



**UNIVERSIDAD DE GRANADA**

**Departamento de Medicina Legal, Toxicología y  
Antropología Física**

**Tesis doctoral**

**Violencia de pareja durante el embarazo en  
mujeres que dan a luz en hospitales públicos  
de Andalucía**

Directoras de la tesis:

**Stella Martín de las Heras**

**Aurelia Martín Casares**

Doctoranda:

**María Casilda Velasco Juez**

Granada 2015

Editorial: Universidad de Granada. Tesis Doctorales

Autora: María Casilda Velasco Juez

ISBN: 978-84-9125-094-4

URI: <http://hdl.handle.net/10481/40120>

## **Agradecimientos**

En primer lugar, quisiera mostrar mi agradecimiento a las mujeres que participaron en esta investigación, compartiendo sus experiencias personales, en un momento tan especial para ellas como era su parto. Sin sus aportaciones este trabajo no tendría razón de ser.

Un agradecimiento muy especial a mis compañeras y colegas: las dos M<sup>a</sup> Ángeles, Álvarez y Fernández, las dos Blancas, Herrera y Álvarez, Dori Pulido, Concha Gamundi, Mercedes Garrido, Esther Carmona, Trini Ramos, Isabel Muñoz, Isabel Masera y Antonio Fernández y Manuel Prieto, sin su contribución, interés y apoyo no habría podido realizar esta investigación.

Al personal del Institut de Santé et Développement, departamento de Santé Publique de l'Université Cheikh Anta Diop de Dakar (Senegal), especialmente a su directora Dra. Anta Tal Dia, que me permitieron contribuir en la realización de trabajos de investigación en la subregión sobre el tema de mi tesis.

La estadística de esta investigación no habría sido posible sin la contribución, las enseñanzas y el interés del Dr. Juan de Dios Luna.

A mi codirectora de tesis, Dra. Aurelia Martín Casares, que fue la primera que creyó en el interés del tema y que me animó, desde el principio, a perseverar y continuar en esta investigación.

A la Dra. Stella Martín de las Heras, codirectora de la tesis y que ha sido para mí un continuo estímulo para el aprendizaje, por sus valiosos conocimientos transmitidos, así como por su inestimable ayuda durante la realización de este trabajo. Ha sido y será durante mucho tiempo un ejemplo de interés intelectual y humano para mí.



A Pablo, Silvana y Damiano



Parte de los resultados de este trabajo de investigación han sido presentados en:

1. 22nd Congress of the International Academy of Legal Medicine. (IALM 2012). Celebrado en Estambul (Turquía), 5 al 8 de julio de 2012. **Detection of violence against women during pregnancy.** Martín-de-las-Heras S, Velasco C, Luna JD, Martín A, Rubio L. (Póster).
2. 30th International Congress of International Confederations of Midwives. Praga (Chequia), 1 a 5 de junio de 2014. **Intimate Partner Violence during pregnancy and pathologies and infections.** Velasco-Juez C, Martín-de-las-Heras S, Pulido Soto A. (Póster).
3. 30th International Congress of International Confederations of Midwives. Praga (Chequia), 1 a 5 de junio de 2014. **Early breastfeeding and its relationships to intimate partner violence during pregnancy.** Velasco-Juez C, Martín-de-las-Heras S, Luna J, Martín A. (Póster).

Y han sido publicados en:

1. Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica. Volume 93, Issue 10, pages 1050–1058, October 2014. **Intimate partner violence against Spanish pregnant women: Application of two screening instruments to assess prevalence and associated factors.** Velasco-Juez C, Luna J, Martín A, Caño Á, Martín-de-las-Heras S. Índice de impacto, JCR (2013): 2.005.
2. Int J legal Med (2012);126 (Suppl 1):373. **Detection of violence against women during pregnancy.** Martín-de-las-Heras S, Velasco-Juez C, Luna JD, Martín A, Rubio L.
3. Pendiente publicación, fase de revisión en la revista Women and Birth. **Unintended pregnancy and intimate partner violence around pregnancy in a population-based study.** Stella Martín-de-las-Heras, Casilda Velasco, Juan de Dios Luna, Aurelia Martín. Índice de impacto, JCR (2013): 1.696.





La doctoranda M<sup>a</sup> Casilda VELASCO JUEZ y las directoras de la tesis **Violencia de pareja durante el embarazo en mujeres que dan a luz en hospitales públicos de Andalucía**. Garantizamos, al firmar esta tesis doctoral, que el trabajo ha sido realizado por la doctoranda bajo la dirección de las directoras de la tesis y hasta donde nuestro conocimiento alcanza, en la realización del trabajo, se han respetado los derechos de otros autores a ser citados, cuando se han utilizado sus resultados o publicaciones.

Granada 20 de noviembre de 2014

Directoras de la Tesis

Stella Martí  
Amelia

Fdo.:

Doctoranda

Casilda Velasco

Fdo.:



## ÍNDICE

RESUMEN EN FRANCÉS.....	15
1. INTRODUCCIÓN .....	41
1.1. Aspectos generales de la violencia de género: concepto, marco institucional y legal e impacto en la salud .....	43
1.2. Violencia de género durante el embarazo .....	60
1.2.1. Definiciones de la violencia de género en el embarazo.....	64
1.2.2. Prevalencia de la violencia de género en el embarazo .....	66
1.2.3. Factores relacionados con la violencia de género durante el embarazo .....	79
1.2.4. Efectos para la salud de la violencia durante el embarazo.....	85
1.2.4.1. En la mujer .....	86
1.2.4.2. En el hijo o hija.....	98
1.2.5. Detección de la violencia de género durante el embarazo .....	105
1.2.6. Prevención de la violencia de género durante el embarazo .....	113
1.2.7. La violencia de género durante el embarazo y el personal de salud .....	115
2. JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS .....	125
2.1. Justificación .....	127
2.2. Objetivos.....	128
3. METODOLOGÍA.....	129
3.1. Diseño del estudio .....	131
3.1.1. Tipo de muestra .....	131
3.1.1.1. Población de estudio.....	131
3.1.1.2. Muestreo y muestra .....	133
3.1.1.3. Sujetos de estudio.....	135
3.1.1.4. Criterios de inclusión.....	136
3.1.1.5. Criterios de exclusión.....	136
3.1.2. Instrumentos de recogida de datos .....	136
3.1.2.1. Cuestionario sociodemográfico – perinatal .....	136
3.1.2.2. “Abuse Assessment Screen” (AAS). .....	140
3.1.2.3. Index of Spouse Abuse (ISA) .....	144
3.1.2.4. Cuestionario sobre la persona agresora .....	147
3.1.2.5. Danger Assessment (DA).....	148
3.1.3. Las variables analizadas .....	149
3.1.3.1. Sociodemográficas.....	149
3.1.3.2. Consumo de sustancias tóxicas.....	150
3.1.3.3. Relaciones de pareja y apoyo familiar.....	150
3.1.3.4. Datos de salud y características perinatales .....	150
3.1.3.5. Violencia.....	151
3.1.3.6. Características de la pareja y/o persona que ejerce la violencia.....	152
3.1.3.7. Evaluación del nivel de riesgo.....	152
3.1.4. Metodología para la recogida de los datos.....	153

3.1.5.	Estrategia de análisis de los datos .....	155
3.1.6.	Preparación y entrenamiento de los profesionales que recogen los datos.....	157
3.2.	Aspectos éticos de la investigación .....	159
4.	RESULTADOS .....	161
4.1.	Desarrollo de la recogida de datos .....	163
4.2.	Codificación de las variables .....	165
4.2.1.	Datos sociodemográficos de la muestra.....	165
4.2.2.	Entorno familiar .....	167
4.2.3.	Hábitos tóxicos .....	168
4.2.4.	Características perinatales .....	169
4.2.4.1.	Perfil obstétrico de las mujeres .....	169
4.2.4.2.	Embarazo actual .....	169
4.2.4.3.	Parto actual .....	170
4.2.4.4.	Características de los recién nacidos.....	171
4.2.5.	Violencia que sufren las mujeres.....	172
4.2.5.1.	Violencia detectada con el AAS .....	172
4.2.5.2.	Violencia detectada con el ISA.....	174
4.2.5.3.	Violencia periembarazo (AAS+ISA) .....	174
4.3.	Análisis descriptivo de los resultados .....	175
4.3.1.	Descripción socio demográfica de la muestra .....	175
4.3.2.	Entorno familiar .....	177
4.3.3.	Hábitos tóxicos .....	179
4.3.4.	Perfil obstétrico de las mujeres .....	181
4.3.5.	Embarazo actual.....	182
4.3.5.1.	Seguimiento del embarazo actual .....	182
4.3.5.2.	Situación médica del embarazo actual.....	183
4.3.6.	Parto actual .....	185
4.3.7.	Características de los recién nacidos .....	186
4.3.8.	Violencia que sufren las mujeres detectada con el AAS .....	188
4.3.8.1.	Tipos de violencia en función de cómo preguntamos .....	188
4.3.8.2.	Violencia en función de cuándo se ejerce .....	189
4.3.8.3.	Persona que ejerce la violencia .....	190
4.3.8.4.	Tener miedo de la persona que ha ejercido algún tipo de violencia.....	192
4.3.9.	Violencia que sufren las mujeres detectada con el ISA.....	193
4.3.10.	Violencia periembarazo (AAS+ISA) .....	196
4.3.11.	Características de la persona agresora.....	197
4.3.12.	Resultados del cuestionario “Evaluación del riesgo” D.A. ....	199
4.4.	Análisis de los modelos bivalente y multivalente asociados a la violencia contra la mujer ejercida por su pareja .....	200
4.4.1.	Violencia fuera del embarazo .....	201
4.4.1.1.	Violencia general.....	201
4.4.1.2.	Violencia global .....	203
4.4.1.3.	Violencia durante la adolescencia.....	204
4.4.1.3.1.	Violencia global durante la adolescencia .....	205

4.4.1.3.2.	Violencia emocional durante la adolescencia .....	207
4.4.1.3.3.	Violencia física durante la adolescencia .....	209
4.4.1.3.4.	Violencia sexual durante la adolescencia .....	210
4.4.1.4.	Violencia en la edad adulta .....	211
4.4.1.4.1.	Violencia global en la edad adulta .....	211
4.4.1.4.2.	Violencia emocional en la edad adulta.....	214
4.4.1.4.3.	Violencia física en la edad adulta.....	217
4.4.1.4.4.	Violencia sexual en la edad adulta.....	219
4.4.2.	Violencia alrededor del embarazo .....	223
4.4.2.1.	Violencia medida con el AAS .....	223
4.4.2.1.1.	Violencia global periembrazo .....	224
4.4.2.1.2.	Violencia emocional periembrazo .....	227
4.4.2.1.3.	Violencia física periembrazo .....	229
4.4.2.1.4.	Violencia sexual periembrazo .....	231
4.4.2.1.5.	Violencia durante el embarazo y en la edad adulta .....	233
4.4.2.2.	Violencia medida con el ISA.....	235
4.4.2.2.1.	Violencia no física periembrazo .....	235
4.4.2.2.2.	Violencia física periembrazo .....	238
4.4.2.2.3.	Violencia global (física y no física) periembrazo .....	241
4.4.2.3.	Violencia alrededor del embarazo (AAS + ISA).....	244
4.5.	Modelos etiológicos en el embarazo, parto y el recién nacido de la violencia de género .....	247
4.5.1.	Embarazo y violencia de pareja .....	248
4.5.1.1.	Deseo del embarazo .....	248
4.5.1.2.	Asistencia a los servicios de urgencias .....	256
4.5.1.3.	Ingresos en el hospital .....	263
4.5.1.4.	Patologías durante el embarazo .....	271
4.5.1.5.	Amenaza de parto pretérmino.....	278
4.5.1.6.	Anemia.....	284
4.5.1.7.	Metrorragia.....	290
4.5.1.8.	Infecciones durante el embarazo .....	296
4.5.1.9.	Infecciones del tracto urinario .....	304
4.5.1.10.	Infecciones vaginales.....	311
4.5.1.11.	Consumo de tabaco.....	317
4.5.1.12.	Control del embarazo.....	325
4.5.2.	Parto y violencia de la pareja .....	332
4.5.2.1.	Parto pretérmino .....	332
4.5.2.2.	Inicio del parto.....	339
4.5.2.3.	Finalización del parto .....	346
4.5.3.	Recién nacido y violencia de la pareja .....	352
4.5.3.1.	Peso del recién nacido .....	352
4.5.3.2.	Apgar del recién nacido.....	368
4.5.3.3.	Reanimación del recién nacido .....	386
4.5.3.4.	Contacto piel con piel.....	393

4.5.3.5. Lactancia materna precoz .....	400
4.5.3.6. Recién nacido sano.....	409
5. DISCUSIÓN .....	417
5.1. Aspectos de la metodología.....	419
5.1.1. Diseño del estudio .....	419
5.1.2. Población de estudio y selección de la muestra .....	419
5.1.3. Instrumentos utilizados para la recogida de los datos y detectar la violencia.....	420
5.1.4. Recogida de los datos .....	420
5.1.5. Modelos de violencia .....	421
5.1.6. Limitaciones del estudio .....	422
5.2. Sobre el perfil de las mujeres estudiadas .....	423
5.3. Prevalencia de los diferentes tipos de violencia que sufren las mujeres .....	427
5.3.1. Violencia alrededor del embarazo .....	427
5.3.2. Violencia fuera del embarazo .....	432
5.4. Perfil sociodemográfico y del entorno familiar, perfil obstétrico y hábitos tóxicos en mujeres embarazadas que sufren violencia .....	434
5.4.1. Perfil Sociodemográfico.....	434
5.4.2. Entorno familiar .....	439
5.4.3. Perfil obstétrico.....	442
5.4.4. Hábitos tóxicos .....	444
5.5. Características de la persona agresora .....	446
5.6. El deseo del embarazo y la violencia contra la mujer en relaciones de pareja.....	451
5.7. Patologías en el embarazo y la violencia contra la mujer en relaciones de pareja .....	458
5.8. Control de embarazo y su relación con la violencia que sufren las mujeres en relaciones de pareja .....	476
5.9. Resultados del parto y su relación con la violencia que sufren las mujeres en relaciones de pareja .....	478
5.10. Resultados del recién nacido y su relación con la violencia contra las mujeres en relaciones de pareja .....	485
5.11. Propuestas para la práctica.....	497
6. CONCLUSIONES.....	501
7. BIBLIOGRAFÍA .....	507
8. ANEXOS .....	529

# **RESUMEN EN FRANCÉS**





# Résumé

Introduction

Objectifs

Méthodologie

Conception de l'étude

Population de l'étude

Instruments utilisés pour le recueil de l'information

Préparation et formation des professionnels qui recueillent l'information

Aspects éthiques de la recherche

Collecte des données

Variables

Stratégies de l'analyse des données

Résultats

Analyse descriptive

Caractéristiques sociodémographiques des femmes enquêtées

Profil obstétrical des femmes interrogées

Données de santé et caractéristiques périnatales pendant la grossesse

Prévalence de la violence mesurée avec AAS et ISA

Caractéristiques des agresseurs

Association des variables statistiquement significative

Trois types de violence

Régression logistique ajustée par les variables sociodémographiques

Modèles étiologiques

La grossesse

L'accouchement

Le nouveau-né

Discussion

Conclusion



## INTRODUCTION

L'Organisation Mondiale de la Santé considère que, dans le monde, une femme sur cinq est maltraitée physique ou sexuellement par un ou plusieurs hommes au cours de la vie. Dans la plupart des cas, l'abus est réalisé par son conjoint ou un proche. En tenant compte de l'ampleur du problème et du nombre des femmes affectées, la violence envers les femmes est considérée comme une épidémie. La violence envers les femmes dans le monde pendant l'âge de la reproduction est une cause de mort et d'incapacité, aussi grave que le cancer. De ce fait, la violence est un problème de santé publique.

Le Lobby Européen des Femmes<sup>1</sup> estime que le pourcentage de femmes ayant subi une violence physique exercée par leur conjoint se trouve entre 20 et 25%. Dans ce sens, selon le Conseil Européen<sup>2</sup>, entre 20 et 25% des femmes de l'Union Européen ont subi un type de violence physique au cours de la vie et plus de 10% ont subi une agression sexuelle. Ce nombre s'élève jusqu'à 45% si nous tenons compte de le harcèlement. On calcule qu'entre 12 et 15% des femmes de plus de 16 ans ont eu un rapport violent.

En Espagne, l'Institut de la Femme a réalisé trois grandes enquêtes sur la violence envers les femmes en 1999, 2002 et 2006. Puis plus récemment, la «Delegación del Gobierno para la Violencia de Género» a mené une nouvelle enquête sur la violence envers les femmes. Cette enquête diffère des précédentes dans plusieurs aspects: l'entretien a été réalisé en face à face alors que les précédentes étaient par téléphone, l'échantillon a été plus petit (et aussi bien représentatif) compte tenu de la méthodologie utilisée; le questionnaire a été révisé de telle sorte à pouvoir comparer les résultats avec ceux des enquêtes précédentes. Les résultats qui en découlent montrent que le pourcentage de femmes déclarant elles-mêmes avoir subi une violence à un moment de leur vie (5,1% en 1999, 6,2% en 2002, 6,3% en 2006 et 10,9% en 2011) a augmenté de façon significative pour l'année 2011. Cependant, si nous analysons la situation objective de la violence soufferte par les femmes, c'est-à-dire la violence mesurée à partir de l'enquête sous forme indirecte, les résultats sont similaires dans les enquêtes de 1999 (12,4%), 2002 (11,1%), 2006 (9,6%) et 2011 (10,9%). Les pourcentages en Andalousie sont légèrement supérieurs aux pourcentages au niveau national (13,6% en 1999, 13,3% en 2002 et 11,1% en 2006).

La grossesse est un moment unique dans la vie d'une femme pour l'identification, la prévention et l'intervention de la violence envers les femmes, puisque la plupart des femmes ont un contact étroit et fréquent avec les services de santé. Dans notre pays, presque toutes les femmes font le suivi de leur grossesse par du personnel qualifié, soit dans les centres de soins de santé primaire soit dans le centre de soins de santé spécialisés; en plus, le nombre de visites à ces services est élevé, supérieur à huit fois pendant toute la grossesse.

---

<sup>1</sup> European Women's Lobby. Unveiling the hidden data on domestic violence in the European Union. Final Report. Bruxelles 1999. (page consultée le 11/08/2014) [99 p.]. Disponibilité:

[www.familyviolence.gov.cy/upload/20091217/1261037273-32239.pdf](http://www.familyviolence.gov.cy/upload/20091217/1261037273-32239.pdf)

<sup>2</sup> Consejo de Europa. Estudios sobre las medidas y acciones adoptadas por los estados miembros del Consejo de Europa sobre violencia de género. Bruselas 2006.

La violence pendant la grossesse a également la particularité que les conséquences peuvent avoir un effet non seulement sur la femme, mais aussi sur le bébé qu'elle attend; de ce fait, la détection et la prévention de la violence envers les femmes au cours de cette période, sont extrêmement importantes. Ce moment particulier dans la vie de la femme peut également faciliter l'activation des mécanismes d'intervention parce que la femme peut se sentir responsable de la santé et du bien-être de son enfant.

La violence ayant lieu autour de la grossesse est définie<sup>3</sup> comme "la violence physique, sexuelle ou psychologique / émotionnelle, ou les menaces de violence physique ou sexuelle, infligé à une femme avant la grossesse (une année avant) pendant la grossesse, ou dans la période du post-partum ou une combinaison de ces périodes".

La violence pendant la grossesse est définie<sup>3</sup> comme "la violence physique, sexuelle ou psychologique/émotionnelle ou les menaces de violence physique, sexuelle encourus à une femme enceinte." La violence pendant la grossesse serait une partie de la violence autour de la grossesse.

Les prévalences de la violence sont très différentes selon les populations étudiées et les types de méthodologies utilisées. Il est difficile de comparer la plupart des études internationales sur la prévalence de la violence parce que les méthodes pour l'obtenir sont différentes.

L'OMS a réalisé une étude<sup>4</sup> dans 10 pays et 15 milieux (dans certains pays, les études se sont réalisées en milieu urbain et rural). La population cible sont des femmes ayant déjà été enceintes à qui on a demandé si elles avaient subi des violences physiques pendant, au moins, une grossesse. Le résultat montre que le pourcentage varie dans une fourchette comprise entre 1% au Japon et 28% dans les zones rurales du Pérou. Pour la plupart des zones étudiées, la prévalence est comprise entre 4% et 12%. La plupart de ces femmes-là ont aussi souffert des épisodes de violence avant d'être enceinte. Cependant, 13% des femmes éthiopiennes et 50% des femmes de zones urbaines du Brésil et de la Serbie-Monténégro ont reconnu avoir été agressées physiquement pendant la grossesse pour la première fois. Une caractéristique de la violence physique pendant la grossesse est l'endroit des coups qui est le plus fréquent dans l'abdomen. Dans cette étude, 52,5% des femmes rurales du Pérou et 23% des femmes de Tanzanie ont reçu les coups dans l'abdomen.

Des études<sup>5</sup> réalisées aux États-Unis et au Canada montrent une prévalence qui peut varier entre 9% et 20,1% selon le type de violence et l'âge des femmes de la population étudiée. Cependant, selon des études de ces dernières années réalisées avec des

---

<sup>3</sup> Peterson R, Saltzman LE, Goodwin M, Spitz A. Key scientific issues for research on violence occurring around the time of pregnancy. Prepared for the National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, and the National Center for Injury Prevention and Control Centers for Disease Control and Prevention. Atlanta, Georgia; Avril 1998. [page consultée le 11/08/2014]; [36 p.]. Disponibilité:

<http://ia601702.us.archive.org/27/items/keyscientificiss00cent/keyscientificiss00cent.pdf>

<sup>4</sup> Organisation mondiale de la Santé. Étude multipays de l'OMS sur la santé des femmes et la violence domestique à l'égard des femmes. Rapport succinct. Premiers résultats concernant la prévalence, les effets sur la santé et les réactions des femmes. [page consultée le 08/09/ 2014]; [46 p.]. Disponibilité:

[http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9242593516\\_fre.pdf?ua=1](http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9242593516_fre.pdf?ua=1)

<sup>5</sup> Gazmararian JA, Lazorich S, Spitz AM, Ballard TJ, Salzman LE, Marks JS. Prevalence of violence against pregnant women. JAMA. 1996; 89(9):1915-1920.

méthodologies similaires, le pourcentage des femmes déclarant avoir subi des violences pendant la grossesse se trouve entre 4 et 8%. Aux Etats-Unis, la prévalence nationale, selon certains auteurs, est comprise entre 2,1% et 6,3%.

Les études réalisées en Europe ont été faites avec des échantillons plus petits que ceux des USA et du Canada. Au Portugal, la prévalence de violence envers les femmes pendant la grossesse est de 8% dans le cas où la naissance de leur bébé est à terme et de 24% chez les femmes dans le cas où l'accouchement est prématuré. En Angleterre, la prévalence de violence est de 2,5% pendant la grossesse et de 6,5% au cours des douze mois avant la grossesse. Une recherche réalisée en Irlande montre que 12,5% des femmes ont souffert des violences pendant la grossesse et 25% des femmes connaissent une femme avouant en avoir subi. Plus récemment, une autre recherche effectuée en Belgique signale que la prévalence de la violence physique et/ou sexuelle estimée pendant la grossesse et une année avant, est de 3,4%, et que la prévalence de violence seulement physique pendant la grossesse est de 2,4%.

Dans les recherches menées jusqu'à présent, le rapport entre la grossesse et la violence envers les femmes pendant la grossesse n'a pas encore été démontré. Il n'y a pas d'unanimité de la part des chercheurs pour identifier si la grossesse est la période où la violence commence si elle n'avait pas lieu auparavant, ou bien si la violence augmente ou diminue au cours de la grossesse.

La violence envers les femmes est un problème dû à plusieurs facteurs. Les facteurs de risque qui sont associés à la violence pendant la grossesse sont nombreux. On peut énoncer les suivants:

- la grossesse chez les adolescentes
- l'état matrimonial
- l'emploi
- le niveau d'étude
- l'abus de consommation de substances (alcool et tabac)
- le faible soutien social et économique
- la grossesse non désirée
- l'insuffisante prise en charge de la grossesse
- le plus grand nombre d'infections sexuellement transmissibles
- le VIH
- etc.

La violence pendant la grossesse peut causer des dommages physiques et psychologiques graves et ces dommages peuvent toucher à la fois à la femme et au nouveau-né. Les conséquences de cette violence vont au-delà de l'effet sur la santé sexuelle et reproductive des femmes, car la violence peut frapper la santé en générale, la situation économique et sociale de la femme, ainsi que le bien-être de leurs enfants.

## OBJECTIFS

L'objectif général de cette étude est de déterminer la prévalence et le type de violence envers les femmes pendant la grossesse et les variables associées à la violence, chez les femmes qui accouchent dans les hôpitaux publics de l'Andalousie.

A partir de cette étude, nous voulons atteindre les objectifs spécifiques suivants:

- Déterminer le profil des femmes ayant accouché dans les hôpitaux publics en Andalousie et qui ont participé à notre étude.
- Identifier la prévalence des différents types de violence subie par les femmes pendant la grossesse.
- Identifier le profil démographique des femmes interrogées et déterminer s'il y a des différences entre les femmes qui ont souffert de la violence et celles qui n'en ont pas souffert.
- Identifier les habitudes toxiques et les caractéristiques pendant la grossesse des femmes de l'étude.
- Mettre en relation le désir de grossesse avec les variables sociodémographiques et les différentes formes de violence analysées.
- Mettre en relation les pathologies pendant la grossesse avec les différents modèles de violence analysés et les variables sociodémographiques.
- Mettre en relation le contrôle des naissances avec les différents modèles de violence analysés, les variables sociodémographiques, les antécédents familiaux et le désir de grossesse.
- Mettre en relation les caractéristiques de la naissance et du nouveau-né avec les différents modèles de violence analysés et les variables sociodémographiques, l'environnement familial et d'autres variables.

## METHODOLOGIE

### Conception de l'étude

Dans cette thèse, nous avons utilisé une approche quantitative pour étudier les multiples dimensions de la violence. Il s'agit d'une part d'une étude transversale, observationnelle et descriptive et d'autre part d'une étude observationnelle et analytique de cohortes.

### Population d'étude

La population d'étude est un groupe de femmes ayant accouché dans des hôpitaux publics de l'Andalousie entre le mois de février et le mois de juin 2010. Pour l'étude statistique, nous avons tenu en compte les facteurs suivants :

- Inclusion des hôpitaux publics et de gestion publique de toutes les provinces de l'Andalousie.
- Mise en rapport des quatre différents types d'hôpitaux selon le classement suivant: régional, de spécialités, «comarcal»<sup>6</sup> et de gestion publique.
- Considération du nombre d'accouchements de chaque type d'hôpital.

---

<sup>6</sup> Division territoriale qui comprend plusieurs localités.

## Classification des hôpitaux de l'Andalousie (en 2009)

Type d'hôpital	Nombre d'hôpitaux	Nombre d'accouchements	Pourcentage d'accouchements
Régionaux	5	27 077	35,47%
De spécialités	10	28 084	36,79%
"Comarcales"	13	14 737	19,31%
De gestion publique	3	6 438	8,43%
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>76 336</b>	<b>100%</b>

Pour le choix de l'échantillon, nous avons formulé les hypothèses suivantes:

- 1- La prévalence de la violence dans notre population est autour de 7,5%.
- 2- Le coefficient de corrélation entre hôpitaux, dans le cas de la violence, est de 5%.

Pour cette enquête, nous voulions une précision de 2,5% et un niveau de certitude de 99%. Le type d'échantillonnage est en grappes, nous considérons la grappe les hôpitaux de l'Andalousie « régional », « de spécialités », « comarcal » et « de gestion publique ». Le choix des hôpitaux a été réalisé par sélection aléatoire.

Nous avons déterminé à l'avance le nombre des femmes participantes par hôpital afin de ne pas surcharger les tâches de travail des sages-femmes responsables du recueil de l'information. Nous avons donc pris un échantillon de 50 femmes par hôpital ce qui fait un total de 750 femmes réparties dans 15 hôpitaux pour avoir un échantillon proportionnel à la distribution des accouchements selon le type d'hôpital. De ce fait, nous avons 5 hôpitaux régionaux (250 femmes), 6 hôpitaux de spécialités (300 femmes), 3 hôpitaux « comarcales » (150 femmes) et 1 hôpital de gestion publique (50 femmes).

Nous avons envoyé le protocole de recherche aux « Comités d'Éthique et de Recherches » de chaque hôpital. Deux hôpitaux ont refusé de suivre ce protocole de recherche, nous avons donc passé aux hôpitaux suivants dans la liste aléatoire. Finalement, 15 hôpitaux ont participé dans l'étude, aucun d'eux sont de « gestion publique ».

Les sujets d'étude sont les femmes hospitalisées dans les services obstétricaux ayant comme diagnostic l'un des critères suivants:

- travail d'accouchement
- accouchement
- menace d'accouchement prématuré
- métrorragie du troisième trimestre

La grossesse finalise en accouchement pendant la période d'étude.

La sélection des femmes participantes a été réalisée de la manière suivante :

- La sage-femme dans chaque hôpital décide le nombre de femmes qu'elle peut étudier chaque jour, en fonction du nombre d'accouchements.

- Elle dispose de la liste des femmes qui ont accouché le jour où elle fera l'échantillonnage, en général les 24 heures précédentes, elle choisira le nombre de femmes au hasard en utilisant une liste de numéros aléatoires.
- L'échantillon se fera dans des jours consécutifs, jusqu'à compléter le nombre prévu de 50 femmes.
- Si la femme sélectionnée ne veut pas participer ou ne peut pas être localisée par la sage-femme le jour choisi, nous pouvons augmenter notre échantillon en une femme le lendemain.

Le critère d'inclusion est :

- femme accouchée et hospitalisée dans les services obstétricaux des hôpitaux sélectionnés, acceptant de participer dans l'étude et signant le document du consentement éclairé.

Les critères d'exclusion sont:

- femme ayant accouché d'un mort-né
- femme ne comprenant pas la langue espagnole
- femme ayant un type de maladie ou handicap l'empêchant de donner l'information pour l'étude.

#### Instruments utilisés pour le recueil de l'information

- Pour recueillir les données sociodémographiques et périnatales, nous avons utilisé un questionnaire élaboré par nous-mêmes.
- Pour identifier les femmes victimes de violence, nous avons utilisé deux instruments validés en espagnol:
  - «Abuse Assessment Screen» (AAS) (système de dépistage et évaluation d'abus): outil permettant, à partir de cinq questions directes, de déterminer la présence de violence physique, psychologique et sexuelle, sa fréquence, sa gravité, la localisation des blessures corporelles et l'identité de l'agresseur.
  - « Index of Spouse Abuse» (ISA) (indice de violence conjugale): questionnaire comportant trente items à partir desquels on peut identifier, de manière indirecte, la violence physique et non physique autour de la grossesse.
- Pour recueillir l'information concernant les caractéristiques de l'agresseur, nous avons élaboré un questionnaire.
- Pour identifier si la femme prend un risque et pour connaître le niveau de ce risque, nous avons utilisé le « Danger Assessment » (DA) (évaluation du danger) traduit et validé en espagnol. Cet outil permet d'indiquer le niveau de sévérité des agressions sur une échelle de 0 (sans risques) à 5 (suicide ou homicide).

#### Préparation et formation des professionnels qui recueillent l'information

Nous avons pris le contact avec deux sages-femmes de chaque hôpital qui s'étaient intéressées au sujet. Elles ont toutes suivi une formation reconnue par l'Agence de Qualité Sanitaire de l'Andalousie, d'une durée de 2,36 Crédits Européens de Transfert (ECTS). Le programme de la formation comprenait trois axes: la violence envers les femmes; l'entretien pour le recueil des données; les ressources disponibles concernant



la violence envers les femmes en Andalousie. Toutes les sages-femmes avaient à leur disposition une «brochure du chercheur» où elles pouvaient retrouver:

- le résumé de la recherche
- les questionnaires
- le consentement éclairé
- l'explication sur la façon de recueillir l'information
- le procédé de l'entretien
- l'autorisation du comité d'éthique de l'hôpital
- une liste avec toutes les ressources disponibles à toute la population dans toutes les communes et leur province
- les coordonnées des personnes de contacts
- etc.

#### Aspects éthiques de la recherche

Nous avons pris en compte les recommandations de l'OMS<sup>7</sup> sur ce sujet puisque la recherche sur la violence envers les femmes génère des défis éthiques et méthodologiques plus importants que dans d'autres recherches. Ces recommandations ont été élaborées pour être utilisées dans toute recherche sur la violence, en visant les aspects d'éthique et de sécurité. Il s'agit de la sécurité des personnes interrogées et de l'équipe de chercheurs afin de protéger la confidentialité et d'assurer à la fois la sécurité des femmes et la qualité des données. Tous les membres de l'équipe de recherche doivent être soigneusement sélectionnés et doivent recevoir une formation spécialisée et un soutien continu. Les agents de terrain doivent être formés pour orienter les femmes demandant une aide à des ressources de soutien disponibles.

#### Collecte des données

Le recueil de l'information a été réalisé par des sages-femmes entre le mois de février et le mois de juin 2010. Un protocole a été établi et suivi par les sages-femmes. Le recueil de l'information, en suivant ce protocole, a une durée de 10 à 15 minutes.

- 1- Après avoir sélectionnée la femme, la sage-femme prend contact avec elle dans la chambre et sollicite sa collaboration pour participer dans une étude sans expliquer de quoi il s'agit.
- 2- Elle demande à la femme de l'accompagner dans une autre salle où la femme sera seule avec la sage-femme. A ce moment, la sage-femme lui explique le sujet de l'étude, lui demande sa collaboration, lui remet un document à lire et lui demande de signer le consentement éclairé. La sage-femme lui communique que dans le but de préserver l'anonymat, seule l'infirmière chef d'unité connaît l'étude (et personne d'autre dans le service).
- 3- Elle remplit les questionnaires sociodémographiques et de violence. Si la sage-femme identifie que la femme a subi n'importe quel type de violence, elle

---

<sup>7</sup> Organización Mundial de la Salud. Dando prioridad a las mujeres: Recomendaciones éticas y de seguridad para la investigación sobre la violencia doméstica contra las mujeres. Ginebra; 2001. [page consultée le 11/08/ 2014]; [40 p.]. Disponibilité: [http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO\\_FCH\\_GWH\\_01.1\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_FCH_GWH_01.1_spa.pdf)

remplit les deux autres questionnaires (le DA et celui des données de l'agresseur).

### Variables

- Sociodémographiques: âge, état civil, niveau d'études, lieu de résidence, type de travail et nationalité.
- Consommations de substances toxiques: tabac, alcool et autres drogues illégales.
- Rapport avec le conjoint et appui familial.
- Données de santé et caractéristiques périnatales : grossesse actuelle, accouchement et nouveau-né.
- Violence : types de violence (physique, psychologie/émotionnelle, sexuelle), caractéristiques de l'agresseur, période dans lequel elle a subi la violence.
- Caractéristique de l'agresseur : âge, état civil, niveau d'études, type de travail, consommations de substances toxiques et augmentation de la consommation pendant la grossesse.
- Niveau de risque.

### Stratégie de l'analyse des données

Pour connaître les caractéristiques sociodémographiques, la consommation des substances toxiques et les caractéristiques périnatales des femmes, nous avons effectué une analyse descriptive pour chaque variable, principalement la distribution des fréquences et, le cas échéant, les mesures sommaires de base tels que la moyenne ou l'écart type. Dans certains paramètres, nous avons calculé les intervalles de confiance. L'étude descriptive a également été effectuée pour déterminer le type de violence (mesurée avec l'AAS et l'ISA) et lorsque la violence est détectée, on détermine la personne qui exerce la violence, la fréquence et la gravité de la violence. Nous avons fait une estimation ponctuelle et des intervalles de confiance à 95% pour les prévalences de la violence envers les femmes, en tenant compte des catégories de classification théoriques.

Pour déterminer s'il existe une association entre les variables de l'étude et les différents types de violences détectées, nous avons effectué l'analyse bivariée appropriée au type de variable. Lorsque la variable dépendante est catégorielle nous avons réalisé l'analyse de variance unifactorielle, suivie des comparaisons par paires à l'aide de la correction de Bonferroni pour ajuster les résultats statistiques dans le cas où le test global est significatif. Lorsque la variable dépendante est dichotomique, nous avons réalisé l'analyse de tableaux de contingence dans le cas où la covariable est catégorielle, en utilisant le test du chi-carré  $\chi^2$ . Puis lorsque la variable est numérique, nous avons utilisé la comparaison de moyennes.

Pour contrôler simultanément l'effet de toutes les variables sur la variable dépendante, nous avons procédé à une analyse multivariée tenant compte de la variable de réponse binaire. Nous avons obtenu des odds-ratio OR (rapport des cotes) via la régression logistique multiple comme mesure de l'effet de chaque variable sur la variable dépendante. Nous utilisons la même procédure pour construire le modèle multivarié final.

## RESULTATS

Les informations ont été recueillies du mois de février au mois de mai 2010 en 232 jours. Pendant cette période, ont eu lieu 1894 accouchements dans les 15 hôpitaux inclus dans l'étude. Nous avons choisi au hasard 932 femmes, nous en avons choisi plus de ce qui était prévu pour tenir compte des cas d'abandon, des non réponses et du fait que dans un hôpital les questionnaires n'ont pas tous été remplis. Finalement, nous avons interviewé 779 femmes. Le taux d'abandon a été de 153 femmes, soit 16,5%. Les raisons de non réponse étaient réparties de la manière suivante:

- 3% des femmes ont refusé de participer à l'étude
- 2% avaient des problèmes de communication
- 8,5% n'étaient pas disponibles soit parce qu'elles ne se trouvaient pas dans leur chambre, soit parce qu'elles étaient accompagnées, dormaient, allaitaient, étaient très fatiguées, etc.
- 3% étaient à cause de la surcharge de travail de part de la sage-femme.

### Analyse descriptive

#### Caractéristiques sociodémographiques des femmes enquêtées

Variable	Résultat
Age moyen	29,9 ans (ET* = 5,6)
Sont mariées	64,3%
Ont une relation avec engagement	13,7%
Ont une relation sans engagement	22,0%
Habitent dans des villes de plus de 50000 habitants	50%
Habitent dans des villages de moins de 2000 habitants	5%
Ont moins de 7 ans de formation	37,9%
Ont entre 7 et 12 ans de formation	48,5%
Ont 12 ans ou plus de formation	13,6%
Travaillent uniquement à la maison	24,9%
Sont au chômage	20,9%
Ont un travail rémunéré	55,3%
Ont la nationalité espagnole	91,1%
Habitent uniquement avec leur conjoint	90,9%
Cohabitent autrement (avec leurs parents, les beaux-parents, etc.)	8,1%
Ont moins de 8 ans de relations avec leur conjoint	50%
Nombre moyen d'enfants (sans tenir compte le bébé actuel)	0,64 (ET* = 0,84)
Ont une personne à qui s'adresser si elles en ont besoin	95,2%
Ont fumé pendant la grossesse	17,7%
Ont bu de l'alcool pendant la grossesse	2%

\* ET = écart-type

## Profil obstétrical des femmes interrogées

Variables	Résultats
Nombre moyen de grossesses (abouties en naissance)	0,88 (ET= 1,08)
Nombre moyen de fausse-couches et avortements	0,32 (ET= 0,64)
Déclarent que leur grossesse a été désirée	84,7%
Ont réalisé au moins 8 consultations prénatales pendant la grossesse	90,2%
N'ont pas été hospitalisées pendant la grossesse	79,4%
Ne sont pas allées aux urgences pendant la grossesse	40%

## Données de santé et caractéristiques périnatales pendant la grossesse actuelle

Références	Variables	Résultats
Femmes	Nombre moyen de pathologies sans tenir compte des métrorragie et anémies	0,37 (ET=0,60)
	Ont eu un diabète	8,0%
	Ont eu une menace d'accouchement prématuré	7,1%
	Ont eu des pathologies de type psychologique	1,3%
	N'ont pas eu de pathologies pendant la grossesse	66,8%
	Ont eu une métrorragie	16%
	Ont eu une anémie	39,3%
	Ont présenté une infection	42,9%
	Nombre moyen d'infections	0,49 (ET=0.63)
	Ont eu des infections des voies urinaires	25,3%
	Ont eu une infection streptocoque beta agalactie	12,6%
	Ont eu des infections vaginales	6,9%
	Durée moyenne de la grossesse	276 jours (ET=14,3)
	Ont eu un accouchement prématuré	7,3%
	Ont eu une rupture des couches des eaux artificielle	48,1%
	Début: Ont eu un accouchement spontané	55%
	Ont eu un déclenchement artificiel	24,2%
	Ont eu un déclenchement stimulé	12,9%
	Ont subi une césarienne	7,8%
	Finalisation: Ont eu un accouchement eutocique	65,8%
Ont eu une césarienne	18,5%	
Ont eu un accouchement instrumental	15,7%	
Nouveau-nés	Sont filles	49,6%
	Pèsent moins de 2500 g	7,1%
	Ont eu un Apgar (à une minute) de 9-10	80%
	Ont reçu des manœuvres de réanimation	26,9%
	Ont eu le contact peau à peau	69%
	Ont été allaités dans les 30 minutes après l'accouchement	70%

## Prévalence de la violence mesurée avec AAS et ISA

Outil	Type de violence		
AAS	N'importe quel type: 24,2% <sup>8</sup>	Emotionnelle: 22,3% <sup>7</sup>	4,8% autour de la grossesse 15,4% à l'âge adulte 5,2% pendant l'adolescence
		Physique: 9,6% <sup>7</sup>	1,7% autour de la grossesse 7,1% à l'âge adulte 2,9% pendant l'adolescence
		Sexuelle: 3,0% <sup>7</sup>	0,5% autour de la grossesse 1,3% à l'âge adulte 1,6% pendant l'adolescence
	Autour de la grossesse et pendant l'âge adulte:	21,8%	
ISA	Non physique	21,05%	
	Physique	3,6%	
AAS + ISA	Autour de la grossesse*	22,7%	

\* sans compter les doubles cas

## Caractéristiques des agresseurs

Nous avons recueilli les informations des 60 agresseurs (conjoint ou ex-conjoint) décrits par les femmes ayant répondu au questionnaire sur les caractéristiques de leurs agresseurs.

Variables	Résultats
Age moyen	31,3 ans (ET=6,55)
Sont mariés	45,8%
Ont un niveau d'études inférieur à 7 ans	30,5%
Ont un niveau d'études entre 7 et 12 ans	62,7%
Travaillent au moment de l'entretien	68%
Ont la nationalité espagnole	88%

D'autre part, parmi les 60 femmes qui auraient répondu au questionnaire DA, 34 seulement ont voulu répondre. Les autres n'ont pas répondu soit parce qu'elles n'ont pas voulu, soit parce qu'elles n'y étaient pas intéressées (certaines femmes ne sont plus avec leur conjoint) et les sages-femmes n'ont pas osé insister pour que toutes ces femmes y répondent. Le résultat montre donc que 11 femmes sur 34 (celles qui ont répondu au questionnaire DA) sont en danger extrême de suicide ou homicide.

<sup>8</sup> Le pourcentage total est différent à la somme des pourcentages partiels parce qu'il y a parfois des femmes qui souffrent plus d'un type de violence

### Association des variables statistiquement significative

Dans les tableaux suivants, nous présentons les résultats trouvés entre les différents types de violence et l'association statistiquement significative avec les variables sociodémographiques, les variables du profil obstétrical et celles de la consommation de substances toxiques.

Violence hors de la grossesse mesurée avec AAS	Violence pendant la grossesse mesurée avec AAS	Violence pendant la grossesse mesurée avec ISA
<p><i>Violence globale (n'importe quel type de violence) et violence à l'âge adulte (globale, émotionnelle et physique) hors de la grossesse:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Ont une relation sans engagement</li> <li>✓ Sont étrangères</li> <li>✓ N'habitent pas avec leur conjoint</li> <li>✓ N'ont pas d'appui de leur entourage</li> <li>✓ Fument plus pendant la grossesse</li> </ul>	<p><i>Violence globale (n'importe quel type de violence), émotionnelle, physique et sexuelle pendant la grossesse:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Etat civil</li> <li>✓ Ont une relation sans engagement</li> <li>✓ N'habitent pas avec leur conjoint</li> <li>✓ N'ont pas d'appui de leur entourage</li> </ul>	<p><i>Violence globale, émotionnelle et physique:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Etat civil</li> <li>✓ Ont une relation sans engagement</li> <li>✓ N'habitent pas avec leur conjoint</li> <li>✓ N'ont pas d'appui de leur entourage</li> <li>✓ Fument pendant la grossesse</li> <li>✓ Sont étudiantes</li> <li>✓ Sont femmes au foyer Sont jeunes</li> <li>✓ Ont moins d'années de relation avec leur conjoint</li> </ul>
<p><i>Violence globale et émotionnelle à l'âge adulte:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Ont moins d'années d'études</li> </ul>	<p><i>Violence pendant la grossesse et à l'âge adulte:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Etat civil</li> <li>✓ Ont une relation sans engagement</li> <li>✓ N'habitent pas avec leur conjoint</li> <li>✓ N'ont pas d'appui de leur entourage</li> <li>✓ Type de travail</li> <li>✓ Sont étudiantes</li> <li>✓ Sont femmes au foyer</li> <li>✓ Sont étrangères</li> </ul>	
<p><i>Violence globale et violence à l'âge adulte (globale, émotionnelle et physique):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Ont moins d'années de relation</li> <li>✓ Ont plus de grossesse</li> <li>✓ Ont plus d'avortement</li> <li>✓ Ont plus de fausses couches</li> </ul>	<p><i>Violence globale, émotionnelle et physique pendant la grossesse:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Ont moins d'années de relation</li> </ul>	

Régression logistique ajustée par les variables sociodémographiques		
<p><i>Violence globale et émotionnelle à l'âge adulte:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Ont plus de 30 ans</li> <li>✓ Ont une relation sans engagement (OR=2,8; OR=3,3)</li> <li>✓ Ont une relation avec engagement (OR=2,5; OR=3,5)</li> <li>✓ Sont étrangères (OR=2,1; OR=1,9)</li> <li>✓ N'habitent pas avec leur conjoint (OR=2,1; OR=2,3)</li> <li>✓ N'ont pas d'appui de leur entourage (OR=2,8; OR=2,3)</li> </ul>	<p><i>Violence globale et émotionnelle pendant la grossesse:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Ont une relation sans engagement (OR=2,5; OR=2,3)</li> <li>✓ N'ont pas d'appui de leur entourage (OR=4,3; OR=5,1)</li> </ul>	<p><i>Violence globale et violence émotionnelle:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Ont une relation sans engagement (OR=2,6)</li> <li>✓ Ont une relation avec engagement (OR=2,1)</li> </ul> <p><i>Violence physique:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Ont une relation sans engagement (OR=3,1)</li> </ul>
	<p><i>Violence émotionnelle:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Ne cohabitent pas avec leur conjoint (OR=3,1; IC*=1,0-9,7)</li> </ul>	<p><i>Violence des 3 types:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ N'ont pas appui de leur entourage (OR=3,4)</li> </ul>
	<p><i>Violence pendant la grossesse et à l'âge adulte:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Ont une relation sans compromis (OR=3,0)</li> <li>✓ Ont une relation avec engagement (OR=2,2) (référence les femmes au foyer)</li> <li>✓ Sont étrangères (OR=2,0)</li> <li>✓ N'habitent pas avec leur conjoint (OR=2,0)</li> <li>✓ N'ont pas d'appui de leur entourage (OR=3,2)</li> </ul>	<p><i>Violence physique et globale:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ N'ont pas de travail</li> </ul>

\*IC= Intervalle de confiance

## Modèles étiologiques

Nous avons élaboré cinq modèles étiologiques à partir des différents types de violence étudiée pour l'analyse de régression logistique des différentes variables de la grossesse, l'accouchement et le nouveau-né. Les types de violence de chaque modèle sont :

Modèle I	Violence globale à l'âge adulte et violence autour de la grossesse
Modèle II	Violence globale ISA
Modèle III	Violence autour de la grossesse (AAS + ISA)
Modèle IV	Violence émotionnelle à l'âge adulte, violence émotionnelle autour de la grossesse, violence physique adulte, violence physique autour de la grossesse
Modèle V	Violence ISA non physique et violence ISA physique

Le but est de trouver les facteurs déterminants de la violence dans ce processus. Pour cela, dans toutes les analyses, nous avons pris en compte les variables sociodémographiques, le type de cohabitation et l'appui de l'entourage. Nous avons supprimé les variables du type d'hôpital et du lieu de résidence puisque dans l'analyse bivariée, nous n'avons trouvé aucune association statistique pour la plupart des types de violence analysés.

### La grossesse

Variables		Grossesse non désirée		Etre hospitalisée pdt grossesse		Pathologies pdt grossesse		Menace Accouchement prématuré		Anémie pdt grossesse		Infections pdt grossesse		Infections voies urinaires pdt gr		Infections vaginales		Consommation tabac		Mauvaise prise en charge		
		AB	MA	AB	MA	AB	MA	AB	MA	AB	MA	AB	MA	AB	MA	AB	MA	AB	MA	AB	MA	
Violence	Globale adul	+				+	+	+		+								+	+	+		
	Globale aut gr AAS	+	+	+		+		+				+		+				+		+		
	Globale ISA	+	+					+	+			+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
	Aut gr AAS+ISA	+	+					+				+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
	Emotionnelle adulte AAS	+				+	+	+	+	+	+	+	+		+			+				
	Emotionnelle aut gr AAS	+		+				+				+		+							+	
	Physique adul AAS	+																+				
	Physique aut. gr AAS			+	+	+		+				+									+	+
	Non physique ISA	+	+					+	+			+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
	Physique ISA	+		+	+							+							+		+	+
Etat civil / Cohabitation	Etat civil																					
	Avoir rel. vec engagement	+	+		-											+		+	+	+		
	Avoir rel.sans engagement	+	+	+								+	+	+	+	+	+	+	+	+		
	Cohabitation																					
	Ne pas vivre avec conjoint	+				-	-					+		+				+	+	+		
Nationalité	Nationalité																					
	Etre étrangère									+	+										+	



Variables		Grossesse non désirée		Etre hospitalisée pdt grossesse		Pathologies pdt grossesse		Menace Accouchement prématuré		Anémie pdt grossesse		Infections pd grossesse		Infections voies urinaires pdt gr		Infections vaginales		Consommation tabac		Mauvaise prise en charge	
		AB	MA	AB	MA	AB	MA	AB	MA	AB	MA	AB	MA	AB	MA	AB	MA	AB	MA	AB	MA
Entourage	Appui entourage																				
	Ne pas avoir appui entou			+	+	+	+	+	+			+									
Âge	Âge <20ans																				
	20 et 24 ans	-		+	+																
	25-29	-												-							
	30-34	-																			-
	35-39	-													-						-
	>40	-					+	+							-						-
Niveau d'études	Niveau d'étud <7ans																				
	Avoir entre 7 et 12 ans	-																-	-	-	
	Avoir > 12 ans d'études	-		-	-	-	-					-	-	-				-	-		
Travail	Travail																				
	Désoccupée																				
	Avoir un travail	-	-	-	-																-
	Etre étudiante	+	+																		
Données périnatales	Avoir une gr non-désirée																			+	+
	Etre hospital pdt gr			+																	
	Avoir pathol. pdt grosses			+	+																
	Avoir infect. pdt grosses			+																	

AB=Analyse Bivariée ; MA= Modèle Ajusté

+ association positive ; - association négative

Se rendre aux urgences pendant la grossesse n'est pas une variable liée statistiquement avec la violence.

En ce qui concerne la métrorragie pendant la grossesse, il n'existe pas dans notre étude, d'association statistique avec le fait d'avoir été confrontée à la violence exercée par le partenaire.

D'autre part, les femmes âgées de 20 à 24 ans, celles qui ont plus de 30 ans et celles qui ont plus de 12 ans d'études ont présenté un taux de prévalence d'infection de voies urinaires inférieur aux restes.

## L'accouchement

Variables		Accouchement prématuré*	
		AB	MA
Violences	Globale adultes	+	
	Globale autour gr AAS	+	
	Globale ISA	+	+
	Autour gr AAS+ISA	+	+
	Emotionnelle adulte AAS		
	Emotionnelle autour gr AAS		
	Physique adultes AAS		
	Physique autour. gr AAS		
	Non physique ISA	+	
	Physique ISA		
		Avoir pathologies pdt grossesse	+

\*Après avoir contrôlé en plus par « pathologies » et « infections »

AB=Analyse Bivariée ; MA= Modèle Ajusté

+ association positive ; - association négative

Dans notre recherche, nous n'avons trouvé aucune association statistique des variables du début du travail et de l'achèvement de l'accouchement avec les variables sur la violence.

## Le nouveau-né

Dans cette étude, 7,1% des nouveau-nés ont un poids inférieur à 2500 grammes, 26,9% ont dû être réanimés et 69,1% ont reçu le contact peau à peau dans les 30 minutes après la naissance. Nous n'avons trouvé aucune association statistique de ces variables avec les différents types de violence étudiées.

La moyenne du score Apgar aussi bien une minute que cinq minutes après la naissance est une variable statistiquement significative quand les femmes référaient une violence émotionnelle autour de la grossesse.

L'allaitement maternel précoce, dans les deux heures après l'accouchement, a été effectué par 70,2% des femmes enquêtées.

Variables		Non allaitement maternelle précoce*	
		AB	MA
Violence	Globale adultes	+	+
	Globale autour gr AAS	+	+
	Globale ISA	+	+
	Autour gr AAS+ISA	+	+
	Emotionnelle adulte AAS	+	+
	Emotionnelle autour gr AAS	+	
	Physique adultes AAS		
	Physique autour gr AAS		
	Non physique ISA	+	+
	Physique ISA		
	Au chômage		+
	Avoir pathologies pdt gr	+	+
	Accouchement prématuré	+	
	Poids inférieur à 2500 g.	+	+
	Consommation tabac	+	+

\*après avoir contrôlé en plus par les variables « pathologies, infections, fumer pendant la grossesse, bébé de moins de 37 semaines de grossesse et moins de 2500 g »

AB=Analyse Bivariée ; MA= Modèle Ajusté

+ association positive ; - association négative

## DISCUSSION

Il ressort de cette étude que la prévalence de la violence globale, à n'importe quel moment de leur vie, de la part d'un proche avec AAS s'élève à 24,2% et que la prévalence de la violence subie autour de la grossesse est de 7,7% (dont 4,8% violence émotionnelle et 1,7% violence physique). Ces valeurs sont semblables à celles de différentes études réalisées dans les pays développés. Cependant, la prévalence est plus élevée (21,05%) quand nous utilisons le questionnaire ISA qui mesure la violence envers la femme uniquement pendant la grossesse. Les différences constatées entre les analyses effectuées avec AAS et ISA peuvent être dues à la façon d'identifier la violence. Le questionnaire AAS est un instrument bref de quatre questions, où la femme s'identifie comme souffrant violence. Les chercheurs nous disent que nous pouvons trouver plus de cas de violence si nous réalisons le questionnaire plusieurs fois au long de la grossesse. Quant au questionnaire ISA, il s'agit d'un instrument avec trente phrases qui nous permettent d'évaluer l'expérience de la violence subie par la femme tout au long de la grossesse. Dans notre étude, les femmes victimes de violence globale et émotionnelle à l'âge adulte, une fois ajusté par les variables sociodémographiques, ont plus de 30 ans, ne sont pas mariées, sont étrangères, ne vivent pas avec leur conjoint et n'ont pas d'appui de leur entourage. L'emploi est un

facteur qui a une très grande influence sur le risque de subir une violence autour de la grossesse et à n'importe quel moment de sa vie. Avoir une relation sans engagement au moment de l'entretien est un facteur de risque pour plusieurs types de violence autour de la grossesse et à un moment de la vie, même après avoir contrôlé cette variable par les caractéristiques sociodémographiques.

Dans notre recherche, 84,7% des grossesses sont désirées et cette variable est associée statistiquement à tous les types de violence. Une fois que nous l'avons contrôlée par les variables sociodémographiques, nous constatons qu'une femme qui subit une violence non physique et globale autour de la grossesse a plus de risques d'avoir une grossesse non désirée. On trouve aussi une dépendance entre la violence et les variables suivantes: la femme qui a une relation avec son conjoint sans ou avec engagement mais qui n'est pas mariée. Par contre, le fait d'avoir un travail est un facteur de protection pour la grossesse non désirée.

Subir une violence physique autour de la grossesse, ne pas avoir d'appui de l'entourage ou avoir des pathologies pendant la grossesse font augmenter le risque d'être hospitalisée. En revanche, avoir une relation avec engagement avec le conjoint, avoir plus de 12 ans d'études et avoir un travail sont des facteurs qui réduisent le fait de devoir être hospitalisée. Quand la femme a souffert une violence globale et émotionnelle à l'âge adulte, elle a plus de probabilités de présenter des pathologies pendant la grossesse. Tandis que le fait d'avoir plus de 12 ans d'études et de ne pas habiter avec son conjoint réduisent le risque de présenter des pathologies. Si la femme souffre une violence autour de la grossesse (globale et émotionnelle mesurée avec ISA et mesurée avec AAS+ISA) ou si elle n'a pas d'appui de son entourage, elle a plus de risque d'avoir une menace d'accouchement prématuré. Une fois contrôlée par les variables sociodémographiques, une femme ayant subi une violence émotionnelle à l'âge adulte ou une femme étrangère a plus de probabilités d'avoir une anémie pendant la grossesse. Si la femme subit une violence autour de la grossesse (globale et non physique ISA et AAS+ISA) et émotionnelle à l'âge adulte, a plus de probabilités d'avoir une infection. Il en est de même si la relation avec son conjoint est sans engagement. Mais si elle a plus de 12 ans d'études, c'est un facteur de protection pour les infections pendant la grossesse. Si la femme souffre une violence autour de la grossesse mesurée avec le ISA et AAS+ISA, elle a plus de probabilités d'avoir des infections des voies urinaires. Par rapport aux infections vaginales, une fois contrôlée par les variables sociodémographiques, nous avons trouvé qu'une femme qui a souffert une violence non physique et globale (ISA et AAS+ISA) autour de la grossesse, a plus de probabilités d'avoir des infections vaginales. Si la femme souffre une violence autour de la grossesse (globale et non physique ISA et AAS+ISA) et globale à l'âge adulte, a plus de probabilités de fumer pendant la grossesse, de même qu'une femme qui n'est pas mariée et qui n'habite pas avec son conjoint. Le fait d'avoir plus de 7 ans d'études est un facteur de protection pour fumer pendant la grossesse.

Dans notre échantillon, 90,2% des femmes ont eu une prise en charge de la grossesse correcte, au moins huit consultations. Si la femme souffre une violence autour de la grossesse (globale et physique ISA, AAS+ISA et physique avec AAS), il est plus probable que la prise en charge de la grossesse ne soit pas appropriée et que

sa grossesse soit non désirée. De plus, le fait d'avoir entre 7 et 12 ans d'études est un facteur de protection pour la mauvaise prise en charge de la grossesse.

Il y a un plus grand nombre de femmes ayant un accouchement finissant avant la semaine 37 et un plus grand nombre de femmes ayant des pathologies pendant la grossesse, parmi les femmes ayant subi une violence autour de la grossesse (globale ISA et AAS+ISA).

Dans notre travail, 70% des femmes allaitent leur nouveau-né dans les deux heures après la naissance. Une fois contrôlée par les variables sociodémographiques, les variables "pathologies, infections et fumer pendant la grossesse, accouchement avant 37 semaines de grossesse ou nouveau-né de moins de 2.500 g", nous trouvons qu'une femme ayant souffert une violence autour de la grossesse (globale et non physique ISA et AAS+ISA, global AAS) et globale et émotionnelle à l'âge adulte, est plus sujette à ne pas allaiter son nouveau-né dans les deux heures qui suivent l'accouchement. Il en est de même pour les femmes au chômage, celles qui fument pendant la grossesse et pour celles dont le nouveau-né pèse moins de 2500 grammes à la naissance.

## Conclusions

L'objectif de cette thèse était de déterminer la prévalence et le type de violence subie par les femmes pendant la grossesse et les variables associées chez les femmes qui accouchent en Andalousie. Pour ce faire, nous avons utilisé une approche quantitative, nous avons mené une étude transversale, observationnelle et descriptive et une étude observationnelle analytique de cohortes.

Première: A l'aide de deux instruments de dépistage, Abuse Assessment Screen (AAS) et Index of Spouse Abuse (ISA), nous avons pu déterminer la prévalence de la violence conjugale envers les femmes enceintes qui accouchent dans les hôpitaux publics en Andalousie sur un échantillon aléatoire et représentatif de ces femmes.

Deuxième: Lorsque nous avons utilisé l'AAS, les résultats nous montrent qu'il y a une violence autour de la grossesse de 7,7%, que la violence émotionnelle est de 4,8%, la violence physique 1,7% et la violence sexuelle 0,5%.

Troisième.- Lorsque nous utilisons l'ISA, nous avons trouvé une violence autour de la grossesse de 21,3%, la violence psychologique 21,0% et violence physique (y compris la sexuelle) de 3,6%.

Quatrième: En combinant les résultats des deux instruments, sans compter les doubles cas, nous avons trouvé que 22,7% des femmes souffrent n'importe quel type de violence autour de la grossesse.

Cinquième: Après avoir fait un ajustement par les variables sociodémographiques, l'analyse de régression multiple montre que les femmes ayant une relation sans engagement ou n'ayant pas d'appui de leur entourage, ont plus de probabilité de

souffrir n'importe quel type de violence aussi bien pendant la grossesse que tout au long de l'âge adulte.

Sixième: Mesurée avec l'ISA, la variable « avoir un emploi » est un facteur de protection contre la violence physique autour de la grossesse et mesurée avec l'AAS, cette même variable est liée avec la violence globale autour de la grossesse.

Septième.- Nous avons constaté que ne pas cohabiter avec le conjoint et ne pas être espagnole sont des facteurs de risque pour subir une violence globale à l'âge adulte. De même que le fait d'avoir plus de 30 ans est un facteur de risque à ce type de violence dû à une plus longue exposition à la violence.

Huitième.- Mesurée avec les deux instruments ISA et AAS, l'analyse de régression multiple ajustée nous indique que les femmes ayant une grossesse non désirée ont plus de probabilité de souffrir une violence psychologique autour de la grossesse. La violence physique est associée significativement à la grossesse non désirée. Mais après avoir ajusté l'analyse statistique avec d'autres variables, ces deux variables ne sont plus associées significativement.

Ce résultat pourrait être expliqué par l'exclusion des avortements dans notre étude, ou bien, une hypothétique baisse de la violence physique pendant la grossesse dans notre environnement culturel. Nous avons également constaté qu'une relation sans engagement est un facteur de risque. Par ailleurs, avoir un emploi réduit le risque d'avoir une grossesse non désirée.

Neuvième.- Les femmes étant hospitalisées pendant la grossesse ont plus de probabilité de subir une violence physique. En plus, avoir entre 20 et 24 ans et avec des pathologies sont des facteurs de risque. Encore, les femmes avec plus de 12 ans d'études ont moins de risque d'être hospitalisées.

Dixième: Les femmes ayant une menace d'accouchement prématuré sont plus susceptibles de souffrir violence émotionnelle autour de la grossesse mesurée avec l'ISA. Celles qui n'ont pas d'appui de leur entourage sont plus menacées d'avoir un accouchement prématuré.

Onzième.- Avec les deux instruments ASA et ISA, la variable « avoir des infections pendant la grossesse » est liée aux variables « violence autour de la grossesse globale » et « violence émotionnelle ». Avoir plus de 12 ans d'études est un facteur de protection pour les infections. En outre, avoir une relation sans engagement est un facteur de risque pour les infections.

Douzième.- Les femmes atteintes d'infections des voies urinaires et vaginales pendant la grossesse sont plus susceptibles de signaler une violence autour de la grossesse, une violence globale et une violence émotionnelle, toutes ces relations étant mesurées aussi bien avec l'ASA qu'avec l'ISA.

Treizième.- Le fait de fumer pendant la grossesse implique plus de probabilité de subir une violence autour de la grossesse globale et émotionnelle mesuré avec l'ASA et l'ISA. Avoir une relation sans être marié (avec ou sans engagement) et ne pas cohabiter exclusivement avec leur partenaire sont des variables de risque. Par contre, avoir plus de 7 ans d'études réduit le risque de fumer pendant la grossesse.

Quatorzième.- Les femmes ayant une mauvaise prise en charge de la grossesse sont plus susceptibles de souffrir une violence physique (mesurée avec les deux instruments) et une violence globale autour de la grossesse. Cette mauvaise prise en charge de la grossesse augmente si la grossesse est non désirée.

Quinzième.- Les femmes qui accouchent avant terme ont une probabilité plus élevée de souffrir des violences globales mesurées avec les deux instruments. Avoir des pathologies pendant la grossesse constitue un facteur de risque pour l'accouchement prématuré. En outre, une relation sans engagement en est un facteur de protection.

Seizième.- Les femmes qui ne réalisent pas l'allaitement maternel précoce sont plus susceptibles de souffrir une violence globale et émotionnelle autour de la grossesse, analyse mesurée avec les deux instruments. Dans ce sens, le faible poids à la naissance du bébé, le besoin d'avoir une réanimation, le chômage de la femme et le fait de fumer pendant la grossesse sont des facteurs qui influent négativement sur l'allaitement précoce.

Tous les résultats précédents nous conduisent à proposer quelques actions à réaliser pendant les consultations de la grossesse, lors de l'accouchement et après la grossesse, telles que :

- Introduire les mécanismes nécessaires pour identifier la violence envers les femmes
- Détecter le risque de violences
- Mettre en œuvre des mécanismes nécessaires pour prévenir la violence
- Mettre en œuvre les soins en cas de dépistage de violence

Ces actions seraient mises en pratique par les professionnels chargés du suivi de la grossesse et de la période post-partum.





# **1.INTRODUCCIÓN**



## **1.1. Aspectos generales de la violencia de género: concepto, marco institucional y legal e impacto en la salud**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que una de cada cinco mujeres en el mundo ha sido maltratada, física o sexualmente, por uno o varios hombres, en algún momento de su vida. La mayor parte de los casos de abuso son realizados por su pareja o por un hombre cercano a ella. Consciente de las dimensiones del problema y la cantidad de mujeres a las que afecta, la violencia de género es considerada como una epidemia (OMS, 2002).

Estudios realizados por la OMS (2002) en los años 80 y 90 en países industrializados, muestran una prevalencia de mujeres maltratadas que oscila entre un 18% en Noruega, un 21% en Suiza, 30% en Reino Unido, 22% en Estados Unidos y 29% en Canadá. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002) calculó, a partir de una revisión de estudios en 35 países, que entre el 10 y el 52% de las mujeres declaraban haber sufrido abusos físicos por parte de un compañero sentimental en algún momento de su vida. Por otra parte, entre el 10 y el 30% de las mujeres declaraban que habían sufrido violencia sexual por parte de un compañero sentimental. En el estudio llevado a cabo por la OMS (2005a) en 10 países, encontró que entre un 15% y un 71% de las mujeres declararon que habían sufrido violencia física o sexual por parte de su marido o pareja. Muchas mujeres declararon que su primera experiencia sexual no había sido consentida (24% en el Perú rural, 40% en Sudáfrica)

La violencia contra la mujer en edad reproductiva se considera en todo el mundo como una causa de muerte e incapacidad, tan grave como el cáncer y constituye, además, un problema de salud pública (OMS, 2005a).

El Lobby Europeo de Mujeres calcula que entre el 20 y el 25% de las mujeres han sufrido violencia física a manos de un compañero, aproximadamente una de cada cinco (European Women's Lobby, 1999). En este mismo sentido, el Consejo de Europa (Consejo de Europa, 2006) refleja que el 20-25% de las mujeres de la Unión Europea ha sufrido algún tipo de violencia física a lo largo de sus vidas y que más de un 10% ha sufrido una agresión sexual, estas cifras se elevan hasta el 45% si incluimos el acoso (Consejo de Europa, 2009b). Se calcula que aproximadamente entre el 12 y 15% de las mujeres han mantenido una "relación violenta" después de los 16 años (Consejo de Europa, 2009a).

Con respecto a España, el Instituto de la Mujer ha realizado 3 macroencuestas sobre violencia de género durante los años 1999, 2002 y 2006 (Instituto de la mujer, 2006). Además, y de manera muy reciente, la Delegación del Gobierno para la Violencia de Género (2012) ha realizado una nueva encuesta, Macroencuesta de Violencia de Género 2011, para abordar de una nueva manera este grave problema. Esta encuesta difiere de las anteriores en varios elementos: ha sido realizada de forma presencial, las anteriores eran telefónicamente; la muestra es menor debido a la metodología utilizada, aunque representativa; se ha revisado el cuestionario, aunque se mantienen las posibilidades de comparar con las encuestas precedentes. De los resultados de estas macroencuestas se deduce que entre los años 2006 y 2011 ha

Tabla 1.1. Comparación de diferentes tipos de maltrato según las Macroencuestas realizadas en España en %

	1999	2002	2006	2011
Maltrato de género alguna vez en la vida	5.1	6.2	6.3	10.9
Maltrato de género en el último año	2.2	2.3	2.1	3.0
NUNCA maltrato de género	94.9	93.8	93.7	89.1

Elaboración propia a partir de la Macroencuesta de violencia de género 2011, principales resultados. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Delegación del Gobierno para la Violencia de Género, febrero 2012

aumentado de forma importante el porcentaje de mujeres que refieren sufrir violencia alguna vez en su vida (Tabla 1.1.). Sin embargo, si lo que se analiza es la situación objetiva de violencia que sufrían las mujeres, los datos de las encuestas 1999, 2002 y 2006, son similares a los que aparecen

en la encuesta de 2011. Las mujeres en situación objetiva de violencia eran 12.4%, 11.1% y 9.6% (Tabla 1.2.), para los años 1999, 2002 y 2006 respectivamente (para

Tabla 1.2. Mujeres maltratadas en %, según la forma de clasificación de la población femenina residente en España mayor de edad. Entre paréntesis porcentajes en Andalucía

	1999	2002	2006
Mujeres consideradas técnicamente como "maltratadas"	12.4 (13.6)	11.1 (13.3)	9.6 (11.1)
Mujeres autclasificadas como maltratadas último año	4.2 (4.8)	4.0 (4.3)	3.6 (4.1)

Elaboración propia a partir de la III Macroencuesta del Instituto de la mujer, abril 2006

Andalucía 13.6%, 13.3% y 11.1%). Como podemos ver, estos datos también son similares a los del año 2011 en los que el dato de las mujeres que confiesan haber sufrido maltrato alguna vez en la vida, es de 10.9%.

Las mujeres muertas en nuestro país en los últimos años, a manos de sus parejas o exparejas, van de 54 en el año 2002, a 76 en el año 2008. En la tabla 1.3., podemos ver la evolución del número de mujeres muertas desde el año 2002 al 2011 en Andalucía y en España. Los resultados de los estudios muestran la magnitud del problema y reflejan que, la violencia contra las mujeres ocurre en todas las clases sociales y en todos los países del mundo. La manifestación mayor del maltrato es la

Tabla 1.3. Mujeres muertas en España y en Andalucía

Año	España	Andalucía
2002	54	10
2003	71	13
2004	72	19
2005	57	9
2006	69	20
2007	71	8
2008	76	9
2009	56	14
2010	73	18
2011	61	13
2012	52	8

Elaboración propia a partir de los datos del Área de igualdad del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

muerte a manos del maltratador.

La violencia contra la mujer es un grave problema de salud pública que afecta a la salud y al bienestar de millones de mujeres y familias en todo el mundo. Provoca morbilidad y mortalidad importantes entre las mujeres en edad reproductiva y puede ocasionar graves riesgos para la salud materna y perinatal cuando ocurre durante o alrededor del embarazo.

Aunque la violencia contra la mujer puede adoptar muchas formas, el maltrato por parte de la pareja es la forma más común de este tipo de violencia a escala mundial y acarrea grandes costos humanos y económicos (OMS, 2002).

La violencia contra las mujeres está relacionada con las desigualdades existentes entre hombres y mujeres. Este desequilibrio del poder justifica los roles adscritos a hombres y mujeres en función de su género, una discriminación que en muchos casos existe desde el nacimiento. También está relacionado con el papel que la mujer tiene en la sociedad, la importancia que se da a su rol y los trabajos que ella realiza, ya sea en la esfera pública o en la privada. La violencia que se ejerce dentro de la pareja pretende sobre todo ejercer poder y control sobre su víctima. Podemos considerar la violencia contra las mujeres como un fenómeno en el que influyen varios factores, personales, socioculturales y situacionales, pero teniendo siempre como base las desigualdades de género (Heise, 1998).

La violencia que ejercen sobre las mujeres sus compañeros sentimentales no es un asunto privado sino un problema de dominio público y político. Estas acciones constituyen una violación de los derechos humanos, y no hay que olvidar que los países europeos están obligados a cumplir los acuerdos sobre derechos humanos internacionales que han firmado, así como los instrumentos europeos que deberían regir sus acciones. Naturalmente, en este camino existen obstáculos, pero hay que salvarlos. Uno de los obstáculos es la larga tradición de determinadas formas de violencia contra las mujeres que se consideran “normales”. Muchos europeos siguen pensando que lo que sucede dentro de las relaciones familiares o casi familiares no es asunto de las personas ajenas a éstas. Esto se da, sobre todo, en el caso de la violencia familiar contra las mujeres ya que, con frecuencia, las mujeres se siguen

considerando ciudadanas de segunda que deben someterse a los hombres. Al igual que ocurre con otras muchas formas de violencia, resulta difícil cuantificar la violencia que se produce en el hogar o el entorno familiar. La violencia familiar es una de las formas de violencia menos visible, ya que en la mayoría de los casos se da en la esfera privada, tras las puertas cerradas de los hogares. Durante mucho tiempo, este hecho ha estado asociado a la reticencia por parte de las autoridades, e incluso de colectivos e individuos a “intervenir”. Además, la violencia familiar está en gran medida infradeclarada, no sólo porque muchas personas la consideran estigmatizante, sino también por la propia naturaleza de las relaciones en que se produce: a las mujeres les resulta difícil aceptar el hecho de que alguien a quien quieren les está haciendo daño. Las mujeres pueden convencerse a sí mismas de que el abuso físico y psicológico que sufren realmente no es “violencia”, sino una muestra de afecto, una prueba de que la persona a la que aman quiere hacerlas mejores personas. Con frecuencia, las víctimas de la violencia a manos de un compañero creen que la persona violenta cambiará; piensan que él no siempre es violento, ya que a veces es cariñoso y amable, y que lo único que ocurre es que bebe demasiado, consume drogas, o que cualquier otra cosa motiva la violencia. Por desgracia, a menudo las víctimas afirman que fueron ellas mismas quienes provocaron la reacción violenta haciendo o diciendo algo “equivocado”, y que por eso “se lo merecían” (Kane, 2008).

Según el eurobarómetro de los 27 países de la Unión Europea, en relación a la percepción que tiene la población sobre la “violencia doméstica contra las mujeres”, un 9.0% de europeos opinan que la UE no debe participar en combatir la violencia doméstica contra las mujeres, en España este porcentaje es del 2.0% (European Commission, 2010). Otros resultados sobre la percepción social de la violencia sobre la mujer, con estudios realizados en España, encuentran resultados similares (Observatorio estatal de violencia sobre la mujer, 2011).

## ***Definiciones y tipos de violencia de género***

La violencia se considera, a menudo, como un componente ineludible de la condición humana, como un fenómeno complejo que hay que abordar de forma integral. El concepto de violencia recibe diferentes definiciones, con grandes divergencias según el ámbito de estudio, disciplinas, objetivos de investigación, etc. Podemos identificar un primer punto de desacuerdo entre una definición “restringida” o “amplia” de violencia. La forma “restringida” de entender la violencia es considerar solamente los actos de violencia física. Esta forma excluye otras formas de violencia, como la violencia psicológica o la violencia sexual o el acoso. Otro elemento de esta concepción es no tener en cuenta la repetición de estas situaciones y la complementariedad con otras manifestaciones.

Hay autores que tienen un concepto mucho más “amplio” de la violencia, para ellos la violencia consistiría en amenazas evitables contra la satisfacción de las necesidades humanas básicas: “La violencia está presente cuando los seres humanos se ven influidos de tal manera que sus realizaciones afectivas, somáticas y mentales, están por debajo de sus realizaciones potenciales”, de modo que “cuando lo potencial es mayor que lo efectivo, y ello es evitable, existe violencia”. Cuando Johan Galtung habla de necesidades básicas, hace referencia a cuatro clases de necesidades: las de subsistencia, las de bienestar, las de identidad y las de libertad. Así, él distingue tres tipos de violencia: directa, estructural y cultural. La violencia directa sería la violencia visible, mientras que la violencia estructural y la cultural, serían no visibles. La violencia visible sería la violencia física y verbal visible en forma de conductas (Galtung, 1990).

La OMS, en su informe sobre la violencia y la salud, define la violencia como: “El uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, 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”. Asimismo, divide a la violencia en tres grandes categorías según el autor del acto violento: violencia dirigida contra uno mismo, violencia interpersonal y violencia colectiva. La violencia interpersonal se divide en dos subcategorías: Violencia intrafamiliar o de pareja que, en la mayor parte de los casos, se produce entre miembros de la familia o compañeros sentimentales, y suele acontecer en el hogar, aunque no exclusivamente; y la violencia comunitaria que se

produce entre individuos no relacionados entre sí y que pueden conocerse o no. Esta violencia acontece generalmente fuera del hogar, y en ella incluiríamos las agresiones o violencia sexual por parte de extraños (OMS, 2002).

En la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, proclamada por la Asamblea General de Naciones Unidas en 1993, se define la violencia como “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” (Naciones Unidas, 1994). Esta definición es más específica que la de la OMS ya que se basa en la violencia contra las mujeres, y una de sus características es que tiene en cuenta el lugar donde se produce esta violencia, algo a lo que hace referencia por primera vez, teniendo en cuenta no solo el ámbito público, sino también el privado.

El maltrato a la mujer es sólo una muestra de toda la violencia que sufren las mujeres, la violencia de género, abarca todas las formas más o menos explícitas con que no sólo la pareja o expareja, sino también la sociedad oprime, humilla, infravalora a las mujeres, a lo largo de su vida. Si se incluye el concepto de género, es “debido a que la mayoría de las víctimas de violencia interpersonal son mujeres. La violencia se dirige contra la mujer por ser del sexo femenino y tener un poder desigual en las relaciones con los hombres, además de una baja condición en general en el mundo. Esta falta de poder y de condición social hace a las mujeres más vulnerables a los actos de violencia” (Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2001). Las diferentes manifestaciones de este tipo de violencia pueden ser: el aborto selectivo, infanticidio de niñas, la mutilación genital femenina, la prostitución forzada, el tráfico de mujeres, las violaciones como arma de guerra, el acoso sexual, los crímenes de honor, la violencia económica, así como los actos de violencia física, sexual o psicológica ejercida por las parejas o exparejas. Las mujeres se encuentran, por su condición, en una posición de subordinación respecto a los hombres, sufriendo una marginación o discriminación que, en algunos casos, ocurre a lo largo de su vida.

Este término de violencia de género es el utilizado en la Ley integral de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, Ley Orgánica 1/2004, y lo define como un problema que afecte no sólo al ámbito privado. “Al contrario, se manifiesta como el símbolo más brutal de la desigualdad existente en nuestra sociedad. Se trata



de una violencia que se dirige sobre las mujeres por el hecho mismo de serlo, por ser consideradas, por sus agresores, carentes de los derechos mínimos de libertad, respeto y capacidad de decisión” (BOE, 2004).

La violencia de género no es algo nuevo, pero no se le ha prestado demasiada atención y se ha ignorado como algo con lo que había que convivir y en lo que no teníamos nada que decir, sobre todo si tenía lugar en el ámbito privado.

Otras autoras han preferido llamar a este tipo de violencia “doméstica”, ya que esta violencia masculina contra la mujer, en el seno de la pareja, se desencadena en la convivencia, de hecho, ha sido el término más utilizado hasta hace poco tiempo. Esta violencia doméstica, puede ser tanto la que sufre la mujer como cualquier otro miembro de la familia, hijos/as, ancianos, etc. (Alberdi y Matas, 2002).

Como hemos visto, las modalidades de violencia de género son múltiples, sin embargo, las manifestaciones más frecuentes ejercidas por parte de la pareja o expareja, ya sea en el ámbito público o privado, son las siguientes:

- El maltrato psíquico infligido por la pareja, la OMS (2005a) recoge los actos específicos de: ser insultada o hacerle sentirse mal sobre ella misma; ser humillada delante de los demás; ser intimidada o asustada a propósito; comportamientos controladores, como aislar a una persona de su familia y amigos o restringir su acceso a la información; o ser amenazada con daños físicos. La violencia física y la violencia psicológica están vinculadas; la mayoría de los cónyuges violentos prepara primero el terreno aterrorizando a su compañera. La violencia física no se produce sin que haya habido antes violencia psicológica. “La violencia psicológica sola puede producir grandes estragos” (Hirigoyen, 2006), causan sufrimiento y pueden ser tan dañinos o más que los malos tratos físicos, en cuanto al deterioro de la salud de las mujeres víctimas (Alberdi y Matas, 2002).

- La violencia física aparece, frecuentemente, cuando la mujer se resiste a la violencia psicológica (Hirigoyen, 2006). Es el uso de la fuerza contra el cuerpo de otra persona, cualquier conducta que suponga agresión física contra la mujer (Alberdi y Matas, 2002). La OMS (2005a) la define en función de la siguiente lista de actos violentos infligidos por la pareja, contra la mujer: abofeteada o le habían arrojado algún objeto que pudiera herirla; empujada o le habían tirado del cabello; golpeado con el puño u otra cosa que pudiera herirla; golpeado con el pie, arrastrada o había recibido

una paliza; estrangulada o quemada a propósito; amenazada con una pistola, un cuchillo u otra arma o se había utilizado cualquiera de estas armas.

- La violencia sexual se ejerce mediante presiones físicas o psíquicas que imponen relaciones sexuales no deseadas mediante coacción. La OMS (2005a) la define en función de tres comportamientos: ser obligada a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad; tener relaciones sexuales por temor a lo que pudiera hacer su pareja; ser obligada a realizar algún acto sexual que considera degradante o humillante. Este tipo de violencia suele ser el más difícil de abordar con las mujeres.

### ***Aspectos legales e institucionales de la violencia de género***

Según el Banco Mundial los derechos de las mujeres han sido siempre menos valorados que los del resto de la población, así, a lo largo de la historia y aún hoy, sigue habiendo sociedades donde existen leyes discriminatorias hacia las mujeres, legislaciones donde sus derechos tienen menos valor que el de los hombres. En la mayoría de los países del mundo estudiados, las mujeres trabajan más que los hombres, cobran menos por el mismo trabajo, hay países donde el acceso a la educación es menor para las mujeres, y con respecto a otros derechos como el acceso al trabajo, a ocupar puestos de responsabilidad o participar en los órganos de gobiernos, las mujeres siguen encontrándose con muchas más dificultades (Banco Mundial, 2011),

Según la declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos Humanos de hace más de 60 años, el principio de igualdad de trato y la prohibición de la discriminación por causa del sexo, constituyen derechos fundamentales de los individuos que deben garantizar la igualdad de oportunidades tanto en el ámbito social como el laboral y la igualdad ante la ley y su aplicación (Naciones Unidas, 1948). La denuncia del no cumplimiento de estos derechos, las desigualdades en las condiciones de vida, o de trabajo en las que viven las mujeres en todo el mundo, ha propiciado una respuesta importante de instituciones internacionales y nacionales con reformas en cuanto a las normas y jurisprudencia para garantizar estos derechos. Es cierto que, la democratización de muchos países y los movimientos de mujeres en el mundo, han forzado a que estos cambios cada día estén más presentes. El considerar que la violencia contra la mujer es una violación de los derechos humanos presenta un desafío, pero es un aspecto esencial para transformar la respuesta del sector de la salud a la violencia basada en género (Bott, Guedes, Claramunt y cols., 2010).

En las últimas décadas, la Organización de Naciones Unidas ha venido desarrollando una importante labor en la defensa de los derechos de las mujeres. Así, las diferentes Conferencias Internacionales de la Mujer (Méjico 1976, Copenhague 1980 y Nairobi 1985) han contribuido a poner en la agenda de los políticos el problema de la situación de las mujeres en el mundo. Pero fue sin duda la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada en Pekín en 1995, con la representación de 189 gobiernos, la que supuso un hito en el compromiso de los gobiernos en los problemas

de las mujeres. Estos países adoptaron la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing, encaminada a eliminar los obstáculos a la participación de la mujer en todas las esferas de la vida pública y privada. Esta declaración de intenciones supuso un gran avance al poner en primera línea, el compromiso para eliminar estos obstáculos, tanto en la vida pública como en la privada. Dentro de los obstáculos que considera importantes, se encuentra la violencia contra las mujeres (Naciones Unidas, 1995).

Es este mismo organismo el que emite una “Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer”. En ella reconoce “la urgente necesidad de una aplicación universal a la mujer de los derechos y principios relativos a la igualdad, seguridad, libertad, integridad y dignidad de todos los seres humanos”. Asimismo, reconoce “que la aplicación efectiva de la convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer contribuirá a eliminar la violencia contra la mujer y que la declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer reforzará y completará el proceso” (Naciones Unidas, 1994). Es a partir de este momento cuando se considera la violencia contra las mujeres como una violación de los derechos humanos. Más recientemente, la Asamblea General aprobó una resolución sobre la intensificación de los esfuerzos para eliminar todas las formas de violencia contra la mujer, adoptada por consenso, reitera todos los compromisos internacionales de los estados, entre ellos “la obligación de promover y proteger todos los derechos humanos y las libertades fundamentales de la mujer y la niña, y de actuar con la diligencia debida para prevenir e investigar actos de violencia contra la mujer y la niña, castigar a los culpables y proteger a las víctimas, y estipula que si dejan de hacerlo se violan sus derechos humanos y libertades fundamentales y se menoscaba o anula su disfrute” (Naciones Unidas, 2008).

Lo importante de estas declaraciones es que compromete a los estados a modificar sus legislaciones y poner en marcha todos los mecanismos para poder cumplir con sus compromisos.

En el ámbito europeo, el Parlamento Europeo reconoce la violencia de género como un problema social y un obstáculo para el desarrollo y la igualdad. Además, ha hecho una serie de recomendaciones a los estados miembros en cuanto a su política de actuación y prevención de la violencia de género y ha denunciado la falta de datos de este problema (Parlamento Europeo, 1997). Así desde 1999, el Consejo de la Unión Europea adopta cada año, unas conclusiones sobre indicadores y criterios de

referencia, asegurando un seguimiento anual más centrado en la estructura. En 2002, se elaboró una serie de indicadores sobre las violencias contra las mujeres. Este mismo año, el Consejo de Europa publicó las recomendaciones adoptadas por el comité de Ministros del Consejo de Europa para la “Protección de las mujeres contra la violencia”. En primer lugar, recomienda que los gobiernos de los estados miembros: I Revisen su legislación y sus políticas relacionadas con el tema; II La obligación de los estados a prevenir, investigar y castigar los actos de violencia; III Reconocer la violencia masculina contra la mujer como un problema grave estructural y social; IV Diseñar planes de acción a medio y largo plazo para prevenir la violencia y proteger las víctimas; V Promover la investigación y la recogida de datos; VI Promover la creación de programas en la educación superior y centros de investigación que se ocupen de temas de igualdad en particular de la violencia contra las mujeres. Y en segundo, que informen al Consejo de Europa sobre el seguimiento a nivel nacional de las disposiciones de esta recomendación (Consejo de Europa, 2002).

En el año 2007, el Parlamento Europeo conjuntamente con el Consejo Europeo, adoptó una decisión por la que se establece, para el periodo 2007-2013, un programa específico para prevenir y combatir la violencia ejercida sobre los niños, los jóvenes y las mujeres y proteger a las víctimas y grupos de riesgo (Diario Oficial de la Unión Europea, 2007). Desde 1997, esta acción fue desarrollada por DAPHNE para financiar proyectos de organizaciones no gubernamentales para luchar contra la violencia ejercida sobre los niños, los adolescentes y las mujeres y facilitar la acción multisectorial (Comisión Europea, 1997). El programa Daphne III integrado en el programa general sobre “Derechos fundamentales y justicia”, pretende contribuir a proteger a los niños, jóvenes y las mujeres de todas las formas de violencia, y alcanzar un elevado nivel de protección de la salud, bienestar y cohesión social. Por otra parte, desea contribuir al desarrollo de las políticas comunitarias y, más específicamente de las relacionadas con la salud pública, los derechos humanos y la igualdad de género, así como de acciones encaminadas a la protección de los derechos de la infancia y a la lucha contra la trata de personas y la explotación sexual (Kane, 2008).

En el marco de nuestro país, uno de los avances más importantes de los últimos tiempos ha sido el reflejar la igualdad de hombres y mujeres en la Constitución Española como un derecho fundamental, excluyendo cualquier tipo de discriminación por razón de sexo (BOE, 1978). Pero es, sin duda, la aprobación de la Ley Orgánica de

Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, la que ha supuesto un avance muy importante para la lucha contra la violencia ejercida sobre las mujeres. Esta ley, aprobada en 2004, tiene como objetivo “actuar contra la violencia que, como manifestación de la discriminación, la situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres, se ejerce sobre éstas por parte de quienes sean o hayan sido sus cónyuges o de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, aun sin convivencia”. El ámbito de la Ley abarca aspectos preventivos, educativos, sociales, asistenciales y de atención posterior a las víctimas. Establece medidas de sensibilización e intervención, educación y formación, tanto en el ámbito educativo como en el sanitario. Así como entre las fuerzas y cuerpos de seguridad del estado, operadores jurídicos, etc. También prevé intervenciones en el ámbito de la publicidad y los medios de comunicación. Al ser una ley integral, está prevista la inserción social y laboral de las mujeres así como la tutela económica, penal, judicial, etc. La ley ha venido acompañada de la creación de juzgados específicos de “violencia sobre la mujer” para atender estas situaciones, así como de un “fiscal contra la violencia sobre la mujer” (BOE, 2004).

Además, en los últimos años, se ha creado el “Observatorio Estatal de la Violencia sobre la Mujer”, y en el Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales el “Comité de Violencia de Género”, que ha elaborado un protocolo común para su aplicación en el sistema sanitario público, en 2007, actualizado en 2012. En el Consejo General del Poder Judicial existe un “Observatorio contra la Violencia Doméstica y de Género” y cada año elaboran un informe con toda la actividad relacionada con este tema en los juzgados. Por otra parte, se ha puesto en marcha un teléfono gratuito de información que no deja huella (016). Se elaboran cada año desde el Ministerio de Sanidad “Informes de violencia de género del observatorio de violencia de género”. Informes sobre la violencia de género y las mujeres inmigrantes, mujeres con discapacidad, etc. Han sido muchas cosas las que se han ido creando alrededor de esta ley.

En la evolución de la ley, el Consejo General del Poder Judicial, ha propuesto ligeras reformas de un punto de vista penal (Consejo General del Poder Judicial, 2011).

A 31 de diciembre de 2012, había en funcionamiento 461 juzgados especializados con competencias en violencia sobre la mujer, de los cuales 106 eran juzgados de violencia sobre la mujer exclusivos. Durante el año 2012, había en funcionamiento 10 unidades de valoración forense integral y 26 equipos psicosociales. En cuanto al

servicio telefónico de información y asesoramiento jurídico en materia de violencia de género (016), desde su puesta en funcionamiento en septiembre de 2007 y hasta diciembre de 2012, ha atendido un total de 1.580.614 llamadas, de las cuales 353.392 estuvieron relacionadas con violencia de género, considerándose llamadas pertinentes. En el año 2012, se han recibido 55.810 llamadas pertinentes (8 por hora). En relación con la persona que efectúa la llamada, el 75% de los casos fue realizada por la propia víctima, 22% por familiares y en un 3% de los casos por profesionales. En el “Servicio telefónico de Atención y Protección para víctimas de violencia de Género” (ATENPRO), desde diciembre de 2005, que se puso en marcha, hasta diciembre de 2012, ha atendido una total de 44.776 mujeres.

Hasta diciembre de 2012, en relación con las ayudas económicas previstas en la Ley Orgánica 1/2004, que garantiza a las víctimas de violencia de género la percepción de diferentes tipos de ayudas sociales, económicas, contratos, etc., 1.668 mujeres han percibido ayudas sociales, 3.687 mujeres víctimas de violencia de género se han beneficiado de contratos bonificados, 1.015 de contratos de sustitución, 30.716 percibían la Renta Activa de inserción y 12.628 han sido perceptoras de ayudas para cambio de residencia.

Desde 2005 hasta diciembre de 2010 han obtenido autorización de residencia temporal y trabajo un total de 2.301 mujeres extranjeras, víctimas de violencia de género.

A 31 de diciembre de 2012, el número de internos que cumplen condena por delitos de violencia de género y por delitos de otra naturaleza son 5.647; los que tienen como única causa la violencia de género son 2.283 y son 202 los internos que tienen el homicidio o asesinato como delito principal.

En el año 2012, las denuncias presentadas de violencia sobre la mujer en todo el territorio español fueron de 128.543, algo inferior al año 2011 (-4.1%), de ellas 26.915 en Andalucía. El 63.7% fueron presentadas por atestados policiales con denuncia de las víctimas, el 8.4% fueron presentadas directamente por las víctimas, 11.5% por parte de lesiones y 13.5% por atestados policiales por intervención directa de la policía. El 35% de las mujeres que denuncian son de nacionalidad extranjera. Renuncian al proceso el 12.13% de las denuncias, similar porcentaje en Andalucía que son el 11.96%. En España, la tasa de denuncias por cada 10.000 mujeres es de 53.63% y en

Andalucía algo superior el 61.87%. Se solicitaron 34.556 órdenes de protección (en Andalucía 6.215) y fueron adoptadas 21.245 (4.059 en Andalucía), de ellas fueron acordadas el 61%. Del total de sentencias dictadas, en el año 2012 en el ámbito de la violencia de género (50.743), fueron sentencias condenatorias el 59.7%, siendo los juzgados de violencia sobre la mujer los que presentan un porcentaje más elevado de sentencias condenatorias (74,71%).



## ***Violencia de género y salud***

Hay mujeres que consiguen escapar de su relación después de una primera agresión, sin embargo, la mayoría de las víctimas sufren agresiones repetidas, que aumentan en frecuencia y severidad. Cada vez más investigaciones revelan que compartir la vida con un hombre violento, que ejerce violencia sobre la mujer, puede repercutir sobre la salud. La violencia de género se ha vinculado con múltiples problemas de salud, tanto inmediatos como a largo plazo. Las consecuencias para la salud de la mujer que sufre violencia por parte de su pareja podemos resumirlas en: físicas (lesiones, hematomas, síndrome de dolor crónico, discapacidad, etc.); psíquicas y del comportamiento (abuso de alcohol y drogas, depresión y ansiedad, trastorno de los hábitos de alimentación, poca autoestima, etc.); consecuencias mortales (mortalidad relacionada con el SIDA, mortalidad materna, homicidio, suicidio); y sexuales y reproductivas (embarazos no deseados, violaciones) (OMS, 2002). Dado el carácter progresivo de las agresiones, estas lesiones derivadas de la violencia contra la mujer, tienden hacia la cronicidad. Las lesiones psíquicas aparecen tanto en el momento inmediato a un ataque como en las secuelas que permanecen a medio y largo plazo. Las lesiones agudas, después de una agresión física, pueden ser de escasa repercusión, como empujones o erosiones por arañazos, pero pueden llegar hasta la muerte de la víctima, con una gama intermedia de traumatismos más o menos importantes.

Además del sufrimiento de las personas, supone una carga enorme para las economías nacionales. Una proporción considerable de los costos de la violencia corresponde a su repercusión en la salud de las víctimas: padecen más problemas de salud, generan costos de atención sanitaria más elevados y acuden con mayor frecuencia a los servicios hospitalarios de urgencias; lo que supone una carga mayor en las instituciones sanitarias, de ahí que el sector de la salud esté especialmente interesado en la prevención y tenga un papel clave que desempeñar al respecto. Además de estos costes directos, se derivan unos costes indirectos, entre los que podemos tener en cuenta: las casas de acogida; menor productividad como consecuencia de las muertes prematuras, las lesiones, el absentismo laboral; el descenso de la calidad de vida; la alteración de la vida cotidiana debido al temor por la seguridad personal, etc. (OMS, 2002).

Fue en la 49ª Asamblea Mundial de la Salud, cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS) adoptó una resolución en la que definió la violencia como un problema importante de salud pública en todo el mundo. Instó a los Estados Miembros a que evaluaran el problema de la violencia en sus territorios y comunicaran a la OMS la información de que dispongan sobre ese problema y su manera de afrontarlo. Asimismo, pide al Director General de la OMS, que emprenda actividades de salud pública para abordar el problema de la violencia. El enfocar la violencia desde una perspectiva de salud pública nos permite utilizar un enfoque riguroso de método científico, en el que debemos abordar el problema con cuatro pasos fundamentales: obtener tantos conocimientos básicos como nos sea posible acerca de todos los aspectos de la violencia; investigar por qué se produce la violencia; buscar las posibles formas de prevenirla y, finalmente, ejecutar acciones efectivas.

En nuestro país, ya en el año 2005, se creó la comisión contra la violencia de género en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS), desde este año inicia la publicación de informes de situación para conocer mejor la magnitud del problema atendido desde los servicios de salud. A partir de la Ley Integral, se han puesto en marcha diferentes mecanismos de formación y prevención, coordinados del Ministerio de Salud y que son de ámbito de todo el estado. La elaboración del Protocolo Común (OSM, 2007) fue una de las medidas puestas en marcha. Así como la definición de indicadores comunes para todos, para poder conocer y comparar las cifras de las diferentes comunidades autónomas.

En el año 2012, se publica el Informe de Violencia de Género 2011 (OSM, 2012). Es el cuarto año que recogen y analizan los indicadores aprobados por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, aún siguen siendo datos que deben mejorar ya que pueden darse duplicidades entre fuentes (historia clínica y parte de lesiones) e incluso en cada una de ellas por duplicidad de partes o posibles coincidencias entre niveles asistenciales (primaria y especializada). Además, no todas las CCAA envían los datos y no todas envían todos los indicadores. Por ejemplo, Andalucía envía únicamente datos generales (número de casos detectados con parte de lesiones en atención primaria y especializada), únicamente 3 indicadores de los 18 que se piden. En los datos recogidos en este informe, se muestra que el sistema sanitario ha detectado e informado 9.614 mujeres maltratadas con el parte de lesiones (de ellas 6.246 en Andalucía) y 6.083 mujeres maltratadas han sido comunicadas por

las CCAA a partir de la historia clínica como fuente de información (ninguna comunicada en Andalucía).

Las iniciativas de formación en Violencia de Género de sanitarios son importantes para abordar la lucha contra ella, ya que los profesionales de la salud ocupan un lugar privilegiado para prevenir y detectar precozmente la Violencia de Género, ya que la mayoría de las mujeres acceden al sistema sanitario en algún momento de su vida y, concretamente durante el embarazo, es raro hoy en día en nuestro país que una mujer no tenga contacto con el sistema, al menos alguna vez, a lo largo de su embarazo. Andalucía concretamente, es la Comunidad Autónoma que más formación ha realizado y con mayor número de profesionales formados en 2011. Además, en el Plan Estratégico de Formación Integral del Sistema Sanitario Público de Andalucía (PEFISSPA), está prevista la actualización de competencias en Medicina Familiar y Comunitaria y la actualización de competencias en Obstetricia y Ginecología (OSM, 2012).

## 1.2. Violencia de género durante el embarazo

El embarazo es un momento único para la identificación, intervención y prevención de la violencia de género, ya que casi todas las mujeres tienen un contacto más estrecho y frecuente con los servicios de salud. En nuestro país, prácticamente todas las mujeres controlan su embarazo en un centro de salud y el número de visitas es superior a ocho, ya sea en el centro de atención primaria o de atención especializada.

La violencia durante el embarazo tiene, además, la particularidad de que las consecuencias no sólo pueden afectar a la mujer sino también al bebé que está esperando, por lo que la prevención y la detección de la violencia de género durante este periodo es de extrema importancia (Campbell, 2001). Este particular momento de la vida de la mujer puede, también, facilitar la activación de los mecanismos de intervención al sentirse responsable de la salud y bienestar de su hijo.

Cada vez se estudia más en el mundo la violencia de género que sufren las mujeres en torno al embarazo y al parto. Estos estudios, llevados a cabo fundamentalmente por mujeres investigadoras, se han realizado tanto en los países industrializados como en países en desarrollo, aunque es en los primeros donde se investiga con más frecuencia. Según la mayoría de las investigaciones en países desarrollados, entre un 4% y un 8% de las mujeres embarazadas sufren violencia por parte de su pareja o expareja. De entre los países desarrollados, los estudios realizados en EEUU y Canadá son los que han contribuido más a dar una entidad a la violencia de género durante el embarazo, identificándolo como un problema socio-sanitario con importantes consecuencias para la salud materna e infantil (American College of Obstreticians and Gynecologists, 2000). Sin embargo, estos estudios aún no nos demuestran claramente si la violencia aumenta al estar embarazada, o si el hecho de sufrir violencia aumenta el riesgo de embarazo. Tampoco se ha demostrado claramente cuáles serían los factores de riesgo para sufrir violencia o cuáles, si existen, son los factores protectores. Todo esto hace que sea muy difícil elaborar intervenciones para abordar la prevención de este problema de salud que afecta tanto a la mujer embarazada como a su bebé no nacido.

En nuestro país, no existen trabajos de investigación que constaten la realidad de la violencia de género durante el embarazo. Tan sólo se ha publicado una investigación

realizada por Alonso, Bedoya, Cayuela y cols. (2004) basada en una encuesta hospitalaria en la que hacían una pregunta relacionada con el tema: “Si ha estado embarazada ¿ha recibido malos tratos en el embarazo?”. En esta investigación, un 13% de las mujeres encuestadas respondió que sí.

Aunque hay ausencia de investigaciones de índole nacional, el Ministerio de Sanidad ha mostrado interés para abordar la violencia que sufren las mujeres durante el embarazo. Así, en el Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género del Sistema Nacional de Salud elaborado en el 2007 por el Ministerio de Sanidad y Consumo, se define como situaciones de vulnerabilidad aquellas en las que se encuentran las mujeres embarazadas, al igual que las mujeres con discapacidad, mujeres inmigrantes, mujeres que viven en entornos rurales, y aquellas mujeres que se encuentran en situación de exclusión social (mujeres que ejercen la prostitución o drogodependientes) (Comisión contra la Violencia de Género, 2007).

En el año 2007, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud aprobó una relación de 18 indicadores comunes para la vigilancia epidemiológica de la violencia de género. El número 11 es: “Casos detectados en mujeres embarazadas”. En 2008, se elaboraron las fichas descriptivas para facilitar la recogida de datos de forma homogénea y normalizada, desde los servicios sanitarios de las CCAA.

La comisión de Sanidad y Consumo del Senado, en noviembre de 2008, insta a coordinar, impulsar y, en su caso, financiar, entre otras, actuaciones relativas a la “inclusión sistemática de las acciones de detección precoz y atención adecuada de la violencia de género en todos los programas específicos, como puede ser la salud mental y atención del embarazo”.

Sin embargo, a pesar de estas indicaciones, en el informe Violencia de Género 2008, las actividades que se llevan a cabo en las diferentes CCAA en relación con la violencia durante el embarazo son muy escasas (Observatorio de salud de la mujer, 2010). Así, los programas específicos de atención al embarazo en los cuales se incluye la violencia de género, los encontramos en las comunidades autónomas siguientes:

La Comunidad Valenciana ha puesto en marcha el Protocolo de atención sanitaria de violencia de la Consellería de Sanidad, donde incluye las acciones de detección precoz y atención en los programas específicos de atención al embarazo. Se debe utilizar el cuestionario Abuse Assessment Screen (AAS) con las mujeres embarazadas,

ante la sospecha de sufrir violencia. Esto se ha realizado después de que un grupo específico de mujeres, que acudían al programa de control prenatal, participara en un proyecto de investigación que ha permitido llevar a cabo la fase piloto de la elaboración del Protocolo para la Atención sanitaria de la violencia de género (PDA) (Escribá-Agüir, Royo-Marqués, Mas-Pons y cols., 2008).

En Cataluña, en el Programa de atención a la salud sexual y reproductiva incluye el cribado proactivo de eventuales casos de Violencia de Género en el control y seguimiento del embarazo y en los embarazos no deseados, teniendo un documento operativo específico para el abordaje de la violencia durante el embarazo, como parte del “Protocolo para el abordaje de la violencia machista en el ámbito de la salud en Cataluña”.

En Cantabria, se incluyen, en el nuevo Programa de preparación para la maternidad/paternidad y en el Protocolo de atención al embarazo, contenidos de sensibilización, detección precoz y prevención de la Violencia de Género.

Las CCAA de Castilla y León y Canarias mencionan la formación como actuaciones específicas hacia este colectivo, dirigidas al personal sanitario que interviene en la atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio.

Galicia preveía, durante 2009, incluir acciones de atención y detección precoz de la Violencia de Género durante el embarazo. En la Guía técnica do proceso de atención ao embarazo normal se dice: "Valoración de la presencia de indicadores (conductas, síntomas o signos) de sospecha de violencia de género"<sup>9</sup> (Xunta de Galicia. Servizo Galego de Saúde 2008).

En este mismo informe, el sistema de información ha detectado 90 mujeres maltratadas embarazadas a partir de los partes de lesiones, con datos de 4 CCAA y 108 a partir de la historia clínica, con datos de 7 CCAA. Una comunidad autónoma con ambas fuentes (Canarias) aporta más de la mitad de los casos. En el año 2012 se publica el Informe de Violencia de Género 2011.

Este protocolo se actualizó en el año 2012 (Comisión contra la violencia de género, 2012). En él aparecen otros grupos de mujeres en situación de especial vulnerabilidad, como son la trata de mujeres y niñas con fines de explotación sexual y las mujeres mayores. Asimismo, da un papel relevante a las y los profesionales de pediatría y

---

<sup>9</sup> Comunicado por teléfono por la técnica del Servizo Galego de Saúde de la Xunta de Galicia

considera que las actuaciones del personal de salud durante el embarazo son importantes para la detección y la prevención de la violencia de género, por la posibilidad del contacto y la relación con la mujer, tanto de las matronas como de otros profesionales de la salud, ya que pueden observar y detectar cualquier signo de alarma. Por otra parte, el protocolo indica que durante las sesiones de preparación al nacimiento “se pueden abordar temas como: el buen trato en la pareja, la igualdad, la corresponsabilidad, la sexualidad y la violencia”. Y estas actividades pueden abordar contenidos de sensibilización y prevención de la violencia contra la mujer.

Por tanto, ante esta realidad nacional, resulta fundamental realizar investigaciones en el ámbito de la sanidad que, de manera científica, estudien la prevalencia de la violencia de género en las mujeres embarazadas, así como el tipo de violencia que sufren y los factores relacionadas con la misma, para poder detectar este problema sanitario a tiempo y poner en práctica los protocolos de actuación pertinentes.

Sin embargo, en la nueva estrategia nacional 2013-2016, ya no se nombra a las mujeres embarazadas como grupo de especial vulnerabilidad (OSM, 2012).

### 1.2.1. Definiciones de la violencia de género en el embarazo

La manera como definamos la violencia de género en el embarazo tendrá un impacto importante en los resultados finales. Por ello, es necesario que desde el inicio establezcamos una definición completa y precisa y, de esta manera, seamos capaces de discernir los casos en los que una mujer que sufre violencia se trata de violencia de género a manos de su pareja y no de otro tipo de violencia (Ellsber y Heise, 2007). Por otra parte, si no existe un método homogéneo para describir la frecuencia y el tipo de violencia durante el embarazo, es difícil poder comparar los resultados de investigaciones realizadas en este campo. Sería recomendable aunar criterios de definición para saber que estudiamos el mismo problema, si no, será difícil comparar los resultados con otras investigaciones, ya que a menudo utilizan diferentes métodos, poblaciones, momentos en los que se realizan los trabajos, lo que hace que sea difícil poner en marcha mecanismos globales de ayuda a las mujeres.

Otro aspecto importante a tener en cuenta es el periodo de tiempo que se considera para analizar la violencia de género en el embarazo. No podemos considerar solo el tiempo biológico estricto del embarazo (las 40 semanas) ya que, alrededor de éste, tenemos periodos, no muy bien definidos, en que la mujer puede estar expuesta a sufrir violencia. Por ello, para poder abordar mejor estas cuestiones, se han sugerido dos definiciones: la violencia que se produce alrededor del embarazo y la violencia durante el embarazo (Peterson, Saltzman, Goodwin y cols., 1998). En cada una de ellas se incluyen los tres tipos de violencia: la violencia física, sexual y psicológica/emocional.

La violencia que aparece alrededor del embarazo se define como “la violencia física, sexual o psicológica/emocional, o las amenazas de violencia física o sexual infligida a una mujer antes del embarazo, durante el embarazo o en el puerperio o una combinación de estos periodos”.

La violencia durante el embarazo se define como “la violencia física, sexual o psicológica/emocional o amenazas de violencia física, sexual ocasionadas a una mujer embarazada”. La violencia durante el embarazo sería una parte de la violencia alrededor del embarazo.



La siguiente cuestión sería acotar los periodos considerados alrededor del embarazo. Hay tres periodos importantes: antes del embarazo, durante el embarazo y el posparto (Peterson, Saltzman, Goodwin y cols., 1998).

El periodo de antes del embarazo incluye un año antes del parto. Las investigadoras justifican este periodo de acuerdo con el concepto de preconcepción (Peterson, Saltzman, Goodwin y cols., 1998).

El embarazo se considera desde el momento de la última menstruación hasta el momento del parto.

El posparto se divide en dos categorías: hasta 6 semanas después del parto y de 6 semanas a 1 año después del parto. Estas dos categorías distinguirían los acontecimientos relacionados con el puerperio inmediato, que se caracteriza por cambios físicos y mentales que ocurren en la mujer de forma muy rápida, y los que ocurren de forma más tardía en el puerperio.

Estas investigadoras consideran que sería posible afinar dentro de los periodos anteriormente descritos, por ejemplo, diferenciando en el puerperio inmediato lo que ocurre en la primera semana posparto o analizando por trimestre la duración total del embarazo (Peterson, Saltzman, Goodwin y cols., 1998).

### **1.2.2. Prevalencia de la violencia de género en el embarazo**

Como comentamos para la violencia en general, las prevalencias presentan muchas variaciones en función de las poblaciones estudiadas y de los tipos de metodología utilizada. Es difícil comparar la mayoría de los datos internacionales sobre prevalencia de la violencia debido a que se utilizan diferentes métodos para obtenerla (Ellsberg y Heise, 2007).

La Organización Mundial de la Salud (2005a) publicó los resultados preliminares de un estudio sobre salud y violencia contra la mujer, llevado a cabo entre 2000 y 2003 en 10 países y en 15 entornos (en algunos países la encuesta se llevó a cabo en medio rural y urbano), en él participaron un total de 24.097 mujeres. Es un estudio de prevalencia, de formas y pautas de la violencia en los distintos países, así como de las consecuencias de ésta. Se estudió la relación entre la violencia física o sexual que sufrieron estas mujeres y la salud sexual y reproductiva (García-Moreno, Jansen, Ellsberg y cols., 2005). A las mujeres que habían estado embarazadas alguna vez se les preguntó si habían sufrido violencia física durante al menos un embarazo, lo fueron en un rango que osciló entre el 1% en Japón y el 28 % en el medio rural de Perú. La mayoría de las zonas estudiadas están entre el 4% y el 12%. La mayoría de ellas, también lo habían sufrido antes de quedarse embarazadas. Sin embargo, el 13% de las mujeres de Etiopía y el 50% de medio urbano de Brasil y Serbia Montenegro, dijeron que fueron maltratadas físicamente por primera vez durante el embarazo. La mayoría de las mujeres víctimas de violencia física, declararon que en el último embarazo la violencia había sido igual o menos grave o frecuente que antes del embarazo. Pero el 8% en medio rural de Bangladesh, el 12% en la ciudad de Dhaka, el 16% en medio rural y el 20% en zona urbana de Tanzania y el 34.4% de medio urbano de Brasil, la violencia durante el embarazo había empeorado o había sido más grave. Una característica de la violencia física durante el embarazo es dónde se dan los golpes, que suele ser de manera más frecuente en el abdomen. En este estudio recibieron los golpes en el abdomen el 52.5% de las mujeres rurales en Perú y el 23% de las mujeres de Tanzania. Existe el debate sobre si el embarazo aumenta o no el riesgo de sufrir violencia. En el trabajo precedente, no todos los países con altos niveles de violencia física en general, como Etiopía (49%), mantienen estos altos niveles durante el embarazo (8%). El único país de Europa estudiado ha sido Serbia y Montenegro, el 3%

de las mujeres entrevistadas que habían estado embarazadas alguna vez habían sido golpeadas por su pareja durante un embarazo. Sin embargo, en el estudio llevado a cabo en Bangla Desh si la mujer había sufrido violencia física esta aumentaba durante el embarazo entre 2.1 y 3.4 veces más (Naved y Persson, 2008).

Se ha realizado otro gran estudio multipaís en el que se ha analizado la violencia que sufren las mujeres durante el embarazo. Se estudió la violencia en 19 países a partir de las Encuesta Demográficas y de Salud (EDS) y las Encuestas sobre Violencia contra las mujeres. En las EDS midieron la violencia durante el embarazo como “siempre que: pegue, dé una torta, una patada, o hiera físicamente por cualquier otro medio, el cónyuge o pareja con la que conviva”. En las encuestas de Violencia contra las mujeres se midió: “Si la mujer responde Sí, a alguna de las preguntas sobre violencia física y sexual se le pregunta si cuando sucedió estaba embarazada”. Se encontraron prevalencias de violencia física durante el embarazo de, entre el 1.8% en Dinamarca (único país europeo que participa en este estudio), el 2% en Australia, Camboya y Filipinas, hasta un 10.6% en Colombia, 11.1% en Nicaragua y 13.5% en Uganda. Más de la mitad de los países tienen una prevalencia estimada entre el 3.9% y el 8.7%. Parece que la prevalencia es mayor en países de África y en América Latina que en Europa y Asia. La prevalencia de la violencia, incluyendo el año precedente al embarazo, osciló entre el 1.3% en Dinamarca hasta el 63% en República Democrática del Congo. En todos estos países, la violencia en el año precedente al embarazo es superior a la violencia sufrida durante el embarazo, excepto en Dinamarca que del 1.3% en el último año sube hasta 1.8% durante el embarazo. En estas encuestas, la prevalencia es relativamente constante en los grupos de mujeres de entre 15 y 35 años, y parece disminuir muy poco a partir de los 35 años (Devries, Kishor, Johnson y cols., 2010). Lo que también aparece es que si las mujeres tienen una discapacidad o minusvalía, la probabilidad de sufrir violencia durante el embarazo es mayor (Mitra, Manning y Lu, 2012).

En estudios realizados en países como Egipto, Etiopía, India, México y Nicaragua, entre un 14% y un 32% de las mujeres refieren haber sido víctimas de violencia durante el embarazo, tanto violencia física como sexual y ésta era cometida generalmente por su pareja (Campbell, García-Moreno y Sharps, 2004).

A partir del estudio de la OMS, se ha publicado el análisis de los problemas de salud física y mental en las mujeres que sufren violencia física o sexual. Así, 4

semanas después de haber sido agredidas tienen dificultades para caminar o para realizar las tareas diarias, vértigos y pérdidas vaginales, además, fueron significativamente más propensas a tener pensamientos suicidas o habían tenido intentos de suicidio (Ellsberg, Jansen, Heise y cols., 2008).

Estudiando el comportamiento de hombres maltratadores, se considera que la violencia aumenta si la mujer se queda embarazada; en esta investigación realizada con hombres condenados por maltrato, uno de cada 7 reconoce que la violencia ejercida sobre sus parejas durante el embarazo es el doble de frecuente o de severa que cuando no están embarazadas (Burch y Gallup, 2004).

Lo que sí parece claro, es que, independientemente de su estado de embarazo o posparto, las mujeres en edad reproductiva tienen un riesgo relativamente alto de homicidio (Samandari, Martin, Schiro y cols., 2010).

### ***Prevalencia de la violencia de género en el embarazo en USA y Canadá***

Estudios realizados en Estados Unidos y Canadá muestran una prevalencia que puede oscilar entre el 9% y el 20.1% según el tipo y la edad de la población estudiada (Gazmararian, Lazorich, Spitz y cols., 1996). Pero según estudios de los últimos años, que realizan un tipo de investigación similar, las mujeres que refieren haber experimentado violencia durante el embarazo se encuentran entre un 4 y un 8% (American Collage of Obstetrician and Gynecologists, 2000). En USA, la prevalencia a nivel nacional, según algunos autores, es entre 2.1% y 6.3% (Beck, Johnson, Morrow y cols., 2003).

En clínicas de medicina familiar en el Sur de Carolina, se entrevistó a 1.862 mujeres y encontraron que el 14.7% de mujeres habían sufrido violencia durante su embarazo por parte de su marido o pareja, 1.4% refirieron un solo episodio de violencia, 2.8% respondieron que habían sufrido 2-3 y el 10.5% más de 3 episodios a lo largo del embarazo. De estas mujeres que sufrieron violencia, el 49% refirieron que la violencia era más frecuente que antes del embarazo, el 26% que la violencia permanecía igual que antes del embarazo y el 25% dijo que disminuye (Coker, Sanderson y Dong, 2004).

En la unidad de partos de un hospital del condado de Dallas, se llevó a cabo un cribado entre las mujeres (n=21.483) que dieron a luz entre diciembre de 2000 y marzo de 2002 para identificar las que sufrieron violencia durante el embarazo por parte de su pareja o de otro miembro de la familia. El 6% de las mujeres respondieron que sí a una de las 3 preguntas que se le hicieron para identificar tanto la violencia física como la verbal (Yost, Bloom, McIntire y cols., 2005).

Según los datos recogidos por el Pregnancy Risk Assessment Monitoring System (PRAMS), en 19 estados de USA, la violencia física ejercida por su marido o pareja durante el embarazo entre los años 1996 y 2001 osciló, entre el 2.4% y el 6.6% de las mujeres. Un solo estado presentó un descenso en estos años, otro un aumento significativo y el resto mantuvieron una prevalencia constante. Analizan algunas características demográficas de estas mujeres, así aparece que entre las jóvenes de menos de 20 años la prevalencia iba de un 2.9% a un 12.7%, mientras que para las mujeres entre 25 y 34 años la prevalencia era de 1.1% a 5.6%. Por otra parte, en

mujeres negras la prevalencia era entre el 0.8 % y el 14,8 % y para las blancas del 1,8% al 5,1%; en las mujeres que tienen menos de 12 años de educación, oscila entre 3.3% y el 10,8% y para las que tienen más de 12 años 1.2% y 4.4% (Center for Disease Control, 2006).

En otro estudio realizado con familias desestructuradas en USA, las mujeres que sufrieron violencia física durante el embarazo fue de 9.6% y la violencia emocional del 13.1%. Esta misma investigación estudió la violencia sufrida un año después del parto; aunque la violencia física bajaba hasta el 3.1%, no así la emocional que asciende al 27.0%. También analizan otra posible forma de violencia que es el control y la coerción, que no aparece durante el embarazo y sin embargo, un año después del parto aparece en el 41% de las mujeres. Si se tienen en cuenta los tres tipos de violencia, la prevalencia de sufrir violencia durante el embarazo fue del 19.8% y después del embarazo del 51.7%. Era más frecuente en las mujeres de menos de 20 años, las solteras o que mantienen una relación sin compromiso y las que el embarazo es no deseado (Charles y Perreira, 2007).

La prevalencia de violencia física estudiada, a partir de los datos del PRAMS en 16 estados de USA entre los años 1996-98, fue del 7.2% durante los 12 meses antes del embarazo, del 5.3% durante el embarazo, y del 8.7% si tenemos en cuenta todo el periodo. Esta violencia puede estar ejercida tanto por su pareja o marido como por familiares y otras personas. Siendo la persona que más ejerce la violencia la pareja o marido, 5.4% antes del embarazo, 4.1% durante el embarazo y 6.5% alrededor del embarazo. El riesgo fue mayor en las mujeres de menos de 20 años, las mujeres negras, las que tenían una situación diferente al matrimonio, si tenían menos de 12 años de educación y entre las que su embarazo no había sido deseado. La prevalencia de maltrato físico en los 16 estados estudiados, durante el embarazo era considerablemente menor que la que existía antes del embarazo. Por otra parte, de todas las mujeres que sufrían violencia física durante el embarazo, el 27.0% se inició en este mismo periodo (Salzman, Johnson, Colley y cols., 2003).

En otro estudio llevado a cabo recientemente en el estado de Alabama, la violencia física durante el embarazo o violencia sexual y física en el último año fue del 7.4% de las mujeres entrevistadas (Li, Kirby, Sigler y cols., 2010).

Otro estudio realizado en USA con los datos del PRAMS entre 2000 y 2006, se analizó una muestra compuesta por 11.561 mujeres mayores de 20 años. La violencia física ejercida por la pareja fue del 5.4% antes del embarazo, del 3.8% durante el embarazo y del 6.5% en todo el periodo. Era menor en las mujeres de 30-34 años y las que tenían más de 12 años de educación. Sin embargo, hay una asociación con sufrir violencia física durante el embarazo, en las mujeres negras, no casadas, que iniciaron tarde la consulta de embarazo, el embarazo fue no deseado y fumaban y bebían alcohol en los 3 meses previos al embarazo (Beydoun, Tamim, Lincoln y cols., 2011).

La prevalencia en una gran muestra representativa en Carolina del Sur de más de 6 mil mujeres embarazadas fue de 10.9% (Cokkinides y Coker, 1998). Además, en un estudio reciente realizado a partir de los datos recogidos con el PRAMS entre 2004 y 2007 con 5.662 mujeres, detectaron que el 5.5% sufrían violencia física, el 4.2% antes del embarazo y el 3.2% durante el embarazo (Kim, Cain y Viner-Brown, 2010).

En una muestra de 4.750 mujeres, se calculó la violencia física o el miedo ejercido por parte de la pareja durante el embarazo en mujeres residentes en Vancouver (Canadá) en los años 1999 y 2000. El 1.2% de las mujeres informaron sufrir violencia física y el 1,5% tener miedo de su pareja (Janssen, Holt, Sugg y cols., 2003).

En Quebec, entre 2001 y 2003, se estudió la violencia en una muestra de 1.003 mujeres que frecuentaban una clínica de planificación familiar y que decidieron realizar una interrupción voluntaria del embarazo. En esta muestra, la probabilidad de haber sido víctima de violencia física, psicológica y/o sexual en el último año fue del 25.7%, frente al 9.3% de las mujeres que asistían a una clínica perinatal y continuaban su embarazo. El riesgo de haber sido víctimas de estos tipos de violencia fue del 7.1% en las mujeres que realizaron una interrupción voluntaria del embarazo y del 1.8% en las mujeres que continuaron con su embarazo (Bourassa y Bérubé, 2007).

En una muestra representativa de las mujeres que dieron a luz en Canadá en 2006, la prevalencia de la violencia física o sexual durante el embarazo infligida por su marido o pareja fue del 3.3% (Urquía, O`Campo, Heaman y cols., 2011). Si se mide antes del embarazo fue del 6%, durante el embarazo del 1.4% y 1.0% en el postparto (Daoud, Urquia, O`Campo y cols., 2012). En una encuesta con 548 mujeres, el 6.6% habían informado ser víctimas de violencia física durante el embarazo actual y 10.9% antes de este embarazo. Entre las que sufrieron violencia durante el embarazo, el 63.9% dijo

que la violencia había aumentado durante éste y 77.8% continuaron con el agresor (Stewar y Cecutti, 1993).

### ***Prevalencia de la violencia de género en el embarazo en Europa***

Existen menos estudios y con muestras mucho más pequeñas realizados en Europa que los que encontramos en los Estados Unidos de América.

En un estudio en el que participaron 16 países sobre la prematuridad, había una lista de acontecimientos que podían aparecer durante el embarazo y que podrían tener alguna relación con la prematuridad, entre esta lista había un ítem que decía “Violencia por parte de un miembro de vuestra familia”. Para estos ítems solo había la posibilidad de responder Sí o No. Estos datos correspondían a 5.035 mujeres del grupo de partos prematuros y 7.780 de controles. Hubo un 7.7% del grupo de “prematuros” y 5.7% del grupo “controles” que no respondió a este ítem. Las mujeres que respondieron haber sufrido violencia familiar durante su embarazo osciló entre 0.3% en Escocia y el 8.5 % en Hungría. La media de todos los países fue del 1.7%. Para los 5 países del este que participaron en este estudio, fue del 3.6% y para los otros 11 países del 1.0%. Para España fue 0.9%. La violencia familiar ha sido declarada en el 2.7% de las mujeres que tuvieron un parto prematuro y de 1.7% en las mujeres del grupo “control”. Los autores apuntan que la pregunta se hizo de una forma muy general, sin poder saber el tipo de violencia que sufría, solo había la posibilidad de responder sí o no, se preguntaba por un miembro de la familia, sin especificar si es el marido u otra persona, por otra parte aunque participaban muchos países, el número de mujeres por país fue muy bajo (Saurel-Cubizolles y Lelong, 2005).

En un estudio realizado en un hospital de Portugal, con una muestra de 2.660 mujeres, al identificar la relación entre la violencia física que sufrían las mujeres durante el embarazo y los resultados perinatales, se encontró que el 24% de las madres de recién nacidos prematuros habían experimentado violencia física durante el embarazo en comparación con el 8% de las madres de recién nacidos a término. Las mujeres que refirieron violencia física durante el embarazo son significativamente menores de 20 años, mantenían una relación sin cohabitación, tenían un nivel educativo menor, ingresos familiares bajos, no tenían atención prenatal o la iniciaron



más tarde, tenían mayor paridad, un embarazo no deseado, un aumento de peso menor durante el embarazo, fumaban más de 10 cigarrillos al día y consumían más alcohol y drogas ilegales durante el embarazo y no tenían empleo (Rodrigues, Rocha y Barros, 2008).

En una muestra proporcional de los diferentes hospitales de la isla de Malta, se envió un cuestionario a 1000 mujeres que habían dado a luz en los hospitales, sólo devolvieron 405 cuestionarios y de ellos fueron válidos para la obtención de datos 347. Se encontró una violencia durante el embarazo del 11.9%, de ésta un 1.5% de las mujeres sufrió violencia física durante el embarazo, 2.3 % violencia física en el último año antes del embarazo, un 0.8% fue forzada en el último año a mantener relaciones sexuales. Lo más frecuente fue detectar diferentes tipos de violencia emocional, el 3.6% de las mujeres tenía miedo de su marido o pareja, un 6.9% su pareja le gritaba, le daba empujones o amenazaba, el 3.6% le rompía efectos personales, al 2.3% de las mujeres les aislaba de sus amigos y familia y en menor proporción, sufrían otros tipos de violencia psicológica (Savona-Ventura, Savona-Ventura, Drengsted-Nielsen y cols., 2001).

Existen varios estudios realizados en Inglaterra que pasamos a concretar a continuación. A lo largo de 4 meses, se realizó un estudio en dos hospitales del servicio público de salud de Londres, se envió un cuestionario para responder sobre la violencia durante el embarazo a 1.561 mujeres, solo se obtuvieron 456 cuestionarios válidos. La prevalencia de violencia durante el embarazo fue del 2.5% y en los 12 meses previos al embarazo del 6.5%. Con respecto al tipo de violencia que refieren sufrir las mujeres, el 75% fue solo violencia física, el 12% solo violencia sexual y un 12% violencia física y sexual. En el 91% de los casos, la violencia fue ejercida por el marido o pareja, un 1.8% por el marido y otro miembro de la familia y un 7% por otro miembro de la familia. El número de episodios violentos fue menor durante el embarazo, un 28% tuvo más de dos episodios, mientras que en los 12 meses previos al embarazo fueron el 82% de las mujeres que sufrieron más de dos episodios de violencia física (Bacchus, Mezey, Bewley y cols., 2004). En una muestra de 457 mujeres que acudían a control del embarazo en un hospital del norte de Inglaterra, se preguntó si sufrían o habían sufrido violencia. Respondieron afirmativamente el 17%, de ellas 3.4% habían experimentado violencia durante el actual embarazo, 14.3% habían sufrido violencia emocional y

14.7% violencia física. La prevalencia fue mayor en el grupo de mujeres de 26 a 30 años y en las que estaban solteras (Johnson, Haider, Ellis y cols., 2003).

En Irlanda, se enviaron 400 cuestionarios a mujeres que asistían a las consultas prenatales durante tres meses, tanto de servicios privados, semiprivados como públicos, se recibieron la respuesta de 290 mujeres. El 12.5% de las mujeres refirieron sufrir violencia durante el embarazo y un 25% conocía a alguna mujer que la había sufrido. De esta violencia, el 8.3% de las mujeres dijeron que fue violencia física, la mayor parte de las mujeres sufrían la combinación de los diferentes tipos de violencia estudiados, físicas, emocionales y mentales (O'Donnell, Fitzpatrick y McKenna, 2000).

En un estudio en Suecia realizado en 1996 y 1997 con 207 mujeres, se estimaron varias frecuencias según el tipo de violencia: el 2% de las mujeres referían violencia física moderada, el 4% violencia física "seria" y el 3% violencia sexual (Hedin, Grimstad, Moller y cols., 2001). Los mismo autores estudiaron la violencia que sufrían estas mujeres en el posparto, de las 207 solo respondieron 132 y de ellas 32 declararon haber sufrido violencia física, sexual y/o emocional en este periodo (Hedin, 2000). Un segundo estudio realizado en Suecia en el que 1.038 mujeres respondieron a un cuestionario durante la consulta prenatal, en él se encontró un 1.3% de violencia física durante el embarazo y un 2.8% en el año que precede el embarazo (Stenson, Heimer, Lundh y cols., 2001).

En Noruega, se comparó el tipo de violencia que sufrían mujeres si estaban embarazadas o no. En una muestra de 137 mujeres embarazadas y 157 no embarazadas, las primeras sufrían violencia psicológica, el 42% frente al 7.7% de las mujeres no embarazadas, violencia física y psicológica el 38% frente al 53.2% y violencia física, psicológica y sexual el 14% frente al 35.2% (Vatnar y Bjorkly, 2010).

En 1997 en Suiza, se encontró que, el 7% de las mujeres de una muestra de 206, habían sido víctimas de violencia física, psicológica o sexual en el actual embarazo (Iron, Boulvain, Straccia y cols., 2000).

Más recientemente, se llevó a cabo un estudio en una región de Bélgica, se distribuyeron 1.600 cuestionarios a los profesionales de varios centros sanitarios, se entregaron a 1.362 mujeres que acudían a la consulta prenatal durante dos meses. Se recibieron 537 cuestionarios cumplimentados. La prevalencia estimada de violencia física y/o sexual durante el embarazo y un año antes del embarazo fue de 3.4%. Solo

violencia física durante el embarazo fue de 2.4%, (12 meses antes fue de, 2.6%) y física y/o sexual del 3.0% (12 meses antes del embarazo de 3.9%) (Roelens, Verstraelen, Van Egmond y cols., 2008).

En el norte de Italia, se realizó un estudio para analizar la relación entre la violencia y los trastornos psicológicos. En él participaron 352 mujeres 8 meses después de haber dado a luz en un hospital, se encontró que el 5% de las mujeres había sufrido violencia por parte de su pareja desde el parto y el 6% la había sufrido por parte de otro familiar. El 10% refirió violencia, ya sea infligida por la pareja, otro pariente o ambos, la mayor parte de esta violencia es psicológica. Por otra parte, 9.5% de las mujeres refirieron antecedentes de violencia familiar durante la infancia (Romito, Turan, Neilands y cols., 2009a).

El estudio que conocemos de España se ha realizado en los servicios de urgencias de los hospitales Virgen del Rocío, se propusieron 300 encuestas y 86 no quisieron responder. A la pregunta, “Si ha estado embarazada ¿ha recibido malos tratos en el embarazo?” el 13.5% de las mujeres respondieron que sí. Y a la pregunta “Si ahora está embarazada ¿ha recibido malos tratos en este embarazo?” el 6.8% de las mujeres respondieron que sí (Alonso, Bedoya, Cayuela y cols., 2004).

El estudio, elaborado dentro del programa Daphne de la Unión Europea, presenta una revisión de trabajos realizados en Europa. La prevalencia de violencia durante el embarazo osciló entre el 8% y el 25%, dependiendo del tipo de estudio, el país, el tipo de violencia y la edad de las mujeres encuestadas (Perttu y Kaselityz, 2008).

### ***Prevalencia de la violencia de género en el embarazo en América Latina***

En un centro de salud que abarca población rural y urbana de clase socioeconómica media y baja en Chile, se entrevistó a 131 mujeres embarazadas cuando acudían a la consulta de embarazo. Se encontró una violencia física en el último año de 26% y durante el embarazo actual de 13.0%. Estas investigadoras llaman violencia remota la que es de más de un año y, en este caso, en estas mujeres encontraron un 35.9% de violencia física y un 55.0% de violencia emocional (Arcos, Molina, Repossi y cols., 2000).

Se realizó una investigación entre las mujeres que acudían al control de embarazo en un centro de salud primaria en el área metropolitana de la región de Santiago de Chile. Se entrevistó a 256 mujeres y encontraron una prevalencia del 5.9% de violencia física durante el embarazo actual, y la violencia emocional ascendió al 30.1%. En este estudio encontraron una relación entre la violencia durante el embarazo y haber sufrido violencia física en el último año (Crepien, Rojas, Cumsille y cols., 2011).

En un estudio en el que se entrevistó a 229 mujeres que dieron a luz en un hospital universitario de Colombia, encontraron que el 38.6% de las mujeres habían sufrido algún tipo de violencia durante el embarazo, 25.9% violencia psicológica, un 11.4% física y psicológica y 1.3% violencia solo física. Los principales agresores en la violencia psicológica fueron 48% familiares en primer y segundo grado y el compañero un 37.5%, 2.4% el excompañero. Sin embargo, en la violencia física el compañero fue el agresor en el 55.2% de los casos y un familiar en el 34.5%. Con respecto a la frecuencia del maltrato psicológico, un 30.6% de las mujeres respondió que diariamente, 24.7% varias veces por semana, 15.3% varias veces al mes y 29.4% varias veces al año. De estas mujeres, la cuarta parte aumentó la frecuencia de consumo de sustancias tóxicas durante el embarazo (Medina Maza, Martínez Salgado, Suarez Rodríguez y cols., 2001).

A lo largo de dos años, se entrevistó a las mujeres que acudían a la consulta de control de embarazo en Campinas (Brasil). Se realizaron una o dos entrevistas, según la edad gestacional. Se entrevistó a 1.379 embarazadas y se encontró violencia psicológica en el 19.1% de las mujeres y un 6.5% de violencia física/sexual (Audi, Segall-Corrêa, Santiago y cols., 2008b).

Se entrevistó a 600 mujeres que acudían a consulta de embarazo, en unidades familiares de la ciudad de Méjico, de ellas 452 aceptaron responder al cuestionario de violencia y 383 mujeres respondieron al cuestionario completo. Las entrevistas se realizaron entre el segundo y tercer trimestre de su embarazo, el 31.1% de las mujeres refirieron haber estado expuestas a violencia psicológica y/o física y/o sexual por parte de su pareja en el embarazo actual. El 10% refirieron violencia combinada y el 21% aislada. La violencia más frecuente que sufrieron fue el 93.3% psicológica, 35.8% violencia física y 8.3% sexual (Dubova, Pámanes-González, Billings y cols., 2007).

También se realizaron entrevistas a mujeres que acudían al control de embarazo en el tercer trimestre de su gestación en 10 centros de salud en el estado de Morelos (Méjico). Se eligió un tamaño de muestra representativa de las mujeres que dan a luz en los municipios donde se realizó la investigación. Se entrevistó a 468 mujeres, la prevalencia de violencia encontrada fue del 33.1%, violencia física fue del 15%, violencia emocional 28% y violencia sexual del 11.8%. Estas investigadoras estudiaron también la violencia antes del embarazo y si la violencia física y sexual disminuía. La violencia emocional pasó del 23.5% antes del embarazo al 28% durante el embarazo. El 9.2% del total de las mujeres pasaron de no tener violencia antes del embarazo a tenerla en este. Sin embargo, el 7.7% que sufrían violencia antes del embarazo dejaron de sufrirla durante el mismo. Pero si tenemos en cuenta solo las mujeres que sufrieron violencia durante el embarazo, el 27% de ellas no lo sufrió antes de este (Castro y Ruiz, 2004). En un estudio anterior, realizado en el mismo estado pero en el hospital, se entrevistó a 110 mujeres después de haber dado a luz y se encontró una prevalencia de violencia durante el embarazo del 31.5%. Para el 9% de estas mujeres la violencia se inició durante el embarazo, para el 5.4% cuando la pareja supo que estaba embarazada, la mayoría se inició en el transcurso de la vida en común (Valdez Santiago y Sanín Aguirre, 1996).

En el estudio llevado a cabo en León (Nicaragua) en 478 mujeres, el 32% de las mujeres refirieron haber sufrido violencia durante el embarazo actual, de ellas el 32% refirieron cualquier acto de violencia emocional, 13% de violencia física y 7% de violencia sexual. El 54% de estas mujeres refirieron haber sufrido algún tipo de violencia a lo largo de su vida y hay una relación significativa con el hecho de sufrir violencia durante el embarazo (Valladares, Peña, Persson y cols., 2005). En otro estudio realizado en la misma ciudad en el año 2000 con 488 mujeres de 15 a 49 años

y que en ese momento no estaban embarazadas, refirieron un 31% haber sufrido violencia cuando estaban embarazadas (Ellsberg, Peña, Herrera y cols., 2000).

Se realizó una investigación con 2.392 mujeres que dan a luz en un hospital de Lima (Perú) entre agosto de 2005 y junio de 2006, aceptaron participar el 99% de las mujeres de más de 15 años. La prevalencia de cualquier tipo de violencia durante el embarazo actual fue del 21.5%, violencia física fue del 11.9%, sexual el 3,9% y emocional el 15.6% (Perales, Cripe, Lam y cols., 2009).

Se entrevistó a 400 mujeres en Venezuela, de ellas un grupo de 131 estaban embarazadas, 80 de ellas (61.1%) sufrió algún tipo de violencia. Hubo violencia psicológica en el 38.8% de los casos, violencia física en el 26.3 % y violencia sexual en 16.3 % (Vega, Hidalgo y Toro Merlo, 2011).

El rango de prevalencia de violencia durante el embarazo en países en desarrollo es mucho más amplio (3.8% a 31.7%) que en los países industrializados (3.4% a 11%), que está mucho más cerca de las cifras de América del Norte (4% a 8%) (Campbel, García-Moreno y Sharps, 2004).

### 1.2.3. Factores relacionados con la violencia de género durante el embarazo

En las investigaciones actuales no ha sido encontrada la relación entre el embarazo y la violencia de género en este periodo. No hay unanimidad en reconocer si el embarazo es la etapa en la que aparece la violencia si no existía previamente, o si aumenta o disminuye en su curso. Por el contrario, sí se ha encontrado que el sufrir violencia durante el embarazo puede predecir la existencia de futuros actos de violencia. Tampoco se conocen todos los factores, etiologías o asociaciones con la violencia de género durante el embarazo (Shadigian y Bauer, 2004).

Se considera que la violencia contra las mujeres es un problema que se debe a múltiples factores. Los factores que han sido relacionados con la violencia de género durante el embarazo son los siguientes: ser madre adolescente, el estado civil, el empleo, la educación, el consumo de sustancias tóxicas (alcohol y tabaco), un apoyo social y económico deficiente, el embarazo no deseado, un insuficiente control de embarazo, mayor número de infecciones de transmisión sexual y VIH.

**Ser madre adolescente.** Algunas autoras consideran que es difícil establecer una relación entre maltrato y embarazo en adolescentes (Blin-Pike, Berger, Dixon y cols., 2002). Hay otros trabajos que sí encuentran relación, esta relación se puede presentar de varias formas:

- Las mujeres adolescentes sufren más violencia durante el embarazo.

En un estudio realizado con 39.348 mujeres en el año 2000, encontraron que el 18.5% de las mujeres jóvenes de menos de 20 años sufrían violencia durante el embarazo, frente al 9.4% de las mujeres de 20 a 29 años y el 4.4% de las que tenían más de 30 años (Goodwin, Gazmararian, Johnson y cols., 2000). En el estudio realizado con mujeres embarazadas en USA entre los años 1996 a 1998 en 16 estados, las mujeres de menos de 20 años tenían hasta 4.3 veces más posibilidades de sufrir violencia durante el último embarazo tomando como referencia las de 30 años o más, (Saltzman, Johnson, Colley y cols., 2003). Las madres adolescentes también tenían un mayor riesgo de sufrir violencia en el posparto (Harrykisson, Rickert y Wiemann, 2002).

- Las mujeres adolescentes que sufren violencia tienen más riesgo de tener un embarazo no deseado o éste ser fruto de una relación violenta. En un estudio cualitativo llevado a cabo en USA entre mujeres adolescentes que sufrían violencia, aproximadamente un tercio de las entrevistadas (32.1%) informaron haberse quedado embarazadas en una relación violenta. Más de la mitad (58.8%) de las que se quedaron embarazadas fueron embarazos no deseados (aunque sí eran deseados por sus parejas) y una cuarta parte (26.4%) habían tenido relaciones no deseadas con su pareja en los últimos 12 meses. En muchos casos, los embarazos de estas madres adolescentes pueden ser fruto de un acto de violencia (Miller, Michele, Decker y cols., 2007). En un estudio realizado en USA, con una muestra de 535 adolescentes embarazadas o con hijos, el 44% de las jóvenes entrevistadas habían sido violadas (el 67% si se tiene en cuenta, además, otro tipo de violencia sexual) y en un 11% de los casos el embarazo actual era el resultado de una violación. Estas violaciones habían sido cometidas en muchos casos por los novios de las jóvenes. El 71% de todas las jóvenes entrevistadas había sufrido algún tipo de violencia física o sexual. La violencia era mayor si las adolescentes tenían menos de 18 años (Boyer y Fline, 1992).

- Otras situaciones de las adolescentes. En un estudio en USA entre 6.864 adolescentes de 9º a 12º grado, las adolescentes que habían tenido relaciones sexuales y habían sufrido violencia se relacionó con un mayor riesgo de: comportamientos sexuales de riesgo, tener varias parejas recientemente y mayor riesgo de embarazo (Silverman, Raj y Clements, 2004). También, entre adolescentes que sufrían violencia, puede existir una situación ambivalente, usan los anticonceptivos a escondidas de sus parejas y al mismo tiempo manifiestan que quieren quedarse embarazadas (Miller, Michele, Decker y cols., 2007). Son jóvenes que pueden demandar frecuentemente anticoncepción de emergencia. Además, aparece mayor riesgo de homicidio durante el embarazo en las mujeres menores de 20 años (Chang, Berg, Saltzman y cols., 2005).

En Argentina, cada año, cerca de 3.000 niñas de entre 9 y 14 años de edad son sometidas a abuso sexual y se quedan embarazadas. Según datos oficiales, el 80% de los padres de bebés de niñas-madres las superan en edad por lo menos diez años y, una cuarta parte son, al menos, veinte años mayores que ellas, situación que permite suponer condiciones de abuso, violación o incluso, incesto (Sociedad Argentina de Pediatría. Subcomisiones, Comités y Grupos de Trabajo, 2010).



**El estado civil.** Las mujeres casadas presentaron menor probabilidad de sufrir violencia letal que las mujeres divorciadas y separadas (Salzman, Johnson, Colley y cols., 2003; Taylor y Nabors, 2009). Las parejas que no tenían el compromiso de mantener una relación íntima a largo plazo o no estaban casadas estaba asociado con un mayor riesgo de sufrir violencia (Li, Kirby, Sigler y cols., 2010). En un estudio con mujeres militares, las solteras, separadas y divorciadas, tenían más probabilidad de sufrir violencia durante el embarazo actual, que las mujeres casadas (Lutgendorf, Thagard, Rockswold y cols., 2013).

**El tipo de empleo.** Las mujeres que trabajaban a tiempo completo tenían menos probabilidad de sufrir violencia que las que estaban en paro, y tenían mayor riesgo las mujeres que trabajaban en niveles más bajos que sus compañeros o maridos (Taylor y Nabors, 2009). Otros autores encontraron que una mujer con bajos ingresos y que no tenía un trabajo remunerado antes del embarazo, puede ser un factor protector para sufrir violencia; sin embargo, una mujer empleada y un marido desempleado puede ser fuente de discusiones, estrés e incluso aumento de la violencia (Li, Kirby, Sigler y cols., 2010). Por otra parte, en otro estudio, encontraron que la mujer que trabajaba, y que su puesto era superior al de su marido, tenía mayor riesgo de sufrir violencia (Clark, Hill, Jabbar y cols. 2009).

**Nivel de educación.** Un elemento que se ha relacionado con sufrir violencia durante el embarazo fue el nivel educativo diferente entre la mujer y su pareja. Las mujeres que tenían un nivel educativo superior a su pareja, presentaban mayor riesgo de sufrir violencia durante el embarazo, letal y no letal. De hecho, tenían 10 veces más probabilidades de ser asesinadas por sus parejas en comparación con las mujeres que tenían el mismo nivel educativo que sus parejas (Taylor y Nabors, 2009). Por otra parte, es más frecuente la violencia en mujeres que tienen un nivel educativo bajo. En otros estudios, encontraron que las mujeres que tenían menos de 12 años de educación tenían 4.7 veces más posibilidades de sufrir violencia durante el embarazo (Saltzman, Johnson, Colley y cols., 2003) y si tenían menos que la educación secundaria tenían un riesgo relativo de 1.3 de sufrir violencia durante el embarazo (Coker, Sanderson y Dong, 2004). Si se tenía un nivel de educación inferior a secundaria resultó ser un elemento para predecir la variable de malos tratos durante el

embarazo (Bohn, Tebben y Campbell, 2004). En otro estudio en Jordania, la formación más alta de las mujeres era un factor protector para sufrir violencia, el nivel educativo del marido no la protegía (Clark, Hill, Jabbar y cols., 2009). Sin embargo, en un estudio llevado a cabo en Bangla Desh, el marido con más de 11 años de estudios y que vivía en medio urbano, fue un factor de protección para sufrir violencia, no así si vivían en medio rural (Naved y Persson, 2008).

**Consumo de alcohol y tabaco.** Las mujeres que sufrían violencia durante el embarazo consumían alcohol (Li, Kirby, Sigler y cols., 2010; Alvanzo y Svikis, 2008; Muhajarine y D'Arcy, 1999; Grimstad, Schei, Backe y cols., 1997) o eran fumadoras (Kearney, Munro, Kelly y cols., 2004; Coker, Sanderson y Dong, 2004; Grimstad, Schei, Backe y cols., 1997). En un estudio en el que más de dos tercios de las participantes eran fumadoras en el momento de realizar la investigación o lo habían sido anteriormente, más de la mitad fumó en algún momento del embarazo y más de un tercio de las participantes continuaron fumando durante el embarazo, la gran mayoría de las que lo hacían, fumaban al menos medio paquete al día, durante todo el embarazo (Bailey y Daugherty 2007). En otros casos, en lugar de disminuir el consumo durante el embarazo, lo aumentaban (Martin, Beaumont y Kupper, 2003). También estaba relacionado el maltrato durante el embarazo con el consumo de alcohol por parte de la pareja (Clark, Hill, Jabbar y cols., 2009; Muhajarine y D'Arcy, 1999; Savona-Ventura, Savona-Ventura, Drengsted-Nielsen y cols., 2001).

**Un apoyo social y económico deficiente.** Se ha visto una relación entre el maltrato durante el embarazo y una situación social (Anderson, Marshak y Hebbeler, 2002; Glander, Moore, Michielutte y cols., 1998; Goodwin, Gazmararian, Johnson y cols., 2000; Jasinski, 2004) y económica (Dietz, Gazmararian, Goodwin y cols., 1997; Jagoe, Magna, Chauhan y cols., 2000; Martin, Mackie, Kupper y cols., 2001) desfavorables. Existía también una relación con una mala integración social (Barcelona de Mendoza, 2001). En grupos sociales económicamente más desfavorecidos la violencia durante el embarazo puede ser más severa (Cuevas, Blanco, Juárez y cols., 2006).

**Embarazo no deseado.** Según algunos autores, puede llegar a ser hasta cuatro veces más probable la violencia doméstica en un embarazo no deseado (Jasinski,

2004; Cokkinides y Coker, 1998). Este mismo embarazo puede ser resultado de la violencia que ha sufrido la mujer, una violación (Valladares, Peña, Person y cols., 2005; Poole, Martin, Perry y cols., 1996; Holmes, Resnick, Kilpatrick y cols., 1996) y en otros casos se debe a no poder usar anticonceptivos (Dunn y Oths, 2004).

**Insuficiente control del embarazo.** En una investigación realizada en USA en 9 Estados con una muestra de 27.836 mujeres, los autores encontraron que las embarazadas que sufrían violencia iniciaban el control de embarazo después del primer trimestre, el 18.1%, frente al 4.7% de las mujeres que no la sufrían (Dietz, Gazmararian, Goodwing y cols., 1997). En el estudio de las DHS (Encuestas Demográficas y de Salud) realizado en 10 países, se encontró en tres de ellos que las mujeres que sufrían violencia durante el embarazo acudían menos a realizar la primera visita en los 3 primeros meses del embarazo; el 15.1% frente al 23.4% en Bangla Desh, el 74.9% frente al 85.7% en República Dominicana, y el 11.9% frente al 16.0% en Zambia (Hindin, Kishor y Ansara, 2008). El deficiente control de embarazo puede deberse a que el maltratador no permitiría a la mujer acudir a sus consultas de control de embarazo y cuando le preguntamos el motivo de no acudir a su cita, ella puede que nos diga que ha sido un olvido (Valladares, Peña, Person y cols., 2005; Huth-Bocks, Levendosky y Bogat, 2002; Jasinski, 2004; Campbell, Torres, Ryan y cols., 1999). Sin embargo, hay otro estudio que encuentra que la mujer acudiría más a los centros sanitarios para la atención de sus hijos o en el posparto (Huth-Bocks, Levendosky y Bogat, 2002).

En general, podemos decir que las mujeres que sufren maltrato durante el embarazo acuden más tarde al control de éste o realizan menos visitas de las programadas.

**Mayor número de infecciones de transmisión sexual ITS/VIH/SIDA.** Las mujeres con VIH positivo tenían más riesgo de ser maltratadas (Gessner y Perham-Hester, 1998; Glander, Moore, Michielutte y cols., 1998). En un estudio se reveló que las probabilidades de violencia infligida por la pareja eran 10 veces mayor entre las mujeres jóvenes seropositivas para el VIH, en comparación con las seronegativas (Maman, Mbwambo, Hogan y cols., 2002). Según los estudios efectuados en África (Maman, Mbwambo, Hogan y cols., 2002; Van der Straten, King, Grinstead y cols., 1998) y en los Estados Unidos (Zierler, Witbeck y Mayer, 1996), el riesgo de infección

por el VIH/SIDA quizá también sea mayor entre las mujeres maltratadas. Según ONU/SIDA, las mujeres que han experimentado situaciones de violencia tienen hasta tres veces más probabilidades de contagiarse el VIH que las que no (Fustos, 2011).

**Número de hijos.** En la relación entre la violencia y el número de hijos, hay dos líneas de investigación. Por un lado, hay investigadores que dicen que la violencia es más frecuente en familias con cuatro o más hijos. Los investigadores argumentan que tal vez el tener muchos hijos aumenta la probabilidad de violencia, ya sea por el estrés que provoca el número de hijos, las discusiones en la pareja por ello, etc. (Heise y Ellsberg, 2001). Sin embargo, otros investigadores sugieren que la violencia es lo que hace aumentar el riesgo de que la mujer tenga más hijos. En un estudio en Nicaragua, indican que la violencia comenzó muy pronto en el matrimonio, antes de tener muchos hijos. En el 80% de los casos, las mujeres que habían sufrido alguna vez violencia fue en los 4 primeros años de matrimonio (Ellsberg, Peña, Herrera y cols., 2000).

**Otros tipos de violencia fuera del embarazo.** Las mujeres que habían sufrido violencia de género previa al embarazo (Valladares, Peña, Persson y cols., 2005) o en la infancia (Cuevas, Blanco, Juárez y cols., 2006) presentaban una relación significativamente mayor de violencia durante el embarazo. Así como el hecho de vivir en una comunidad violenta se asoció con un crecimiento intrauterino retardado en los hijos (Collins y David, 1997).

Algunas de estas características no son muy diferentes de la violencia de género en general, aunque quizá se detectan más porque son mujeres que acuden con más frecuencia a los servicios sanitarios y sociales (Gessner y Perham-Hester, 1998).

#### **1.2.4. Efectos para la salud de la violencia durante el embarazo**

La violencia durante el embarazo puede causar daños graves tanto físicos como psicológicos y estos daños pueden afectar tanto a la mujer como al bebé no nacido. Las consecuencias de esta violencia van más allá del efecto sobre la salud sexual y reproductiva de la mujer, ya que pueden afectar a su salud en general, su situación económica y social y el bienestar de sus hijos. Como dice el informe de Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM) (Citado por Heise, Ellsberg y Gottemoeller, 1999): “La mujer no puede ofrecer plenamente su trabajo y sus ideas creadoras si vive oprimida por las cicatrices físicas y psicológicas de la violencia”. Estas consecuencias estarán relacionadas con el tipo de violencia que sufran las madres así como los efectos que tengan en ellas.

La violencia continuada está relacionada con mala salud (Heise y Ellsberg, 2001). Hay estudios que nos dicen que las mujeres que sufren violencia presentan un estado de salud malo o muy malo en relación con las mujeres que no la sufren. Pueden presentar problemas como dificultad al caminar, dificultades para realizar las tareas diarias, dolor, pérdida de la memoria, mareos y flujo vaginal (Ellsberg, Jansen, Heise y cols., 2008; Jasinski, 2004).

Con respecto a las mujeres embarazadas que sufren violencia, habría que destacar que pueden presentar una pérdida de interés por su salud y la de su hijo tanto durante el embarazo como después del parto (Lipski, Holt, Easterling y cols., 2004) ya que el impacto de la violencia sobre la salud persiste después de que esta desaparece (Leserman, Drossman, Li y cols., 1996). Asimismo, sienten inseguridad y su pareja presenta un sentido de posesión y celos hacia ella (Bacchus, Mezey, Bewley, 2006). A pesar de que la mayoría de las mujeres embarazadas que sufren malos tratos van a los servicios de salud, no suelen ser tratadas por este problema ya que en pocas ocasiones presentan traumatismos (Campbell, 2002).

La violencia durante el embarazo puede afectar tanto a la salud de la madre como a la del bebé no nacido. A continuación vamos a presentar los efectos de la violencia durante el embarazo, en las mujeres y en los bebés.

### 1.2.4.1. En la mujer

Los efectos de la violencia durante el embarazo para la salud de la mujer podemos agruparlos de la siguiente manera: abortos tanto espontáneos como provocados; muertes maternas; problemas de salud y patologías como salud mental, ganancia ponderal, infecciones, hemorragias, trastornos hipertensivos, náuseas severas; consumo de sustancias tóxicas; consulta prenatal; riesgo de hospitalización, etc.

**Aborto.** Este puede ser tanto espontáneo como provocado.

- Espontáneo. En una investigación en Bangladesh, con una muestra representativa a nivel nacional, encontraron que el aborto espontáneo era más frecuente en las mujeres víctimas de violencia por parte de sus maridos pero no el aborto provocado (Silverman, Gupta, Decker y cols., 2007).

En el informe multipaís de la OMS de 2005, analizaron los abortos en las mujeres que habían estado alguna vez embarazadas, encontraron diferencias significativas en el aborto espontáneo en Samoa y el medio rural y urbano de Perú y de Brasil y no en los otros entornos estudiados, en las mujeres que sufrieron violencia (García-Moreno, Jansen, Ellsberg y cols., 2005).

En una revisión, encontraron que existían más abortos espontáneos y provocados en las mujeres que sufrían violencia que en las que no la sufrían (Jasinski, 2004).

- Provocados. En el informe multipaís de la OMS citado más arriba (2005) encontraron que en todos los entornos estudiados, excepto en Namibia y Samoa, la interrupción voluntaria del embarazo era significativamente mayor, tenían más del doble de probabilidad de tener un aborto provocado las mujeres que habían sido maltratadas física o sexualmente que las que no lo habían sido (García-Moreno, Jansen, Ellsberg y cols., 2005).

En un estudio realizado en Canadá con 1.003 mujeres, 350 de una clínica de planificación familiar que decidieron realizar una interrupción voluntaria del embarazo (IVE) y 653 mujeres de una clínica perinatal que decidieron seguir su embarazo; encontraron que en el grupo de mujeres que realizaron la IVE la probabilidad de ser víctima de violencia física, psicológica y/o sexual en el año previo al embarazo era 3 veces más elevado que para el grupo de mujeres que decidieron continuar con la

gestación (25.7% frente al 9.3%). El riesgo de ser víctima de violencia física y/o sexual era de 7.1% en el primer grupo y de 1.8% en el segundo; para la violencia psicológica la prevalencia fue de 36.6 % en el primer grupo y del 19.6% en el segundo. En todos los casos la persona que ejercía esta violencia era la pareja o expareja (Bourassa y Bérubé, 2007).

En una investigación realizada en Uganda con más de 900 mujeres, que solicitaban cuidados posaborto, encontraron que la violencia es un factor de riesgo para el embarazo no deseado y el aborto provocado (Kaye, Mirembe, Bantebya y cols., 2006).

En otro estudio entre las mujeres que realizaron una IVE, el maltrato había sido del 39.5%. Las autoras concluyeron que en la realización de éstos, hubiera podido influir el maltrato recibido durante las primeras semanas de embarazo (Stenson, Heimer, Lundh y cols., 2001). Las mujeres que desean un aborto, refirieron que la violencia fue el doble comparado con las pacientes de ginecología en general (Leung, Leung, Chan y cols., 2002).

En Australia, se realizó un estudio con una cohorte de 14.776 jóvenes, de 18 a 23 años, en el año 1996. Se les pasó una segunda encuesta en el año 2000 y respondieron 9.683 de las jóvenes del grupo inicial, en este momento tenían entre 22 y 27 años. En este trabajo de investigación se encontró que:

- Las jóvenes que tenían menos de 20 años cuando respondieron a la encuesta en 1996 y que interrumpieron su embarazo encontraron que el 3% no sufrían violencia; el 5% habían sufrido violencia reciente pero no por parte de la pareja; el 10% habían sufrido violencia por parte de la pareja pero no recientemente y el 14% habían tenido recientemente una pareja violenta.

- En las que tenían más de 20 años en 1996, y se les preguntó en 2000, se encontró que de las que no sufrían violencia el 4% interrumpieron su embarazo, las que habían sufrido violencia reciente pero no por parte de la pareja lo interrumpieron en el 9%, las que habían sufrido violencia por parte de la pareja pero no reciente fueron el 12% las que lo interrumpieron y finalmente, las que tenían una pareja reciente violenta fueron el 17% las que interrumpieron su embarazo.

- Por otra parte, en esta investigación, las mujeres que habían sufrido violencia por parte de la pareja pero no reciente y las que tenían una pareja violenta, los abortos

espontáneos fueron del 14% y del 22% respectivamente. En esta investigación, la educación era un factor protector de la violencia (Taft y Watson, 2007).

Se ha publicado recientemente un caso de una mujer con rotura de la vejiga tras los golpes recibidos por su pareja y que abortó el feto de 16 semanas de gestación (Dorairaj, Sagili, Rani y cols., 2012).

Por tanto, según la mayoría de las investigaciones, cuando una mujer sufre violencia durante su embarazo interrumpe más éste y, en algunas investigaciones, también aparece que hay más abortos espontáneos entre este grupo de mujeres.

**Muertes maternas o mortalidad materna.** Varios autores estudian las muertes maternas relacionadas con el embarazo, el parto y el puerperio.

Así, en un estudio realizado en USA a nivel nacional, analizaron todas las causas de muerte a lo largo de los años 1991 a 1999 durante el embarazo y hasta un año después del parto. De todas las muertes por lesiones el 31% fue por homicidio, por accidentes de tráfico el 44.1%, el 12.7% se debió a lesiones no intencionales, 10.3% a suicidio y a otros motivos un 2.0%. El homicidio asociado al embarazo (mortalidad materna asociada al homicidio) fue de 1.7 por 100.000 nacidos vivos, variando de un 0.8 a 2.2 según los años. Se vio que el homicidio era la principal causa de muerte por lesiones asociadas al embarazo (Chang, Berg, Salzman y cols., 2005).

En otra investigación en USA, se estudiaron 687 mujeres que habían estado embarazadas y habían sufrido violencia (357 pertenecían al grupo control, 132 habían sufrido un intento de asesinato y 198 habían sido asesinadas). La violencia durante el embarazo (en las mujeres que pertenecen al grupo control) fue de un 7.8%, frente a un 25.8% de las mujeres que habían sufrido un intento de asesinato y un 22.7% las mujeres que habían sido asesinadas. El 5% de todas las mujeres asesinadas lo habían sido durante el embarazo. El riesgo de ser asesinada es tres veces superior en las mujeres maltratadas durante el embarazo, después de ajustar por edad, origen étnico, educación y estado civil. Los autores concluyen que el asesinato es una causa, no declarada a menudo, de mortalidad materna (McFarlane, Campbell, Sharps y cols., 2002).

Entre los años 1992 y 1994 en un estudio realizado en Carolina del Norte, encontraron que el riesgo relativo de muerte materna relacionada con lesiones fue de



1.7 y que la causa más común de muerte materna fue la lesión, lo que representaba 62 de las 167 muertes (37%). El homicidio fue la causa más común de muerte relacionada con lesiones (35.5%). El riesgo relativo de muerte materna para las mujeres no blancas en comparación con las blancas fue de 1.8. Los autores concluyeron que es fundamental incluir un análisis de las muertes relacionadas con lesiones en los informes de mortalidad materna (Harper y Parsons, 1997). Se ha encontrado también una asociación entre el suicidio o tentativa de suicidio y la violencia por parte de la pareja (Leiner, Compton, Houry y cols., 2008; Seedat, Stein, Forde, 2005; Pico-Alfonso, García-Linares, Celda-Navarro y cols., 2006). En otro estudio, analizaron la mortalidad materna atribuible a causas violentas. El homicidio y/o suicidio fueron responsables de 4.8 muertes por 100.000 nacidos, mientras que las causas obstétricas como la hemorragia y la placenta previa fueron del 1.8 por 100.000, la eclampsia y preeclampsia también constituyeron el 1.8 y, en último lugar, estaría la embolia de líquido amniótico con 1.0 por 100.000 (Palladino, Singh, Campbell y cols., 2011).

El asesinato es la principal causa de muerte violenta de las mujeres en USA, entre el 30 y el 55% son asesinadas por sus parejas, además, existe evidencia de que entre uno y dos tercios de los asesinatos de mujeres relacionados con el embarazo fueron cometidos por sus parejas. Asimismo, la violencia de género es un factor de riesgo para el intento de suicidio durante el embarazo (Martin, Macy, Syllivan y cols., 2007).

En una revisión de 18 publicaciones sobre homicidios en USA durante el embarazo y el puerperio, las autoras concluyeron que no encontraron evidencia que sugiriera que las mujeres embarazadas y en el postparto tuvieran un mayor riesgo de homicidio comparado con otras mujeres en edad reproductiva, pero sí encontraron diferencias muy importantes entre unos estudios y otros. Así, en uno de los estudios el riesgo de homicidio por 100 mil nacidos vivos es de 0.06 y en otro es de 40.0. Las autoras consideraron que esta diferencia en los resultados, comparados con otros estudios, se debe a los enfoques y metodologías utilizados (Samandari, Martin y Schiro, 2010).

Otras investigaciones llevadas a cabo en países pobres nos dan resultados alarmantes en cuanto a las tasas de homicidios. Así, en un estudio realizado en Pune (India), se encontró que el 16% de las muertes de mujeres embarazadas, en 400 pueblos y 7 hospitales, fueron atribuidas a un acto de violencia cometido por su pareja (Gantra, Coyaji y Rao, 1998). El homicidio ha sido identificado como la causa más importante de muerte materna en Bangladesh (Fauveau, Koenig, Chakraborty y cols.,

1988). De todas las muertes maternas registradas en el Departamento de Medicina Legal en el Hospital Central de Maputo, en un período de cinco años, tres cuartas partes de ellas se asociaron con violencia (homicidio, suicidio y el aborto inducido) (Granja, Zacarias y Bergstro, 2002).

Los traumatismos aparecen aproximadamente en el 7% de todos los embarazos y se ha convertido en la principal causa de mortalidad materna, convirtiéndose en una preocupación importante para el sistema de salud pública. Muchos de los casos de mortalidad materna debido a un traumatismo se pueden prevenir identificando de forma temprana los casos de violencia de género (Romero y Pearlman, 2012).

Aunque no hay unanimidad en todas las investigaciones, la mayoría relacionan la violencia con el embarazo. Son las menos las que presentan resultados en otra dirección, como que disminuye el riesgo de violencia durante el embarazo (Taylor y Nabors, 2009), o que el embarazo protege de la violencia (Jasinski, 2004).

**Salud mental.** Otra consecuencia de la violencia de género durante el embarazo, para la salud de las mujeres, fue sufrir alteraciones emocionales con pensamientos suicidas o intentos de suicidio mayores que las mujeres que no son maltratadas (Ellsberg, Janson, Heise y cols., 2008; Jasinski, 2004). La mujer embarazada agredida por su pareja tenía mayor riesgo de sufrir estrés (Hay, Pawlby, Angold y cols., 2003) y depresión (22.8% frente al 7.2%) (Kim, Cain y Viner-Brown, 2010). Para otros autores, la mayoría de los tipos de la violencia se asociaron con la depresión posparto, en particular, la combinación de amenazas y violencia física antes y durante el embarazo ejercida por la pareja (Urquia, O'Campo, Heaman y cols., 2011).

El propio embarazo puede ser un factor de estrés en la vida de la pareja, alteraría el buen entendimiento y la estabilidad en la familia lo que haría que aumente la violencia por parte de la pareja (Jasinski, 2004). Algunos autores consideran que el ser padres primerizos, o tener un embarazo no deseado, podría estar asociado con el aumento del estrés así como con la violencia (Cokkinides, Coker, Sanderson y cols., 1999; Goodwin, Gazmararian, Johnson y cols., 2000). Las mujeres con antecedentes de sufrir violencia pero que tenían un adecuado apoyo social presentaron 70% menos riesgo de sufrir depresión durante el embarazo (Lam, Contreras, Cuesta y cols., 2008).

Se estudiaron en USA los síntomas depresivos en 95 mujeres que acudieron a la consulta de embarazo y se relacionaron con haber sufrido o no violencia por parte de sus parejas. Se encontró que las mujeres que sufrieron violencia psicológica durante el año previo al embarazo no tuvieron riesgo de depresión salvo que la agresión hubiera sido muy frecuente. Las mujeres que sufrían violencia psicológica durante el embarazo estaba relacionado con altos niveles de depresión durante este periodo (tres cuartas partes de las mujeres). El 82% de las mujeres que sufrían violencia física así como el 80% de las mujeres que tenían experiencias de violencia sexual durante el embarazo presentaron síntomas depresivos. En este estudio, el nivel económico bajo de las mujeres podría favorecer el mayor riesgo de presentar síntomas depresivos (Martin, Li, Casanueva y cols., 2006).

En un estudio realizado en Chile con 256 mujeres embarazadas, encontraron una relación entre la presencia de síntomas de malestar psicológico y las mujeres que sufrían violencia durante el embarazo, las que habían sufrido violencia física un año antes del embarazo y con las que sufrieron violencia psicológica durante el embarazo (Crempien, Rojas, Cumsille y cols., 2011).

En Los Ángeles (USA) en un estudio realizado con mujeres latinas, encontraron que las mujeres que sufrieron violencia por parte de su pareja durante el embarazo, estuvieron más expuestas a la depresión (41% frente al 18.6%), así como al estrés postraumático (16% frente al 7.6%). La falta de control sobre las cosas que afectan a la vida, una historia de trauma aunque no asociada con la violencia ejercida por la pareja y la exposición a la violencia por parte de la pareja, se asoció con la depresión, después de ajustar por otros factores como la edad, idioma y el lugar de residencia. El estrés y una historia de violencia, se asociaron independientemente con un mayor riesgo de padecer trastorno de estrés postraumático, mientras que mayores ingresos se asoció con una disminución del riesgo de padecer este trastorno (Rodríguez, Heilemann, Fielder y cols., 2008).

Las mujeres que sufrieron violencia presentaron mayor riesgo de tener uno o más episodios depresivos frente a las mujeres que no la sufrían (56% frente al 33%), también intentos de suicidio (17% frente al 5%), sentimientos de infelicidad del embarazo actual (33% frente al 20%). Estas mujeres percibieron a sus parejas y sus familias descontentas con su embarazo (22% frente al 11% y 27% frente al 14%, respectivamente) y tienen una sensación de falta de apoyo durante el embarazo (36 %

frente al 13%). Las mujeres víctimas refieren más síntomas depresivos y un mayor número de acontecimientos vitales negativos en el último año (Amaro, Fried, Cabral y cols., 1990).

En la consulta del niño en el puerperio se encontró que las mujeres que sufrían violencia por parte de su pareja, presentaban depresión postparto más del doble que las que no la sufrían (Kornfeld, Bair-Meritt, Frosch y cols., 2012). Además, las mujeres que experimentaban violencia doméstica tenían significativamente más representaciones negativas de sus hijos, y de ellas mismas como madres, y eran mucho más propensas a ser consideradas como inseguras en cuanto a su relación afectiva que las mujeres que no habían experimentado violencia en el hogar (Huth-Bocks, Levendosky, Theran y cols., 2004).

**Consulta prenatal:** deficiente control de embarazo. Las mujeres que sufren violencia durante el embarazo pueden retrasar el inicio de la atención prenatal, tener peores controles, iniciarla en el tercer trimestre o no tener ningún control de embarazo, lo que puede relacionarse con peores resultados perinatales.

En un estudio encontraron que las mujeres que habían sufrido violencia física durante el embarazo tenían 1.8 más probabilidades de retrasar el inicio de las consultas prenatales comparando con las mujeres que no habían sufrido violencia física. Eran sobre todo las mujeres mayores y las de nivel socioeconómico más alto las que iniciaban más tarde esta atención (Dietz, Gazmarian, Goodwin y cols., (1997). Más recientemente otros autores han encontrado también un retraso en el inicio de la atención prenatal (McFarlane, Campbell, Sharps y cols., 2002; Bailey y Daugherty, 2007; Beydoun, Tamin, Lincoln y cols., 2011). En un estudio realizado en Perú con 2.158 mujeres, las que habían sufrido violencia física durante el presente embarazo tenían peores controles de embarazo que las mujeres que no sufrían violencia (12 controles o más lo tenían el 3.2% frente al 3.7%, 7-11 visitas 42.5% frente al 54.4%, 1-6 visitas 49.5% frente al 38.3% y ningún control 4.9% frente al 2.7%) (Perales, Cripe, Lam y cols., 2009).

En este sentido, otros autores encontraron que las mujeres que sufrían violencia tenían el doble de probabilidades de comenzar la atención prenatal durante el tercer

trimestre, en relación con las mujeres no maltratadas (McFarlane, Parker, Soeken y cols., 1992; Goodwin, Gazmarian, Johnson y cols., 2000).

En Portugal, se realizó una investigación con 2.660 mujeres, las que sufrían violencia física durante el embarazo tenían un patrón de control de embarazo diferente de las que no la sufrían. Así, las mujeres que no realizaban ninguna consulta prenatal fueron 14.6% las que sufrían violencia física frente al 1% de las mujeres que no la sufrían, realizaron la primera visita después del primer trimestre el 40.5% frente al 10.2%, y la realizaron dentro del primer trimestre el 44.9% frente al 88,8% (Rodrigues, Rocha y Barros, 2008).

Hay que decir también que otros autores no encontraron diferencias significativas en el número de consultas prenatales y la violencia (Huth-Bocks, Levendosky y Bogat, 2002).

**Ganancia ponderal.** Se ha relacionado la violencia de género con alteraciones en el peso de las mujeres. Aparecía una ganancia ponderal inadecuada (McFarlane, Campbell, Sharps y cols., 2002), o un aumento de la obesidad antes del embarazo, si la mujer presentaba violencia psicológica (Bailey y Daugherty, 2007). En un estudio con 13.442 mujeres entre los años 2000 y 2006, encontraron que 38.8% de las mujeres tenían una ganancia ponderal adecuada durante el embarazo, el 28.4% deficiente y el 32.8% una ganancia excesiva. Encontraron una relación positiva y significativa entre la violencia física por parte del compañero íntimo a lo largo del embarazo y la ganancia ponderal excesiva (Beydoun, Tamin, Lincoln y cols., 2011). Otros autores encontraron que las mujeres que sufrían violencia física durante el embarazo presentaban una deficiencia en la ganancia ponderal durante el embarazo, una vez controladas otras variables como la situación socio económica y datos demográficos reproductivos y nutricionales (Moraes, Amorim y Reichenheim, 2006). Otros estudios encontraron mala alimentación (Kearney, Haggerty, Munro y cols., 2003; Parsons y Harper, 1999) o dificultades en el acceso a los alimentos básicos en las mujeres que sufrían violencia física durante el embarazo (Perales, Cripe, Lam y cols., 2009). El aumento de peso de la madre durante la gestación estaba relacionado inversamente con el hecho de sufrir violencia durante el embarazo (Núñez-Riva, Monge-Rojas, Gríos-Dávila y cols., 2003).

Mayor riesgo de hospitalización. Existe controversia en este punto. Para algunos autores hay mayor riesgo de hospitalización, por diversas complicaciones relacionadas con el embarazo entre las mujeres maltratadas en comparación con las no maltratadas (Cokkinides, Coker, Sanderson y cols., 1999). En un estudio realizado en Uganda encontraron que el 74% de la hospitalización antes del parto fue atribuible a la violencia que sufrían las mujeres (Kaye, Mirembe, Bantebya y cols., 2006). Las mujeres maltratadas acuden más a los centros sanitarios y son hospitalizadas en el periodo prenatal sin causa relacionada con una patología de su embarazo. En otros estudios, el aumento de las visitas al hospital, relacionadas con la morbilidad, es mayor en las mujeres que sufren violencia durante el embarazo (Silverman, Gupta, Decker y cols., 2007). O esta mayor hospitalización es debida a las amenazas de parto prematuro (Cokkinides, Coker, Sanderson y cols., 1999).

Sin embargo, otros autores encontraron que, al tener una atención prenatal más tardía, tenían menos contacto con el sistema de salud durante el embarazo y por tanto también tenían menos hospitalizaciones (Espinosa y Osborne, 2002).

**Infecciones.** Parece ser que hay varias infecciones que pueden ser más frecuentes entre las mujeres que sufren violencia durante el embarazo, aunque las investigaciones no son siempre concluyentes.

Se ha relacionado con mayor frecuencia de infecciones del tracto urinario en las mujeres que sufren violencia durante su embarazo (Cokkinides, Coker, Sanderson y cols., 1999; Campbell, 2002; Kim, Cain y Viner-Brawn y cols., 2010; Silverman, Gupta, Decker y cols., 2007), que las que la sufren previa al embarazo (Arcos, Uarac, Molina y cols., 2001).

Por otra parte, las mujeres que sufrían violencia presentaban una mayor probabilidad de sufrir enfermedades de transmisión sexual, infección vaginal, dolor pelviano, coito doloroso (Campbell, 2002; Humphreys, 2011) y otras infecciones como corioamnionitis (Glander, Moore, Michielutte y cols., 1998).

**Alcohol, tabaco, drogas.** Entre las mujeres que sufrían violencia durante el embarazo podía aparecer un aumento del consumo de alcohol, drogas y tabaco, lo que tendría repercusiones importantes en el desarrollo del embarazo (Hay, Paewlby,

Angold y cols., 2003). Existe una relación directa entre la dosis de alcohol consumido durante el embarazo y el riesgo de defectos congénitos. El hábito tabáquico durante este periodo se relaciona con retraso en el crecimiento uterino, parto prematuro, bajo peso para la edad gestacional, etc., (Aguilera e Izarra, 2005; Prins, Hylkema, Erwich y cols., 2012).

Las mujeres que sufrían violencia física durante el embarazo por parte de sus parejas bebían más alcohol y usaban más drogas ilícitas que las que no sufrían violencia (Martin, Baumont y Kupper, 2003). Para otros autores, hay una asociación positiva entre sufrir violencia durante el embarazo y el uso de alcohol (Li, Kirby, Sigler y cols., 2010; Eaton, Kalichman, Sikkema y cols., 2012). Además del consumo de más alcohol y drogas por parte de las mujeres, también se asoció con un mayor consumo de drogas por parte de la pareja (Amaro, Fried, Cabral y cols., 1990).

En un estudio en USA con mujeres que asistían a consultas de embarazo en centros urbanos, se relacionó el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas con diferentes tipos de violencia que sufrían las mujeres durante el embarazo. En el estudio participaron 414 mujeres afroamericanas, 412 hispanas y 377 mujeres blancas embarazadas; la prevalencia de violencia física durante el embarazo fue del 16%. Se encontró que existía una relación entre las mujeres que sufrían violencia física y las mujeres afroamericanas y blancas para el consumo de tabaco, alcohol y/o drogas ilegales pero no con las mujeres latinas (McFarlane, Parker y Soeken, 1996).

La experiencia de violencia psicológica durante el embarazo se asoció con una probabilidad significativamente menor de dejar de fumar o reducir el tabaquismo durante el embarazo y una mayor tasa de consumo de alcohol en todo el momento de la concepción (Bailey y Daugherty, 2007). Sin embargo, existe un trabajo en el que no se encontraron diferencias entre el grupo de mujeres que sufre violencia y el que no, con respecto al consumo de alcohol y drogas (Arcos, Uarac, Molina y cols., 2001).

**Hemorragia.** Se ha relacionado un mayor riesgo de presentar hemorragia con sufrir violencia durante el embarazo. En un estudio realizado en la provincia de British Columbia (Canadá), con 4.750 mujeres, se encontró que las mujeres maltratadas durante el embarazo tenían hasta 3.5 más probabilidades de presentar hemorragia antes del parto que las mujeres no maltratadas (Janssen, Holt, Sugg y cols., 2003). En

otro estudio llevado a cabo en Rhode Island, el 22.4% de las mujeres maltratadas presentaron hemorragia vaginal frente al 16.1% de las no maltratadas (Kim, Cain, Viner-Brown y cols., 2010). En una investigación en Portugal, las mujeres que sufrían violencia presentaban hemorragia el 16% frente al 5.4% de las que no la sufrían y esta asociación fue significativa para cada trimestre del embarazo (Rodrigues, Rocha y Barros, 2008). En un estudio en 26 estados de USA, la probabilidad de sangrado vaginal, una vez ajustado por otras variables, era de 1.54 a 1.66 si las mujeres sufrían violencia durante el embarazo o un año antes de este, si solo habían sufrido violencia durante el embarazo la probabilidad era mayor 1.9 (Silverman, Gupta, Decker y cols., 2007).

**Trastornos hipertensivos.** En un estudio llevado a cabo en Chile con una pequeña muestra, la probabilidad de tener un síndrome hipertensivo durante el embarazo era 1.5 veces mayor en las mujeres que sufrían violencia durante el embarazo que entre las que no la sufrían (Arcos, Uarac, Molina y cols., 2001). También en Perú, las mujeres que sufrían violencia durante el embarazo, el riesgo de pre eclampsia aumentaba en 2.4 veces (Sánchez, Qia, Perales y cols., 2008). Asimismo en un estudio en USA con una gran muestra de más de 110 mil mujeres, la OR ajustada para la hipertensión o el edema fue de 1.37 a 1.40 entre las mujeres que sufrían violencia durante el embarazo o un año antes de quedarse embarazadas (Silverman, Gupta, Decker y cols., 2007).

Sin embargo, en el estudio realizado en Portugal, la hipertensión fue menos frecuente (1.6%) entre las mujeres que sufrían violencia durante el embarazo que entre las que no la sufrían (5.4%), tampoco se encontraron diferencias significativas para la preeclampsia u otros trastornos del embarazo como hipertensión severa (Rodrigues, Rocha y Barros, 2008).

**Náuseas severas, vómitos o deshidratación.** Se ha observado que las náuseas severas, los vómitos o la deshidratación, pueden tener relación con sufrir violencia durante el embarazo. Se ha encontrado que esta sintomatología la presentan el 50.8% de las mujeres que sufren violencia frente al 27.7% de las mujeres que no la sufren (Kim, Cain y Viner-Brawn, 2010).



Un gran estudio llevado a cabo en 26 estados de USA, en el que participan más de 110 mil mujeres, se analizó la violencia que sufren las mujeres un año antes de quedarse embarazadas y durante el embarazo. En el análisis de regresión logística ajustado por factores demográficos y de comportamiento de riesgo, las mujeres que refirieron sufrir violencia por parte de su pareja en el año anterior al embarazo o durante el mismo, tuvieron un riesgo significativamente más alto de varias formas de padecer morbilidad durante el embarazo entre ellas las náuseas severas, vómitos o deshidratación que las que no sufrieron este tipo de violencia (OR ajustado 1.48 a 1.63). Si solo habían sufrido violencia durante el embarazo los resultados fueron similares (Silverman, Gupta, Decker y cols., 2007).

**Otras consecuencias.** En el estudio llevado a cabo en Portugal, encontraron que las mujeres que sufrían violencia física durante el embarazo reportaron con mayor frecuencia aparición de enfermedades del embarazo aunque sin especificar qué tipo (36.2% frente al 16.3%) (Rodrigues, Rocha y Barros, 2008). En una investigación llevada a cabo en un hospital de USA con más de 2.800 mujeres, encontraron que la violencia durante el embarazo es un factor de riesgo para tener un trauma durante el embarazo y un abrupcio de placenta (Leone, Lane, Koumas y cols., 2010).

### **1.2.4.2. En el hijo o hija**

Las consecuencias que puede sufrir el feto o el bebé se pueden clasificar en consecuencias directas, como pueden ser los abortos espontáneos, la muerte perinatal o los traumatismos que pueda sufrir el feto debido a los golpes que recibe la madre, y las consecuencias indirectas, debidas a los efectos en el feto de los problemas de salud de la madre como consecuencia de los golpes que recibe, como puede ser la amenaza de parto prematuro, el estrés que sufre la mujer; así como algunos comportamientos de la mujer debido al maltrato, como puede ser el consumo de alcohol.

#### ***Consecuencias directas***

Se definen como los mecanismos directamente relacionados con un trauma en el abdomen de la mujer embarazada que conducen o pueden conducir a un parto prematuro, rotura prematura de membranas, desprendimiento prematuro de placenta o rotura del útero (Murphy, Schei, Myhr y cols., 2001). Otros autores consideran que también tendríamos que tener en cuenta otras situaciones como el aborto espontáneo (Hedin y Janson, 2000; Murphy, Schei, Myhr y cols., 2001) o la interrupción voluntaria del embarazo (American College of Obstetricians and Gynecologists and Centers for Disease Control and Prevention, 2000; García-Moreno, 2000) lesiones del feto (Alonso, Bedoya, Cayuela y cols., 2004) o la muerte del feto por trauma materno (Dye, Tollivert, Lee y cols., 1995).

La mayoría de los golpes que reciben las mujeres que sufren violencia física durante el embarazo eran en el abdomen, entre el 25% y el 50% habían recibido patadas y puñetazos en esta zona (OMS, 2005; Cuevas, Blanco, Juárez y cols., 2006). En otro estudio, no encontraron diferencias en el lugar que la mujer recibe los golpes ya fuera la violencia durante el embarazo o fuera de él (Tan y Gregor, 2006).

En una investigación llevada a cabo con más de 16 mil mujeres, las que no quisieron responder (0.6%) a las preguntas sobre violencia tuvieron significativamente (2.1% frente al 0.2%  $P < 0.001$ ) más desprendimiento de placenta que las que no sufrieron violencia (Yost, Bloom, McIntire y cols., 2005). También aparecieron

problemas de placenta en las mujeres que habían sufrido violencia durante el embarazo (Silverman, Gupta, Decker y cols., 2007).

Se ha descrito un caso de hemorragia intracraneal intraútero, en el que los autores consideran que podría ser secundaria a un caso de violencia de género durante el embarazo ya que no se encontró ningún otro motivo (Gren-Thompson y Moodley, 2005).

En el estudio que se compararon los resultados perinatales de bebés de madres que habían sufrido violencia durante el embarazo o no, se observó la hospitalización por contusión cerebral y traumatismo encéfalo craneano en cuatro lactantes (5.3%) entre el grupo de mujeres que habían sufrido violencia durante el embarazo (Arcos, Uarac y Molina, 2003).

Hay muchos autores que refieren estas consecuencias directas en el feto pero no hay muchas investigaciones que establezcan relaciones de causalidad. Es difícil establecer estas relaciones ya que no conocemos la situación que ha vivido la mujer durante su embarazo y, en el momento que el bebé está hospitalizado, será difícil identificar las causas reales de su situación.

**Muerte perinatal.** En un estudio realizado en Canadá con 4.750 mujeres encontraron que las mujeres maltratadas durante el embarazo tenían hasta siete veces más riesgo de tener una muerte perinatal que las mujeres no maltratadas, sin embargo el miedo a la pareja en ausencia de violencia física no se asoció con un riesgo mayor de malos resultados perinatales (Janssen, Holt, Sugg y cols., 2003).

En otro estudio, la muerte perinatal era de 29.1% para el grupo de mujeres maltratadas con un riesgo relativo de 2.1 en relación con las mujeres no maltratadas (Coker, Sanderson y Dong, 2004). En India, la muerte perinatal fue asociada con el hecho de sufrir violencia, una vez ajustado por otros factores como edad de la madre, educación de la mujer y el hombre, estatus socioeconómico, casta, género, embarazo deseado o no, consulta prenatal, vacuna antitetánica, facilidad para acceder a un centro para el parto (Ahmed, Koenig y Stephenson, 2006).

También presentaron mayor riesgo de muerte neonatal las mujeres que sufrían violencia física que las que no sufrían ningún tipo de violencia, 1.5% frente al 0.2% (Yost, Bloom, McIntire y cols., 2005).

En un estudio llevado a cabo en Nicaragua, las probabilidades de que el bebé muriera entre 0 y 11 meses, y entre 0 y 59 meses si las mujeres habían sufrido violencia física y sexual por parte de su pareja eran de 7.8 y 6.3, respectivamente; mucho mayores que si no habían sufrido este tipo de violencia (Åsling-Monemi, Peña, Ellsberg y cols., 2003).

### ***Consecuencias indirectas***

Es la consecuencia de los problemas de salud y comportamientos que pueden tener las mujeres que sufren violencia durante el embarazo. El estrés y la ansiedad provocados por la violencia que sufren durante el embarazo pueden hacer que éstas tengan menos capacidad para ocuparse de ellas mismas, empeore su nutrición y que no busquen atención adecuada para los cuidados de salud que necesitan. Estas mujeres pueden ser más propensas o encontrarse en un ambiente en el que se abusa del alcohol, el tabaco, medicamentos, drogas ilícitas, etc. El proceso por el que ocurriría esto, según algunos autores, puede ser debido a que la violencia contribuiría a producir estrés en la mujer, que puede estar asociado al consumo de tabaco y a ganar poco peso durante el embarazo y como consecuencia con el bajo peso del recién nacido (Shadigian y Bauer, 2004; Campbell, 2002). Además de esto, se puede añadir que el resultado del bajo peso al nacer podría ser el resultado de un parto prematuro causado por los traumatismos a consecuencia de la violencia que sufriría la mujer por parte de su pareja (Campbell, Torres, Ryan y cols., 1999). Otros autores consideran que al sufrir violencia aumenta el cortisol, reduce las semanas de embarazo y esto reduce el peso al nacer, pero no los partos prematuros (Valladares, Peña, Persson y cols., 2005).

Las consecuencias más destacables de estos comportamientos, según la mayoría de las investigaciones, serían:

**Bajo peso.** Las diferencias de peso entre los bebés de madres que sufren violencia durante el embarazo varían según los estudios. En un estudio realizado en Méjico con 110 usuarias de un hospital, las mujeres que son maltratadas durante el embarazo, tuvieron 4 veces más posibilidades de tener niños de bajo peso en comparación con las no maltratadas, la diferencia de peso fue de 565.5 gramos; una vez ajustado este indicador por edad y paridad, da como resultado una diferencia de 560 g (Valdez-

Santiago y Sanín-Aguirre, 1996). En otro estudio, los bebés de madres que habían sufrido violencia durante el embarazo pesaron de media 449.4 gramos menos que las mujeres que no sufrieron violencia (Núñez-Riva, Monge-Rojas, Gríos-Dávila y cols., 2003). En otra investigación, en la que se tenía en cuenta el estrés que presentaban las mujeres debido a la violencia que sufrían durante el embarazo, tenían una probabilidad 2.1 veces mayor de tener niños de bajo peso que las que no presentaban estrés, y el peso medio al nacer de sus bebés fue de 236 g más bajo que los de las mujeres que no sufrían (Altarac y Strombin, 2002).

En una revisión sistemática de 30 estudios, encuentran que hay diferencias significativas entre las mujeres que sufren violencia y las que no. Se vio que el estrés que sufrían las mujeres a causa de la violencia se asoció tanto con bajo peso como con menor peso medio al nacer, después de ajustar, por el comportamiento, indicadores psicosociales, demográficas y variables médicas (Shah y Shah, 2010).

Aparece más bajo peso en los bebés de las madres que denunciaron sufrir violencia por parte de su pareja un año antes de su embarazo en relación con las que no la denunciaron (Silverman, Decker, Reed y cols., 2006a). También apareció bajo peso en los bebés de las mujeres que informaron sufrir violencia verbal en comparación con aquellas que no la sufrieron (7.6% frente al 5.1% para una  $P=0.002$ ) (Yost, Bloom, McIntire y cols., 2005). En otra investigación, relacionaron el bajo peso del bebé con el aumento del número de veces que la mujer fue maltratada durante el embarazo (de 1 a 3 actos de violencia el riesgo relativo es de 2.1 y si son más de 10 actos, el riesgo es de 3.3) (Coker, Sanderson y Dong, 2004). Asimismo, presentaron más bajo peso (12.8% frente a 5.1%  $P<0.001$ ) los bebés de mujeres que no respondieron a las preguntas sobre violencia, que las mujeres que respondieron que no sufrieron violencia (Yost, Bloom, McIntire y cols., 2005).

En un estudio llevado a cabo en Uganda, el riesgo atribuible a la violencia durante el embarazo de bajo peso al nacer fue del 21%. El bajo peso al nacer estaba presente en el 41% de todas las mujeres (Kaye, Mirembe, Bantebya y cols., 2006b).

En un estudio de Nicaragua, se atribuyó a la violencia el 16% de bajo peso al nacer, después de haber ajustado por edad, paridad, consumo de tabaco y estatus socio económico (Valladares, Ellsberg, Peña y cols., 2002). En un metaanálisis de 14 estudios publicados de América del Norte y Europa, mostraron una débil pero una

asociación estadística entre sufrir violencia durante el embarazo y bajo peso al nacer (Murphy, Schei, Myhr y cols., 2001).

Como una triada, la violencia física, el tabaquismo y el consumo de alcohol y/o drogas ilegales se relacionaron significativamente con el peso al nacer (McFarlane, Parker y Soeken, 1996). Por otra parte, en las mujeres que sufrían violencia, si fumaban y consumían marihuana, aumentaba el riesgo de tener niños de bajo peso (Murphy, Schei, Myhr y cols., 2001).

**La prematuridad.** En un estudio realizado con más de 16 mil mujeres, las que no respondieron a las preguntas sobre violencia, presentaron más partos prematuros a las 32 y menos semanas de gestación (5.3% frente al 1.2%  $P=0.002$ ) que las mujeres que respondieron que no sufrieron violencia (Yost, Bloom, McIntire y cols., 2005).

Los hallazgos en un estudio llevado a cabo en Portugal con 2.660 mujeres, la violencia física se asoció con el parto prematuro, incluso después de controlar por edad, estado civil, educación, ingresos, paridad, embarazo deseado, atención prenatal, el tabaquismo, el alcohol y el uso de drogas ilícitas (Rodrigues, Rocha y Barros, 2008). También se encontró en mujeres que habían sufrido violencia durante el embarazo, 32.9% frente al 18.8% de las mujeres que no la habían sufrido (Kim, Cain y Viner-Brawn, 2010). Asimismo, en mujeres que denunciaron sufrir violencia por parte de su compañero íntimo en el año previo al embarazo, presentaron una diferencia significativa de partos prematuros (Silverman, Decker, Reed y cols., 2006a; Shah y Shah, 2010). Por otra parte, otros autores encontraron que cuando aumenta la violencia durante el embarazo, el número de veces que la mujer es maltratada, se asocia con un aumento del riesgo de parto prematuro (Coker, Sanderson y Dong, 2004).

**Bebé pequeño para edad gestacional.** En el mismo estudio realizado en Portugal, la violencia física se asoció con un recién nacido pequeño para la edad gestacional (36.5% frente al 10.3%) (Rodrigues, Rocha y Barros, 2008).

Hemos encontrado pocos artículos en los que no aparecían relaciones estadísticamente significativa entre parto pretérmino o bebé pequeño para la edad gestacional, después de ajustar por otras variables entre las mujeres que sufrían

violencia durante el embarazo y las que no la sufrían (Urquia, O'Campo, Heaman y cols., 2011; Audi, Corrêa, Latorre y cols., 2008a). Hay contradicciones en los resultados de algunos de estos estudios, pero sí parece que, al menos en ciertas situaciones, la violencia durante el embarazo contribuye al bajo peso al nacer, al parto prematuro y al crecimiento intrauterino retardado (Peterson, Gazmararian, Spitz y cols., 1997; Valladares, Ellsberg, Peña y cols., 2002).

**Cuidados neonatales e ingresos de los recién nacidos.** Los bebés de madres que sufrían violencia necesitaban más cuidados intensivos en la unidad neonatal en relación con las mujeres que no denunciaban sufrir violencia por parte de su pareja (Silverman, Decker, Reed y cols., 2006a) o mayor número de ingresos en los servicios de pediatría (Edin y Hogberg, 2002). Mayor demanda de consultas médicas por morbilidad y hospitalización en el período neonatal ( $P < 0.05$ ) y postneonatal, en lactantes seguidos a lo largo de los seis meses de edad ( $P < 0.05$ ). Estos bebés presentaron mayor morbilidad que requirió más atención médica y mayor hospitalización en el periodo postneonatal (Arcos, Uarac y Molina, 2003).

La violencia durante el embarazo afectó a la lactancia materna. Su inicio, la primera hora tras el parto, fue menor (Misch y Yount, 2013), también fue menor tanto el inicio (Sarkar, 2008; Lau y Chan, 2007), como el abandono de la lactancia antes de las 4 semanas tras el parto (Silverman, Decker, Reed y cols., 2006b). Si lo que sufrían las mujeres fue violencia física severa, era un factor de riesgo independiente para el abandono de la lactancia materna exclusiva (Moraes, Oliveira, Reichenheim y cols., 2011). También en las madres adolescentes, las que sufren violencia durante el embarazo, la duración de la lactancia es menor (Sipsma, Divney, Magriplees y cols., 2013b).

**Otras consecuencias a más largo plazo.** Podemos encontrar que la violencia durante el embarazo o el posparto pueden tener un efecto perjudicial en el desarrollo psicológico y físico del niño (McFarlane y Soeken, 1999), mayor riesgo de morir antes de los 5 años (Asling-Monemi, Peña, Ellsberg y cols., 2003) y comportamientos más violentos en su infancia y adolescencia (Grimstad, Schei, Backe y cols., 1997). Además, estos niños, probablemente, serán testigos de violencia doméstica después

de su nacimiento. Los hijos tienen hasta 3 veces más posibilidades de sufrir violencia si la madre sufre violencia durante el embarazo que las que no la sufren (Casanueva y Martin, 2007). El hombre que golpea a su compañera es posible que también golpee a sus hijos y a otros miembros de la familia (Arcos, Uarac y Molina, 2003). Además, un niño que ha sufrido violencia en la infancia tendrá consecuencias en su vida de adulto y una mayor probabilidad de abuso de tóxicos, depresión, mal rendimiento escolar, relaciones sexuales de riesgo, etc. (Tremblay, Nagin, Séguin y cols., 2004). Cuando los niños sufren violencia, se encontró una mayor asociación con la violencia que sufre la madre durante el embarazo (Castro, Peek-Asa y Ruiz, 2003).

**Patologías en los recién nacidos.** La bronconeumonía fue la enfermedad que marcó un riesgo significativamente mayor para lactantes del grupo de las madres que habían sufrido violencia durante el embarazo, (RR=2.8; IC 95%, 1.0-7.8) así como en los lactantes a los 6 meses de edad (RR=3.3; IC 95%, 1.0-10.6) (Arcos, Uarac y Molina, 2003).



### 1.2.5. Detección de la violencia de género durante el embarazo

A pesar de que la violencia contra la mujer por parte de la pareja constituye un problema social y de salud pública de primer orden, la obtención de datos fiables, precisos y comparables acerca de la extensión de la violencia en la pareja plantea serios problemas y dificultades metodológicas, debidos fundamentalmente a la misma naturaleza del objeto del estudio y a la heterogeneidad de los instrumentos de medición desarrollados. Los instrumentos de medición se han desarrollado, sobre todo, en el ámbito norteamericano, y no disponemos de adaptaciones culturales a otros contextos. Además, hay ausencia de consenso sobre el instrumento más adecuado que permita la comparación de los resultados.

Hay dos elementos que van a dificultar la recogida de datos, por una parte, el lugar mismo donde se ejerce ésta: en el hogar, el ámbito privado e íntimo de esta situación hace que exista gran dificultad al acceso a la información y vamos a depender de lo que las personas quieran decirnos o informarnos. Por otro lado, la violencia ejercida dentro del ámbito familiar es un tema complejo, delicado, lleno de tabúes, miedos, culpas, del que no se suele hablar y menos con extraños, esto entraña dificultades no sólo para la mujer que la sufre sino también para el sanitario que se encuentra ante un grave problema que, la mayor parte de las veces, no sabe cómo afrontar.

La necesidad de contar con instrumentos fiables y válidos ha sido especialmente identificada en Estados Unidos, donde se ha venido desarrollando, desde finales de los años 70, un amplio número de herramientas de medición, detección y diagnóstico del maltrato en la pareja (Waltermauer, 2005).

Estos instrumentos presentan una gran heterogeneidad en cuanto a su finalidad, definición de la violencia, extensión y formato de los ítems y modo de administración, sin que haya un acuerdo en la comunidad científica sobre qué instrumento es el más apropiado y fiable. No obstante, hay una serie de escalas y cuestionarios que han alcanzado una enorme popularidad, como son: Conflict Tactics Scales (CTS) (Straus, 1979), el Index of Spouse Abuse (ISA) (Hudson y McIntosh, 1981) o el Abuse Assessment Screen (AAS) (McFarlane y Parker, 1992).

El contexto sanitario es uno de los más adecuados para identificar a las mujeres que sufren violencia, ya que muchas acuden a los servicios de salud para pedir ayuda

por sus lesiones (Peralta y Fleming, 2003) o, como en el caso del embarazo, porque en nuestro medio todas las mujeres acuden a los controles. Muchos de los instrumentos de cribado y de diagnóstico están diseñados especialmente para su utilización en los servicios de urgencia, control de embarazo y de atención primaria; aunque existe controversia en su utilización de forma sistemática por la insuficiente evidencia sobre sus beneficios o perjuicios.

### ***Instrumentos que se utilizan para el cribado de violencia durante el embarazo***

El Observatorio de Salud de las Mujeres (OSM, 2006) ha realizado un análisis de los instrumentos más utilizados, sobre todo en países anglosajones, ya que en España existen pocos instrumentos validados. Han realizado una revisión exhaustiva de los instrumentos utilizados a nivel internacional, tanto para estimar la prevalencia como para hacer un cribado sobre los casos de violencia contra la mujer en la pareja.

Estos instrumentos han sido clasificados en varias categorías, nosotras reflejaremos aquí los que más frecuentemente son utilizados en la identificación de la violencia durante el embarazo. Los instrumentos de cribado son pruebas o tests rápidos y económicos, a ser posible, para detectar “casos probables” de violencia contra la mujer en la pareja (Lobo, 1987. Citado por OSM, 2006). Los instrumentos de diagnóstico se utilizan para aplicar en una segunda fase (Lobo, 1987) cuyo objetivo es la confirmación y valoración de los “casos sospechosos” de maltrato.

### ***Instrumentos de cribado***

**Abuse Assessment Screen (AAS)** (Soeken, McFarlane, Parker y cols., 1992). La finalidad de este instrumento es identificar a mujeres víctimas de violencia física y sexual, cuantificar la severidad y la frecuencia del maltrato durante el embarazo, así como la persona que ejerce la violencia. Está originalmente diseñado para ser aplicado en los servicios de cuidado prenatal.

Es un instrumento de cribado que ha de ser administrado cara a cara por el o la profesional de la salud en un contexto privado. Consta de cuatro preguntas y han de ser respondidas con “sí” o “no”. En caso afirmativo, se pregunta por la persona

agresora (diferenciando entre el marido, el exmarido, un novio, un extraño, otra persona o agresores múltiples) y por el número de veces que han tenido lugar estas agresiones. Finalmente, se pregunta si siente miedo de su pareja o persona que ejerce la violencia. La respuesta positiva a una de las preguntas, indica que la mujer entrevistada podría ser víctima de violencia por parte de su pareja.

Hay estudios que demuestran su utilización por su alta efectividad (Jasinski, 2004; Nelson, Nygren, McInerney y cols., 2004), son preguntas cortas y directas, es sencillo de utilizar, se necesita muy poco tiempo e identifica a la mujer que sufre malos tratos, así como la gravedad de los mismos (físicos).

Este cuestionario ha sido traducido al portugués para ser utilizado en el contexto brasileño y portugués (Reichenheim, Moraesa y Hasselmann, 2000; Rodrigues, Rocha y Barros, 2008). Ha sido adaptado al contexto de la India (Purwar, Jeyaseelan, Varhadpande y cols., 1999), China (Tiwari, Fong, Chan y cols., 2007), Canadá (Bourassa y Bérubé, 2007) y en Bélgica ha sido traducido al flamenco (Roelens, Verstraelen, Van Egmond y cols., 2008). En un estudio multicéntrico que se ha realizado en 5 países de América Latina y el Caribe para la Organización Panamericana de la Salud en 2005, dentro de una encuesta mucho más amplia, ha sido adaptado y utilizado para identificar violencia en el momento del parto (Pallitto, 2005).

En la página web de Nursing Network on Violence Against Women Internacional (NNVAW) ([www.nnvaw.org](http://www.nnvaw.org)) está disponible el documento original en inglés y en español, aunque no tenemos información de que haya sido validado en este idioma y contexto, pero sí se utiliza de forma regular en USA entre la población latina.

También ha sido validado y comparado con otros instrumentos por investigadores independientes (Norton, Peipert, Zierler y cols., 1995; Reichenheim y Moraes, 2004).

Este cuestionario ha sido traducido, adaptado y validado en nuestro contexto cultural (Escribá-Agüir, Royo-Marqués, Mas-Pons y cols., 2008). Estas autoras han añadido un ítem para detectar la violencia psicológica, así como la frecuencia de la agresión. Sin embargo, han eliminado la última pregunta sobre si siente miedo de su pareja o persona que ejerce la violencia. Su cuestionario se utiliza para mujeres no embarazadas aunque hay unas cuestiones específicas para mujeres embarazadas.

Este instrumento fue modificado también para ser utilizado con mujeres con discapacidad física (Abuse Assessment Screen-Disability, ASS-D) (McFarlane, Hughes, Nosek y cols., 2001). Entre los agresores identifican no sólo la pareja sino también otras personas encargadas de la atención de estas mujeres.

Una de las cuestiones que más se valora en esta herramienta es su brevedad, así como su fiabilidad para reconocer a las mujeres víctimas de violencia en los servicios de cuidados prenatales. La limitación de este instrumento es que no identifica la violencia emocional.

**Domestic Abuse Assessment Questionnaire** (Canterino, VanHorn, Harrigan y cols., 1999).

La finalidad de este instrumento es identificar el abuso doméstico en pacientes embarazadas. Está diseñado para ser aplicado en servicios prenatales. Es un cuestionario estandarizado y autoadministrado compuesto por cinco preguntas relativas al maltrato físico y emocional, abuso sexual y a los sentimientos de miedo hacia la pareja. Las preguntas de maltrato se refieren tanto al último año como al periodo del embarazo y se responden “sí” o “no”. Este instrumento fue elaborado originalmente en inglés y en español. El instrumento ha sido validado por los autores en una muestra de 224 pacientes de consultas de embarazo de Estados Unidos y fueron comparados con los resultados obtenidos en entrevistas abiertas que fueron dirigidas verbalmente por las enfermeras del servicio de control de embarazo.

Este cuestionario estandarizado presentó mayor capacidad de detección que las entrevistas abiertas a las mujeres, aunque los autores recomiendan la utilización de ambos métodos para mejorar la identificación de posibles víctimas.

**Intimate Partner Violence (IPV) Assessment Icon Form** (Short y Rodríguez, 2002).

Su finalidad es identificar mujeres víctimas de violencia física y/o sexual por parte de su pareja. Está elaborado para ser aplicado a mujeres trabajadoras temporales del campo e inmigrantes con bajo nivel de alfabetización. En sus inicios, se utilizó en mujeres de una asociación de mujeres campesinas en California. Se trata de una adaptación del Abuse Assessment Screen (ASS), en el que los autores han utilizado

iconos que simbolizaban cada una de las cuestiones escritas en el ASS (por ejemplo, las ilustraciones representan a un hombre golpeando a una mujer, otro forzando a una mujer en la cama, una mujer aparentando tener miedo, etc.)

**Cuestionario breve para detectar situaciones de violencia de género en las consultas clínicas** (Majdalani, Alemán, Fayanás y cols., 2005).

Este instrumento busca detectar casos de violencia (psíquica, física y sexual) en mujeres de habla hispana en los consultorios de atención primaria. Está formado por cinco preguntas y está desarrollado originariamente en español. Cada pregunta corresponde a cada una de las formas más frecuentes de violencia de género identificadas por los autores (emocional, física, sexual y abuso sexual durante la niñez), explorando cómo y cuándo ocurrió el hecho y quién perpetró la agresión, incluyendo la pareja íntima. También se indaga por la percepción de la mujer entrevistada respecto al riesgo actual en el que se encuentra. Está validado por los autores en una muestra de 67 mujeres que acudían a las clínicas de salud sexual y reproductiva en cinco países de América Latina y el Caribe, mostrando que sus propiedades lingüísticas y psicométricas eran adecuadas. Es un instrumento breve apropiado para la detección sistemática de violencia doméstica en los servicios de salud, tanto por su solidez, formato y contenido, como por su comprensibilidad y confiabilidad. Es uno de los pocos instrumentos desarrollados originariamente en español.

**Woman Abuse Screening Tool (WAST)** (Brown, Lent, Brett y cols., 1996).

Es un instrumento de 8 ítems para identificar y valorar en las mujeres que acuden a centros de atención primaria si han sufrido violencia tanto física, sexual y emocional. Se pregunta por el grado de tensión y de miedo existente en la relación de pareja y, posteriormente se pregunta directamente por la existencia de episodios violentos y abusivos, tanto a nivel físico y sexual como emocional. Estos ítems se deben responder en una escala de intensidad o frecuencia de tres puntos. La puntuación final de cada ítem indica el grado de violencia que sufren las mujeres que responden. Ha sido utilizado en clínicas de obstetricia y ginecología (MacMillan, Wathen, Jamieson y cols., 2009). Existe una versión corta validada en español de este instrumento de solo dos

preguntas para identificar mujeres que sufren violencia por parte de sus parejas (OSM, 2006).

### ***Instrumentos de diagnóstico***

#### **Conflict Tactics Scales (CTS) (Straus, 1979).**

La finalidad de este instrumento es medir las agresiones físicas y psicológicas por parte de la pareja, así como la utilización del diálogo en la resolución de los conflictos familiares. Es una escala utilizada frecuentemente para valorar el maltrato físico dentro de la pareja. También es utilizada para la validación de otros instrumentos. La base del instrumento es que en las relaciones humanas se utiliza la violencia para resolver conflictos, así como la discusión, el diálogo o la agresión verbal.

El cuestionario lo forman 18 ítems divididos en tres grupos, que corresponden a los tres métodos utilizados para resolver los conflictos familiares: diálogo, agresión verbal y violencia física. Este instrumento ha sido traducido y utilizado en más de 20 países.

En España, este instrumento fue aplicado por Hinshaw y Forbes en 1993 en una muestra de estudiantes universitarios. El instrumento ha sido validado en diferentes muestras y contextos por diferentes autores.

Hay una modificación del instrumento (CTS2) realizado por parte del autor en el que formula de nuevo los tres grupos de preguntas: agresión física, agresión psicológica y negociación. Incluye preguntas para valorar la coerción sexual. Esta nueva versión es más extensa y se necesita la autorización del autor para utilizarla. También se ha validado la versión española del cuestionario de las CTS2 (Medina y Barberet, 1998). Es uno de los pocos instrumentos de diagnóstico de violencia contra la mujer en la pareja traducidos y adaptados al ámbito español y validado en sus propiedades psicométricas.

#### **Danger Assessment Instrument (Campbell, 1986).**

Este instrumento, de 15 ítems, tiene como finalidad valorar el riesgo de homicidio que pueden sufrir las mujeres víctimas de violencia por parte de su pareja. Originalmente está diseñado para ser aplicado en contextos de atención sanitaria, aunque está recomendado también para su uso en investigación. Los ítems se

responden “sí” o “no” y abordan diferentes comportamientos violentos, tanto violencia física, como agresiones sexuales y varias formas de control social y económico.

El cuestionario puede ser autoadministrado o puede ser aplicado por personal de enfermería. Ha sido validado en contextos clínicos por la autora (Campbell, 1986). Es uno de los instrumentos más utilizados para valorar el riesgo de homicidio entre las víctimas que sufren maltrato.

### **Index of Spouse Abuse (ISA)** (Hudson y McIntosh, 1981).

El objetivo de ese instrumento es evaluar el maltrato, tanto físico como no físico, contra la mujer infligido por su marido o pareja. El instrumento se elaboró originariamente para ser utilizado en un contexto clínico.

El instrumento lo constituyen 30 ítems que se subdividen en abuso físico (ISAF), donde se incluye el abuso sexual, formado por 11 ítems, y la otra parte referida al abuso no físico (ISANF), por los 19 ítems restantes. Este instrumento está constituido por preguntas tipo Likert donde las respuestas van de 1 a 5, donde 1 equivale a “nunca” y 5 “muy frecuentemente”. Al final, se suman todas las puntuaciones correspondientes a cada ítem para obtener una puntuación global del ISA y también para obtener la valoración del ISAF y del ISANF. Este cuestionario puede ser utilizado tanto de forma oral como escrita y el tiempo de respuesta es muy breve, unos 5 minutos.

Ha sido realizada la adaptación al español del Index of Spouse Abuse (OSM, 2006). Posteriormente, ha sido validado de nuevo al español por otros autores (Sierra, Monge, Santos-Iglesias y cols., 2011; Torres, Navarro, García-Esteve y cols., 2010). Según algunos autores, el problema principal que plantea el ISA es su extensión y la complejidad en el cálculo de las puntuaciones finales. Otra dificultad puede ser la adaptación de los ítems a diferentes contextos sociales y culturales.

### **Norvold Abuse Questionnaire (NOR-AQ)** Nordic Research Network (NorVold) (2003).

Este instrumento está diseñado para ser aplicado en mujeres de países nórdicos. Es uno de los pocos instrumentos originales elaborados en el ámbito europeo. Se trata

de un cuestionario amplio sobre violencia contra la mujer en general, en el cual se incluyen preguntas específicas sobre la violencia dentro de la pareja. Está formado de 80 preguntas y una parte está relacionada con el embarazo y las consultas ginecológicas. Está validado en una muestra de mujeres suecas entre 18 y 64 años (Swahnberg y Wijma, 2003) y comparado con otros cuestionarios ya validados (Conflict Tactics Scales y Sexual Abuse Questionnaire) y una entrevista abierta.

En España, se han elaborado y validado algunas escalas como “Validación de una escala para la medición de los malos tratos a mujeres” (Delgado, Agua, Castellano y cols., 2006) para medir malos tratos, pero no conocemos ninguna que sea original para evaluar malos tratos durante el embarazo.



### 1.2.6. Prevención de la violencia de género durante el embarazo

El embarazo representa un momento de especial riesgo y vulnerabilidad de la mujer que sufre violencia de género. También puede representar una oportunidad para la prevención o para realizar una intervención con éxito. La prevención de la violencia que sufren las mujeres durante este periodo de su vida, tiene que ver con las causas que la producen. En nuestra sociedad, podemos pensar que es, sobre todo, un problema de la sociedad patriarcal en la que vivimos, con el poder ostentado mayoritariamente por los hombres. Promover la igualdad de género es una parte fundamental de la prevención de la violencia contra las mujeres. La evidencia (WHO, 2009) sugiere que las desigualdades de género aumentan el riesgo de la violencia que los hombres ejercen contra las mujeres e inhibe la capacidad de las mujeres afectadas a buscar ayuda y protección. Por ello, el enfoque que deberíamos adoptar es el de la perspectiva de género. Como se describe en el informe mundial sobre violencia y salud (OMS, 2002), es un enfoque multidisciplinar e intersectorial, basado en el modelo ecológico en el que se hace hincapié en la prevención primaria. Este enfoque, que también podríamos denominar de salud pública, lo que pretende es proporcionar el máximo beneficio al mayor número de personas para mejorar la atención y la seguridad a poblaciones enteras. Tiene que tener en cuenta muchas disciplinas, ya que la violencia ejercida por la pareja tiene múltiples problemas (WHO, 2010) y la respuesta también debe ser multisectorial. Se ha visto que son necesarios los esfuerzos y la cooperación de sectores como el de salud, educación, servicios sociales y la justicia. Con este enfoque las actuaciones deben ser a cuatro niveles: individual, alrededor de la relación o la familia, la comunidad y la sociedad en general. Desde esta misma perspectiva, las estrategias de prevención de la violencia son de tres tipos (Dahlberg y Krug, 2002).

Prevención primaria: prevenir la violencia antes de que ocurra.

Prevención secundaria: se centra en las respuestas inmediatas a la violencia y los tratamientos después de sufrirla, en el centro de salud, servicios de urgencias, etc.

Prevención terciaria: se centra en la atención a largo plazo, después de haber sufrido la violencia, incluirían la rehabilitación o la reintegración para disminuir el trauma o reducir la discapacidad asociada a la violencia.

Es cierto que en nuestro medio, quizá lo que más se ha trabajado es la prevención secundaria y terciaria; pero las matronas y otros profesionales de salud que trabajan en el campo del embarazo y el parto pueden, con una adecuada formación, empezar a trabajar en el campo de la prevención primaria, antes de que ocurran los actos de violencia por parte de la pareja íntima.

Han sido evaluados algunas intervenciones para prevenir la violencia. En una intervención en que un grupo de mujeres recibieron 3 sesiones de asesoramiento y otro grupo solo se les ofreció información sobre los recursos disponibles, presentaron menos casos de violencia y de menor gravedad en el grupo que recibió asesoramiento (Nelson, Nygren, McInterney y cols., 2004). Las mujeres que sufrían violencia física durante el embarazo y recibieron asesoramiento y seguimiento tuvieron menos casos de violencia que las que solo recibieron asesoramiento (McFarlane, Soeken y Wiist, 2000). En una investigación realizada en Perú, el grupo de mujeres a quienes se dio asesoramiento y capacitación declararon menos casos de violencia, en relación con las que recibieron una atención estándar (Cripe, Sánchez, Sánchez y cols., 2010). En un grupo de mujeres que sufrían violencia, y que recibió asesoría durante el embarazo, sufrieron menos casos de violencia física durante el embarazo y en el posparto, tuvieron menos hijos grandes prematuros y la edad gestacional de los partos fue mayor (Kiely, El-Mohandes, El-Khorazaty y cols., 2010). En otro estudio, las mujeres que habían dejado a sus parejas tenían mejores resultados de salud y habían recibido más información y asesoramiento de los profesionales (McCloskey, Lichter, Williams y cols., 2006). Parece que para que la mujer abandone a su pareja depende de la comunicación que ha mantenido con el profesional y si este ha respondido a las necesidades de las mujeres (Liebschutz, Battaglia, Finley y cols., 2008).

Para prevenir la violencia contra las mujeres debemos no sólo cambiar las actitudes sino también las condiciones estructurales que hacen que se perpetúe esta violencia (Flood y Pease, 2009).

### **1.2.7. La violencia de género durante el embarazo y el personal de salud**

Como hemos visto, la violencia que sufren las mujeres durante el embarazo es más frecuente de lo que reconocemos, pudiendo causar problemas de salud tanto en la madre como en el bebé que espera. La mayoría de las mujeres no nos informan espontáneamente de este hecho (Petersen, Moracco, Goldstein y cols., 2005), por ello los sanitarios en la consulta de embarazo y puerperio tenemos una ocasión única para poder identificar a las mujeres que se encuentran en esta situación (O'Reilly, 2007). Además, el hecho de que van a venir varias veces durante el embarazo permite crear un ambiente de confianza por parte de las mujeres (Ellsberg, 2006) y también proporcionar a las mujeres más oportunidades para revelar la violencia (Bacchus, Mezey, Bewley y cols., 2002).

Existen dos corrientes entre los expertos, los que consideran que sólo debemos preguntar ante los signos o la sospecha de que una mujer sufra violencia y otros que consideran que el problema es lo suficientemente frecuente y grave para realizar un cribado a todas las mujeres que vienen a la consulta de control de embarazo de forma sistemática. Otros autores consideran que la principal limitación para implementar un programa universal de cribado, es que no se dispone de datos suficientes que nos aseguren que las intervenciones que vamos a utilizar son suficientemente eficaces, como para reducir las consecuencias negativas en la salud de las mujeres.

En un estudio llevado a cabo en UK una de cada 5 matronas dice haber conocido a una mujer que haya sufrido violencia durante el embarazo (Royal College, 2004). En otro estudio, con médicos que realizan consultas de embarazo, estiman que el 10% o más de las pacientes habían sido víctimas de maltrato por parte de su pareja, pero solo el 17% preguntaba de forma rutinaria en la primera visita prenatal y el 5% en las visitas sucesivas (Chamberlain y Perham-Hester, 2000).

#### ***A favor del cribado sistemático***

Los expertos que recomiendan el cribado sistemático durante el embarazo lo hacen por ser un problema frecuente o muy frecuente en todos los lugares donde se ha

investigado, es una amenaza para la salud de la madre, del hijo/a, y para el bienestar de la familia. Por otra parte, la mayoría de las mujeres no nos informan sobre sus experiencias de la violencia que pueden sufrir a no ser que les preguntemos directamente.

**¿Quién y cuándo se recomienda preguntar?** El embarazo es un momento único, ya que las mujeres tienden a tomar mayor interés y responsabilidad de su propia salud y la de su hijo. La asistencia a las consultas de embarazo, de forma regular, nos ofrece mayores oportunidades para la detección de la violencia infligida por su pareja, así como la posibilidad de ofrecer a las mujeres recursos, herramientas que proporcionen a las mujeres elementos para escapar de una pareja violenta (Nelson, Bougatsos y Blazina, 2012). Las mujeres acuden de forma sistemática y muy frecuentemente a lo largo del embarazo a los servicios de salud, tanto en atención primaria como en atención especializada, por tanto, la consulta prenatal es una ocasión única para poder identificar si existe violencia contra la mujer embarazada. Esta sería la primera etapa para poder dar un apoyo a la futura madre y ayudarle a encontrar soluciones a su situación (Gazmararian, Petersen, Spitz y cols., 2000).

Otra de las razones para preguntar directamente es que las mujeres pueden sufrir violencia y, a pesar de que vienen a los servicios de salud, no lo comunican ni nos cuentan su experiencia con la violencia (Duncan, McIntosh, Stayton y cols., 2006).

Las recomendaciones de expertos y organizaciones (Kramer, 2007; Romero y Pearlman, 2012; ACOG, 2000) de profesionales es preguntar en la primera visita del control de embarazo y, al menos, una vez por trimestre. Esta acción de identificar la violencia será útil cuando, posteriormente, podamos dar a la mujer el apoyo necesario y si podemos poner a su disposición los servicios necesarios según el momento o las necesidades que tenga.

La Asociación Médica Americana también recomienda el cribado sistemático a todas las mujeres que acuden a consulta prenatal (American Medical Association, 2005). Otras asociaciones que recomiendan el cribado sistemático son: Association of Women's Health, Obstetric, and Neonatal Nurses y the Joins Commission on Accreditation of Health Care Organitations (citadas por Higgins y Hawkins, 2005).

Por otra parte, es frecuente que el parto no finalice con la violencia sino que puede continuar e incluso ser más frecuente en el posparto, por ello, también la Academia Americana de Pediatría (AAP) publicó una declaración en junio de 1998 diciendo: "Los pediatras están en condiciones de reconocer a las mujeres maltratadas en el ámbito pediátrico. Intervenir en nombre de las mujeres maltratadas es una forma activa de la prevención del abuso infantil. El conocimiento de los recursos locales y las leyes estatales para denunciar los abusos que se obtienen". Esta recomendación podría aplicarse a todos los que proporcionan cuidado a los niños después del parto. Martin, Li, Casanueva y cols., (2006) sugieren que las madres maltratadas pueden tener hasta tres oportunidades para ser identificadas en las consultas de atención del niño sano en los primeros 31 meses de la vida de sus hijos recién nacidos. Es frecuente que si una mujer que sufre maltrato su hija o hijo también lo sufra y las matronas deberían saber identificar estos casos (Lazenbatt, 2010). Asimismo, en los resultados de un estudio se sugiere que el abuso de la pareja se puede producir en el período posnatal inmediato y existiría una oportunidad para que los profesionales de la salud pediátrica pudieran identificar esta violencia (Thompson y Krugman, 2001). Tenemos que tener en cuenta que las mujeres que sufrieron violencia física durante el embarazo, la violencia que sufrirán las primeras semanas después del parto es, sobre todo, psicológica y sexual (Macy, Martin, Kupper y cols., 2007).

**¿Cómo preguntar?** Los sanitarios debemos ser sensibles al problema y la situación, pero también tenemos que saber cómo actuar con la mujer, una vez que la identificamos como una mujer que sufre violencia por parte de su pareja. Debemos ser conscientes que "no hacer nada es hacer mal" ya que permitiríamos que la mujer continúe bajo los efectos de la violencia (Lorente Acosta, 2008).

Para detectar la violencia durante el embarazo debemos hacer un cribado sistemático y, si es posible, un uso repetido de la herramienta estandarizada que vayamos a utilizar, ya que la detección es mayor que si no realizamos el cribado de forma sistemática (O'Reilly, Beale y Gille, 2010). Asimismo, se recomienda utilizar un instrumento breve y fácil de cumplimentar (Higgins y Hawkins, 2005). Hay investigadores que recomiendan realizar preguntas directamente sobre la violencia aunque de una forma empática y sin juzgar, adaptándonos a la situación de la mujer, sus creencias culturales, el tiempo desde que es víctima. Esto deberíamos hacerlo al

mismo tiempo que realizamos otras preguntas de la historia clínica, como una información más que debemos saber (Shadigian y Bauer, 2004). Estas preguntas, para evaluar el riesgo de sufrir violencia, no deberían estar separadas de otras que podemos hacerle si queremos evaluar otros riesgos psicosociales como mortalidad infantil, partos prematuros, bajo peso al nacer (Harrison y Sideberttomm, 2008) y tipo de contracepción (Wiebe y Janssen, 2001).

**¿Dónde preguntar?** Hay autores que consideran que el establecimiento de salud no es el lugar perfecto para detectar la violencia, sin embargo, sí parece un lugar clave para que los profesionales puedan interactuar con la mujer de una manera y a un ritmo mayor para identificar situaciones de riesgo que en cualquier otro entorno (Sha y Sha, 2010). El hecho es que, durante el embarazo, no solo la mujer está en riesgo sino también el bebé, esto debería ser motivo suficiente para actuar en este momento de su vida.

Debemos ser conscientes de que no siempre la mujer nos va a responder afirmativamente, incluso en los casos en que haya signos de violencia infligida por su pareja, pero lo que hacemos preguntándole de forma sistemática es “abrir una ventana”. La mujer sabe que nos preocupa el tema, que estamos abiertas a hablar de él y para ella puede ser un lugar de seguridad en donde poder hablar en el momento que ella considere que puede hacerlo.

Las recomendaciones de Saunders (2000) para realizar la detección de rutina son:

Todas las mujeres embarazadas, independientemente de su edad, deben ser preguntadas de forma rutinaria en cada visita prenatal y en las visitas a los servicios de urgencias.

Las mujeres embarazadas en las relaciones lésbicas deben ser preguntadas por la violencia doméstica.

Las preguntas se deben hacer en atención primaria, en caso de que la mujer no conozca el idioma deberá realizarse con un intérprete pero nunca con un familiar o amigo.

Todas las mujeres embarazadas deben ser preguntadas sobre sus antecedentes de violencia.

Las preguntas deben hacerse cara a cara, cuando la mujer esté sola, en privado y manteniendo la confidencialidad.

Las preguntas se deben realizar directamente, al mismo tiempo que se realiza el reconocimiento u otras preguntas de tipo social.

Los sanitarios de los servicios de traumatología deben mantener una comunicación activa con sus pacientes y tener presente la violencia.

La experiencia demuestra que la identificación de las mujeres que sufren violencia es solo útil si se puede prestar el apoyo apropiado y/o reenviar a la víctima a los servicios oportunos. No basta con que los profesionales sanitarios muestren sensibilidad para con el problema, también deben saber cómo afrontarlo (OMS, 2005a).

Para realizar el cribado debemos tener en cuenta varios elementos:

**La formación.** El sanitario que realiza el cribado debe estar formado para no cometer errores a la hora de abordar las preguntas. Esta formación específica debe servir para reconocer los casos de violencia y poder dar a la mujer la atención y el apoyo necesarios (OMS, 2005a). También tiene que ser continuada para tener un “efecto de entrenamiento” y en acuerdo con los diferentes organismos que trabajan con estas mujeres (Lazenbatt, 2010).

**La privacidad.** Se debe realizar en completo anonimato, no debe quedar traza de las preguntas que hayamos realizado, la mujer debe estar sola, sin ningún acompañante, familiar ni amigos. Para las mujeres es vital (Bacchus, Mezey y Bewley, 2002).

**Su seguridad.** Una vez que se haya identificado a una mujer que sufre violencia, ante todo, debemos velar por su seguridad, manteniendo en todo momento su autonomía.

**Información.** La matrona, médico o enfermera que haya identificado a la mujer debe ser capaz de proporcionarle la información necesaria para poder afrontar mejor su situación. Debemos proporcionarle los recursos disponibles, posibilidades de apoyo si desea salir de su situación de violencia, así como información acerca de los riesgos a los que podría enfrentarse. Es importante disponer de carteles, folletos, etc., que se puedan distribuir entre las mujeres (Perttu y Kaselitz, 2010).

### ***En contra del cribado sistemático***

Hay otros autores que, aun reconociendo que sería importante identificar a las mujeres que sufren violencia durante el embarazo, no recomiendan el cribado sistemático porque no hay suficiente evidencia para realizarlo, a pesar de que la violencia doméstica “es un problema importante con consecuencias para la salud de las mujeres”, ya que no existe evidencia de los beneficios de intervenciones específicas (Ramsay, Carter, Davidson y cols., 2002). Por tanto, recomiendan realizar evaluaciones específicas de las intervenciones que se realicen y de los daños que puedan sufrir las mujeres ya que actualmente son insuficientes (Ramsay, Richardson, Carter y cols., 2002).

Asimismo, tampoco recomiendan el cribado sistemático en el embarazo y fuera de él, sin embargo consideran que los servicios de salud deberían estar alerta a los signos y síntomas potenciales que sufren las mujeres en violencia para preguntar si están expuestas y realizar una evaluación (Wathen y MacMillan, 2003) o preguntar solo cuando hay signos físicos de la violencia pero no si son psicológicos (Roelens, Verstraelen y Temmerman, 2009). Los sanitarios consideran que el embarazo no es el momento adecuado para preguntar (Furniss, McCaffrey, Parnell y cols., 2007) o que si se les pregunta las mujeres se pueden ofender (Roelens Verstraelen y Temmerman, 2009).

Otro motivo para no realizar el cribado sistemático, además de por no tener suficiente evidencia, es por los recursos que serían necesarios para llevar a cabo el cribado y hacer frente a la cantidad de mujeres que pudiéramos identificar (Macmillan, Wathen, Jamieson y cols., 2009).

Unas autoras españolas (Escribá-Agüir, Ruiz-Pérez y Saurel-Cubizolles, 2007) identifican los supuestos para llevar a cabo un cribado sistemático y universal: “la existencia de una prueba con una buena sensibilidad y especificidad, una alta incidencia del problema, debería existir la posibilidad de una intervención adecuada y medidas de apoyo para permitir una reducción de la violencia doméstica, así como sus consecuencias en la salud, y disponer de una herramienta que, utilizada para el diagnóstico, debería ser aceptable por la población a quien va dirigida y por los



profesionales que la aplican”. Supuestos que, según estas autoras, al no encontrarlos en la actualidad en nuestro medio, no nos permiten realizar un cribado sistemático.

**Barreras para el cribado.** La experiencia demuestra que la identificación solo es útil si se puede prestar apoyo adecuado y/o reenviar a las víctimas a los servicios correspondientes. No es suficiente con mostrar sensibilidad al problema, también debe saber el profesional cómo afrontarlo. Los profesionales que se ocupan de las mujeres alrededor del embarazo deben recibir una capacitación específica para reconocer la violencia y saber cómo afrontar ante un caso detectado (OMS, 2005a). Las barreras se han clasificado de diferentes formas, así en el estudio de McCosker-Howard, Kain, Anderson y cols., (2005) las clasificaron como intrínsecas (intrapersonales y de percepción) y extrínsecas (interpersonales, de infraestructuras y de organización).

Nosotros estas barreras las hemos clasificado como profesionales y estructurales.

### **Profesionales**

- No conoce los recursos. No conocer los recursos disponibles ni cómo aplicarlos de forma individual a cada paciente (Lyon y Reeve, 1999).

- Falta de competencia, conocimientos o habilidades sobre los recursos disponibles y la imposibilidad de “arreglar” el problema son barreras importantes a la hora de aplicar la detección de la violencia en los lugares de trabajo (Furniss, McCaffrey, Parnell y cols., 2007; Lazenbatt, Taylor y Cree, 2009; Jackson y Frase, 2009). Además, los que han recibido algún tipo de formación expresan su preocupación por la propia capacidad de evaluar correctamente a las mujeres que sufren violencia (Jasinski, 2004; Bacchus y cols., 2002; Mezey, Bacchus, Haworth y cols., 2003) y una falta de confianza en el tratamiento que pueden proporcionar a las mujeres (Lazenbatt, Thompson-Cree y McMurray 2005). Profesionales como las matronas, que dicen mayoritariamente (92%) que tienen un rol importante en esta materia, solo un 28% ha preguntado a la mujer si sufre violencia y el 13% lo ha hecho de forma directa (Lazenbatt, 2010). También, a pesar de decir que están motivadas para realizar la pregunta, solo lo hacen a un 50% de las mujeres que acuden a una clínica de aborto (Wiebe y Janssen, 2001). En varios trabajos, se encuentran diferencias entre la formación de matronas hospitalarias y matronas comunitarias, siendo estas segundas las que han recibido más formación, se

sienten más preparadas y con más tiempo para abordar el problema con las mujeres y se consideran mejor preparadas para mantener la confidencialidad (Wiebe y Janssen, 2001; Lazenbatt, Taylor y Cree, 2009). También, las matronas comunitarias se sienten más preparadas que las hospitalarias para abordar la violencia sexual (Jackson y Fraser, 2009).

- Falta de tiempo para preguntar. Si hay que hacer una entrevista directa, necesitaremos más tiempo en nuestro encuentro con la mujer, así como si nos dice que sí sufre violencia (Furniss, McCaffrey, Parnell y cols., 2007; Lyon y Reeve, 1999). Podemos ayudarnos con folletos y otros recursos, además muchos centros de salud disponen de trabajadoras sociales y otros profesionales a los que se puede acceder (Baty, 2010).

- La intervención no va a cambiar el comportamiento. Es una percepción de los sanitarios que, una vez identificada la mujer que sufre violencia, su intervención no va a cambiar el comportamiento de la mujer, ella volverá con su maltratador y los sanitarios se desaniman, lo perciben como una pérdida de tiempo (Lyon y Reeve, 1999). O consideran que su actuación es poco eficaz, debido a las barreras que se encuentra (McCostker-Howard, Kain, Anderson y cols., 2005).

**Estructurales.** Las razones que esgrime son que:

- Los espacios no son adecuados, no se puede mantener la privacidad, siempre hay alguien alrededor, sobre todo en los hospitales universitarios (Nelson, Nygren, McInterney y cols., 2004), y que la pareja está siempre presente durante la consulta (Stensson y Sidenvall, 2005).

- Los centros sanitarios, hospitales o centros de salud, no disponen de guías específicas, o protocolos de seguimiento (Nelson, Nygren, McInterney y cols., 2004). Es importante la elaboración de planes de acción para todo el personal de salud que trabaja en el control de embarazo así como formación continuada (Finnbogadóttir y Dykes, 2012).

- La formación que reciben los profesionales en diferentes ámbitos no es la adecuada para dar una respuesta al problema de la violencia o es corta para mantener un adecuado nivel de conocimientos y habilidades (Wathen, Tanaka, Catallo y cols.,

2009). Además, se necesitaría un sistema de apoyo a las matronas que trabajan este tema (Protheroe, Green, Spiby, 2004; Stensson y Sidenvall, 2005).

- Problemas relacionados con la comunicación y la cultura. Podemos encontrarlos con mujeres que no comprenden la lengua o con barreras culturales (Protheroe, Green, Spiby y cols., 2004; Jeanjot, Barlow y Rozenberg, 2008).

**¿Qué dicen las mujeres?** Las mujeres también pueden tener barreras para hablar de la violencia que sufren: la falta de reconocimiento de la violencia, baja autoestima, miedo y, al mismo tiempo, deseos de proteger al maltratador, miedo por los niños, etc., (Petersen, Moracco, Goldstein y cols., 2005). Pueden sentir vergüenza y considerar que el profesional de salud no será capaz de ayudarlo (Bacchus, Mezey y Bewley, 2002).

Las mujeres están de acuerdo, en un 85%, en que se les pregunte durante el embarazo sobre si sufren violencia o no, solo el 3% lo consideran inaceptable (Stenson, Saarinen, Heimer y cols., 2001). Otras investigaciones encuentran hasta un 99% y creen que la matrona es el profesional más adecuado para preguntarles sobre la violencia durante el embarazo (Bacchus, Mezey y Bewley, 2002; Lazenbatt, 2010).

Incluso las parteras tradicionales en países donde las mujeres no son atendidas por profesionales cualificados (Valdez-Santiago, Arenas-Monreal, Hernández-Tezoquipa, 2004).

**¿Qué hacer si una mujer dice sí?** Los profesionales raramente preguntan a las mujeres si han sido maltratadas, aun cuando haya signos obvios de violencia. Con frecuencia, los servicios de salud, aunque hayan dado directrices en cuanto a preguntar sobre la violencia, no controlan si se cumple (Heise, Ellsberg y Gottemoeller, 1999). En muchas ocasiones, los profesionales no saben qué responder si la mujer responde que sí sufre violencia (Furniss, McCaffrey, Parnell y cols., 2007).

En primer lugar, los profesionales tienen que ayudar a la mujer a determinar el riesgo potencial de muerte u homicidio por medio de una escala (Shadigian y Bauer, 2004).

Si los profesionales preguntan tienen que saber dar una respuesta adecuada y referir a las mujeres a los servicios existentes en la comunidad con intervenciones

específicas, pero preservando siempre su integridad y seguridad (Macmillan, Wathen, Jamieson y cols., 2009).

Apoyar y asesorar a la mujer en la toma de decisiones.

Documentar el impacto de la violencia y dejarlo registrado en la historia clínica. Esta valoración se debe hacer de forma completa, rigurosa y científica (Castellano Arroyo, Lachica López, Molina Rodríguez y cols., 2004).

Una intervención multidisciplinar así como la utilización de técnicas de diagnóstico modernas, pueden permitir un diagnóstico y tratamiento oportuno, ayudar a la protección de la mujer y a identificar al agresor (Puentes, Ribeiro, Jardim y cols., 2011). Además, la detección de casos de violencia y la evaluación del riesgo parece ser fundamental para disminuir los casos de violencia más graves, como son los asesinatos (Pereira, Vieira, Magalhães, 2013).

Ante la identificación de una mujer, es posible sentirse abrumada por el problema con el que nos encontramos y sus posibles consecuencias. Debemos pensar en lo que podemos hacer, aunque sean pequeñas cosas como escuchar, apoyar, dar información y no pensar en lo que no podemos hacer (Bewley, 2011).

Debido a la complejidad de la situación de sufrir violencia durante el embarazo, los profesionales tienen que abordar la atención prenatal desde la perspectiva de las mujeres embarazadas (Edin, Dahlgren, Lalos y cols., 2010).

Otros autores proponen ofrecer grupos de apoyo en los propios servicios de salud (Macy, Martin, Kupper y cols., 2007).

Realizar el parte de lesiones correspondiente es obligatorio en nuestra Comunidad Autónoma. Además, en caso de violencia de género, la comunicación al Juzgado de Guardia correspondiente debe ser inmediata. Según normativa de la Junta de Andalucía (Decreto 3/2011 de 11 de enero, por el que se crea y regula el modelo de parte al Juzgado de Guardia para la comunicación de asistencia sanitaria por lesiones).

## **2. JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS**



## 2.1. Justificación

La violencia ejercida por la pareja durante el embarazo es un gran problema de salud pública en nuestra sociedad, esta violencia puede aparecer durante el embarazo o persistir en este periodo si ya existía previamente. La particularidad de la violencia de pareja durante este periodo es que afecta a la mujer embarazada pero puede tener consecuencias en el bebé que espera, ya sea de forma directa, por los golpes que la mujer pueda recibir durante este periodo, o indirectas debido a los efectos en el feto que puedan tener los problemas de salud de la madre como consecuencia de los golpes que reciba, el estrés causado por el maltrato o algunos comportamientos poco saludables de la mujer debido al maltrato.

Hay una ausencia de datos en España y en Andalucía sobre la violencia durante el embarazo. Los últimos años, se han realizado estudios de prevalencia sobre la violencia que sufren las mujeres en varios entornos en nuestro país pero no de forma específica la violencia durante el embarazo. Tampoco existen estudios de este tipo en Andalucía. En el año 2007, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud dentro de los indicadores comunes para la vigilancia epidemiológica de la violencia de género, aprobó un indicador denominado como “Casos detectados en mujeres embarazadas”, sin embargo, a día de hoy, seguimos sin tener datos reales en nuestro país durante este periodo.

Creemos que este estudio se justifica ante la falta de datos relacionados con la violencia que sufren las mujeres durante el embarazo en nuestro país y la amplitud e importancia del problema en los países de nuestro entorno donde se ha estudiado. Una vez que conozcamos la amplitud del problema podría ayudarnos a estimular la puesta en marcha de actividades en los programas de control de embarazo, parto y puerperio, ya recomendados por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, para poder identificar, tratar y prevenir la violencia que sufren las mujeres durante todo el proceso. Las mujeres tienen un contacto estrecho y frecuente con los servicios de salud durante este periodo e iniciar actividades de cribado no supondría una carga ni para los servicios ni para el personal. Aunque sí sería imprescindible la formación del personal encargado de las actividades del control de embarazo.

## 2.2. Objetivos

### General

- Determinar la prevalencia y tipo de violencia de género que sufren las mujeres durante el embarazo, y las variables asociadas a la misma, en las mujeres que dan a luz en los hospitales públicos de Andalucía.

### Específicos

Los objetivos específicos en nuestra investigación tratarán de:

- Determinar el perfil de las mujeres que participaron en nuestro estudio y comparar con las mujeres que dieron a luz en hospitales públicos de Andalucía.
- Detectar la prevalencia de los diferentes tipos de violencia que sufren las mujeres durante el embarazo.
- Identificar el perfil sociodemográfico de las mujeres entrevistadas y ver si existían diferencias entre las mujeres que sufrían violencia y las que no.
- Identificar el entorno familiar, el perfil obstétrico y los hábitos tóxicos entre las mujeres que sufrían violencia y las que no.
- Analizar el deseo del embarazo y su relación con las variables sociodemográficas y los diferentes modelos de violencia analizados.
- Analizar patologías durante el embarazo y su relación con los modelos de violencia analizados, las variables sociodemográficas y entorno familiar.
- Analizar el control de embarazo y su relación con los modelos de violencia analizados, las variables sociodemográficas, entorno familiar y el deseo de embarazo.
- Analizar los resultados del parto y del recién nacido y su relación con los diferentes modelos de violencia analizados y variables sociodemográficas, entorno familiar, así como las distintas variables que podrían estar relacionadas.



### **3. METODOLOGÍA**



### **3.1. Diseño del estudio**

En esta tesis, hemos empleado un enfoque cuantitativo para estudiar las múltiples dimensiones de la violencia. Hemos diseñado un estudio transversal, observacional descriptivo y observacional analítico de cohortes.

#### **3.1.1. Tipo de muestra**

##### **3.1.1.1. Población de estudio**

La población de estudio son mujeres que han dado a luz en hospitales públicos de Andalucía desde febrero a junio de 2010. Para diseñar el estudio estadístico hemos tenido en cuenta los siguientes factores:

- Incluir los hospitales públicos y de gestión pública de todas las provincias de la comunidad autónoma.

- Contrastar los diferentes tipos de hospital. Los hospitales pertenecientes al Servicio Andaluz de Salud son clasificados en: regionales, de especialidades y comarcales.

- El número de partos en cada tipo de hospital. Nos hemos basado en el año 2009 ya que es el año que hemos encontrado los datos más completos<sup>10</sup>.

Partiendo de los datos de 2009, encontramos que existían 5 hospitales regionales, 10 hospitales de especialidades, 13 comarcales y 3 de gestión pública. En la tabla 3.1. quedan reflejados el tipo de hospital por provincia y el número de partos en cada hospital.

---

<sup>10</sup> Comunicación telefónica del Servicio de Producto Sanitario, Subdirección de Análisis y Control Interno del Servicio Andaluz de Salud

Tabla 3.1. Nombres, tipo de hospitales de Andalucía del Servicio Andaluz de Salud, por provincia y número de partos en 2009

Hospital	Tipo de Hospital	Nº partos 2009
<b>ALMERÍA</b>		
Torrecárdenas	Especialidades	3.506
La Inmaculada, Huércal-Overa	Comarcal	1.334
Poniente, El Ejido	Empresa Pública	2.466
<b>JAÉN</b>		
Complejo Hospitalario Jaén	Especialidades	2.704
San Agustín, Linares	Comarcal	1.345
San Juan de la Cruz, Úbeda	Comarcal	1.430
Andújar	Empresa Pública	613
<b>GRANADA</b>		
Virgen de las Nieves	Regional	3.983
San Cecilio	Especialidades	2.868
General de Baza	Comarcal	629
Santa Ana, Motril	Comarcal	1.372
<b>CÁDIZ</b>		
Puerta del Mar	Especialidades	2.365
Puerto Real	Especialidades	2.153
Jerez	Especialidades	3.485
Campo de Gibraltar	Especialidades	2.661
<b>CÓRDOBA</b>		
Reina Sofía	Regional	4.171
Los Pedroches, Pozoblanco	Comarcal	567
Infanta Margarita, Cabra	Comarcal	1.278
<b>HUELVA</b>		
Juan Ramón Jiménez	Especialidades	2.994
Infanta Elena	Comarcal	1.916
Riotinto	Comarcal	561
<b>MÁLAGA</b>		
Virgen de la Victoria	Especialidades	1.660
General, Carlos Haya	Regional	6.495
Axarquía, Vélez Málaga	Comarcal	1.258
Serranía, Ronda	Comarcal	765
Antequera	Comarcal	1.037
Costa del Sol, Marbella	Empresa Pública	3.359
<b>SEVILLA</b>		
Virgen del Rocío	Regional	8.598
Virgen de Valme	Especialidades	3.688
Virgen Macarena	Regional	3.830
La Merced, Osuna	Comarcal	1.245
<b>TOTAL</b>		<b>76.336</b>

Elaboración propia a partir de los datos obtenidos para el año 2009 del Servicio de Producto Sanitario, Subdirección de Análisis y Control Interno del Servicio Andaluz de Salud. Junta de Andalucía.

### 3.1.1.2. Muestreo y muestra

Para el cálculo del tamaño de la muestra hemos partido de las siguientes hipótesis:

1º) Hemos supuesto que la prevalencia de malos tratos en esa población sería en torno al 7.5%. Según la bibliografía consultada, el maltrato durante el embarazo se encuentra entre un 4% y un 8% en poblaciones similares a la nuestra (ACOG/CDC, 2000).

2º) La precisión que deseamos tener en una estimación de ella es de un 2.5%.

3º) El nivel de seguridad es del 99%.

4º) Como la muestra fue escogida por hospitales, hemos supuesto que habría un coeficiente de correlación intraclase para el hospital, en el caso de los malos tratos de un 5%.

El tipo de muestreo utilizado es el muestreo por conglomerados, considerando los conglomerados los hospitales andaluces, y agrupados según tipo de hospital: regional, de especialidades y comarcal; todos ellos gestionados por el Servicio Andaluz de Salud de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía y los de Gestión Pública. La elección de los hospitales donde hemos recogido los datos se realizó de forma aleatoria.

En esas condiciones y atendiendo al efecto del diseño se ha obtenido una muestra representativa de 750 mujeres que fueron distribuidas por hospitales en muestras de 50 mujeres por cada uno de ellos. Se ha impuesto de antemano una restricción en el número de mujeres que se analizarían en cada hospital, que serán 50, con objeto de que la carga de trabajo para las matronas de cada hospital no fuera demasiado grande. Esto hizo un total de 15 hospitales, que son escogidos de manera que la muestra sea proporcional a la distribución poblacional de los partos según los tipos de hospital (Tabla 3.2.).

Tipo de hospital	nº total hospitales	% partos	nº de partos 2009	tamaño muestra	nº de hospitales analizados
Regional	5	35.47	27.077	250	5
Especialiades	10	36.79	28.084	300	6
Comarcal	13	19.31	14.737	150	3
Gestión Pública	3	8.43	6.438	50	1
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100</b>	<b>76.336</b>	<b>750</b>	<b>15</b>

Así si pretendemos (Tabla 3.2.) que el 35.47% de los partos de la muestra provengan de hospitales regionales, esto nos obliga a tomar todos los hospitales regionales (5) y una muestra de 250 mujeres. Siguiendo la distribución poblacional de los partos, incluimos 6 hospitales de especialidades y una muestra de 300 mujeres, 3 comarcales con una muestra de 150 y 1 hospital de empresa pública con una muestra de 50 mujeres.

Se seleccionaron al azar 15 hospitales atendiendo a las características que debían tener: 6 de especialidades, 3 comarcales, los 5 regionales y 1 de empresas públicas.

Tabla 3.3. Hospitales seleccionados para participar en la investigación

Tipo de hospital	Nombre y ciudad
<b>Regional</b>	General. Málaga
	Reina Sofía. Córdoba
	Virgen Macarena. Sevilla
	Virgen de las Nieves. Granada
	Virgen del Rocío. Sevilla
<b>Especialidades</b>	Virgen de Valme. Sevilla
	Torrecárdenas. Almería
	Punta Europa. Algeciras. Cádiz
	Puerto Real. Cádiz
	Jerez de la Frontera. Cádiz
<b>Comarcal</b>	Complejo Hospitalario de Jaén
	Baza. Granada
	Axarquía. Málaga
<b>Empresa Pública</b>	Infanta Elena. Huelva
	Costa del Sol. Marbella. Málaga

Se envió el protocolo de investigación a los comités de Ética e Investigación de los 15 hospitales para solicitar su adhesión al estudio. Todos aceptaron el estudio, excepto 2: los Hospitales Universitario San Cecilio de Granada y Poniente de El Ejido (Almería). Por tanto, fueron seleccionados los siguientes de la lista aleatoria, según su tipo de hospital: el Complejo Hospitalario de Jaén y el Costa del Sol de Marbella, respectivamente.

Finalmente, los hospitales que han participado en la investigación, según el tipo de hospital al que pertenecen y la ciudad donde se encuentran, han sido los que aparecen en la

tabla 3.3.

Los datos fueron recogidos en todos los hospitales que participaban en el estudio, excepto en el hospital Costa del Sol de Marbella. No nos han enviado los resultados a

pesar de habernos dicho la persona que recogía los datos que sí lo estaban haciendo. Al ser muy tarde para poder recogerlos en el único hospital que nos quedaba de empresa pública, el de Andújar, hemos debido prescindir de este tipo de hospital.

Otra incidencia fue que en el hospital de Jerez se recogieron los datos de forma incompleta: no han recogido para ninguna mujer el cuestionario ISA. Decidimos solicitar permiso en un nuevo hospital de su misma categoría (Regional), para recoger datos de 50 mujeres más. Aunque el Hospital Universitario San Cecilio de Granada nos había dicho que no inicialmente, volvimos a solicitar al comité de Ética de dicho hospital y esta vez nos dijo que sí podíamos recoger los datos.

### **3.1.1.3. Sujetos de estudio**

Los sujetos de estudio son las mujeres que ingresan en el servicio de obstetricia por pródromos de parto o parto en curso, amenaza de parto prematuro, metrorragia en el tercer trimestre, y que finalizan en parto en el periodo de estudio.

El lugar en el que se van a captar las mujeres es el hospital. La selección de las mujeres para formar parte de la muestra se ha realizado según el siguiente procedimiento:

En primer lugar, la colaboradora matrona en cada hospital, según el número de partos, considera el número de mujeres que puede estudiar cada día.

Elegido ese número, se dispondrá del listado de mujeres que dieron a luz en el día que se va a muestrear, de manera que entre ellas se elegirán al azar, utilizando una tabla de números aleatorios, el número de mujeres que se haya decidido muestrear ese día.

La muestra se tomará en una serie de días consecutivos, hasta conseguir las 50, teniendo precaución de que no haya días de hueco.

En caso de negación a participar en el estudio o no poder localizar a las mujeres seleccionadas un día, se seleccionará el día siguiente ese número, además de las mujeres que no pudimos hacer el día precedente, o bien seleccionamos mujeres un día más.

#### **3.1.1.4. Criterios de inclusión**

Los criterios de inclusión que nos planteamos en este trabajo son: Mujer puérpera ingresada en el servicio de obstetricia de los hospitales seleccionados que acepta participar en el estudio y firma el consentimiento informado (Anexo 1).

#### **3.1.1.5. Criterios de exclusión**

Los criterios de exclusión tenidos en cuenta son: mujer que finaliza su parto con un feto muerto; mujer puérpera que no entiende el castellano y mujer puérpera que presenta algún tipo de enfermedad o minusvalía que le impide aportar la información para el estudio.

### **3.1.2. Instrumentos de recogida de datos**

La recogida de datos la realizamos con varios instrumentos:

Cuestionario de elaboración propia para recoger los datos sociodemográficos y perinatales.

Instrumentos para valorar si la mujer sufre violencia o no. Utilizamos dos cuestionarios, Abuse Assessment Screen (AAS) y el Index of Spouse Abuse (ISA).

Otros dos instrumentos para recoger datos de la persona que ejerce la violencia (elaboración propia) y para evaluar si la mujer está en peligro y en qué grado Danger Assessment (DA).

#### **3.1.2.1. Cuestionario sociodemográfico – perinatal**

Elaboramos un cuestionario sociodemográfico que preguntamos a la mujer. Aunque en un principio pensamos en recoger algunos de los datos de la historia clínica o del documento de salud de la embarazada, no lo hicimos para preservar lo más posible la confidencialidad de la mujer. El cuestionario está formado por 42 ítems (Tabla 3.4. y Anexo 2).

Consta de varias partes:



- Datos sociodemográficos de la mujer. Incluimos las variables: edad, estado civil, lugar de residencia, nivel de estudios, tipo de trabajo y nacionalidad.
- Consumo de sustancias tóxicas. Hemos recogido información sobre tabaco, alcohol y otras drogas ilegales como hachís, cocaína, etc.
- Relaciones de pareja y familiares. Preguntamos con quién convive y desde hace cuánto tiempo mantiene esta relación, si tiene hijos y si son de la actual pareja o de otra, así como si en caso de necesidad tiene alguna persona a quién poder acudir.
- Datos de salud (características perinatales). En este apartado, diferenciamos entre el embarazo y el parto actual, así como los datos del recién nacido.
- Embarazo actual. Recogemos los siguientes datos: embarazo deseado o no, así como el número de hijos y abortos anteriores. Si ha tenido algún tipo de patología durante el embarazo, el control de embarazo, número de visitas e ingresos hospitalarios, así como el consumo de medicamentos.
- Parto actual y recién nacido. Recogemos los datos sobre la duración y el tipo de parto, si ha sido provocado o no, así como su finalización. Del recién nacido recogemos el sexo, el peso, el test de Apgar, el lugar que ocupa este hijo, así como los cuidados inmediatos que se realizan, si ha necesitado reanimación, si se ha realizado el contacto piel con piel y la lactancia materna precoz.
- Observaciones: Hemos realizado unas anotaciones para la pregunta número 10 sobre el consumo de alcohol y hemos dejado un espacio para que las matronas que recogieron los datos anoten posibles observaciones que aparezcan en el momento de la entrevista.

Tabla 3.4. Instrumento: Socio demográfico - perinatal

Nº	DATOS SOCIO DEMOGRÁFICOS DE LA MUJER	Valor
1	<b>Edad</b>	
2	<b>Estado civil</b> 1. Casada 2. Viuda 3. Unión de hecho 4. Soltera 5. Divorciada 6. Otra (especificar)	
3	<b>Nivel de estudios</b> 1. No sabe leer ni escribir 2. Estudios primarios incompletos 3. EGB o bachiller elemental 4. FP1 o equivalente 5. FP 2 o equivalente 6. Estudios universitarios 3 a 4 años 7. Estudios universitarios 5 a 6 años	
4	<b>Lugar de residencia</b> 1. Menos de 2.000 habitantes 2. De 2.000 a 10.000 habitantes 3. De 10.001 a 50.000 habitantes 4. De 50.001 a 200.000 habitantes 5. Mas de 200.000 habitantes	
5	<b>Tipo de trabajo</b> 1. Autónoma 2. Administración pública 3. Fuerzas armadas 4. Empresa privada (fija) 5. Empresa privada (eventual) 6. Parada y buscando trabajo 7. Parada y no busca trabajo 8. Estudiante 9. Ama de casa 10. Jubilada o incapacitada	
7	<b>Nacionalidad</b> 1. Española 2. Marroquí 3. Rumana 4. Ecuatoriana 5. Otra (especificar)	
8	<b>Si extranjera, tiempo de residencia en España (en meses)</b>	
<b>CONSUMO DE SUSTANCIAS TÓXICAS</b>		
9	<b>Fuma</b> 0. Nunca 1. Sí, pero dejó de fumar. (Especificar tiempo en meses y cigarrillos que fumaba) ----- 2. NO durante el embarazo 3. Sí durante el embarazo (especificar cuantos cigarrillos al día)	
10	<b>Bebe</b> 0. Nunca 1. Sí, antes del embarazo (especificar tipo y cantidad) ¿Qué tipo de bebida toma con las comidas? Comida: Cena: Entre comidas: Fin de semana ----- 2. NO durante el embarazo 3. Sí, durante el embarazo (especificar tipo y cantidad) ¿Qué tipo de bebida toma con las comidas? Comida: Cena: Entre comidas: Fin de semana	
11	<b>Consumo de otras drogas ilegales (cannabis, heroína, crack, cocaína,....)</b> 0. Nunca 1. Alguna vez en su vida 2. Si, antes del embarazo (especificar tipo y frecuencia) ----- 3. NO durante el embarazo 4. Sí, durante el embarazo (especificar tipo y frecuencia)	
<b>RELACIONES DE PAREJA Y FAMILIARES</b>		
12	<b>Convivencia</b> 1. Con su pareja 2. Sola 3. Con sus padres 4. Otros (especificar)	
13	<b>¿Desde hace cuántos años mantiene esta relación?</b>	
14	<b>Número de hijos de esta pareja. No tener en cuenta el actual</b>	
15	<b>Número de hijos de otra pareja</b>	
16	<b>¿Tiene usted una persona en la que poder confiar y desahogarse cuando tiene problemas o dificultades de cualquier tipo en la vida? 1. Sí 2. NO</b>	

<b>CARACTERÍSTICAS PERINATALES</b>		Valor
<b>EMBARAZO ACTUAL</b>		
17	<b>Embarazo deseado</b> 1. SÍ 2. NO	
18	<b>Número de Embarazos anteriores</b>	
19	<b>Número de Abortos</b>	
20	<b>Patología embarazo actual</b> 0. NO 1. Hipertensión 2. Diabetes 3. Amenaza de Parto Prematuro 4. Otra (especificar) 5. Más de una (especificar)	
21	<b>Infecciones durante el embarazo</b> 0. NO 1. Tracto Urinario 2. ITS 3. EGB 4. Otra (especificar) 5. Más de una (especificar)	
22	<b>Anemia, Si hemoglobina inferior a 11 gr.</b> 1. SÍ 2. NO	
23	<b>Metrorragias</b> 1. SÍ 2. NO	
24	<b>Número de ingresos en el hospital</b>	
25	<b>Número de veces que acude a urgencias</b>	
26	<b>Número de visitas en atención primaria</b>	
27	<b>Número de visitas en atención especializada</b>	
28	<b>Número de consultas a obstetra privado</b>	
29	<b>¿Ha tomado medicamentos durante el embarazo?</b> (No tener en cuenta: Fe, Yodo, Ac. Fólico) 0. NO 1. Ansiolíticos 2. Antidepresivos 3. Tranquilizantes 4. Analgésicos 5. Antibióticos 6. Otros (especificar) 7. Más de uno (especificar)	
<b>PARTO ACTUAL</b>		
30	<b>Tipo de parto</b> 1. Espontáneo 2. Estimulado 3. Inducido 4. Cesárea electiva 1. Eutócico 2. Forceps 3. Espátulas 4. Vacuo 5. Cesárea	
31	<b>Rotura de membranas</b> 1. Anteparto 2. Intraparto espontánea 3. Intraparto artificial	
32	<b>Analgesia epidural</b> 1. SÍ 2. NO	
33	<b>Lugar que ocupa este hijo</b>	
34	<b>Días de gestación</b>	
35	<b>Sexo</b> 1. Mujer 2. Hombre	
36	<b>Peso en gramos</b>	
37	<b>Apgar al minuto</b>	
38	<b>Apgar a los 5 minutos</b>	
39	<b>Reanimación</b> 1. SÍ 2. NO	
40	<b>Contacto piel con piel</b> 1. SÍ 2. NO	
41	<b>Lactancia materna en las 2 horas tras el parto</b> 1. SÍ 2. NO	
42	<b>Bebé sano</b> 1. SÍ 2. NO	

La pregunta 10, se pregunta lo que toma en un día normal con la comida, con la cena o entre comidas. Se anota el tipo (vino, cerveza, copas) y el número de vasos o copas. Se pregunta de forma separada para el fin de semana. En Valor, se anota el número y después se calcularán los gramos de alcohol.

OBERVACIONES:

### 3.1.2.2. “Abuse Assessment Screen” (AAS)

La finalidad de este instrumento es identificar a mujeres víctimas de violencia física y sexual, cuantificar la severidad y la frecuencia del maltrato durante el embarazo así como la persona que ejerce la violencia. Está originalmente diseñado para ser aplicado en los servicios de cuidado prenatal.

Es un instrumento de cribado que ha de ser administrado por el o la profesional de la salud en un contexto privado. Consta de cuatro preguntas y han de ser respondidas con “sí” o “no”. En caso afirmativo, se pregunta por la persona agresora (diferenciando entre el marido, el exmarido, un novio, un extraño, otra persona o agresores múltiples) y por el número de veces que han tenido lugar estas agresiones. Finalmente, se pregunta si siente miedo de su pareja o persona que ejerce la violencia. La respuesta positiva a una de las preguntas indica que la mujer entrevistada podría ser víctima de violencia por parte de su pareja.

Hay estudios que demuestran su utilidad por su alta efectividad, son preguntas cortas y directas, es sencillo de utilizar, se necesita muy poco tiempo, identifica la mujer que sufre malos tratos así como la gravedad de los mismos (físicos). Se debe realizar cara a cara con la mujer en privado (Jasinski, 2004; Nelson, Nygren, McInerney, y cols., 2004).

Este cuestionario ha sido traducido al portugués (Reichenheim, Moraes, Hasselmann, 2000) para ser utilizado en el contexto brasileño y para ser utilizado en Portugal (Rodrigues, Rocha, Barros, 2008). Ha sido adaptado al contexto de la India (Purwar Jeyaseelan, Varhadpande y cols., 1999), China (Tiwari, Fong, Chan, Leung, Parker, Ho, 2007), Canadá (Bourassa y Bérubé, 2007), en Bélgica ha sido traducido al flamenco (Roelens, Verstraelen, Van Egmond y cols., 2008). En un estudio multicéntrico, que se ha realizada en 5 países de América Latina y el Caribe para la Organización Panamericana de la Salud en 2005 dentro de una encuesta mucho más amplia, ha sido adaptado y utilizado para identificar violencia en el momento del parto (Pallitto, 2005).

En la página web de Nursing Network on Violence Against Women Internacional (NNVAW) ([www.nnvaw.org](http://www.nnvaw.org)) está disponible el documento original en inglés y en

español, aunque no tenemos información de que haya sido validado en este idioma y contexto, pero sí se utiliza de forma regular en USA entre la población latina.

También ha sido validado y comparado con otros instrumentos por investigadores independientes (Norton, Peypert, Zierler y cols., 1995; Reichenheim, Moraes, 2004).

Este cuestionario ha sido traducido, adaptado y validado en nuestro contexto cultural por Escribá-Agüir, Royo-Marqués, Mas-Pons y cols. (2008). Estas autoras han añadido un ítem para detectar la violencia psicológica así como la frecuencia de la agresión. Sin embargo, han eliminado la última pregunta sobre si siente miedo de su pareja o persona que ejerce la violencia. Su cuestionario se utiliza para mujeres no embarazadas aunque hay unas cuestiones específicas para mujeres embarazadas (Tabla 3.5. y Anexo 3).

Las modificaciones aportadas por nosotros han sido la pregunta para identificar la violencia emocional y para facilitar la recogida de datos:

En el cuestionario original sí se preguntaba si la agresión había sido durante el embarazo o en el año anterior al embarazo pero en dos preguntas diferentes. Nosotros lo hemos presentado en una sola pregunta “Cuándo ocurre la agresión” ya que nos interesa en qué momento ha ocurrido, si ha sido durante el embarazo o alrededor de este.

Asimismo, hemos puesto la valoración de la severidad en la violencia física que aparecía en el original y no en la propuesta de la investigadora que ha validado el cuestionario en nuestro país.

Para identificar la persona que ejerce la violencia hemos tenido en cuenta: marido o pareja masculina, exmarido o expareja masculina, novio o exnovio u otra persona.

Por otra parte, hemos modificado la presentación del cuestionario para que nos sea más fácil la recogida de datos y su posterior registro en la base de datos (Tabla 3.6. Anexo 4).

## Cuestionario AAS

1. En alguna ocasión, ¿ha sufrido abuso emocional o físico por parte de su marido/pareja o por una persona importante para usted?

NO \_0 → FIN CUESTIONARIO

SI \_1

¿Qué edad tenía usted?		¿Durante cuánto tiempo?	
_____ años		_____ años _____ meses	
¿Quién lo hizo? (ver respuestas posibles) (Ver códigos en lista inferior)			
1	8		
2	9		
3	10		
4	11		
5	12		
6	13		
7	14	(Especificar).....	

2. Durante el último año, ¿le han humillado, insultado, menospreciado, amenazado o causado algún otro daño emocional?

NO \_0

SI \_1

¿Quién lo hizo? (ver respuestas posibles) (Ver códigos en lista inferior)		¿Con qué frecuencia?	
1	8	RARAS VECES <input type="checkbox"/> _1	
2	9	ALGUNAS VECES <input type="checkbox"/> _2	
3	10	FRECUENTEMENTE <input type="checkbox"/> _3	
4	11	MUY FRECUENTEMENTE <input type="checkbox"/> _4	
5	12		
6	13		
7	14	(Especificar).....	

3. Durante el último año, ¿le han golpeado, abofeteado, dado patadas o causado algún otro daño físico?

NO \_0

SI \_1

¿Quién lo hizo? (ver respuestas posibles) (Ver códigos en lista inferior)		¿Cuántas veces?	
1	8	_____	
2	9		
3	10		
4	11		
5	12		
6	13		
7	14	(Especificar).....	

4. Durante el último año, ¿le han forzado a mantener relaciones sexuales?

NO \_0

SI \_1

¿Quién lo hizo? (ver respuestas posibles) (Ver códigos en lista inferior)		¿Cuántas veces?	
1	8	_____	
2	9		
3	10		
4	11		
5	12		
6	13		
7	14	(Especificar).....	

### SÓLO PARA MUJERES EMBARAZADAS

5. Desde que está embarazada, ¿le han humillado, insultado, menospreciado, amenazado o le han causado algún otro daño emocional?

NO \_0

SI \_1

¿Quién lo hizo? (ver respuestas posibles) (Ver códigos en lista inferior)		¿Con qué frecuencia?	
1	8	RARAS VECES <input type="checkbox"/> _1	
2	9	ALGUNAS VECES <input type="checkbox"/> _2	
3	10	FRECUENTEMENTE <input type="checkbox"/> _3	
4	11	MUY FRECUENTEMENTE <input type="checkbox"/> _4	
5	12		
6	13		
7	14	(Especificar).....	

6. Desde que está embarazada, ¿le han golpeado, abofeteado, dado patadas o causado algún otro daño físico?

NO \_0

SI \_1

¿Quién lo hizo? (ver respuestas posibles) (Ver códigos en lista inferior)		¿Cuántas veces?	
1	8	_____	
2	9		
3	10		
4	11		
5	12		
6	13		
7	14	(Especificar).....	

### RESULTADO DEL CRIBADO:

NEGATIVO \_0

\*\*POSITIVO \_1

DUDOSO \_2

— Cumplimentar Informe Médico por Presunta Violencia de Género/Doméstica (Adultos)  
— Entregar el DA

\*\* Se considera un CASO POSITIVO, si responde afirmativamente a algunas de las preguntas de la número 2 a la 6

### Lista de códigos para identificar quién lo hizo

1	Marido/Pareja
2	Exmarido/Expareja
3	Novio
4	Exnovio
5	Padre
6	Madre
7	Suegro
8	Suegra
9	Hijo
10	Hija
11	Hermano
12	Hermana
13	Desconocido
14	Otros (especificar).....

Tabla 3. 6. Cuestionario "AAS" modificado para nuestra investigación

Nº	Cuestionario Violencia y Embarazo	Valor
1.	En alguna ocasión, ¿ha sufrido abuso emocional o físico por parte de su marido/pareja o por una persona importante para usted?	
1.	SÍ	
2.	NO	
2.	En alguna ocasión, ¿le han humillado, insultado, menospreciado, amenazado o le han causado algún otro daño emocional?	
1.	SÍ	
2.	NO	
	Si la respuesta es <b>SÍ</b> :	
¿Quién lo hizo?:	1. Marido/Pareja masculina 2. Exmarido/Expareja masculina 3. Novio	
4.	Exnovio 5. Otro, especificar .....	
¿Cuándo?	1. Durante el embarazo 2. En el último año antes del embarazo.	
3.	Otro, especificar: .....	
¿Con qué frecuencia?	1. Raras veces. 2. Algunas veces. 3. Frecuentemente. 4. Muy frecuentemente	
3.	En alguna ocasión, ¿le han empujado, golpeado, abofeteado, dado patadas, o causado algún daño físico?	
1.	SÍ	
2.	NO	
	Si la respuesta es <b>SÍ</b> :	
¿Quién lo hizo?:	1. Marido/Pareja masculina 2. Exmarido/Expareja masculina 3. Novio	
4.	Exnovio 5. Otro especificar.....	
¿Cuándo?	1. Durante el embarazo. 2. En el último año antes del embarazo.	
3.	Otro, especificar.....	
¿Cuántas veces?	.....	
¿En que parte del cuerpo?	.....	
Severidad	.....	
Valorar severidad	1: Bofetadas, empujones sin heridas ni dolor permanente	
2:	Puñetazos, patadas, magulladuras, heridas o dolor prolongado	
3:	Dar una paliza, contusiones severas, quemaduras, fractura de huesos	
4:	Heridas en la cabeza, lesiones internas, lesiones permanentes	
5:	Uso de armas; heridas con arma	
4.	En alguna ocasión, ¿le han forzado a mantener relaciones sexuales?	
1.	SÍ	
2.	NO	
	Si la respuesta es <b>SÍ</b> :	
¿Quién lo hizo?:	1. Marido/Pareja masculina 2. Exmarido/Expareja masculina 3. Novio	
4.	Exnovio 5. Otro, especificar.....	
¿Cuándo?	1. Durante el embarazo. 2. En el último año antes del embarazo.	
3.	Otro, especificar.....	
¿Cuántas veces?	.....	
5.	Si ha respondido SÍ a una de las 3 preguntas anteriores ¿Tiene usted miedo de su pareja o de alguna de las personas nombrada más arriba?	
1.	SÍ	
2.	NO	
A continuación se rellena el cuestionario ISA. Si responde que SÍ a una de las 3 primeras preguntas, o el cuestionario ISA se identifica que sufre maltrato, rellena las preguntas del cuestionario sobre la persona que ejerce la violencia y el D.A. y proponedle una entrevista en profundidad.		

OBSERVACIONES:

### 3.1.2.3. Index of Spouse Abuse (ISA)

El ISA mide la severidad de la violencia contra la mujer. Este instrumento fue diseñado en Estados Unidos en el año 1981 para utilizarlo en el ámbito de la clínica para evaluar las intervenciones con mujeres maltratadas. Está formado por 30 ítems que pueden ser contestados oralmente o de forma escrita, aproximadamente en 5 minutos. Cada uno de los ítems refleja una conducta de la pareja y la mujer debe indicar la frecuencia de cada una de las conductas en una escala tipo Liker de 1 a 5, siendo: 1 nunca, 2 rara vez, 3 algunas veces, 4 frecuentemente y 5 muy frecuentemente. El ISA ha demostrado ser un instrumento fiable y válido para el estudio y abordaje de la violencia contra la mujer en la pareja en EEUU. Este instrumento ha sido validado en nuestro país (OSM, 2006) (Tabla 3.7. Anexo 5).

De las 30 preguntas, 8 corresponden a violencia física (dos de ellas sexual, la 4 y la 22) y el resto a violencia no física.

Según las recomendaciones de los autores, los ítems deben recibir valores o pesos diferentes, ya que algunos nos indican formas muy graves de violencia, sin embargo otros representan formas menos graves. Así para considerar a una mujer como “maltratada” se consideran unos puntos de corte en cada escala: 25 puntos para la violencia no física y 10 para la violencia física. Si alguna de las respuestas se deja en blanco se computa como 0.

En la presentación del cuestionario, hemos añadido una F (física) y NF (no física) para, al finalizar la contestación del cuestionario, poder valorar si la mujer sufre maltrato o no y realizar el siguiente cuestionario (DA) para evaluar si se encuentra en situación de peligro y recoger los datos de la pareja.



Tabla 3.7. Instrumento: Index of Spouse Abuse (ISA)

Nº	CUESTIONARIO ISA					
LEER a la mujer: "La violencia contra las mujeres es un problema muy extendido en nuestra sociedad. En muchas ocasiones, esa violencia es producida por la propia pareja o esposo de la mujer y, a menudo, ni siquiera ella es consciente de que está sufriendo malos tratos. Este cuestionario está diseñado para conocer si usted ha experimentado maltrato en su relación de pareja <b>en el último año o durante el embarazo</b> y la frecuencia de ese maltrato. No es un examen, por lo que no hay respuestas buenas o malas. Conteste a cada una de las preguntas lo más cuidadosa y correctamente que pueda." Si no convive con su pareja, dejar las preguntas 5 y 14 en blanco. Igualmente, si no tiene hijos, dejar la pregunta 17 en blanco.						

		Nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente
NF	1. Mi pareja me hace sentirme inferior (por ejemplo me dice que no valgo para nada o que no hago nada bien).	1	2	3	4	5
NF	2. Mi pareja me exige obediencia ante sus caprichos.	1	2	3	4	5
NF	3. Mi pareja se enfada y se pone intratable cuando le digo que está bebiendo demasiado.	1	2	3	4	5
F	4. Mi pareja me hace realizar actos sexuales que no me gustan o con los cuales no disfruto.	1	2	3	4	5
NF	5. A mi pareja le molesta mucho que la cena, las tareas de la casa o la colada no estén hechas para cuando él piensa que deberían estarlo.	1	2	3	4	5
NF	6. Mi pareja tiene celos y sospechas de mis amigos u otras personas cercanas (por ejemplo vecinos o compañeros de trabajo).	1	2	3	4	5
F	7. Mi pareja me da puñetazos.	1	2	3	4	5
NF	8. Mi pareja me dice que soy fea y poco atractiva.	1	2	3	4	5
NF	9. Mi pareja me dice que no podría arreglármelas o cuidar de mí misma sin él.	1	2	3	4	5
NF	10. Mi pareja actúa como si yo fuera su criada personal.	1	2	3	4	5
NF	11. Mi pareja me insulta o me avergüenza delante de los demás.	1	2	3	4	5
NF	12. Mi pareja se enfada mucho si no estoy de acuerdo con él.	1	2	3	4	5
F	13. Mi pareja me amenaza con un objeto o arma (por ejemplo un cuchillo).	1	2	3	4	5
NF	14. Mi pareja es tacaña a la hora de darme dinero para los asuntos de la casa.	1	2	3	4	5
NF	15. Mi pareja controla lo que gasto y a menudo se queja de que gasto demasiado (por ejemplo en ropa, teléfono, etc.).	1	2	3	4	5
NF	16. Mi pareja no me valora intelectualmente (por ejemplo me dice que no sé nada, que me calle, que soy tonta, etc.).	1	2	3	4	5
NF	17. Mi pareja exige que me quede en casa cuidando de los niños.	1	2	3	4	5
F	18. Mi pareja me pega tan fuerte que debo buscar asistencia médica.	1	2	3	4	5
NF	19. Mi pareja cree que no debería trabajar o estudiar.	1	2	3	4	5
NF	20. Mi pareja no es una persona amable.	1	2	3	4	5

NF	21. Mi pareja no quiere que me relacione con mis amigas u otras personas cercanas (por ejemplo mi familia, vecinas/os o compañeras/os de trabajo).	1	2	3	4	5
F	22. Mi pareja exige que tengamos relaciones sexuales sin tener en cuenta si yo quiero o no.	1	2	3	4	5
NF	23. Mi pareja me chilla y me grita por cualquier motivo.	1	2	3	4	5
F	24. Mi pareja me da bofetadas en la cara y la cabeza.	1	2	3	4	5
F	25. Mi pareja se pone agresiva conmigo cuando bebe.	1	2	3	4	5
NF	26. Mi pareja es un mandón y me da órdenes constantemente.	1	2	3	4	5
NF	27. Mi pareja no respeta mis sentimientos, decisiones y opiniones.	1	2	3	4	5
NF	28. Mi pareja me asusta y me da miedo.	1	2	3	4	5
NF	29. Mi pareja me trata como si fuera idiota.	1	2	3	4	5
F	30. Mi pareja actúa como si quisiera matarme.	1	2	3	4	5

Maltrato Sí, si Física (F) 10 puntos y No Física (NF) 25 puntos

Observatorio de Salud de la Mujer: Adaptación española de un instrumento de diagnóstico y otro de cribado para detectar la violencia contra la mujer en la pareja desde el ámbito sanitario. Disponible: [www.msssi.gob.es](http://www.msssi.gob.es)

### 3.1.2.4. Cuestionario sobre la persona agresora

En caso de que la mujer responda que “Sí” a alguna de las preguntas del cuestionario de violencia (AAS) o se considera que sufre maltrato al responder al cuestionario ISA, se le preguntan los datos de la persona que ejerce la violencia. Los datos que recogemos son los socio demográficos: edad, estado civil, lugar de residencia, nivel de formación y puesto de trabajo, así como los relativos al consumo de tabaco, alcohol y otras drogas ilegales. Aquí realizamos una pregunta en caso de que consuma alguna de estas drogas para saber si ha aumentado su consumo durante el embarazo (Tabla 3.8. Anexo 6).

Tabla 3.8. Cuestionario persona que ejerce la violencia

Nº	DATOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS DE LA PERSONA QUE EJERCE LA VIOLENCIA	Valor
60	<b>Edad</b>	
61	<b>Estado civil</b> 1. Casado 2. Viudo 3. Unión de hecho 4. Soltero 5. Divorciado 6. Otro (especificar)	
62	<b>Nivel de estudios</b> 1. No sabe leer ni escribir 2. Estudios primarios incompletos 3. EGB o bachiller elemental 4. FP1 o equivalente 5. FP 2 o equivalente 6. Estudios universitarios 3 a 4 años 7. Estudios universitarios 5 a 6 años	
63	<b>Trabajo</b> 1. Autónomo 2. Administración pública 3. Fuerzas armadas 4. Empresa privada (fijo) 5. Empresa privada (eventual) 6. Parado y buscando trabajo 7. Parado y no busca trabajo 8. Estudiante 9. Trabaja en la casa 10. Jubilado o incapacitado	
64	<b>Nacionalidad</b> 1. Española 2. Marroquí 3. Rumana 4. Ecuatoriana 5. Otra (especificar)	
65	<b>Si extranjero, tiempo de residencia en España (en meses)</b>	
<b>CONSUMO DE SUSTANCIAS TÓXICAS</b>		
66	<b>Fuma</b> 0. Nunca 1. Sí, pero dejó de fumar, (especificar tiempo en meses y cuantos cigarrillos al día) Si responde SÍ, ¿ha aumentado su consumo durante el embarazo? 2. SÍ 3. NO	
67	<b>Bebe</b> 0. Nunca 1. SÍ (especificar tipo y cantidad) ¿Qué tipo de bebida toma con las comidas? Comida: _____ Cena: _____ Entre comidas: _____ Fin de semana _____ Si responde SÍ, ¿ha aumentado el consumo durante el embarazo? 2. SÍ 3. NO	
68	<b>Consumo de otras drogas ilegales (cannabis, heroína, crack, cocaína,....)</b> 0. Nunca 1. Alguna vez en su vida 2. SÍ (especificar tipo y cantidad) Si responde SÍ ¿ha aumentado su consumo durante el embarazo? 2. SÍ 3. NO	
<b>OBSERVACIONES:</b>		

### 3.1.2.5. Danger Assessment (DA)

Este cuestionario (Tabla 3.9. y Anexo 7) ha sido validado en nuestro país y su finalidad es poder valorar el nivel de riesgo que puede tener una mujer que sufre violencia (Escribá-Agüir, Royo-Marqués, Mas-Pons y cols., 2008). Está formado por 20 preguntas que la mujer debe responder “Sí” o “No”. Se considera peligro extremo de homicidio o suicidio si se obtiene una puntuación igual o superior a 4 puntos. No obstante, si se obtiene una puntuación inferior a 4, las autoras recomiendan valorar el contenido de las preguntas que ha respondido afirmativamente para guiar las actuaciones posteriores.

Tabla 3.9. Cuestionario: Danger Assessment (DA)

EVALUACIÓN DEL RIESGO (DA)			
Nº	SI	NO	
1. En el último año, ¿ha aumentado la violencia emocional o física en severidad o frecuencia?			
2. ¿Tiene algún arma de fuego?			
3. ¿Está en paro?			
4. ¿Ha amenazado con matarle?			
5. ¿Se ha librado de ser detenido por violencia doméstica?			
6. ¿La ha forzado a mantener relaciones sexuales?			
7. En alguna ocasión, ¿ha intentado estrangularla?			
8. ¿Consume drogas? (como por ejemplo, estimulantes o anfetaminas, speed, polvo de ángel, cocaína, heroína, drogas de diseño o mezclas)			
9. ¿Tiene algún problema con el alcohol o es alcohólico?			
10. ¿Se pone celoso de forma violenta? (por ejemplo, dice “si yo no puedo tenerle, nadie te tendrá”)			
11. ¿Amenaza con hacer daño a sus hijos/as?			
12. ¿Cree que es capaz de matarla?			
13. ¿La persigue o la espía, le deja notas amenazantes o le deja mensajes, rompe sus cosas, o la llama cuando usted no quiere?			
14. En alguna ocasión, ¿ha amenazado o ha intentado suicidarse?			
15. En alguna ocasión, ¿la ha golpeado cuando ha estado embarazada?			
16. En el último año, ¿ha dejado a su pareja o expareja, después de vivir juntos?			NUNCA HE VIVIDO CON ÉL
17. ¿Controla la mayoría o todas sus actividades diarias? (como por ejemplo, le dice con quién puede hacer amistades, cuándo puede ver a su familia, cuánto dinero puede gastar, o cuándo puede coger el coche, etc.)			LO INTENTA PERO NO LE DEJO
18. En alguna ocasión, ¿ha usado algún arma contra usted o la ha amenazado con ella?			
¿Fue con un arma de fuego?			
19. ¿Tiene usted algún hijo/a que no sea de la persona que le está agrediendo?			
20. En alguna ocasión, ¿usted ha amenazado con suicidarse o lo ha intentado?			

PUNTUACIÓN: [ ][ ] (Contar el número de respuestas positivas)

\* Se considera PELIGRO EXTREMO DE HOMICIDIO O SUICIDIO, si se obtiene una puntuación igual o superior a 4 puntos. No obstante, si se obtiene una puntuación inferior a 4, se recomienda valorar el contenido de las preguntas que ha respondido afirmativamente, para guiar las actuaciones.

### 3.1.3. Las variables analizadas

Las características de las variables analizadas se describen a continuación.

#### 3.1.3.1. Sociodemográficas

- La edad.
- El estado civil con las posibilidades: casada, viuda, unión de hecho, soltera, divorciada y otra.
- El nivel de estudios lo hemos valorado en 7 niveles diferentes: No sabe leer ni escribir, estudios primarios completos, EGB o bachiller elemental, FP 1 o equivalente, FP 2 o equivalente, estudios universitarios de 3 a 4 años y estudios universitarios de 5 a 6 años. Los mismos que utiliza la macro encuesta del Instituto de la mujer sobre violencia de género (Ministerio de trabajo. Secretaría igualdad. Instituto de la mujer, 2006).
- El lugar de residencia, hemos utilizado también los intervalos que utiliza la macroencuesta antes mencionada: menos de 2.000 habitantes, de 2.000 a 10.000, de 10.001 a 50.000, de 50.001 a 200.000 y más de 200.000 habitantes.
- El tipo de trabajo. Son 10 las diferentes posibilidades de actividad laboral, las mismas que aparecen en la macroencuesta: Autónoma, administración pública, fuerzas armadas, empresa privada (fija), empresa privada (eventual), parada y buscando trabajo, parada y no busca trabajo, estudiante, ama de casa y jubilada o incapacitada.
- La nacionalidad. Hemos considerado pertinente tener en cuenta la nacionalidad, ya que los últimos años son un número importante de mujeres extranjeras las que sufren violencia. En la macroencuesta del Instituto de la Mujer, la prevalencia de mujeres que sufren maltrato es superior entre las mujeres extranjeras.
- El tiempo de residencia en España. Lo valoramos en meses.

### **3.1.3.2. Consumo de sustancias tóxicas**

Hemos recogido las que aparecen más frecuentemente: tabaco, alcohol y otras drogas ilegales. Para la elaboración de estas preguntas, hemos tenido en cuenta la encuesta nacional del Observatorio Español sobre Drogas (Observatorio español sobre drogas, 2007).

- Tabaco. Valoramos si no ha fumado nunca, si ha fumado pero abandonó, nos interesamos en conocer cuándo dejó de fumar en meses y cuánto fumaba. Si fuma durante el embarazo, en este caso anotamos cuántos cigarrillos fuma al día.

- Consumo de alcohol. Nos interesa saber si nunca ha consumido alcohol, si lo hizo antes del embarazo y si lo hace durante el embarazo. Para conocer si consume alcohol la pregunta la realizamos de forma indirecta, ¿qué tipo de bebida toma con la comida, con la cena o entre comidas durante la semana? y lo mismo para los fines de semana.

- Otras drogas ilegales como cannabis, heroína, crack, cocaína, etc. Preguntamos si no las ha consumido nunca, si lo ha hecho alguna vez en su vida, si lo ha hecho antes del embarazo, y si ha consumido o no durante el embarazo. Especificamos el tipo y la frecuencia.

### **3.1.3.3. Relaciones de pareja y apoyo familiar**

Las variables que hemos tenido en cuenta son:

- Con quién convive y desde hace cuánto tiempo mantiene esta relación,
- El número de hijos y si son de la actual pareja o de otra,
- Si tiene apoyo social. Lo valoramos preguntado ¿Tiene usted una persona en la que poder confiar y desahogarse cuando tiene problemas o dificultades de cualquier tipo en la vida? (OSM, 2006).

### **3.1.3.4. Datos de salud y características perinatales**

En este apartado hacemos la diferencia entre:

**Embarazo actual.** Recogemos los datos de: embarazo deseado o no. El número de hijos y abortos anteriores. Si ha tenido algún tipo de patología como diabetes, hipertensión, amenaza de parto prematuro u otras. Las infecciones durante el embarazo, como urinarias, estreptococo beta agalactiae, infecciones de transmisión sexual y otras. Otros problemas de salud como la metrorragia y la anemia. Además, recogemos los datos de control de embarazo, número de visitas en atención primaria y hospitalaria, ingresos hospitalarios o consultas en urgencias, así como visitas a la consulta de un obstetra privado. El consumo de medicamentos, distintos a los de uso preventivo (ácido fólico y yodo), en el embarazo.

**Parto actual.** Recogemos los datos del parto y el recién nacido. Los datos recogidos relacionados con el parto son: duración y el tipo de parto, tanto el inicio (espontáneo, estimulado, inducido, cesárea electiva) así como su finalización (eutócico, forceps, espátulas, vacuo, cesárea). También cómo ha sido la rotura de la bolsa (espontánea, artificial antes del parto o intraparto). Y si ha habido analgesia epidural o no.

Los datos que recogemos del recién nacido son: el sexo, el peso, el test de Apgar, el lugar que ocupa este hijo, así como los cuidados inmediatos que se realizan (si ha necesitado reanimación, si se ha realizado el contacto piel con piel y la lactancia materna precoz).

Observaciones: Hemos realizado unas anotaciones para la pregunta número 10 sobre consumo de alcohol y hemos dejado un espacio para que las matronas que recojan los datos anoten posibles observaciones que aparezcan en el momento de la entrevista.

### **3.1.3.5. Violencia**

Para valorar la violencia utilizamos dos cuestionarios el AAS y el ISA. Tenemos en cuenta el tipo de violencia, la persona que la ejerce y en qué momento ocurre.

#### **Tipos de violencia:**

Física. Valoramos la gravedad o severidad, la parte del cuerpo donde la ha sufrido así como el número de veces.

Psicológica. En ella tenemos en cuenta con qué frecuencia la ha sufrido: raras veces, algunas veces, frecuentemente y muy frecuentemente.

Sexual. Lo valoramos preguntando si le han forzado a mantener relaciones sexuales o a realizar actos sexuales que no le gustan y el número de veces que ha ocurrido.

**Persona que ejerce la violencia:** Tenemos varias posibilidades: marido/pareja masculina, exmarido/expareja masculina, novio y exnovio. Dejamos la posibilidad de otro por si aparece otra persona que no hayamos tenido en cuenta.

**Momento en que sufre violencia:** las posibilidades son durante el embarazo, un año antes del embarazo y en otro momento.

### **3.1.3.6. Características de la pareja y/o persona que ejerce la violencia**

Tenemos en cuenta algunas variables de identificación socio demográficas (edad, estado civil, nivel de estudios, trabajo, nacionalidad, el tiempo de residencia en España si es extranjero), así como de hábitos tóxicos (consumo de tabaco, alcohol y otras drogas ilegales) y si ha aumentado su consumo durante el embarazo.

### **3.1.3.7. Evaluación del nivel de riesgo**

Se considera peligro extremo de homicidio o suicidio si se obtiene una puntuación igual o superior a 4 puntos en el DA. Si se tiene una puntuación inferior a 4 se recomienda valorar el contenido de las preguntas para guiar posibles actuaciones.



### 3.1.4. Metodología para la recogida de los datos

Ha sido realizada por las matronas de cada hospital entre los meses de febrero y junio de 2010, a lo largo del día en función de la disponibilidad de las mujeres. La secuencia de trabajo fue la siguiente:

1. Una vez seleccionadas las mujeres, la matrona contacta con la mujer en su habitación donde se solicita su colaboración para participar en el estudio. Para identificar a la mujer tenemos escrito en un pos-it su nombre y número de habitación. Como puede haber un acompañante en la habitación le decimos que es para un estudio que se está realizando en Andalucía en temas relacionados con el parto. Si la mujer dice que sí,

2. Acompañamos a la mujer a una habitación elegida previamente donde realizamos la entrevista sin ningún testigo. Le informamos de los objetivos del trabajo y si acepta hacerla, se entrega el consentimiento informado (Anexo 1) y le aseguramos el total anonimato de sus datos. A partir de ese momento y para garantizar la confidencialidad, asignamos un número a la entrevista, sin quedar registrado en ningún lugar ni su número de historia ni su nombre, sólo el número asignado y la firma del consentimiento informado. En ese momento rompemos el post-it donde figuran los datos de la mujer. Se le informa de que en el entorno del hospital, el resto del personal cree que la entrevista es sobre vivencias en el parto. Ella puede dar este tipo de explicación sobre la entrevista realizada, sin riesgos para su seguridad en caso de sufrir maltrato. Si alguna persona entra en la habitación, en el momento de realizar la entrevista, pasamos a hacerle alguna pregunta relacionada con su experiencia en el parto y su recién nacido o dejamos de preguntar (García-Moreno, 2000).

3. Pasamos los cuestionarios. Empezamos con el socio demográfico y perinatal, seguimos con el de violencia (AAS) para finalizar con el ISA.

4. Si identificamos que la mujer sufre maltrato, cumplimentamos los dos cuestionarios restantes (DA y datos de la pareja que ejerce la violencia) y le proponemos una entrevista en profundidad.

El tiempo aproximado es entre 10 a 15 minutos. Si tardamos más es debido a que las mujeres nos hacen preguntas sobre otros temas relacionados con su parto. Si la

mujer sufre maltrato, la duración es mayor debido a la información que le proporcionamos.

### 3.1.5. Estrategia de análisis de los datos

Para conocer las características sociodemográficas, el entorno familiar, los hábitos tóxicos y las particularidades perinatales de las mujeres que colaboraron en nuestro estudio, realizamos un análisis descriptivo para cada una de las variables, atendiendo fundamentalmente a la distribución de las frecuencias y, cuando fue pertinente, medidas básicas de resumen como la media y desviación típica o amplitud de la muestra. En los casos en los que fue necesario, se incluyeron intervalos de confianza para los parámetros de interés, especialmente en el caso de proporciones. El estudio descriptivo también se realizó para conocer el tipo de violencia (medida con el AAS y el ISA) así como el momento en que se produce, la persona que la ejerce y la frecuencia y gravedad de la misma.

Hicimos una estimación puntual y por intervalos de confianza al 95% de la prevalencia de violencia de género, considerando las categorías de la clasificación teórica:

Violencia de género medida con el AAS

- Violencia emocional
- Violencia física
- Violencia sexual
- Violencia global (cualquiera de las tres anteriores)

Que se haya producido durante la adolescencia, en la edad adulta o alrededor del embarazo actual.

Violencia de género medida con el ISA (alrededor del embarazo actual)

- Violencia física
- Violencia no física
- Violencia global (cualquiera de las dos anteriores)

Violencia de género medida con el AAS e ISA (alrededor del embarazo actual)

Para determinar si existe asociación entre las variables de estudio y los diferentes tipos de violencia de género detectada, realizamos un análisis bivalente adecuado al tipo de variables: cuando la variable de respuesta es categórica se utiliza el análisis de la varianza de una vía (previa transformación de la variable de respuesta si es que la heterogeneidad de varianzas así lo exigía) seguido de las comparaciones por parejas usando la penalización de Bonferroni en el caso de que el test global sea significativo; si la variable de respuesta es dicotómica, se hace el análisis con la tabla de contingencia adecuada, en el caso de que la covariable sea también categórica, empleando el test de la chi-cuadrado y, cuando sea numérica, empleamos el test de comparación de medias.

Para controlar de manera simultánea el efecto de todas las variables sobre la variable dependiente, se llevó a cabo un análisis multivariante considerando la variable de respuesta como binaria. Se realizó una regresión logística múltiple empleando las razones del producto cruzado (odds ratio) como medida del efecto de cada variable sobre la variable de respuesta; para estudiar la calidad del ajuste se emplea el test de Hosmer-Lemeshow.

Empleamos el mismo procedimiento para construir el modelo multivariante final, que consiste en lo siguiente: realizar un análisis bivalente en el que se observa el efecto de cada variable, considerada individualmente, sobre la variable de respuesta. Con las variables, que en este modelo son significativas o tienen un nivel de significación por debajo del 0.70, se construye un modelo multivariante, eliminándose las variables que dan claramente no significativas ( $P > 0.35$ ) y, además, que al ser eliminadas, no producían un cambio sustancial en los coeficientes del modelo (no más de un 10%); obteniendo un modelo final. Además de este criterio se incluyen en el modelo las variables por las que se desea controlar. En todos los casos, tras hacer el ajuste del modelo definitivo, se hace un análisis de los residuos para detectar datos extremos o influyentes, es decir, datos en los que el modelo no funcione bien aunque los test globales de bondad de ajuste no lo detecten. En los pocos casos en los que la variable dependiente es cuantitativa, como el peso del recién nacido, el análisis empleado fue una regresión lineal múltiple.

### **3.1.6. Preparación y entrenamiento de los profesionales que recogen los datos**

Para la participación de los diferentes hospitales, se ha contactado con una o dos matronas de cada hospital que deseaban participar en la investigación. Cada matrona que realiza la entrevista ha sido entrenada en los diferentes aspectos necesarios para participar en la recogida de datos. Para ello, se ha realizado una formación de dos días de duración y ha sido acreditada por la Agencia de la Calidad Sanitaria de Andalucía. Consejería de Salud. Junta de Andalucía con 2.36 créditos (Anexo 8).

En esta formación han participado diferentes ponentes: la investigadora, una matrona experta en violencia, una psicóloga del Centro de la Mujer de Córdoba, una policía municipal responsable de la Unidad de Violencia de Género en el Ayuntamiento de Córdoba y una médico forense responsable del programa de violencia del Instituto de Medicina Legal y Forense de Córdoba.

La formación ha girado en torno a 3 ejes:

1. Formación en violencia de género.
2. Entrenamiento en cómo recoger la información y en cómo preguntar.
3. Recursos disponibles en la Comunidad Autónoma y en las diferentes provincias.

Los diferentes temas de la formación han sido impartidos con diferentes metodologías: expositivas, trabajos en grupo, análisis de casos, visionado y discusión de vídeos y películas, etc. (Tabla 3.10.).

Hemos dado mucha importancia a conocer los recursos disponibles, tanto en la comunidad autónoma como en los diferentes municipios de cada provincia: forma de contactar con los Centros Provinciales de la Mujer dependientes del Instituto Andaluz de la Mujer, centros de la mujer de localidades, asociaciones de mujeres, casas de acogida, teléfonos de la policía, teléfono nacional para los malos tratos, así como teléfonos para mujeres con minusvalías.

Tabla 3.10. Programa formativo para matronas

**Programa formativo para matronas participantes en la recogida de datos**

Género y sexo. Equidad y género. Las desigualdades en Salud.

La violencia de género. Marco conceptual, teorías y modelos.

La violencia de género, un problema de salud pública.

La violencia de género, abordaje multidisciplinar.

El sistema público ante la violencia de género:

- Unidad de Violencia de Género de la Policía

- Instituto de Medicina Legal y Forense

- Instituto Andaluz de la Mujer

La violencia de género y la salud sexual y reproductiva.

La violencia de género en el embarazo y parto.

Técnicas de entrevista.

Presentación del proyecto: Estudio multicéntrico en Andalucía para la detección de la violencia de género durante el embarazo.

- Objetivos y metodología.

- Recogida de datos.

Todas las matronas que han participado en la recogida de datos disponían además de un “Manual del investigador” que consta de varias partes:

Resumen del trabajo. Cuestionarios. Consentimiento informado

Cómo recoger los datos

Para iniciar la entrevista: Cómo presentarnos y frases que podemos decir y otras que no debemos decir ante una mujer que sufre violencia

Hoja de resumen de la recogida de datos

Autorización del hospital e informe de la Delegación del Gobierno para la violencia de género

Listado de municipios de la provincia

Direcciones, teléfonos y servicios del Instituto Andaluz de la Mujer especializados en violencia de género

Centros Municipales de información a la mujer de cada provincia

### **3.2. Aspectos éticos de la investigación**

Hemos tenido en cuenta las recomendaciones de la OMS (2001) en este tema, ya que la investigación sobre la violencia contra las mujeres genera retos éticos y metodológicos más importantes de los que pueden plantear otras investigaciones. Estas recomendaciones, que han sido elaboradas para ser usadas en cualquier investigación sobre violencia, se concentran en los aspectos de ética y de seguridad.

Vamos a analizar como hemos abordado estos temas en nuestra investigación:

#### ***La seguridad de las entrevistadas y del equipo investigador***

En el desarrollo de la investigación, se ha garantizado el consentimiento informado de las participantes, la voluntariedad de su participación, se les ha informado de que podían dejar de responder en cualquier momento. Para mayor seguridad, las matronas que recogen los datos, una vez que identifican a la mujer, destruyen delante de la mujer el pos-it, donde tienen su nombre y el número de habitación, de esta forma no pueden identificarla una vez finalizada la entrevista. Solo figurará un número y la firma de la mujer y de la matrona en el consentimiento (Anexo 1). El consentimiento informado será grapado junto con los cuestionarios rellenos. Además, el personal de la planta no conoce el tema de nuestra investigación, únicamente se le comunica a la supervisora de la planta indicándole que ha de mantener la confidencialidad para preservar la integridad de las mujeres en caso de existir violencia. A la mujer se le hace la entrevista en un lugar aislado, no en la habitación, se le dice que si alguien entra en la sala le preguntaremos sobre temas relacionados con su experiencia con el parto y su recién nacido y le recomendamos que, si alguien le preguntara sobre qué ha sido la entrevista, les diga esto mismo. El equipo investigador hace la entrevista siempre en un recinto aislado del posible maltratador y todo el personal solo sabe que la entrevista es sobre las vivencias del parto.

***Proteger la confidencialidad a fin de garantizar tanto la seguridad de las mujeres como la calidad de los datos***

Hemos asegurado la confidencialidad, en primer lugar, se ha insistido en la formación de las entrevistadoras sobre la importancia de este elemento. No se han escrito los nombres en los cuestionarios, en ningún documento, una vez finalizada la entrevista no figura ningún dato personal de la mujer. El único dato de identificación que consta en los registros de la investigación es un número. A la hora de presentar los resultados no se podrá identificar a ninguna mujer ni comunidad, únicamente, de una forma global los hospitales que han participado (el número nos reenvía a un hospital). Se ha informado a las participantes de que la información recogida sólo se va a utilizar por las investigadoras dentro de los fines de la investigación y que, bajo ningún concepto, se pasará información recogida en este estudio a personas ajenas al equipo de investigación.

***Todos los miembros del equipo de investigación deben seleccionarse cuidadosamente y recibir adiestramiento y apoyo continuo especializados***

Todos los miembros de nuestro equipo han sido seleccionados por su interés en el tema y han realizado una formación específica para la realización de la investigación, tanto en cómo realizar las entrevistas, como el tipo de apoyo, según las necesidades que se debe dar a las mujeres. También se les ha proporcionado apoyo a lo largo de la duración de la recogida de datos.

***Las trabajadoras de campo deben recibir adiestramiento para derivar a las mujeres que soliciten asistencia a las fuentes disponibles de apoyo***

Todas las matronas participantes en la recogida de datos estaban preparadas para responder de forma adecuada a las necesidades de las mujeres de forma inmediata en caso de necesitarlo, así mismo, conocían los mecanismos y servicios disponibles en su ciudad o provincia para el seguimiento de estas mujeres. Todas disponían de un listado con los recursos disponibles, teléfonos, direcciones electrónicas, etc., para poderse poner en contacto en caso de necesidad.



## **4. RESULTADOS**



## 4.1. Desarrollo de la recogida de datos

Los datos se han recogido entre los meses de febrero y junio de 2010, resultando 232 días de trabajo de recogida de datos de las matronas, en 15 hospitales. Durante estos días, en todos los hospitales donde se ha llevado a cabo la investigación hubo 1.894 partos. Se han seleccionado al azar 932 mujeres y, finalmente, se han recogido los datos de 779 de ellas. El tamaño muestral que necesitábamos para realizar un estudio de prevalencia era de 750 mujeres, tal como se explicó en el apartado de material y métodos de esta tesis. Ha habido 153 abandonos (16.4 % del total), los motivos de no poder recoger los datos han sido:

**Rechazo:** 28 mujeres (3%) rechazaron participar sin motivo alguno. En algunos casos las mujeres no deseaban participar, incluso antes de saber el motivo por el que queríamos entrevistarlas.

**Problema de comunicación:** Con 19 mujeres (2.0%) tuvimos un problema de comunicación por desconocimiento del idioma, de ellas 16 eran de nacionalidad marroquí, 1 china, 1 saharauí y 1 inglesa.

**Abandono por motivos de la mujer:** En 79 casos (8.5%) la mujer no ha podido participar por diferentes razones:

A la hora de pasar a hacerle la entrevista se había ido de alta.

Tenía acompañantes y no fue posible realizarla.

Estaba lactando y después de 2 veces o más de ir a verla no se pudo realizar.

No se encontraba un espacio para poder realizar la entrevista, esto ha ocurrido en un único hospital.

Se encontraba muy cansada y no se podía levantar, al tener otra mujer en la habitación no se pudo realizar la entrevista o bien porque se le había realizado una cesárea y no pudo levantarse.

Estaba en la Unidad de Cuidados Intensivos o en reanimación.

**Abandono por motivos de la matrona:** en 27 casos (3%) la matrona no ha podido recoger los datos por sobrecarga asistencial, después de haber seleccionado a las mujeres.

**Otros:** Hemos tenido un solo caso en que la madre de la mujer no deseó que se realizara la entrevista.

En el Anexo 9 se puede ver con detalle los motivos para cada hospital.

## 4.2. Codificación de las variables

Los datos los hemos recogido con los diferentes cuestionarios (Anexos 2, 4, 5, 6 y 7). Estos datos y variables los hemos recodificado y en algunos casos agrupado de forma diferente a como se recogieron, para proceder a su análisis estadístico.

### 4.2.1. Datos sociodemográficos de la muestra

**Edad.** La muestra se ha agrupado en: menos de 20 años, de 20 a 24, de 25 a 29, de 30 a 34, de 35 a 39 y 40 años y más.

Lugar de residencia. Se han mantenido las mismas categorías que se recogieron en el cuestionario: menos de 2.000 habitantes, de 2.000 a 10.000, de 10.001 a 50.000, de 50.001 a 200.000 y más de 200.000 habitantes.

**Estado civil.** Los datos los hemos recogido en 6 grupos y los hemos recodificado en 3: Casada, relación con compromiso y relación sin compromiso. En la relación con compromiso se incluyen tanto a las mujeres que mantienen una unión de hecho administrativa (con papeles) como las que nos dicen que no tienen papeles pero mantienen una relación con un compromiso. En la relación sin compromiso hemos agrupado a las mujeres que actualmente no tienen un compromiso o están sin pareja, en él hemos incluido a la mujer viuda y las divorciadas, además de las mujeres solteras. Lo que caracteriza a este grupo de mujeres es que están solas y no tienen ningún compromiso con un hombre en la actualidad.

**Nivel de estudios.** Los recogimos en 7 niveles, pero los hemos recodificado en 3: menos de 7 años de formación, entre 7 y 12 años y más de 12 años. La enseñanza primaria completa equivale a 6 años de formación, la enseñanza secundaria en la que incluimos los diferentes niveles de formación profesional, equivale a una formación de entre 7 y 12 años y, finalmente, la formación universitaria con más de 12 años de formación.

**Tipo de trabajo actual.** Los datos los hemos recogido con 10 variables pero para el análisis los hemos agrupado en cuatro niveles: ama de casa; parada o desempleada, incluyendo las que buscan trabajo y las que no; ocupada, en él incluimos a todas las

mujeres que trabajan, ya sea en una empresa privada, autónomas o en la administración pública; y, finalmente, el grupo de estudiantes.

**Nacionalidad.** Lo hemos recogido en 4 variables más una quinta para “otros”. Las hemos recodificado en dos grupos, nacionalidad española “sí” o “no” y las que no son españolas las hemos agrupado como europeas, provenientes de América Latina y otros.

**Tiempo de residencia en España para las extranjeras.** Lo hemos medido en meses.

#### 4.2.2. Entorno familiar

En este grupo hemos valorado el tipo de convivencia, los años de relación, el número de hijos y el apoyo de su entorno.

**Convivencia.** En el cuestionario había 3 posibilidades, más una cuarta para “otros”. La hemos recodificado en cinco grupos: “mujeres que viven con su pareja”, “solas”, “con sus padres”, “con sus parejas y otras personas”, y finalmente “otros”. Para algunos de los análisis los hemos agrupado en “viven con su pareja únicamente” y “otras formas”.

**Años de relación.** Lo hemos codificado en años tal y como las hemos recogido.

**Número de hijos de esta pareja.** Codificado tal y como las hemos recogido.

**Número de hijos de otra pareja.** Codificado tal y como las hemos recogido.

**Apoyo del entorno.** Esta variable es la que corresponde a la pregunta que hacemos a la mujer si tiene una persona en la que poder confiar y desahogarse cuando tiene problemas o dificultades de cualquier tipo en la vida.

### 4.2.3. Hábitos tóxicos

Hemos recogido el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.

**Tabaco.** Hemos codificado esta variable de varias maneras, por un lado, las que nunca han fumado y las que han fumado alguna vez. De las que fumaron, miramos cuándo dejaron de fumar: si fumaron de forma esporádica (solo fumaban un cigarrillo de tarde en tarde, una vez al mes, en alguna fiesta, etc.), si dejaron más de 2 años antes de quedarse embarazadas, si lo dejaron entre 1 y 2 años antes del embarazo (suponemos que las mujeres que dejaron de fumar en este periodo es porque querían proteger su embarazo) y las que lo dejaron cuando supieron que estaban embarazadas. De las que fuman durante el embarazo, hemos preguntado la cantidad de cigarrillos que consumían.

**Alcohol.** Hemos codificado las que nunca han tomado alcohol y las que sí. Y, entre las que han consumido alcohol, si ha sido durante el embarazo y la cantidad de consumo.

**Otras drogas.** Las hemos codificado tal y como las hemos recogido.



#### 4.2.4. Características perinatales

El cuestionario para la recogida de estos datos lo llamamos “características perinatales” y tenía dos partes, “embarazo actual” y “parto actual”. Para su análisis, hemos realizado otras subdivisiones que pasamos a presentar. En todas estas variables reflejamos lo que la madre nos dice ya que no hemos utilizado ni el documento de salud de la embarazada, ni la historia clínica.

##### 4.2.4.1. Perfil obstétrico de las mujeres

Incluimos las variables deseo o no del embarazo actual y el número de embarazos y abortos anteriores. Consideramos no deseo de embarazo a todo tipo de embarazo que la mujer expresa que no ha sido deseado, planificado, ni esperado, aunque en muchos casos haya sido aceptado posteriormente.

##### 4.2.4.2. Embarazo actual

Hemos hecho dos apartados dentro del grupo de variables del embarazo actual:

**Seguimiento del embarazo actual:** Número de visitas en atención primaria. Número de visitas en atención especializada. Número de consultas al obstetra privado. Número de ingresos en el hospital. Número de veces que acude a urgencias.

**Embarazo bien controlado.** Esta es una variable nueva que se crea a partir del número de visitas tanto en atención primaria como en especializada. Consideramos un embarazo bien controlado cuando la mujer ha sido vista 8 veces. Según el proceso de embarazo parto y puerperio de Andalucía (Junta de Andalucía, 2005), se considera un embarazo bien controlado cuando ha realizado 8 visitas, de las cuales, 3 deben ser en atención especializada. También hay que tener en cuenta en qué momento se inician y en qué momento del embarazo se realizan estas consultas. En nuestra muestra consideraremos que las mujeres que realizan 8 visitas, han realizado un buen control de embarazo, sin tener en cuenta el número de visitas en atención primaria o en atención especializada, ni el momento en que se han realizado éstas.

**Situación médica del embarazo actual.** Hemos tenido en cuenta tanto los problemas médicos que puede presentar la mujer durante su embarazo como los medicamentos que consume, a excepción de los recomendados en el control de embarazo (yodo y ácido fólico).

**Patologías en el embarazo actual.** Los hemos recodificado en: “presencia o no de patologías” y, si la respuesta es positiva, si tiene “una patología” o “dos o más”. Finalmente, hemos codificado la frecuencia de las patologías más repetidas.

**Infecciones en el embarazo actual.** Las hemos recodificado en “presencia o no de infección” y si la respuesta es positiva, si tiene “una infección” o “dos o más”. Finalmente, hemos codificado la frecuencia de las infecciones más frecuentes.

**Metrorragia.** Codificado como las mujeres que refieren haber tenido metrorragia durante el embarazo.

**Anemia.** Hemos considerado que una mujer tiene anemia cuando refiere haber tomado un antianémico.

**Medicamentos durante el embarazo.** Lo hemos recodificado en: “haber consumido o no medicamentos” y, si la respuesta es positiva, si ha consumido “un medicamento”, “dos” o “tres o más”. Finalmente, hemos elaborado grupos de medicamentos (analgésicos, antibióticos, ansiolíticos, antigripales, antiácidos, antieméticos) que consumen las mujeres y hemos calculado la frecuencia de éstos.

#### 4.2.4.3. Parto actual

**El lugar que ocupa el bebé actual,** si tiene otros hermanos.

**Duración de la gestación.** Esta variable está calculada en semanas de gestación y hemos elaborado una variable nueva: “parto pretérmino”, menos de 37 semanas, “parto normal”, entre 37 y 42 y “parto postérmino”, más de 42 semanas.

**Tipo de parto: inicio y terminación.** En el cuestionario se hacía la diferencia entre 4 posibilidades de inicio de parto que se mantienen: espontáneo, estimulado, inducido o cesárea. La terminación se agrupa en: parto eutócico, parto instrumental y cesárea.

**Rotura de membranas.** Se codifica tal como está en el cuestionario: “anteparto espontánea”, “intraparto espontánea” e “intraparto artificial”.

**Analgesia.** Se codifica también como está en el cuestionario: “sí” o “no”.

#### **4.2.4.4. Características de los recién nacidos**

Todas las variables de los recién nacidos se codifican tal como se recogen en el cuestionario.

**El sexo.** Mujer o varón

**Peso.** Se calcula en gramos y hemos hecho una nueva codificación: menos de 2.500 gramos se consideran “bajo peso” y 2.500 gramos y más, “peso normal”.

**Apgar.** Se codifica tal como se recoge, al minuto y a los 5 minutos.

**Reanimación.** Consideramos que existe reanimación cuando se realiza cualquier maniobra, incluida la reanimación de tipo I, la aspiración en el momento de nacer.

**Piel con piel.** Se considera que es “sí”, cuando se inicia el contacto en los 30 minutos tras el parto.

**Lactancia materna.** Se considera “sí”, cuando se inicia la lactancia materna precoz en los 30 minutos tras el parto.

**Bebé sano.** Recogemos lo que nos refieren las madres.

#### 4.2.5. Violencia que sufren las mujeres

La violencia la hemos medido con dos instrumentos el Abuse Assessment Screen (AAS) y el Index of Spouse Abuse (ISA).

##### 4.2.5.1. Violencia detectada con el AAS

Con este instrumento se pueden obtener diferentes informaciones: el tipo de violencia, el momento en el que se ha producido, así como la persona que la ejerce. Por otra parte, también la frecuencia con la que se produce y la gravedad en la violencia física.

##### *Tipos de violencia en función de las preguntas del AAS*

Obtenemos 4 tipos de violencia con este instrumento.

**Violencia “general”.** Corresponde a las respuestas de la pregunta 1 de este cuestionario: “En alguna ocasión, ¿ha sufrido abuso emocional o físico por parte de su marido/pareja o por una persona importante para usted?” Por tanto, estaríamos identificando mujeres que se auto refieren, tras una pregunta directa, como mujeres que han sido maltratadas física o emocionalmente en algún momento de su vida.

**Violencia emocional.** Esta violencia se mide con la respuesta a la cuestión: “En alguna ocasión, ¿le han humillado, insultado, menospreciado, amenazado o le han causado algún otro daño emocional?”. De nuevo es la mujer la que se auto clasifica y nos dice si ha sufrido este tipo de violencia o no.

**Violencia física.** Se mide en respuesta a la pregunta: “En alguna ocasión, ¿le han empujado, golpeado, abofeteado, dado patadas o causado algún otro daño físico?”

**Violencia sexual.** Se valora con las respuestas a la pregunta: “En alguna ocasión, ¿le han forzado a mantener relaciones sexuales?”

**Violencia “global”.** Hemos creado esta variable para identificar a las mujeres que sufren cualquiera de los tipos de violencia precedentes.

### ***Violencia en función de cuándo se produce ésta***

En nuestro cuestionario, preguntamos a las mujeres, sobre la violencia emocional, física o sexual, cuándo se ha producido, si ha sido durante el embarazo, en el último año previo al embarazo o en qué otro momento. Así valorando las respuestas hemos creado las siguientes variables:

**Durante la adolescencia.** Cuando ha sido en este periodo de la vida de la mujer.

**Durante la edad adulta.** Corresponde a las mujeres que han sufrido violencia fuera de la adolescencia y fuera del embarazo actual y un año antes.

**Alrededor del embarazo.** Este periodo corresponde a las respuestas a si han sufrido la violencia durante el embarazo y/o un año antes previo al embarazo actual.

**Durante la edad adulta y alrededor del embarazo.** En este grupo incluimos tanto las mujeres que han sufrido violencia alrededor del embarazo actual como en la edad adulta.

### ***Persona que ejerce la violencia***

En el cuestionario se pregunta por marido, pareja, novio o los respectivos ex y otros.

**Pareja.** Nosotros hemos clasificado en este grupo a todos los que son o han sido pareja, ya sea marido, pareja o novio.

**Otros.** Hemos dividido este grupo en función del ambiente en el que se produce la violencia: familiar, escolar, laboral y por otros conocidos.

### ***Tener miedo de la persona que ha ejercido algún tipo de violencia***

Hay una pregunta para identificar si la mujer tiene miedo de la persona que ejerce o ha ejercido la violencia.

#### **4.2.5.2. Violencia detectada con el ISA**

Este instrumento consta de 30 ítems o preguntas, al inicio leemos a la mujer un texto en donde queda claro que sus respuestas solo se refieren al periodo del embarazo o un año antes de quedarse embarazada. La mujer clasifica en cada pregunta si el hecho no ha ocurrido nunca (1 punto), raras veces (2), algunas veces (3), frecuentemente (4) y muy frecuentemente (5).

**Violencia no física (ISA).** De las preguntas del cuestionario, 22 corresponden a violencia no física, se considera que una mujer sufre maltrato no físico cuando obtiene 25 puntos una vez sumada toda la puntuación.

**Violencia física (ISA).** Son 8 las preguntas que corresponden a maltrato físico, se considera que una mujer sufre violencia física cuando obtiene 10 puntos.

**Violencia global ISA (física y/o no física).** Aquí hemos considerado las mujeres que han sufrido uno u otro tipo de violencia detectada con el ISA.

#### **4.2.5.3. Violencia periembarazo (AAS+ISA)**

Hemos elaborado una nueva variable teniendo en cuenta toda la violencia periembarazo que sufren las mujeres medida con el AAS y con el ISA, sin duplicar casos.

### 4.3. Análisis descriptivo de los resultados

**La muestra.** En nuestro estudio han participado 779 mujeres. Según el tipo de hospital, 160 (20.5%) son de hospitales comarcales, 363 (46.6%) de hospitales de especialidades y 256 (32.9%) de hospitales regionales.

#### 4.3.1. Descripción socio demográfica de la muestra

En este apartado, hemos tenido en cuenta las variables sociodemográficas obtenidas (Tabla 4.1).

Tabla 4.1 Características socio demográfica de la muestra

Variables	N	%
<b>Tipo de hospital</b>	<b>779</b>	<b>100</b>
Comarcal	160	20.5
Especialidades	363	46.6
Regional	256	32.9
<b>Edad de las mujeres</b>	<b>759</b>	<b>100</b>
<20 años	31	4.1
20-24	101	13.3
25-29	200	26.3
30-34	276	36.4
35-39	120	15.8
≥ 40	31	4.1
<b>Estado civil</b>	<b>776</b>	<b>100</b>
Casadas	499	64.3
Relación con compromiso	106	13.7
Relación sin compromiso	171	22.0
<b>Lugar de residencia</b>	<b>772</b>	<b>100</b>
< de 2.000 habitantes	39	5.0
2.000 a 10.000 habitantes	153	19.8
10.001 a 50.000	222	28.8
50.001 a 200.000	182	23.6
> 200.000	176	22.8
<b>Nivel de estudios alcanzado</b>	<b>777</b>	<b>100</b>
Hasta primarios completos (<7 años)	294	37.9
Secundarios (7-12 años)	377	48.5
Universitarios (> de 12 años)	106	13.6
<b>Ocupación</b>	<b>777</b>	<b>100</b>
Ama de casa	170	21.9
Parada o desempleada	162	20.8
Ocupada	430	55.4
Estudiante	15	1.9
<b>Nacionalidad</b>	<b>779</b>	<b>100</b>
Española sí	710	91.1
Española no	69	8.9

**La edad** media de nuestra muestra fue de 29.9 años (DE=5.6), la repartición según los tramos de edad que hemos considerado están en la Tabla 4.1.

El 62.7% de la muestra se encontraba entre los 25 y 34 años de edad. Había 4 mujeres de 16 años y la de mayor edad tenía 46.

La media de edad para las mujeres españolas fue de 30.2 años (DE=5.5) y para las extranjeras 27.4 años (DE=6.2). La diferencia entre ambas es significativa (P=0.0001).

**Estado civil.** El 64.3% estaban casadas, el 20.7% solteras, 13.7% vivían en unión de hecho, el 1.2% (9 mujeres), estaban divorciadas y 1 sola era viuda. Para su análisis hemos realizado 3 grupos: mujeres casadas,

las mujeres que tienen una relación con compromiso y en el tercer grupo hemos tenido en cuenta a las mujeres que actualmente no tienen un compromiso o están sin pareja,

en él hemos incluido a la mujer que era viuda y las 9 divorciadas, además de las mujeres solteras. Lo que caracterizaba a estas mujeres es que estaban solas y no tenían ningún compromiso con un hombre. Este grupo de mujeres que tenían una relación sin compromiso, estaba formado por el 22.0% de la muestra.

**Lugar de residencia.** Casi la mitad de las mujeres vivían en poblaciones de más de 50.000 habitantes y sólo el 5.0% en poblaciones de menos de 2.000 habitantes.

**Formación.** Hemos agrupado la formación en 3 categorías: las que tienen hasta el final de la enseñanza primaria, lo que equivale a 6 años de formación, eran el 37.9% de la muestra; la enseñanza secundaria en la que incluimos los diferentes niveles de formación profesional y que equivale a una formación de entre 7 y 12 años, el 48.5% de la muestra; y, finalmente, la formación universitaria, con más de 12 años de formación, representaban el 13.6%.

**Ocupación.** La hemos agrupado en 4 niveles: ama de casa, el 21.9% de nuestra muestra; parada o desempleada, incluyendo las que buscan trabajo y las que no, el 20.9%; el colectivo mayoritario eran las mujeres que trabajaban, el 55.3%, ya sea en una empresa privada, autónomas, administración pública; y, finalmente, el grupo de estudiantes, el 1.9% de la muestra.

**Nacionalidad.** El 91.1% de las mujeres eran de nacionalidad española (710 de 779). Del grupo de mujeres extranjeras, los colectivos más representados eran 14 mujeres marroquíes (1.8%) y el mismo número de mujeres rumanas. El resto de mujeres extranjeras eran de 10 nacionalidades diferentes de Europa y de 9 nacionalidades de América Latina. Ha habido una mujer de nacionalidad saharauí y otra procedente de Gambia.

**Tiempo de residencia.** El tiempo medio de residencia para las mujeres extranjeras de las que disponemos de este dato fue de 66.6 meses (DE=43.0), siendo el periodo mínimo de 6 meses y el máximo de 20 años (240 meses).



### 4.3.2. Entorno familiar

En este apartado hemos tenido en cuenta situaciones que caracterizan la familia a la cual pertenece la mujer (Tabla 4.2.).

Tabla 4.2. Entorno familiar

VARIABLES	N	%
<b>Convivencia</b>	<b>778</b>	<b>100</b>
Con su pareja	707	90.9
Otras formas	71	9.1
<b>Años de relación pareja actual*</b>	<b>769</b>	<b>100</b>
2 años o menos	124	16.1
>2 y hasta 5 años	170	22.1
> 5 hasta 10 años	220	28.6
>10 hasta 15 años	168	21.9
> de 15 años	87	11.3
<b>Nº total de hijos **</b>	<b>779</b>	<b>100</b>
0	399	51.5
1	290	37.4
2	62	8.0
3 o más	24	3.1
<b>Apoyo en su entorno</b>	<b>775</b>	<b>100</b>
Si	738	95.2
No	37	4.8

\* Media 8.4, DE=5.5. \*\* Media 0.64, DE=0.84.

**Convivencia.** De las mujeres de nuestra muestra 707 (90.9%) vivían con su pareja, 42 (5.4%) vivían con sus padres, solas lo hacían 4 (0.5%) y 16 mujeres (2.1%) vivían con sus parejas y otros familiares: por ejemplo los padres, los suegros, la abuela, hermanos y, en dos casos, refirieron que estaban separadas por sufrir violencia pero que de forma temporal (a veces, 3 o 4 meses al año) vivían con el exmarido. En 9 casos vivían con otros convivientes, la abuela, la hermana, con uno de los padres también separados, con una hija de una hermana, etc. Agrupados para análisis posteriores, vivían con su pareja 707 mujeres (90.9%) de la muestra y en otras formas de convivencia 71 mujeres (9.1%).

Los años de relación con la pareja actual. El 50% de las mujeres tenía menos de 8 años de relación, el 11.3% más de 15 años. La media de años de relación era de 8.4 años con una desviación estándar de 5.5. El tiempo mínimo de relación fue 0,4 años (3 meses) y el máximo 28 años.

#### El número de hijos:

**Con su pareja actual.** No tenemos en cuenta el hijo actual. El 57.6% de las mujeres no tenían hijos, el 35.4% tenía un hijo, el 5.4% tenían 2 hijos y el 1.6% (12 mujeres) tenían 3 hijos o más. La media con la pareja actual fue de 0.52 hijos (DE=0.73)

**Con otras parejas.** El 8.6% de las mujeres tenían hijos de otra pareja: de ellas el 5.5% de las mujeres tenían un hijo de otra pareja, el 2.3% tenían 2, y el 0.8% (6 mujeres) tenían 3 o 4 hijos de otra pareja. La media de hijos, teniendo en cuenta la pareja actual y otras parejas fue de 0.64 (DE=0.84).

**Apoyo en su entorno.** A la pregunta de si tiene una persona en la que poder confiar y desahogarse, el 95.2% de las mujeres nos dijo que sí.

### 4.3.3. Hábitos tóxicos

Hemos explorado los hábitos de consumo de tabaco, alcohol y otras drogas durante el embarazo (Tabla 4.3.).

**Tabaco.** Las mujeres que nos refirieron que nunca habían fumado fueron 371 (47.8%). De las que habían fumado alguna vez (52.2%) las dividimos en: Mujeres que han fumado “de forma esporádica”, se refiere a las que nos dijeron que lo hacían de

Tabla 4.3. Consumo de tabaco y alcohol durante el embarazo

Variables	N	%
<b>Consumo de tabaco</b>	<b>779</b>	<b>100</b>
No fuman	639	82.3
<b>Si fuman</b>	<b>137</b>	<b>17.7</b>
Esporádico	7	0.9
1-10 cigarrillos	113	14.5
> de 10 cigarrillos	13	1.7
<b>Consumo de alcohol</b>	<b>761</b>	<b>100</b>
No consume	746	98.0
<b>Si consume</b>	<b>15</b>	<b>2.0</b>

vez en cuando, lo habían probado ocasionalmente, o consumían algún cigarrillo por semana, constituyeron un 2.4%. Las mujeres que “dejaron de fumar más de 2 años antes de quedarse embarazadas” fueron un 9.9%. Las que “lo dejaron entre 1 y 2 años antes de

quedarse embarazadas”, se supone que lo habían dejado cuando decidieron quedarse embarazadas y querían proteger su embarazo fueron un 1.7%. Las mujeres que nos dijeron “dejaron de fumar cuando supieron que estaban embarazadas” fueron el 20.5%. Las mujeres que nos dijeron “que fuman durante el embarazo” fueron el 17.7% (137 mujeres). Hemos preguntado también el consumo de estas mujeres durante el embarazo, la mayoría consumió entre 1 y 10 cigarrillos al día, que suponían el 14.5% de la muestra y el 85.0% de las mujeres que fumaron durante el embarazo. Las mujeres que fumaban más de 10 cigarrillos al día fueron el 1.7% de la muestra y el 9.8% de las que lo hicieron durante el embarazo.

**Alcohol.** En el consumo de alcohol hemos preguntado por la cantidad de alcohol con las comidas los días de diario y el consumo los fines de semana.

**Antes del embarazo.** El 57.0% de las mujeres nos dijo que nunca había consumido alcohol. De las que nos dijeron que sí habían consumido alguna vez, sin tener en cuenta las que consumían durante el embarazo (41%), hemos clasificado el consumo en: esporádico (6.3%), consumía el fin de semana (30.7%), consumía a diario de lunes a viernes (2.5%) y las que consumían todos los días (1.5%).

**Durante el embarazo.** El 98.0% de las mujeres dijo que no bebió durante el embarazo, por el contrario, hubo 15 mujeres de las 761 (2.0%) que consumieron

alcohol durante el embarazo. Nueve de estas últimas refirieron haber bebido 1 ó 2 cervezas los fines de semana, 3 refirieron consumir 1 cerveza o 1 copa de vino entre 5 y 7 veces por semana y 1 mujer refirió un consumo de 5-7 cervezas al día, el resto, 1 mujer, consumió licores y alguna cerveza los fines de semana.

**Drogas.** Hemos valorado también el consumo de drogas. Las mujeres que dijeron que nunca habían consumido fueron 646 (83.5%), las que lo hicieron alguna vez en su vida 114 (14.7%) y 13 mujeres (1.7%) las que sí habían consumido antes del embarazo. El consumo de drogas fue, “solo cannabis” (4.9%), “cocaína” una sola mujer, 3 mujeres refirieron haber consumido “cannabis y cocaína” y 2 mujeres “cannabis y pastillas”. Solo una mujer dijo haber consumido cannabis durante el embarazo.

#### 4.3.4. Perfil obstétrico de las mujeres

En este apartado hemos tenido en cuenta, tanto el deseo de embarazo, como el número de embarazos y abortos anteriores (Tabla 4.4).

**Deseo de embarazo.** El 84.7% de las mujeres nos refirió que su embarazo había sido deseado.

**Número de embarazos y abortos anteriores.** La media de embarazos fue 0.88 (DE=1.08). De las mujeres de nuestra muestra el 42.9% no ha tenido ningún embarazo, el 36.8% ha tenido uno. Sólo el 7.2% (56 mujeres) ha tenido 3 embarazos o más; de ellas, 12 mujeres han tenido 4, seis han tenido 5 embarazos, dos han tenido 7 y una mujer ha tenido 6 y otra 8.

La media de abortos por mujer fue 0.32 y la DE es 0.64. La mayoría de las mujeres el 75.2% no ha tenido ningún aborto, el 19.4% de la muestra ha tenido un aborto, el 4.1% ha tenido dos abortos y el 1.3% (10 mujeres) han tenido 3 o más abortos, de ellas, 7 mujeres han tenido 3, dos han tenido 4 y una ha tenido 5 abortos.

### 4.3.5. Embarazo actual

En este apartado hemos analizado tanto el seguimiento del embarazo como la situación médica del mismo (Tabla 4.4).

#### 4.3.5.1. Seguimiento del embarazo actual

Tabla 4.4. Perfil obstétrico y seguimiento del embarazo actual

Variables	N	%
<b>Embarazos anteriores *</b>	<b>779</b>	<b>100</b>
0	334	42.9
1	287	36.8
2	102	13.1
3 ó más	56	7.2
<b>Número de abortos **</b>	<b>779</b>	<b>100</b>
0	586	75.2
1	151	19.4
2	32	4.1
3 ó más	10	1.3
<b>Seguimiento del embarazo actual</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Control de embarazo servicio público</b>	<b>773</b>	<b>100</b>
Menos de 5 visitas en A.P.	200	25.9
5 o más en A.P.	573	74.1
Menos de 3 visitas A.E.	119	15.4
3 o más A.E.	654	84.6
<b>Embarazo bien controlado</b>	<b>776</b>	<b>100</b>
Sí, 8 visitas o más	700	90.2
No	76	9.8
<b>Ingresos ***</b>	<b>776</b>	<b>100</b>
No	616	79.4
Sí, 1 ingreso	100	12.9
Sí, 2 o más	60	7.7
<b>Visitas a urgencias hospitalarias****</b>	<b>777</b>	<b>100</b>
No	313	40.3
Sí, 1 visita	235	30.2
Sí, 2 o más	229	29.5

\*Media 0.88, DE=1.08. \*\* Media 0.32, DE=0.64. Visitas AP: Media 5.85, DE=2.35. Visitas AE: Media 3.80, DE=2.14. \*\*\* Media 0.32, DE=0.75. \*\*\*\* Media 1.22, DE=1.57.  
AP: Atención Primaria. AE: Atención Especializada.

El número de mujeres que ha realizado un control de embarazo correcto (8 visitas o más), ha sido el 90.2%. Nos parece importante el 9.8% de mujeres que no realizaron un control de embarazo correcto en un medio como el nuestro donde el acceso a este control es fácil y universal. En estas 8 visitas no hemos tenido en cuenta si se hacen en atención primaria o en atención hospitalaria ni el momento en qué se hacen. Pensamos que el hecho de haber realizado este número, superior al recomendado por la OMS, es garantía de que el control es adecuado.

**Número de visitas** para el control de embarazo en el Servicio Público de Salud. El 25.9% de las mujeres ha realizado menos de 5 visitas en el servicio público de salud de atención primaria, la media de visitas fue de 5.8 con una DE de 2.35. En el servicio público de atención especializada, el 15.4% ha realizado menos de 3 visitas, con una media de 3.8 y la DE de 2.14.

En nuestra muestra hay un porcentaje elevado de mujeres que no va nunca al obstetra privado (el 47.5%), fueron una sola visita el 17.2%, cuando les preguntamos

por qué en muchos casos nos dijeron que era para realizar la ecografía con el vídeo. La media de visitas al obstetra privado fue de 1.64 y la DE de 2.33.

Teniendo en cuenta el control en atención primaria, atención especializada y/o en la consulta del tocólogo privado, hubo un 9.8% de mujeres que no ha realizado 8 visitas a lo largo de su embarazo y por tanto el seguimiento del embarazo no fue correcto.

**Número de ingresos durante el embarazo.** La media del número de ingresos fue de 0.32 (DE=0.75). El 79.4% de las mujeres no ha tenido ningún ingreso antes de ir al hospital para dar a luz, el 12.9% ha tenido un ingreso y el 7.7% (60 mujeres) ha tenido más de 1 ingreso. De ellas, 38 han tenido 2 ingresos y 22 mujeres han tenido 3 o más ingresos.

**Número de consultas al servicio de urgencias.** La media de las visitas a urgencias fue de 1.22 (DE=1.57). El 40.3% de las mujeres no ha acudido a urgencias durante el embarazo actual, el 30.2% ha ido 1 vez y el 29.5% (229 mujeres) de las mujeres ha ido más de 1 vez. De ellas 14.0% han ido 2 veces y 33 mujeres han ido 5 veces o más. El máximo de consultas en urgencias fue de 12.

#### 4.3.5.2. Situación médica del embarazo actual

En este apartado hemos tenido en cuenta varios elementos: las patologías, las infecciones, el consumo de medicamentos, así como la presencia de metrorragia o anemia en el embarazo actual (Tabla 4.5.).

**Patologías durante el embarazo.** La media de patologías ha sido de 0.37 con una DE de 0.60. El 68.8% de las mujeres no ha presentado ninguna patología durante el embarazo, el 26.6% ha presentado 1 patología y el resto han presentado dos patologías o más, una sola mujer ha presentado hasta 4 patologías. Las patologías más frecuentes han sido la diabetes (8.0%), amenaza de parto pretérmino (7.1%) y la hipertensión (6.6%). Entre las patologías recogidas, cabe destacar por nuestro interés en la investigación que, el 1.3% de las mujeres presenta alguna patología de tipo psicológico, el 1.6% presenta amenaza de aborto y el 0.9% patologías de la placenta.

**Infecciones durante el embarazo.** La media de infecciones fue de 0.49 con una DE de 0.63. Las mujeres que presentan alguna infección durante el embarazo fue el

42.9%, de ellas el 87.0% tiene una sola infección, lo que supone el 37.3% de la muestra, el resto tienen 2 ó 3 infecciones.

La infección más frecuente fue la de vías urinarias, constituyendo el 25.3% de las

Tabla 4.5. Situación médica del embarazo actual

Variables	N	%
<b>Número de patologías *</b>	<b>775</b>	<b>100</b>
Ninguna	533	68.8
1 patología	206	26.6
2 o + patologías	36	4.6
<b>Patologías más frecuentes</b>		
Diabetes	62	8.0
Amenaza de parto pretérmino	55	7.1
Hipertensión	51	6.6
Amenaza de aborto	12	1.6
Trastornos psicológicos	10	1.3
Patologías de la placenta	7	0.9
<b>Número de infecciones **</b>	<b>771</b>	<b>100</b>
Ninguna	440	57.1
1 infección	288	37.3
2 y 3 infecciones	43	5.6
<b>Infecciones más frecuentes</b>		
Infecciones del tracto urinario	195	25.3
Estreptococo beta agalactiae	97	12.6
Infecciones vaginales	53	6.9
<b>Metrorragia</b>	<b>777</b>	<b>100</b>
Sí	125	16.0
No	652	84.0
<b>Anemia</b>	<b>773</b>	<b>100</b>
Sí	304	39.3
No	469	60.7
<b>Consumo de medicamentos ***</b>	<b>773</b>	<b>100</b>
Ningún medicamento	402	52.0
Un medicamento	268	34.7
Dos medicamentos	87	11.2
Tres medicamentos	16	2.1
<b>Medicamentos más frecuentes</b>		
Analgésicos	173	22.4
Antibióticos	133	17.2
Ansiofármacos	37	4.8

\*Media 0.37, DE=0.60. \*\* Media 0.49, DE =0.63. \*\*\* Media 0.63, DE=0.76.

gestantes de nuestra muestra. Le sigue el estreptococo beta agalactiae en el 12.6% de las gestantes y un 6.9% de las mujeres presenta infecciones de tipo vaginal.

**Metrorragias.** 125 mujeres refieren haber tenido metrorragia durante el embarazo, lo que supone un 16.0 % de la muestra.

**Anemia.** El 39.3% de las mujeres refiere tener anemia. Hemos considerado que tiene anemia cuando la mujer nos dice que ha tomado algún antianémico a lo largo del embarazo.

**Consumo de medicamentos durante el embarazo.** La media de medicamentos consumidos por las mujeres de nuestra muestra fue de 0.63 y la desviación estándar 0.76. El 52.0% de las mujeres no ha consumido ningún medicamento durante el embarazo, exceptuando los que son de consumo recomendado como el ácido fólico y el yodo. De las embarazadas que refieren tomar alguna medicación

durante el embarazo, hemos encontrado que las mujeres que consumen “un solo medicamento” son el 34.7%, las que consumen “dos medicamentos” son el 11.2% y las que consumen 3 el 2.1%. De todos los medicamentos referidos, los más consumidos son los que hemos denominado “analgésicos” (22.4% de las mujeres), le siguen los antibióticos (17.2%) y los ansiolíticos (4.8%).



### 4.3.6. Parto actual

En este apartado, hemos analizado todas las variables recogidas relacionadas con el actual parto (Tabla 4.6.).

Tabla 4.6. Resultados del parto actual

VARIABLES	N	%
<b>Duración de la gestación*</b>	<b>779</b>	<b>100</b>
< 37 semanas	57	7.3
≥ 37 semanas	722	92.7
<b>Rotura de membranas</b>	<b>766</b>	<b>100</b>
Anteparto espontánea	207	27.1
Intraparto espontánea	190	24.8
Intraparto artificial	368	48.1
<b>Inicio del parto</b>	<b>774</b>	<b>100</b>
Espontáneo	426	55.0
Estimulado	100	12.9
Inducido	187	24.2
Cesárea electiva	61	7.9
<b>Terminación del parto</b>	<b>772</b>	<b>100</b>
Eutócico	508	65.8
Instrumentales	121	15.7
Fórceps	29	3.7
Espátula	19	2.5
Vacuo	73	9.5
Cesárea	143	18.5
<b>Analgesia epidural</b>	<b>775</b>	<b>100</b>
Sí	535	69.0
No	240	31.0

\*Media 276 días, DE=14.3.

**Duración de la gestación.** La duración media del embarazo ha sido de 39.7 semanas de gestación o 276 días con una DE de 14.3. Los partos pretérmino, de menos de 37 semanas de gestación, son el 7.3% de los casos. De estos, 1.3% han sido de menos de 32 semanas. El bebé más pequeño ha sido de 186 días y el mayor de 301 días de gestación. Hay 4 casos de más de 42 semanas de gestación (nacimiento postérmino). Entre el día 280 y 287 (semana 40), ocurren el 34.8% de los nacimientos (269), entre los días 288 al 294 (semana 41) ocurren el 12.7% de los nacimientos (98). Se considera un bebé a término cuando el parto

se produce entre la semana 37 y 42 de gestación (OMS, 1996).

Analizando **la rotura de la bolsa amniótica**, ocurre de forma espontánea anteparto en el 27.1% de los casos (207); intraparto espontánea en el 24.8% (190 mujeres) y se rompe la bolsa de forma artificial intraparto en el 48.1% de los casos (368 mujeres).

De los 774 partos que tenemos datos, el **inicio del parto** en el 55.0% fue espontáneo (426 casos); estimulado en el 12.9% (100); inducido el 24.2% (187) y fueron cesárea electiva un total del 7.9% (61).

Si estudiamos **la terminación de los partos**, fueron eutócicos el 65.8% (508) e instrumentales el 15.7% (121), de ellos, 3.7% utilizaron el fórceps, 2.5% espátulas y 9.5% vacuos. Finalizaron en cesárea 143 mujeres, lo que supone un 18.5% de la muestra.

De nuestra muestra el 69.03 % de las mujeres utilizaron la **analgesia epidural**.

### 4.3.7. Características de los recién nacidos

Estudiamos en este apartado las variables relacionadas con el recién nacido (Tabla 4.7.).

**El sexo** de los recién nacidos el 49.6% fueron mujeres.

**El peso.** La media del peso de los bebés de nuestra muestra fue de 3.228 g con una DE de 529.12. El más pequeño, pesó 425 gramos y el mayor 4.760 gramos. Se considera un bebé normal por su peso, si este está entre 2.500 y 4.000 gramos, por debajo de esta cifra se considera un bebé de bajo peso, siempre que haya nacido a

Tabla 4.7. Características de los recién nacidos

VARIABLES	N	%
<b>Sexo</b>	<b>778</b>	<b>100</b>
Mujer	386	49.6
Hombre	392	50.4
<b>Peso *</b>	<b>779</b>	<b>100</b>
< de 2.500 gramos	55	7.1
≥ 2.500 gramos	724	92.9
<b>Apgar al minuto **</b>	<b>774</b>	<b>100</b>
9 – 10	618	79.9
7 - 8	128	16.5
≥ 6	28	3.6
<b>Apgar a los cinco minutos***</b>	<b>774</b>	<b>100</b>
9 – 10	756	97.7
7 - 8	17	2.2
6	1	0.1
<b>Reanimación</b>	<b>777</b>	<b>100</b>
Sí	209	26.9
No	568	73.1
<b>Piel con piel</b>	<b>777</b>	<b>100</b>
Sí	537	69.1
No	240	30.8
<b>Lactancia materna</b>	<b>776</b>	<b>100</b>
Sí	545	70.2
No	231	29.8
<b>Bebé sano</b>	<b>777</b>	<b>100</b>
Sí	732	94.2
No	45	5.8

\* Media 3.228 g, DE=529.12. \*\* Media 8.7, DE=0.95.

\*\*\* Media 9.7, DE=0.52.

término. Los recién nacidos de menos de 2.500 gramos fueron el 7.1% de la muestra (55); se considera un bebé de muy bajo peso al nacer, si su peso es inferior a 1.500 g. En este sentido, en nuestra muestra se encuentran 8 bebés (1.03%). Se considera un bebé macrosoma si su peso es superior a los 4 mil gramos, en nuestra muestra fueron el 4.5% (35 bebés) del total.

**El Apgar** al minuto del nacimiento, fue de 9-10 en el 79.9% de los recién nacidos, 16.5% tuvo un Apgar de 7- 8 y el resto, de 6 o menos. La media del Apgar al minuto fue de 8.7 (DE 0.95 siendo el mínimo de 3 y el máximo de 10). El Apgar a los 5 minutos fue de 9-10, en el 97.7%, solo en 1 caso fue de 6. La media del Apgar a los 5 minutos fue de 9.7 y la DE de 0.52.

Se realizaron maniobras de **reanimación** (considerando la reanimación básica tipo I, la aspiración en el momento de nacer) en el 26.9% de los bebés.

**El contacto piel con piel** inmediatamente después del parto, se realizó en el 69.1% de los recién nacidos.

Se inició la **lactancia materna** en la media hora después del parto en el 70.2% de los bebés.

El **bebé nació sano** en el 94.2% de los casos.

#### 4.3.8. Violencia que sufren las mujeres detectada con el AAS

Los resultados obtenidos con este cuestionario vamos a presentarlos según el tipo de violencia así como, el momento en que se produce, la persona que la ejerce y la frecuencia y gravedad de ella.

##### 4.3.8.1. Tipos de violencia en función de cómo preguntamos

**Violencia “general”**, a esta pregunta han respondido afirmativamente 96 mujeres, el 12.5% de la muestra.

**Violencia emocional**, responden afirmativamente 172 mujeres, el 22.3% de la muestra.

**Violencia física**, es afirmativa en 74 mujeres, el 9.6 % de la muestra.

**Violencia sexual**, responden afirmativamente 23 mujeres lo que supone un 3.0% de la muestra.

**Violencia “global”**, aquí incluimos a las mujeres que responden a algún tipo de violencia según este cuestionario. Detectamos 184 mujeres, el 24.2% de la muestra.

**Frecuencia**. Al analizar la violencia que sufren las mujeres, tenemos que tener en cuenta otras variables. En la violencia emocional les preguntábamos con qué frecuencia era ejercida esa violencia, obtuvimos la respuesta en 153 casos de los 172 que refirieron sufrirla. Raras veces respondieron el 22.2% de las que la sufrían, (34 mujeres), algunas veces el 29.4% (45 mujeres), frecuentemente lo refirieron el 31.4% (48 mujeres) y muy frecuentemente el 17.0% (26 mujeres).

En la violencia física preguntábamos cuántas veces se producía. Sólo tenemos los datos de esta variable de 61 mujeres de las 74 que respondieron que sí a esta pregunta. 1 vez nos respondieron 18 mujeres, 2 veces 8, 3 veces 6 mujeres, 4 veces 3 y 5 o más veces 4 mujeres; 22 mujeres, el 36.1% de las mujeres que sufrían violencia física, y respondieron a esta pregunta, nos dijeron siempre, muchas veces, cuando quería, todos los días. En la violencia sexual también preguntábamos cuántas veces, 5 casos fue una única vez, 3 casos 3 y 4 veces y 2 casos muchas veces.

Con respecto a la **severidad** de la violencia física, 26 casos constataron que eran de severidad 1, lo que equivale a recibir bofetadas, empujones sin heridas ni dolor permanente; 28 casos la severidad era de nivel 2, lo que equivale a recibir puñetazos, patadas, magulladuras, heridas o dolor prolongado; 14 casos severidad de nivel 3, lo que corresponde a dar una paliza, contusiones severas, quemaduras y/o fractura de huesos. En un caso la severidad era de nivel 4, lo que corresponde a heridas en la cabeza, lesiones internas, lesiones permanentes. No tuvimos ningún caso de severidad 5, en el que existe el uso de armas o heridas con arma.

Las mujeres además de clasificar lo que nos decían en un tipo de severidad nos daban más detalles, otras formas de violencia que se añadían a lo que nosotras proponíamos: tirarle del pelo, tirarle objetos, “donde pillaba”, por todo el cuerpo, corte del pelo, tirar una silla a la cabeza, tres mujeres de las 64 que tenemos información nos dijeron que les había pegado en el abdomen.

#### 4.3.8.2. Violencia en función de cuándo se ejerce

Tabla 4.8. Momento en que se produce la violencia

Violencia según el AAS	Si	
	N	%
<b>Adolescencia</b> (N=779)	75	9.6
Emocional (N=770)	40	5.2
Física (N=769)	22	2.9
Sexual (N=759)	12	1.6
<b>Adultas</b> (N=779)	150	19.3
Emocional (770)	119	15.5
Física (N=769)	55	7.1
Sexual (N=758)	10	1.3
<b>Periembrazo</b> (N=779)	60	7.7
Emocional (N=770)	37	4.8
Física (N=769)	13	1.7
Sexual (N=759)	4	0.5
<b>Violencia periembra+adultas</b> (N=779)	170	21.8

Al analizar el momento en el que se ejerce la violencia, lo hemos dividido en 3 grupos, la violencia que ocurre alrededor del embarazo (ya sea durante el embarazo actual o un año antes de este embarazo), la que ocurre en la adolescencia y en la edad adulta. Hemos elaborado una nueva variable teniendo en cuenta lo que ocurre durante la edad adulta junto con la periembrazo (Tabla 4.8.).

**Durante la adolescencia.** La violencia que sufren las mujeres durante su adolescencia, es la que ellas recuerdan ya que nosotros les preguntamos en el momento del embarazo por la violencia que sufrieron mucho tiempo antes, con lo que es posible que al haber pasado cierto tiempo no refleje la realidad. Además, el tiempo que identifica esta violencia es corto. De la muestra de 779 mujeres, el 9.6% refieren algún tipo de violencia en este periodo de su vida.

Analizándolo por el tipo de violencia, el 5.2% ha sufrido violencia emocional, el 2.9% violencia física y 1.6% violencia sexual.

**Durante la edad adulta.** Aquí reflejamos la violencia que han sufrido las mujeres fuera de su adolescencia y de este embarazo y un año antes del embarazo. De las 779 mujeres de la muestra, el 19.3% ha sufrido algún tipo de violencia en este periodo, el 15.5% ha sufrido violencia emocional, el 7.1% física y 1.3% sexual.

**Alrededor del embarazo.** Esta violencia refleja la violencia que sufre una mujer durante el embarazo actual y el año previo al embarazo, la denominamos violencia alrededor del embarazo o periembarazo. El 7.7% de las mujeres ha sufrido algún tipo de violencia, el 4.8% violencia emocional, física el 1.7% y sexual el 0.5%.

**Periembarazo más adultas.** Hemos agrupado los dos tipos de violencia ya que pensamos que la violencia puede no aparecer de pronto durante el embarazo sino que pudiera ser un continuo, que se inició antes y continúa durante el embarazo y probablemente continúe después. De nuestra muestra, el 21.8% de las mujeres ha sufrido algún tipo de violencia durante la edad adulta y/o durante el embarazo.

#### 4.3.8.3. Persona que ejerce la violencia

Tabla 4.9. Entorno en el que se ejerce la violencia y sexo de la persona que la ejerce

Violencias	Sí		Ámbito en el que se ejerce la violencia			Hombre agresor		
	N	%	Pareja	Otro		N	%	%
<b>Emocional</b>	170 (770)	22.3	N=98 57.7%	N=72* 42.3%	Familiar	33	42.9	87.5
					Escolar	12	15.6	
					Laboral	21	27.3	
					Conocidos	11	14.3	
<b>Física</b>	74 (770)	9.6	N=60 81.1%	N=14* 18.9%	Familiar	7	43.8	94.4
					Escolar	2	12.5	
					Laboral	3	18.7	
					Conocidos	4	25.0	
<b>Sexual</b>	23 (759)	3.0	N=17 73.9	N=6 26.1%	Familiar	3	50.0	100
					Conocidos	2	33.0	
					Desconocidos	1	17.0	

\* No coincide porque hay varios casos que es más de una persona la que ejerce la violencia

En los tres tipos de violencia (emocional, física y sexual) hemos hecho la diferencia entre violencia de género ejercida por su pareja o expareja en el sentido amplio del término, tal y como la reconoce nuestra

legislación, es decir, la ejercida por la pareja o expareja, el novio o el exnovio; y la violencia ejercida por otro tipo de agresores (Tabla 4.9.). El resto de las personas que ejercen la violencia las hemos agrupado, según el entorno en el que se ejerce en: familiar, laboral, escolar o por otras personas, conocidos o desconocidos. El sexo de

las personas que ejercen esta violencia son la mayoría de los casos de sexo masculino y en muchos casos podrían encuadrarse como violencia de género pero en otros ámbitos.

**Pareja.** De toda la violencia emocional que sufren las mujeres, el 57.7% es ejercida por su pareja, el 81.1% de la violencia física, y el 73.9% de la violencia sexual.

**Otros.** Pasamos a presentar las otras personas que ejercen la violencia según el tipo de violencia.

La violencia emocional es ejercida en el entorno familiar en el 42.9% (33 casos). En esta violencia están incluidos padres, hermanos y hermanas, familia política, suegra, etc. La más frecuente es la ejercida por el padre (13 casos). En el entorno escolar es ejercida por compañeros y compañeras de colegio en el 15.6% (12 casos). En el entorno laboral es ejercida tanto por compañeros de trabajo como por jefes (incluido un inspector médico) y en algún caso por clientes (27.3%, 21 casos), Finalmente en el 14.3% (11 casos) es ejercida este tipo de violencia por otros conocidos como vecinos y vecinas y amigas.

La violencia física es ejercida menos frecuentemente por otros que no sean la pareja, sigue siendo el entorno familiar el más frecuente con 7 casos (6 de ellos es el padre), el escolar con 2, el laboral 3 casos y conocidos 4 casos.

La violencia sexual es ejercida sobre 23 mujeres, en 17 casos es ejercida por la pareja en el sentido amplio, en 3 casos por el marido, 6 el exmarido, 7 el exnovio y 1 el novio. De los 6 casos que es ejercida por otros que no mantienen este tipo de relación, en 1 caso ha sido el cuñado, en 2 el hermano, 2 casos el vecino y 1 caso un intento por un desconocido. En la violencia sexual, es mucho más frecuente que la persona agresora sea un familiar o un conocido muy allegado.

**Violencia ejercida por más de una persona.** En nuestra muestra, 8 mujeres sufren violencia emocional, ejercida por más de una persona. En todos los casos es la pareja, en todas sus acepciones, a veces es el marido actual y el exmarido o el marido y el exnovio. En cinco casos, además de la pareja, existe violencia por parte de otra persona. En cuanto a la violencia física, hay 4 casos en los que la violencia es ejercida por más de una persona. En todos esos casos la violencia es ejercida por la pareja o expareja y en dos casos además por el padre.

#### **4.3.8.4. Tener miedo de la persona que ha ejercido algún tipo de violencia**

A la pregunta si tiene miedo de la persona que ejerce o ha ejercido la violencia, 19 mujeres (14.3%), de las 133 que respondieron a esta pregunta, nos dijeron que sí.



### 4.3.9. Violencia que sufren las mujeres detectada con el ISA

La violencia que se mide con el ISA es la violencia ejercida por la pareja, que ocurre durante el embarazo o un año antes de quedarse embarazada, así cuando vamos a pasar el cuestionario a las mujeres les leemos el siguiente texto: “La violencia contra las mujeres es un problema muy extendido en nuestra sociedad. En muchas ocasiones, esa violencia es producida por la propia pareja o esposo de la mujer y, a menudo, ni siquiera ella es consciente de que está sufriendo malos tratos. Este cuestionario está diseñado para conocer si usted ha experimentado maltrato en su relación de pareja en el último año o durante el embarazo y la frecuencia de ese maltrato. No es un examen, por lo que no hay respuestas buenas o malas. Conteste a cada una de las preguntas lo más cuidadosa y correctamente que pueda”. Las respuestas para cada pregunta, según las frecuencias (1: nunca, 2: rara vez, 3: algunas veces, 4: frecuentemente y 5: muy frecuentemente), las presentamos en la tabla 4.10. Hay una pregunta, la nº17, que las mujeres no debían responder si no tenían hijos. Este cuestionario ha sido pasado a 721 mujeres ya que en un hospital no se hizo. A algunas preguntas las mujeres no desean contestar, por ello el total no siempre es este número.

Tabla 4.10. Frecuencia de las respuestas del ISA por items

		Nunca 1	Rara vez 2	Alguna s veces 3	Frecuen temente 4	Muy frecue nteme nte 5	Total de respue stas %
<b>NF</b>	1. Mi pareja me hace sentirme inferior (por ejemplo me dice que no valgo para nada o que no hago nada bien).	664 92.5%	25 3.5%	25 3.5%	1 0.1%	3 0.4%	718 100%
<b>NF</b>	2. Mi pareja me exige obediencia ante sus caprichos.	658 91.6%	34 4.8%	20 2.8%	3 0.4%	3 0.4%	718 100%
<b>NF</b>	3. Mi pareja se enfada y se pone intratable cuando le digo que está bebiendo demasiado.	645 89.8%	34 4.8%	26 3.6%	6 0.8%	7 1.0%	718 100%
<b>F</b>	4. Mi pareja me hace realizar actos sexuales que no me gustan o con los cuales no disfruto.	707 98.5%	5 0.7%	3 0.4%	2 0.3%	1 0.1%	718 100%
<b>NF</b>	5. A mi pareja le molesta mucho que la cena, las tareas de la casa o la colada no estén hechas para cuando él piensa que deberían estarlo.	644 90.6%	29 4.0%	27 3.8%	6 0.9%	5 0.7%	711 100%
<b>NF</b>	6. Mi pareja tiene celos y sospechas de mis amigos u otras personas cercanas (por ejemplo vecinos o compañeros de trabajo).	647 90.2%	30 4.2%	26 3.6%	8 1.1%	6 0.9%	717 100%
<b>F</b>	7. Mi pareja me da puñetazos.	712 99.1%	4 0.6%	2 0.3%	0	0	718 100%

## Resultados

NF	8. Mi pareja me dice que soy fea y poco atractiva.	700 97.6%	10 1.4%	6 0.8%	0	1 0.2%	717 100%
NF	9. Mi pareja me dice que no podría arreglármelas o cuidar de mí misma sin él.	683 95.2%	14 2.0%	12 1.7%	5 0.7%	3 0.4%	717 100%
NF	10. Mi pareja actúa como si yo fuera su criada personal.	655 91.4%	28 3.9%	27 3.8%	4 0.6%	2 0.3%	716 100%
NF	11. Mi pareja me insulta o me avergüenza delante de los demás.	696 96.9%	8 1.1%	8 1.1%	4 0.6%	2 0.3%	718 100%
NF	12. Mi pareja se enfada mucho si no estoy de acuerdo con él.	589 82.1%	50 7.0%	60 8.4%	13 1.8%	5 0.7%	717 100%
F	13. Mi pareja me amenaza con un objeto o arma (por ejemplo un cuchillo).	717 99.9%	1 0.1%	0 -	0 -	0 -	718 100%
NF	14. Mi pareja es tacaña a la hora de darme dinero para los asuntos de la casa.	678 95.5%	10 1.4%	11 1.5%	2 0.3%	9 1.3%	710 100%
NF	15. Mi pareja controla lo que gasto y a menudo se queja de que gasto demasiado (por ejemplo en ropa, teléfono, etc.).	634 88.5%	37 5.2%	33 4.6%	4 0.6%	8 1.1%	716 100%
NF	16. Mi pareja no me valora intelectualmente (por ejemplo me dice que no sé nada, que me calle, que soy tonta, etc.).	680 94.9%	17 2.4%	11 1.6%	3 0.4%	5 0.7%	716 100%
NF	17. Mi pareja exige que me quede en casa cuidando de los niños. *	401 55.6%	7 1.0%	11 1.5%	4 0.5%	4 0.5%	427*
F	18. Mi pareja me pega tan fuerte que debo buscar asistencia médica.	709 99.0%	6 0.9%	1 0.1%	0 -	0 -	716 100%
NF	19. Mi pareja cree que no debería trabajar o estudiar.	666 93.2%	7 1.0%	23 3.2%	11 1.6%	7 1.0%	714 100%
NF	20. Mi pareja no es una persona amable.	674 94.2%	23 3.2%	9 1.3%	4 0.6%	5 0.7%	715 100%
NF	21. Mi pareja no quiere que me relacione con mis amigas u otras personas cercanas (por ejemplo mi familia, vecinas/os o compañeras/os de trabajo).	680 95.3%	10 1.4%	11 1.6%	5 0.7%	7 1.0%	713 100%
F	22. Mi pareja exige que tengamos relaciones sexuales sin tener en cuenta si yo quiero o no.	695 97.2%	8 1.1%	7 1.0%	3 0.4%	2 0.3%	715 100%
NF	23. Mi pareja me chilla y me grita por cualquier motivo.	674 94.2%	21 2.9%	14 2.0%	1 0.2%	5 0.7%	715 100%
F	24. Mi pareja me da bofetadas en la cara y la cabeza.	706 99.0%	3 0.4%	3 0.4%	1 0.2%	0 -	713 100%
F	25. Mi pareja se pone agresiva conmigo cuando bebe.	690 96.6%	10 1.4%	7 1.0%	3 0.4%	4 0.6%	714 100%
NF	26. Mi pareja es un mandón y me da órdenes constantemente.	667 93.3%	23 3.2%	16 2.2%	5 0.7%	4 0.6%	715 100%
NF	27. Mi pareja no respeta mis sentimientos, decisiones y opiniones.	665 93.1%	21 2.9%	17 2.4%	6 0.9%	5 0.7%	714 100%
NF	28. Mi pareja me asusta y me da miedo.	702 98.1%	4 0.6%	4 0.6%	2 0.3%	3 0.4%	715 100%
NF	29. Mi pareja me trata como si fuera idiota.	690 96.5%	6 0.8%	13 1.8%	4 0.6%	2 0.3%	715 100%
F	30. Mi pareja actúa como si quisiera matarme.	702 99.4%	1 0.2%	3 0.4%	0 -	0 -	706 100%

\* Esta pregunta no debían contestarla las mujeres que no tienen hijos, hay 294 que no han respondido a la pregunta (40.8%).

**Violencia no física.** Las preguntas o ítems del cuestionario ISA que valoran la violencia no física son: 1, 2, 3, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 19, 20, 21, 23, 26, 27, 28 , 29. Cuando la suma de las respuestas es superior a 25 puntos, se considera que sufre violencia no física. En nuestra muestra fue de 151 mujeres lo que supone el 21.0% de la muestra.

**Violencia física.** Las preguntas o ítems del cuestionario ISA que valoran la violencia física son: 4, 7, 13, 18, 22, 24, 25 y 30. Cuando la suma de las respuestas es 10 o superior se considera que la mujer sufre violencia física. En nuestra muestra, han sido 26 mujeres lo que supone el 3.6% de la muestra.

**Violencia física y/o no física (global).** Tenemos en cuenta a las mujeres que han sufrido uno u otro tipo de violencia sin duplicar los casos. Un total de 153 mujeres sufren violencia física y/o no física, lo que representa un 21.3% de la muestra.

### 4.3.10. Violencia periembarazo (AAS+ISA)

La violencia periembarazo medida con los dos cuestionario AAS y el ISA la reportan 177 mujeres, el 22.7% de ellas, con una desviación estándar de 1.5.

**Resumen de los diferentes tipos de violencia** con las medias y las desviaciones estándar para un intervalo de confianza del 95%.

Tabla 4.11. Prevalencia de la violencia detectada con el AAS y el ISA

<b>Variabes</b>	<b>N</b>	<b>Media (%)</b>	<b>DE</b>	<b>IC 95%</b>
<b>Medidas con el AAS</b>				
<b>Violencia emocional N=770</b>	<b>170</b>	<b>22.3</b>		
Periembarazo	37	4.8	± 0.7	3.4 -6.5
Adultas	119	15.4	± 1.3	12.9 -18.2
Adolescentes	40	5.2	± 0.8	3.7 -7.0
<b>Violencia física N=769</b>	<b>74</b>	<b>9.6</b>		
Periembarazo	13	1.7	± 0.4	0.9 -2.8
Adultas	55	7.1	± 0.9	5.4 - 9.2
Adolescentes	22	2.9	± 0.6	1.8 - 4.3
<b>Violencia sexual N=759</b>	<b>23</b>	<b>3.0</b>		
Periembarazo	4	0.5	± 0.3	0.1 - 1.3
Adultas	10	1.3	± 0.4	0.6 - 2.4
Adolescentes	12	1.6	± 0.4	0.8 - 2.7
<b>Violencia global N=779</b>	<b>184</b>	<b>24.2</b>		
Periembarazo	60	7.7	± 0.9	5.8 - 9.5
Adultas	150	19.2	± 1.4	16.4 - 22.0
Adolescentes	76	9.6	± 1.0	7.5 - 11.7
<b>Periembarazo + adultas N=779</b>	<b>170</b>	<b>21.8</b>	<b>± 1.4</b>	<b>18.9 - 24.7</b>
<b>Medida con el ISA N =718</b>				
ISA no física	151	21.0	± 1.5	18.1 - 24.2
ISA física	26	3.6	± 0.7	2.4 - 5.3
ISA global física y/o no física	153	21.3	± 1.5	18.4 - 24.5
<b>Medida con el AAS y el ISA N=779</b>				
<b>Violencia periembarazo</b>	<b>177</b>	<b>22.7</b>	<b>± 1.5</b>	<b>19.8 - 25.8</b>

A partir de los resultados expuestos anteriormente, hemos elaborado una tabla (Tabla 4.11.) en la que se muestra la prevalencia de la violencia que sufren las mujeres y que es detectada por el AAS y el ISA. Se han tenido en cuenta también los periodos en los que se ejercen dichas violencias.

#### 4.3.11. Características de la persona agresora

Se han recogido los datos de 60 personas agresoras. Han sido las propias mujeres las que han respondido a este cuestionario. Hemos preguntado sobre las características sociodemográficas y los hábitos tóxicos y si estos se han modificado durante el embarazo.

La **edad** media de los agresores fue de 31.3 años con una desviación estándar de 6.55. La edad mínima fue de 19 años y la máxima de 51.

El **estado civil** de nuestra muestra de hombres fue el siguiente: había 27 casados (45.8%), 12 mantenían una relación con compromiso (20.4%) y 20 una relación sin compromiso (33.8%). De ellos había dos divorciados, 3 separados y el resto no convivían.

En cuanto al **nivel de estudios**, 18 hombres (30.5%) tenían un nivel inferior a 7 años de formación, 37 de 7 a 12 años (62.7%) y el resto de los que se ha recogido este dato (4), formación universitaria.

Con respecto al tipo de **trabajo actual**, encontramos 40 hombres que tenían un trabajo en la actualidad (67.8%), 18 (30.5%) refirieron estar en paro y 1 hombre estaba jubilado.

De nuestro grupo de hombres, 52 (88.1%) eran de **nacionalidad** española, 3 eran bolivianos, 2 marroquíes, 1 alemán y 1 británico.

En cuanto a los hábitos tóxicos, hemos preguntado sobre el consumo de alcohol, el tabaco y otras drogas ilegales; además, también queríamos saber si estos hábitos se habían modificado durante el embarazo. Los resultados encontrados en cuanto al consumo de **tabaco** fueron los siguientes: nunca habían fumado 23 hombres, (el 39.7%), 8 hombres habían fumado pero dejaron de fumar sin especificar en qué momento abandonaron y, de los 27 que seguían fumando, 6 aumentaron su consumo durante este embarazo. En cuanto a la cantidad de tabaco, no tenemos esta información de todos los cuestionarios, pero 4 consumían entre 3 y 10 cigarrillos al día y 14 consumían más de un paquete al día.

De los 59 cuestionarios que tenemos, el dato del consumo de **alcohol**, 24 (40.7%) nunca han consumido alcohol. De los que nos dijeron que sí consumían, lo hemos

clasificado en consumo esporádico, las mujeres nos dijeron que lo hacían de forma esporádica, ocasional, que actualmente no bebían porque les sentaba mal, etc., eran cuatro hombres. Los que consumían solo el fin de semana eran 7, uno consumía un par de cervezas y dos consumían tres copas cada fin de semana. El resto, 18 (30.0%), consumían alcohol tanto a diario como los fines de semana. Las cantidades solían ser: cervezas y vino entre semana y copas los fines de semana. En 5 ocasiones, las mujeres expresaron el consumo de alcohol de forma diferente: “bebe mucho a todas horas”, “mucho, se gasta todo el dinero en alcohol”, “bebe mucho y de todo”, etc. Preguntadas las mujeres si creían que había aumentado el consumo durante el embarazo, en tres ocasiones nos dijeron que sí había aumentado, y en los tres casos eran grandes consumidores. Una mujer nos dijo que tomaba cervezas y vino en las comidas y en la cena y güisqui los fines de semana. Otra fue la que nos dijo que bebía mucho y de todo. Finalmente, otra nos dijo que tomaba 10 copas al día más cervezas y copas los fines de semana.

Preguntando por el consumo de otras **drogas** ilegales, 35 (66.3%) nos dijeron que no habían consumido nunca drogas que ellas conocieran; 12 (21.0%) habían consumido alguna vez en la vida y 13 (22.7%) consumían actualmente. En cuanto al tipo de consumo, 11 refirieron que habían consumido o que consumían actualmente cannabis, otro fumaba heroína y uno “de todo” refirió la mujer. En un caso, dijo que consumía entre 8 y 9 porros al día. Ninguna mencionó el consumo de pastillas.

#### **4.3.12. Resultados del cuestionario “Evaluación del riesgo” D.A.**

Han respondido a este cuestionario 34 mujeres, 6 de ellas aparecieron con 0 riesgo, 17 tenían un riesgo entre 1 y 3, lo que se considera que la mujer no está en riesgo extremo pero se recomienda valorar el contenido de las preguntas que ha respondido afirmativamente para guiar las actuaciones. 11 mujeres respondieron con una puntuación de 4 o más. Se considera peligro extremo de homicidio o suicidio a una puntuación de 4.

#### **4.4. Análisis de los modelos bivariante y multivariante asociados a la violencia contra la mujer ejercida por su pareja**

Presentamos los resultados de los diferentes tipos de violencia y su asociación con variables sociodemográficas, entorno familiar y hábitos tóxicos. También presentaremos los resultados de las regresiones múltiples elaborados para variables de embarazo, parto y recién nacido y diferentes violencias. No presentamos los datos para el tipo de hospital y el lugar de residencia ya que no hemos encontrado ninguna relación en casi la totalidad de las situaciones estudiadas del análisis de regresión múltiple.



#### 4.4.1. Violencia fuera del embarazo

Presentamos los resultados de los diferentes tipos de violencia identificados con el AAS y que ocurren fuera del embarazo y su asociación con las diferentes variables estudiadas.

##### 4.4.1.1. Violencia general

Es la violencia que identificamos a la respuesta de la primera pregunta del AAS: "En alguna ocasión ¿ha sufrido abuso emocional o físico por parte de su marido/pareja o por una persona importante para usted?"

Tabla 4.12. Asociación entre violencia en general y variables sociodemográficas, entorno familiar y hábitos tóxicos

Variables	Categorías	N	Sí		P
			N	%	
Tipo Hospital	Comarcal	153	16	10.5	0.2369
	Especialidades	361	53	14.7	
	Regional	254	27	10.6	
Edad	<20 años	30	6	20.0	0.0867
	20-24	100	14	14.0	
	25-29	196	25	12.8	
	30-34	273	25	9.2	
	35-39	119	15	12.6	
	≥ 40	31	8	25.8	
Estado civil	Casada	490	37	7.5	2.6e-07
	Relación con comp.	105	20	19.1	
	Relación sin comp.	170	38	22.4	
Nivel estudios	Hasta primarios	290	39	13.4	0.2723
	Secundarios	371	48	12.9	
	Universitarios	106	8	7.6	
Lugar residencia	<2000 habitantes	39	3	7.7	0.0504
	2000-10000	147	17	11.6	
	10001-50000	220	19	8.6	
	50001-200000	181	33	18.2	
	>200000	175	23	13.1	
Trabajo	Ama de casa	228	29	12.7	0.0882
	Parada	159	27	17.0	
	Ocupada	364	35	9.6	
	Estudiante	15	3	20.0	
Nacionalidad	Española sí	700	77	11.0	0.0000
	Española no	68	19	27.9	
Convivencia	Con su pareja	698	76	10.9	0.0001
	Otras formas	69	19	27.5	
Apoyo entorno	Sí	730	81	11.1	2.5e-06
	No	34	13	38.2	
Fuma embarazo	Sí	131	27	20.61	0.0018
	No	634	68	10.73	

Existe una asociación entre el estado civil y la violencia general. Las mujeres que siguen casadas en el momento del estudio reportan menos violencia sufrida a lo largo de su vida que una mujer que mantiene una relación con compromiso, siendo las mujeres que mantienen una relación sin compromiso las que han sufrido más violencia a lo largo de su vida. Asimismo, hay una asociación entre este tipo de violencia y la nacionalidad de las mujeres, las de nacionalidad no española sufren más esta violencia. También hay una relación significativa con el tipo de convivencia, las mujeres que viven con otras personas que no son sus parejas exclusivamente,

refieren haber sufrido más violencia, así como las mujeres que no tienen una persona en quién confiar. Existe una asociación entre fumar durante el embarazo y sufrir este tipo de violencia, fuman más las mujeres que refieren este tipo de violencia.

Tabla 4.13. Asociación entre violencia en general y años de relación, número de hijos, de embarazos y de abortos

	Violencia general, Sí			Violencia general, No			P
	N	Media	DE	N	Media	DE	
Años relación	94	5.1	4.7	665	8.9	5.4	2.0e-10
Nº hijos	94	0.34	0.58	672	0.54	0.75	0.0121
Nº embarazos	96	1.24	1.48	672	0.85	1.03	0.0011
Nº abortos	96	0.52	0.94	672	0.29	0.58	0.0010

Existe también una asociación significativa entre violencia en general y los años de relación, las mujeres que refieren este tipo de violencia, tienen menos años de relación;

con respecto al número de hijos, tienen menos hijos; más embarazos y más abortos, en todos los casos las diferencias son significativas.

#### 4.4.1.2. Violencia global

En este tipo de violencia, incluimos a las mujeres que responden que han sufrido algún tipo de violencia física, emocional y/o sexual identificado con el AAS.

Tabla 4.14. Asociación entre sufrir violencia global y variables sociodemográficas, entorno familiar y hábitos tóxicos.

Variables	Categorías	N	Sí		P
			N	%	
Tipo Hospital	Comarcal	146	27	18.5	0.1926
	Especialidades	359	93	25.9	
	Regional	254	64	25.2	
Edad	<20 años	30	12	40.0	0.0331
	20-24	98	28	28.6	
	25-29	192	44	22.9	
	30-34	270	53	19.6	
	35-39	118	31	26.3	
	≥ 40	31	12	38.7	
Estado civil	Casada	486	85	17.5	3.6e-08
	Relación con comp.	105	35	33.3	
	Relación sin comp.	165	63	38.2	
Nivel estudios	Hasta primarios	289	79	27.3	0.0969
	Secundarios	367	86	23.4	
	Universitarios	101	17	16.8	
Lugar residencia	<2000 habitantes	39	9	23.1	0.2356
	2000-10000	144	30	20.8	
	10001-50000	216	44	20.4	
	50001-200000	181	49	27.1	
	>200000	173	50	28.9	
Trabajo	Ama de casa	225	58	25.8	0.0184
	Parada	156	38	24.4	
	Ocupada	362	78	21.5	
	Estudiante	14	8	57.1	
Nacionalidad	Española sí	692	160	23.1	0.0205
	Española no	67	24	35.8	
Convivencia	Con su pareja	690	150	21.7	0.0000
	Otras formas	68	33	48.5	
Apoyo entorno	Sí	730	165	22.9	0.0003
	No	34	17	50.0	
Fuma embarazo	Sí	130	51	39.2	0.0000
	No	626	132	21.1	

Encontramos asociación entre la edad y la violencia global, en el sentido de que sufren más violencia las mujeres menores de 20 y las mayores de 40 (siempre hablando de edades fértiles), a partir de los 20 años va bajando hasta los 34 que se estabiliza. Para aumentar en las de más de 40 años. También hay asociación con el estado civil, en el sentido de que una mujer casada sufre menos este tipo de violencia, sufren más las mujeres con una relación sin compromiso, seguidas de las que viven en una relación con compromiso. Asimismo, hay asociación

con el tipo de trabajo, en el sentido de que las mujeres ocupadas refieren menos violencia global y las que más las estudiantes, seguidas de las amas de casa y paradas. En cuanto a la nacionalidad, la relación es que las mujeres de nacionalidad no española sufren más este tipo de violencia. Además, existe asociación con el tipo de convivencia, la reportan más las que no viven con su pareja y, con respecto al apoyo en su entorno, la refieren más las que nos dicen que no tienen una persona en quien

confiar. Hay una asociación entre hábito tabáquico durante el embarazo y sufrir violencia global a lo largo de su vida, en el sentido de que las que sufren violencia fuman más durante el embarazo que las que no la refieren.

Tabla 4.15. Asociación entre violencia global y años de relación, número de hijos, de embarazos y de abortos

	Violencia global, Sí			Violencia global, No			P
	N	Media	DE	N	Media	DE	
Años relación	181	6.3	5.1	570	9.1	5.4	7.4e-10
Nº hijos	182	0.42	0.61	575	0.55	0.76	0.0339
Nº embarazos	184	1.15	1.03	575	0.82	1.02	0.0004
Nº abortos	184	0.48	0.84	575	0.27	0.56	0.0001

Existe, también, una asociación entre sufrir violencia global y los años de relación. Las mujeres que sufren este tipo de violencia, tienen de media 3 años menos

de relación. En relación al número de hijos, tienen menos hijos las mujeres que sufren esta violencia; también hay asociación con el número de embarazos y el número de abortos, tienen de media más y estas diferencias son significativas.

#### 4.4.1.3. Violencia durante la adolescencia

Identificamos los casos de violencia que las mujeres, en el momento de la entrevista, nos dicen que sufrieron durante la adolescencia. En la violencia global durante la adolescencia, tenemos en cuenta las que refieren algún tipo de violencia durante este periodo. Para la violencia global y emocional hemos realizado análisis de regresión, no así para la violencia física y sexual, que solo hemos realizado un análisis bivariante debido a los pocos casos que tenemos.

#### 4.4.1.3.1. Violencia global durante la adolescencia

Tabla 4.16. Modelos de regresión logística para la violencia global durante la adolescencia ajustado por las variables sociodemográficas y entorno familiar

Variables	Categorías	Fr. (%)	Modelo bruto		Modelo ajustado	
			Odds	IC (95%)	Odds	IC (95%)
Tipo de hospital	Comarcal (N=160)	19 (11.9)	1	-		
	Especialidades (N=363)	31 (8.5)	0.7	0.4 -1.3		
	Regional (N= 256)	25 (9.8)	0.8	0.4 -1.5		
Edad	< 20 años (N = 31)	5 (16.1)	1	-	1	-
	20 – 24 (N= 101)	10 (9.9)	0.6	0.2 - 1.8	1.0	0.3 - 3.6
	25 – 29 (N = 200)	23 (11.5)	0.7	0.2 - 1.9	1.2	0.3 - 4.6
	30 – 34 (N = 276)	20 (7.2)	0.4	0.1 - 1.2	0.8	0.2 - 3.3
	35 – 39 (N = 120)	12 (10.0)	0.6	0.2 - 1.8	0.9	0.2 - 3.9
	≥ 40 (N = 31)	3 (9.7)	0.6	0.1 - 2.6	1.4	0.2 - 8.5
Estado civil	Casada (N= 499)	40 (8.0)	1	-	1	-
	Relación con compr (N= 106)	13 (12.3)	1.6	0.8 - 3.1	1.8	0.9 - 3.6
	Relación sin compr (N = 171)	21 (12.3)	1.6	0.9 - 2.8	1.3	0.6 - 2.6
Nivel de estudios	Hasta primarios (N = 294)	23 (7.82)	1	-	1	-
	Secundarios (N = 377)	38 (10.1)	1.3	0.8 - 2.3	1.9	1.0 - 3.4
	Universitarios (N = 106)	12 (11.3)	1.5	0.7 - 3.1	2.0	0.8 - 5.0
Lugar de residencia	< 2000 habitantes (N = 39)	2 (5.1)	1	-	1	-
	2000 a 10000 (N = 153)	19 (12.4)	2.6	0.6 - 11.8	2.7	0.6 - 12.7
	10001 a 50000 (N = 222)	17 (7.7)	1.5	0.3 - 6.9	1.5	0.3 - 7.1
	50001 a 200000 (N = 182)	19 (10.4)	2.2	0.5 - 9.7	2.0	0.4 - 9.4
	> de 200000 (N = 176)	17 (9.7)	2.0	0.4 - 8.9	1.9	0.4 - 9.2
Tipo de trabajo	Ama de casa (N = 170)	20 (11.8)	1	-	1	-
	Parada (N = 162)	13 (8.0)	0.6	0.3 - 1.4	0.6	0.3 - 1.3
	Ocupada (N = 430)	37 (8.6)	0.7	0.4 - 1.3	0.7	0.4 - 1.3
	Estudiante (N = 15)	4 (26.7)	2.7	0.8 - 9.4	2.1	0.4 - 9.6
Nacionalidad	Española sí (N = 710)	66 (9.3)	1	-	1	-
	Española no (N = 69)	9 (13.0)	1.7	0.7 - 3.1	1.2	0.5 - 2.8
Convivencia	Con su pareja (N =707)	63 (8.9)	1	-	1	-
	Otras personas (N = 71)	11 (15.5)	1.9	0.9 - 3.7	2.1	0.9 - 5.3
Apoyo en su entorno P=0.0092	Sí (N = 738)	65 (8.8)	1	-	1	-
	No (N = 37)	8 (21.6)	2.9	1.2 - 6.5	2.0	0.8 - 5.5

No encontramos asociación entre la violencia global durante la adolescencia y ninguna de las variables sociodemográficas estudiadas.

El nivel de estudios no parece estar asociado, de manera significativa, con el hecho de reportar sufrir violencia durante la adolescencia, aunque aparece un incremento según la mujer tiene un nivel de estudios superior. Cuando se controla el modelo por todas las variables, la probabilidad de sufrir este tipo de violencia para las mujeres con estudios secundarios es 1.9 veces mayor (IC=1.0-3.4), tomando como referencia las mujeres con estudios primarios.

Sí encontramos significación en las mujeres que sufren violencia durante la adolescencia y el hecho de tener o no apoyo en su entorno (P=0.0092), en el sentido de que las mujeres que no tienen este apoyo sufren más violencia, presentan una probabilidad 2.9 veces superior de sufrir este tipo de violencia que las que tienen apoyo. Sin embargo, una vez ajustado por las otras variables sociodemográficas, el apoyo en su entorno desaparece como factor de riesgo.

Tabla 4.17. Asociación entre violencia global en adolescentes y años de relación, número de hijos, de embarazos y de abortos

	V. global adolesc., Sí			V. global adolesc., No			P
	N	Media	DE	N	Media	DE	
Años relación	73	7.2	5.5	696	8.5	5.4	0.0433
Nº hijos	74	0.46	0.67	702	0.53	0.74	0.4493
Nº embarazos	75	1.12	1.37	704	0.88	1.07	0.0717
Nº abortos	75	0.49	0.84	704	0.30	0.61	0.0134

Existe asociación entre las medias de los años de relación para las mujeres que nos dicen haber sufrido violencia global durante su adolescencia, siendo menos los años de relación con su pareja. También encontramos una asociación con el número de abortos, las mujeres que sufrieron este tipo de violencia tienen de media más abortos que las que no la refieren.

Tabla 4.18. Asociación entre violencia global en adolescentes y consumo de sustancias tóxicas

		N	Sí		P
			N	%	
Fuma embarazo	Sí	137	21	15.3	0.0110
	No	639	53	8.3	
Bebe	Alguna vez	345	29	8.4	0.3026
	Nunca	434	46	9.4	
Drogas	Alguna vez	128	22	14.7	0.0013
	Nunca	646	52	8.0	

Las mujeres que refieren haber sufrido este tipo de violencia está asociada con el hecho de fumar durante el embarazo y haber consumido drogas alguna vez en la vida.

#### 4.4.1.3.2. Violencia emocional durante la adolescencia

Tabla 4.19. Modelos de regresión logística para la violencia emocional durante la adolescencia ajustado por las variables sociodemográficas y entorno familiar

Variables	Categorías	Fr. (%)	Modelo bruto		Modelo ajustado	
			Odds	IC (95%)	Odds	IC (95%)
Tipo de hospital	Comarcal (N=153)	3 (2.0)	1	-		
	Especialidades (N=362)	21 (5.8)	3.1	0.9 - 10.5		
	Regional (N= 255)	16 (6.3)	3.3	1.0 - 11.7		
Edad	< 20 años (N = 31)	3 (9.7)	1	-	1	-
	20 – 24 (N= 101)	7 (6.9)	0.7	0.2 - 2.9	1.7	0.3 - 10.3
	25 – 29 (N = 196)	9 (4.6)	0.5	0.1 - 1.8	1.3	0.2 - 8.8
	30 – 34 (N = 273)	12 (4.4)	0.4	0.1 - 1.6	1.2	0.2 - 8.5
	35 – 39 (N = 118)	5 (4.2)	0.4	0.1 - 1.8	1.1	0.1 - 8.7
	≥ 40 (N = 31)	2 (6.4)	0.6	0.1 - 4.2	2.5	0.2 - 26.2
Estado civil	Casada (N= 492)	20 (4.1)	1	-	1	-
	Relación con comp. (N = 106)	7 (6.6)	1.7	0.7 – 4.0	1.8	0.7 – 4.8
	Relación sin comp. (N = 169)	13 (7.7)	2.0	1.0 – 4.0	1.4	0.5 – 3.5
Nivel de estudios	Hasta primarios (N = 291)	16 (5.5)	1	-	1	-
	Secundarios (N = 373)	18 (4.8)	0.9	0.4 - 1.7	1.2	0.6 - 2.8
	Universitarios (N = 104)	6 (5.8)	1.1	0.4 - 2.8	1.5	0.5 - 4.5
Lugar de residencia	< 2000 habitantes (N = 39)	1 (2.6)	1	-	1	-
	2000 a 10000 (N = 147)	9 (6.1)	2.5	0.3 – 20.2	2.3	0.3 – 19.6
	10001 a 50000 (N = 222)	6 (2.7)	1.1	0.1 – 9.0	0.9	0.1 – 8.5
	50001 a 200000 (N = 182)	13 (7.1)	2.9	0.4 – 23.0	2.5	0.3 – 21.1
	> de 200000 (N = 174)	11 (6.3)	2.6	0.3 – 20.5	2.4	0.3 – 20.7
Tipo de trabajo P=0.0258	Ama de casa (N = 166)	10 (6.0)	1	-	1	-
	Parada (N = 160)	4 (2.5)	0.4	0.1 - 1.3	0.4	0.1 - 1.3
	Ocupada (N = 427)	23 (5.4)	0.9	0.4 - 1.9	1.0	0.4 - 2.4
	Estudiante (N = 15)	3 (20.0)	3.9	1.0 - 16.1	3.6	0.5 - 27.0
Nacionalidad	Española sí (N = 701)	39 (5.6)	1	-	1	-
	Española no (N = 69)	1 (1.5)	0.3	0.0 - 1.8	0.2	0.0 - 1.6
Convivencia P=0.0157	Con su pareja (N =698)	32 (4.6)	1	-	1	-
	Otras formas (N = 71)	8 (11.3)	2.6	1.2 – 6.0	2.8	1.0 – 8.3
Apoyo en su entorno	Sí (N = 733)	36 (4.9)	1	-	1	-
	No (N = 34)	4 (11.8)	2.6	0.9 - 7.7	2.8	0.7 - 10.9

No hemos encontrado significación en la relación entre el estado civil actual de la mujer y si esta reporta o no haber sufrido violencia emocional en la adolescencia, sin embargo, como puede apreciarse en la tabla hay un ligero incremento del riesgo de reportar tal violencia conforme el estado civil actual es una relación con compromiso o sin compromiso, llegando a ser significativo para la relación sin compromiso en el modelo bruto (OR=2.0; IC=1.0-4.0), aunque este efecto desaparece una vez ajustado por las otras variables sociodemográficas.

En términos globales, podemos decir que existe asociación entre la situación laboral actual de la mujer (P=0.0258) y la violencia emocional en la adolescencia, en el sentido que sufren más este tipo de violencia las estudiantes seguidas de las amas de

casa, las mujeres que tienen una ocupación y, finalmente, las mujeres que se encuentran en paro. La asociación estadísticamente significativa se produce únicamente con las estudiantes (OR=3.9; IC=1.0-16.1). Las estudiantes son pocas en nuestra muestra (N=15), pueden ser más jóvenes y tener más cerca la adolescencia. La significación desaparece una vez que ajustamos con las otras variables sociodemográficas.

Asimismo, existe asociación (P=0.0157) entre el tipo de convivencia y reportar este tipo de violencia. Las mujeres que no viven exclusivamente con su pareja reportan sufrirla más, presentan 2.6 veces más probabilidades de reportar la violencia que las que conviven con su pareja en el modelo bruto. Siendo esta probabilidad aún mayor (OR=2.8; IC=1.0-8.3), cuando ajustamos por las variables sociodemográficas.

Tabla 4.20. Asociación entre violencia emocional en adolescentes y años de relación, número de hijos, de embarazos y de abortos

	V. emoc. adolesc., Sí			V. emoc. adolesc., No			P
	N	Media	DE	N	Media	DE	
Años relación	40	7.2	6.0	720	8.5	5.4	0.1599
Nº hijos	40	0.4	0.67	727	0.5	0.73	0.3006
Nº embarazos	40	1.05	1.32	730	0.89	1.09	0.3608
Nº abortos	40	0.5	0.78	730	0.31	0.63	0.0679

La media de los años de relación y del número de hijos de las mujeres que refieren violencia emocional durante la adolescencia es menor que las que no la

refieren. El número de embarazos y de abortos de las mujeres que nos refieren haber sufrido violencia emocional durante la adolescencia es mayor que las que nos dicen que no la han sufrido. En ninguno de los casos estas diferencias son significativas.

Tabla 4.21. Asociación entre violencia emocional en adolescentes y consumo de sustancias tóxicas

		N	Sí		P
			N	%	
Fuma embarazo	Sí	132	9	6.8	0.3626
	No	635	31	4.9	
Bebe	Alguna vez	344	19	5.5	0.7121
	Nunca	426	21	4.9	
Drogas	Alguna vez	126	13	10.3	0.0050
	Nunca	639	27	4.2	

Existe asociación entre este tipo de violencia y haber consumido drogas alguna vez en la vida.



#### 4.4.1.3.3. Violencia física durante la adolescencia

Tabla 4.22. Asociación entre sufrir violencia física durante la adolescencia y las variables sociodemográficas, entorno familiar y hábitos tóxicos

Variables	Categorías	N	Sí		P
			N	%	
Tipo Hospital	Comarcal	152	2	1.3	0.2431
	Especialidades	363	14	3.9	
	Regional	254	6	2.4	
Edad	<20 años	31	2	6.4	0.4502
	20-24	101	1	1.0	
	25-29	196	7	3.6	
	30-34	272	6	2.2	
	35-39	118	4	3.4	
	≥ 40	31	0	0.0	
Estado civil	Casada	481	12	2.4	0.6323
	Relación con comp.	105	4	3.8	
	Relación sin comp.	170	6	3.5	
Nivel estudios	Hasta primarios	291	8	2.7	0.8412
	Secundarios	371	11	3.0	
	Universitarios	105	2	1.9	
Lugar residencia	<2000 habitantes	39	0	0.0	0.4348
	2000-10000	147	4	2.7	
	10001-50000	221	4	1.8	
	50001-200000	181	8	4.4	
	>200000	175	6	3.4	
Trabajo	Ama de casa	166	7	4.2	0.5556
	Parada	159	3	1.9	
	Ocupada	427	12	2.8	
	Estudiante	15	0	0.0	
Nacionalidad	Española sí	701	20	2.9	0.9668
	Española no	68	2	2.9	
Convivencia	Con su pareja	697	18	2,6	0.1420
	Otras formas	71	4	5.6	
Apoyo entorno	Sí	731	18	2,5	0.0015
	No	34	4	11.8	
Fuma embarazo	Sí	131	7	5.3	0.0629
	No	635	15	2.4	
Bebe	Alguna vez	343	9	2.6	0.7236
	Nunca	426	13	3.0	
Drogas	Alguna vez	127	7	5.5	0.0521
	Nunca	637	15	2.3	

Tabla 4.23. Asociación entre violencia física en adolescentes y años de relación, número de hijos, de embarazos y de abortos

	V. física adolesc., Sí			V. física adolesc., No			P
	N	Media	DE	N	Media	DE	
Años relación	22	7.6	5.6	737	8.5	5.5	0.5018
Nº hijos	22	0.64	0.79	744	0.51	0.73	0.4364
Nº embarazos	22	1.36	1.36	747	0.88	1.09	0.0413
Nº abortos	22	0.50	0.80	747	0.31	0.64	0.1791

No existe asociación entre ninguna de las variables socio demográficas estudiadas con sufrir violencia física durante la adolescencia. Encontramos una asociación entre sufrir este tipo de violencia y el hecho de tener actualmente apoyo en su entorno, las mujeres que no lo tienen reportan haber sufrido más violencia.

Tampoco encontramos asociación con las variables de hábitos tóxicos estudiadas, aunque con el consumo de drogas se encuentra muy cerca de la significación (P=0.0521).

Las mujeres que reportan haber sufrido violencia física durante la adolescencia, han tenido de media un número mayor de embarazos que las que no la refieren, y la diferencia es significativa. Para el resto de variables las diferencias no son significativas.

#### 4.4.1.3.4. Violencia sexual durante la adolescencia

Tabla 4.24. Asociación entre sufrir violencia sexual durante la adolescencia y las variables sociodemográficas, entorno familiar y hábitos tóxicos

Variables	Categorías	N	Sí		P
			N	%	
Tipo Hospital	Comarcal	145	2	1.4	0.7504
	Especialidades	362	7	1.9	
	Regional	252	3	1.2	
Edad	<20 años	31	2	6.5	0.2762
	20-24	98	1	1.0	
	25-29	191	3	1.6	
	30-34	271	3	1.1	
	35-39	118	3	2.5	
	≥ 40	30	0	0.0	
Estado civil	Casada	487	5	1.0	0.2438
	Relación con comp.	104	3	2.9	
	Relación sin comp.	166	4	2.4	
Nivel estudios	Hasta primarios	290	2	0.7	0.3972
	Secundarios	367	8	2.2	
	Universitarios	101	2	2.0	
Lugar residencia	<2000 habitantes	38	0	0.0	0.0747
	2000-10000	144	2	1.4	
	10001-50000	215	1	0.5	
	50001-200000	182	7	3.8	
	>200000	174	2	1.2	
Trabajo	Ama de casa	163	3	1.8	0.0017
	Parada	157	2	1.3	
	Ocupada	424	5	1.2	
	Estudiante	14	2	14.3	
Nacionalidad	Española sí	694	9	1.3	0.0402
	Española no	65	3	4.6	
Convivencia	Con su pareja	689	11	1.6	0.9145
	Otras formas	70	1	1.4	
Apoyo entorno	Sí	722	10	1.4	0.0403
	No	34	2	5.9	
Fuma embarazo	Sí	130	3	2.3	0.4686
	No	627	9	1.4	
Bebe	Alguna vez	341	3	0.9	0.1618
	Nunca	418	9	2.1	
Drogas	Alguna vez	125	5	4.0	0.0193
	Nunca	630	7	1.1	

Tabla 4.25. Asociación entre violencia sexual en adolescentes y años de relación, número de hijos, de embarazos y de abortos

	V. sexual adolesc., Sí			V. sexual adolesc., No			P
	N	Media	DE	N	Media	DE	
Años relación	12	5.6	5.1	739	8.5	5.5	0.0735
Nº hijos	12	0.50	0.67	745	0.52	0.73	0.9272
Nº embarazos	12	1.67	1.92	747	0.89	1.08	0.0151
Nº abortos	12	0.83	1.34	747	0.31	0.63	0.0055

Existe asociación entre sufrir violencia sexual durante la adolescencia y el tipo de trabajo. Son las estudiantes las que sufren más violencia de este tipo, para el resto de tipos de ocupación, es similar.

También encontramos asociación con la nacionalidad, las mujeres de nacionalidad no española refieren haber sufrido más violencia sexual durante la adolescencia. Asimismo, existe asociación entre este tipo de violencia y el apoyo en su entorno, han sufrido más las mujeres que actualmente no tienen apoyo.

Existe asociación entre esta violencia y el haber consumido drogas alguna vez en su vida.

Existe asociación entre haber sufrido violencia sexual durante la adolescencia y el número de embarazos (casi el doble) así como el número de abortos (más del doble). Estas

diferencias son significativas.

#### 4.4.1.4. Violencia en la edad adulta

En esta sección, presentamos los datos de las mujeres que refieren haber sufrido violencia durante la edad adulta pero fuera del periodo del perimenstruación y del embarazo. Para la violencia global y emocional hemos realizado análisis de regresión logística multivariante, no así para la violencia física y sexual que hemos realizado un análisis bivariante debido a los casos que tenemos.

##### 4.4.1.4.1. Violencia global en la edad adulta

Mujeres que refieren cualquier tipo de violencia durante la edad adulta pero fuera del periodo del perimenstruación y embarazo actual.

Tabla 4.26. Modelos de regresión logística para la violencia global durante la edad adulta ajustado por las variables sociodemográficas y entorno familiar

Variables	Categorías	Fr. (%)	Modelo bruto		Modelo ajustado	
			Odds	IC (95%)	Odds	IC (95%)
Tipo de hospital	Comarcal (N=160)	34 (21.2)	1	-		
	Especialidades (N=363)	71 (19.6)	0.9	0.6 - 1.4		
	Regional (N= 256)	45 (17.6)	0.8	0.5 - 1.3		
Edad	< 20 años (N = 31)	7 (22.6)	1	-	1	-
	20 – 24 (N= 101)	21 (20.8)	0.9	0.3 - 2.4	1.7	0.5 - 5.1
	25 – 29 (N = 200)	38 (19.0)	0.8	0.3 - 2.0	2.5	0.8 - 8.0
	30 – 34 (N = 276)	46 (16.7)	0.7	0.3 - 1.7	3.4	1.1 - 11.3
	35 – 39 (N = 120)	26 (21.7)	0.9	0.4 - 2.4	4.4	1.3 - 14.6
	≥ 40 (N = 31)	9 (29.0)	1.4	0.5 - 4.4	6.6	1.6 - 27.0
Estado civil P= 7.9e-07	Casada (N= 499)	69 (13.8)	1	-	1	-
	Relación con comp. (N = 106)	26 (24.5)	2.0	1.2 - 3.4	2.5	1.4 - 4.3
	Relación sin comp. (N = 171)	54 (31.6)	2.9	1.9 - 4.3	2.8	1.7 - 4.8
Nivel de estudios P=0.0473	Hasta primarios (N = 294)	68 (23.1)	1	-	1	-
	Secundarios (N = 377)	66 (17.5)	0.7	0.5 - 0.9	0.9	0.6 - 1.4
	Universitarios (N = 106)	14 (13.2)	0.5	0.3 - 0.9	0.5	0.3 - 1.1
Lugar de residencia	< 2000 habitantes (N = 39)	7 (17.9)	1	-	1	-
	2000 a 10000 (N = 153)	31 (20.3)	1.2	0.5 - 2.9	1.5	0.6 - 3.9
	10001 a 50000 (N = 222)	39 (17.6)	1.0	0.4 - 2.4	1.2	0.5 - 3.2
	50001 a 200000 (N = 182)	34 (18.7)	1.0	0.4 - 2.6	1.1	0.4 - 2.8
	> de 200000 (N = 176)	36 (20.5)	1.2	0.5 - 2.9	1.3	0.5 - 3.5
Tipo de trabajo P=0.0270	Ama de casa (N = 170)	40 (23.5)	1	-	1	-
	Parada (N = 162)	33 (20.4)	0.8	0.5 - 1.4	0.7	0.4 - 1.3
	Ocupada (N = 430)	69 (16.1)	0.6	0.4 - 0.9	0.7	0.4 - 1.1
	Estudiante (N = 15)	6 (40.0)	2.2	0.7 - 6.5	1.9	0.5 - 7.4
Nacionalidad P=0.0019	Española sí (N = 710)	127 (17.9)	1	-	1	-
	Española no (N = 69)	23 (33.3)	2.3	1.3 - 4.0	2.1	1.1 - 3.8
Convivencia P=0.0003	Con su pareja (N=707)	124 (17.5)	1	-	1	-
	Otras formas (N = 71)	25 (35.2)	2.6	1.5 - 4.3	2.1	1.1 - 4.3
Apoyo en su entorno P= 2.8e-06	Sí (N = 738)	130 (17.6)	1	-	1	-
	No (N = 37)	18 (48.6)	4.4	2.3 - 8.7	2.8	1.3 - 6.2

En el modelo ajustado, hemos encontrado que las mujeres de la franja de edad de 30 a 34 años tienen una odds ratio de 3.4 (IC=1.1-11.3), las de la franja de edad de 35 a 39 años de 4.4 (IC=1.3-14.6) y las de más de 40 años de 6.6 (IC=1.6-27.0), con intervalos de confianza superiores a 1, por lo que sí es significativo. Este dato es muy interesante puesto que la probabilidad de sufrir violencia por parte de la pareja en mujeres aumenta con la edad de ésta, es decir, que cuanto mayor es la exposición en años más probable es sufrir violencia ejercida por la pareja durante la vida, es una cuestión de tiempo.

Sí encontramos asociación en las mujeres que sufren violencia con el estado civil ( $P=7.9e-07$ ), tanto en el modelo bruto como en el ajustado, las mujeres que mantienen una relación con compromiso presentan una odds ratio de 2.0 y las que mantienen una relación sin compromiso es de 2.9 para el modelo bruto. Una vez ajustado por el resto de variables sociodemográficas, el hecho de mantener una relación con compromiso incrementa la probabilidad de sufrir este tipo de violencia (OR=2.5; IC=1.4-4.3) y en las relaciones sin compromiso es aún mayor (OR=2.8; IC=1.7-4.8) tomando como referencia las mujeres casadas.

En términos globales, podemos decir que existe asociación entre el nivel de estudios y el hecho de reportar haber sufrido violencia ejercida por la pareja en la edad adulta ( $P=0.0473$ ), siendo las odds ratio menores que 1, así como el límite superior del intervalo de confianza, tanto para las mujeres con estudios universitarios (OR=0.5; IC=0.3-0.9), como para las mujeres con estudios secundarios (OR=0.7; IC=0.5-0.9) para el modelo bruto. Podemos decir que los estudios son un factor que protege de sufrir violencia en la edad adulta. Al ajustar por otros factores sociodemográficos, desaparece este factor de protección, aunque las mujeres con estudios universitarios roza la significación (OR=0.5; IC=0.3-1.1).

Asimismo, existe asociación entre el tipo de trabajo ( $P=0.0270$ ) y la violencia que reportan las mujeres, sin embargo, cuando analizamos categoría por categoría en relación a la categoría ama de casa no se llega a alcanzar la significación. No obstante, aparece un patrón claro: las paradas y las ocupadas tienden a reportarla con menos probabilidad la violencia, mientras que las estudiantes tienden a reportar con más probabilidad. Insistiendo en que estas diferencias no han llegado a ser significativas. Sin embargo, para el grupo de las mujeres ocupadas, esto es un factor de protección

en el modelo bruto (OR=0.6; IC=0.4-0.9) y en el modelo ajustado está en el límite de la significación (OR=0.7; IC=0.4-1.1).

También existe asociación entre reportar este tipo de violencia y la nacionalidad (P=0.0019). Las mujeres de nacionalidad no española tienen más probabilidades de reportar este tipo de violencia que las españolas, presentando una odds ratio de 2.3 (IC=1.3-4.0) en el modelo bruto y 2.1 (IC=1.1-3.8) en el ajustado.

Asimismo, existe asociación entre el tipo de convivencia y el reportar sufrir este tipo de violencia (P=0.0003). Las mujeres que no viven con su pareja tienen una probabilidad de reportar sufrir este tipo de violencia de 2.6 veces más (IC=1.5-4.3). Manteniéndose también en el modelo ajustado (OR=2.1; IC=1.1-4.3), una vez ajustado por el resto de variables.

Finalmente, para las mujeres que reportan este tipo de violencia, existe significación con el hecho de tener apoyo o no en su entorno (P=2.8e-06). Así las mujeres que no tienen apoyo incrementan la probabilidad de 4.4 veces más. (IC=2.3-8.7), manteniéndose la significación una vez ajustado con las variables sociodemográficas (OR=2.8; IC=1.3-6.2).

Tabla 4.27. Asociación entre violencia global en adultas y años de relación, número de hijos, de embarazos y de abortos

	V. global adultas, Sí			V. global adultas, No			P
	N	Media	DE	N	Media	DE	
Años relación	146	6.2	4.9	623	8.9	5.5	4.3e-08
Nº hijos	148	0.47	0.65	628	0.53	0.75	0.3142
Nº embarazos	150	1.22	1.35	629	0.83	1.03	0.0000
Nº abortos	150	0.45	0.83	629	0.29	0.58	0.0068

de abortos y esta diferencia es significativa.

Tabla 4.28. Asociación entre violencia global en adultas y consumo de sustancias tóxicas

		N	Sí		P
			N	%	
Fuma embarazo	Sí	137	46	33.6	2.5e-06
	No	639	103	16.1	
Bebe	Alguna vez	345	73	21.2	0.2296
	Nunca	434	77	17.7	
Drogas	Alguna vez	128	38	29.7	0.0009
	Nunca	646	110	17.0	

Las mujeres que reportan sufrir violencia global durante la edad adulta tienen menos años de relación con sus parejas, mayor número de embarazos y mayor número

de abortos y esta diferencia es significativa. Las mujeres que refieren haber sufrido violencia durante la edad adulta, está asociado estadísticamente con el hecho de fumar durante el embarazo y haber consumido drogas alguna vez en la vida.

#### 4.4.1.4.2. Violencia emocional en la edad adulta

Tabla 4.29. Modelos de regresión logística para la violencia emocional durante la edad adulta ajustado por las variables sociodemográficas y entorno familiar.

Variables	Categorías	Fr. (%)	Modelo bruto		Modelo ajustado	
			Odds	IC (95%)	Odds	IC (95%)
Tipo de hospital	Comarcal (N=153)	17 (11.1)	1	-		
	Especialidades (N=362)	61 (16.8)	1.6	0.9 - 2.9		
	Regional (N= 255)	41 (16.1)	1.5	0.8 - 2.8		
Edad	< 20 años (N = 31)	7 (22.6)	1	-	1	-
	20 – 24 (N= 101)	18 (17.8)	0.7	0,3 - 2.0	1.3	0.4 - 3.9
	25 – 29 (N = 196)	27 (13.8)	0.5	0.2 - 1.4	1.6	0.5 - 5.2
	30 – 34 (N = 273)	37 (13.6)	0.5	0.2 - 1.3	2.8	0.9 - 9.2
	35 – 39 (N = 118)	20 (16.9)	0.7	0.3 - 1.8	3.4	1.0 - 11.8
	≥ 40 (N = 31)	7 (22.6)	1	0.3 - 3.3	4.9	1.1 - 21.2
Estado civil P=3.3e-08	Casada (N= 492)	48 (9.8)	1	-	1	-
	Relación con comp (N = 106)	24 (22.6)	2.7	1.6 - 4.7	3.5	1.9 - 6.3
	Relación sin comp (N = 169)	46 (27.2)	3.5	2.2 - 5.4	3.3	1.9 - 5.9
Nivel de estudios P=0.0019	Hasta primarios (N = 291)	58 (19.9)	1	-	1	-
	Secundarios (N = 373)	53 (14.2)	0.7	0.4 - 1.0	0.9	0.6 - 1.5
	Universitarios (N = 104)	6 (5.8)	0.3	0.1 - 0.6	0.3	0.1 - 0.7
Lugar de residencia	< 2000 habitantes (N = 39)	6 (15.4)	1	-	1	-
	2000 a 10000 (N = 147)	19 (12.9)	0.8	0.3 - 2.2	1.0	0.3 - 2.8
	10001 a 50000 (N = 222)	28 (12.6)	0.8	0.3 - 2.1	0.9	0.3 - 2.5
	50001 a 200000 (N = 182)	31 (17.0)	1.1	0.4 - 2.9	1.0	0.4 - 3.0
	> de 200000 (N = 174)	33 (19.0)	1.3	0.5 - 3.3	1.4	0.5 - 4.0
Tipo de trabajo	Ama de casa (N = 166)	31 (18.7)	1	-	1	-
	Parada (N = 160)	26 (16.3)	0.8	0.5 - 1.5	0.7	0.4 - 1.3
	Ocupada (N = 427)	55 (12.9)	0.6	0.4 - 1.0	0.7	0.4 - 1.3
	Estudiante (N = 15)	5 (33.3)	2.2	0.7 - 6.8	1.5	0.4 - 6.7
Nacionalidad P=0.0104	Española sí (N = 701)	101 (14.1)	1	-	1	-
	Española no (N = 69)	18 (26.1)	2.1	1.2 - 3.7	1.9	1.0 - 1.7
Convivencia P=0,0000	Con su pareja (N =698)	95 (13.6)	1	-	1	-
	Otras personas (N = 71)	23 (32.4)	3.0	1.8 - 5.2	2.3	1.1 - 4.8
Apoyo en su entorno P=0.0000	Sí (N = 733)	104 (14.2)	1	-	1	-
	No (N = 34)	14 (41.2)	4.2	2.1 - 8.6	2.3	1.0 - 5.13

Como se ha expuesto en el análisis de la violencia global, no parece que la edad esté asociada con haber sufrido violencia emocional durante la edad adulta. En el modelo ajustado las OR son superiores a 1, aunque los tres primeros grupos de edad no llegan a ser significativos, puesto que los intervalos de confianza al 95% contienen el valor 1. Sin embargo, los grupos de mujeres de 35-39 y el grupo de mayores de 40 años tienen más probabilidad de presentar este tipo de violencia (OR=3.4; IC=1.0-11.8) para el primer grupo; y (OR=4.9; IC=1.12-21.16) para el segundo grupo. Lo que corresponde a un número mayor de años de exposición de la mujer a la violencia.

Existe asociación entre el estado civil y el reportar sufrir violencia emocional en la edad adulta ( $P=3.3e-08$ ). Las mujeres que tienen una relación con compromiso presentan una odds ratio de 2.7 (IC=1.6-4.7) en el modelo bruto, siendo en el modelo ajustado de 3.5 (IC=1.9-6.3). En las que mantienen una relación sin compromiso, la probabilidad de referir este tipo de violencia es de 3.5 (IC=2.2-5.4) en el modelo bruto y de 3.3 (IC=1.9-5.9) en el modelo ajustado.

Como hemos comentado para la violencia global, existe asociación entre el nivel de estudios y el reportar sufrir violencia emocional durante la edad adulta ( $P=0.0019$ ). En todos los casos la odds ratio es inferior a 1, siendo 0.7 para las mujeres con estudios secundarios (IC=0.4 – 1.0), lo que se encuentra cerca de la significación y 0.3 (IC=0.1-0.6) para las que tienen estudios universitarios. En ambos casos, actuaría como un factor de protección. Este factor de protección se mantiene en el modelo ajustado para las mujeres con estudios universitarios (OR=0.3; IC=0.1-0.7). El nivel de estudios, por tanto, protege de este tipo de violencia en las mujeres con estudios universitarios, una vez ajustado por el resto de variables sociodemográficas.

De nuevo encontramos diferencias significativas entre el reportar sufrir este tipo de violencia y la nacionalidad ( $P=0.0104$ ). Las mujeres de nacionalidad no española tienen más probabilidad de sufrir este tipo de violencia tanto en el modelo bruto (OR=2.1; IC=1.2-3.7), como en el ajustado (OR=1.9; IC=1.0-1.7).

El tipo de convivencia presenta diferencias entre las mujeres que nos dicen haber sufrido violencia emocional durante la edad adulta y las que no ( $P=0.0000$ ). Las mujeres que no viven con sus parejas presentan una probabilidad de referir este tipo de violencia de 3.0 veces más que las que no la reportan (IC=1.8-5.2) en el modelo bruto y de 2.3 (IC=1.1-4.8) en el ajustado.

Como en casos anteriores, existe asociación con el hecho de tener apoyo en su entorno o no ( $P=0.0000$ ). Las mujeres que reportan violencia emocional durante la edad adulta y que no reciben apoyo tienen una odds ratio de 4.2 (IC=2.1-8.6) en el modelo bruto y de 2.3 (IC=1.0-5.1) en el modelo ajustado.

Tabla 4.30. Asociación entre violencia emocional en adultas y años de relación, número de hijos, de embarazos y de abortos

	V. emocional adultas, Sí			V. emocional adultas, No			P
	N	Media	DE	N	Media	DE	
Años relación	116	5.8	4.8	644	8.9	5.5	2.7e-08
Nº hijos	117	0.45	0.66	650	0.53	0.74	0.3081
Nº embarazos	119	1.26	1.39	651	0.83	1.03	0.0000
Nº abortos	119	0.45	0.83	651	0.29	0.60	0.0130

Las mujeres que refieren sufrir violencia emocional durante la edad adulta tienen menos años de relación con su pareja, la

diferencia es estadísticamente significativa. También está asociado con el número de embarazos y el número de abortos, tienen más embarazos y más abortos y las diferencias son significativas.

Tabla 4.31. Asociación entre violencia emocional en adultas y consumo de sustancias tóxicas

		N	Sí		P
			N	%	
Fuma embarazo	Sí	132	35	26.5	0.0001
	No	635	83	13.0	
Bebe	Alguna vez	344	61	17.7	0.1161
	Nunca	426	58	13.6	
Drogas	Alguna vez	126	31	24.6	0.0015
	Nunca	639	86	13.5	

En nuestra muestra, el haber sufrido violencia emocional durante la edad adulta, está asociado con el hecho de fumar durante el embarazo y haber consumido drogas alguna vez en su vida.



#### 4.4.1.4.3. Violencia física en la edad adulta

Tabla 4.32. Asociación entre sufrir violencia física en la edad adulta y las variables sociodemográficas, entorno familiar y hábitos tóxicos

Variables	Categorías	N	Si		P
			N	%	
Tipo Hospital	Comarcal	152	9	5.9	0.6668
	Especialidades	363	29	8.0	
	Regional	254	17	6.7	
Edad	<20 años	31	2	6.4	0.0641
	20-24	101	6	5.9	
	25-29	196	18	9.2	
	30-34	272	14	5.1	
	35-39	118	7	5.9	
	≥ 40	31	6	19.4	
Estado civil	Casada	491	19	3,9	0.0000
	Relación con comp.	105	12	11,4	
	Relación sin comp.	170	23	13,5	
Nivel estudios	Hasta primarios	291	22	7.6	0.6111
	Secundarios	371	27	7.3	
	Universitarios	105	5	4.8	
Lugar residencia	<2000 habitantes	39	4	10.3	0.4459
	2000-10000	147	13	8.8	
	10001-50000	221	10	4.5	
	50001-200000	181	13	7.2	
	>200000	175	14	8.0	
Trabajo	Ama de casa	166	15	9.0	0.5709
	Parada	159	12	7.5	
	Ocupada	427	25	5.8	
	Estudiante	15	1	6.7	
Nacionalidad	Española sí	701	44	6,3	0.0025
	Española no	68	11	16,2	
Convivencia	Con su pareja	697	42	6,03	0.0006
	Otras formas	71	12	16.9	
Apoyo entorno	Sí	731	44	6,02	1.9e-07
	No	34	10	29,4	
Fuma embarazo	Sí	131	19	14.5	0.0002
	No	635	35	5.5	
Bebe	Alguna vez	343	35	10.2	0.0032
	Nunca	426	20	4.7	
Drogas	Alguna vez	197	20	10.1	0.0000
	Nunca	637	33	5.2	

Existe asociación entre sufrir violencia física durante la edad adulta y el estado civil, en el sentido de que sufren más las mujeres que mantienen una relación sin compromiso, seguido de las que mantienen una relación con compromiso, las mujeres que están casadas refieren menos esta violencia. También existe asociación entre esta violencia y la nacionalidad, sufren más violencia las que no son de nacionalidad española. Asimismo, existe asociación con el tipo de convivencia, en el sentido de que sufren más violencia de este tipo las mujeres que no viven con su pareja; con el hecho de tener o no apoyo en su entorno, sufren más violencia las mujeres sin apoyo de su entorno. También está asociada esta violencia con fumar durante el embarazo y haber bebido o consumido drogas alguna vez en su vida.

Tabla 4.33. Asociación entre violencia física en adultas y años de relación, número de hijos, de embarazos y de abortos

	V. física adultas, Sí			V. física adultas, No			P
	N	Med	DE	N	Med	DE	
Años relación	54	5.0	4.6	705	8.7	5.4	2.0e-06
Nº hijos	53	0.40	0.63	713	0.53	0.74	0.21
Nº embarazos	55	1.27	1.21	714	0.86	1.09	0.0077
Nº abortos	55	0.51	0.81	714	0.30	0.63	0.0224

Las mujeres que refieren sufrir violencia física durante la edad adulta tienen de media menos años de relación con su pareja actual y

la diferencia es significativa. El número de embarazos de las mujeres que refieren esta violencia es mayor que las que no la refieren, así como el número de abortos, y estas diferencias son significativas.

#### 4.4.1.4.4. Violencia sexual en la edad adulta

Tabla 4.34. Asociación entre sufrir violencia sexual en la edad adulta y las variables sociodemográficas, entorno familiar y hábitos tóxicos

Variables	Categorías	N	Sí		P
			N	%	
Tipo Hospital	Comarcal	145	2	1.4	0.6490
	Especialidades	361	6	1.7	
	Regional	252	2	0.8	
Edad	<20 años	31	0	0.0	0.4595
	20-24	98	1	1.0	
	25-29	191	5	2.6	
	30-34	270	2	0.7	
	35-39	118	1	0.8	
	≥ 40	30	1	3.3	
Estado civil	Casada	486	2	0.4	0.0131
	Relación con comp.	104	3	2.9	
	Relación sin comp.	166	5	3.0	
Nivel estudios	Hasta primarios	289	5	1.7	0.4215
	Secundarios	367	5	1.4	
	Universitarios	101	0	0.0	
Lugar residencia	<2000 habitantes	38	1	2.6	0.6704
	2000-10000	143	3	2.1	
	10001-50000	215	2	0.9	
	50001-200000	182	2	1.1	
	>200000	174	1	0.6	
Trabajo	Ama de casa	162	3	1.8	0.7007
	Parada	157	3	1.9	
	Ocupada	424	4	0.9	
	Estudiante	14	0	0.0	
Nacionalidad	Española sí	693	8	1.2	0.1940
	Española no	65	2	3.1	
Convivencia	Con su pareja	688	8	1.2	0.2365
	Otras formas	70	2	2.9	
Apoyo entorno	Sí	721	5	0.7	2.9e-12
	No	34	5	14.7	
Fuma embarazo	Sí	129	2	1.5	0.8037
	No	627	8	1.3	
Bebe	Alguna vez	340	5	1.5	0.7419
	Nunca	418	5	1.2	
Drogas	Alguna vez	125	3	2.4	0.2506
	Nunca	627	7	1.1	

Tabla 4.35. Asociación entre violencia sexual en adultas y años de relación, número de hijos, de embarazos y de abortos

	V. sexual adultas, Sí			V. sexual adultas, No			P
	N	Media	DE	N	Media	DE	
Años relación	10	4.9	3.8	740	8.5	5.5	0.0413
Nº hijos	10	0.30	0.48	746	0.52	0.73	0.3424
Nº embarazos	10	1	0.94	748	0.90	1.11	0.7701
Nº abortos	10	0.40	0.52	748	0.32	0.65	0.7004

Existe asociación entre violencia sexual en la edad adulta y el tipo de convivencia, en el sentido de que las mujeres que viven en una relación sin compromiso, sufren más violencia sexual que las que viven en una relación con compromiso y éstas, a su vez, más que las que están casadas. También encontramos asociación entre referir este tipo de violencia y el hecho de tener o no apoyo en su entorno. Sufren más violencia sexual las mujeres sin apoyo de su entorno.

Para las mujeres que refieren sufrir violencia sexual durante la edad adulta, los años de relación con su actual pareja son menos que las que no la refieren y esta diferencia es significativa. Para el resto de variables las diferencias no son significativas.

A continuación, presentamos unas tablas que resumen todos los resultados (en los que existe una

asociación estadísticamente significativa) de los diferentes tipos de violencia fuera del

embarazo y la asociación con las variables sociodemográficas, de entorno familiar (convivencia y apoyo de su entorno), de consumo de sustancias tóxicas y de perfil obstétrico (número de hijos, embarazos y abortos y años de relación).

Tabla 4.36. Asociaciones entre las variables: años de relación, número de hijos, número de embarazos y de abortos y la violencia **fuera del embarazo**

Tipos V. Variables	Violencia General		Violencia Global		Violencia adultas				Violencia adolescencia											
	SI	NO	SI	NO	Global SI NO	Emocional SI NO	Física SI NO	Sexual SI NO	Global SI NO	Emocio. SI NO	Física SI NO	Sexual SI NO								
Años relación	5.1	-8.9 ***	6.3	-9.1 ***	6.2	-8.9 ***	5.8	-8.9 ***	5.0	-8.7 ***	4.9	-8.5 *	7.1	-8.5 *	7.2	-8.5	7.6	-8.5	5.6	-8.5
Nº de hijos	0.34	-0.54 *	0.42	-0.55 *	0.47	-0.53	0.45	-0.53	0.40	-0.53	0.30	-0.52	0.46	-0.53	0.4	-0.52	0.64	-0.51	0.50	-0.52
Nº de embarazos	1.24	-0.85 **	1.15	-0.82 ***	1.22	-0.83 ***	1.26	-0.83 ***	1.27	-0.86 **	1	-0.90	1.12	-0.88	1.05	-0.89	1.36	-0.88 *	1.67	-0.89 *
Nº de abortos	0.52	-0.29 **	0.48	-0.27 ***	0.45	-0.29 **	0.45	-0.29 ***	0.51	-0.30 *	0.40	-0.32	0.49	-0.30 *	0.5	-0.31	0.50	-0.31	0.83	-0.31 **

\*p<0.05; \*\*p<0.01; \*\*\*p<0.001

Las diferencias de la media de edad de las mujeres de nuestra muestra y del tiempo de residencia de las mujeres extranjeras no son significativas en ningún tipo de las violencias estudiadas fuera del embarazo.

Tabla 4.37. Asociaciones estadísticamente significativas entre las variables sociodemográficas, entorno familiar y hábitos tóxicos y las violencias fuera del embarazo.

Tipos V. Variables	Violencia Gen	Violencia Global	Violencia adultas				Violencia adolescentes			
	eral		Global	Emoc	Física	Sexual	Global	Emoc	Física	Sexual
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
<b>Edad</b>	-	*	-	-	-	-	-	-	-	-
<20		40.0								
20-24		28.6								
25-29		22.9								
30-34		19.6								
35-39		26.3								
≥ 40		38.7								
<b>Estado civil</b>	***	***	***	***	***	*	-	-	-	-
Casada	7.5	17.5	13.8	9.8	3.9	0.4				
Relación con comp	19.1	33.3	24.5	22.6	11.4	2.9				
Relación sin comp	22.4	38.2	31.6	27.2	13.5	3.0				
<b>Estudios</b>	-	-	*	**	-	-	-	-	-	-
<7			23.1	19.9						
7-12			17.5	14.2						
>12			13.2	5.8						
<b>Trabajo</b>	-	*	*	-	-	-	-	*	-	**
Ama de casa		25.8	23.5					6.0		1.8
Parada		24.4	20.4					2.0		1.3
Ocupada		21.5	16.1					5.4		1.2
Estudiante		57.1	40.0					20.0		14.3
<b>Nacionalidad</b>	***	*	**	*	**	-	-	-	-	*
No española	27.9	35.8	33.3	26.1	16.2					4.6
Española	11.0	23.1	17.9	14.4	6.3					1.3
<b>Convivencia</b>	***	***	***	***	***	-	-	*	-	-
Con su pareja	10.9	21.7	17.5	13.6	6.0			4.6		
Otros	27.5	56.9	35.2	32.4	16.9			11.3		
<b>Apoyo entorno</b>	***	***	***	***	***	***	**	-	**	*
Si	11.1	22.8	17.6	14.2	6.0	0.7	8.8		2.5	1.4
No	38.2	50.0	48.6	41.2	29.4	14.7	21.6		11.8	5.9
<b>Fumar embarazo</b>	**	***	***	***	***	-	*	-	-	-
% de Si Violencia	20.6	39.2	30.8	29.7	35.2		28.4			
% de No Violencia	10.7	21.1	14.5	14.9	15.7		16.5			
<b>Beber alguna vez</b>	*	*	-	-	**	-	-	-	-	-
% de Si violencia	33.3	46.7			63.6					
% de No violencia	12.1	24.1			43.1					
<b>Drogas alguna vez</b>	No calcul	No calcul	***	**	***	-	**	**	-	*
% de Si violencia			25.7	26.5	37.7		29.7	32.5		41.7
% de No violencia			14.4	14.7	15.1		15.1	15.6		16.2

\*p&lt;0.05 \*\*p&lt;0.01 \*\*\*p&lt;0.001

#### **4.4.2. Violencia alrededor del embarazo**

A continuación presentamos los resultados de las violencias durante el embarazo, medidas con los dos instrumentos (AAS e ISA) y los modelos bivariante y multivariante de regresión logística con las variables sociodemográficas y del entorno familiar.

##### **4.4.2.1. Violencia medida con el AAS**

En esta sección analizamos los tres tipos de violencia identificados con el AAS durante el embarazo (emocional, física y sexual), así como la violencia global, que son las mujeres que refieren cualquiera de estos tipos de violencia. Incluimos otra variable que corresponde al grupo de mujeres que ha sufrido violencia durante el embarazo y en la edad adulta.

#### 4.4.2.1.1. Violencia global periembarazo

Tabla 4.38. Modelos de regresión logística para la violencia global alrededor del embarazo ajustados por las variables sociodemográficas y entorno familiar

Variables	Categorías	Fr. (%)	Modelo bruto		Modelo ajustado	
			Odds	IC (95%)	Odds	IC (95%)
Tipo de hospital P=0.0018	Comarcal (N=160)	23 (14.4)	1	-		
	Especialidades (N=363)	21 (5.8)	0.4	0.2 - 0.7		
	Regional (N= 256)	16 (6.2)	0.4	0.2 - 0.8		
Edad	< 20 años (N = 31)	4 (12.9)	1	-	1	-
	20 – 24 (N= 101)	8 (7.9)	0.6	0.2 - 2.1	0.9	0.2 - 4.3
	25 – 29 (N = 200)	21 (10.5)	0.8	0.2 - 2.5	1.3	0.3 - 5.9
	30 – 34 (N = 276)	16 (5.8)	0.4	0.1 - 1.3	0.9	0.2 - 4.3
	35 – 39 (N = 120)	7 (5.8)	0.4	0.1 - 1.5	0.6	0.1 - 3.6
	≥ 40 (N = 31)	3 (9.7)	0.7	0.2 - 3.5	1.7	0.2 - 11.8
Estado civil P=0.0016	Casada (N= 499)	29 (5.8)	1	-	1	-
	Relación con comp. (N = 106)	6 (5.7)	1.0	0.4 - 2.4	0.8	0.3 - 2.2
	Relación sin comp. (N = 171)	24 (14.0)	2.6	1.5 - 4.7	2.5	1.2 - 5.2
Nivel de estudios	Hasta primarios (N = 294)	16 (5.4)	1	-	1	-
	Secundarios (N = 377)	34 (9.0)	1.7	0.9 - 3.2	2.7	1.3 - 5.6
	Universitarios (N = 106)	9 (8.5)	1.6	0.7 - 3.8	2.9	1.0 - 8.5
Lugar de residencia	< 2000 habitantes (N = 39)	3 (7.7)	1	-	1	-
	2000 a 10000 (N = 153)	15 (9.8)	1.3	0.4 - 4.7	1.4	0.4 - 5.3
	10001 a 50000 (N = 222)	15 (6.8)	0.9	0.2 - 3.2	1.0	0.2 - 3.7
	50001 a 200000 (N = 182)	14 (7.7)	1	0.3 - 3.7	1.1	0.3 - 4.4
	> de 200000 (N = 176)	12 (6.8)	0.9	0.2 - 3.3	0.8	0.2 - 3.1
Tipo de trabajo	Ama de casa (N = 170)	17 (10.0)	1	-	1	-
	Parada (N = 162)	14 (8.6)	0.8	0.4 - 1.8	0.5	0.2 - 1.2
	Ocupada (N = 430)	27 (6.3)	0.6	0.3 - 1.1	0.5	0.2 - 1.0
	Estudiante (N = 15)	1 (6.7)	0.6	0.1 - 5.2	0.2	0.0 - 2.9
Nacionalidad P=0.0267	Española sí (N = 710)	50 (7.0)	1	-	1	-
	Española no (N = 69)	10 (14.5)	2.2	1.1 - 4.5	1.6	0.7 - 3.8
Convivencia P=0.0300	Con su Pareja (N =707)	49 (6.9)	1	-	1	-
	Otras formas (N = 71)	10 (14.1)	2.2	1.1 - 4.6	1.7	0.6 - 4.7
Apoyo en su entorno P=0.0000	Sí (N = 738)	48 (6.5)	1	-	1	-
	No (N = 37)	9 (24.3)	4.6	2.1 - 10.3	4.3	1.7 - 10.9

Existe asociación entre el tipo de hospital (P=0.0018) y la violencia global alrededor del embarazo que reportan las mujeres. La probabilidad es menor en los hospitales de especialidades y regionales con una odds ratio de 0.4 e IC inferiores a 1. La variable “tipo de hospital” está asociada a la violencia global periembarazo y a la violencia global medida con el AAS e ISA.

Existe asociación entre el estado civil actual de la mujer y si esta reporta o no sufrir violencia alrededor del embarazo (P=0.0016). El grupo de las mujeres que mantienen una relación actual sin compromiso son las que presentan una probabilidad mayor de



sufrir este tipo de violencia, tanto en el modelo bruto (OR=2.7; IC=1.5-4.7), como una vez que se ajusta por el resto de variables sociodemográficas (OR=2.5; IC=1.2-5.2).

El nivel de estudios no parece estar asociado con el hecho de reportar sufrir o no este tipo de violencia, pero sí que vemos un ligero incremento según que la mujer tiene un nivel superior de estudios, pero sin llegar a ser significativo. Sin embargo, en el modelo ajustado, tanto para el grupo de mujeres con estudios secundarios (OR=2.7; IC=1.3-5.6), como universitarios (OR=2.9; IC=1.0-8.5), la probabilidad de sufrir este tipo de violencia parece superior que las mujeres con estudios primarios.

No existe asociación entre el tipo de trabajo y sufrir violencia alrededor del embarazo. Sin embargo, en el modelo ajustado encontramos que el grupo de mujeres ocupadas, se encuentra cerca de la protección de este tipo de violencia (OR=0.5; IC=0.2-1.0).

Existe asociación entre la nacionalidad y el reportar sufrir violencia alrededor del embarazo (P=0.0267). Para las mujeres de nacionalidad no española la odds ratio es 2.2 (IC=1.1-4.5) en el modelo bruto, sin embargo, esta probabilidad desaparece una vez que se ajusta por las otras variables sociodemográficas.

También encontramos asociación entre el tipo de convivencia actual de la mujer (P=0.0300) y reportar sufrir violencia alrededor del embarazo. Las mujeres que no viven con sus parejas, la probabilidad de sufrir este tipo de violencia es 2.2 veces mayor que para las mujeres que viven con sus parejas (IC=1.1-4.6), desapareciendo esta significación una vez que ajustamos por otras variables.

Encontramos una asociación, estadísticamente significativa, en las mujeres que sufren violencia alrededor del embarazo y el hecho de tener o no apoyo en su entorno (P=0.0000). Las mujeres que no tienen apoyo presentan mayor probabilidad de sufrir este tipo de violencia tanto en el modelo bruto (OR=4.6; IC=2.1-10.3) como en el modelo ajustado (OR=4.3; IC=1.7-10.9).

Existe asociación estadísticamente significativa (P=0.0473) entre esta violencia y fumar durante el embarazo. Las mujeres que fuman durante el embarazo sufren más violencia de este tipo (11.7%), frente a las mujeres que no fuman (6.7%).

Tabla 4.39. Asociación entre violencia alrededor del embarazo y edad de las mujeres, años de relación, número de hijos, de embarazos y de abortos

	V. periembarazo, Sí			V. periembarazo, No			P
	N	Media	DE	N	Media	DE	
Edad	59	28.8	5.8	700	30.0	5.6	0.0958
Años relación	58	5.8	4.7	711	8.6	5.5	0.0001
Nº hijos	58	0.47	0.63	718	0.53	0.74	0.5508
Nº embarazos	60	1.07	1.44	719	0.89	1.08	0.2282
Nº abortos	60	0.45	0.89	719	0.31	0.61	0.1010

Las mujeres que sufren violencia global periembarazo tienen de media menos años de relación con su pareja y esta diferencia es significativa. Aunque es mayor el número de embarazos y el número de abortos para las mujeres que sufren esta violencia, las diferencias no son significativas.

#### 4.4.2.1.2. Violencia emocional periembarazo

Tabla 4.40. Modelos de regresión logística para la violencia emocional alrededor del embarazo ajustados por las variables sociodemográficas y entorno familiar

Variable	Categoría	Fr. (%)	Modelo bruto		Modelo ajustado	
			Odds	IC (95%)	Odds	IC (95%)
Tipo de hospital	Comarcal (N=153)	8 (5.2)	1	-		
	Especialidades (N=362)	17 (4.7)	0.9	0.4- 2.1		
	Regional (N= 255)	12 (4.7)	0.9	0.4-2.2		
Edad	< 20 años (N= 31)	3 (9.7)	1	-	1	-
	20 – 24 (N= 101)	5 (4.9)	0.5	0.1- 2.2	0.7	0.1-4.4
	25 – 29 (N= 196)	12 (6.1)	0.6	0.2-2.3	1.1	0.2- 6.3
	30 – 34 (N= 273)	10 (3.7)	0.3	0.1-1.4	0.8	0.1-5.2
	35 – 39 (N= 118)	4 (3.4)	0.3	0.1-1.6	0.7	0.1-5.0
	≥ 40 (N= 31)	2 (6.5)	0.6	0.1-4.1	1.8	0.2-18.8
<b>Estado civil P=0.0002</b>	Casada (N= 492)	15 (3.0)	1	-	1	-
	Relación con compr. (N=106)	3 (2.8)	0.9	0.3-3.3	0.6	0.1-2.7
	Relación sin compr. (N=169)	18 (10.7)	<b>3.8</b>	<b>1.9-7.7</b>	<b>3.2</b>	<b>1.3-7.8</b>
Nivel de estudios	Hasta primarios (N=291)	10 (3.4)	1	-	1	-
	Secundarios (N=373)	23 (6.2)	1.8	0.9-3.9	<b>3.3</b>	<b>1.3-8.3</b>
	Universitarios (N=104)	3 (2.9)	0.8	0.2-3.1	2.0	0.4-8.9
Lugar de residencia	< 2000 habitantes (N=39)	2 (5.1)	1	-	1	-
	2000 a 10000 (N=147)	6 (4.1)	0.8	0.2-4.1	0.8	0.2-4.7
	10001 a 50000 (N=222)	7 (3.1)	0.6	0.1-3.0	0.6	0.1-3.5
	50001 a 200000 (N=182)	12 (6.6)	1.3	0.3-6.1	1.4	0.3-7.5
	> de 200000 (N=74)	10 (5.7)	1.1	0.2-5.4	0.9	0.2-5.0
Tipo de trabajo	Ama de casa (N=166)	9 (5.4)	1	-	1	-
	Parada (N=160)	8 (5.0)	0.9	0.4-2.4	0.4	0.2-1.4
	Ocupada (N=427)	19 (4.4)	0.8	0.4-1.8	0.6	0.2-1.5
	Estudiante (N=15)	0 (0.00)	1	-	1	-
Nacionalidad	Española sí (N=701)	31 (4.4)	1	-	1	-
	Española no (N=69)	6 (8.7)	2.0	0.8-5.0	1.3	0.4-4.2
<b>Convivencia P=0.0008</b>	Con su pareja (N=698)	27 (3.9)	1	-	1	-
	Otras formas (N=71)	9 (12.7)	<b>3.6</b>	<b>1.6-8.0</b>	3.1	<b>1.0-9.7</b>
<b>Apoyo en su entorno P=0.0002</b>	Sí (N=733)	29 (4.0)	1	-	1	-
	No (N=34)	6 (17.6)	<b>5.2</b>	<b>2.0-13.5</b>	<b>5.1</b>	<b>1.6-16.8</b>

Existe asociación entre el estado civil actual de la mujer y si esta reporta o no sufrir violencia emocional alrededor del embarazo ( $P=0.0002$ ), vemos que es el grupo de las mujeres que mantienen una relación actual sin compromiso las que presentan una probabilidad mayor de sufrir este tipo de violencia, tanto en el modelo bruto ( $OR=3.8$ ;  $IC=1.9-7.7$ ), como en el ajustado ( $OR=3.2$ ;  $IC=1.3-7.8$ ). No aparece en las mujeres que mantienen una relación con compromiso donde las odds ratios son inferiores a 1.

El nivel de estudios, no parece estar asociado con el hecho de reportar sufrir violencia emocional alrededor del embarazo, sin embargo, aparece un incremento en

las mujeres con estudios secundarios, siendo significativo (OR=3.3; IC=1.3-8.3) según el modelo ajustado de regresión.

Hemos obtenido asociación entre el tipo de convivencia (P=0.0008) y el reportar sufrir violencia emocional alrededor del embarazo. Las mujeres que no viven con sus parejas presentan una probabilidad mayor de sufrir este tipo de violencia, tanto en el modelo bruto (OR=3.6; IC=1.6-8.0), como en el modelo ajustado (OR=3.1; IC=1.0–9.7).

Encontramos significación en las mujeres que sufren violencia emocional alrededor del embarazo y el hecho de tener o no apoyo en su entorno (P=0.0002). Las mujeres que no tienen apoyo presentan una odds ratio de 5.2 (IC=2.0-13.5) en el modelo bruto y similar valor en el modelo ajustado (OR=5.1; IC=1.6–16.8).

Tabla 4.41. Asociación entre violencia emocional alrededor del embarazo y edad de las mujeres, años de relación, número de hijos, de embarazos y de abortos

	V. emocional periembarazo, Sí			V. emocional periembarazo, No			P
	N	Media	DE	N	Media	DE	
Edad	36	28.6	5.7	714	30.0	5.6	0.1487
Años relación	36	5.4	4.8	724	8.6	5.5	0.0008
Nº hijos	35	0.43	0.61	732	0.52	0.73	0.4667
Nº embarazos	37	1.19	1.58	733	0.89	1.07	0.0960
Nº abortos	37	0.62	1.06	733	0.30	0.61	0.0033

son significativas.

Las mujeres que refieren sufrir violencia emocional periembarazo tienen de media menos años de relación con sus parejas; y un número mayor de abortos, más del doble, que las que no la sufren y estas diferencias

### 4.4.2.1.3. Violencia física periembarazo

Hemos realizado un análisis bivariante de la violencia física periembarazo con las variables sociodemográficas y del entorno familiar, sin embargo, no hemos analizado este tipo de violencia con modelos de regresión por ser muy pocos casos los que la refieren.

Tabla 4.42. Asociación entre sufrir violencia física alrededor del embarazo y las variables sociodemográficas, entorno familiar y hábitos tóxicos

Variables	Categorías	N	Sí		P
			N	%	
Tipo Hospital	Comarcal	152	2	1.3	0.8726
	Especialidades	363	7	1.9	
	Regional	254	4	1.6	
Edad	<20	31	2	6.5	0.0111
	20-24	101	0	0.0	
	25-29	196	7	3.6	
	30-34	272	2	0.7	
	35-39	118	0	0.0	
	≥ 40	31	1	3.2	
Estado civil	Casada	491	3	0.6	0.0158
	Relación con comp.	105	3	2.9	
	Relación sin comp.	170	6	3.5	
Nivel estudios	Hasta primarios	291	5	1.7	0.3746
	Secundarios	371	7	1.9	
	Universitarios	105	0	0.0	
Lugar residencia	<2000hab	39	1	2.6	0.6172
	2000-10000	147	3	2.0	
	10001-50000	221	2	0.9	
	50001-200000	181	5	2.8	
	>200000	175	2	1.1	
Trabajo	Ama de casa	166	3	1.8	0.9234
	Parada	159	3	1.9	
	Ocupada	427	6	1.4	
	Estudiante	15	0	0.0	
Nacionalidad	Española sí	701	10	4.4	0.0683
	Española no	68	3	1.4	
Convivencia	Con su pareja	697	8	1.1	0.0037
	Otras formas	71	4	5.6	
Apoyo entorno	Sí	731	9	1.2	0.0005
	No	34	3	8.8	
Fuma embarazo	Sí	131	3	2.3	0.4639
	No	635	9	1.4	

Existe asociación entre sufrir violencia física alrededor del embarazo y la edad, sufren más el grupo de mujeres de 25 a 29 años, al haber dos grupos con cero casos, puede suponer un artefacto en esta asociación.

También, encontramos asociación entre este tipo de violencia y el estado civil, en el sentido de que las mujeres casadas sufren menos este tipo de violencia que las que viven en una relación con compromiso o sin compromiso, que es similar. Este tipo de violencia también está asociado con el tipo de convivencia, en el sentido de que sufren más violencia de este tipo las mujeres que no viven con su pareja; y con

tener o no apoyo en su entorno, en el sentido de que sufren más violencia las mujeres sin apoyo de su entorno.

Tabla 4.43. Asociación entre violencia física alrededor del embarazo y edad de las mujeres, años de relación, número de hijos, de embarazos y de abortos

	V. física periembarazo, Sí			V. física periembarazo, No			P
	N	Media	DE	N	Media	DE	
Edad	12	27.1	6.1	737	30.0	5.6	0.0765
Años relación	12	3.1	1.6	747	8.5	5.5	0.0007
Nº hijos	11	0.36	0.50	755	0.52	0.73	0.4830
Nº embarazos	13	0.92	1.12	756	0.89	1.10	0.9185
Nº abortos	13	0.38	0.51	756	0.32	0.64	0.7089

Las mujeres que refieren sufrir violencia física periembarazo tienen de media menos años de relación con sus parejas y la diferencia es significativa.

#### 4.4.2.1.4. Violencia sexual periembarazo

Hemos realizado un análisis bivariante de la violencia sexual periembarazo con las variables sociodemográficas y del entorno familiar, sin embargo, no hemos analizado este tipo de violencia con modelos de regresión por ser muy pocos casos los que la refieren.

Tabla 4.44. Asociación entre sufrir violencia sexual alrededor del embarazo y las variables sociodemográficas, entorno familiar y hábitos tóxicos

Variables	Categorías	N	Sí		P
			N	%	
Tipo Hospital	Comarcal	145	1	0.7	0.3611
	Especialidades	362	3	0.8	
	Regional	252	0	0.0	
Edad	<20	31	0	0.0	0.7598
	20-24	98	0	0.0	
	25-29	191	2	1.1	
	30-34	271	2	0.7	
	35-39	118	0	0.0	
	≥ 40	30	0	0.0	
Estado civil	Casada	487	0	0.0	0.0194
	Relación con comp.	104	2	1.9	
	Relación sin comp.	166	2	1.2	
Nivel estudios	Hasta primarios	290	2	0.7	0.7108
	Secundarios	367	2	0.5	
	Universitarios	101	0	0.0	
Lugar residencia	<2000hab	38	0	0.0	0.3132
	2000-10000	144	2	1.4	
	10001-50000	215	2	0.9	
	50001-200000	182	0	0.0	
	>200000	174	0	0.0	
Trabajo	Ama de casa	163	2	1.2	0.5094
	Parada	157	1	0.6	
	Ocupada	424	1	0.2	
	Estudiante	14	0	0.0	
Nacionalidad	Española sí	694	4	0.6	0.5394
	Española no	65	0	0.0	
Convivencia	Con su pareja	689	4	0.6	0.5227
	Otras formas	70	0	0.0	
Apoyo entorno	Sí	722	1	0.1	9.0e-12
	No	34	3	8.8	
Fuma embarazo	Sí	130	1	0.8	0.6773
	No	627	3	0.5	

Hemos detectado en nuestra muestra un total de cuatro mujeres que ha sufrido violencia sexual alrededor del embarazo. Existe asociación entre sufrir violencia sexual alrededor del embarazo con el estado civil, dos casos en mujeres que viven en unión de hecho, otros dos en las que están en una relación sin compromiso y ninguno en las mujeres casadas. Hemos encontrado que existe asociación entre este tipo de violencia y tener o no apoyo en el entorno familiar. De las 4 mujeres que sufren este tipo de violencia 3 no tienen apoyo de su entorno y 1 sí.

Tabla 4.45. Asociación entre violencia sexual alrededor del embarazo y edad de las mujeres, años de relación, número de hijos, de embarazos y de abortos

	V. sexual periembarazo, Sí			V. sexual periembarazo, No			P
	N	Media	DE	N	Media	DE	
Edad	4	28.3	2.1	735	30.0	5.6	0.5383
Años relación	4	3.8	1.5	747	8.4	5.5	0.0876
Nº hijos	4	0.25	0.50	753	0.52	0.73	0.4612
Nº embarazos	4	1	0.82	755	0.90	1.11	0.8540
Nº abortos	4	0.50	0.58	755	0.32	0.65	0.5793

No hay diferencias significativas entre las mujeres que sufren violencia sexual alrededor del embarazo y las que no la sufren, con el número de embarazos y el de abortos.



#### 4.4.2.1.5. Violencia durante el embarazo y en la edad adulta

Hemos analizado estos dos grupos conjuntamente, se une porque la adolescencia está más lejana y es un periodo más corto y porque la violencia de género se podría desarrollar en un continuum temporal y no como un hecho aislado.

Tabla 4.46. Modelos de regresión logística para la violencia alrededor del embarazo y en la edad adulta ajustados por las variables sociodemográficas y entorno familiar

Variables	Categorías	Fr. (%)	Modelo bruto		Modelo ajustado	
			Odds	IC (95%)	Odds	IC (95%)
Tipo de hospital	Comarcal (N=160)	39 (24.4)	1	-		
	Especialidades (N=363)	81 (22.3)	0.9	0.6-1.4		
	Regional (N=256)	50 (19.5)	0.7	0.5-1.2		
Edad	< 20 años (N=31)	9 (29.0)	1	-	1	-
	20 – 24 (N= 101)	24 (23.8)	0.8	0.3-1.9	1.5	0.5-4.4
	25 – 29 (N= 200)	44 (22.0)	0.7	0.3-1.6	2.2	0.7-6.5
	30 – 34 (N= 276)	50 (18.1)	0.5	0.2-1.2	2.7	0.9-8.0
	35 – 39 (N=120)	29 (24.2)	0.8	0.3-1.9	3.5	1.1-11.1
	≥ 40 (N=31)	10 (32.3)	1.2	0.4-3.4	5.4	1.4-20.8
Estado civil P=7.8e-8	Casada (N=499)	79 (15.8)	1	-	1	-
	Relación con compr. (N=106)	28 (26.4)	1.9	1.2-3.1	2.2	1.3-3.8
	Relación sin compr. (N=171)	62 (36.3)	3.0	2.0-4.5	3.0	1.8-4.9
Nivel de estudios	Hasta primarios (N=294)	73 (24.8)	1	-	1	-
	Secundarios (N=377)	78 (20.7)	0.8	0.6-1.1	1.0	0.7-1.6
	Universitarios (N=106)	17 (16.0)	0.6	0.3-1.0	0.7	0.3-1.4
Lugar de residencia	< 2000 habitantes (N=39)	8 (20.5)	1	-	1	-
	2000 a 10000 (N=153)	35 (22.9)	1.1	0.5-2.7	1.4	0.6-3.6
	10001 a 50000 (N=222)	43 (19.4)	0.9	0.4-2.2	1.1	0.4-2.8
	50001 a 200000 (N=182)	40 (22.0)	1.1	0.5-2.6	1.1	0.4-2.8
	> de 200000 (N=176)	41 (23.3)	1.2	0.5-2.8	1.3	0.5-3.2
Tipo de trabajo P=0.0393	Ama de casa (N=170)	45 (26.5)	1	-	1	-
	Parada (N=162)	38 (23.5)	0.9	0.5-1.4	0.7	0.4-1.2
	Ocupada (N=430)	79 (18.4)	0.6	0.4-0.9	0.6	0.4-1.1
	Estudiante (N=15)	6 (40.0)	1.8	0.6-5.5	1.3	0.3-5.2
Nacionalidad P=0.0024	Española sí (N=710)	145 (20.4)	1	-	1	-
	Española no (N=69)	25 (36.2)	2.2	1.3-3.7	2.0	1.1-3.7
Convivencia P=0.0000	Con su pareja (N=707)	140 (19.8)	1	-	1	-
	Otras formas (N=71)	29 (40.8)	2.8	1.7-4.6	2.0	1.0-3.9
Apoyo en su entorno P=8.3e-7	Sí (N=738)	147 (19.9)	1	-	1	-
	No (N=37)	20 (54.01)	4.7	2.4-9.3	3.2	1.5-6.8

No parece que la edad esté asociada con haber sufrido violencia alrededor del embarazo y en la edad adulta, sin embargo, en el modelo ajustado de regresión logística hay significación para los grupos de 35-39 años (OR=3.5; IC=1.1-11.1) y para el grupo de mayores de 40 años (OR=5.4; IC=1.4-20.8). Estos datos reiteran el hecho de que a mayor tiempo de exposición mayor probabilidad de sufrir violencia.

Encontramos significación (tanto en el modelo bruto como en el ajustado) en las mujeres que sufren violencia alrededor del embarazo y en la edad adulta y el estado civil ( $P=7.8e-08$ ), siendo el riesgo mayor en las que mantienen actualmente una relación sin compromiso ( $OR=3.0$ ;  $IC=1.8-4.9$ ), seguido de las que su relación actual es con compromiso ( $OR=2.2$ ;  $IC=1.3-3.8$ ), una vez ajustado por el resto de variables.

Encontramos en el modelo ajustado que el riesgo de sufrir violencia alrededor del embarazo y en la edad adulta es menor para las mujeres con estudios secundarios ( $OR=0.8$ ;  $IC=0.6-1.1$ ) y aún menor para las mujeres con estudios universitarios ( $OR=0.6$ ;  $IC=0.3-1.0$ ). Podríamos decir que los estudios protegen a la mujer de este tipo de violencia, aunque esto desaparece una vez ajustado por otras variables.

En términos globales, podemos decir que existe asociación entre la situación laboral actual de la mujer ( $P=0.0393$ ) y la violencia alrededor del embarazo y en la edad adulta, apareciendo en el modelo bruto para las mujeres ocupadas como un efecto protector ( $OR=0.6$ ;  $IC=0.4-0.9$ ). Este efecto desaparece una vez ajustado por el resto de variables.

Sí existe asociación entre la nacionalidad ( $P=0.0024$ ) y la violencia alrededor del embarazo y en la edad adulta. Las mujeres de nacionalidad no española tienen una probabilidad mayor de sufrir este tipo de violencia tanto en el modelo bruto ( $OR=2.2$ ;  $IC=1.3-3.7$ ) como en el modelo ajustado ( $OR=2.0$ ;  $IC=1.1-3.7$ ).

Encontramos significación entre las mujeres que reportan sufrir violencia alrededor del embarazo y en la edad adulta ( $P=0.0000$ ) y el tipo de convivencia actual. Siendo mayor la probabilidad, tanto en el modelo bruto ( $OR=2.8$ ;  $IC=1.7-4.6$ ) como en el ajustado ( $OR=2.0$ ;  $IC=1.0-3.9$ ), de sufrir este tipo de violencia las mujeres que no viven con sus parejas.

Finalmente, para el grupo de mujeres que refiere sufrir violencia alrededor del embarazo y en la edad adulta, existe asociación ( $P=8.3e-07$ ) con tener apoyo o no de su entorno. Las mujeres que no tienen apoyo presentan una probabilidad mayor de referirla, tanto en el modelo bruto ( $OR=4.7$ ;  $IC=2.4-9.3$ ), como en el ajustado ( $OR=3.2$ ;  $IC=1.5-6.8$ ).

#### 4.4.2.2. Violencia medida con el ISA

Presentamos los modelos brutos y ajustados de los tipos de violencia detectada con el ISA y su asociación con las variables sociodemográficas y del entorno familiar.

##### 4.4.2.2.1. Violencia no física periembarazo

Tabla 4.47. Modelos de regresión logística para la violencia no física medida con el ISA ajustados por las variables sociodemográficas y entorno familiar

Variables	Categorías	Fr. (%)	Modelo bruto		Modelo ajustado	
			Odds	IC (95%)	Odds	IC (95%)
Tipo de hospital	Comarcal (N=156)	37 (23.7)	1	-		
	Especialidades (N=310)	68 (21.9)	0.9	0.6-1.4		
	Regional (N=252)	46(18.3)	0.7	0.4-1.2		
Edad P=0.0005	< 20 años (N=26)	12 (46.1)	1	-	1	-
	20 – 24 (N=95)	29 (30.5)	0.5	0.2-1.2	0.7	0.3-1.9
	25 – 29 (N=187)	43 (23.0)	0.3	0.2-0.8	0.6	0.2-1.8
	30 – 34 (N=260)	39 (15.0)	0.2	0.1-0.5	0.5	0.2-1.5
	35 – 39 (N=104)	18 (17.3)	0.2	0.1-0.6	0.5	0.2-1.7
	≥ 40 (N=26)	5 (19.2)	0.3	0.1-0.9	0.6	0.1-2.4
Estado civil P=2.6e-09	Casada (N=466)	67 (14.4)	1	-	1	-
	Relación con compr. (N=102)	27 (26.5)	2.1	1.3-3.6	2.1	1.2-3.6
	Relación sin compr. (N=148)	56 (37.8)	3.6	2.4-5.5	2.7	1.6-4.5
Nivel de estudios P=0.0043	Hasta primarios (N=262)	68 (25.9)	1	-	1	-
	Secundarios (N=350)	72 (20.6)	0.7	0.5-1.1	1.2	0.8-2.0
	Universitarios (N=105)	11 (10.5)	0.3	0.2-0.7	0.5	0.2-1.2
Lugar de residencia	< 2000 habitantes (N=38)	12 (31.6)	1	-	1	-
	2000 a 10000 (N=146)	28 (19.2)	0.5	0.2-1.1	0.4	0.2-1.0
	10001 a 50000 (N=205)	38 (18.5)	0.5	0.2-1.1	0.5	0.2-1.0
	50001 a 200000 (N=175)	39 (22.3)	0.6	0.3-1.3	0.5	0.2-1.3
	> de 200000 (N=147)	31 (21.0)	0.6	0.3-1.3	0.5	0.2-1.2
Tipo de trabajo P=0.0238	Ama de casa (N=159)	42 (26.4)	1	-	1	-
	Parada (N=143)	34 (23.8)	0.9	0.5-1.5	0.6	0.3-1.2
	Ocupada (N=402)	69 (17.2)	0.6	0.4-0.9	0.7	0.4-1.1
	Estudiante (N=13)	5 (38.5)	1.7	0.5-5.6	0.7	0.2-3.1
Nacionalidad	Española sí (N=652)	131 (20.1)	1	-	1	-
	Española no (N=66)	20 (30.3)	0.6	0.3-1.0	1.2	0.6-2.3
Convivencia P=0.0001	Con su pareja (N=657)	126 (19.2)	1	-	1	-
	Otras personas (N=61)	25 (41.0)	2.9	1.7-5.1	1.5	0.8-3.1
Apoyo en su entorno P=0.0000	Sí (N=680)	133 (19.6)	1	-	1	-
	No (N=35)	17 (48.6)	3.9	1.9-7.7	3.4	1.5-7.5

Globalmente, la edad está asociada (P=0.0005) con el haber sufrido violencia no física según el ISA. Lo que encontramos es que, en el modelo bruto, la edad aparece como un factor protector de este tipo de violencia para todos los grupos de edad, salvo

para el grupo de 20 a 24 tomando como referencia el grupo de menos de 20 años. Sin embargo, este efecto protector de la edad desaparece en el modelo ajustado.

Existe una significación entre el estado civil actual de la mujer ( $P=2.6e-09$ ) y el reportar haber sufrido violencia no física periembarazo. Siendo mayor la probabilidad si la mujer mantiene actualmente una relación sin compromiso, tanto en el modelo bruto ( $OR=3.6$ ;  $IC=2.4-5.5$ ) como en el ajustado ( $OR=2.7$ ;  $IC=1.6-4.5$ ), seguida de las que mantienen una relación con compromiso, y tanto en el modelo bruto ( $OR=2.1$ ;  $IC=1.3-3.6$ ) como en el modelo ajustado ( $OR=2.1$ ;  $IC=1.2-3.6$ ).

El nivel de estudios está asociado significativamente ( $P=0.0043$ ) con el hecho de reportar sufrir violencia no física. En el modelo bruto, el grupo de mujeres con estudios universitarios funciona como un factor protector, aunque este efecto desaparece en el modelo ajustado.

Existe una asociación entre la situación laboral de las mujeres ( $P=0.0238$ ) y el sufrir violencia no física según el ISA. Para las mujeres ocupadas aparece este como un factor protector en el modelo bruto ( $OR=0.6$ ;  $IC=0.4-0.9$ ), llegando casi a serlo también en el modelo ajustado ( $OR=0.7$ ;  $IC=0.4-1.1$ ).

Encontramos significación entre el tipo de convivencia actual de las mujeres y el reportar sufrir violencia no física ( $P=0.0001$ ). En el modelo bruto, son las mujeres que no viven con sus parejas las que presentan mayor probabilidad de referirla ( $OR=2.9$ ;  $IC=1.7-5.1$ ), desapareciendo esta significación una vez que ajustamos con las otras variables.

Sí encontramos significación en las mujeres que sufren violencia no física y el hecho de tener o no apoyo en su entorno ( $P=0.0000$ ). Las mujeres que no tienen apoyo presentan una probabilidad de 3.9 veces más ( $IC=1.9-7.7$ ) en el modelo bruto y 3.4 ( $IC=1.5-7.5$ ) en el modelo ajustado de sufrir este tipo de violencia.

La asociación ( $P=1.9e-07$ ) entre sufrir violencia no física y fumar durante el embarazo va en el sentido de que las mujeres que fuman durante el embarazo, el 38.0%, sufren este tipo de violencia, frente al 17.3% de las que no fuman.

Tabla 4.48. Asociación entre violencia no física ISA y edad de las mujeres, años de relación, número de hijos, de embarazos y de abortos

	V. No física ISA, Sí			V. No física ISA, No			P
	N	Media	DE	N	Media	DE	
Edad	146	28.4	5.9	552	30.3	5.3	0.0001
Años relación	149	6.8	4.95	565	8.8	5.43	0.0000
Nº hijos	151	0.53	0.65	625	0.52	0.75	0.8635
Nº embarazos	151	1.01	1.29	628	0.86	1.05	0.0412
Nº abortos	151	0.37	0.77	628	0.31	0.60	0.2742

Existe una asociación significativa entre las medias de edad de las mujeres de la muestra y sufrir este tipo de violencia. Las mujeres que reportan violencia no física, son más jóvenes que las que no la reportan. También las mujeres que reportan este tipo de violencia tiene de media menos años de relación y mayor número de embarazos que las que no la reportan y las diferencias son significativas.

#### 4.4.2.2.2. Violencia física periembarazo

Tabla 4.49. Modelos de regresión logística para la violencia física medida con el ISA ajustados por las variables sociodemográficas y entorno familiar

Variables	Categorías	Fr. (%)	Modelo bruto		Modelo ajustado	
			Odds	IC (95%)	Odds	IC (95%)
Tipo de hospital	Comarcal (N=156)	9 (5.8)	1	-		
	Especialidades (N=310)	10 (3.2)	0.5	0.2-1.4		
	Regional (N=252)	7 (2.8)	0.5	0.2-1.3		
Edad	< 20 años (N=26)	2 (7.7)	1	-	1	-
	20 – 24 (N= 95)	2 (2.1)	0.3	0.0-1.9	0.2	0.0-2.0
	25 – 29 (N= 187)	10 (5.4)	0.7	0.1-3.3	1.3	0.2-7.7
	30 – 34 (N= 260)	8 (3.2)	0.4	0.1-1.9	1.1	0.2-8.1
	35 – 39 (N=104)	2 (1.9)	0.2	0.0-1.8	0.2	0.0-3.7
	≥ 40 (N=26)	2 (7.7)	1	0.1-7.7	1.4	0.1-19.5
Estado civil P=0.0002	Casada (N=466)	8 (1.7)	1	-	1	-
	Relación con compr. (N=102)	5 (4.9)	3.0	1.0-9.2	3.0	0.8-11.2
	Relación sin compr. (N=148)	13 (8.8)	5.5	2.2-13.6	8.1	2.6-24.6
Nivel de estudios	Hasta primarios (N=262)	11 (4.2)	1	-	1	-
	Secundarios (N=350)	12 (3.4)	0.8	0.4-1.9	1.8	0.6-5.1
	Universitarios (N=105)	3 (2.9)	0.7	0.2-2.5	2.7	0.5-14.2
Lugar de residencia P=0.0417	< 2000 habitantes (N=38)	4 (10.5)	1	-	1	-
	2000 a 10000 (N=146)	6 (4.1)	0.4	0.1-1.4	0.3	0.1-1.4
	10001 a 50000 (N=205)	6 (2.9)	0.3	0.1-1.0	0.3	0.1- 1.2
	50001 a 200000 (N=175)	8 (4.6)	0.4	0.1-1.4	0.5	0.1-2.17
	> de 200000 (N=147)	1 (0.7)	0.1	0.0-0.5	0.1	0.0-0.6
Tipo de trabajo P=0.0015	Ama de casa (N=159)	13 (8.2)	1	-	1	-
	Parada (N=143)	6 (4.2)	0.5	0.2-1.3	0.2	0.1-0.8
	Ocupada (N=402)	6 (1.5)	0.2	0.1-0.5	0.1	0.1-0.4
	Estudiante (N=13)	1 (7.7)	0.9	0.1-7.8	-	-
Nacionalidad P=0.0014	Española sí (N=652)	19 (2.9)	1	-	1	-
	Española no (N=66)	7 (10.6)	4.0	1.6-10.0	2.0	0.6-6.7
Convivencia P=0.0066	Con su pareja (N=659)	20 (3.0)	1	-	1	-
	Otras personas (N=71)	6 (9.8)	3.5	1.3-9.0	2.8	0.7-10.7
Apoyo en su entorno P=0.0006	Sí (N=680)	21 (3.1)	1	-	1	-
	No (N=35)	5 (14.3)	5.2	1.8-14.8	3.4	1.0-12.3

Existe asociación entre el estado civil ( $P=0.0002$ ) y el reportar haber sufrido violencia física. En el modelo bruto la probabilidad de sufrir este tipo de violencia es 3.0 veces más para las mujeres que mantienen una relación con compromiso y de 5.5 veces más para las que mantienen una relación sin compromiso. Una vez que ajustamos por las otras variables, sólo aparece en el grupo de las mujeres que mantienen una relación sin compromiso, y la probabilidad es aún mayor ( $OR=8.1$ ;  $IC=2.6-24.6$ ).

Es la única vez, en todo el estudio realizado, que se ha detectado una asociación entre el lugar de residencia ( $P=0.0417$ ) y el reportar sufrir violencia física. Todas las

odds ratio son inferiores a 1, lo que equivaldría a decir que tendríamos que compararlas todas con el hecho de residir en una población inferior a 2.000 habitantes, siendo en este caso considerado como el grupo de riesgo. Las ciudades con más de 200.000 habitantes aparecen como un factor de protección pero sólo hay un caso, por lo que creemos que no se debería tener en cuenta.

La situación laboral de las mujeres presenta una asociación estadísticamente significativa ( $P=0.0015$ ) con el hecho de reportar violencia física según el ISA. Las mujeres paradas y las ocupadas tienden a reportar con menos probabilidad la violencia que la categoría ama de casa. Sí que encontramos que para las mujeres ocupadas esta situación aparece como un factor protector, tanto en el modelo bruto ( $OR=0.2$ ;  $IC=0.1-0.5$ ) como en el ajustado ( $OR=0.1$ ;  $IC=0.1-0.4$ ) y para las paradas aparece como factor protector también en el modelo ajustado ( $OR=0.2$ ;  $IC=0.1-0.8$ ).

Como en casos anteriores, existe una asociación entre la nacionalidad y el sufrir este tipo de violencia ( $P=0.0014$ ). Las mujeres de nacionalidad no española presentan mayor probabilidad de sufrir este tipo de violencia con una odds ratio en el modelo bruto de 4.0 ( $IC=1.6-10.0$ ), sin embargo, desaparece este efecto en el modelo ajustado.

El tipo de convivencia actual que mantienen las mujeres está asociado ( $P=0.0066$ ) con reportar sufrir violencia física, según el ISA. Las mujeres que no viven con sus parejas presentan una probabilidad mayor con una odds ratio de 3.5 ( $IC=1.3-9.0$ ), desapareciendo en el modelo ajustado aunque presenta una OR de 2.8 el intervalo de confianza ( $IC=0.7-10.7$ ) contiene el valor 1.

Sí encontramos significación en las mujeres que sufren violencia física según el ISA y el hecho de tener o no apoyo en su entorno ( $P=0.0006$ ). Las mujeres que no tienen apoyo presentan una odds ratio de 5.2 y, cuando ajustamos por las otras variables, la probabilidad obtenida es de 3.4 ( $IC=1.0-12.3$ ).

Igualmente, existe asociación ( $P=0.0246$ ) entre fumar durante el embarazo y sufrir violencia física ISA, en el sentido de que sufren este tipo de violencia el 7.0% de las mujeres que fuman durante el embarazo, frente al 2.9% de las que no fuman.

Tabla 4.50. Asociación entre violencia física ISA y edad de las mujeres, años de relación, número de hijos, de embarazos y de abortos

	V. física ISA, Sí			V. física ISA, No			P
	N	Media	DE	N	Media	DE	
Edad	26	28.9	5.9	672	29.9	5.4	0.3443
Años relación	25	4.7	3.0	687	8.5	5.4	0.0005
Nº hijos	26	0.42	0.50	750	0.52	0.74	0.4890
Nº embarazos	26	1	1.09	753	0.90	1.11	0.6436
Nº abortos	26	0.38	0.57	753	0.32	0.64	0.5993

Las mujeres que sufren violencia física (ISA) tienen, de media, menos años de relación que las que no la refieren y esta diferencia es significativa.



#### 4.4.2.2.3. Violencia global (física y no física) periembarazo

Tabla 4.51. Modelos de regresión logística para la violencia física y/o no física medida con el ISA ajustados por las variables sociodemográficas y entorno familiar

Variables	Categorías	Fr. (%)	Modelo bruto		Modelo ajustado	
			Odds	IC (95%)	Odds	IC (95%)
Tipo de hospital	Comarcal (N=156)	37 (23.7)	1	-		
	Especialidades (N=310)	69 (22.3)	0.9	0.6-1.5		
	Regional (N=252)	47 (18.6)	0.7	0.5-1.2		
<b>Edad P=0.0003</b>	< 20 años (N=26)	12 (46.1)	1	-	1	-
	20 – 24 (N= 95)	30 (31.6)	0.5	0.2-1.3	0.7	0.3-2.0
	25 – 29 (N= 187)	44 (23.5)	0.4	0.1-0.8	0.6	0.2-1.8
	30 – 34 (N= 260)	39 (15.0)	0.2	0.1-0.5	0.5	0.2-1.4
	35 – 39 (N=104)	18 (17.3)	0.2	0.1-0.6	0.5	0.2-1.6
	≥ 40 (N=26)	5 (19.2)	0.3	0.1-0.9	0.5	0.1-2.4
<b>Estado civil P=3.3e-09</b>	Casada (N= 466)	68 (14.6)	1	-	1	-
	Relación con compr. (N=102)	28 (27.5)	2.2	1.3-3.7	2.1	1.2-3.7
	Relación sin compr. (N=148)	56 (37.8)	3.6	2.3-5.4	2.6	1.5-4.4
<b>Nivel de estudios P=0.0035</b>	Hasta primarios (N=262)	69 (26.3)	1	-	1	-
	Secundarios (N=350)	73 (20.9)	0.7	0.5-1.1	1.2	0.8-1.9
	Universitarios (N=105)	11 (10.5)	0.3	0.2-0.6	0.6	0.2-1.3
Lugar de residencia	< 2000 habitantes (N=38)	12 (31.6)	1	-	1	-
	2000 a 10000 (N=146)	30 (20.5)	0.6	0.2-1.2	0.5	0.2-1.1
	10001 a 50000 (N=205)	38 (18.5)	0.5	0.2-1.0	0.5	0.2-1.0
	50001 a 200000 (N=175)	39 (22.3)	0.6	0.3-1.3	0.5	0.2-1.3
	> de 200000 (N=147)	31 (21.1)	0.6	0.3-1.3	0.5	0.2-1.2
<b>Tipo de trabajo P=0.0129</b>	Ama de casa (N=159)	44 (27.7)	1	-	1	-
	Parada (N=143)	34 (23.8)	0.8	0.5-1.4	0.6	0.3-1.1
	Ocupada (N=402)	69 (17.2)	0.5	0.4-0.8	0.6	0.4-0.9
	Estudiante (N=13)	5 (38.5)	1.6	0.5-5.3	0.7	0.2-2.9
Nacionalidad	Española sí (N=652)	133 (20.4)	1	-	1	-
	Española no (N=66)	20 (30.3)	1.7	1.0-2.9	1.2	0.6-2.3
<b>Convivencia P=0.0000</b>	Con su pareja (N=657)	128 (19.5)	1	-	1	-
	Otras personas (N= 61)	25 (41.0)	2.9	1.7-4.9	1.5	0.7-3.0
<b>Apoyo en su entorno P=0.0000</b>	Sí (N= 680)	135 (19.8)	1	-	1	-
	No (N= 35)	17 (48.6)	3.8	1.9-7.6	3.3	1.5-7.3

Globalmente la edad está asociada ( $P=0.0003$ ) con haber sufrido violencia física y/o no física según el ISA, sin embargo, se observa que entre diferentes odds ratio para los distintos grupos de edad, frente al grupo de menos de 20 años, son todos menores que 1. Lo que aparece es que en el modelo bruto la edad protege de sufrir este tipo de violencia, menos para el grupo de 20 a 24 años, tomando siempre como referencia el grupo de menores de 20 años. Esta probabilidad de protección desaparece una vez que ajustamos por otras variables sociodemográficas.

Existe asociación entre el estado civil ( $P=3.3e-09$ ) y el reportar haber sufrido violencia física y/o no física. En el modelo bruto, una relación actual con compromiso la

odds ratio es de 2.2 e incluso superior para la relación actual sin compromiso (3.6), en el modelo ajustado las odds ratios son 2.1 y 2.6 respectivamente.

Aunque el nivel de estudios presenta una asociación estadísticamente significativa ( $P=0.0035$ ) con el hecho de reportar sufrir violencia física y/o no física, todas las odds ratio son inferiores a 1, lo que nos puede hacer pensar que son las mujeres con menos estudios las que están más expuestas a este tipo de violencia. Aparece en el grupo de mujeres con estudios universitarios como un factor protector en el modelo bruto, aunque este efecto desaparece en el modelo ajustado.

En términos globales, podemos decir que existe asociación entre la situación laboral actual de la mujer ( $P=0.0129$ ) y la violencia física y/o no física según el ISA, Aparece un patrón que entendemos que es claro: las paradas y las ocupadas tienden a reportar con menos probabilidad la violencia, mientras que las estudiantes tienden a reportar con más probabilidad (el número de estas es de 5). Para las mujeres ocupadas esta variable funciona como un factor protector tanto en el modelo bruto ( $OR=0.5$ ;  $IC=0.4-0.8$ ) como en el ajustado ( $OR=0.6$ ;  $IC=0.4-0.9$ ).

Las mujeres de nacionalidad no española tienen más probabilidad de reportar sufrir violencia física y/o no física según el ISA, que las mujeres de nacionalidad española en el modelo bruto ( $OR=1.7$ ;  $IC=1.0-2.9$ ), desapareciendo esta probabilidad cuando se ajusta por el resto de variables.

El tipo de convivencia actual que mantienen las mujeres está asociado ( $P=0.0001$ ) con reportar sufrir violencia física y/o no física según el ISA. Las mujeres que no viven con sus parejas tienen mayor probabilidad de reportar sufrir este tipo de violencia, con una odds ratio para el modelo bruto de 2.9, desapareciendo esta probabilidad en el modelo ajustado.

Sí encontramos significación en las mujeres que sufren violencia física y/o no física según el ISA y el hecho de tener o no apoyo en su entorno ( $P=0.0000$ ). Las mujeres que no tienen apoyo presentan una probabilidad de 3.8 veces más para el modelo bruto de referir este tipo de violencia y de 3.3 en el ajustado.

También encontramos asociación ( $P=3.5e-07$ ) entre este tipo de violencia con fumar durante el embarazo. De las mujeres que fuman durante el embarazo, sufren este tipo de violencia el 38.0%, de las que no fuman durante el embarazo el 17.7%.

Existe una asociación significativa entre la violencia global ISA y la edad de las

Tabla 4.52. Asociación entre violencia global ISA y edad de las mujeres, años de relación, número de hijos, de embarazos y de abortos

	V. global ISA, Sí			V. global ISA, No			P
	N	Media	DE	N	Media	DE	
Edad	148	28.3	5.9	550	30.3	5.2	0.0000
Años relación	151	6.8	4.9	561	8.8	5.4	0.0000
Nº hijos	153	0.53	0.65	623	0.52	0.75	0.8682
Nº embarazos	153	1.06	1.28	626	0.86	1.06	0.0493
Nº abortos	153	0.37	0.77	626	0.31	0.61	0.3183

mujeres. Las mujeres que la refieren, tienen de media menos edad. También estas mujeres, tienen de media menos años de relación que las que no la reportan y mayor número de embarazos y estas diferencias son significativas.

#### 4.4.2.3. Violencia alrededor del embarazo (AAS + ISA)

En esta variable, hemos tenido en cuenta todas las mujeres que refieren violencia periembarazo, medida con ambos cuestionarios y sin duplicar los casos.

Tabla 4.53. Modelos de regresión logística para la violencia periembarazo (AAS+ISA) ajustados por las variables sociodemográficas y entorno familiar

Variables	Categorías	Fr. (%)	Modelo bruto		Modelo ajustado	
			Odds	IC (95%)	Odds	IC (95%)
Tipo de hospital p=0.0081	Comarcal (N=160)	51 (31.9)	1	-		
	Especialidades (N=363)	73 (20.1)	0.5	0.3 - 0.8		
	Regional (N= 256)	53 (20.7)	0.6	0.4 - 0.9		
Edad P=0.0004	< 20 años (N = 31)	13 (41.9)	1	-	1	-
	20 – 24 (N= 101)	33 (32.7)	0.7	0.3 – 1.5	0.9	0.4 – 2.4
	25 – 29 (N = 200)	53 (26.5)	0.5	0.2 – 1.1	0.8	0.3 – 2.1
	30 – 34 (N = 276)	46 (16.7)	0.3	0.1 – 0.6	0.6	0.2 – 1.6
	35 – 39 (N = 120)	21 (17.5)	0.3	0.1 – 0.7	0.5	0.2 – 1.5
	≥ 40 (N = 31)	5 (16.1)	0.3	0.1 – 0.9	0.5	0.1 – 1.9
Estado civil P=2.4e-08	Casada (N= 499)	81 (16.2)	1	-	1	-
	Relación con compr. (N= 106)	30 (28.3)	2.0	1.2 - 3.3	1.9	1.1 - 3.2
	Relación sin compr. ( 171)	64 (37.4)	3.1	2.1 - 4.6	2.4	1.4 - 3.9
Nivel de estudios	Hasta primarios (N = 294)	73 (24.8)	1	-	1	-
	Secundarios (N = 377)	87 (23.1)	0.9	0.6 – 1.3	1.4	0.9 – 2.2
	Universitarios (N = 106)	16 (15.1)	0.5	0.3 – 1.0	0.9	0.5 – 1.9
Lugar de residencia	< 2000 habitantes (N = 39)	12 (30.8)	1	-	1	-
	2000 a 10000 (N = 153)	38 (24.8)	0.7	0.3 – 1.6	0.7	0.3 – 1.5
	10001 a 50000 (N = 222)	46 (20.7)	0.6	0.3 – 1.2	0.5	0.3 – 1.2
	50001 a 200000 (N = 182)	42 (23.1)	0.7	0.3 – 1.5	0.6	0.3 – 1.4
	> de 200000 (N = 176)	36 (20.5)	0.6	0.3 – 1.2	0.5	0.2 – 1.1
Tipo de trabajo P=0.0104	Ama de casa (N = 170)	50 (29.4)	1	-	1	-
	Parada (N = 162)	39 (24.1)	0.8	0.5 – 1.2	0.5	0.3 – 0.9
	Ocupada (N = 430)	80 (18.6)	0.5	0.4 – 0.8	0.6	0.4 – 0.9
	Estudiante (N = 15)	6 (40.0)	1.6	0.5 – 4.7	0.6	0.2 – 2.4
Nacionalidad P=0.0122	Española sí (N = 710)	153 (21.5)	1	-		
	Española no (N = 69)	24 (34.8)	1.9	1.2 - 3.3	1.3	0.7 - 2.5
Convivencia P=0.0001	Con su pareja (N =707)	147 (20.8)	1	-	1	-
	Otras formas (N = 71)	29 (40.9)	2.6	1.6 - 4.4	1.4	0.7 - 2.8
Apoyo en su entorno P=0.0000	Sí (N = 738)	155 (21.0)	1	-	1	-
	No (N= 37)	19 (51.3)	4.0	2.0 - 7.7	3.7	1.7 - 8.1

Existe asociación entre el tipo de hospital (P=0.0081) y la violencia alrededor del embarazo (AAS+ISA). La probabilidad es menor en los hospitales regionales, con una odds ratio de 0.6, seguida de los hospitales de especialidades (OR=0.5). Parece que funciona como un factor protector en el modelo bruto, aunque se descartó realizar un análisis en los modelos ajustados debido a su escasa relevancia.

Globalmente, la edad está asociada (P=0.0004) con haber sufrido violencia alrededor del embarazo (AAS+ISA), sin embargo, se observa que entre diferentes odds

ratio para los distintos grupos de edad, frente al grupo de menos de 20 años son todos menores que 1. Parece que en los grupos de edad a partir de los 30 años, la edad funciona como un factor protector para este tipo de violencia en el modelo bruto, desapareciendo una vez que se ajusta por las otras variables.

Existe asociación entre el estado civil ( $P=2.4e-08$ ) y el reportar haber sufrido violencia alrededor del embarazo (AAS+ISA). En el modelo bruto, para una relación actual con compromiso, la probabilidad es de 2.0 y es superior para la relación actual sin compromiso (3.1). En el modelo ajustado, se sigue manteniendo la mayor probabilidad tanto para la relación sin compromiso ( $OR=2.4$ ;  $IC=1.4-3.9$ ) como en la relación con compromiso ( $OR=1.9$ ;  $IC=1.1-3.2$ ).

Hemos encontrado asociación entre la situación laboral actual de la mujer ( $P=0.0104$ ) y la violencia alrededor del embarazo (AAS+ISA). Aparece un patrón que entendemos que es claro: las mujeres paradas y las ocupadas tienden a reportar con menos probabilidad la violencia, mientras que las estudiantes tienden a reportarla con más probabilidad, insistiendo en que esas diferencias no han llegado a la significación. Lo que aparece es que, el hecho de estar ocupada es un factor protector para este tipo de violencia, tanto en el modelo bruto ( $OR=0.5$ ;  $IC=0.4-0.8$ ) como en el ajustado ( $OR=0.6$ ;  $IC=0.4-0.9$ ). También aparece estar parada como un factor protector ( $OR=0.5$ ;  $IC=0.3-0.9$ ) en el modelo ajustado frente a las amas de casa.

Existe significación ( $P=0.0122$ ) entre la nacionalidad y el reportar sufrir violencia alrededor del embarazo (AAS+ISA). Las mujeres de nacionalidad no española tienen 1.9 más probabilidades ( $IC=1.2-3.3$ ) de sufrir este tipo de violencia que las mujeres de nacionalidad española, esta probabilidad desaparece una vez que ajustamos por las otras variables.

El tipo de convivencia actual que mantienen las mujeres está asociado ( $P=0.0001$ ) con reportar sufrir violencia alrededor del embarazo (AAS+ISA). Las mujeres que no viven con su pareja tienen mayor probabilidad de reportar sufrir este tipo de violencia con una odds ratio para el modelo bruto de 2.6, desapareciendo en el modelo ajustado.

También encontramos significación en las mujeres que sufren violencia alrededor del embarazo (AAS+ISA) y el hecho de tener o no apoyo en su entorno ( $P=0.0000$ ). Las mujeres que no tienen apoyo presentan una odds ratio de 4.0 para el modelo bruto y de 3.7 en el ajustado.

Existe asociación ( $P=7.5e-0.8$ ) entre sufrir violencia periembarazo (AAS+ISA) y fumar durante el embarazo, en el sentido de que de las mujeres que fuman durante el embarazo el 40.1% sufren este tipo de violencia frente el 18.9% de las que no fuman.

Existe asociación ( $P=0.0000$ ) entre la media de edad de las mujeres que sufren violencia periembarazo (AAS+ISA) (28.3 años) y las que no la sufren (30.4 años). Las que sufren este tipo de violencia son, de media, más jóvenes y esta diferencia es estadísticamente significativa.

#### **4.5. Modelos etiológicos en el embarazo, parto y el recién nacido de la violencia de género**

Hemos elaborado 5 modelos etiológicos de factores, tanto del embarazo como del parto y del recién nacido, a partir de los diferentes tipos de violencia estudiados. Los tipos de violencia considerados en cada modelo son:

Modelo I. Violencia global adultas y violencia global periembarazo (AAS). Analizaría la violencia de pareja de cualquier tipo durante la vida y el embarazo, medida con el AAS.

Modelo II. Violencia global ISA. Analizaría la violencia física y no física durante el embarazo, medida con el ISA, el instrumento que más casos ha detectado de violencia de pareja en el embarazo.

Modelo III. Violencia periembarazo (AAS+ISA). Analizaría la violencia intrapareja durante el embarazo, medida con los 2 instrumentos, se incluyen, por tanto, todos los casos detectados.

Modelo IV. Violencia emocional adultas, violencia emocional periembarazo, violencia física adultas, violencia física periembarazo (AAS). Analizaría las violencias del modelo I pero separando las violencias de tipo emocional y físicas. No tenemos en cuenta la violencia sexual.

Modelo V. Violencia ISA no física y violencia ISA física. Analizaría las violencias del modelo II pero separando las violencias de tipo físico y no físico.

Todos los modelos han sido controlados por las variables sociodemográficas, así como el tipo de convivencia y el apoyo de su entorno. Se han eliminado las variables de tipo de hospital y lugar de residencia, ya que en el análisis bivalente no encontramos ninguna asociación estadística para la inmensa mayoría de los tipos de violencia analizados.

## 4.5.1. Embarazo y violencia de pareja

### 4.5.1.1. Deseo del embarazo

En este apartado presentamos los modelos de regresión logística para el “no deseo” de embarazo y los diferentes tipos de violencia sufridos por la mujer, ajustado por las variables sociodemográficas y del entorno familiar.

Tabla 4.54. Modelo I de regresión logística (violencia global adultas y periembarazo) para el “no deseo” del embarazo

Variables	Categorías	NO DESEO DEL EMBARAZO				
		Fr. (%)	Modelo bruto		Modelo ajustado	
			Odds	IC (95%)	Odds	IC (95%)
<b>Violencia global adultas</b> P=0.0164	No (N=626)	86 (13.7)	1	-	1	-
	Sí (N=148)	32 (21.6)	1.7	1.1 - 2.7	1.0	0.5 - 1.7
<b>Violencia global periembarazo</b> P=0.0007	No (N=715)	100 (14.0)	1	-	1	-
	Sí (N=59)	18 (30.5)	2.7	1.4 - 4.1	2.2	1.0 - 4.7
<b>Edad</b> P=4.1e-11	<20 (N=31)	16 (51.6)	1	-	1	-
	20-24 (N=101)	30 (29.7)	0.4	0.2 - 0.9	0.9	0.4 - 2.5
	25-29 (N=199)	27 (13.)	0.1	0.1 - 0.3	0.6	0.2 - 1.8
	30-34 (N=274)	27 (9.8)	0.1	0.1 - 0.2	0.6	0.2 - 1.8
	35-39 (N=118)	11 (9.3)	0.1	0.0 - 0.3	0.5	0.2 - 1.7
	≥ 40 (N=31)	5 (16.1)	0.2	0.1 - 0.6	1.0	0.2 - 4.3
<b>Estado civil</b> P=3.1e-18	Casada (N = 496)	38 (7.7)	1	-	1	-
	Relación con compr. (N = 105)	18 (17.1)	2.5	1.4 - 4.6	2.2	1.1 - 4.4
	Relación sin compr. (N = 171)	62 (36.3)	6.9	4.4 - 10.8	3.7	2.0 - 6.8
<b>Nivel de estudios</b> P=0.0018	Hasta primarios (N = 292)	61 (20.9)	1	-	1	-
	Secundarios (N = 375)	48 (12.8)	0.6	0.4 - 0.8	0.8	0.5 - 1.4
	Universitarios (N = 106)	9 (8.5)	0.4	0.2 - 0.7	0.5	0.2 - 1.5
<b>Tipo de trabajo</b> P=4.1e-11	Ama de casa (N = 167)	35 (21.0)	1	-	1	-
	Parada (N = 161)	33 (20.5)	1.0	0.6 - 1.7	0.7	0.4 - 1.2
	Ocupada (N = 430)	39 (9.1)	0.4	0.2 - 0.6	0.4	0.2 - 0.7
	Estudiante (N = 15)	10 (66.7)	7.5	2.4 - 23.5	4.1	1.0 - 17.2
<b>Nacionalidad</b>	Española sí (N = 706)	105 (14.9)	1	-	1	-
	Española no (N = 68)	13 (19.1)	1.3	0.7 - 2.6	0.8	0.4 - 1.7
<b>Convivencia</b> P=9.8e-16	Con su pareja (N = 703)	84 (11.9)	1	-	1	-
	Otras formas (N=71)	34(47.9)	6.8	4.0 - 11.4	1.7	0.9 - 3.6
<b>Apoyo en su entorno</b>	Sí (N = 734)	108 (14.7)	1	-	1	-
	No (N = 37)	8 (21.6)	1.6	0.7 - 3.6	1.0	0.4 - 2.7



Tabla 4.55. Modelo II de regresión logística (violencia global ISA) para el “no deseo” del embarazo

Variables	Categorías	NO DESEO DEL EMBARAZO				
		Fr. (%)	Modelo bruto		Modelo ajustado	
			Odds	IC (95%)	Odds	IC (95%)
<b>Violencia global ISA</b> P=3.1e-09	No (N=562)	59 (10.1)	1	-	1	-
	Sí (N=152)	45 (29.6)	3.7	2.4- 5.8	2.7	1.6 - 4.4
<b>Edad</b> P=4.1e-11	<20 (N=31)	16 (51.6)	1	-	1	-
	20-24 (N=101)	30 (29.7)	0.4	0.2 - 0.9	1.0	0.3 - 3.1
	25-29 (N=199)	27 (13.6)	0.1	0.1 - 0.3	0.8	0.2 - 2.4
	30-34 (N=274)	27 (9.8)	0.1	0.1 - 0.2	0.7	0.2 - 2.3
	35-39 (N=118)	11 (9.3)	0.1	0.0 - 0.3	0.6	0.1 - 2.1
	≥ 40 (N=31)	5 (16.1)	0.2	0.1 - 0.6	1.2	0.3 - 6.1
<b>Estado civil</b> P=3.1e-18	Casada (N= 496)	38 (7.7)	1	-	1	-
	Relación con compr. (N = 105)	18 (17.1)	2.5	1.4 - 4.6	1.7	0.9 - 3.6
	Relación sin compr. (N = 171)	62 (36.3)	6.8	4.3 - 10.8	3.5	1.8 - 6.6
<b>Nivel de estudios</b> P=0.0018	Hasta primarios (N = 292)	61 (20.9)	1	-	1	-
	Secundarios (N = 375)	48 (12.8)	0.6	0.4 - 0.8	1.0	0.6 - 1.6
	Universitarios (N = 106)	9 (8.5)	0.3	0.2 - 0.7	0.6	0.2 - 6.6
<b>Tipo de trabajo</b> P=4.1e-11	Ama de casa (N = 167)	35 (21.0)	1	-	1	-
	Parada (N = 161)	33 (20.5)	1.0	0.6 - 1.7	0.7	0.3 - 1.3
	Ocupada (N = 430)	39 (9.1)	0.4	0.2 - 0.6	0.4	0.2 - 0.8
	Estudiante (N = 15)	10 (66.7)	7.5	2.4 - 23.5	3.6	0.8 - 16.0
<b>Nacionalidad</b>	Española sí (N = 706)	105 (14.9)	1	-	1	-
	Española no (N = 68)	13 (19.1)	1.3	0.7 - 2.6	0.8	0.4 - 1.8
<b>Convivencia</b> P=9.8e-16	Con su pareja (N =703)	84 (11.9)	1	-	1	-
	Otras formas (N = 71)	34 (47.9)	6.8	4.0 - 11.4	1.6	0.7 - 3.3
<b>Apoyo en su entorno</b>	Sí (N = 734)	108 (14.7)	1	-	1	-
	No (N = 37)	8 (21.62)	1.6	0.7 - 3.6	1.0	0.4 - 2.7

Tabla 4.56. Modelo III de regresión logística (violencia periembarazo AAS+ISA) para el “no deseo” del embarazo

Variables	Categorías	NO DESEO DEL EMBARAZO				
		Fr. (%)	Modelo bruto		Modelo ajustado	
			Odds	IC (95%)	Odds	IC (95%)
<b>Violencia periembarazo AAS + ISA P=2.5e-08</b>	No (N=599)	68 (11.3)	1	-	1	-
	Sí (N =175)	50 (28.6)	3.1	2.1 - 4.7	2.4	1.5 - 3.9
<b>Edad P=4.1e-11</b>	<20 (N =31)	16 (51.6)	1	-	1	-
	20-24 (N =101)	30 (29.7)	0.4	0.2 - 0.9	0.9	0.3 - 2.5
	25-29 (N =199)	27 (13.6)	0.2	0.1 - 0.3	0.6	0.2 - 1.8
	30-34 (N =274)	27 (9.8)	0.1	0.1 - 0.2	0.6	0.2 - 1.9
	35-39 (N=118)	11 (9.3)	0.1	0.0 - 0.3	0.5	0.2 - 1.7
	≥ 40 (N =31)	5 (16.1)	0.2	0.1 - 0.6	1.1	0.3 - 4.7
<b>Estado civil P=3.1e-18</b>	Casada (N = 496)	38 (7.66)	1	-	1	-
	Relación con compr. (N = 105)	18 (17.14)	2.5	1.4 - 4.6	2.0	1.0 - 4.0
	Relación sin compr. (N = 171)	62 (36.26)	6.9	4.4 - 10.8	3.5	1.9 - 6.4
<b>Nivel de estudios P=0.0018</b>	Hasta primarios (N = 292)	61 (20.89)	1	-	1	-
	Secundarios (N = 375)	48 (12.80)	0.6	0.4 - 0.8	0.8	0.5 - 1.4
	Universitarios (N = 106)	9 (8.49)	0.4	0.2 - 0.7	0.6	0.2 - 1.5
<b>Tipo de trabajo P=4.1e-11</b>	Ama de casa (N = 167)	35 (20.96)	1	-	1	-
	Parada (N = 161)	33 (20.50)	1.0	0.6 - 1.7	0.7	0.4 - 1.3
	Ocupada (N = 430)	39 (9.07)	0.4	0.2 - 0.6	0.4	0.2 - 0.7
	Estudiante (N = 15)	10 (66.67)	7.5	2.4 - 23.5	3.8	0.9 - 16.3
<b>Nacionalidad</b>	Española sí (N = 706)	105 (14.87)	1	-	1	-
	Española no (N = 68)	13 (19.12)	1.4	0.7 - 2.6	0.7	0.3 - 1.6
<b>Convivencia P=9.8e-16</b>	Con su pareja (N =703)	84 (11.95)	1	-	1	-
	Otras formas (N =71)	34(47.89)	6.8	4.0 - 11.4	1.7	0.8 - 3.5
<b>Apoyo en su entorno</b>	Sí (N = 734)	108 (14.71)	1	-	1	-
	No (N = 37)	8 (21.62)	1.6	0.7 - 3.6	1.0	0.4 - 2.5

Tabla 4.57. Modelo IV de regresión logística (violencia emocional adultas y periembarazo y violencia física adultas y periembarazo) para el “no deseo” del embarazo

Variables	Categorías	NO DESEO DEL EMBARAZO				
		Fr. (%)	Modelo bruto		Modelo ajustado	
			Odds	IC (95%)	Odds	IC (95%)
<b>Violencia emocional adultas</b> P=0.0372	No (N=648)	90 (13.9)	1	-	1	-
	Sí (N = 117)	25 (21.4)	1.7	1.0 - 2.8	0.9	0.5 - 1.9
<b>Violencia emocional periembarazo</b> P=0.0016	No (N = 729)	103 (14.1)	1	-	1	-
	Sí (N =36)	12 (33.3)	3.0	1.5 - 6.3	2.3	0.9 - 6.3
<b>Violencia física adultas</b> P=0.05	No (N =710)	103 (14.5)	1	-	1	-
	Sí (N =54)	13 (24.1)	1.9	1.0 - 3.6	1.1	0.4 - 3.1
<b>Violencia física periembarazo</b>	No (N =752)	112 (14.9)	1	-	-	-
	Sí (N =12)	4 (33.3)	2.9	0.9 - 9.7	1.1	0.2 - 5.7
<b>Edad</b> P=4.1e-11	<20 (N =31)	16 (51.6)	1	-	1	-
	20-24 (N =101)	30 (29.7)	0.4	0.2 - 0.9	0.9	0.3 - 2.4
	25-29 (N =199)	27 (13.6)	0.2	0.1 - 0.3	0.6	0.2 - 1.7
	30-34 (N =274)	27 (9.9)	0.1	0.1 - 0.2	0.6	0.2 - 1.7
	35-39 (N =118)	11 (9.3)	0.1	0.0 - 0.2	0.5	0.1 - 1.6
	≥ 40 (N =31)	5 (16.1)	0.2	0.1 - 0.6	1.0	0.2 - 4.2
<b>Estado civil</b> P=3.1e-18	Casada (N = 496)	38 (7.7)	1	-	1	-
	Relación con compr. (N = 105)	18 (17.1)	2.5	1.4 - 4.6	2.4	1.2 - 4.8
	Relación sin compr. (N = 171)	62 (36.3)	6.9	4.3 - 10.8	4.0	2.1 - 7.5
<b>Nivel de estudios</b> P=0.0018	Hasta primarios (N = 292)	61 (20.9)	1	-	1	-
	Secundarios (N = 375)	48 (12.8)	0.6	0.4 - 0.8	0.8	0.5 - 1.4
	Universitarios (N = 106)	9 (8.5)	0.3	0.2 - 0.7	0.6	0.2 - 1.5
<b>Tipo de trabajo</b> P=4.1e-11	Ama de casa (N = 167)	35 (21.0)	1	-	1	-
	Parada (N = 161)	33 (20.5)	1.0	0.6 - 1.7	0.6	0.3 - 1.2
	Ocupada (N = 430)	39 (9.1)	0.4	0.2 - 0.6	0.4	0.2 - 0.7
	Estudiante (N = 15)	10 (66.7)	7.5	2.4 - 23.5	3.9	0.9 - 16.4
<b>Nacionalidad</b>	Española sí (N = 706)	105 (14.9)	1	-	1	-
	Española no (N = 68)	13 (19.1)	1.3	0.7 - 2.6	0.8	0.4 - 1.8
<b>Convivencia</b> P=9.8e-16	Con su pareja (N =703)	84 (11.9)	1	-	1	-
	Otras formas (N =71)	34(47.9)	6.8	4.0 - 11.4	1.7	0.8 - 3.4
<b>Apoyo en su entorno</b>	Sí (N = 734)	108 (14.7)	1	-	1	-
	No (N = 37)	8 (21.6)	1.6	0.7 - 3.6	0.9	0.3 - 2.4

Tabla 4.58. Modelo V de regresión logística (violencia ISA no física y violencia ISA física) para el “no deseo” del embarazo

Variables	Categorías	NO DESEO DEL EMBARAZO				
		Fr. (%)	Modelo bruto		Modelo ajustado	
			Odds	IC (95%)	Odds	IC (95%)
<b>Violencia ISA no física</b> P=8.0e-09	No (N=564)	60 (10.6)	1	-	1	-
	Sí (N = 150)	44 (29.3)	3.5	2.2 - 5.4	2.5	1.5 - 4.3
<b>Violencia ISA física</b> P=0.0031	No (N = 688)	95 (13.8)	1	-	1	-
	Sí (N = 26)	9 (34.6)	3.3	1.4 - 7.6	1.2	0.4 - 3.2
<b>Edad</b> P=4.1e-11	<20 (N = 31)	16 (51.6)	1	-	1	-
	20-24 (N = 101)	30 (29.7)	0.4	0.2 - 0.9	1.1	0.4 - 3.1
	25-29 (N = 199)	27 (13.6)	0.2	0.1 - 0.3	0.8	0.2 - 2.3
	30-34 (N = 274)	27 (9.9)	0.1	0.0 - 0.2	0.7	0.2 - 2.3
	35-39 (N = 118)	11 (9.3)	0.1	0.0 - 0.2	0.6	0.2 - 2.0
	≥ 40 (N = 31)	5 (16.1)	0.2	0.1 - 0.6	1.2	0.2 - 6.0
<b>Estado civil</b> P=3.1e-18	Casada (N = 496)	38 (7.7)	1	-	1	-
	Relación con compr. (N = 105)	18 (17.1)	2.5	1.4 - 4.6	1.8	0.9 - 3.6
	Relación sin compr. (N = 171)	62 (36.3)	6.9	4.4 - 10.8	3.5	1.8 - 6.1
<b>Nivel de estudios</b> P=0.0018	Hasta primarios (N = 292)	61 (20.9)	1	-	1	-
	Secundarios (N = 375)	48 (12.8)	0.6	0.4 - 0.8	1.0	0.6 - 1.6
	Universitarios (N = 106)	9 (8.5)	0.4	0.2 - 0.7	0.6	0.2 - 1.7
<b>Tipo de trabajo</b> P=4.1e-11	Ama de casa (N = 167)	35 (21.0)	1	-	1	-
	Parada (N = 161)	33 (20.5)	1.0	0.6 - 1.7	0.7	0.3 - 1.3
	Ocupada (N = 430)	39 (9.1)	0.4	0.2 - 0.6	0.4	0.2 - 0.8
	Estudiante (N= 15)	10 (66.7)	7.5	2.4 - 23.5	3.6	0.8 - 15.7
<b>Nacionalidad</b>	Española sí (N = 706)	105 (14.9)	1	-	1	-
	Española no (N = 68)	13 (19.1)	1.4	0.7-2.6	0.8	0.4-1.8
<b>Convivencia</b> P=9.8e-16	Con su pareja (N =703)	84 (11.9)	1	-	1	-
	Otras formas (N =71)	34(47.9)	6.8	4.0 - 11.4	1.5	0.7 - 3.3
<b>Apoyo en su entorno</b>	Sí (N = 734)	108 (14.7)	1	-	1	-
	No (N = 37)	8 (21.6)	1.6	0.7 - 3.6	1.0	0.4 - 2.7

En el análisis bivalente, el no deseo de embarazo está asociado estadísticamente con la mayoría de tipos de violencia analizados en todos los modelos. En el modelo I, la probabilidad de no desear el embarazo para las mujeres que refieren violencia durante la vida adulta es de 1.7, para la violencia global periembarazo la probabilidad es de 2.7. Para la violencia periembarazo global (ISA) del modelo II presenta una OR de 3.7. En el modelo III, existe asociación entre violencia periembarazo (AAS+ISA) y no desear el embarazo (OR=3.1). En el modelo IV la probabilidad de no desear el embarazo para las mujeres con violencia emocional a lo largo de su vida adulta es de 1.7, con violencia emocional periembarazo es de 3.0 y con violencia física adultas de 1.9. En el modelo V la probabilidad de no desear el embarazo es de 3.5 para las mujeres con violencia no física (ISA) y con violencia física (ISA) la probabilidad es de 3.3.

Cuando realizamos el análisis bivalente del no deseo de embarazo con las diferentes variables sociodemográficas y entorno familiar, encontramos que existe una asociación estadísticamente significativa con:

La edad: Se observa que las mujeres mayores de 20 años tienen menos probabilidad de no desear su embarazo. La edad funciona como un factor de protección al no deseo del embarazo.

El nivel de estudios: Se observa que a mayor nivel de estudios alcanzado existe una menor probabilidad de no desear el embarazo. Los estudios funcionan como un factor de protección, siendo la OR de los estudios universitarios inferior a los estudios secundarios.

El estado civil: Las mujeres que mantienen una relación con compromiso (OR=2.5) y las mujeres que tienen una relación sin compromiso (OR=6.9) tienen mayor probabilidad de no desear su embarazo.

El tipo de trabajo: Las estudiantes presentan mayor probabilidad de no desear el embarazo (OR=7.5). Sin embargo, el tener un trabajo, se presenta como un factor de protección (OR=0.4).

El tipo de convivencia: Las mujeres que no conviven únicamente con sus parejas tienen más probabilidad de no desear el embarazo (OR=6.8).

En los modelos ajustados del no deseo de embarazo, una vez controlados por las variables sociodemográficas y entorno familiar, encontramos que:

En el modelo I, una mujer que experimenta violencia global periembarazo tiene mayor probabilidad de no desear el embarazo (OR=2.2). Encontramos también que las mujeres que tienen una relación con compromiso (OR=2.2) y sin compromiso (OR=3.7) tienen mayor probabilidad de no desear el embarazo frente a las mujeres casadas. De la misma manera, hemos encontrado que las mujeres estudiantes tienen mayor riesgo de no desear el embarazo (OR=4.1), en contraposición a las mujeres que tienen trabajo, éstas tienen menos probabilidad de no desear el embarazo (OR=0.4), por tanto, el tener trabajo se mantiene como un factor de protección al no deseo de embarazo.

En el modelo II, una mujer que experimenta violencia global periembarazo (ISA) tiene mayor probabilidad de no desear el embarazo (OR=2.7). Encontramos también que las mujeres que mantienen una relación sin compromiso tienen mayor probabilidad de no desear el embarazo (OR=3.5). Sin embargo, las mujeres que están ocupadas tienen menos probabilidad de no desear el embarazo (OR=0.4).

En el modelo III, una mujer que experimenta violencia periembarazo (AAS+ISA) tiene mayor probabilidad de no desear el embarazo (OR=2.4). Vemos también que las mujeres que tienen una relación con compromiso (OR=2.0) y sin compromiso (OR=3.5) tienen mayor probabilidad de no desear el embarazo frente a las mujeres casadas. También hemos encontrado que las mujeres que tienen una ocupación tienen menos probabilidad de no desear el embarazo (OR=0.4).

En el modelo IV, encontramos que las mujeres que tienen una relación con compromiso (OR=2.4) y sin compromiso (OR=4.0) tienen mayor probabilidad de no desear el embarazo frente a las mujeres casadas. Por el contrario, las mujeres que tienen una ocupación tienen menos probabilidad de no desear el embarazo (OR=0.4).

En el modelo V, una mujer que experimenta violencia periembarazo no física (ISA) tiene mayor probabilidad de no desear el embarazo (OR=2.5). Encontramos también que las mujeres que tienen una relación sin compromiso tienen mayor probabilidad de no desear el embarazo (OR=3.5). Por otra parte, las mujeres que están ocupadas tienen menos probabilidad de no desear el embarazo (OR=0.4).

Cuando se ajusta por las variables sociodemográficas y entorno familiar, son las mujeres que refieren violencias periembarazo las que presentan mayor probabilidad de no desear el embarazo. El estado civil, en concreto la relación sin compromiso, aparece también como un factor para no desear el embarazo en todos los modelos y la relación con compromiso en los modelos I, III y IV, frente a las mujeres casadas. Por otra parte, en todos los modelos aparece que tener un empleo es un factor de protección para el no deseo de embarazo.

#### 4.5.1.2. Asistencia a los servicios de urgencias

En este apartado, presentamos los modelos de regresión logística para la variable “acudir al servicio de urgencias” y los diferentes tipos de violencia sufridos por la mujer. En este caso, hemos ajustado por las variables sociodemográficas, del entorno familiar y, además, por el deseo de embarazo y las patologías e infecciones durante el embarazo.

Tabla 4.59. Modelo I de regresión logística (violencia global adultas y periembarazo) para el “acudir a urgencias”

Variables	Categorías	ACUDIR A LOS SERVICIOS DE URGENCIAS				
		Fr. (%)	Modelo bruto		Modelo ajustado	
			Odds	IC (95%)	Odds	IC (95%)
Violencia global adultas	No (N = 628)	371 (59.1)	1	-	1	-
	Sí (N = 149)	93 (62.4)	1.2	0.8 – 1.7	0,9	0.6 – 1.4
Violencia global periembarazo	No (N = 718)	427 (59.5)	1	-	1	-
	Sí (N = 59)	37 (62.7)	1.2	0.7– 2.0	0.9	0.5 – 1.8
<b>Edad P=0.0092</b>	<20 (N = 31)	14 (45.2)	1	-	1	-
	20-24 (N = 101)	74 (73.3)	<b>3.3</b>	<b>1.5 – 7.7</b>	<b>3.3</b>	<b>1.3 – 8.7</b>
	25-29 (N = 199)	126 (63.3)	<b>2.1</b>	<b>1.0 – 4.5</b>	2.2	0.8 – 5.7
	30-34 (N = 275)	157 (57.1)	1.6	0.8 – 3.4	1.7	0.7 – 4.7
	35-39 (N = 120)	69 (57.5)	1.6	0.7 – 3.6	2.0	0.7 – 5.7
	≥ 40 (N = 31)	14 (45.2)	1.0	0.4 – 2.7	0.9	0.3 – 3.2
<b>Estado civil P=0.0244</b>	Casada (N = 498)	280 (56.2)	1	-	1	-
	Relación con compr. (N = 106)	68 (64.2)	1.4	0.9 – 2.1	1.1	0.7 – 1.9
	Relación sin compr. (N = 171)	115 (67.2)	<b>1.6</b>	<b>1.1 – 2.3</b>	1.5	0.9 – 2.4
<b>Nivel de estudios P=0.0029</b>	Hasta primarios (N = 293)	188 (64.2)	1	-	1	-
	Secundarios (N = 377)	228 (60.5)	0.9	0.6 – 1.2	0.9	0.6 – 1.3
	Universitarios (N = 106)	48 (45.3)	<b>0.5</b>	<b>0.3 – 0.7</b>	0.6	0.4 – 1.1
Tipo de trabajo	Ama de casa (N = 169)	96 (56.8)	1	-	1	-
	Parada (N = 162)	108 (66.7)	1.5	0.9 – 2.4	1.5	0.9 – 2.5
	Ocupada (N = 430)	252 (58.6)	1.1	0.7 – 1.5	1.3	0.8 – 1.9
	Estudiante (N = 15)	7 (46.7)	0.7	0.2 – 1.9	0.8	0.2 – 3.1
Nacionalidad	Española sí (N = 708)	427 (60.2)	1	-	1	-
	Española no (N = 68)	37 (54.4)	0.8	0.5-1.3	0.7	0.4 -1.3
Convivencia	Con su pareja (N = 706)	421 (59.6)	1	-	1	-
	Otras formas (N = 71)	43 (60.6)	1.0	0.6 – 1.7	0.8	0.4 – 1.6
Apoyo en su entorno	Sí (N = 737)	438 (59.4)	1	-	1	-
	No (N = 37)	24 (64.9)	1.3	0.6 – 2.5	1.2	0.5 – 2.7
Embarazo deseado	Sí (N = 656)	397 (60.5)	1	-	1	-
	No (N = 118)	66 (55.9)	0.8	0.6 – 1.2	0.7	0.4 – 1.1
<b>Patologías en el embarazo P=6.1e-07</b>	No (N = 532)	286 (53.8)	1	-	1	-
	Sí (N = 242)	176 (72.7)	<b>2.9</b>	<b>1.6 – 3.2</b>	<b>2.4</b>	<b>1.7 – 3.5</b>
<b>Infecciones en el embarazo P=3.1e-07</b>	No (N = 440)	228 (51.8)	1	-	1	-
	Sí (N = 331)	232 (70.1)	<b>2.2</b>	<b>1.6 – 2.9</b>	<b>1.8</b>	<b>1.3 – 2.5</b>



Tabla 4.60. Modelo II de regresión logística (violencia global ISA) para el “acudir a urgencias”

Variables	Categorías	ACUDIR A LOS SERVICIOS DE URGENCIAS				
		Fr. (%)	Modelo bruto		Modelo ajustado	
			Odds	IC (95%)	Odds	IC (95%)
Violencia global ISA	No (N = 564)	329 (58.3)	1	-	1	-
	Sí (N = 153)	97 (63.4)	1.2	0.9 – 1.8	1.0	0.6 – 1.5
<b>Edad P=0.0092</b>	<20 (N = 31)	14 (45.2)	1	-	1	-
	20-24 (N = 101)	74 (73.3)	3.3	1.5 – 7.7	3.8	1.4 – 10.6
	25-29 (N = 199)	126 (63.3)	2.1	1.0 – 4.5	2.5	0.9 – 6.9
	30-34 (N = 275)	157 (57.1)	1.6	0.8 – 3.4	2.0	0.7 – 5.5
	35-39 (N = 120)	69 (57.5)	1.6	0.7 – 3.6	2.2	0.7 – 6.6
	≥ 40 (N = 31)	14 (45.2)	1.0	0.4 – 2.7	1.2	0.3 – 4.4
<b>Estado civil P=0.0244</b>	Casada (N = 498)	280 (56.2)	1	-	1	-
	Relación con compr. (N = 106)	68 (64.2)	1.4	0.9 – 2.1	1.2	0.7 – 2.0
	Relación sin compr. (N = 171)	115 (67.2)	1.6	1.1 – 2.3	1.3	0.8 – 2.2
<b>Nivel de estudios P=0.0029</b>	Hasta primarios (N = 293)	188 (64.2)	1	-	1	-
	Secundarios (N = 377)	228 (60.5)	0.9	0.6 – 1.2	0.9	0.6 – 1.3
	Universitarios (N = 106)	48 (45.3)	0.5	0.3 – 0.7	0.6	0.3 – 1.0
Tipo de trabajo	Ama de casa (N = 169)	96 (56.8)	1	-	1	-
	Parada (N = 162)	108 (66.7)	1.5	0.9 – 2.4	1.5	0.9 – 2.5
	Ocupada (N = 430)	252 (58.6)	1.1	0.8 – 1.5	1.3	0.9 – 2.0
	Estudiante (N = 15)	7 (46.7)	0.7	0.2 – 1.9	0.7	0.2 – 2.7
Nacionalidad	Española sí (N = 708)	427 (60.2)	1	-	1	-
	Española no (N = 68)	37 (54.4)	0.8	0.5 - 1.3	0.7	0.4 - 1.3
Convivencia	Con su pareja (N=706)	421 (59.6)	1	-	1	-
	Otras formas (N =71)	43 (60.6)	1.0	0.6 – 1.7	0.9	0.4 – 1.9
Apoyo en su entorno	Sí (N = 737)	438 (59.4)	1	-	1	-
	No (N = 37)	24 (64.9)	1.3	0.6 – 2.5	1.0	0.5 – 2.4
Embarazo deseado	Sí (N = 656)	397 (60.5)	1	-	1	-
	No (N = 118)	66 (55.9)	0.8	0.6 – 1.2	0.6	0.4 – 1.1
<b>Patologías en el embarazo P=6.1e-07</b>	No (N = 532)	286 (53.8)	1	-	1	-
	Sí (N = 242)	176 (72.7)	2.9	1.7 – 3.2	2.4	1.7 – 3.6
<b>Infecciones en el embarazo P=3.1e-07</b>	No (N = 440)	228 (51.8)	1	-	1	-
	Sí (N = 331)	232 (70.1)	2.2	1.6 – 2.9	1.8	1.3 – 2.6

Tabla 4.61. Modelo III de regresión logística (violencia periembarazo AAS+ISA) para el “acudir a urgencias”

Variables	Categorías	ACUDIR A LOS SERVICIOS DE URGENCIAS				
		Fr. (%)	Modelo bruto		Modelo ajustado	
			Odds	IC (95%)	Odds	IC (95%)
Violencia periembarazo AAS + ISA	No (N = 601)	355 (59.1)	1	-	1	-
	Sí (N = 176)	109 (61.9)	1.1	0.8 - 1.6	0.8	1.2 - 8.6
<b>Edad P=0.0092</b>	<20 (N = 31)	14 (45.2)	1	-	1	-
	20-24 (N = 101)	74 (73.3)	3.3	1.5 - 7.7	3.2	1.2 - 8.6
	25-29 (N = 199)	126 (63.3)	2.1	1.0 - 4.5	2.1	0.8 - 5.5
	30-34 (N = 275)	157 (57.1)	1.6	0.8 - 3.4	1.7	0.6 - 4.5
	35-39 (N = 120)	69 (57.8)	1.6	0.7 - 3.6	2.0	0.7 - 5.5
	≥ 40 (N = 31)	14 (45.2)	1.0	0.4 - 2.7	0.9	0.3 - 2.9
<b>Estado civil P=0.0244</b>	Casada (N = 498)	280 (56.2)	1	-	1	-
	Relación con compr. (N = 106)	68 (64.2)	1.4	0.9 - 2.1	1.1	0.7 - 1.9
	Relación sin compr. (N = 171)	115 (67.2)	1.6	1.1 - 2.3	1.5	0.9 - 2.4
<b>Nivel de estudios P=0.0029</b>	Hasta primarios (N = 293)	188 (64.2)	1	-	1	-
	Secundarios (N = 377)	228 (60.5)	0.8	0.6 - 1.2	0.9	0.6 - 1.3
	Universitarios (N = 106)	48 (45.3)	0.5	0.3 - 0.7	0.6	0.4 - 1.1
<b>Tipo de trabajo</b>	Ama de casa (N = 169)	96 (56.8)	1	-	1	-
	Parada (N = 162)	108 (66.7)	1.5	0.9 - 2.4	1.5	0.9 - 2.5
	Ocupada (N = 430)	252 (58.6)	1.1	0.7 - 1.5	1.2	0.8 - 1.9
	Estudiante (N = 15)	7 (46.7)	0.7	0.2 - 1.9	0.8	0.2 - 3.1
<b>Nacionalidad</b>	Española sí (N = 708)	427 (60.2)	1	-	1	-
	Española no (N = 68)	37 (54.4)	0.8	0.5-1.3	0.7	0.4-1.3
<b>Convivencia</b>	Con su pareja (N = 706)	421 (59.6)	1	-	1	-
	Otras formas (N = 71)	43 (60.6)	1.0	0.6 - 1.7	0.8	0.4 - 1.6
<b>Apoyo en su entorno</b>	Sí (N = 737)	438 (59.4)	1	-	1	-
	No (N = 37)	24 (64.9)	1.3	0.6 - 2.5	1.2	0.5 - 2.7
<b>Embarazo deseado</b>	Sí (N = 656)	397 (60.5)	1	-	1	-
	No (N = 118)	66 (55.9)	0.8	0.6 - 1.2	0.7	0.4 - 1.1
<b>Patologías en el embarazo P=6.1e-07</b>	No (N = 532)	286 (53.8)	1	-	1	-
	Sí (N = 242)	176 (72.7)	2.9	1.6 - 3.2	2.4	1.7 - 3.5
<b>Infecciones en el embarazo P=3.1e-07</b>	No (N = 440)	228 (51.8)	1	-	1	-
	Sí (N = 331)	232 (70.1)	2.2	1.6 - 2.9	1.8	1.3 - 2.5

Tabla 4.62. Modelo IV de regresión logística (violencia emocional adultas y periembarazo y violencia física adultas y periembarazo) para el “acudir a urgencias”

Variables	Categorías	ACUDIR A LOS SERVICIOS DE URGENCIAS				
		Fr. (%)	Modelo bruto		Modelo ajustado	
			Odds	IC (95%)	Odds	IC (95%)
Violencia emocional adultas	No (N=650)	383 (58.9)	1	-	1	-
	Sí (N =118)	77 (65.2)	1.3	0.9 – 2.0	0.8	0.5 – 1.4
Violencia emocional periembarazo	No (N =732)	433 (59.1)	1	-	1	-
	Sí (N =36)	27 (75.0)	2.1	1.0 – 4.5	1.3	0.5– 3.4
Violencia física adultas	No (N =713)	421 (59.0)	1	-	1	-
	Sí (N =54)	39 (72.2)	3.4	0.7-15.6	1.5	0.7 – 3.5
Violencia física periembarazo	No (N =755)	450 (59.6)	1	-	1	-
	Sí (N=12)	10 (83.3)	3.4	0.7 – 15.6	1.4	0.2 – 8.9
<b>Edad P=0.009</b>	<20 (N = 31)	14 (45.12)	1	-	1	-
	20-24 (N = 101)	74 (73.3)	3.3	1.5 – 7.7	3.2	1.2 – 6.6
	25-29 (N = 199)	126 (63.3)	2.1	1.0 – 4.5	2.0	0.8 – 5.4
	30-34 (N = 275)	157 (57.1)	1.6	0.8 – 3.4	1.7	0.6 – 4.5
	35-39 (N = 120)	69 (57.5)	1.6	0.7 – 3.6	2.0	0.7 – 5.7
	≥ 40 (N = 31)	14 (45.2)	1.0	0.4 – 2.7	0.8	0.2 – 2.8
<b>Estado civil P=0.0244</b>	Casada (N = 498)	280 (56.2)	1	-	1	-
	Relación con compr. (N = 106)	68 (64.2)	1.4	0.9 – 2.1	1.1	0.7 – 1.9
	Relación sin compr. (N = 171)	115 (67.2)	1.6	1.1 – 2.3	1.4	0.8 – 2.3
<b>Nivel de estudios P=0.0029</b>	Hasta primarios (N = 293)	188 (64.2)	1	-	1	-
	Secundarios (N = 377)	228 (60.5)	0.9	0.6 – 1.2	0.9	0.6 – 1.4
	Universitarios (N = 106)	48 (45.3)	0.5	0.3 – 0.7	0.6	0.4– 1.1
Tipo de trabajo	Ama de casa (N = 169)	96 (56.8)	1	-	1	-
	Parada (N = 162)	108 (66.7)	1.5	0.9 – 2.4	1.6	0.9 – 2.6
	Ocupada (N = 430)	252 (58.6)	1.1	0.8 – 1.5	1.2	0.8 – 1.9
	Estudiante (N = 15)	7 (46.7)	0.7	0.2 – 1.9	0.9	0.2 – 3.4
Nacionalidad	Española sí (N = 708)	427 (60.2)	1	-	1	-
	Española no (N = 68)	37 (54.4)	0.8	0.5 - 1.3	0.7	0.4-1.2
Convivencia	Con su pareja (N=706)	421 (59.6)	1	-	1	-
	Otras formas (N =71)	43 (60.6)	1.0	0.6 – 1.7	0.7	0.4 – 1.5
Apoyo en su entorno	Sí (N = 737)	438 (59.4)	1	-	1	-
	No (N = 37)	24 (64.9)	1.3	0.6 – 2.5	1.2	0.5 – 3.0
Embarazo deseado	Sí (N = 656)	397 (60.5)	1	-	1	-
	No (N = 118)	66 (55.9)	0.8	0.6 – 1.2	0.6	0.4 – 1.1
<b>Patologías en el embarazo P=6.1e-07</b>	No (N = 532)	286 (53.8)	1	-	1	-
	Sí (N = 242)	176 (72.7)	2.9	1.7 – 3.2	2.4	1.6– 3.4
<b>Infecciones en el embarazo P=3.1e-07</b>	No (N = 440)	228 (51.8)	1	-	1	-
	Sí (N = 331)	232 (70.1)	2.2	1.6 – 2.9	1.8	1.3 – 2.5

Tabla 4.63. Modelo V de regresión logística (violencia ISA no física y física) para el “acudir a urgencias”

Variables	Categorías	ACUDIR A LOS SERVICIOS DE URGENCIAS				
		Fr. (%)	Modelo bruto		Modelo ajustado	
			Odds	IC (95%)	Odds	IC (95%)
Violencia ISA no física	No (N=566)	330 (58.3)	1	-	1	-
	Sí (N= 151)	96 (63.6)	1.2	0.9 – 1.8	1.0	0.6 – 1.6
Violencia ISA física	No (N=691)	411 (59.5)	1	-	1	-
	Sí (N=26)	15 (57.7)	0.9	0.4 – 2.0	0.9	0.3 – 2.4
<b>Edad</b> P=0.0092	<20 (N = 31)	14 (45.1)	1	-	1	-
	20-24 (N = 101)	74 (73.3)	3.3	1.5 – 7.7	3.8	1.4 – 10.6
	25-29 (N = 199)	126 (63.3)	2.1	1.0 – 4.5	2.5	0.9 – 7.0
	30-34 (N = 275)	157 (57.1)	1.6	0.8 – 3.4	2.0	0.7 – 5.6
	35-39 (N = 120)	69 (57.5)	1.6	0.7 – 3.6	2.2	0.7 – 6.7
	≥ 40 (N = 31)	14 (45.2)	1.0	0.4 – 2.7	1.2	0.3 – 4.5
<b>Estado civil</b> P=0.0244	Casada (N = 498)	280 (56.2)	1	-	1	-
	Relación con compr. (N = 106)	68 (64.2)	1.4	0.9 – 2.1	1.2	0.7 – 2.0
	Relación sin compr. (N = 171)	115 (67.2)	1.6	1.1 – 2.3	1.3	0.8 – 2.2
<b>Nivel de estudios</b> P=0.0029	Hasta primarios (N = 293)	188 (64.2)	1	-	1	-
	Secundarios (N = 377)	228 (60.5)	0.9	0.6 – 1.2	0.9	0.61– 1.3
	Universitarios (N = 106)	48 (45.3)	0.5	0.3 – 0.7	0.6	0.3 – 1.0
<b>Tipo de trabajo</b>	Ama de casa (N = 169)	96 (56.8)	1	-	1	-
	Parada (N = 162)	108 (66.7)	1.5	0.9– 2.4	1.5	0.9 – 2.5
	Ocupada (N = 430)	252 (58.6)	1.1	0.8 – 1.5	1.3	0.8 – 2.0
	Estudiante (N = 15)	7 (46.7)	0.7	0.2 – 1.9	0.7	0.2 – 2.7
<b>Nacionalidad</b>	Española sí (N = 708)	427 (60.2)	1	-	1	-
	Española no (N = 68)	37 (54.4)	0.8	0.5 - 1.3	0.7	0.4-1.3
<b>Convivencia</b>	Con su pareja (N=706)	421 (59.6)	1	-	1	-
	Otras formas (N =71)	43 (60.6)	1.0	0.6 – 1.7	0.9	0.4 – 1.9
<b>Apoyo en su entorno</b>	Sí (N = 737)	438 (59.4)	1	-	1	-
	No (N = 37)	24 (64.9)	1.3	0.6 – 2.5	1.0	0.4 – 2.4
<b>Embarazo deseado</b>	Sí (N = 656)	397 (60.5)	1	-	1	-
	No (N = 118)	66 (55.9)	0.8	0.6 – 1.2	0.6	0.4 – 1.1
<b>Patologías en el embarazo</b> P=6.1e-07	No (N = 532)	286 (53.8)	1	-	1	-
	Sí (N = 242)	176 (72.7)	2.9	1.7 – 3.2	2.4	1.7 – 3.6
<b>Infecciones en el embarazo</b> P=3.1e-07	No (N = 440)	228 (51.8)	1	-	1	-
	Sí (N = 331)	232 (70.1)	2.2	1.6 – 2.9	1.8	1.3 – 2.6

En el análisis bivariante, el acudir al servicio de urgencias al hospital durante el embarazo no está asociado estadísticamente con ninguno de los tipos de violencia analizados.

Cuando realizamos el análisis bivariante de acudir o no a los servicios de urgencias durante el embarazo con las variables sociodemográficas, el deseo del embarazo y la presencia o no de patologías e infecciones durante el embarazo, encontramos asociación estadísticamente significativa con las variables:

La edad: Se observa que el grupo de 20 a 24 años (OR=3.3) y el de 25 a 29 años (OR=2.1) presentan mayor probabilidad de acudir al servicio de urgencias del hospital.

El estado civil: Las mujeres que tienen una relación sin compromiso son las que presentan un mayor riesgo de acudir al servicio de urgencias del hospital (OR=1.6).

El nivel de estudios: Los estudios universitarios son un factor protector frente a acudir a urgencias del hospital durante el embarazo (OR=0.5).

Patologías durante el embarazo: Las mujeres con patologías durante el embarazo tienen un mayor riesgo de acudir a urgencias (OR=2.9).

Infecciones durante el embarazo: Tener infecciones durante el embarazo supone mayor riesgo para acudir a urgencias (OR=2.2).

Una vez que realizamos el análisis de regresión múltiple y ajustamos el acudir o no a urgencias durante el embarazo con las diferentes variables, encontramos que no está asociado con ninguno de los tipos de violencia de pareja.

En los modelos ajustados, el acudir a los servicios de urgencias durante el embarazo sí que está asociado con las siguientes variables:

La edad: Las mujeres de 20 a 24 años son las que presentan mayor probabilidad de acudir a urgencias del hospital en todos los modelos estudiados, siendo desde 3.2 a 3.8 veces más.

Patologías durante el embarazo: Las mujeres que refieren patologías durante el embarazo son las que presentan mayor probabilidad de acudir a urgencias del hospital durante el embarazo en todos los modelos estudiados (OR=2.4).

Infecciones durante el embarazo: Las mujeres con infecciones durante el embarazo son las que presentan mayor riesgo de acudir a urgencias en todos los modelos (OR=1.8).

Una vez que realizamos el análisis de regresión múltiple y ajustamos el acudir a los servicios de urgencias con las diferentes variables, encontramos que no está asociado con ninguna de las violencias. Sí que está asociado con la edad de las mujeres, son las mujeres de 20 a 24 años las que presentan más probabilidad en los modelos II y III. Las que tienen patologías e infecciones también tienen más probabilidades de acudir a urgencias en todos los modelos analizados.

### 4.5.1.3. Ingresos en el hospital

Presentamos los modelos de regresión logística para los ingresos en el hospital durante el embarazo y los diferentes tipos de violencia sufridos por la mujer, ajustado por las variables sociodemográficas, entorno familiar, deseo de embarazo y patologías e infecciones durante el embarazo.

Tabla 4.64. Modelo I de regresión logística (violencia global adultas y periembarazo) para el “ingresar en el hospital”

Variables	Categorías	INGRESAR EN EL HOSPITAL				
		Fr. (%)	Modelo bruto		Modelo ajustado	
			Odds	IC (95%)	Odds	IC (95%)
Violencia global adultas	No (N =627)	124 (19.8)	1	-	1	-
	Sí (N =149)	36 (24.2)	1.3	0.8 – 2.0	0.8	0.5 – 1.5
Violencia global periembarazo P=0.050	No (N =717)	142 (19.8)	1	-	1	-
	Sí (N =59)	18 (30.5)	1.8	1.0 – 3.2	1.2	0.6 – 2.5
Edad P=0.0018	<20 (N=31)	5 (16.1)	1	-	1	-
	20-24 (N=100)	33 (33.0)	2.6	1.0 – 7.3	2.9	0.8 – 10.1
	25-29 (N=199)	51 (25.6)	1.8	0.6 – 4.9	1.9	0.5 – 6.8
	30-34 (N=275)	44 (16.0)	1.0	0.4 – 2.7	1.1	0.3 – 3.9
	35-39 (N=120)	19 (15.8)	1.0	0.3 – 2.9	1.1	0.3 – 4.1
	≥ 40 (N=31)	4 (12.9)	0.8	0.2 – 3.2	0.5	0.1 – 2.9
Estado civil P=0.0488	Casada (N= 498)	100 (20.1)	1	-	1	-
	Relación con compr. (N = 105)	15 (14.3)	0.7	0.4 – 1.2	0.5	0.2 – 0.9
	Relación sin compr. (N = 171)	45 (26.3)	1.4	1.0 – 2.1	1.0	0.6 – 1.8
Nivel de estudios P=0.0001	Hasta primarios (N = 292)	74 (25.3)	1	-	1	-
	Secundarios (N = 377)	81 (21.5)	0.8	0.6 – 1.2	0.9	0.6 – 1.4
	Universitarios (N = 106)	4 (3.8)	0.1	0.0 – 0.3	0.2	0.1 – 0.6
Tipo de trabajo P=0.0006	Ama de casa (N = 168)	45 (26.8)	1	-	1	-
	Parada (N = 162)	46 (28.4)	1.1	0.7 – 1.8	1.0	0.6 – 1.8
	Ocupada (N = 430)	66 (15.4)	0.5	0.3 – 0.8	0.6	0.4 – 0.9
	Estudiante (N = 15)	3 (20.0)	0.7	0.2 – 2.5	0.6	0.1 – 3.4
Nacionalidad	Española sí (N = 708)	410 (19.8)	1	-	1	-
	Española no (N = 68)	20 (29.4)	1.7	0.9-2.9	1.2	0.6-2.4
Convivencia	Con su pareja (N =705)	144 (20.4)	1	-	1	-
	Otras formas (N=71)	16 (22.5)	1.1	0.6 – 2.0	1.0	0.4 – 2.2
Apoyo en su entorno P=0.0001	Sí (N = 736)	141 (19.2)	1	-	1	-
	No (N = 37)	17 (45.9)	3.6	1.8- 7.0	2.2	1.0 – 5.0
Embarazo deseado	Sí (N=656)	135 (20.6)	1	-	1	-
	No (N=117)	25 (21.4)	1.0	0.6 – 1.7	0.8	0.4 – 1.4
Patologías en el embarazo P=6.3e-10	No (N=531)	77 (14.5)	1	-	1	-
	Sí (N=242)	82 (33.9)	3.0	2.1 – 4.3	3.1	2.1 – 4.7
Infecciones en el embarazo P=0.0027	No (N=439)	74 (16.9)	1	-	1	-
	Sí (N=331)	85 (25.7)	1.7	1.2 – 2.4	1.3	0.8 – 1.9

Tabla 4.65. Modelo II de regresión logística (violencia global ISA) para el “ingresar en el hospital”

Variables	Categorías	INGRESAR EN EL HOSPITAL				
		Fr. (%)	Modelo bruto		Modelo ajustado	
			Odds	IC (95%)	Odds	IC (95%)
Violencia global ISA	No (N=563)	107 (19.0)	1	-	1	-
	Sí (N =153)	38 (24.8)	1.4	0.9– 2.0	1.1	0.7 – 1.8
<b>Edad</b> P=0.0018	<20 (N=31)	5 (16.1)	1	-	1	-
	20-24 (N=100)	33 (33.0)	2.6	1.0 – 7.3	3.6	0.9 – 14.6
	25-29 (N=199)	51 (25.6)	1.8	0.6 – 4.9	2.5	0.6 – 10.4
	30-34 (N=275)	44 (16.0)	1.0	0.4 – 2.7	1.4	0.3 – 6.2
	35-39 (N=120)	19 (15.8)	1.0	0.3 – 2.9	1.2	0.3 – 5.6
	≥ 40 (N=31)	4 (12.9)	0.8	0.2 – 3.2	1.0	0.2 – 6.0
<b>Estado civil</b> P=0.0488	Casada (N= 498)	100 (20.1)	1	-	1	-
	Relación con compr. (N = 105)	15 (14.3)	0.7	0.4 – 1.2	0.5	0.2 – 0.9
	Relación sin compr. (N = 171)	45 (26.3)	1.4	1.0 – 2.1	1.1	0.6 – 1.9
<b>Nivel de estudios</b> P=0.0000	Hasta primarios (N = 292)	74 (25.3)	1	-	1	-
	Secundarios (N = 377)	81 (21.5)	0.8	0.6 – 1.2	0.8	0.5 – 1.3
	Universitarios (N = 106)	4 (3.8)	0.1	0.0 – 0.3	0.2	0.1– 0.5
<b>Tipo de trabajo</b> P=0.0006	Ama de casa (N = 168)	45 (26.8)	1	-	1	-
	Parada (N = 162)	46 (28.4)	1.1	0.7 – 1.8	1.1	0.6 – 1.9
	Ocupada (N = 430)	66 (15.4)	0.5	0.3 – 0.8	0.6	0.4 – 0.9
	Estudiante (N = 15)	3 (20.0)	0.7	0.2 – 2.5	0.7	0.1 – 4.4
Nacionalidad	Española sí (N = 708)	410 (19.8)	1	-	1	-
	Española no (N = 68)	20 (29.4)	1.7	0.9-2.9	1.1	0.6-2.3
Convivencia	Con su pareja (N =705)	144 (20.4)	1	-	1	-
	Otras formas (N=71)	16 (22.5)	1.1	0.6 – 2.0	0.9	0.4 – 2.1
<b>Apoyo en su entorno</b> P=0.0000	Sí (N = 736)	141 (19.2)	1	-	1	-
	No (N = 37)	17 (45.9)	3.6	1.8 – 7.0	1.9	0.8 – 4.3
Embarazo deseado	Sí (N=656)	135 (20.6)	1	-	1	-
	No (N=117)	25 (21.4)	1.0	0.6 – 1.7	0.7	0.4 – 1.3
<b>Patologías en el embarazo</b> P=6.3e-10	No (N=531)	77 (14.5)	1	-	1	-
	Sí (N=242)	82 (33.9)	3.0	2.1 – 4.3	2.9	1.9 – 4.5
<b>Infecciones en el embarazo</b> P=0.0027	No (N=439)	74 (16.9)	1	-	1	-
	Sí (N=331)	85 (25.7)	1.7	1.2 – 2.4	1.3	0.9 – 2.0



Tabla 4.66. Modelo III de regresión logística (violencia periembarazo AAS+ISA) para el “ingresar en el hospital”

Variables	Categorías	INGRESAR EN EL HOSPITAL				
		Fr. (%)	Modelo bruto		Modelo ajustado	
			Odds	IC (95%)	Odds	IC (95%)
<b>Violencia periembarazo AAS + ISA</b>	No (N=600)	117 (19.5)	1	-	1	-
	Sí (N=176)	43 (24.4)	1.3	0.9-2.0	0.9	0.6-1.5
<b>Edad</b> P=0.0018	<20 (N=31)	5 (16.1)	1	-	1	-
	20-24 (N=100)	33 (33.0)	2.6	1.0-7.3	2.9	0.8-10.1
	25-29 (N=199)	51 (25.6)	1.8	0.6-4.9	1.9	0.5-6.8
	30-34 (N=275)	44 (16.0)	1.0	0.4-2.7	1.0	0.3-3.8
	35-39 (N=120)	19 (15.8)	1.0	0.3-2.9	1.0	0.3-4.0
	≥ 40 (N=31)	4 (12.9)	0.8	0.2-3.2	0.5	0.1-2.8
<b>Estado civil</b> P=0.0488	Casada (N= 498)	100 (20.1)	1	-	1	-
	Relación con compr. (N = 105)	15 (14.3)	0.7	0.4-1.2	0.5	0.2-0.9
	Relación sin compr. (N = 171)	45 (26.3)	1.4	1.0-2.1	1.0	0.6-1.8
<b>Nivel de estudios</b> P=0.0000	Hasta primarios (N = 292)	74 (25.3)	1	-	1	-
	Secundarios (N = 377)	81 (21.5)	0.8	0.6-1.2	0.9	0.6-1.4
	Universitarios (N = 106)	4 (3.8)	0.1	0.0-0.3	0.2	0.1-0.6
<b>Tipo de trabajo</b> P=0.0006	Ama de casa (N = 168)	45 (26.8)	1	-	1	-
	Parada (N = 162)	46 (28.4)	1.1	0.7-1.8	1.0	0.6-1.8
	Ocupada (N = 430)	66 (15.4)	0.5	0.3-0.8	0.6	0.4-0.9
	Estudiante (N = 15)	3 (20.0)	0.7	0.2-2.5	0.6	0.1-3.3
<b>Nacionalidad</b>	Española sí (N = 708)	410 (19.8)	1	-	1	-
	Española no (N = 68)	20 (29.4)	1.7	0.9-2.9	1.2	0.6-2.4
<b>Convivencia</b>	Con su pareja (N =705)	144 (20.4)	1	-	1	-
	Otras formas (N=71)	16 (22.5)	1.1	0.6-2.0	0.9	0.4-2.2
<b>Apoyo en su entorno</b> P=0.0000	Sí (N = 736)	141 (19.2)	1	-	1	-
	No (N = 37)	17 (45.9)	3.6	1.8-7.0	2.2	1.0-5.0
<b>Embarazo deseado</b>	Sí (N=656)	135 (20.6)	1	-	1	-
	No (N=117)	25 (21.4)	1.0	0.6-1.7	0.8	0.4-1.4
<b>Patologías en el embarazo</b> P=6.3e-10	No (N=531)	77 (14.5)	1	-	1	-
	Sí (N=242)	82 (33.9)	3.0	2.1-4.3	3.1	2.1-4.7
<b>Infecciones en el embarazo</b> P=0.0027	No (N=439)	74 (16.9)	1	-	1	-
	Sí (N=331)	85 (25.7)	1.7	1.2-2.4	1.3	0.9-1.9

Tabla 4.67. Modelo IV de regresión logística (violencia emocional adultas y periembarazo y violencia física adultas y periembarazo) para el “ingresar en el hospital”

Variables	Categorías	INGRESAR EN EL HOSPITAL				
		Fr. (%)	Modelo bruto		Modelo ajustado	
			Odds	IC (95%)	Odds	IC (95%)
Violencia emocional adultas	No (N=649)	127 (19.6)	1	-	1	-
	Sí (N=118)	29 (24.6)	1.3	0.8 – 2.1	1.2	0.6– 2.3
Violencia emocional periembarazo P=0.0472	No (N=731)	144 (19.7)	1	-	1	-
	Sí (N=36)	12 (33.3)	2.0	1.0-4.2	0.8	0.3 – 2.2
Violencia física adultas	No (N=712)	144 (20.2)	1	-	1	-
	Sí (N=54)	12 (22.2)	1.1	0.6 – 2.2	0.5	0.2 – 1.4
Violencia física periembarazo P=0.001	No (N=754)	149 (19.8)	1	-	1	-
	Sí (N=12)	7 (58.3)	5.7	1.8-18.2	11.0	1.8 – 67.2
Edad P=0.0018	<20 (N=31)	5 (16.1)	1	-	1	-
	20-24 (N=100)	33 (33.0)	2.6	1.0 – 7.3	3.7	1.0 – 13.4
	25-29 (N=199)	51 (25.6)	1.8	0.6 – 4.9	2.2	0.6 – 8.1
	30-34 (N=275)	44 (16.0)	1.0	0.4 – 2.7	1.2	0.3 – 4.7
	35-39 (N=120)	19 (15.8)	1.0	0.3 – 2.9	1.2	0.3 – 5.1
	≥ 40 (N=31)	4 (12.9)	0.8	0.2 – 3.2	0.6	0.1 – 3.5
Estado civil P=0.0488	Casada (N= 498)	100 (20.1)	1	-	1	-
	Relación con compr. (N = 105)	15 (14.3)	0.7	0.4 – 1.2	0.5	0.2 – 0.9
	Relación sin compr. (N = 171)	45 (26.3)	1.4	1.0 – 2.1	1.0	0.5 – 1.8
Nivel de estudios P=0.0000	Hasta primarios (N = 292)	74 (25.3)	1	-	1	-
	Secundarios (N = 377)	81 (21.5)	0.8	0.6 – 1.2	1.0	0.6 – 1.5
	Universitarios (N = 106)	4 (3.8)	0.1	0.0 – 0.3	0.2	0.1 – 0.6
Tipo de trabajo P=0.0006	Ama de casa (N = 168)	45 (26.8)	1	-	1	-
	Parada (N = 162)	46 (28.4)	1.1	0.7 – 1.8	1.0	0.6 – 1.8
	Ocupada (N = 430)	66 (15.4)	0.5	0.3 – 0.8	0.6	0.4 – 0.9
	Estudiante (N = 15)	3 (20.0)	0.7	0.2 – 2.5	0.6	0.1 – 3.7
Nacionalidad	Española sí (N = 708)	410 (19.8)	1	-	1	-
	Española no (N = 68)	20 (29.4)	1.7	0.9-2.9	1.2	0.6 -2.4
Convivencia	Con su pareja (N =705)	144 (20.4)	1	-	1	-
	Otras formas (N=71)	16 (22.5)	1.1	0.6 – 2.0	0.9	0.4 – 2.1
Apoyo en su entorno P=0.0000	Sí (N = 736)	141 (19.2)	1	-	1	-
	No (N = 37)	17 (45.9)	3.6	1.8 – 7.0	2.4	1.0 – 5.9
Embarazo deseado	Sí (N=656)	135 (20.6)	1	-	1	-
	No (N=117)	25 (21.4)	1.0	0.6 – 1.7	0.7	0.4 – 1.3
Patologías en el embarazo P=6.3e-10	No (N=531)	77 (14.5)	1	-	1	-
	Sí (N=242)	82 (33.9)	3.0	2.1 – 4.3	2.9	1.9 – 4.4
Infecciones en el embarazo P=0.0027	No (N=439)	74 (16.9)	1	-	1	-
	Sí (N=331)	85 (25.7)	1.7	1.2 – 2.4	1.2	0.8 – 1.8

Tabla 4.68. Modelo V de regresión logística (violencia ISA no física y física) para el “ingresar en el hospital”

Variables	Categorías	INGRESAR EN EL HOSPITAL				
		Fr. (%)	Modelo bruto		Modelo ajustado	
			Odds	IC (95%)	Odds	IC (95%)
Violencia ISA no física	No (N=565)	107 (18.94)	1	-	1	-
	Sí (N= 151)	38 (25.17)	1.4	0.9 – 2.2	1.0	0.5 – 1.6
Violencia ISA física P=0.0044	No (N=690)	134 (19.42)	1	-	1	-
	Sí (N=26)	11 (42.31)	3.0	1.4-6.8	3.4	1.2 – 9.6
Edad P=0.0018	<20 (N=31)	5 (16.1)	1	-	1	-
	20-24 (N=100)	33 (33.0)	2.6	1.0 – 7.3	4.1	1.0 – 16.5
	25-29 (N=199)	51 (25.6)	1.8	0.6 – 4.9	2.5	0.6 – 10.3
	30-34 (N=275)	44 (16.0)	1.0	0.4 – 2.7	1.4	0.3 – 6.0
	35-39 (N=120)	19 (15.8)	1.0	0.3 – 2.9	1.2	0.3 – 5.6
	≥ 40 (N=31)	4 (12.9)	0.8	0.2 – 3.2	0.9	0.1 – 5.5
Estado civil P=0.0488	Casada (N= 498)	100 (20.1)	1	-	1	-
	Relación con compr. (N = 105)	15 (14.3)	0.7	0.4 – 1.2	0.5	0.2 – 1.0
	Relación sin compr. (N = 171)	45 (26.3)	1.4	1.0 – 2.1	1.0	0.5 – 1.9
Nivel de estudios P=0.0000	Hasta primarios (N = 292)	74 (25.3)	1	-	1	-
	Secundarios (N = 377)	81 (21.5)	0.8	0.6 – 1.2	0.9	0.5 – 1.3
	Universitarios (N = 106)	4 (3.8)	0.1	0.0 – 0.3	0.2	0.1 – 0.5
Tipo de trabajo P=0.0006	Ama de casa (N = 168)	45 (26.8)	1	-	1	-
	Parada (N = 162)	46 (28.4)	1.1	0.7 – 1.8	1.1	0.6 – 2.1
	Ocupada (N = 430)	66 (15.4)	0.5	0.3 – 0.8	0.6	0.4 – 1.1
	Estudiante (N = 15)	3 (20.0)	0.7	0.2 – 2.5	0.8	0.1 – 4.6
Nacionalidad	Española sí (N = 708)	410 (19.8)	1	-	1	-
	Española no (N = 68)	20 (29.4)	1.7	0.9-2.9	1.1	0.5 -2.3
Convivencia	Con su pareja (N =705)	144 (20.4)	1	-	1	-
	Otras formas (N=71)	16 (22.5)	1.1	0.6 – 2.0	0.9	0.4 – 2.1
Apoyo en su entorno P=0.0000	Sí (N = 736)	141 (19.2)	1	-	1	-
	No (N = 37)	17 (45.9)	3.6	1.8 – 7.0	1.7	0.7 – 4.1
Embarazo deseado	Sí (N=656)	135 (20.6)	1	-	1	-
	No (N=117)	25 (21.4)	1.0	0.6 – 1.7	0.7	0.4 – 1.3
Patologías en el embarazo P=6.3e-10	No (N=531)	77 (14.5)	1	-	1	-
	Sí (N=242)	82 (33.9)	3.0	2.1 – 4.3	3.1	2.0 – 4.7
Infecciones en el embarazo P=0.0027	No (N=439)	74 (16.9)	1	-	1	-
	Sí (N=331)	85 (25.7)	1.7	1.2 – 2.4	1.3	0.8 – 1.9

En el análisis bivariante, el “ingresar en el hospital durante el embarazo” está asociado estadísticamente con varios tipos de violencia. La probabilidad de ingresar en el hospital durante el embarazo para las mujeres que refieren violencia global periembrazo del modelo I es de 1.8 veces más. También está asociado para las mujeres que refieren violencia emocional periembrazo (OR=2.0) y violencia física periembrazo (OR=5.7), ambas del modelo IV. En el modelo V, existe asociación con la violencia física (ISA) con una OR de 3.0.

Cuando realizamos el análisis bivariante de “ingresar en el hospital durante el embarazo” con las diferentes variables sociodemográfica, entorno familiar, deseo de embarazo y patologías e infecciones durante el embarazo, encontramos que existe una asociación estadísticamente significativa con:

La edad: Se observa que las mujeres de 20 a 24 años presentan una probabilidad más elevada de ingresar en el hospital durante el embarazo (OR=2.6).

El estado civil: Las mujeres que mantienen una relación sin compromiso tienen una probabilidad más elevada de ingresar durante el embarazo (OR=1.4).

El nivel de estudios: Las mujeres con estudios universitarios son un factor de protección para ingresar en el hospital durante el embarazo.

El tipo de trabajo: La ocupación es un factor de protección para ingresar en el hospital durante el embarazo (OR=0.5).

El apoyo de su entorno: Las mujeres que no tienen apoyo son las que presentan una probabilidad más elevada de ingresar en el hospital durante el embarazo (OR=3.6).

Patologías durante el embarazo: Las mujeres con patologías en el embarazo son las que presentan mayor probabilidad de ingresar en el hospital durante el embarazo (OR=3.0).

Infecciones durante el embarazo: Las mujeres que tienen infecciones durante el embarazo presentan una probabilidad más elevada de ingresar en el hospital durante el embarazo (OR=1.7).

En los modelos ajustados de los ingresos hospitalarios durante el embarazo, una vez controlados por las variables sociodemográficas, entorno familiar, deseo de embarazo, patologías e infecciones durante el embarazo, encontramos que:

En el modelo I, las mujeres que tienen una relación con compromiso tienen menos probabilidad de ingresar en el hospital durante el embarazo (OR=0.5). De la misma manera, tener estudios universitarios (OR=0.2) o tener un trabajo (OR=0.6) serían factores de protección. Las mujeres que no tienen apoyo de su entorno (OR=2.2), así como las mujeres que tienen patologías durante el embarazo (OR=3.1) tienen mayor probabilidad de tener un ingreso hospitalario durante el embarazo.

En el modelo II, el tener una relación con compromiso conlleva menos riesgo para ingresar en el hospital durante el embarazo (OR=0.5). De la misma manera, el tener estudios universitarios (OR=0.2) y el estar ocupada (OR=0.6), serían factores de protección. Encontramos que las mujeres que tienen patologías durante el embarazo tienen mayor probabilidad de ingresar durante el embarazo (OR=2.9).

En el modelo III, las mujeres que tienen una relación con compromiso (OR=0.5), las que tienen estudios universitarios (OR=0.2) y las que tienen un trabajo (OR=0.6) tienen menos riesgo de ser hospitalizadas durante el embarazo, los tres serían factores de protección. Las mujeres que no tienen apoyo en su entorno tienen mayor riesgo de ser hospitalizadas durante el embarazo (OR=2.2), así como las mujeres que tienen patologías durante el embarazo (OR=3.1).

En el modelo IV, una mujer que experimenta violencia física periembarazo (AAS) tiene mayor probabilidad de ingresar durante el embarazo (OR=11.0). Además, las mujeres que tienen de 20 a 24 años tienen mayor probabilidad de ser ingresadas en el hospital durante el embarazo (OR=3.7), así como las que no tienen apoyo de su entorno (OR=2.4) y las mujeres que tienen patologías durante el embarazo (OR=2.9). Las mujeres que tienen una relación con compromiso (OR=0.5), las que tienen estudios universitarios (OR=0.2) y las que están ocupadas (OR=0.6) tienen menos probabilidad de ser ingresadas durante el embarazo, serían factores de protección.

En el modelo V, una mujer que refiere violencia física (ISA) tiene mayor probabilidad de ser ingresada en el hospital durante el embarazo (OR=3.4). También encontramos mayor probabilidad de ingresar durante el embarazo en las mujeres que tienen entre 20 y 24 años (OR=4.1) y las que presentan patologías durante el embarazo (OR=3.1). Las mujeres que tienen una relación con compromiso (OR=0.5) y las que tienen estudios universitarios (OR=0.2) tienen menos probabilidad de ingresar durante el embarazo.

Una vez que realizamos el análisis de regresión múltiple y ajustamos el ingresar o no en el hospital con las diferentes variables, encontramos que está asociado con la violencia física periembarazo del modelo IV (AAS) y violencia física periembarazo del modelo V (ISA).

El ingresar en el hospital durante el embarazo también está asociado con las variables:

La edad: Son las mujeres de 20 a 24 años las que presentan mayor probabilidad de ingresar en el hospital en los modelos IV y V.

El estado civil: Las mujeres que tienen una relación con compromiso presentan menos probabilidad, funcionando como un factor de protección en todos los modelos estudiados, para ingresar en el hospital durante el embarazo.

El nivel de estudios: Las mujeres con estudios universitarios presentan menos probabilidad de ingresar en el hospital durante el embarazo en todos los modelos estudiados.

El tipo de trabajo: Son las mujeres ocupadas las que presentan menos probabilidad en todos los modelos estudiados, el tener un trabajo las protegería de ingresar en el hospital durante el embarazo.

El no tener apoyo de su entorno sería un factor de riesgo para ingresar en el hospital durante el embarazo en los modelos I y III.

Las mujeres que refieren patologías durante el embarazo tienen más probabilidad de ingresar en el hospital, en todos los modelos estudiados.

Cuando realizamos el análisis de regresión múltiple y ajustamos con las diferentes variables, encontramos que las mujeres que refieren violencia física, tanto la medida con el AAS como con el ISA, tienen mayor probabilidad de ingresar en el hospital durante el embarazo. Además, en todos los modelos, la relación con compromiso, los estudios universitarios y un trabajo les protegería de ingresar en el hospital durante el embarazo. Las mujeres de 20 a 24 años, en los modelos IV y V, el no tener apoyo en su entorno, en los modelos I y III, y las mujeres que tienen patologías en el embarazo, en todos los modelos, tienen mayor probabilidad de ingresar en el hospital durante el embarazo.

#### 4.5.1.4. Patologías durante el embarazo

En este apartado presentamos los modelos de regresión logística para las patologías durante el embarazo y los diferentes tipos de violencia sufridos por la mujer, ajustado por las variables sociodemográficas y entorno familiar.

Tabla 4.69. Modelo I de regresión logística (violencia global adultas y periembarazo) para las patologías durante el embarazo

Variables	Categorías	PATOLOGÍAS DURANTE EL EMBARAZO				
		Fr. (%)	Modelo bruto		Modelo ajustado	
			Odds	IC (95%)	Odds	IC (95%)
<b>Violencia global adultas</b> P=0.0000	No (N=627)	176 (28.1)	1	-	1	-
	Sí (N=148)	66 (44.6)	2.1	1.4– 3.0	2.0	1.3 – 3.1
<b>Violencia global periembarazo</b> P=0.05	No (N=716)	217 (30.3)	1	-	1	-
	Sí (N=59)	25 (42.4)	1.7	1.0– 2.9	1.2	0.6 – 2.3
<b>Edad</b> P=0.0012	<20 (N=31)	8 (25.8)	1	-	1	-
	20-24 (N=101)	25 (24.7)	0.9	0.4 – 2.4	1.0	0.3 – 2.9
	25-29 (N=198)	54 (27.3)	1.1	0.4 – 2.6	1.1	0.4 – 3.4
	30-34 (N=275)	99 (36.0)	1.6	0.7 – 3.7	1.9	0.6 – 5.6
	35-39 (N=119)	37 (31.1)	1.3	0.5 – 3.2	1.4	0.5 – 4.5
	≥ 40 (N=31)	17 (54.8)	3.5	1.2 – 10.2	3.3	0.9 – 12.1
<b>Estado civil</b>	Casada (N= 497)	161 (32.4)	1	-	1	-
	Relación con compr. (N=106)	28 (26.4)	0.7	0.5 – 1.2	0.8	0.5 – 1.4
	Relación sin compr. (N=170)	53 (31.2)	0.9	0.6 – 11.4	1.2	0.7 – 1.9
<b>Nivel de estudios</b> P=0.0425	Hasta primarios (N=292)	96 (32.9)	1	-	1	-
	Secundarios (N=376)	124 (33.0)	1.0	0.7 – 1.4	0.9	0.6 – 1.3
	Universitarios (N=106)	22 (20.7)	0.5	0.3 – 0.9	0.4	0.2 – 0.8
<b>Tipo de trabajo</b>	Ama de casa (N=170)	52 (30.6)	1	-	1	-
	Parada (N=162)	56 (34.6)	1.2	0.8 – 1.9	1.3	0.8 – 2.1
	Ocupada (N=427)	128 (30.0)	1.0	0.7 – 1.4	1.1	0.7 – 1.6
	Estudiante (N=15)	6 (40.0)	1.5	0.5 – 4.5	2.8	0.7 – 10.6
<b>Nacionalidad</b>	Española sí (N=706)	222 (31.4)	1	-	1	-
	Española no (N=68)	20 (29.4)	0.9	0.5-1.6	0.8	0.5-1.6
<b>Convivencia</b> P=0.0336	Con su pareja (N=705)	228 (32.3)	1	-	1	-
	Otras formas (N=70)	14 (20.0)	0.5	0.3 – 0.9	0.4	0.2 – 0.8
<b>Apoyo en su entorno</b> P=0.0475	Sí (N=735)	224 (30.5)	1	-	1	-
	No (N = 37)	17 (45.9)	1.9	1.0– 3.8	1.8	0.9 – 3.9

Tabla 4.70. Modelo II de regresión logística (violencia global ISA) para las patologías durante el embarazo.

Variables	Categorías	PATOLOGÍAS DURANTE EL EMBARAZO				
		Fr. (%)	Modelo bruto		Modelo ajustado	
			Odds	IC (95%)	Odds	IC (95%)
Violencia global ISA	No (N=562)	168 (29.9)	1	-	1	-
	Sí (N=153)	53 (34.6)	1.2	0.8 – 1.8	1.3	0.8 – 1.9
Edad P=0.0012	<20 (N=31)	8 (25.8)	1	-	1	-
	20-24 (N=101)	25 (24.7)	0.9	0.4 – 2.4	0.8	0.3– 2.5
	25-29 (N=198)	54 (27.3)	1.1	0.4 – 2.6	1.1	0.3 – 3.2
	30-34 (N=275)	99 (36.0)	1.6	0.7 – 3.7	1.7	0.5 – 5.2
	35-39 (N=119)	37 (31.1)	1.3	0.5 – 3.2	1.4	0.4 – 4.5
	≥40 (N=31)	17 (54.8)	3.5	1.2 – 10.2	2.7	0.7 – 10.6
Estado civil	Casada (N= 497)	161 (32.4)	1	-	1	-
	Relación con compr. (N=106)	28 (26.4)	0.7	0.5 – 1.2	1.0	0.6 – 1.6
	Relación sin compr. (N=170)	53 (31.2)	0.9	0.6 – 11.4	1.2	0.7– 2.0
Nivel de estudios P=0.0425	Hasta primarios (N=292)	96 (32.9)	1	-	1	-
	Secundarios (N=376)	124 (33.0)	1.0	0.7 – 1.4	0.9	0.6 – 1.3
	Universitarios (N=106)	22 (20.7)	0.5	0.3 – 0.9	0.4	0.2 – 0.8
Tipo de trabajo	Ama de casa (N=170)	52 (30.6)	1	-	1	-
	Parada (N=162)	56 (34.6)	1.2	0.8 – 1.9	1.5	0.9 – 2.5
	Ocupada (N=427)	128 (30.0)	1.0	0.7 – 1.4	1.1	0.7 – 1.7
	Estudiante (N=15)	6 (40.0)	1.5	0.5 – 4.5	3.2	0.8 – 12.3
Nacionalidad	Española sí (N=706)	222 (31.4)	1	-	1	-
	Española no (N=68)	20 (29.4)	0.9	0.5-1.6	0.9	0.5-1.6
Convivencia P=0.0336	Con su pareja (N=705)	228 (32.3)	1	-	1	-
	Otras formas (N=70)	14 (20.0)	0.5	0.3 – 0.9	0.4	0.2 - 0.9
Apoyo en su entorno P=0.0475	Sí (N=735)	224 (30.5)	1	-	1	-
	No (N=37)	17 (45.9)	1.9	1.0– 3.8	2.2	1.0 – 4.7



Tabla 4.71. Modelo III de regresión logística (violencia periembarazo AAS+ISA) para las patologías durante el embarazo

Variables	Categorías	PATOLOGÍAS DURANTE EL EMBARAZO				
		Fr. (%)	Modelo bruto		Modelo ajustado	
			Odds	IC (95%)	Odds	IC (95%)
Violencia periembarazo AAS+ISA	No (N=599)	179 (29.9)	1	-	1	-
	Sí (N=176)	63 (35.8)	1.3	0.9 – 1.9	1.4	0.9 – 2.0
<b>Edad</b> P=0.0012	<20 (N=31)	8 (25.8)	1	-	1	-
	20-24 (N=101)	25 (24.7)	0.9	0.4 – 2.4	1.0	0.3 – 3.0
	25-29 (N=198)	54 (27.3)	1.1	0.4 – 2.6	1.3	0.4 – 3.9
	30-34 (N=275)	99 (36.0)	1.6	0.7 – 3.7	2.3	0.8 – 6.7
	35-39 (N=119)	37 (31.1)	1.3	0.5 – 3.2	1.8	0.6 – 5.7
	≥ 40 (N=31)	17 (54.8)	3.5	1.2 – 10.2	4.3	1.2 – 15.9
Estado civil	Casada (N= 497)	161 (32.4)	1	-	1	-
	Relación con compr. (N=106)	28 (26.4)	0.7	0.5 – 1.2	0.9	0.5 – 1.5
	Relación sin compr. (N=170)	53 (31.2)	0.9	0.6 – 11.4	1.2	0.8 – 2.0
<b>Nivel de estudios</b> P=0.0425	Hasta primarios (N=292)	96 (32.9)	1	-	1	-
	Secundarios (N=376)	124 (33.0)	1.0	0.7 – 1.4	0.9	0.6 – 1.3
	Universitarios (N=106)	22 (20.7)	0.5	0.3 – 0.9	0.4	0.2 – 0.7
Tipo de trabajo	Ama de casa (N=170)	52 (30.6)	1	-	1	-
	Parada (N=162)	56 (34.6)	1.2	0.8 – 1.9	1.3	0.8 – 2.1
	Ocupada (N=427)	128 (30.0)	1.0	0.7 – 1.4	1.0	0.7 – 1.6
	Estudiante (N=15)	6 (40.0)	1.5	0.5 – 4.5	2.9	0.8 – 11.1
Nacionalidad	Española sí (N=706)	222 (31.4)	1	-	1	-
	Española no (N=68)	20 (29.4)	0.9	0.5-1.6	0.9	0.5-1.7
<b>Convivencia</b> P=0.0336	Con su pareja (N =705)	228 (32.3)	1	-	1	-
	Otras formas (N=70)	14 (20.0)	0.5	0.3 – 0.9	0.4	0.2 – 0.9
<b>Apoyo en su entorno</b> P=0.0475	Sí (N=735)	224 (30.5)	1	-	1	-
	No (N=37)	17 (45.9)	1.9	1.0 – 3.8	2.0	1.0 – 4.2

Tabla 4.72. Modelo IV de regresión logística (violencia emocional adultas y periembarazo y violencia física adultas y periembarazo) para las patologías durante el embarazo.

Variables	Categorías	PATOLOGÍAS DURANTE EL EMBARAZO				
		Fr. (%)	Modelo bruto		Modelo ajustado	
			Odds	IC (95%)	Odds	IC (95%)
<b>Violencia emocional adultas</b> P=0.0000	No (N=649)	183 (28.2)	1	-	1	-
	Sí (N=117)	55 (47.0)	2.3	1.5 – 3.4	2.6	1.5 – 4.3
<b>Violencia emocional periembarazo</b>	No (N=730)	222 (30.4)	1	-	1	-
	Sí (N=36)	16 (44.4)	1.8	0.9– 3.6	1.1	0.5 – 2.7
<b>Violencia física adultas</b>	No (N=711)	214 (30.1)	1	-	1	-
	Sí (N=54)	22 (40.7)	1.6	0.9 - 2.8	0.8	0.4 – 1.7
<b>Violencia física periembarazo</b> P=0.0377	No (N=753)	229 (30.4)	1	-	1	-
	Sí (N=12)	7 (58.3)	3.2	1.0 – 10.2	4.4	0.9 – 21.1
<b>Edad</b> P=0.0012	<20 (N=31)	8 (25.8)	1	-	1	-
	20-24 (N=101)	25 (24.7)	0.9	0.4 – 2.4	1.1	0.4 – 3.5
	25-29 (N=198)	54 (27.3)	1.1	0.4 – 2.6	1.2	0.4 – 3.7
	30-34 (N=275)	99 (36.0)	1.6	0.7 – 3.7	1.9	0.6 – 5.9
	35-39 (N=119)	37 (31.1)	1.3	0.5 – 3.2	1.5	0.5 – 4.8
	≥ 40 (N=31)	17 (54.8)	3.5	1.2 – 10.2	3.4	0.9 – 12.8
<b>Estado civil</b>	Casada (N= 497)	161 (32.4)	1	-	1	-
	Relación con compr. (N= 106)	28 (26.4)	0.7	0.5 – 1.2	0.8	0.5 – 1.4
	Relación sin compr. (N=170)	53 (31.2)	0.9	0.6 – 11.4	1.1	0.7 – 1.9
<b>Nivel de estudios</b> P=0.0425	Hasta primarios (N=292)	96 (32.9)	1	-	1	-
	Secundarios (N=376)	124 (33.0)	1.0	0.7 – 1.4	0.9	0.6 – 1.4
	Universitarios (N=106)	22 (20.7)	0.5	0.3 – 0.9	0.5	0.3 – 0.9
<b>Tipo de trabajo</b>	Ama de casa (N=170)	52 (30.6)	1	-	1	-
	Parada (N=162)	56 (34.6)	1.2	0.8 – 1.9	1.3	0.8 – 2.2
	Ocupada (N=427)	128 (30.0)	1.0	0.7 – 1.4	1.0	0.7 – 1.6
	Estudiante (N=15)	6 (40.0)	1.5	0.5 – 4.5	2.8	0.7 – 11.0
<b>Nacionalidad</b>	Española sí (N=706)	222 (31.4)	1	-	1	-
	Española no (N=68)	20 (29.4)	0.9	0.5-1.6	0.8	0.4-1.6
<b>Convivencia</b> P=0.0336	Con su pareja (N =705)	228 (32.3)	1	-	1	-
	Otras formas (N=70)	14 (20.0)	0.5	0.3 – 0.9	0.3	0.1 – 0.8
<b>Apoyo en su entorno</b> P=0.0475	Sí (N=735)	224 (30.5)	1	-	1	-
	No (N=37)	17 (45.9)	1.9	1.0– 3.8	2.0	0.9 – 4.2

Tabla 4.73. Modelo V de regresión logística (violencia ISA no física y física) para las patologías durante el embarazo

Variables	Categorías	PATOLOGÍAS DURANTE EL EMBARAZO				
		Fr. (%)	Modelo bruto		Modelo ajustado	
			Odds	IC (95%)	Odds	IC (95%)
Violencia ISA no física	No (N=564)	168 (29.8)	1	-	1	-
	Sí (N= 151)	53 (35.1)	1.3	0.9 – 1.9	1.4	0.9 – 2.2
Violencia ISA física	No (N=689)	214 (31.1)	1	-	1	-
	Sí (N=26)	7 (26.9)	0.8	0.3 – 2.0	0.5	0.2 – 1.3
<b>Edad</b> <b>P=0.0012</b>	<20 (N=31)	8 (25.8)	1	-	1	-
	20-24 (N=101)	25 (24.7)	0.9	0.4 – 2.4	0.8	0.3 – 2.5
	25-29 (N=198)	54 (27.3)	1.1	0.4 – 2.6	1.1	0.4 – 3.4
	30-34 (N=275)	99 (36.0)	1.6	0.7 – 3.7	1.8	0.6 – 5.5
	35-39 (N=119)	37 (31.1)	1.3	0.5 – 3.2	1.5	0.4 – 4.7
	≥ 40 (N=31)	17 (54.8)	<b>3.5</b>	<b>1.2 – 10.2</b>	2.9	0.7 – 11.5
Estado civil	Casada (N= 497)	161 (32.4)	1	-	1	-
	Relación con compr. (N= 106)	28 (26.4)	0.7	0.5 – 1.2	1.0	0.6 – 1.6
	Relación sin compr. (N=170)	53 (31.2)	0.9	0.6 – 11.4	1.2	0.7 – 2.1
<b>Nivel de estudios</b> <b>P=0.0425</b>	Hasta primarios (N=292)	96 (32.9)	1	-	1	-
	Secundarios (N=376)	124 (33.0)	1.0	0.7 – 1.4	0.9	0.6 – 1.3
	Universitarios (N=106)	22 (20.7)	<b>0.5</b>	<b>0.3 – 0.9</b>	<b>0.4</b>	<b>0.2 – 0.8</b>
Tipo de trabajo	Ama de casa (N=170)	52 (30.6)	1	-	1	-
	Parada (N=162)	56 (34.6)	1.2	0.8 – 1.9	1.4	0.8 – 2.4
	Ocupada (N=427)	128 (30.0)	1.0	0.7 – 1.4	1.0	0.7 – 1.6
	Estudiante (N=15)	6 (40.0)	1.5	0.5 – 4.5	3.1	0.8 – 12.0
Nacionalidad	Española sí (N=706)	222 (31.4)	1	-	1	-
	Española no (N=68)	20 (29.4)	0.9	0.5-1.6	0.9	0.5-1.7
<b>Convivencia</b> <b>P=0.0336</b>	Con su pareja (N =705)	228 (32.3)	1	-	1	-
	Otras formas (N=70)	14 (20.0)	<b>0.5</b>	<b>0.3 – 0.9</b>	<b>0.4</b>	<b>0.2 – 0.9</b>
<b>Apoyo en su entorno</b> <b>P=0.0475</b>	Sí (N=735)	224 (30.5)	1	-	1	-
	No (N=37)	17 (45.9)	<b>1.9</b>	<b>1.0– 3.8</b>	<b>2.3</b>	<b>1.0 – 4.9</b>

En el análisis bivariante, el tener patologías durante el embarazo está asociado estadísticamente con violencias de la pareja de los modelos I y IV. La probabilidad de tener patologías durante el embarazo para las mujeres que refieren violencia global a lo largo de toda su vida de adultas es de 2.1 veces más, para las mujeres que refieren violencia global periembarazo es de 1.7, ambas del modelo I. Las mujeres que refieren violencia emocional adultas la probabilidad es de 2.3 y para la violencia física periembarazo la probabilidad es de 3.2 para tener patologías durante el embarazo, ambas del modelo IV.

Cuando realizamos el análisis bivariante del tener patologías o no durante el embarazo con las variables sociodemográficas y del entorno familiar, encontramos asociación con las variables:

La edad: Se observa que las mujeres mayores de 40 años presentan mayor probabilidad de tener patologías durante el embarazo (OR=3.5).

El nivel de estudios: Se observa que las mujeres con estudios universitarios funcionan como un factor de protección para las patologías durante el embarazo (OR=0.5).

La convivencia: Las mujeres que no conviven con sus parejas presentan menor probabilidad de referir patologías durante el embarazo (OR=0.5).

El tipo de apoyo: Las mujeres que no tienen apoyo de su entorno son las que presentan más probabilidad de tener patologías durante el embarazo (OR=1.9).

En los modelos ajustados de las patologías durante el embarazo, una vez controlados por las variables sociodemográficas y entorno familiar, encontramos que:

En el modelo I, una mujer que experimenta violencia global a lo largo de su vida adulta tiene mayor probabilidad de tener patologías durante el embarazo (OR=2.0). Encontramos también que una mujer con estudios universitarios y una mujer que no convive exclusivamente con su pareja tienen menos probabilidad de tener patologías durante el embarazo (OR=0.4).

En el modelo II, encontramos que las mujeres con estudios universitarios y las mujeres que no conviven con sus parejas tienen menos probabilidad de tener patologías durante el embarazo (OR=0.4). En este modelo, si la mujer no tiene apoyo

en su entorno tiene mayor probabilidad de tener patologías durante el embarazo (OR=2.2).

En el modelo III, son las mujeres de más 40 años (OR=4.6) y las que no tienen apoyo de su entorno (OR=2.0) las que tienen mayor probabilidad de tener patologías durante el embarazo. Las mujeres con estudios universitarios y las que no conviven con sus parejas son las que tienen menos probabilidad de tener patologías durante el embarazo (OR=0.4).

En el modelo IV, observamos que una mujer que experimenta violencia emocional a lo largo de su vida de adulta tiene mayor probabilidad de tener patologías durante el embarazo (OR=2.6). Las mujeres con estudios universitarios (OR=0.5) y las que no conviven con su pareja (OR=0.3) tienen menos probabilidad de tener patologías durante el embarazo.

En el modelo V, las mujeres que tienen estudios universitarios y las que no conviven con sus parejas tienen menos probabilidad de tener patologías durante el embarazo (OR=0.4). Además, encontramos que las mujeres que no tienen apoyo de su entorno tienen más probabilidad de tener patologías durante el embarazo (OR=2.3).

Cuando se ajusta por las variables sociodemográficas y de entorno familiar, son las mujeres que refieren sufrir violencia de cualquier tipo y violencia emocional a lo largo de su vida las que tienen mayor probabilidad de presentar patologías durante el embarazo. El tener estudios universitarios y el no convivir exclusivamente con su pareja aparecen como factores de protección para las patologías durante el embarazo. Por otra parte, el tener 40 años o más aparece como un factor de riesgo para tener patologías en el modelo III. Y el no tener apoyo de su entorno también aparece como un factor de riesgo en los modelos II, III y V para tener patologías durante el embarazo.

#### 4.5.1.5. Amenaza de parto pretérmino

En este apartado, presentamos los modelos de regresión logística para la amenaza de parto pretérmino y los diferentes tipos de violencia sufridos por la mujer, ajustado por las variables sociodemográficas y entorno familiar.

Tabla 4.74. Modelo I de regresión logística (violencia global adultas y periembarazo) para la amenaza de parto pretérmino

Variables	Categorías	AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO				
		Fr. (%)	Modelo bruto		Modelo ajustado	
			Odds	IC (95%)	Odds	IC (95%)
<b>Violencia global adultas</b> P=0.0025	No (N=627)	36 (5.7)	1	-	1	-
	Sí (N=148)	19 (12.8)	2.4	1.3 – 4.4	1.8	0.9 – 3.7
<b>Violencia global periembarazo</b> P=0.0111	No (N=716)	46 (6.4)	1	-	1	-
	Sí (N=59)	9 (15.3)	2.6	1.2 – 5.7	1.3	0.5 – 3.5
<b>Edad</b>	<20 (N=31)	2 (6.5)	1	-	1	-
	20-24 (N=101)	8 (7.9)	1.3	0.3 – 6.2	1.0	0.2 – 6.1
	25-29 (N=198)	14 (7.1)	1.1	0.2 – 5.1	1.0	0.1 – 5.2
	30-34 (N=275)	25 (9.1)	1.5	0.3 – 6.4	1.5	0.3 – 9.1
	35-39 (N=119)	6 (5.0)	0.8	0.2 – 4.0	0.8	0.1 – 5.8
	≥ 40 (N=31)	0 (0.0)	-	-	-	-
<b>Estado civil</b>	Casada (N= 497)	31 (6.2)	1	-	1	-
	Relación con compr. (N=106)	7 (6.6)	1.1	0.5 – 2.5	1.1	0.4 – 2.7
	Relación sin compr. (N=170)	17 (10.0)	1.7	0.9 – 3.1	1.7	0.7 – 3.7
<b>Nivel de estudios</b>	Hasta primarios(N=292)	16 (5.5)	1	-	1	-
	Secundarios (N=376)	34 (9.0)	1.7	0.9 – 3.2	1.7	0.9 – 3.3
	Universitarios(N=106)	5 (4.7)	0.9	0.3 – 2.4	0.8	0.3 – 2.8
<b>Tipo de trabajo</b>	Ama de casa (N=170)	12 (7.1)	1	-	1	-
	Parada (N=162)	15 (9.3)	1.3	0.6 – 3.0	1.4	0.6 – 3.4
	Ocupada (N=427)	26 (6.1)	0.9	0.4 – 1.7	0.9	0.4 – 2.0
	Estudiante (N=15)	2 (13.3)	2.0	0.4 - 10.0	1.4	0.1 – 15.8
<b>Nacionalidad</b>	Española sí (N=707)	49 (6.9)	1	-	1	-
	Española no (N=68)	6 (8.8)	1.3	0.5-3.1	1.1	0.4-2.9
<b>Convivencia</b>	Con su pareja (N=705)	51 (7.2)	1	-	1	-
	Otras formas (N=70)	4 (5.7)	0.8	0.3 – 2.2	0.3	0.1 – 1.4
<b>Apoyo en su entorno</b> P=0.0004	Sí (N=735)	47 (6.4)	1	-	1	-
	No (N=37)	8 (21.6)	4.0	1.8 – 9.3	3.8	1.4 – 9.9

Tabla 4.75. Modelo II de regresión logística (violencia ISA global) para la amenaza de parto pretérmino.

Variables	Categorías	AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO				
		Fr. (%)	Modelo bruto		Modelo ajustado	
			Odds	IC (95%)	Odds	IC (95%)
<b>ISA global</b> P=0.0042	No (N=562)	32 (5.7)	1	-	1	-
	Sí (N=153)	19 (12.4)	2.4	1.3 – 4.3	2.1	1.1 – 4.2
<b>Edad</b>	<20 (N=31)	2 (6.5)	1	-	1	-
	20-24 (N=101)	8 (7.9)	1.3	0.3 – 6.2	0.7	0.1 – 5.1
	25-29 (N=198)	14 (7.1)	1.1	0.2 – 5.1	0.7	0.1 – 4.6
	30-34 (N=275)	25 (9.1)	1.5	0.3 – 6.4	1.5	0.2 – 9.7
	35-39 (N=119)	6 (5.0)	0.8	0.2 – 4.0	0.7	0.1 – 5.5
	≥ 40 (N=31)	0 (0.0)	-	-	-	-
<b>Estado civil</b>	Casada (N= 497)	31 (6.2)	1	-	1	-
	Relación con compr. (N=106)	7 (6.6)	1.1	0.5 – 2.5	1.1	0.4 – 3.0
	Relación sin compr. (N=170)	17 (10.0)	1.7	0.9 – 3.1	1.6	0.7 – 3.8
<b>Nivel de estudios</b>	Hasta primarios (N=292)	16 (5.5)	1	-	1	-
	Secundarios (N=376)	34 (9.0)	1.7	0.9 – 3.2	1.6	0.8 – 3.4
	Universitarios (N=106)	5 (4.7)	0.9	0.3 – 2.4	0.8	0.2 – 2.8
<b>Tipo de trabajo</b>	Ama de casa (N=170)	12 (7.1)	1	-	1	-
	Parada (N=162)	15 (9.3)	1.3	0.6 – 3.0	1.4	0.6 – 3.5
	Ocupada (N=427)	26 (6.1)	0.9	0.4 – 1.7	1.0	0.4 – 2.1
	Estudiante (N=15)	2 (13.3)	2.0	0.4 - 10.0	1.8	0.2 – 21.6
<b>Nacionalidad</b>	Española sí (N=707)	49 (6.9)	1	-	1	-
	Española no (N=68)	6 (8.8)	1.3	0.5-3.1	0.9	0.3-2.8
<b>Convivencia</b>	Con su pareja (N=705)	51 (7.2)	1	-	1	-
	Otras formas (N=70)	4 (5.7)	0.8	0.3 – 2.2	0.2	0.0 – 1.3
<b>Apoyo en suentorno</b> P=0.0004	Sí (N=735)	47 (6.4)	1	-	1	-
	No (N=37)	8 (21.6)	4.0	1.8 – 9.3	4.6	1.7 – 12.4

Tabla 4.76. Modelo III de regresión logística (violencia periembarazo AAS+ISA) para la amenaza de parto pretérmino

Variables	Categorías	AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO				
		Fr. (%)	Modelo bruto		Modelo ajustado	
			Odds	IC (95%)	Odds	IC (95%)
<b>Violencia periembarazo AAS + ISA P=0.0121</b>	No (N=599)	35 (5.8)	1	-	1	-
	Sí (N=176)	20 (11.4)	2.1	1.2 – 3.7	1.6	0.8 – 3.0
<b>Edad</b>	<20 (N=31)	2 (6.5)	1	-	1	-
	20-24 (N=101)	8 (7.9)	1.3	0.3 – 6.2	1.0	0.2 – 6.1
	25-29 (N=198)	14 (7.1)	1.1	0.2 – 5.1	0.9	0.2 – 5.6
	30-34 (N=275)	25 (9.1)	1.5	0.3 – 6.4	1.7	0.3 – 10.2
	35-39 (N=119)	6 (5.0)	0.8	0.2 – 4.0	0.9	0.1 – 5.6
	≥ 40 (N=31)	0 (0.0)	-	-	-	-
<b>Estado civil</b>	Casada (N= 497)	31 (6.2)	1	-	1	-
	Relación con compr. (N=106)	7 (6.6)	1.1	0.5 – 2.5	1.1	0.4 -2.7
	Relación sin compr. (N=170)	17 (10.0)	1.7	0.9 – 3.1	1.7	0.8 – 3.8
<b>Nivel de estudios</b>	Hasta primarios(N=292)	16 (5.5)	1	-	1	-
	Secundarios (N=376)	34 (9.0)	1.7	0.9 – 3.2	1.7	0.9 – 3.4
	Universitarios (N=106)	5 (4.7)	0.9	0.3 – 2.4	0.9	0.3 – 2.9
<b>Tipo de trabajo</b>	Ama de casa (N=170)	12 (7.1)	1	-	1	-
	Parada (N=162)	15 (9.3)	1.3	0.6 – 3.0	1.4	0.6 – 3.2
	Ocupada (N=427)	26 (6.1)	0.9	0.4 – 1.7	0.9	0.4 – 2.0
	Estudiante (N=15)	2 (13.3)	2.0	0.4 - 10.0	1.4	0.1 – 15.9
<b>Nacionalidad</b>	Española sí (N=707)	49 (6.9)	1	-	1	-
	Española no (N=68)	6 (8.8)	1.3	0.5-3.1	1.1	0.4-3.0
<b>Convivencia</b>	Con su pareja (N=705)	51 (7.2)	1	-	1	-
	Otras formas (N=70)	4 (5.7)	0.8	0.3 – 2.2	0.3	0.6 – 1.5
<b>Apoyo en su entorno P=0.0004</b>	Sí (N=735)	47 (6.4)	1	-	1	-
	No (N=37)	8 (21.6)	4.0	1.8 – 9.3	4.0	1.5– 10.3



Tabla 4.77. Modelo IV de regresión logística (violencia emocional adultas y periembarazo y violencia física adultas y periembarazo) para la amenaza de parto pretérmino

Variables	Categorías	AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO				
		Fr. (%)	Modelo bruto		Modelo ajustado	
			Odds	IC (95%)	Odds	IC (95%)
<b>Violencia emocional adultas P=0.0002</b>	No (N=649)	37 (5.7)	1	-	1	-
	Sí (N=117)	18 (15.9)	3.0	1.7 – 5.5	3.1	1.4 – 6.9
<b>Violencia emocional periembarazo P=0.0003</b>	No (N=730)	47 (6.4)	1	-	1	-
	Sí (N=36)	8 (22.2)	4.2	1.8 – 9.6	1.9	0.6 – 6.5
<b>Violencia física adultas</b>	No (N=711)	48 (6.5)	1	-	1	-
	Sí (N=54)	7 (13.0)	2.1	0.9 – 4.8	0.6	0.2 – 2.1
<b>Violencia física periembarazo P=0.0004</b>	No (N=753)	51 (6.8)	1	-	1	-
	Sí (N=12)	4 (33.3)	6.9	2.0 – 23.6	4.8	0.7 – 35.6
<b>Edad</b>	<20 (N=31)	2 (6.5)	1	-	1	-
	20-24 (N=101)	8 (7.9)	1.3	0.3 – 6.2	1.3	0.2 – 8.0
	25-29 (N=198)	14 (7.1)	1.1	0.2 – 5.1	1.0	0.2 – 6.0
	30-34 (N=275)	25 (9.1)	1.5	0.3 – 6.4	1.7	0.3 – 10.1
	35-39 (N=119)	6 (5.0)	0.8	0.2 – 4.0	0.9	0.1 – 6.3
	≥ 40 (N=31)	0 (0.0)	-	-	-	-
<b>Estado civil</b>	Casada (N= 497)	31 (6.2)	1	-	1	-
	Relación con compr. (N=106)	7 (6.6)	1.1	0.5 – 2.5	0.9	0.3 – 2.3
	Relación sin compr. (N=170)	17 (10.0)	1.7	0.9 – 3.1	1.3	0.6 – 3.0
<b>Nivel de estudios</b>	Hasta primarios (N=292)	16 (5.5)	1	-	1	-
	Secundarios (N=376)	34 (9.0)	1.7	0.9 – 3.2	1.8	0.9 - 3.6
	Universitarios (N=106)	5 (4.7)	0.9	0.3 – 2.5	1.0	0.3 – 3.5
<b>Tipo de trabajo</b>	Ama de casa (N=170)	12 (7.1)	1	-	1	-
	Parada (N=162)	15 (9.4)	1.3	0.6 – 3.0	1.6	0.6 – 3.4
	Ocupada (N=427)	26 (6.1)	0.9	0.4 – 1.7	0.8	0.4 – 1.8
	Estudiante (N=15)	2 (13.3)	2.0	0.4 - 10.0	1.4	0.1 – 14.8
<b>Nacionalidad</b>	Española sí (N=707)	49 (6.9)	1	-	1	-
	Española no (N=68)	6 (8.8)	1.3	0.5-3.1	1.1	0.4-3.1
<b>Convivencia</b>	Con su pareja (N=705)	51 (7.2)	1	-	1	-
	Otras formas (N=70)	4 (5.7)	0.8	0.3 – 2.2	0.2	0.0 – 1.2
<b>Apoyo en su entorno P=0.0004</b>	Sí (N=735)	47 (6.4)	1	-	1	-
	No (N=37)	8 (21.6)	4.0	1.8– 9.3	3.5	1.2 – 10.2

Tabla 4.78. Modelo V de regresión logística (violencia ISA no física y física) para la amenaza de parto pretérmino

Variables	Categorías	AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO				
		Fr. (%)	Modelo bruto		Modelo ajustado	
			Odds	IC (95%)	Odds	IC (95%)
<b>Violencia ISA no física</b> P=0.0034	No (N=564)	32 (5.7)	1	-	1	-
	Sí (N= 151)	19 (12.7)	2.4	1.3 – 4.4	2.2	1.1 – 4.5
<b>Violencia ISA física</b>	No (N=689)	47 (6.8)	1	-	1	-
	Sí (N=26)	4 (15.4)	2.5	0.8 – 7.5	0.7	0.3 – 3.3
<b>Edad</b>	<20 (N=31)	2 (6.5)	1	-	1	-
	20-24 (N=101)	8 (7.9)	1.3	0.3 – 6.2	0.7	0.1 – 5.0
	25-29 (N=198)	14 (7.1)	1.1	0.2 – 5.1	0.7	0.1 – 4.6
	30-34 (N=275)	25 (9.1)	1.5	0.3 – 6.4	1.5	0.2 – 9.7
	35-39 (N=119)	6 (5.0)	0.8	0.2 – 4.0	0.7	0.1 – 5.4
	≥ 40 (N=31)	0 (0.0)	-	-	-	-
<b>Estado civil</b>	Casada (N= 497)	31 (6.2)	1	-	1	-
	Relación con com (N=106)	7 (6.6)	1.1	0.6 – 2.5	1.1	0.4 – 3.0
	Relación sin com (N=170)	17 (10.0)	1.7	0.9 – 3.1	1.6	0.7 – 3.9
<b>Nivel de estudios</b>	Hasta primarios (N=292)	16 (5.5)	1	-	1	-
	Secundarios (N=376)	34 (9.0)	1.7	0.9 – 3.2	1.6	0.8 – 3.4
	Universitarios (N=106)	5 (4.7)	0.9	0.3 – 2.4	0.8	0.2 – 2.8
<b>Tipo de trabajo</b>	Ama de casa (N=170)	12 (7.1)	1	-	1	-
	Parada (N=162)	15 (9.3)	1.3	0.6 – 3.0	1.4	0.6 – 3.4
	Ocupada (N=427)	26 (6.1)	0.9	0.4 – 1.7	0.9	0.4 – 2.1
	Estudiante (N=15)	2 (13.3)	2.0	0.4 - 10.0	1.7	0.1 – 20.9
<b>Nacionalidad</b>	Española sí (N=707)	49 (6.9)	1	-	1	-
	Española no (N=68)	6 (8.8)	1.3	0.5-3.1	0.9	0.3-2.8
<b>Convivencia</b>	Con su pareja (N=705)	51 (7.2)	1	-	1	-
	Otras formas (N=70)	4 (5.7)	0.8	0.3 – 2.2	0.2	0.0 – 1.3
<b>Apoyo en su entorno</b> P=0.0004	Sí (N=735)	47 (6.4)	1	-	1	-
	No (N=37)	8 (21.6)	4.0	1.8 – 9.3	4.7	1.7 – 12.8

En el análisis bivalente, la amenaza de parto pretérmino está asociada estadísticamente con la mayoría de los tipos de violencia de todos los modelos analizados, excepto para la violencia física en su vida de adulta (AAS) y la violencia física periembarazo (ISA). Las mujeres que refieren violencia global en su vida de adultas (OR=2.4) y violencia global periembarazo (OR=2.5), ambas del modelo I, tienen mayor probabilidad de presentar amenaza de parto pretérmino. En la violencia del modelo II, periembarazo global (ISA) presenta una OR de 2.4. En el modelo III, la violencia periembarazo (AAS+ISA) con una OR de 2.1. En el modelo IV, encontramos asociación con tres tipos de violencia: violencia emocional en su vida de adultas (OR=3.0), violencia emocional periembarazo (OR=4.2) y violencia física periembarazo (OR=6.9). En el modelo V, para las mujeres con violencia no física (ISA), la probabilidad de la amenaza de parto pretérmino es de 2.4.

Cuando realizamos el análisis bivalente de la amenaza de parto pretérmino con las diferentes variables sociodemográficas y de entorno familiar, encontramos que existe una asociación estadísticamente significativa con el apoyo en su entorno. Las mujeres que no tienen apoyo en su entorno tienen mayor probabilidad de la amenaza de parto pretérmino (OR=4.0).

Una vez que realizamos el análisis de regresión múltiple y ajustamos la amenaza de parto pretérmino con las diferentes variables, encontramos que:

En el modelo II, una mujer que experimenta violencia global periembarazo (ISA) tiene mayor probabilidad de tener una amenaza de parto pretérmino (OR=2.1).

En el modelo IV, una mujer que experimenta violencia emocional a lo largo de su vida adulta (AAS) tiene mayor probabilidad de tener una amenaza de parto pretérmino (OR=3.1).

En el modelo V, una mujer que experimenta violencia no física periembarazo (ISA) tiene mayor probabilidad de tener una amenaza de parto pretérmino (OR=2.2).

En todos los modelos, una mujer que no tiene apoyo en su entorno tiene mayor probabilidad de tener una amenaza de parto pretérmino, siendo esta probabilidad desde 3.5 hasta 4.7 veces más.

#### 4.5.1.6. Anemia

En este apartado, presentamos los modelos de regresión logística para la anemia durante el embarazo y los diferentes tipos de violencia sufridos por la mujer, ajustado por las variables sociodemográficas y entorno familiar.

Tabla 4.79. Modelo I de regresión logística (violencia global adultas y periembarazo) para la anemia

Variables	Categorías	Fr. (%)	ANEMIA			
			Modelo bruto		Modelo ajustado	
			Odds	IC (95%)	Odds	IC (95%)
<b>Violencia global adultas</b> P=0.0273	No (N=625)	234 (37.4)	1	-	1	-
	Sí (N=148)	70 (47.3)	1.5	1.1 – 2.1	1.4	0.9 – 2.2
<b>Violencia global periembarazo</b>	No (N=714)	277 (38.8)	1	-	1	-
	Sí (N=59)	27 (45.8)	1.3	0.8 – 2.3	1.2	0.7 – 2.3
<b>Edad</b>	<20 (N=31)	12 (38.7)	1	-	1	-
	20-24 (N=100)	42 (42.0)	1.1	0.5 – 2.6	1.2	0.5 – 3.0
	25-29 (N=198)	64 (32.3)	0.8	0.3 – 1.6	0.9	0.4 – 2.4
	30-34 (N=274)	115 (42.0)	1.1	0.5 – 2.4	1.7	0.7 – 4.3
	35-39 (N=119)	51 (42.9)	1.2	0.5 – 2.7	1.8	0.7 – 4.7
	≥ 40 (N=31)	13 (41.9)	1.1	0.4 – 3.2	1.6	0.5 – 5.2
<b>Estado civil</b>	Casada (N= 497)	192 (38.6)	1	-	1	-
	Relación con compr. (N=104)	37 (35.6)	1.0	0.6 – 1.4	0.7	0.5 – 1.2
	Relación sin compr. (N=170)	73 (42.9)	1.2	0.8 – 1.7	0.9	0.6 – 1.5
<b>Nivel de estudios</b>	Hasta primarios (N=292)	123 (42.1)	1	-	1	-
	Secundarios (N=374)	141 (37.7)	0.8	0.6 – 1.1	0.9	0.6 – 1.3
	Universitarios (N=106)	40 (37.7)	0.8	0.5 – 1.3	0.9	0.6 – 1.6
<b>Tipo de trabajo</b> P=0.2264	Ama de casa (N=167)	61 (36.5)	1	-	1	-
	Parada (N=162)	75 (46.3)	1.5	0.9 – 2.3	1.7	1.0 – 2.7
	Ocupada (N=428)	163 (38.1)	1.1	0.7 – 1.6	1.2	0.8 – 1.8
	Estudiante (N=15)	5 (33.3)	0.9	0.4 – 2.7	0.8	0.2 – 3.0
<b>Nacionalidad</b> P=0.0318	Española sí (N=705)	269 (38.2)	1	-	1	-
	Española no (N=68)	35 (51.5)	1.7	1.0-2.9	1.8	1.0-3.0
<b>Convivencia</b>	Con su pareja (N=702)	271 (38.6)	1	-	1	-
	Otras formas (N=71)	33 (46.5)	1.4	0.9 – 2.3	1.5	0.7 – 2.6
<b>Apoyo en su entorno</b>	Sí (N=733)	289 (39.4)	1	-	1	-
	No (N=37)	15 (40.5)	1.1	0.5 – 2.2	0.7	0.3 – 1.5

Tabla 4.80. Modelo II de regresión logística (violencia ISA global) para la anemia

Variables	Categorías	ANEMIA				
		Fr. (%)	Modelo bruto		Modelo ajustado	
			Odds	IC (95%)	Odds	IC (95%)
ISA global	No (N=561)	216 (38.5)	1	-	1	-
	Sí (N=152)	67 (44.1)	1.3	0.9 – 1.8	1.3	0.9 – 1.9
Edad	<20 (N=31)	12 (38.7)	1	-	1	-
	20-24 (N=100)	42 (42.0)	1.2	0.5 – 2.6	1.5	0.6 – 3.8
	25-29 (N=198)	64 (32.3)	0.8	0.5 – 1.7	1.2	0.4 – 3.1
	30-34 (N=274)	115 (42.0)	1.2	0.5 – 2.5	2.4	0.9 – 6.4
	35-39 (N=119)	51 (42.9)	1.2	0.5 – 2.7	2.6	0.9 – 7.2
	≥ 40 (N=31)	13 (41.9)	1.1	0.4 – 3.2	2.0	0.6 – 7.1
Estado civil	Casada (N= 497)	192 (38.6)	1	-	1	-
	Relación con compr. (N=104)	37 (35.6)	0.9	0.6 – 1.4	0.8	0.5– 1.3
	Relación sin compr. (N=170)	73 (42.9)	1.2	0.8 – 1.7	1.0	0.6 – 1.7
Nivel de estudios	Hasta primarios (N=292)	123 (42.1)	1	-	1	-
	Secundarios (N=374)	141 (37.7)	0.8	0.6 – 1.1	1.0	0.7– 1.4
	Universitarios (N=106)	40 (37.7)	0.8	0.5 – 1.3	1.0	0.6 – 1.6
Tipo de trabajo	Ama de casa (N=167)	61 (36.5)	1	-	1	-
	Parada (N=162)	75 (46.3)	1.5	0.9 – 2.3	1.6	1.0 – 2.6
	Ocupada (N=428)	163 (38.1)	1.1	0.7 – 1.6	1.1	0.7 – 1.6
	Estudiante (N=15)	5 (33.3)	0.9	0.3– 2.7	0.9	0.3– 3.4
Nacionalidad P=0.0318	Española sí (N=705)	269 (38.2)	1	-	1	-
	Española no (N=68)	35 (51.5)	1.7	1.0-2.9	1.7	1.0-3.0
Convivencia	Con su pareja (N=702)	271 (38.6)	1	-	1	-
	Otras formas (N=71)	33 (46.5)	1.4	0.9 – 2.3	1.6	0.8 – 3.1
Apoyo en su entorno	Sí (N=733)	289 (39.4)	1	-	1	-
	No (N=37)	15 (40.5)	1.1	0.5 – 2.1	0.8	0.4 – 1.8

Tabla 4.81. Modelo III de regresión logística (violencia periembarazo AAS+ISA) para la anemia

Variables	Categorías	ANEMIA				
		Fr. (%)	Modelo bruto		Modelo ajustado	
			Odds	IC (95%)	Odds	IC (95%)
<b>Violencia periembarazo AAS + ISA</b>	No (N=598)	227 (38.0)	1	-	1	-
	Sí (N=175)	77 (44.0)	1.3	0.9 – 1.8	1.4	0.9 – 2.0
<b>Edad</b>	<20 (N=31)	12 (38.7)	1	-	1	-
	20-24 (N=100)	42 (42.0)	1.2	0.5 – 2.6	1.3	0.5 -3.1
	25-29 (N=198)	64 (32.3)	0.8	0.4 – 1.7	1.0	0.4 – 2.5
	30-34 (N=274)	115 (42.0)	1.2	0.5 – 2.5	1.9	0.7 – 4.8
	35-39 (N=119)	51 (42.9)	1.2	0.5 – 2.7	2.0	0.8 – 5.3
	≥ 40 (N=31)	13 (41.9)	1.1	0.4 – 3.2	1.9	0.6 – 6.1
<b>Estado civil</b>	Casada (N= 497)	192 (38.6)	1	-	1	-
	Relación con compr. (N=104)	37 (35.6)	0.9	0.6 – 1.4	0.7	0.5 – 1.2
	Relación sin compr. (N=170)	73 (42.9)	1.2	0.8 – 1.7	1.0	0.6 – 1.5
<b>Nivel de estudios</b>	Hasta primarios (N=292)	123 (42.1)	1	-	1	-
	Secundarios (N=374)	141 (37.7)	0.8	0.6 – 1.1	0.9	0.6 – 1.3
	Universitarios (N=106)	40 (37.7)	0.8	0.5 – 1.3	0.9	0.5 – 1.5
<b>Tipo de trabajo</b>	Ama de casa (N=167)	61 (36.5)	1	-	1	-
	Parada (N=162)	75 (46.3)	1.5	0.9 – 2.3	1.7	1.0 – 2.7
	Ocupada (N=428)	163 (38.1)	1.1	0.7 – 1.6	1.2	0.8 – 1.8
	Estudiante (N=15)	5 (33.3)	0.9	0.3 – 2.7	0.9	0.2 – 3.0
<b>Nacionalidad</b> P=0.0318	Española sí (N=705)	269 (38.2)	1	-	1	-
	Española no (N=68)	35 (51.5)	1.7	1.0-2.9	1.8	1.0-3.1
<b>Convivencia</b>	Con su pareja (N=702)	271 (38.6)	1	-	1	-
	Otras formas (N=71)	33 (46.5)	1.4	0.9 – 2.3	1.4	0.7 – 2.6
<b>Apoyo en su entorno</b>	Sí (N=733)	289 (39.4)	1	-	1	-
	No (N=37)	15 (40.5)	1.1	0.5 – 2.1	0.7	0.3 – 1.6

Tabla 4.82. Modelo IV de regresión logística (violencia emocional adultas y periembarazo y violencia física adultas y periembarazo) para la anemia

Variables	Categorías	ANEMIA				
		Fr. (%)	Modelo bruto		Modelo ajustado	
			Odds	IC (95%)	Odds	IC (95%)
<b>Violencia emocional adultas</b> P=0.0295	No (N=647)	246 (38.0)	1	-	1	-
	Sí (N=117)	57 (48.7)	1.6	1.0 – 2.3	1.7	1.0 – 2.8
<b>Violencia emocional periembarazo</b>	No (N=728)	285 (39.2)	1	-	1	-
	Sí (N=36)	18 (50.0)	1.6	0.8 – 3.0	1.4	0.6 – 3.1
<b>Violencia física adultas</b>	No (N=709)	278 (39.2)	1	-	1	-
	Sí (N=54)	23 (42.6)	1.2	0.7 – 2.0	0.6	0.3 – 1.3
<b>Violencia física periembarazo</b>	No (N=751)	295 (39.3)	1	-	1	-
	Sí (N=12)	6 (50.0)	1.6	0.5 – 4.8	1.7	0.4 – 7.3
<b>Edad</b>	<20 (N=31)	12 (38.7)	1	-	1	-
	20-24 (N=100)	42 (42.0)	1.2	0.5 – 2.6	1.3	0.5 – 3.2
	25-29 (N=198)	64 (32.3)	0.8	0.4 – 1.7	1.0	0.4 – 2.6
	30-34 (N=274)	115 (42.0)	1.2	0.5 – 2.5	1.8	0.7 – 4.5
	35-39 (N=119)	51 (42.9)	1.2	0.5 – 2.7	1.8	0.7 – 4.9
	≥ 40 (N=31)	13 (41.9)	1.1	0.4 – 3.2	1.7	0.5 – 5.7
<b>Estado civil</b>	Casada (N= 497)	192 (38.6)	1	-	1	-
	Relación con compr. (N=104)	37 (35.6)	0.9	0.6 – 1.4	0.7	0.4 – 1.2
	Relación sin compr. (N=170)	73 (42.9)	1.2	0.8 – 1.7	0.9	0.6 – 1.5
<b>Nivel de estudios</b>	Hasta primarios (N=292)	123 (42.1)	1	-	1	-
	Secundarios (N=374)	141 (37.7)	0.8	0.6 – 1.1	0.9	0.7 – 1.3
	Universitarios (N=106)	40 (37.7)	0.8	0.5 – 1.3	1.0	0.6 – 1.7
<b>Tipo de trabajo</b>	Ama de casa (N=167)	61 (36.5)	1	-	1	-
	Parada (N=162)	75 (46.3)	1.5	0.9 – 2.3	1.7	1.0 – 2.7
	Ocupada (N=428)	163 (38.1)	1.1	0.7 – 1.6	1.2	0.8 – 1.7
	Estudiante (N=15)	5 (33.3)	0.9	0.3 – 2.7	0.8	0.2 – 2.9
<b>Nacionalidad</b> P=0.0318	Española sí (N=705)	269 (38.2)	1	-	1	-
	Española no (N=68)	35 (51.5)	1.7	1.0-2.9	1.7	1.0-3.0
<b>Convivencia</b>	Con su pareja (N=702)	271 (38.6)	1	-	1	-
	Otras formas(N=71)	33 (46.5)	1.4	0.9 – 2.3	1.4	0.7 – 2.6
<b>Apoyo en su entorno</b>	Sí (N=733)	289 (39.4)	1	-	1	-
	No (N=37)	15 (40.5)	1.1	0.5 – 2.1	0.8	0.4– 1.8

Tabla 4.83. Modelo V de regresión logística (violencia ISA no física y física) para la anemia

Variables	Categorías	ANEMIA				
		Fr. (%)	Modelo bruto		Modelo ajustado	
			Odds	IC (95%)	Odds	IC (95%)
Violencia ISA no física	No (N=563)	216 (38.4)	1	-	1	-
	Sí (N= 150)	67 (44.7)	1.3	0.9 – 1.9	1.3	0.9– 2.0
Violencia ISA física	No (N=688)	271 (39.4)	1	-	1	-
	Sí (N=25)	12 (48.0)	1.4	0.6 – 3.2	1.1	0.4 – 2.7
Edad	<20 (N=1)	12 (38.7)	1	-	1	-
	20-24 (N=100)	42 (42.0)	1.2	0.5 – 2.6	1.5	0.6– 3.8
	25-29 (N=198)	64 (32.3)	0.8	0.4– 1.7	1.1	0.4 – 3.1
	30-34 (N=274)	115 (42.0)	1.2	0.5 – 2.5	2.4	0.9– 6.4
	35-39 (N=119)	51 (42.9)	1.2	0.5 – 2.7	2.6	0.9 – 7.2
	≥ 40 (N=31)	13 (41.9)	1.1	0.4 – 3.2	2.0	0.6 – 7.1
Estado civil	Casada (N= 497)	192 (38.6)	1	-	1	-
	Relación con compr. (N=104)	37 (35.6)	0.9	0.6 – 1.4	0.8	0.5– 1.3
	Relación sin compr. (N=170)	73 (42.9)	1.2	0.8 – 1.7	1.0	0.6 – 1.7
Nivel de estudios	Hasta primarios(N=292)	123 (42.1)	1	-	1	-
	Secundarios (N=374)	141 (37.7)	0.8	0.6 – 1.1	1	0.7– 1.4
	Universitarios (N=106)	40 (37.7)	0.8	0.5 – 1.3	1.0	0.6 – 1.6
Tipo de trabajo	Ama de casa (N=167)	61 (36.5)	1	-	1	-
	Parada (N=162)	75 (46.3)	1.5	0.9 – 2.3	1.6	1.0 – 2.6
	Ocupada (N=428)	163 (38.1)	1.1	0.7 – 1.6	1.1	0.7 – 1.6
	Estudiante (N=15)	5 (33.3)	0.9	0.4 – 2.7	0.9	0.2 – 3.4
Nacionalidad P=0.0318	Española sí (N=705)	269 (38.2)	1	-	1	-
	Española no (N=68)	35 (51.5)	1.7	1.0-2.9	1.7	1.0-3.0
Convivencia	Con su pareja (N=702)	271 (38.6)	1	-	1	-
	Otras formas (N=71)	33 (46.5)	1.4	0.9 – 2.4	1.6	0.8 – 3.1
Apoyo en su entorno	Sí (N=733)	289 (39.4)	1	-	1	-
	No (N=37)	15 (40.5)	1.1	0.5 – 2.1	0.8	0.4 – 1.7



En el análisis bivariante, la anemia durante el embarazo está asociada estadísticamente con la violencia global y la violencia emocional a lo largo de la vida de adultas del modelo I y IV. La probabilidad de tener anemia durante el embarazo es de 1.5 veces más en las mujeres que refieren violencia global (AAS) del modelo I y para las mujeres que refieren violencia emocional a lo largo de su vida de adultas (AAS) del modelo IV la probabilidad es de 1.6.

Cuando realizamos el análisis bivariante de la anemia durante el embarazo con las diferentes variables sociodemográficas y de entorno familiar, encontramos que existe una asociación estadísticamente significativa con la nacionalidad. Las mujeres que no son españolas tienen más probabilidad de tener anemia durante el embarazo (OR=1.7).

Una vez que realizamos el análisis de regresión múltiple y ajustamos la anemia durante el embarazo con las diferentes variables, vemos que las mujeres que refieren sufrir violencia emocional a lo largo de la vida adulta (modelo IV) tienen mayor probabilidad de padecer anemia durante el embarazo (OR=1.7).

En todos los modelos ajustados, encontramos que las mujeres de diferente nacionalidad a la española tienen una mayor probabilidad de padecer anemia durante el embarazo. De la misma manera, el tipo de trabajo está asociado con la anemia, son las mujeres que no tienen trabajo las que tienen mayor probabilidad de tener anemia, siendo las probabilidades de 1.7 veces más en los modelos I, III y IV y de 1.6 en los modelos II y V.

### 4.5.1.7. Metrorragia

En este apartado, presentamos los modelos de regresión logística para la metrorragia durante el embarazo y los diferentes tipos de violencia sufridos por la mujer, ajustado por las variables sociodemográficas y entorno familiar.

Tabla 4.84. Modelo I de regresión logística (violencia global adultas y periembarazo) para la metrorragia

Variables	Categorías	Fr. (%)	METRORRAGIA			
			Modelo bruto		Modelo ajustado	
			Odds	IC (95%)	Odds	IC (95%)
Violencia global adultas	No (N=628)	97 (15.5)	1	-	1	-
	Sí (N=149)	28 (18.8)	1.3	0.8– 2.0	1.4	0.8 – 2.4
Violencia global periembarazo	No (N=718)	117 (16.3)	1	-	1	-
	Sí (N=59)	8 (13.6)	0.8	0.4 – 1.7	0.7	0.3 – 1.5
Edad	<20 (N=31)	4 (12.9)	1	-	1	-
	20-24 (N=101)	14 (13.9)	1.1	0.3 – 3.6	0.8	0.2 – 3
	25-29 (N=199)	32 (16.1)	1.3	0.4 – 4.0	0.9	0.3 – 3.4
	30-34 (N=275)	47 (17.1)	1.4	0.5 – 4.2	1.1	0.3 – 4.0
	35-39 (N=120)	19 (15.8)	1.3	0.4 – 4.1	1.1	0.3 – 4.1
	≥ 40 (N=31)	7 (22.6)	2.0	0.5 – 7.6	1.0	0.2 – 4.8
Estado civil	Casada (N= 498)	75 (15.1)	1	-	1	-
	Relación con compr. (N=106)	18 (17.0)	1.2	0.7 – 2.0	1.2	0.7 – 2.3
	Relación sin compr. (N=171)	32 (18.7)	1.3	0.8 – 2.1	1.7	0.9 – 3.0
Nivel de estudios	Hasta primarios (N=293)	54 (18.4)	1	-	1	-
	Secundarios (N=377)	55 (14.6)	0.8	0.5 – 1.1	0.8	0.5 – 1.2
	Universitarios (N=106)	16 (15.1)	0.8	0.4 – 1.5	0.9	0.4 – 1.7
Tipo de trabajo P=0.0338	Ama de casa (N=169)	31 (18.3)	1	-	1	-
	Parada (N=162)	36 (22.2)	1.3	0.7 – 2.2	1.4	0.8 – 2.8
	Ocupada (N=430)	57 (13.3)	0.7	0.4 – 0.9	0.7	0.4 – 1.2
	Estudiante (N=15)	1 (6.7)	0.3	0.0 – 2.5	0.5	0.1 – 4.2
Nacionalidad	Española sí (N=709)	109 (15.4)	1	-	1	-
	Española no (N=68)	16 (23.5)	1.7	0.9-3.0	1.3	0.7-2.6
Convivencia P=0.06	Con su pareja (N=706)	119 (16.9)	1	-	1	-
	Otras formas (N=71)	6 (8.5)	0.5	0.2 – 1.1	0.2	0.1 – 0.7
Apoyo en su entorno	Sí (N=737)	115 (15.6)	1	-	1	-
	No (N=37)	10 (27.0)	2.0	0.9 – 4.3	1.8	0.8 – 4.2

Tabla 4.85. Modelo II de regresión logística (violencia ISA global) para la metrorragia

Variables	Categorías	METRORRAGIA				
		Fr. (%)	Modelo bruto		Modelo ajustado	
			Odds	IC (95%)	Odds	IC (95%)
ISA global	No (N=564)	88 (15.8)	1	-	1	-
	Sí (N=153)	21 (13.7)	0.9	0.5 – 1.4	0.8	0.5 – 1.5
Edad	<20 (N=31)	4 (12.9)	1	-	1	-
	20-24 (N=101)	14 (13.9)	1.1	0.3 – 3.6	1.5	0.3 – 8.0
	25-29 (N=199)	32 (16.1)	1.3	0.4 – 4.0	1.9	0.4 – 9.8
	30-34 (N=275)	47 (17.1)	1.4	0.5 – 4.2	2.5	0.5 – 13.0
	35-39 (N=120)	19 (15.8)	1.3	0.4 – 4.1	2.8	0.5 – 15.1
	≥ 40 (N=31)	7 (22.6)	2.0	0.5 – 7.6	3.5	0.5 – 22.4
Estado civil	Casada (N= 498)	75 (15.1)	1	-	1	-
	Relación con compr. (N=106)	18 (17.0)	1.2	0.7 – 2.0	1.2	0.6 – 2.3
	Relación sin compr. (N=171)	32 (18.7)	1.3	0.8 – 2.1	1.7	0.9 – 3.2
Nivel de estudios	Hasta primarios (N=293)	54 (18.4)	1	-	1	-
	Secundarios (N=377)	55 (14.6)	0.8	0.5 – 1.1	0.7	0.4 – 1.2
	Universitarios (N=106)	16 (15.1)	0.8	0.4 – 1.5	0.8	0.4 – 1.6
Tipo de trabajo P=0.0338	Ama de casa (N=169)	31 (18.3)	1	-	1	-
	Parada (N=162)	36 (22.2)	1.3	0.7 – 2.2	1.1	0.6 – 2.0
	Ocupada (N=430)	57 (13.3)	0.7	0.4 – 0.9	0.6	0.4 – 1.1
	Estudiante (N=15)	1 (6.7)	0.3	0.0 – 2.5	0.7	0.1 – 6.2
Nacionalidad	Española sí (N=709)	109 (15.4)	1	-	1	-
	Española no (N=68)	16 (23.5)	1.7	0.9-3.0	1.4	0.7-2.9
Convivencia	Con su pareja (N=706)	119 (16.9)	1	-	1	-
	Otras formas (N=71)	6 (8.5)	0.5	0.2 – 1.1	0.3	0.1-0.9
Apoyo en su entorno	Sí (N=737)	115 (15.6)	1	-	1	-
	No (N=37)	10 (27.0)	2.0	0.9 – 4.3	1.8	0.8 – 4.3

Tabla 4.86. Modelo III de regresión logística (violencia periembarazo AAS+ISA) para la metrorragia

Variables	Categorías	METRORRAGIA				
		Fr. (%)	Modelo bruto		Modelo ajustado	
			Odds	IC (95%)	Odds	IC (95%)
<b>Violencia periembarazo AAS + ISA</b>	No (N=601)	100 (16.6)	1	-	1	-
	Sí (N=176)	25 (14.2)	0.8	0.5 – 1.3	0.8	0.5 – 1.4
<b>Edad</b>	<20 (N=31)	4 (12.9)	1	-	1	-
	20-24 (N=101)	14 (13.9)	1.1	0.3 – 3.6	0.8	0.2 – 2.9
	25-29 (N=199)	32 (16.1)	1.3	0.4 – 4.0	0.9	0.3 – 3.3
	30-34 (N=275)	47 (17.1)	1.4	0.5 – 4.2	1.1	0.3 – 4.0
	35-39 (N=120)	19 (15.8)	1.3	0.4 – 4.1	1.1	0.3 – 4.2
	≥ 40 (N=31)	7 (22.6)	2.0	0.5 – 7.6	1.1	0.2 – 4.9
<b>Estado civil</b>	Casada (N= 498)	75 (15.1)	1	-	1	-
	Relación con compr. (N=106)	18 (17.0)	1.2	0.7 – 2.0	1.2	0.7 – 2.3
	Relación sin compr. (N=171)	32 (18.7)	1.3	0.8 – 2.1	1.8	0.9 – 3.0
<b>Nivel de estudios</b>	Hasta primarios (N=293)	54 (18.4)	1	-	1	-
	Secundarios (N=377)	55 (14.6)	0.8	0.5 – 1.1	0.7	0.5 – 1.2
	Universitarios (N=106)	16 (15.1)	0.8	0.4 – 1.5	0.8	0.4 – 1.7
<b>Tipo de trabajo</b> P=0.0338	Ama de casa (N=169)	31 (18.3)	1	-	1	-
	Parada (N=162)	36 (22.2)	1.3	0.7 – 2.2	1.4	0.8 – 2.4
	Ocupada (N=430)	57 (13.3)	0.7	0.4 – 0.9	0.7	0.4 – 1.2
	Estudiante (N=15)	1 (6.7)	0.3	0.0 – 2.5	0.5	0.1 – 4.4
<b>Nacionalidad</b>	Española sí (N=709)	109 (15.4)	1	-	1	-
	Española no (N=68)	16 (23.5)	1.7	0.9-3.0	1.3	0.7-2.7
<b>Convivencia</b>	Con su pareja (N=706)	119 (16.9)	1	-	1	-
	Otras formas (N=71)	6 (8.5)	0.5	0.2 – 1.1	0.2	0.1 – 0.7
<b>Apoyo en su entorno</b>	Sí (N=737)	115 (15.6)	1	-	1	-
	No (N=37)	10 (27.0)	2.0	0.9 – 4.3	1.9	0.8 – 4.4

Tabla 4.87. Modelo IV de regresión logística (violencia emocional adultas y periembarazo y violencia física adultas y periembarazo) para la metrorragia

Variables	Categorías	METRORRAGIA				
		Fr. (%)	Modelo bruto		Modelo ajustado	
			Odds	IC (95%)	Odds	IC (95%)
Violencia emocional adultas	No (N=650)	104 (16.0)	1	-	1	-
	Sí (N=118)	21 (17.2)	1.1	0.7 – 1.9	1.1	0.6 – 2.2
Violencia emocional periembarazo	No (N=732)	120 (16.4)	1	-	1	-
	Sí (N=36)	5 (13.9)	0.8	0.3 – 2.2	1.0	0.3 – 2.9
Violencia física adultas	No (N=713)	115 (16.1)	1	-	1	-
	Sí (N=54)	10 (18.5)	1.2	0.6 – 2.4	1.1	0.5 – 2.8
Violencia física periembarazo	No (N=755)	124 (16.4)	1	-	1	-
	Sí (N=12)	1 (8.3)	0.5	0.1 – 3.6	0.4	0.0 – 3.7
Edad	<20 (N=31)	4 (12.9)	1	-	1	-
	20-24 (N=101)	14 (13.9)	1.1	0.3 – 3.6	0.8	0.2 – 2.9
	25-29 (N=199)	32 (16.1)	1.3	0.4 – 4.0	1.0	0.3 – 3.5
	30-34 (N=275)	47 (17.1)	1.4	0.5 – 4.2	1.1	0.3 – 4.1
	35-39 (N=120)	19 (15.8)	1.3	0.4 – 4.1	1.1	0.3 – 4.3
	≥ 40 (N=31)	7 (22.6)	2.0	0.5 – 7.6	1.1	0.2 – 5.1
Estado civil	Casada (N= 498)	75 (15.1)	1	-	1	-
	Relación con compr. (N=106)	18 (17.0)	1.2	0.7 – 2.0	1.1	0.6 – 2.2
	Relación sin compr. (N=171)	32 (18.7)	1.3	0.8 – 2.1	1.7	0.9 – 3.0
Nivel de estudios	Hasta primarios (N=293)	54 (18.4)	1	-	1	-
	Secundarios (N=377)	55 (14.6)	0.8	0.5 – 1.1	0.8	0.5 – 1.2
	Universitarios (N=106)	16 (15.1)	0.8	0.4 – 1.5	0.9	0.4 – 1.7
Tipo de trabajo P=0.0338	Ama de casa(N=169)	31 (18.3)	1	-	1	-
	Parada (N=162)	36 (22.2)	1.3	0.7 – 2.2	1.6	0.9 – 2.8
	Ocupada (N=430)	57 (13.3)	0.7	0.4 – 0.9	0.8	0.4 – 1.3
	Estudiante (N=15)	1 (6.7)	0.3	0.0 – 2.5	0.5	0.1 – 4.5
Nacionalidad	Española sí (N=709)	109 (15.4)	1	-	1	-
	Española no (N=68)	16 (23.5)	1.7	0.9-3.0	1.3	0.6-2.6
Convivencia	Con su pareja (N=706)	119 (16.9)	1	-	1	-
	Otras formas (N=71)	6 (8.5)	0.5	0.2 – 1.1	0.2	0.1 – 0.7
Apoyo en su entorno	Sí (N=737)	115 (15.6)	1	-	1	-
	No (N=37)	10 (27.0)	2.0	0.9 – 4.3	2.1	0.8 – 5.1
Años de relación					1.02	0.97 – 1.07

Tabla 4.88. Modelo V de regresión logística (violencia ISA no física y física) para la metrorragia

Variables	Categorías	METRORRAGIA				
		Fr. (%)	Modelo bruto		Modelo ajustado	
			Odds	IC (95%)	Odds	IC (95%)
Violencia ISA no física	No (N=566)	88 (15.6)	1	-	1	-
	Sí (N= 151)	21 (13.9)	0.9	0.5 – 1.5	0.9	0.5 – 1.6
Violencia ISA física	No (N=691)	105 (15.2)	1	-	1	-
	Sí (N=26)	4 (15.4)	1.0	0.3 – 3.0	0.8	0.2 – 2.7
Edad	<20 (N=31)	4 (12.9)	1	-	1	-
	20-24 (N=101)	14 (13.9)	1.1	0.3 – 3.6	1.5	0.3 – 7.9
	25-29 (N=199)	32 (16.1)	1.3	0.4 – 4.0	1.9	0.4 – 9.9
	30-34 (N=275)	47 (17.1)	1.4	0.5 – 4.2	2.5	0.5 – 13.0
	35-39 (N=120)	19 (15.8)	1.3	0.4 – 4.1	2.8	0.5 – 15.1
	≥ 40 (N=31)	7 (22.6)	2.0	0.5 – 7.6	3.5	0.5 – 22.7
Estado civil	Casada (N= 498)	75 (15.1)	1	-	1	-
	Relación con compr. (N=106)	18 (17.0)	1.2	0.7 – 2.0	1.2	0.6 – 2.3
	Relación sin compr. (N=171)	32 (18.7)	1.3	0.8 – 2.1	1.8	0.9 – 3.0
Nivel de estudios	Hasta primarios (N=293)	54 (18.4)	1	-	1	-
	Secundarios (N=377)	55 (14.6)	0.8	0.5 – 1.1	0.7	0.4 – 1.2
	Universitarios (N=106)	16 (15.1)	0.8	0.4 – 1.5	0.8	0.4 – 1.6
Tipo de trabajo P=0.0338	Ama de casa (N=169)	31 (18.3)	1	-	1	-
	Parada (N=162)	36 (22.2)	1.3	0.7 – 2.2	1.1	0.6 – 2.0
	Ocupada (N=430)	57 (13.3)	0.7	0.4 – 0.9	0.6	0.4 – 1.1
	Estudiante (N=15)	1 (6.7)	0.3	0.0 – 2.5	0.7	0.1 – 6.1
Nacionalidad	Española sí (N=709)	109 (15.4)	1	-	1	-
	Española no (N=68)	16 (23.5)	1.7	0.9-3.0	1.4	0.7-2.9
Convivencia	Con su pareja (N=706)	119 (16.9)	1	-	1	-
	Otras formas (N=71)	6 (8.5)	0.5	0.2 – 1.1	0.3	0.1 – 1.0
Apoyo en su entorno	Sí (N=737)	115 (15.6)	1	-	1	-
	No (N=37)	10 (27.0)	2.0	0.9 – 4.3	1.8	0.8 – 4.4

En el análisis bivariante, tener metrorragia durante el embarazo no está asociado estadísticamente con ningún tipo de violencia estudiada. Cuando realizamos el análisis bivariante de la metrorragia con las variables sociodemográficas y de entorno familiar, encontramos asociación con el tipo de trabajo, siendo las mujeres que tienen un trabajo las que tienen menos probabilidades de tener una metrorragia durante el embarazo (OR=0.7).

Una vez que realizamos el análisis de regresión múltiple y ajustamos el tener metrorragia con las diferentes variables, únicamente encontramos menor probabilidad de tener metrorragia en las mujeres que no conviven con sus parejas, en los modelos I, II, III y IV.

#### 4.5.1.8. Infecciones durante el embarazo

En este apartado, presentamos los modelos de regresión logística para las infecciones durante el embarazo y los diferentes tipos de violencia sufridos por la mujer, ajustado por las variables sociodemográficas y entorno familiar.

Tabla 4.89. Modelo I de regresión logística (violencia global adultas y periembarazo) para las infecciones

Variables	Categorías	Fr. (%)	INFECCIONES			
			Modelo bruto		Modelo ajustado	
			Odds	IC (95%)	Odds	IC (95%)
Violencia global adultas	No (N=625)	258 (41.3)	1	-	1	-
	Sí (N=146)	73 (50.0)	1.4	0.9 – 2.0	1.1	0.7 – 1.7
Violencia global periembarazo P=0.050	No (N=713)	299 (41.9)	1	-	1	-
	Sí (N=58)	32 (55.2)	1.7	1.0 – 2.9	1.6	0.9 – 3.1
Edad P=0.0107	<20 (N=30)	17 (56.7)	1	-	1	-
	20-24 (N=101)	59 (58.4)	1.0	0.5 – 2.4	1.4	0.6 – 3.6
	25-29 (N=196)	82 (41.8)	0.6	0.3 – 1.2	0.9	0.3 – 2.2
	30-34 (N=273)	108 (39.6)	0.5	0.2 – 1.0	0.9	0.4 – 2.4
	35-39 (N=120)	47 (39.2)	0.5	0.2 – 1.1	1.0	0.4 – 2.6
	≥ 40 (N=31)	11 (35.5)	0.4	0.2 – 1.2	0.7	0.2 – 2.2
Estado civil P=0.0002	Casada (N= 495)	190 (38.4)	1	-	1	-
	Relación con compr. (N=104)	45 (43.3)	1.2	0.8 – 1.9	1.1	0.7 – 1.7
	Relación sin compr. (N=170)	96 (56.5)	2.1	1.5 – 3.0	1.7	1.1 – 2.6
Nivel de estudios P=0.0009	Hasta primarios (N=288)	142 (49.3)	1	-	1	-
	Secundarios (N=376)	159 (42.3)	0.7	0.6 – 1.0	0.9	0.6 – 1.2
	Universitarios (N=106)	30 (28.3)	0.4	0.3 – 0.7	0.5	0.3 – 0.8
Tipo de trabajo	Ama de casa (N=168)	75 (44.6)	1	-	1	-
	Parada (N=161)	83 (51.6)	1.3	0.9 – 2.0	1.3	0.8 – 2.1
	Ocupada (N=427)	163 (38.2)	0.8	0.5 – 1.0	0.9	0.6 – 1.3
	Estudiante (N=15)	10 (66.7)	2.5	0.8 – 7.6	2.0	0.5 – 7.2
Nacionalidad	Española sí (N=705)	303 (43.0)	1	-	1	-
	Española no (N=66)	28 (42.4)	1.0	0.6 – 1.6	0.6	0.4 – 1.1
Convivencia P=0.0441	Con su pareja (N=701)	293 (41.8)	1	-	1	-
	Otras formas (N=70)	38 (54.3)	1.6	1.0 – 2.7	0.9	0.4 – 1.6
Apoyo en su entorno P=0.0394	Sí (N=731)	309 (42.3)	1	-	1	-
	No(N=37)	22 (59.5)	2.0	1.0 – 3.9	1.8	0.9 – 3.9



Tabla 4.90. Modelo II de regresión logística (violencia global ISA) para las infecciones

Variables	Categorías	INFECCIONES				
		Fr. (%)	Modelo bruto		Modelo ajustado	
			Odds	IC (95%)	Odds	IC (95%)
<b>Violencia global ISA</b> P=0.0001	No (N=560)	216 (38.6)	1	-	1	-
	Sí (N=152)	86 (56.6)	2.1	1.4 – 3.0	1.9	1.3 – 2.8
<b>Edad</b> P=0.0107	<20 (N=30)	17 (56.7)	1	-	1	-
	20-24 (N=101)	59 (58.4)	1.0	0.5 – 2.4	2.0	0.7 – 5.3
	25-29 (N=196)	82 (41.8)	0.6	0.3 – 1.2	1.4	0.5 – 3.7
	30-34 (N=273)	108 (39.6)	0.5	0.2 – 1.0	1.3	0.5 – 3.7
	35-39 (N=120)	47 (39.2)	0.5	0.2 – 1.1	1.4	0.5 – 4.0
	≥ 40 (N=31)	11 (35.5)	0.4	0.2 – 1.2	1.0	0.3 – 3.6
<b>Estado civil</b> P=0.0002	Casada (N= 495)	190 (38.4)	1	-	1	-
	Relación con compr. (N=104)	45 (43.3)	1.2	0.8 – 1.9	1.0	0.6 – 1.6
	Relación sin compr. (N=170)	96 (56.5)	2.1	1.5 – 3.0	1.5	1.0 – 2.5
<b>Nivel de estudios</b> P=0.0009	Hasta primarios (N=288)	142 (49.3)	1	-	1	-
	Secundarios (N=376)	159 (42.3)	0.7	0.6 – 1.0	0.8	0.6 – 1.2
	Universitarios (N=106)	30 (28.3)	0.4	0.3 – 0.7	0.5	0.3 – 0.9
<b>Tipo de trabajo</b>	Ama de casa (N=168)	75 (44.6)	1	-	1	-
	Parada (N=161)	83 (51.6)	1.3	0.9 – 2.0	1.4	0.8 – 2.2
	Ocupada (N=427)	163 (38.2)	0.8	0.5 – 1.0	0.8	0.6 – 1.3
	Estudiante (N=15)	10 (66.7)	2.5	0.8 – 7.6	1.9	0.5 – 7.1
<b>Nacionalidad</b>	Española sí (N=705)	303 (43.0)	1	-	1	-
	Española no (N=66)	28 (42.4)	1.0	0.6 – 1.6	0.7	0.4 – 1.2
<b>Convivencia</b> P=0.0441	Con su pareja (N=701)	293 (41.8)	1	-	1	-
	Otras formas (N=70)	38 (54.3)	1.6	1.0 – 2.7	0.9	0.4 – 1.7
<b>Apoyo en su entorno</b> P=0.0394	Sí (N=731)	309 (42.3)	1	-	1	-
	No (N=37)	22 (59.5)	2.0	1.0 – 3.9	1.8	0.8 – 4.1

Tabla 4.91. Modelo III de regresión logística (violencia periembarazo AAS+ISA) para las infecciones

Variables	Categorías	INFECCIONES				
		Fr. (%)	Modelo bruto		Modelo ajustado	
			Odds	IC (95%)	Odds	IC (95%)
<b>Violencia periembarazo AAS + ISA</b> P=0.0008	No (N=597)	237 (39.7)	1	-	1	-
	Sí (N=174)	94 (54.0)	1.8	1.3 – 2.5	1.6	1.1 – 2.4
<b>Edad</b> P=0.0107	<20 (N=30)	17 (56.7)	1	-	1	-
	20-24 (N=101)	59 (58.4)	1.0	0.5 – 2.4	1.5	0.6 – 3.8
	25-29 (N=196)	82 (41.8)	0.6	0.3 – 1.2	0.9	0.4 – 2.4
	30-34 (N=273)	108 (39.6)	0.5	0.2 – 1.0	1.0	0.4 – 2.6
	35-39 (N=120)	47 (39.2)	0.5	0.2 – 1.1	1.1	0.4 – 2.9
	≥ 40 (N=31)	11 (35.5)	0.4	0.2 – 1.2	0.8	0.2 – 2.5
<b>Estado civil</b> P=0.0002	Casada (N= 495)	190 (38.4)	1	-	1	-
	Relación con com (N=104)	45 (43.3)	1.2	0.8 – 1.9	1.0	0.6 – 1.6
	Relación sin com (N=170)	96 (56.5)	2.1	1.5 – 3.0	1.6	1.0 – 2.6
<b>Nivel de estudios</b> P=0.0009	Hasta primarios (N=288)	142 (49.3)	1	-	1	-
	Secundarios (N=376)	159 (42.3)	0.7	0.6 – 1.0	0.9	0.6 – 1.2
	Universitarios (N=106)	30 (28.3)	0.4	0.3 – 0.7	0.5	0.3 – 0.8
<b>Tipo de trabajo</b>	Ama de casa (N=168)	75 (44.6)	1	-	1	-
	Parada (N=161)	83 (51.6)	1.3	0.9 – 2.0	1.3	0.8 – 2.1
	Ocupada (N=427)	163 (38.2)	0.8	0.5 – 1.0	0.9	0.6 – 1.3
	Estudiante (N=15)	10 (66.7)	2.5	0.8 – 7.6	1.9	0.5 – 7.0
<b>Nacionalidad</b>	Española sí (N=705)	303 (43.0)	1	-	1	-
	Española no (N=66)	28 (42.4)	1.0	0.6 – 1.6	0.6	0.3 – 1.1
<b>Convivencia</b> P=0.0441	Con su pareja (N=701)	293 (41.8)	1	-	1	-
	Otras formas (N=70)	38 (54.3)	1.6	1.0 – 2.7	0.8	0.4 – 1.6
<b>Apoyo en su entorno</b> P=0.0394	Sí (N=731)	309 (42.3)	1	-	1	-
	No (N=37)	22 (59.5)	2.0	1.0 – 3.9	1.8	0.8 – 3.9

Tabla 4.92. Modelo IV de regresión logística (violencia emocional adultas y periembarazo y violencia física adultas y periembarazo) para las infecciones

Variables	Categorías	Fr. (%)	INFECCIONES			
			Modelo bruto		Modelo ajustado	
			Odds	IC (95%)	Odds	IC (95%)
Violencia emocional adultas P=0.0044	No (N=647)	265 (41.0)	1	-	1	-
	Sí (N=116)	64 (55.2)	1.8	1.2 – 2.6	1.7	1.0 – 2.8
Violencia emocional periembarazo P=0.0035	No (N=727)	305 (42.0)	1	-	1	-
	Sí (N=36)	24 (66.7)	2.8	1.4 – 5.6	2.2	0.9 – 5.3
Violencia física adultas	No (N=709)	301 (42.5)	1	-	1	-
	Sí (N=53)	28 (52.8)	1.5	0.9 – 2.7	0.8	0.4 – 1.6
Violencia física periembarazo P=0.0249	No (N=750)	320 (42.7)	1	-	1	-
	Sí (N=12)	9 (75.0)	4.0	1.1 – 15.0	3.3	0.6 – 19.5
Edad P=0.0107	<20 (N=30)	17 (56.7)	1	-	1	-
	20-24 (N=101)	59 (58.4)	1.0	0.5 – 2.4	1.5	0.6 – 3.7
	25-29 (N=196)	82 (41.8)	0.6	0.3 – 1.2	0.9	0.3 – 2.3
	30-34 (N=273)	108 (39.6)	0.5	0.2 – 1.0	0.9	0.3 – 2.4
	35-39 (N=120)	47 (39.2)	0.5	0.2 – 1.1	1.0	0.3 – 2.6
	≥ 40 (N=31)	11 (35.5)	0.4	0.2 – 1.2	0.6	0.2 – 2.1
Estado civil P=0.0002	Casada (N= 495)	190 (38.4)	1	-	1	-
	Relación con compr. (N=104)	45 (43.3)	1.2	0.8 – 1.9	1.0	0.6 – 1.7
	Relación sin compr. (N=170)	96 (56.5)	2.1	1.5 – 3.0	1.6	1.0 – 2.6
Nivel de estudios P=0.0009	Hasta primarios (N=288)	142 (49.3)	1	-	1	-
	Secundarios (N=376)	159 (42.3)	0.7	0.6 – 1.0	0.9	0.6 – 1.3
	Universitarios (N=106)	30 (28.3)	0.4	0.3 – 0.7	0.5	0.3 – 0.9
Tipo de trabajo	Ama de casa (N=168)	75 (44.6)	1	-	1	-
	Parada (N=161)	83 (51.6)	1.3	0.9 – 2.0	1.4	0.9 – 2.2
	Ocupada (N=427)	163 (38.2)	0.8	0.5 – 1.0	0.9	0.6 – 1.3
	Estudiante (N=15)	10 (66.7)	2.5	0.8 – 7.6	2.0	0.5 – 7.1
Nacionalidad	Española sí (N=705)	303 (43.0)	1	-	1	-
	Española no (N=66)	28 (42.4)	1.0	0.6 – 1.6	0.6	0.3 – 1.1
Convivencia P=0.0441	Con su pareja (N=701)	293 (41.8)	1	-	1	-
	Otras formas (N=70)	38 (54.3)	1.6	1.0 – 2.7	0.8	0.4 – 1.5
Apoyo en su entorno P=0.0394	Sí (N=731)	309 (42.3)	1	-	1	-
	No(N=37)	22 (59.5)	2.0	1.0 – 3.9	2.0	0.9 – 4.5

Tabla 4.93. Modelo V de regresión logística (violencia ISA no física y física) para las infecciones

Variables	Categorías	INFECCIONES				
		Fr. (%)	Modelo bruto		Modelo ajustado	
			Odds	IC (95%)	Odds	IC (95%)
<b>Violencia ISA no física</b> P=0.0001	No (N=562)	218 (38.9)	1	-	1	-
	Sí (N= 150)	84 (56.0)	2.0	1.4 – 2.9	1.7	1.1 – 2.5
<b>Violencia ISA física</b> P=0.0048	No (N=686)	284 (41.4)	1	-	1	-
	Sí (N=26)	18 (69.2)	3.2	1.4 – 7.4	2.0	0.8 – 5.3
<b>Edad</b> P=0.0107	<20 (N=30)	17 (56.7)	1	-	1	-
	20-24 (N=101)	59 (58.4)	1.0	0.5 – 2.4	2.0	0.7 – 5.4
	25-29 (N=196)	82 (41.8)	0.6	0.3 – 1.2	1.3	0.5 – 3.6
	30-34 (N=273)	108 (39.6)	0.5	0.2 – 1.0	1.3	0.5 – 3.6
	35-39 (N=120)	47 (39.2)	0.5	0.2 – 1.1	1.3	0.5 – 3.8
	≥ 40 (N=31)	11 (35.5)	0.4	0.2 – 1.2	0.9	0.2 – 3.3
<b>Estado civil</b> P=0.0002	Casada (N= 495)	190 (38.4)	1	-	1	-
	Relación con compr. (N=104)	45 (43.3)	1.2	0.8 – 1.9	1.0	0.6 – 1.6
	Relación sin compr. (N=170)	96 (56.5)	2.1	1.5 – 3.0	1.5	0.9 – 2.4
<b>Nivel de estudios</b> P=0.0009	Hasta primarios (N=288)	142 (49.3)	1	-	1	-
	Secundarios (N=376)	159 (42.3)	0.7	0.6 – 1.0	0.8	0.6 - 1.2
	Universitarios (N=106)	30 (28.3)	0.4	0.3 – 0.7	0.5	0.3- 0.9
<b>Tipo de trabajo</b>	Ama de casa (N=168)	75 (44.6)	1	-	1	-
	Parada (N=161)	83 (51.6)	1.3	0.9 – 2.0	1.4	0.9 - 2.3
	Ocupada (N=427)	163 (38.2)	0.8	0.5 – 1.0	0.9	0.6 - 1.3
	Estudiante (N=15)	10 (66.7)	2.5	0.8 – 7.6	1.9	0.5 – 7.1
<b>Nacionalidad</b>	Española sí (N=705)	303 (43.0)	1	-	1	-
	Española no (N=66)	28 (42.4)	1.0	0.6 – 1.6	0.6	0.3 – 1.1
<b>Convivencia</b> P=0.0441	Con su pareja N=701)	293 (41.8)	1	-	1	-
	Otras formas (N=70)	38 (54.3)	1.6	1.0 – 2.7	0.9	0.4 – 1.7
<b>Apoyo en su entorno</b> P=0.0394	Sí (N=731)	309 (42.3)	1	-	1	-
	No(N=37)	22 (59.5)	2.0	1.0 – 3.9	1.8	0.8 – 4.1

En el análisis bivalente, las infecciones durante el embarazo están asociadas estadísticamente con la mayoría de los tipos de violencia analizadas en todos los modelos. En las mujeres que refieren violencia global periembarazo (modelo I) la probabilidad de tener infecciones durante el embarazo es de 1.7 veces más. Las mujeres que refieren violencia global durante el embarazo (ISA) del modelo II están asociadas con presentar infecciones durante el embarazo (OR=2.1). En el modelo III, existe asociación para la violencia periembarazo (AAS+ISA) con una probabilidad de 1.8 veces más de presentar infecciones durante el embarazo. En el modelo IV, encontramos asociación con tres tipos de violencia: violencia emocional adultas (OR=1.8), violencia emocional periembarazo (OR=2.8) y violencia física periembarazo (OR=4.0). También presentan asociación las dos violencias del modelo V: la violencia no física ISA (OR=2.0) y la violencia física ISA (OR=3.2) con presentar infecciones durante el embarazo.

Cuando realizamos el análisis bivalente de las infecciones durante el embarazo con las diferentes variables sociodemográficas y de entorno familiar, encontramos que existe una asociación estadísticamente significativa con:

La edad: Se observa que a partir de los 25 años existe menos probabilidad de presentar infecciones durante el embarazo. El grupo de edad de los 30 a los 34 años se presenta cerca de ser un factor de protección para las infecciones.

El estado civil: Las mujeres que mantienen una relación sin compromiso tienen mayor probabilidad de tener infecciones durante el embarazo (OR=2.1).

El nivel de estudios: Se observa que cuanto mayor es el nivel de estudios alcanzados menor es la probabilidad de presentar infecciones durante el embarazo. Los estudios universitarios aparecen como un factor de protección.

El tipo de convivencia: Las mujeres que no conviven únicamente con su pareja tienen más probabilidad de tener infecciones durante el embarazo (OR=2.0).

El apoyo en su entorno: Las mujeres que no tienen apoyo de su entorno tienen más probabilidad de tener infecciones durante el embarazo (OR=2.0).

En los modelos ajustados de las infecciones durante el embarazo, una vez controlados por las variables sociodemográficas y de entorno familiar, encontramos que:

En el modelo I, las mujeres que tienen una relación sin compromiso tienen mayor probabilidad de tener infecciones durante el embarazo (OR=1.7). Las mujeres con estudios universitarios tienen menor riesgo, por tanto, el tener estudios universitarios ha sido un factor de protección a tener infecciones durante el embarazo (OR=0.5).

En el modelo II, una mujer que experimenta violencia global periembarazo (ISA) tiene mayor probabilidad de tener infecciones durante el embarazo (OR=1.9). Encontramos también que las mujeres que mantienen una relación sin compromiso tienen mayor probabilidad de tener infecciones en el embarazo (OR=1.5). Por otra parte, las mujeres con estudios universitarios tienen menos probabilidad de tener infecciones durante el embarazo (OR=0.5).

En el modelo III, una mujer que experimenta violencia periembarazo (AAS+ISA) tiene mayor probabilidad de tener infecciones en el embarazo (OR=1.6). De la misma manera, las mujeres que tienen una relación sin compromiso tienen mayor probabilidad de tener infecciones (OR=1.6). También hemos encontrado que las mujeres que tienen estudios universitarios tienen menos probabilidad de tener infecciones en el embarazo (OR=0.5).

En el modelo IV, una mujer que experimenta violencia emocional a lo largo de su vida de adulta (AAS) tiene mayor probabilidad de tener infecciones en el embarazo (OR=1.7). De la misma manera, las mujeres que tienen una relación sin compromiso tienen mayor probabilidad de tener infecciones en el embarazo (OR=1.6). Hemos encontrado que las mujeres que tienen estudios universitarios tienen menos probabilidad de tener infecciones en el embarazo (OR=0.5).

En el modelo V, una mujer que experimenta violencia no física periembarazo (ISA) tiene mayor probabilidad de tener infecciones en el embarazo (OR=1.7). Encontramos también que las mujeres con estudios universitarios tienen menos probabilidad de tener infecciones en el embarazo (OR=0.5).

Cuando se ajusta por las variables sociodemográficas y entorno familiar, son las mujeres que refieren sufrir violencias periembarazo y violencia emocional durante la vida adulta las que presentan mayor probabilidad de tener infecciones en el embarazo.

El estado civil, en concreto la relación sin compromiso, aparece también como un factor de riesgo para tener infecciones en todos los modelos, a excepción del modelo V. El tener estudios universitarios se presenta como un factor de protección para las infecciones durante el embarazo en todos los modelos estudiados.

#### 4.5.1.9. Infecciones del tracto urinario

En este apartado presentamos los modelos de regresión logística para las infecciones del tracto urinario durante el embarazo y los diferentes tipos de violencia sufridos por la mujer, ajustado por las variables sociodemográficas y entorno familiar.

Tabla 4.94. Modelo I de regresión logística (violencia global adultas y periembarazo) para las infecciones del tracto urinario

Variables	Categorías	INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO				
		Fr. (%)	Modelo bruto		Modelo ajustado	
			Odds	IC (95%)	Odds	IC (95%)
Violencia global adultas	No (N=625)	150 (24.0)	1	-	1	-
	Sí (N=146)	45 (30.8)	1.4	0.9 – 2.1	1.2	0.8 – 2.0
Violencia global periembarazo P=0.0467	No (N=713)	174 (24.4)	1	-	1	-
	Sí (N=58)	21 (36.2)	1.8	1.0 – 3.1	1.5	0.8 – 3.0
Edad P=0.0018	<20 (N=30)	12 (40.0)	1	-	1	-
	20-24 (N=101)	40 (39.6)	1.0	0.4– 2.3	1.1	0.4 – 2.8
	25-29 (N=196)	42 (21.4)	0.4	0.2– 0.9	0.5	0.2 – 1.3
	30-34 (N=273)	68 (24.9)	0.5	0.2 – 1.1	0.7	0.2 – 1.8
	35-39 (N=120)	26 (21.7)	0.4	0.2 – 0.9	0.6	0.2 – 1.6
	≥ 40 (N=31)	4 (12.9)	0.2	0.1 – 0.8	0.2	0.1 – 1.1
Estado civil P=0.0008	Casada (N= 495)	109 (22.0)	1	-	1	-
	Relación con compr. (N=104)	24 (23.1)	1.1	0.6 - 1.8	0.9	0.5– 1.6
	Relación sin compr. (N=170)	62 (36.5)	2.0	1.4-3.0	1.6	1.0 – 2.7
Nivel de estudios P=0.0287	Hasta primarios (N=288)	84 (29.2)	1	-	1	-
	Secundarios (N=376)	94 (25.0)	0.8	0.6 – 1.1	1.0	0.7 – 1.4
	Universitarios (N=106)	17 (16.0)	0.5	0.3 – 0.8	0.5	0.3 – 1.0
Tipo de trabajo	Ama de casa (N=168)	47 (28.0)	1	-	1	-
	Parada (N=161)	48 (29.8)	1.1	0.7 – 1.8	1.0	0.6 – 1.6
	Ocupada (N=427)	94 (22.0)	0.7	0.5 – 1.1	0.8	0.5 – 1.2
	Estudiante (N=15)	6 (40.0)	1.7	0.6 – 5.1	1.1	0.3 – 4.2
Nacionalidad	Española sí (N=705)	179 (25.4)	1	-	1	-
	Española no (N=66)	16 (24.2)	0.9	0.5 – 1.7	0.7	0.3 – 1.3
Convivencia P=0.0167	Con su pareja (N=701)	169 (24.1)	1	-	1	-
	Otras formas (N=70)	26 (37.1)	1.9	1.1 – 3.1	1.0	0.5 – 2.0
Apoyo en su entorno	Sí (N=731)	183 (25.0)	1	-	1	-
	No (N=37)	12 (32.4)	1.4	0.7 – 2.9	1.4	0.6 – 3.0



Tabla 4.95. Modelo II de regresión logística (violencia global ISA) para las infecciones del tracto urinario

Variables	Categorías	INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO				
		Fr. (%)	Modelo bruto		Modelo ajustado	
			Odds	IC (95%)	Odds	IC (95%)
<b>Violencia global ISA</b> P=0.0001	No (N=560)	125 (22.3)	1	-	1	-
	Sí (N=152)	58 (38.2)	2.2	1.5– 3.2	2.1	1.4 – 3.2
<b>Edad</b> P=0.0018	<20 (N=30)	12 (40.0)	1	-	1	-
	20-24 (N=101)	40 (39.6)	1.0	0.4– 2.3	1.3	0.5 – 3.5
	25-29 (N=196)	42 (21.4)	0.4	0.2– 0.9	0.6	0.2 – 1.8
	30-34 (N=273)	68 (24.9)	0.5	0.2 – 1.1	0.8	0.3 – 2.3
	35-39 (N=120)	26 (21.7)	0.4	0.2 – 0.9	0.7	0.2 – 2.2
	≥ 40 (N=31)	4 (12.9)	0.2	0.1 – 0.8	0.3	0.1 – 1.5
<b>Estado civil</b> P=0.0008	Casada (N= 495)	109 (22.0)	1	-	1	-
	Relación con compr. (N=104)	24 (23.1)	1.1	0.6 - 1.8	0.8	0.5 – 1.5
	Relación sin compr. (N=170)	62 (36.5)	2.0	1.4-3.0	1.6	0.9 – 2.6
<b>Nivel de estudios</b> P=0.0287	Hasta primarios (N=288)	84 (29.2)	1	-	1	-
	Secundarios (N=376)	94 (25.0)	0.8	0.6 – 1.1	1.0	0.6 – 1.4
	Universitarios (N=106)	17 (16.0)	0.5	0.3 – 0.8	0.6	0.3 – 1.1
<b>Tipo de trabajo</b>	Ama de casa (N=168)	47 (28.0)	1	-	1	-
	Parada (N=161)	48 (29.8)	1.1	0.7 – 1.8	1.1	0.6 – 1.8
	Ocupada (N=427)	94 (22.0)	0.7	0.5 – 1.1	0.8	0.5 – 1.2
	Estudiante (N=15)	6 (40.0)	1.7	0.6 – 5.1	0.8	0.2 – 3.4
<b>Nacionalidad</b>	Española sí (N=705)	179 (25.4)	1	-	1	-
	Española no (N=66)	16 (24.2)	0.9	0.5 – 1.7	0.7	0.3 – 1.3
<b>Convivencia</b> P=0.0167	Con su pareja (N=701)	169 (24.1)	1	-	1	-
	Otras formas (N=70)	26 (37.1)	1.9	1.1 – 3.1	1.1	0.5 – 2.1
<b>Apoyo en su entorno</b>	Sí (N=731)	183 (25.0)	1	-	1	-
	No (N=37)	12 (32.4)	1.4	0.7 – 2.9	1.2	0.5 – 2.7

Tabla 4.96. Modelo III de regresión logística (violencia periembarazo AAS+ISA) para las infecciones del tracto urinario

Variables	Categorías	INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO				
		Fr. (%)	Modelo bruto		Modelo ajustado	
			Odds	IC (95%)	Odds	IC (95%)
<b>Violencia periembarazo AAS + ISA</b> P=0.0001	No (N=597)	131 (21.9)	1	-	1	-
	Sí (N=174)	64 (36.8)	2.1	1.4 – 3.0	2.0	1.4 – 3.0
<b>Edad</b> P=0.0018	<20 (N=30)	12 (40.0)	1	-	1	-
	20-24 (N=101)	40 (39.6)	1.0	0.4– 2.3	1.2	0.5 – 3.1
	25-29 (N=196)	42 (21.4)	0.4	0.2– 0.9	0.5	0.2 – 1.4
	30-34 (N=273)	68 (24.9)	0.5	0.2 – 1.1	0.7	0.3 – 2.0
	35-39 (N=120)	26 (21.7)	0.4	0.2 – 0.9	0.6	0.2 – 1.8
	≥ 40 (N=31)	4 (12.9)	0.2	0.1 – 0.8	0.3	0.1 – 1.3
<b>Estado civil</b> P=0.0008	Casada (N= 495)	109 (22.0)	1	-	1	-
	Relación con compr. (N=104)	24 (23.1)	1.1	0.6 - 1.8	0.8	0.5– 1.5
	Relación sin compr. (N=170)	62 (36.5)	2.0	1.4-3.0	1.6	1.0 – 2.6
<b>Nivel de estudios</b> P=0.0287	Hasta primarios (N=288)	84 (29.2)	1	-	1	-
	Secundarios (N=376)	94 (25.0)	0.8	0.6 – 1.1	1.0	0.6 – 1.4
	Universitarios (N=106)	17 (16.0)	0.5	0.3 – 0.8	0.5	0.3 – 1.0
<b>Tipo de trabajo</b>	Ama de casa (N=168)	47 (28.0)	1	-	1	-
	Parada (N=161)	48 (29.8)	1.1	0.7 – 1.8	1.0	0.6 – 1.7
	Ocupada (N=427)	94 (22.0)	0.7	0.5 – 1.1	0.8	0.5 – 1.2
	Estudiante (N=15)	6 (40.0)	1.7	0.6 – 5.1	1.1	0.3 – 4.2
<b>Nacionalidad</b>	Española sí (N=705)	179 (25.4)	1	-	1	-
	Española no (N=66)	16 (24.2)	0.9	0.5 – 1.7	0.7	0.3 – 1.3
<b>Convivencia</b> P=0.0167	Con su pareja (N=701)	169 (24.1)	1	-	1	-
	Otras formas (N=70)	26 (37.1)	1.9	1.1 – 3.1	1.0	0.5 – 2.0
<b>Apoyo en su entorno</b>	Sí (N=731)	183 (25.0)	1	-	1	-
	No (N=37)	12 (32.4)	1.4	0.7 – 2.9	1.3	0.6 – 2.8

Tabla 4.97. Modelo IV de regresión logística (violencia emocional adultas y periembarazo y violencia física adultas y periembarazo) para las infecciones del tracto urinario

Variables	Categorías	INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO				
		Fr. (%)	Modelo bruto		Modelo ajustado	
			Odds	IC (95%)	Odds	IC (95%)
<b>Violencia emocional adultas</b> P=0.0277	No (N=647)	155 (24.0)	1	-	1	-
	Sí (N=116)	39 (33.6)	1.6	1.0 – 2.5	1.5	0.9 – 2.6
<b>Violencia emocional periembarazo</b> P=0.0219	No (N=727)	179 (24.6)	1	-	1	-
	Sí (N=36)	15 (41.7)	2.2	1.1 – 4.3	2.1	0.9 – 4.8
<b>Violencia física adultas</b>	No (N=709)	177 (25.0)	1	-	1	-
	Sí (N=53)	17 (32.1)	1.4	0.8 – 2.6	1.1	0.5 – 2.5
<b>Violencia física periembarazo</b>	No (N=750)	190 (25.3)	1	-	1	-
	Sí (N=12)	4 (33.3)	1.5	0.4 – 4.9	0.7	0.1 – 3.5
<b>Edad</b> P=0.0018	<20 (N=30)	12 (40.0)	1	-	1	-
	20-24 (N=101)	40 (39.6)	1.0	0.4 – 2.3	1.1	0.4 – 2.8
	25-29 (N=196)	42 (21.4)	0.4	0.2 – 0.9	0.5	0.2 – 1.3
	30-34 (N=273)	68 (24.9)	0.5	0.2 – 1.1	0.6	0.2 – 1.7
	35-39 (N=120)	26 (21.7)	0.4	0.2 – 0.9	0.5	0.2 – 1.5
	≥ 40 (N=31)	4 (12.9)	0.2	0.1 – 0.8	0.2	0.1 – 1.0
<b>Estado civil</b> P=0.0008	Casada (N= 495)	109 (22.0)	1	-	1	-
	Relación con compr. (N=104)	24 (23.1)	1.1	0.6 - 1.8	0.9	0.5 – 1.6
	Relación sin compr. (N=170)	62 (36.5)	2.0	1.4-3.0	1.6	1.0 – 2.6
<b>Nivel de estudios</b> P=0.0287	Hasta primarios (N=288)	84 (29.2)	1	-	1	-
	Secundarios (N=376)	94 (25.0)	0.8	0.6 – 1.1	1.0	0.7 – 1.4
	Universitarios (N=106)	17 (16.0)	0.5	0.3 – 0.8	0.6	0.3 – 1.1
<b>Tipo de trabajo</b>	Ama de casa (N=168)	47 (28.0)	1	-	1	-
	Parada (N=161)	48 (29.8)	1.1	0.7 – 1.8	1.0	0.6 – 1.7
	Ocupada (N=427)	94 (22.0)	0.7	0.5 – 1.1	0.8	0.5 – 1.2
	Estudiante (N=15)	6 (40.0)	1.7	0.6 – 5.1	1.1	0.3 – 4.0
<b>Nacionalidad</b>	Española sí (N=705)	179 (25.4)	1	-	1	-
	Española no (N=66)	16 (24.2)	0.9	0.5 – 1.7	0.7	0.4 – 1.4
<b>Convivencia</b> P=0.0167	Con su pareja (N=701)	169 (24.1)	1	-	1	-
	Otras formas (N=70)	26 (37.1)	1.9	1.1 – 3.1	0.9	0.5 – 1.8
<b>Apoyo en su entorno</b>	Sí (N=731)	183 (25.0)	1	-	1	-
	No (N=37)	12 (32.4)	1.4	0.7 – 2.9	1.3	0.5 – 2.9

Tabla 4.98. Modelo V de regresión logística (violenciaSA no física y física) para las infecciones del tracto urinario

Variables	Categorías	INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO				
		Fr. (%)	Modelo bruto		Modelo ajustado	
			Odds	IC (95%)	Odds	IC (95%)
<b>Violencia ISA no física</b> P=0.0002	No (N=562)	127 (22.6)	1	-	1	-
	Sí (N= 150)	56 (37.3)	2.0	1.4 - 3.0	1.9	1.2 - 3.0
<b>Violencia ISA física</b>	No (N=686)	173 (25.2)	1	-	1	-
	Sí (N=26)	10 (38.5)	1.9	0.8 - 4.2	1.2	0.5 - 3.1
<b>Edad</b> P=0.0018	<20 (N=30)	12 (40.0)	1	-	1	-
	20-24 (N=101)	40 (39.6)	1.0	0.4- 2.3	1.3	0.5- 3.5
	25-29 (N=196)	42 (21.4)	0.4	0.2- 0.9	0.6	0.2 - 1.7
	30-34 (N=273)	68 (24.9)	0.5	0.2 - 1.1	0.8	0.3 - 2.2
	35-39 (N=120)	26 (21.7)	0.4	0.2 - 0.9	0.7	0.2 - 2.1
	≥ 40 (N=31)	4 (12.9)	0.2	0.1 - 0.8	0.3	0.1 - 1.4
<b>Estado civil</b> P=0.0008	Casada (N= 495)	109 (22.0)	1	-	1	-
	Relación con compr. (N=104)	24 (23.1)	1.1	0.6 - 1.8	0.8	0.5 - 1.5
	Relación sin compr. (N=170)	62 (36.5)	2.0	1.4-3.0	1.6	0.9 - 2.6
<b>Nivel de estudios</b> P=0.0287	Hasta primarios (N=288)	84 (29.2)	1	-	1	-
	Secundarios (N=376)	94 (25.0)	0.8	0.6 - 1.1	1.0	0.6 - 1.4
	Universitarios (N=106)	17 (16.0)	0.5	0.3 - 0.8	0.6	0.3 - 1.1
<b>Tipo de trabajo</b>	Ama de casa (N=168)	47 (28.0)	1	-	1	-
	Parada (N=161)	48 (29.8)	1.1	0.7 - 1.8	1.1	0.6 - 1.8
	Ocupada (N=427)	94 (22.0)	0.7	0.5 - 1.1	0.8	0.5 - 1.2
	Estudiante (N=15)	6 (40.0)	1.7	0.6 - 5.1	0.8	0.2 - 3.4
<b>Nacionalidad</b>	Española sí (N=705)	179 (25.4)	1	-	1	-
	Española no (N=66)	16 (24.2)	0.9	0.5 - 1.7	0.7	0.3 - 1.3
<b>Convivencia</b> P=0.0167	Con su pareja (N=701)	169 (24.1)	1	-	1	-
	Otras formas (N=70)	26 (37.1)	1.9	1.1 - 3.1	1.0	0.5 - 2.1
<b>Apoyo en su entorno</b>	Sí (N=731)	183 (25.0)	1	-	1	-
	No (N=37)	12 (32.4)	1.4	0.7 - 2.9	1.2	0.5 - 2.7

En el análisis bivariante, el tener infecciones del tracto urinario (ITUs) en el embarazo está asociado estadísticamente con la mayoría de las violencias analizadas en todos los modelos. Las mujeres que refieren violencia global periembarazo (modelo I) la probabilidad de tener infecciones del tracto urinario durante el embarazo es de 1.8 veces más. Las mujeres que refieren violencia periembarazo (global ISA) del modelo II están asociadas con presentar ITUs durante el embarazo (OR=2.2). En el modelo III, existe asociación para la violencia periembarazo (AAS+ISA) con una probabilidad de 2.1 veces más de presentar ITUs durante el embarazo. En el modelo IV encontramos asociación con dos tipos de violencia: violencia emocional adultas (OR=1.6) y violencia emocional periembarazo (OR=2.2). También presentan asociación la violencia no física ISA (OR=2.0) del modelo V para tener ITUs durante el embarazo.

Cuando realizamos el análisis bivariante de las ITUs en el embarazo con las diferentes variables sociodemográficas y de entorno familiar, encontramos que existe una asociación estadísticamente significativa con:

La edad: Se observa que a partir de los 25 años existe una menor probabilidad de presentar ITUs durante el embarazo. En los grupos de 25 a 29 y de más de 35 años la edad funciona como un factor de protección para las ITUs en el embarazo.

El nivel de estudios: Se observa que los estudios universitarios funcionan como un factor de protección para las ITUs durante el embarazo.

El estado civil: Las mujeres que mantienen una relación sin compromiso tienen mayor probabilidad de tener infecciones del tracto urinario en el embarazo (OR=1.6).

El tipo de convivencia: Las mujeres que no conviven únicamente con sus parejas tienen más probabilidad de tener infecciones del tracto urinario en el embarazo (OR=1.9).

En los modelos ajustados de las infecciones del tracto urinario en el embarazo, una vez controlados por las variables sociodemográficas y de entorno familiar, encontramos que:

En el modelo I, una mujer que tiene una relación sin compromiso tiene mayor probabilidad de tener infecciones del tracto urinario en el embarazo (OR=1.6).

En el modelo II, una mujer que experimenta violencia global periembarazo (ISA) tiene mayor probabilidad de tener una infección del tracto urinario en el embarazo (OR=2.1).

En el modelo III, una mujer que experimenta violencia periembarazo (AAS+ISA) tiene mayor probabilidad de tener ITUs en el embarazo (OR=2.0). Encontramos también que las mujeres que tienen una relación sin compromiso tienen mayor probabilidad de tener ITUs en el embarazo (OR=1.6).

En el modelo IV, encontramos que las mujeres que tienen una relación sin compromiso tienen mayor probabilidad de tener ITUs en el embarazo (OR=1.6).

En el modelo V, una mujer que experimenta violencia periembarazo no física (ISA) tiene mayor probabilidad de tener ITUs en el embarazo (OR=1.9).

Cuando se ajusta por las variables sociodemográficas y entorno familiar, son las mujeres que refieren sufrir violencias periembarazo global y no física (ISA) y violencia periembarazo (AAS+ISA) las que presentan mayor probabilidad de tener ITUs en el embarazo. El estado civil, en concreto la relación sin compromiso, aparece también como un factor para tener ITUs en el embarazo en los modelos I, III y IV. Por otra parte, en todos los modelos aparece el tener estudios universitarios como un factor muy cercano a la protección para tener ITUs en el embarazo.

#### 4.5.1.10. Infecciones vaginales

En este apartado, presentamos los modelos de regresión logística para las infecciones vaginales durante el embarazo y los diferentes tipos de violencia sufridos por la mujer, ajustado por las variables sociodemográficas y entorno familiar.

Tabla 4.99. Modelo I de regresión logística (violencia global adultas y periembarazo) para las infecciones vaginales

Variables	Categorías	INFECCIONES VAGINALES				
		Fr. (%)	Modelo bruto		Modelo ajustado	
			Odds	IC (95%)	Odds	IC (95%)
<b>Violencia global adultas</b>	No (N=625)	40 (6.4)	1	-	1	-
	Sí (N=146)	13 (8.9)	1.4	0.7 – 2.8	0.9	0.4 – 1.9
<b>Violencia global periembarazo</b>	No (N=713)	47 (6.6)	1	-	1	-
	Sí (N=58)	6 (10.3)	1.6	0.7 – 4.0	1.5	0.5 – 4.2
<b>Edad</b>	<20 (N=30)	0 (0.0)	1	-	1	-
	20-24 (N=101)	9 (8.9)	2.9	0.4 – 24.1	1.5	0.2 – 13.3
	25-29 (N=196)	21 (10.7)	3.6	0.5 – 27.8	2.8	0.3 – 23.3
	30-34 (N=273)	14 (5.1)	1.6	0.2 – 12.8	1.8	0.2 – 14.6
	35-39 (N=120)	7 (5.8)	1.9	0.2 – 15.7	2.3	0.3 – 20.1
	≥ 40 (N=31)	1 (3.2)	1	(omitted)	1	(omitted)
<b>Estado civil</b> P=0.0096	Casada (N= 495)	24 (4.9)	1	-	1	-
	Relación con compr. (N=104)	10 (9.6)	2.1	1.0 – 4.5	1.9	0.8 – 4.5
	Relación sin compr. (N=170)	19 (11.2)	2.5	1.3 – 4.6	2.2	1.0 – 4.9
<b>Nivel de estudios</b>	Hasta primarios (N=288)	22 (7.6)	1	-	1	-
	Secundarios (N=376)	27 (7.2)	0.9	0.5 – 1.7	1.0	0.5 – 2.0
	Universitarios (N=106)	4 (3.8)	0.5	0.2 – 1.4	0.7	0.2 – 2.4
<b>Tipo de trabajo</b>	Ama de casa (N=168)	11 (6.6)	1	-	1	-
	Parada (N=161)	18 (11.2)	1.8	0.8 – 3.9	1.7	0.7 – 4.0
	Ocupada (N=427)	23 (5.4)	0.8	0.4 – 1.7	1.0	0.4 – 2.2
	Estudiante (N=15)	1 (6.7)	1.0	0.1 – 8.5	2.8	0.2 – 32.5
<b>Nacionalidad</b>	Española sí (N=705)	45 (6.4)	1	-	1	-
	Española no (N=66)	8 (12.1)	2.0	0.9 – 4.5	1.7	0.7 – 4.2
<b>Convivencia</b>	Con su pareja (N=701)	46 (6.6)	1	-	1	-
	Otras formas (N=70)	7 (10.0)	1.6	0.7 – 3.7	1.5	0.5 – 4.1
<b>Apoyo en su entorno</b>	Sí (N=731)	49 (6.7)	1	-	1	-
	No (N=37)	4 (10.8)	1.7	0.6 – 5.0	0.9	0.2 – 3.2

Tabla 4.100. Modelo II de regresión logística (violencia global ISA) para las infecciones vaginales

Variables	Categorías	INFECCIONES VAGINALES				
		Fr. (%)	Modelo bruto		Modelo ajustado	
			Odds	IC (95%)	Odds	IC (95%)
<b>Violencia global ISA</b> <b>P=0.0008</b>	No (N=560)	30 (5.4)	1	-	1	-
	Sí (N=152)	20 (13.2)	2.7	1.5 – 4.9	2.2	1.1 – 4.2
<b>Edad</b>	<20 (N=30)	0 (0.0)	1	-	1	-
	20-24 (N=101)	9 (8.9)	2.9	0.4 – 24.1	1.1	0.1 – 10.4
	25-29 (N=196)	21 (10.7)	3.6	0.5 – 27.8	2.3	0.3 – 19.1
	30-34 (N=273)	14 (5.1)	1.6	0.2 – 12.8	1.4	0.2 – 11.8
	35-39 (N=120)	7 (5.8)	1.9	0.2 – 15.7	2.1	0.2 – 18.9
	>=40 (N=31)	1 (3.2)	1	(omitted)	1	(omitted)
<b>Estado civil</b> <b>P=0.0096</b>	Casada (N= 495)	24 (4.9)	1	-	1	-
	Relación con compr. (N=104)	10 (9.6)	2.1	1.0 – 4.5	1.8	0.8 – 4.2
	Relación sin compr. (N=170)	19 (11.2)	2.5	1.3 – 4.6	2.0	0.9 – 4.6
<b>Nivel de estudios</b>	Hasta primarios (N=288)	22 (7.6)	1	-	1	-
	Secundarios (N=376)	27 (7.2)	0.9	0.5 – 1.7	1.1	0.5 – 2.1
	Universitarios (N=106)	4 (3.8)	0.5	0.2 – 1.4	0.8	0.2 – 2.7
<b>Tipo de trabajo</b>	Ama de casa (N=168)	11 (6.6)	1	-	1	-
	Parada (N=161)	18 (11.2)	1.8	0.8 – 3.9	1.9	0.8 – 4.5
	Ocupada (N=427)	23 (5.4)	0.8	0.4 – 1.7	1.0	0.4 – 2.2
	Estudiante (N=15)	1 (6.7)	1.0	0.1 – 8.5	2.5	0.2 – 30.1
<b>Nacionalidad</b>	Española sí (N=705)	45 (6.4)	1	-	1	-
	Española no (N=66)	8 (12.1)	2.0	0.9 – 4.5	1.6	0.6 – 3.9
<b>Convivencia</b>	Con su pareja (N=701)	46 (6.6)	1	-	1	-
	Otras formas (N=70)	7 (10.0)	1.6	0.7 – 3.7	1.2	0.4 – 3.5
<b>Apoyo en su entorno</b>	Sí (N=731)	49 (6.7)	1	-	1	-
	No (N=37)	4 (10.8)	1.7	0.6 – 5.0	0.8	0.2 – 2.8



Tabla 4.101. Modelo III de regresión logística (violencia periembarazo AAS+ISA) para las infecciones vaginales

Variables	Categorías	INFECCIONES VAGINALES				
		Fr. (%)	Modelo bruto		Modelo ajustado	
			Odds	IC (95%)	Odds	IC (95%)
<b>Violencia periembarazo AAS + ISA P=0.0021</b>	No (N=597)	32 (5.4)	1	-	1	-
	Sí (N=174)	21 (12.1)	<b>2.7</b>	<b>1.5 – 5.0</b>	<b>2.0</b>	<b>1.0 – 3.7</b>
<b>Edad</b>	<20 (N=30)	0 (0.0)	1	empty	1	empty
	20-24 (N=101)	9 (8.9)	2.9	0.4 – 24.1	1.4	0.2 – 12.9
	25-29 (N=196)	21 (10.7)	3.6	0.5 – 27.8	2.7	0.3 – 22.2
	30-34 (N=273)	14 (5.1)	1.6	0.2 – 12.8	1.7	0.2 – 14.0
	35-39 (N=120)	7 (5.8)	1.9	0.2 – 15.7	2.2	0.2 – 19.1
	≥ 40 (N=31)	1 (3.2)	1	(omitted)	1	(omitted)
<b>Estado civil P=0.0096</b>	Casada (N= 495)	24 (4.9)	1	-	1	-
	Relación con compr. (N=104)	10 (9.6)	<b>2.1</b>	<b>1.0 – 4.5</b>	1.8	0.8 – 4.1
	Relación sin compr. (N=170)	19 (11.2)	<b>2.5</b>	<b>1.3 – 4.6</b>	2.0	0.9 – 4.5
<b>Nivel de estudios</b>	Hasta primarios (N=288)	22 (7.6)	1	-	1	-
	Secundarios (N=376)	27 (7.2)	0.9	0.5 – 1.7	1.0	0.5 – 2.0
	Universitarios (N=106)	4 (3.8)	0.5	0.2 – 1.4	0.8	0.2 – 2.5
<b>Tipo de trabajo</b>	Ama de casa (N=168)	11 (6.6)	1	-	1	-
	Parada (N=161)	18 (11.2)	1.8	0.8 – 3.9	1.8	0.8 – 4.3
	Ocupada (N=427)	23 (5.4)	0.8	0.4 – 1.7	1.0	0.5 – 2.3
	Estudiante (N=15)	1 (6.7)	1.0	0.1 – 8.5	2.7	0.2 – 31.5
<b>Nacionalidad</b>	Española sí (N=705)	45 (6.4)	1	-	1	-
	Española no (N=66)	8 (12.1)	2.0	0.9 – 4.5	1.5	0.6 – 3.7
<b>Convivencia</b>	Con su pareja (N=701)	46 (6.6)	1	-	1	-
	Otras formas (N=70)	7 (10.0)	1.6	0.7 – 3.7	1.3	0.5 – 3.7
<b>Apoyo en su entorno</b>	Sí (N=731)	49 (6.7)	1	-	1	-
	No (N=37)	4 (10.8)	1.7	0.6 – 5.0	0.8	0.2 – 2.9

Tabla 4.102. Modelo IV de regresión logística (violencia emocional adultas y periembrazo y violencia física adultas y periembrazo) para las infecciones vaginales

Variables	Categorías	INFECCIONES VAGINALES				
		Fr. (%)	Modelo bruto		Modelo ajustado	
			Odds	IC (95%)	Odds	IC (95%)
<b>Violencia emocional adultas</b> P=0.0499	No (N=647)	40 (6.2)	1	-	1	-
	Sí (N=116)	13 (11.2)	1.9	1.0 – 3.7	1.8	0.8 – 4.1
<b>Violencia emocional periembrazo</b>	No (N=727)	48 (6.6)	1	-	1	-
	Sí (N=36)	5 (13.9)	2.3	0.9 – 6.1	2.2	0.7 – 7.2
<b>Violencia física adultas</b>	No (N=709)	49 (6.9)	1	-	1	-
	Sí (N=53)	4 (7.6)	1.1	0.4 – 3.2	0.3	0.1 – 1.4
<b>Violencia física periembrazo</b>	No (N=750)	52 (6.9)	1	-	1	-
	Sí (N=12)	1 (8.3)	1.2	0.2 – 9.6	0.7	0.1 – 9.0
<b>Edad</b>	<20 (N=30)	0 (0.0)	1	empty	1	empty
	20-24 (N=101)	9 (8.9)	2.9	0.4 – 24.1	1.3	0.1 – 12.0
	25-29 (N=196)	21 (10.7)	3.6	0.5 – 27.8	2.8	0.3 – 23.0
	30-34 (N=273)	14 (5.1)	1.6	0.2 – 12.8	1.6	0.2 – 13.2
	35-39 (N=120)	7 (5.8)	1.9	0.2 – 15.7	1.9	0.2 – 17.2
	≥ 40 (N=31)	1 (3.2)	1	(omitted)	1	(omitted)
<b>Estado civil</b> P=0.0096	Casada (N= 495)	24 (4.9)	1	-	1	-
	Relación con compr. (N=104)	10 (9.6)	2.1	1.0 – 4.5	1.9	0.8 – 4.5
	Relación sin compr. (N=170)	19 (11.2)	2.5	1.3 – 4.6	2.1	0.9 – 4.7
<b>Nivel de estudios</b>	Hasta primarios (N=288)	22 (7.6)	1	-	1	-
	Secundarios (N=376)	27 (7.2)	0.9	0.5 – 1.7	1.1	0.6 – 2.2
	Universitarios (N=106)	4 (3.8)	0.5	0.2 – 1.4	0.8	0.3 – 2.8
<b>Tipo de trabajo</b>	Ama de casa (N=168)	11 (6.6)	1	-	1	-
	Parada (N=161)	18 (11.2)	1.8	0.8 – 3.9	1.8	0.8 – 4.3
	Ocupada (N=427)	23 (5.4)	0.8	0.4 – 1.7	1.0	0.4 – 2.2
	Estudiante (N=15)	1 (6.7)	1.0	0.1 – 8.5	2.5	0.2 – 30.4
<b>Nacionalidad</b>	Española sí (N=705)	45 (6.4)	1	-	1	-
	Española no (N=66)	8 (12.1)	2.0	0.9 – 4.5	1.6	0.6 – 4.0
<b>Convivencia</b>	Con su pareja (N=701)	46 (6.6)	1	-	1	-
	Otras formas (N=70)	7 (10.0)	1.6	0.7 – 3.7	1.4	0.5 – 4.0
<b>Apoyo en su entorno</b>	Sí (N=731)	49 (6.7)	1	-	1	-
	No (N=37)	4 (10.8)	1.7	0.6 – 5.0	1.1	0.3 – 4.1

Tabla 4.103. Modelo V de regresión logística (violencia ISA no física y física) para las infecciones vaginales

Variables	Categorías	INFECCIONES VAGINALES				
		Fr. (%)	Modelo bruto		Modelo ajustado	
			Odds	IC (95%)	Odds	IC (95%)
<b>Violencia ISA no física</b> P=0.0007	No (N=562)	30 (5.3)	1	-	1	-
	Sí (N= 150)	20 (13.3)	2.7	1.5 – 5.0	2.4	1.2 – 4.7
<b>Violencia ISA física</b>	No (N=686)	47 (6.9)	1	-	1	-
	Sí (N=26)	3 (11.5)	1.8	0.5 – 6.1	0.6	0.1 – 2.5
<b>Edad</b>	<20 (N=30)	0 (0.0)	1	empty	1	empty
	20-24 (N=101)	9 (8.9)	2.9	0.4 – 24.1	1.0	0.1 – 9.3
	25-29 (N=196)	21 (10.7)	3.6	0.5 – 27.8	2.1	0.3 – 17.9
	30-34 (N=273)	14 (5.1)	1.6	0.2 – 12.8	1.3	0.2 – 11.1
	35-39 (N=120)	7 (5.8)	1.9	0.2 – 15.7	1.9	0.2 – 17.5
	≥ 40 (N=31)	1 (3.2)	1	(omitted)	1	(omitted)
<b>Estado civil</b> P=0.0096	Casada (N= 495)	24 (4.9)	1	-	1	-
	Relación con compr. (N=104)	10 (9.6)	2.1	1.0 – 4.5	1.8	0.8 – 4.2
	Relación sin compr. (N=170)	19 (11.2)	2.5	1.3 – 4.6	2.1	0.9 – 4.7
<b>Nivel de estudios</b>	Hasta primarios (N=288)	22 (7.6)	1		1	
	Secundarios (N=376)	27 (7.2)	0.9	0.5 – 1.7	1.1	0.5 – 2.2
	Universitarios (N=106)	4 (3.8)	0.5	0.2 – 1.4	0.8	0.3 – 2.8
<b>Tipo de trabajo</b>	Ama de casa (N=168)	11 (6.6)	1	-	1	-
	Parada (N=161)	18 (11.2)	1.8	0.8 – 3.9	1.8	0.8 – 4.3
	Ocupada (N=427)	23 (5.4)	0.8	0.4 – 1.7	0.9	0.4 – 2.1
	Estudiante (N=15)	1 (6.7)	1.0	0.1 – 8.5	2.7	0.2 – 31.7
<b>Nacionalidad</b>	Española sí (N=705)	45 (6.4)	1	-	1	-
	Española no (N=66)	8 (12.1)	2.0	0.9 – 4.5	1.6	0.6 – 4.0
<b>Convivencia</b>	Con su pareja (N=701)	46 (6.6)	1	-	1	-
	Otras formas (N=70)	7 (10.0)	1.6	0.7 – 3.7	1.2	0.4 – 3.7
<b>Apoyo en su entorno</b>	Sí (N=731)	49 (6.7)	1	-	1	-
	No (N=37)	4 (10.8)	1.7	0.6 – 5.0	0.8	0.2 – 2.9

En el análisis bivalente, el tener infecciones vaginales en el embarazo está asociado estadísticamente con la mayoría de tipos de violencia analizadas en todos los modelos. Las mujeres que refieren violencia global periembrazo (ISA) del modelo II están asociadas con tener infecciones vaginales durante el embarazo (OR=2.7). Ocurre lo mismo para las mujeres que refieren violencia periembrazo (AAS+ISA) del modelo III. En el modelo IV encontramos asociación con la violencia emocional a lo largo de la vida adulta (OR=1.9). La violencia no física (ISA) del modelo V también presenta una asociación con el tener infecciones vaginales durante el embarazo (OR=2.7).

Cuando realizamos el análisis bivalente de tener infecciones vaginales en el embarazo con las diferentes variables sociodemográficas y de entorno familiar, encontramos que existe una asociación estadísticamente significativa con el estado civil. De tal manera que las mujeres que mantienen una relación con compromiso (OR=2.1) y las mujeres que tienen una relación sin compromiso (OR=2.5) tienen mayor probabilidad de tener infecciones vaginales en el embarazo.

En los modelos ajustados de tener infecciones vaginales en el embarazo, una vez controlados por las variables sociodemográficas y de entorno familiar, encontramos que:

En el modelo I, las mujeres que tienen una relación sin compromiso tienen mayor probabilidad de tener infecciones vaginales en el embarazo (OR=2.2).

En el modelo II, una mujer que experimenta violencia global periembrazo (ISA) tiene mayor probabilidad de tener infecciones vaginales en el embarazo (OR=2.2).

En el modelo III, una mujer que experimenta violencia periembrazo (AAS+ISA) tiene mayor probabilidad de tener infecciones vaginales en el embarazo (OR=2.0).

En el modelo V, una mujer que experimenta violencia no física periembrazo (ISA) tiene mayor probabilidad de tener infecciones vaginales en el embarazo (OR=2.4).

Cuando se ajusta por las variables sociodemográficas y entorno familiar, son las mujeres que refieren violencias periembrazo no físicas las que presentan mayor probabilidad de tener infecciones vaginales en el embarazo. El estado civil, en concreto la relación sin compromiso, aparece también como un factor para tener infecciones vaginales en el embarazo aunque únicamente en el modelo I.

#### 4.5.1.11. Consumo de tabaco

En este apartado, presentamos los modelos de regresión logística para el consumo de tabaco durante el embarazo y los diferentes tipos de violencia sufridos por la mujer, ajustado por las variables sociodemográficas y entorno familiar.

Tabla 4.104. Modelo I de regresión logística (violencia global adultas y periembarazo) para el consumo de tabaco

Variables	Categorías	CONSUMO DE TABACO				
		Fr. (%)	Modelo bruto		Modelo ajustado	
			Odds	IC (95%)	Odds	IC (95%)
<b>Violencia global adultas</b> P=2.5e-06	No (N=627)	91 (14.5)	1	-	1	-
	Sí (N=149)	46 (30.9)	2.6	1.7 – 4.0	1.9	1.1 – 3.1
<b>Violencia global periembarazo</b> P=0.0473	No (N=717)	121 (16.9)	1	-	1	-
	Sí (N=59)	16 (27.1)	1.8	1.0 – 3.4	1.5	0.7 – 3.2
<b>Edad</b>	<20 (N=30)	8 (26.7)	1	-	1	-
	20-24 (N=101)	24 (23.8)	0.9	0.3 – 2.2	0.9	0.3 – 2.4
	25-29 (N=198)	40 (20.2)	0.7	0.3 – 1.7	1.3	0.5 – 3.9
	30-34 (N=276)	44 (15.9)	0.5	0.2 – 1.3	1.4	0.5 – 4.1
	35-39 (N=120)	16 (13.3)	0.4	0.2 – 1.1	1.1	0.3 – 3.6
	≥ 40 (N=31)	3 (9.7)	0.3	0.1 – 1.2	0.5	0.1 – 2.6
<b>Estado civil</b> P=2.2e-07	Casada (N= 498)	60 (12.1)	1	-	1	-
	Relación con compr. (N=106)	30 (28.3)	2.9	1.8 – 4.8	2.8	1.6 – 4.9
	Relación sin compr. (N=170)	47 (27.7)	2.8	1.8 – 4.3	1.9	1.1 – 3.3
<b>Nivel de estudios</b> P=5.0e-06	Hasta primarios (N=293)	75 (25.6)	1	-	1	-
	Secundarios (N=377)	54 (14.3)	0.5	0.3 – 0.7	0.5	0.3 – 0.8
	Universitarios (N=105)	7 (6.7)	0.2	0.1 – 0.5	0.2	0.1 – 0.6
<b>Tipo de trabajo</b>	Ama de casa (N=170)	35 (20.6)	1	-	1	-
	Parada (N=162)	33 (20.4)	1.0	0.6 – 1.7	1.0	0.5 – 1.8
	Ocupada (N=429)	66 (15.4)	0.7	0.4 – 1.1	1.0	0.6 – 1.7
	Estudiante (N=14)	2 (14.3)	0.6	0.1 – 3.0	0.7	0.1 – 3.9
<b>Nacionalidad</b>	Española sí (N=708)	125 (17.7)	1	-	1	-
	Española no (N=68)	12 (17.7)	1.0	0.5 – 1.9	0.9	0.4 – 1.9
<b>Convivencia</b> P=7.1e-06	Con su pareja (N=706)	111 (15.7)	1	-	1	-
	Otros (N=70)	26 (18.2)	3.2	1.9 – 5.4	2.0	1.0 – 4.1
<b>Apoyo en su entorno</b>	Sí (N=736)	127 (17.3)	1	-	1	-
	No (N=37)	10 (27.0)	1.8	0.8 – 3.8	1.0	0.4 – 2.5

Tabla 4.105. Modelo II de regresión logística (violencia global ISA) para el consumo de tabaco.

Variables	Categorías	CONSUMO DE TABACO				
		Fr. (%)	Modelo bruto		Modelo ajustado	
			Odds	IC (95%)	Odds	IC (95%)
<b>Violencia global ISA</b> P=3.5e-07	No (N=564)	80 (14.2)	1	-	1	-
	Sí (N=153)	49 (32.0)	2.9	1.9 - 4.1	2.5	1.5 - 4.0
<b>Edad</b>	<20 (N=30)	8 (26.7)	1	-	1	-
	20-24 (N=101)	24 (23.8)	0.9	0.3 - 2.2	1.3	0.4 - 4.2
	25-29 (N=198)	40 (20.2)	0.7	0.3 - 1.7	2.4	0.7 - 7.8
	30-34 (N=276)	44 (15.9)	0.5	0.2 - 1.3	2.4	0.7 - 8.2
	35-39 (N=120)	16 (13.3)	0.4	0.2 - 1.1	2.2	0.6 - 7.9
	≥ 40 (N=31)	3 (9.7)	0.3	0.1 - 1.2	0.8	0.1 - 5.5
<b>Estado civil</b> P=2.2e-07	Casada (N= 498)	60 (12.1)	1	-	1	-
	Relación con compr. (N=106)	30 (28.3)	2.9	1.8 - 4.8	2.7	1.5 - 4.7
	Relación sin compr. (N=170)	47 (27.7)	2.8	1.8 - 4.3	1.9	1.1 - 3.5
<b>Nivel de estudios</b> P=5.0e-06	Hasta primarios (N=293)	75 (25.6)	1	-	1	-
	Secundarios (N=377)	54 (14.3)	0.5	0.3 - 0.7	0.5	0.3 - 0.7
	Universitarios (N=105)	7 (6.7)	0.2	0.1 - 0.5	0.2	0.1 - 0.6
<b>Tipo de trabajo</b>	Ama de casa (N=170)	35 (20.6)	1	-	1	-
	Parada (N=162)	33 (20.4)	1.0	0.6 - 1.7	1.1	0.6 - 2.0
	Ocupada (N=429)	66 (15.4)	0.7	0.4 - 1.1	1.0	0.6 - 1.7
	Estudiante (N=14)	2 (14.3)	0.6	0.1 - 3.0	0.9	0.2 - 5.7
<b>Nacionalidad</b>	Española sí (N=708)	125 (17.7)	1	-	1	-
	Española no (N=68)	12 (17.7)	1.0	0.5 - 1.9	1.0	0.5 - 2.1
<b>Convivencia</b> P=7.1e-06	Con su pareja (N=706)	111 (15.7)	1	-	1	-
	Otros (N=70)	26 (18.2)	3.2	1.9 - 5.4	2.0	1.0 - 4.3
<b>Apoyo en su entorno</b>	Sí (N=736)	127 (17.3)	1	-	1	-
	No (N=37)	10 (27.0)	1.8	0.8 - 3.8	0.8	0.3 - 2.2

Tabla 4.106. Modelo III de regresión logística (violencia periembarazo AAS+ISA) para el consumo de tabaco

Variables	Categorías	CONSUMO DE TABACO				
		Fr. (%)	Modelo bruto		Modelo ajustado	
			Odds	IC (95%)	Odds	IC (95%)
<b>Violencia periembarazo AAS + ISA</b> P=7.5e-08	No (N=600)	82 (13.7)	1	-	1	-
	Sí (N=176)	55 (31.3)	2.9	1.9 - 4.3	2.8	1.8 - 4.4
<b>Edad</b>	<20 (N=30)	8 (26.7)	1	-	1	-
	20-24 (N=101)	24 (23.8)	0.9	0.3 - 2.2	0.9	0.3 - 2.7
	25-29 (N=198)	40 (20.2)	0.7	0.3 - 1.7	1.7	0.6 - 4.9
	30-34 (N=276)	44 (15.9)	0.5	0.2 - 1.3	1.9	0.6 - 5.7
	35-39 (N=120)	16 (13.3)	0.4	0.2 - 1.1	1.6	0.5 - 5.1
	≥ 40 (N=31)	3 (9.7)	0.3	0.1 - 1.2	0.8	0.2 - 4.1
<b>Estado civil</b> P=2.2e-07	Casada (N= 498)	60 (12.1)	1	-	1	-
	Relación con compr. (N=106)	30 (28.3)	2.9	1.8 - 4.8	2.7	1.6 - 4.8
	Relación sin compr. (N=170)	47 (27.7)	2.8	1.8 - 4.3	1.9	1.1 - 3.4
<b>Nivel de estudios</b> P=5.0e-06	Hasta primarios (N=293)	75 (25.6)	1	-	1	-
	Secundarios (N=377)	54 (14.3)	0.5	0.3 - 0.7	0.5	0.3 - 0.7
	Universitarios (N=105)	7 (6.7)	0.2	0.1 - 0.5	0.2	0.1 - 0.6
<b>Tipo de trabajo</b>	Ama de casa (N=170)	35 (20.6)	1	-	1	-
	Parada (N=162)	33 (20.4)	1.0	0.6 - 1.7	1.1	0.6 - 2.0
	Ocupada (N=429)	66 (15.4)	0.7	0.4 - 1.1	1.0	0.6 - 1.8
	Estudiante (N=14)	2 (14.3)	0.6	0.1 - 3.0	0.7	0.1 - 4.3
<b>Nacionalidad</b>	Española sí (N=708)	125 (17.7)	1	-	1	-
	Española no (N=68)	12 (17.7)	1.0	0.5 - 1.9	0.9	0.5 - 2.0
<b>Convivencia</b> P=7.1e-06	Con su pareja (N=706)	111 (15.7)	1	-	1	-
	Otros (N=70)	26 (18.2)	3.2	1.9 - 5.4	2.1	1.0 - 4.3
<b>Apoyo en su entorno</b>	Sí (N=736)	127 (17.3)	1	-	1	-
	No (N=37)	10 (27.0)	1.8	0.8 - 3.8	0.9	0.4 - 2.4

Tabla 4.107. Modelo IV de regresión logística (violencia emocional adultas y periembarazo y violencia física adultas y periembarazo) para el consumo de tabaco

Variables	Categorías	CONSUMO DE TABACO				
		Fr. (%)	Modelo bruto		Modelo ajustado	
			Odds	IC (95%)	Odds	IC (95%)
<b>Violencia emocional adultas</b> P=0.0001	No (N=649)	97 (15.0)	1	-	1	-
	Sí (N=118)	35 (30.0)	2.4	1.5 – 3.8	1.3	0.7 – 2.4
<b>Violencia emocional periembarazo</b>	No (N=731)	124 (17.0)	1	-	1	-
	Sí (N=36)	8 (22.2)	1.4	0.6 – 3.1	1.2	0.4 – 3.5
<b>Violencia física adultas</b> P=0.0003	No (N=712)	112 (15.7)	1	-	1	-
	Sí (N=54)	19 (35.2)	2.9	1.6 – 5.3	1.8	0.8 – 4.3
<b>Violencia física periembarazo</b>	No (N=754)	128 (17.0)	1	-	1	-
	Sí (N=12)	3 (25.0)	1.6	0.4 – 6.1	0.6	0.1 – 3.4
<b>Edad</b>	<20 (N=30)	8 (26.7)	1	-	1	-
	20-24 (N=101)	24 (23.8)	0.9	0.3 – 2.2	0.8	0.3 – 2.4
	25-29 (N=198)	40 (20.2)	0.7	0.3 – 1.7	1.3	0.4 – 3.7
	30-34 (N=276)	44 (15.9)	0.5	0.2 – 1.3	1.4	0.5 – 4.0
	35-39 (N=120)	16 (13.3)	0.4	0.2 – 1.1	1.0	0.3 – 3.2
	≥ 40 (N=31)	3 (9.7)	0.3	0.1 – 1.2	0.5	0.1 – 2.6
<b>Estado civil</b> P=2.2e-07	Casada (N= 498)	60 (12.1)	1	-	1	-
	Relación con compr. (N=106)	30 (28.3)	2.9	1.8 – 4.8	2.7	1.5 – 4.8
	Relación sin compr. (N=170)	47 (27.7)	2.8	1.8 – 4.3	2.1	1.2 – 3.6
<b>Nivel de estudios</b> P=5.0e-06	Hasta primarios (N=293)	75 (25.6)	1	-	1	-
	Secundarios (N=377)	54 (14.3)	0.5	0.3 – 0.7	0.5	0.3 – 0.8
	Universitarios (N=105)	7 (6.7)	0.2	0.1 – 0.5	0.2	0.1 – 0.6
<b>Tipo de trabajo</b>	Ama de casa (N=170)	35 (20.6)	1	-	1	-
	Parada (N=162)	33 (20.4)	1.0	0.6 – 1.7	0.9	0.5 – 1.7
	Ocupada (N=429)	66 (15.4)	0.7	0.4 – 1.1	0.9	0.6 – 1.6
	Estudiante (N=14)	2 (14.3)	0.6	0.1 – 3.0	0.7	0.1 – 3.8
<b>Nacionalidad</b>	Española sí (N=708)	125 (17.7)	1	-	1	-
	Española no (N=68)	12 (17.7)	1.0	0.5 – 1.9	1.0	0.5 – 2.1
<b>Convivencia</b> P=7.1e-06	Con su pareja (N=706)	111 (15.7)	1	-	1	-
	Otros (N=70)	26 (18.2)	3.2	1.9 – 5.4	2.0	1.0 – 4.1
<b>Apoyo en su entorno</b>	Sí (N=736)	127 (17.3)	1	-	1	-
	No (N=37)	10 (27.0)	1.8	0.8 – 3.8	0.8	0.3 – 2.3



Tabla 4.108. Modelo V de regresión logística (violencia ISA no física y física) para el consumo de tabaco

Variables	Categorías	CONSUMO DE TABACO				
		Fr. (%)	Modelo bruto		Modelo ajustado	
			Odds	IC (95%)	Odds	IC (95%)
<b>Violencia ISA no física</b> P=2.0e-07	No (N=566)	80 (14.1)	1	-	1	-
	Sí (N= 151)	49 (32.5)	2.9	1.9 - 4.4	2.5	1.5 - 4.1
<b>Violencia ISA física</b> P=0.0246	No (N=691)	120 (17.4)	1	-	1	-
	Sí (N=26)	9 (34.6)	2.5	1.1 - 5.8	1.2	0.4 - 3.2
<b>Edad</b>	<20 (N=30)	8 (26.7)	1	-	1	-
	20-24 (N=101)	24 (23.8)	0.9	0.3 - 2.2	1.3	0.4 - 4.3
	25-29 (N=198)	40 (20.2)	0.7	0.3 - 1.7	2.4	0.7 - 7.8
	30-34 (N=276)	44 (15.9)	0.5	0.2 - 1.3	2.4	0.7 - 8.2
	35-39 (N=120)	16 (13.3)	0.4	0.2 - 1.1	2.2	0.6 - 7.9
	≥ 40 (N=31)	3 (9.7)	0.3	0.1 - 1.2	0.8	0.1 - 5.4
<b>Estado civil</b> P=2.2e-07	Casada (N= 498)	60 (12.1)	1	-	1	-
	Relación con compr. (N=106)	30 (28.3)	2.9	1.8 - 4.8	2.7	1.5 - 4.7
	Relación sin compr. (N=170)	47 (27.7)	2.8	1.8 - 4.3	1.9	1.0 - 3.4
<b>Nivel de estudios</b> P=5.0e-06	Hasta primarios (N=293)	75 (25.6)	1	-	1	-
	Secundarios (N=377)	54 (14.3)	0.5	0.3 - 0.7	0.5	0.3 - 0.7
	Universitarios (N=105)	7 (6.7)	0.2	0.1 - 0.5	0.2	0.1 - 0.6
<b>Tipo de trabajo</b>	Ama de casa (N=170)	35 (20.6)	1	-	1	-
	Parada (N=162)	33 (20.4)	1.0	0.6 - 1.7	1.1	0.6 - 2.0
	Ocupada (N=429)	66 (15.4)	0.7	0.4 - 1.1	1.0	0.6 - 1.7
	Estudiante (N=14)	2 (14.3)	0.6	0.1 - 3.0	0.9	0.2 - 5.8
<b>Nacionalidad</b>	Española sí (N=708)	125 (17.7)	1	-	1	-
	Española no (N=68)	12 (17.7)	1.0	0.5 - 1.9	1.0	0.5 - 2.2
<b>Convivencia</b> P=7.143e-06	Con su pareja (N=706)	111 (15.7)	1	-	1	-
	Otros (N=70)	26 (18.2)	3.2	1.9 - 5.4	2.0	1.0 - 4.3
<b>Apoyo en su entorno</b>	Sí (N=736)	127 (17.3)	1	-	1	-
	No (N=37)	10 (27.0)	1.8	0.8 - 3.8	0.8	0.3 - 2.1

En el análisis bivariante, el consumir tabaco durante el embarazo está asociado estadísticamente con la mayoría de los tipos de violencia analizados en todos los modelos. Las mujeres que refieren violencia global en su vida adulta y violencia global periembarazo (AAS), ambas del modelo I, está asociado con fumar durante el embarazo, para la primera  $OR=2.6$  y para la segunda  $OR=1.8$ . Para las mujeres que refieren violencia global periembarazo (ISA) del modelo II la probabilidad es de 2.9, al igual que para la violencia periembarazo (AAS+ISA) del modelo III. En el modelo IV, encontramos asociación con dos tipos de violencia: violencia emocional adultas ( $OR=2.4$ ) y violencia física adultas ( $OR=2.9$ ). Finalmente, las dos violencias del modelo V presentan una asociación: violencia no física (ISA) ( $OR=2.9$ ) y violencia física (ISA) ( $OR=2.5$ ).

Cuando realizamos el análisis bivariante de consumir tabaco durante el embarazo con las diferentes variables sociodemográficas y de entorno familiar, encontramos que existe una asociación estadísticamente significativa con:

El estado civil: Las mujeres que mantienen una relación con compromiso ( $OR=2.9$ ) y las que tienen una relación sin compromiso ( $OR=2.8$ ) tienen mayor probabilidad de consumir tabaco durante el embarazo.

El nivel de estudios: Se observa que las mujeres con más estudios tienen menos probabilidad de consumir tabaco durante el embarazo. Por tanto, los estudios funcionan como un factor de protección.

El tipo de convivencia: Las mujeres que no conviven únicamente con sus parejas tienen más probabilidad de consumir tabaco durante el embarazo ( $OR=3.2$ ).

En los modelos ajustados de consumir tabaco durante el embarazo, una vez controlados por las variables sociodemográficas y de entorno familiar, encontramos que:

En el modelo I, una mujer que experimenta violencia global periembarazo (AAS) tiene mayor probabilidad de consumir tabaco durante el embarazo ( $OR=1.9$ ). Encontramos también que las mujeres que tienen una relación con compromiso ( $OR=2.8$ ) y sin compromiso ( $OR=1.9$ ) y las mujeres que no conviven con sus parejas ( $OR=2.0$ ) tienen mayor probabilidad de consumir tabaco durante el embarazo. Por otra parte, hemos encontrado que las mujeres con estudios secundarios ( $OR=0.5$ ) y con

estudios universitarios (OR=0.2) tienen menor riesgo de consumir tabaco durante el embarazo.

En el modelo II, una mujer que experimenta violencia global periembarazo (ISA) tiene mayor probabilidad de consumir tabaco durante el embarazo (OR=2.5). Encontramos también que las mujeres que mantienen una relación con compromiso (OR=2.7) y sin compromiso (OR=1.9) y las mujeres que no conviven con sus parejas (OR=2.0) tienen mayor probabilidad de consumir tabaco durante el embarazo. Por el contrario, hemos encontrado que las mujeres con estudios secundarios (OR=0.5) y con estudios universitarios (OR=0.2) tienen menor riesgo de consumir tabaco durante el embarazo.

En el modelo III, una mujer que experimenta violencia periembarazo (AAS+ISA) tiene mayor probabilidad de consumir tabaco durante el embarazo (OR=2.8). Encontramos también que las mujeres que mantienen una relación con compromiso (OR=2.7) y sin compromiso (OR=1.9) y las mujeres que no conviven con sus parejas (OR=2.1) tienen mayor probabilidad de consumir tabaco durante el embarazo. Por otra parte, hemos encontrado que las mujeres con estudios secundarios (OR=0.5) y con estudios universitarios (OR=0.2) tienen menor riesgo de consumir tabaco durante el embarazo.

En el modelo IV, encontramos que las mujeres que mantienen una relación con compromiso (OR=2.7) y sin compromiso (OR=2.1) y las mujeres que no conviven con sus parejas (OR=2.0) tienen mayor probabilidad de consumir tabaco durante el embarazo. También vemos que las mujeres con estudios secundarios (OR=0.5) y con estudios universitarios tienen menor riesgo de consumir tabaco durante el embarazo (OR=0.2).

En el modelo V, una mujer que experimenta violencia no física periembarazo (ISA), tiene mayor probabilidad de consumir tabaco durante el embarazo (OR=2.5). Vemos también que las mujeres que mantienen una relación con compromiso (OR=2.7) y sin compromiso (OR=1.9) y las mujeres que no conviven con su pareja (OR=2.0) tienen mayor probabilidad de consumir tabaco durante el embarazo. Hemos encontrado también, que las mujeres con estudios secundarios (OR=0.5) y con estudios universitarios (OR=0.2) tienen menor riesgo de consumir tabaco durante el embarazo.

Cuando se ajusta por las variables sociodemográficas y entorno familiar, son las mujeres que refieren violencias periembarazo no físicas las que presentan mayor probabilidad de consumir tabaco durante el embarazo. El estado civil, tanto la relación con compromiso como sin compromiso, aparecen también como un factor de riesgo para consumir tabaco durante el embarazo en todos los modelos. Por otra parte, también en todos los modelos aparece el tener estudios secundarios o universitarios como un factor de protección para consumir tabaco durante el embarazo. El no convivir con su pareja es un factor de riesgo para consumir tabaco durante el embarazo en todos los modelos.

#### 4.5.1.12. Control del embarazo

En este apartado, presentamos los modelos de regresión logística para el control del embarazo y los diferentes tipos de violencia sufridos por la mujer, ajustado por las variables sociodemográficas, entorno familiar y el deseo del embarazo.

Tabla 4.109. Modelo I de regresión logística (violencia global adultas y periembarazo) para el mal control de embarazo

Variables	Categorías	MAL CONTROL DE EMBARAZO				
		Fr. (%)	Modelo bruto		Modelo ajustado	
			Odds	IC (95%)	Odds	IC (95%)
<b>Violencia global adultas</b> P=0.0231	No (N=627)	54 (8.6)	1	-	1	-
	Sí (N=149)	22 (14.8)	1.8	1.1 – 3.1	0.9	0.5 – 1.9
<b>Violencia global periembarazo</b> P=0.0010	No (N=717)	63 (8.8)	1	-	1	-
	Sí (N=59)	13 (22.0)	2.9	1.5 – 5.7	2.2	0.9 – 5.2
<b>Edad</b> P=0.0138	<20 (N=30)	7 (23.3)	1	-	1	-
	20-24 (N=101)	14 (13.9)	0.5	0.2 – 1.5	0.6	0.2 – 1.9
	25-29 (N=199)	22 (11.1)	0.4	0.2 – 1.1	0.8	0.2 – 2.7
	30-34 (N=275)	19 (6.9)	0.2	0.1 – 0.6	0.6	0.2 – 2.2
	35-39 (N=120)	8 (6.7)	0.2	0.1 – 0.7	0.7	0.2 – 2.7
	≥ 40 (N=31)	1 (3.2)	0.1	0.1 – 0.9	0.2	0.0 – 2.1
<b>Estado civil</b> P=0.0035	Casada (n= 497)	35 (7.0)	1	-	1	-
	Relación con compr. (N=106)	16 (15.1)	2.4	1.3 – 4.4	1.3	0.6 – 2.9
	Relación sin compr. (N=170)	24 (14.1)	2.2	1.3 – 3.8	0.8	0.4 – 1.8
<b>Nivel de estudios</b> P=0.0258	Hasta primarios (N=292)	39 (13.4)	1	-	1	-
	Secundarios (N=376)	29 (7.7)	0.5	0.3 – 0.9	0.6	0.3 – 1.1
	Universitarios (N=106)	7 (6.6)	0.5	0.2 – 1.1	0.8	0.3 – 2.2
<b>Tipo de trabajo</b> P=0.0191	Ama de casa (N=169)	21 (12.4)	1	-	1	-
	Parada (N=161)	23 (14.3)	1.2	0.6 – 2.2	1.1	0.5 – 2.3
	Ocupada (N=430)	29 (6.7)	0.5	0.3 – 0.9	0.7	0.4 – 1.4
	Estudiante (N=14)	2 (14.3)	1.2	0.3 – 5.6	0.3	0.0 – 2.9
<b>Nacionalidad</b> P= 0.0081	Española sí (N=707)	63 (8.9)	1	-	1	-
	Española no (N=69)	13 (18.8)	2.4	1.2-4.6	1.7	0.8-3.7
<b>Convivencia</b> P=0.0022	Con su pareja (N=705)	61 (8.7)	1	-	1	-
	Otras formas (N=70)	14 (20.0)	2.6	1.4 – 5.0	1.4	0.6 – 3.5
<b>Apoyo en su entorno</b>	Sí (N=736)	67 (9.1)	1	-	1	-
	No (N=36)	6 (16.7)	2.0	0.8 – 5.0	1.2	0.4 – 3.6
<b>Embarazo deseado</b> P=2.0e-06	Sí (N=656)	49 (7.5)	1	-	1	-
	No (N=116)	25 (21.6)	3.4	2.0 – 5.8	3.1	1.7 – 5.9

Tabla 4.110. Modelo II de regresión logística (violencia global ISA) para el mal control de embarazo

Variables	Categorías	MAL CONTROL DE EMBARAZO				
		Fr. (%)	Modelo bruto		Modelo ajustado	
			Odds	IC (95%)	Odds	IC (95%)
<b>Violencia global ISA</b> P=0.0000	No N=564	44 (7.8)	1	-	1	-
	Sí N=151	29 (19.2)	2.8	1.7 – 4.7	2.0	1.1 – 3.6
<b>Edad</b> P=0.0138	<20 (N=30)	7 (23.3)	1	-	1	-
	20-24 (N=101)	14 (13.9)	0.5	0.2 – 1.5	0.6	0.2 – 2.2
	25-29 (N=199)	22 (11.1)	0.4	0.2 – 1.1	1.0	0.3 – 3.4
	30-34 (N=275)	19 (6.9)	0.2	0.1 – 0.6	0.8	0.2 – 2.9
	35-39 (N=120)	8 (6.7)	0.2	0.1 – 0.7	0.8	0.2 – 3.5
	≥ 40 (N=31)	1 (3.2)	0.1	0.1 – 0.9	0.3	0.0 – 3.0
<b>Estado civil</b> P=0.0035	Casada (n= 497)	35 (7.0)	1	-	1	-
	Relación con compr. (N=106)	16 (15.1)	2.4	1.3 – 4.4	1.2	0.6 – 2.5
	Relación sin compr. (N=170)	24 (14.1)	2.2	1.3 – 3.8	0.8	0.4 – 1.7
<b>Nivel de estudios</b> P=0.0258	Hasta primarios (N=292)	39 (13.4)	1	-	1	-
	Secundarios (N=376)	29 (7.7)	0.5	0.3 – 0.9	0.6	0.3 – 1.1
	Universitarios (N=106)	7 (6.6)	0.5	0.2 – 1.1	0.7	0.3 – 2.0
<b>Tipo de trabajo</b> P=0.0191	Ama de casa (N=169)	21 (12.4)	1	-	1	-
	Parada (N=161)	23 (14.3)	1.2	0.6 – 2.2	1.2	0.6 – 2.5
	Ocupada (N=430)	29 (6.7)	0.5	0.3 – 0.9	0.7	0.4 – 1.5
	Estudiante (N=14)	2 (14.3)	1.2	0.3 – 5.6	0.4	0.0 – 3.4
<b>Nacionalidad</b> P= 0.0081	Española sí (N=707)	63 (8.9)	1	-	1	-
	Española no (N=69)	13 (18.8)	2.4	1.2-4.6	1.6	0.7-3.5
<b>Convivencia</b> P=0.0022	Con su pareja (N=705)	61 (8.7)	1	-	1	-
	Otras formas (N=70)	14 (20.0)	2.6	1.4 – 5.0	1.2	0.5 – 3.2
<b>Apoyo en su entorno</b>	Sí (N=736)	67 (9.1)	1	-	1	-
	No (N=36)	6 (16.7)	2.0	0.8 – 5.0	1.1	0.4 – 3.3
<b>Embarazo deseado</b> P=2.0e-06	Sí (N=656)	49 (7.5)	1	-	1	-
	No (N=116)	25 (21.6)	3.4	2.0 – 5.8	2.8	1.5 – 5.4

Tabla 4.111. Modelo III de regresión logística (violencia periembarazo AAS+ISA) para el mal control de embarazo

Variables	Categorías	MAL CONTROL DE EMBARAZO				
		Fr. (%)	Modelo bruto		Modelo ajustado	
			Odds	IC (95%)	Odds	IC (95%)
<b>Violencia periembarazo AAS + ISA</b> P=4.6e-06	No (N=561)	43 (7.2)	1	-	1	-
	Sí (N=175)	33 (18.9)	2.8	1.7 – 4.6	2.0	1.2 – 3.6
<b>Edad</b> P=0.0138	<20 (N=30)	7 (23.3)	1	-	1	-
	20-24 (N=101)	14 (13.9)	0.5	0.2 – 1.5	0.6	0.2 – 2.0
	25-29 (N=199)	22 (11.1)	0.4	0.2 – 1.1	0.8	0.3 – 2.7
	30-34 (N=275)	19 (6.9)	0.2	0.1 – 0.6	0.7	0.2 – 2.3
	35-39 (N=120)	8 (6.7)	0.2	0.1 – 0.7	0.7	0.2 – 2.7
	≥ 40 (N=31)	1 (3.2)	0.1	0.1 – 0.9	0.2	0.0 – 2.3
<b>Estado civil</b> P=0.0035	Casada (n= 497)	35 (7.0)	1	-	1	-
	Relación con compr. (N=106)	16 (15.1)	2.4	1.3 – 4.4	1.2	0.6 – 2.6
	Relación sin compr. (N=170)	24 (14.1)	2.2	1.3 – 3.8	0.8	0.3 – 1.7
<b>Nivel de estudios</b> P=0.0258	Hasta primarios (N=292)	39 (13.4)	1	-	1	-
	Secundarios (N=376)	29 (7.7)	0.5	0.3 – 0.9	0.6	0.4 – 1.2
	Universitarios (N=106)	7 (6.6)	0.5	0.2 – 1.1	0.9	0.3 – 2.3
<b>Tipo de trabajo</b> P=0.0191	Ama de casa (N=169)	21 (12.4)	1	-	1	-
	Parada (N=161)	23 (14.3)	1.2	0.6 – 2.2	1.2	0.6 – 2.4
	Ocupada (N=430)	29 (6.7)	0.5	0.3 – 0.9	0.7	0.4 – 1.5
	Estudiante (N=14)	2 (14.3)	1.2	0.3 – 5.6	0.3	0.0 – 2.7
<b>Nacionalidad</b> P= 0.0081	Española sí (N=707)	63 (8.9)	1	-	1	-
	Española no (N=69)	13 (18.8)	2.4	1.2-4.6	1.6	0.7-3.6
<b>Convivencia</b> P=0.0022	Con su pareja (N=705)	61 (8.7)	1	-	1	-
	Otras formas (N=70)	14 (20.0)	2.6	1.4 – 5.0	1.5	0.6 – 3.6
<b>Apoyo en su entorno</b>	Sí (N=736)	67 (9.1)	1	-	1	-
	No (N=36)	6 (16.7)	2.0	0.8 – 5.0	1.1	0.4 – 3.3
<b>Embarazo deseado</b> P=2.0e-06	Sí (N=656)	49 (7.5)	1	-	1	-
	No (N=116)	25 (21.6)	3.4	2.0 – 5.8	2.9	1.6 – 5.5

Tabla 4.112. Modelo IV de regresión logística (violencia emocional adultas y periembarazo y violencia física adultas y periembarazo) para el mal control de embarazo

Variables	Categorías	MAL CONTROL DE EMBARAZO				
		Fr. (%)	Modelo bruto		Modelo ajustado	
			Odds	IC (95%)	Odds	IC (95%)
Violencia emocional adultas	No (N=649)	60 (9.2)	1	-	1	-
	Sí (N=119)	16 (13.5)	1.5	0.9 – 2.8	0.8	0.3 – 2.0
Violencia emocional periembarazo P=0.0026	No (N=731)	67 (9.2)	1	-	1	-
	Sí (N=37)	9 (24.3)	3.2	1.4 – 7.0	1.0	0.2 – 3.8
Violencia física adultas	No (N=712)	67 (9.4)	1	-	1	-
	Sí (N=55)	9 (16.4)	1.9	0.9 – 4.0	0.8	0.2 – 2.9
Violencia física periembarazo P=9.0e-08	No (N=754)	69 (9.2)	1	-	1	-
	Sí (N=13)	7 (53.9)	11.6	3.8 – 35.4	12.5	2.0 – 79.6
Edad P=0.0138	<20 (N=30)	7 (23.3)	1	-	1	-
	20-24 (N=101)	14 (13.9)	0.5	0.2 – 1.5	0.7	0.2 – 2.4
	25-29 (N=199)	22 (11.1)	0.4	0.2 – 1.1	0.9	0.3 – 3.1
	30-34 (N=275)	19 (6.9)	0.2	0.1 – 0.6	0.8	0.2 – 2.9
	35-39 (N=120)	8 (6.7)	0.2	0.1 – 0.7	0.8	0.2 – 3.5
	≥ 40 (N=31)	1 (3.2)	0.1	0.1 – 0.9	0.2	0.0 – 2.4
Estado civil P=0.0035	Casada (n= 497)	35 (7.0)	1	-	1	-
	Relación con compr. (N=106)	16 (15.1)	2.4	1.3 – 4.4	1.3	0.6 – 2.8
	Relación sin compr. (N=170)	24 (14.1)	2.2	1.3 – 3.8	0.8	0.4 – 1.8
Nivel de estudios P=0.0258	Hasta primarios (N=292)	39 (13.4)	1	-	1	-
	Secundarios (N=376)	29 (7.7)	0.5	0.3 – 0.9	0.6	0.3 – 1.2
	Universitarios (N=106)	7 (6.6)	0.5	0.2 – 1.1	0.9	0.3 – 2.4
Tipo de trabajo P=0.0191	Ama de casa (N=169)	21 (12.4)	1	-	1	-
	Parada (N=161)	23 (14.3)	1.2	0.6 – 2.2	1.1	0.5 – 2.2
	Ocupada (N=430)	29 (6.7)	0.5	0.3 – 0.9	0.6	0.3 – 1.3
	Estudiante (N=14)	2 (14.3)	1.2	0.3 – 5.6	0.3	0.0 – 2.9
Nacionalidad P= 0.0081	Española sí (N=707)	63 (8.9)	1	-	1	-
	Española no (N=69)	13 (18.8)	2.4	1.2-4.6	1.8	0.8-4.0
Convivencia P=0.0022	Con su pareja (N=705)	61 (8.7)	1	-	1	-
	Otras formas (N=70)	14 (20.0)	2.6	1.4 – 5.0	1.4	0.5 – 3.6
Apoyo en su entorno	Sí (N=736)	67 (9.1)	1	-	1	-
	No (N=36)	6 (16.7)	2.0	0.8 – 5.0	1.2	0.4 – 3.9
Embarazo deseado P=2.0e-06	Sí (N=656)	49 (7.5)	1	-	1	-
	No (N=116)	25 (21.6)	3.4	2.0 – 5.8	3.2	1.7 – 6.0



Tabla 4.113. Modelo V de regresión logística (violencia ISA no física y física) para el mal control de embarazo

Variables	Categorías	MAL CONTROL DE EMBARAZO				
		Fr. (%)	Modelo bruto		Modelo ajustado	
			Odds	IC (95%)	Odds	IC (95%)
<b>Violencia ISA no física</b> P=0.0000	No (N=566)	44 (7.8)	1	-	1	-
	Sí (N= 149)	29 (19.5)	2.9	1.7 – 4.8	1.6	0.9 – 3.1
<b>Violencia ISA física</b> P=1.3e-06	No (N=689)	63 (9.1)	1	-	1	-
	Sí (N=26)	10 (38.5)	6.2	2.7 – 14.3	3.3	1.1 – 9.4
<b>Edad</b> P=0.0138	<20 (N=30)	7 (23.3)	1	-	1	-
	20-24 (N=101)	14 (13.9)	0.5	0.2 – 1.5	0.7	0.2 – 2.4
	25-29 (N=199)	22 (11.1)	0.4	0.2 – 1.1	0.9	0.3 – 3.2
	30-34 (N=275)	19 (6.9)	0.2	0.1 – 0.6	0.7	0.2 – 2.6
	35-39 (N=120)	8 (6.7)	0.2	0.1 – 0.7	0.8	0.2 – 3.3
	≥ 40 (N=31)	1 (3.2)	0.1	0.1 – 0.9	0.2	0.0 – 2.4
<b>Estado civil</b> P=0.0035	Casada (N= 497)	35 (7.0)	1	-	1	-
	Relación con compr. (N=106)	16 (15.1)	2.4	1.3 – 4.4	1.2	0.5 – 2.5
	Relación sin compr. (N=170)	24 (14.1)	2.2	1.3 – 3.8	0.7	0.3 – 1.6
<b>Nivel de estudios</b> P=0.0258	Hasta primarios (N=292)	39 (13.4)	1	-	1	-
	Secundarios (N=376)	29 (7.7)	0.5	0.3 – 0.9	0.6	0.3 – 1.0
	Universitarios (N=106)	7 (6.6)	0.5	0.2 – 1.1	0.7	0.3 – 1.9
<b>Tipo de trabajo</b> P=0.0191	Ama de casa (N=169)	21 (12.4)	1	-	1	-
	Parada (N=161)	23 (14.3)	1.2	0.6 – 2.2	1.3	0.6 – 2.8
	Ocupada (N=430)	29 (6.7)	0.5	0.3 – 0.9	0.8	0.4 – 1.7
	Estudiante (N=14)	2 (14.3)	1.2	0.3 – 5.6	0.4	0.0 – 3.7
<b>Nacionalidad</b> P= 0.0081	Española sí (N=707)	63 (8.9)	1	-	1	-
	Española no (N=69)	13 (18.8)	2.4	1.2-4.6	1.5	0.7-3.3
<b>Convivencia</b> P=0.0022	Con su pareja (N=705)	61 (8.7)	1	-	1	-
	Otras formas (N=70)	14 (20.0)	2.6	1.4 – 5.0	1.2	0.5 – 3.0
<b>Apoyo en su entorno</b>	Sí (N=736)	67 (9.1)	1	-	1	-
	No (N=36)	6 (16.7)	2.0	0.8 – 5.0	1.0	0.3 – 3.0
<b>Embarazo deseado</b> P=2.0e-06	Sí (N=656)	49 (7.5)	1	-	1	-
	No (N=116)	25 (21.6)	3.4	2.0 – 5.8	2.8	1.5 – 5.4

En el análisis bivalente, el mal control del embarazo está asociado estadísticamente con la mayoría de tipos de violencia analizados en todos los modelos. Para las mujeres que refieren violencia global en su vida adulta (AAS), la probabilidad de controlar mal el embarazo es de 1.8 veces más, si refieren violencia global periembrazo (AAS) la probabilidad es de 2.9, ambas del modelo I. Para la violencia global periembrazo (ISA) del modelo II, presenta una asociación, al igual que para la violencia periembrazo (AAS+ISA), esta del modelo III (OR=2.8). En el modelo IV, encontramos asociación con dos tipos de violencia: violencia emocional periembrazo (OR=3.2) y violencia física periembrazo (OR=11.6). Finalmente, también tienen más probabilidad de controlar mal su embarazo las mujeres que refieren violencias del modelo V: violencia no física periembrazo (ISA) (OR=2.9) y violencia física periembrazo (ISA), 6.2.

Cuando realizamos el análisis bivalente del mal control del embarazo con las diferentes variables sociodemográficas, entorno familiar y el no deseo del embarazo, encontramos que existe una asociación estadísticamente significativa con:

La edad: Se observa que la edad funciona como un factor de protección al mal control del embarazo en las mujeres por encima de los 30 años.

El estado civil: Las mujeres que mantienen una relación con compromiso (OR=2.4) y sin compromiso (OR=2.2) tienen mayor probabilidad de no controlar bien su embarazo en relación con las amas de casa.

El nivel de estudios: Se observa que el tener más estudios supone una menor probabilidad de controlar mal su embarazo, aunque solo los estudios secundarios funcionan como un factor de protección para el mal control de embarazo.

El tipo de trabajo: Las mujeres que tienen un trabajo son las que tienen menos probabilidad de controlar mal su embarazo.

La nacionalidad: Las mujeres no españolas son las que tienen mayor probabilidad de no controlar bien su embarazo (OR=2.4).

El tipo de convivencia: Las mujeres que no conviven únicamente con su pareja tienen más probabilidad de controlar mal el embarazo (OR=2.6).

El no deseo del embarazo: Las mujeres que no han deseado su embarazo tienen mayor probabilidad de no controlar bien su embarazo (OR=3.4).

En los modelos del control del embarazo, una vez ajustados por las variables sociodemográficas, entorno familiar y el deseo de embarazo, encontramos que:

En el modelo I, una mujer que no desea su embarazo tiene mayor probabilidad de no realizar un buen control del mismo (OR=3.1).

En el modelo II, una mujer que experimenta violencia global periembrazo (ISA) tiene mayor probabilidad de no controlar bien el embarazo (OR=2.0). Encontramos también que una mujer que no desea su embarazo tiene mayor probabilidad de no realizar un buen control del mismo (OR=2.8).

En el modelo III, una mujer que experimenta violencia periembrazo (AAS+ISA) tiene mayor probabilidad de no controlar bien el embarazo (OR=2.0). Encontramos también que una mujer que no desea su embarazo tiene mayor probabilidad de no realizar un buen control del mismo (OR=2.9).

En el modelo IV, una mujer que experimenta violencia física periembrazo (AAS) tiene mayor probabilidad de no controlar bien el embarazo (OR=12.5). De la misma manera, una mujer que no desea su embarazo tiene mayor probabilidad de no realizar un buen control del mismo (OR=3.2).

En el modelo V, una mujer que experimenta violencia física periembrazo (ISA), tiene mayor probabilidad de no controlar bien el embarazo (OR=3.3). Encontramos también que una mujer que no desea su embarazo tiene mayor probabilidad de no realizar un buen control del mismo (OR=2.8).

Cuando se ajusta por las variables sociodemográficas, entorno familiar y deseo del embarazo, son las mujeres que refieren violencias periembrazo medidas con el ISA y violencias físicas (AAS e ISA) las que presentan mayor probabilidad de no controlar bien el embarazo. El deseo del embarazo aparece en todos los modelos como un factor de riesgo para no realizar un buen control de embarazo.

## **4.5.2. Parto y violencia de la pareja**

### **4.5.2.1. Parto pretérmino**

En este apartado, presentamos los modelos de regresión logística para el parto pretérmino y los diferentes tipos de violencia sufridos por la mujer, ajustado por las variables sociodemográficas, el entorno familiar, el deseo de embarazo, las patologías e infecciones, así como fumar durante el embarazo. Variables que pueden tener relación con el parto pretérmino.

Tabla 4.114. Modelo I de regresión logística (violencia global adultas y periembarazo) para el parto pretérmino

Variables	Categorías	Fr. (%)	PARTO PRETÉRMINO			
			Modelo bruto		Modelo ajustado	
			Odds	IC (95%)	Odds	IC (95%)
Violencia global adultas P=0.0142	No (N=629)	39 (6.2)	1	-	1	-
	Sí (N=150)	18 (12.0)	2.1	1.1 – 3.7	1.3	0.6 – 2.8
Violencia global periembarazo P=0.0173	No (N=719)	48 (6.7)	1	-	1	-
	Sí (N=60)	9 (15.0)	2.5	1.1 – 5.3	1.8	0.6 – 5.1
Edad	<20 (N=31)	4 (12.9)	1	-	1	-
	20-24 (N=101)	12 (11.9)	0.9	0.3 – 3.1	0.7	0.2 – 3.3
	25-29 (N=200)	18 (9.0)	0.7	0.2 – 2.1	0.5	0.1 – 2.2
	30-34 (N=276)	13 (4.7)	0.3	0.1 – 1.1	0.2	0.0 – 1.1
	35-39 (N=120)	8 (6.7)	0.5	0.1 – 1.7	0.3	0.1 – 1.8
	≥ 40 (N=31)	2 (6.5)	0.5	0.1 – 2.8	0.2	0.0 – 1.9
Estado civil	Casada (N= 499)	36 (7.2)	1	-	1	-
	Relación con compr. (N=106)	9 (8.5)	1.2	0.6 – 2.6	0.8	0.3 – 1.9
	Relación sin compr. (N=171)	12 (7.0)	1.0	0.5 – 1.9	0.3	0.1 – 0.8
Nivel de estudios	Hasta primarios (N=294)	24 (8.2)	1	-	1	-
	Secundarios (N=377)	31 (8.2)	1.0	0.6 – 1.8	1.1	0.6 – 2.2
	Universitarios (N=106)	2 (1.9)	0.2	0.1 – 0.9	1	-
Tipo de trabajo	Ama de casa (N=170)	11 (6.5)	1	-	1	-
	Parada (N=162)	19 (11.7)	1.9	0.9 – 4.2	2.0	0.8 – 4.6
	Ocupada (N=430)	25 (5.8)	0.9	0.4 – 1.9	1.1	0.5 – 2.4
	Estudiante (N=15)	2 (13.3)	2.2	0.4 – 11.1	0.9	0.1 – 8.8
Nacionalidad	Española sí (N=708)	49 (6.9)	1	-	1	-
	Española no (N=69)	8 (11.6)	1.8	0.8 – 3.9	1.2	0.4 – 3.2
Convivencia	Con su pareja (N=707)	50 (7.1)	1	-	1	-
	Otras formas (N=71)	7 (9.9)	1.4	0.6 – 3.3	1.4	0.4 – 4.8
Apoyo en su entorno	Sí (N=738)	53 (7.2)	1	-	1	-
	No(N=37)	3 (8.1)	1.1	0.3 – 3.8	0.7	0.2 – 2.7
Embarazo deseado	Sí (N=656)	46 (7.0)	1	-	1	-
	No (N=118)	11 (9.3)	1.4	0.7 – 2.7	1.1	0.5 – 2.6
Patologías en el embarazo P=6.5e-8	No (N=533)	21 (3.9)	1	-	1	-
	Sí (N=242)	36 (14.9)	4.3	2.4 – 7.5	4.4	2.3 – 8.3
Infecciones en el embarazo	No (N=440)	28 (6.4)	1	-	1	-
	Sí (N=331)	28 (8.5)	1.4	0.8 – 2.3	1.0	0.5 – 1.8
Fuma en el embarazo	No (N=639)	48 (7.5)	1	-	1	-
	Sí (N=137)	9 (6.6)	0.9	0.4 – 1.8	0.7	0.3 – 1.7

Tabla 4.115. Modelo II de regresión logística (violencia global ISA) para el parto pretérmino

Variables	Categorías	PARTO PRETÉRMINO				
		Fr. (%)	Modelo bruto		Modelo ajustado	
			Odds	IC (95%)	Odds	IC (95%)
<b>Violencia global ISA</b> <b>P=0.0314</b>	No (N=565)	37 (6.6)	1	-	1	-
	Sí (N=153)	18 (11.8)	1.9	1.1 – 3.5	1.9	1.0 – 3.9
<b>Edad</b>	<20 (N=31)	4 (12.9)	1	-	1	-
	20-24 (N=101)	12 (11.9)	0.9	0.3 – 3.1	0.7	0.2 – 3.2
	25-29 (N=200)	18 (9.0)	0.7	0.2 – 2.1	0.5	0.1 – 2.4
	30-34 (N=276)	13 (4.7)	0.3	0.1 – 1.1	0.3	0.1 – 1.3
	35-39 (N=120)	8 (6.7)	0.5	0.1 – 1.7	0.3	0.0 – 1.7
	≥ 40 (N=31)	2 (6.5)	0.5	0.1 – 2.8	0.3	0.0 – 2.9
<b>Estado civil</b>	Casada (N= 499)	36 (7.2)	1	-	1	-
	Relación con compr. (N=106)	9 (8.5)	1.2	0.6 – 2.6	0.7	0.3 – 1.8
	Relación sin compr. (N=171)	12 (7.0)	1.0	0.5 – 1.9	0.3	0.1 – 0.9
<b>Nivel de estudios</b>	Hasta primarios (N=294)	24 (8.2)	1	-	1	-
	Secundarios (N=377)	31 (8.2)	1.0	0.6 – 1.8	1.0	0.5 – 2.0
	Universitarios (N=106)	2 (1.9)	0.2	0.1 – 0.9	1	-
<b>Tipo de trabajo</b>	Ama de casa (N=170)	11 (6.5)	1	-	1	-
	Parada (N=162)	19 (11.7)	1.9	0.9 – 4.2	2.3	1.0 – 5.6
	Ocupada (N=430)	25 (5.8)	0.9	0.4 – 1.9	1.2	0.5 – 2.7
	Estudiante (N=15)	2 (13.3)	2.2	0.4 – 11.1	0.8	0.1 – 7.8
<b>Nacionalidad</b>	Española sí (N=708)	49 (6.9)	1	-	1	-
	Española no (N=69)	8 (11.6)	1.8	0.8 – 3.9	1.2	0.4 – 3.1
<b>Convivencia</b>	Con su pareja (N=707)	50 (7.1)	1	-	1	-
	Otras formas (N=71)	7 (9.9)	1.4	0.6 – 3.3	1.4	0.4 – 4.9
<b>Apoyo en su entorno</b>	Sí (N=738)	53 (7.2)	1	-	1	-
	No (N=37)	3 (8.1)	1.1	0.3 – 3.8	0.7	0.2 – 2.6
<b>Embarazo deseado</b>	Sí (N=656)	46 (7.0)	1	-	1	-
	No (N=118)	11 (9.3)	1.4	0.7 – 2.7	1.1	0.5 – 2.7
<b>Patologías en el embarazo</b> <b>P=6.5e-8</b>	No (N=533)	21 (3.9)	1	-	1	-
	Sí (N=242)	36 (14.9)	4.3	2.4 – 7.5	4.6	2.4 – 8.9
<b>Infecciones en el embarazo</b>	No (N=440)	28 (6.4)	1	-	1	-
	Sí (N=331)	28 (8.5)	1.4	0.8 – 2.3	0.9	0.5 – 1.8
<b>Fuma en el embarazo</b>	No (N=639)	48 (7.5)	1	-	1	-
	Sí (N=137)	9 (6.6)	0.9	0.4 – 1.8	0.7	0.3 – 1.6

Tabla 4.116. Modelo III de regresión logística (violencia periembarazo AAS+ISA) para el parto pretérmino

Variables	Categorías	PARTO PRETÉRMINO				
		Fr. (%)	Modelo bruto		Modelo ajustado	
			Odds	IC (95%)	Odds	IC (95%)
<b>Violencia periembarazo AAS + ISA P=0.0082</b>	No (N=602)	36 (6.0)	1	-	1	-
	Si (N=177)	21 (11.9)	2.1	1.2 – 3.7	1.9	1.0 – 3.7
<b>Edad</b>	<20 (N=31)	4 (12.9)	1	-	1	-
	20-24 (N=101)	12 (11.9)	0.9	0.3 – 3.1	0.7	0.2 – 3.2
	25-29 (N=200)	18 (9.0)	0.7	0.2 – 2.1	0.5	0.1 – 2.3
	30-34 (N=276)	13 (4.7)	0.3	0.1 – 1.1	0.2	0.0 – 1.2
	35-39 (N=120)	8 (6.7)	0.5	0.1 – 1.7	0.3	0.1 – 1.9
	≥ 40 (N=31)	2 (6.5)	0.5	0.1 – 2.8	0.3	0.0 – 2.2
<b>Estado civil</b>	Casada (N= 499)	36 (7.2)	1	-	1	-
	Relación con compr. (N=106)	9 (8.5)	1.2	0.6 – 2.6	0.7	0.3 – 1.8
	Relación sin compr. (N=171)	12 (7.0)	1.0	0.5 – 1.9	0.3	0.1 – 0.8
<b>Nivel de estudios</b>	Hasta primarios (N=294)	24 (8.2)	1	-	1	-
	Secundarios (N=377)	31 (8.2)	1.0	0.6 – 1.8	1.1	0.6 – 2.2
	Universitarios (N=106)	2 (1.9)	0.2	0.1 – 0.9	1	-
<b>Tipo de trabajo</b>	Ama de casa (N=170)	11 (6.5)	1	-	1	-
	Parada (N=162)	19 (11.7)	1.9	0.9 – 4.2	2.0	0.9 – 4.7
	Ocupada (N=430)	25 (5.8)	0.9	0.4 – 1.9	1.1	0.5 – 2.4
	Estudiante (N=15)	2 (13.3)	2.2	0.4 – 11.1	0.8	0.1 – 7.8
<b>Nacionalidad</b>	Española sí (N=708)	49 (6.9)	1	-	1	-
	Española no (N=69)	8 (11.6)	1.8	0.8 – 3.9	1.2	0.4 – 3.1
<b>Convivencia</b>	Con su pareja (N=707)	50 (7.1)	1	-	1	-
	Otras formas (N=71)	7 (9.9)	1.4	0.6 – 3.3	1.4	0.4 – 4.7
<b>Apoyo en su entorno</b>	Sí (N=738)	53 (7.2)	1	-	1	-
	No (N=37)	3 (8.1)	1.1	0.3 – 3.8	0.7	0.2 – 2.6
<b>Embarazo deseado</b>	Sí (N=656)	46 (7.0)	1	-	1	-
	No (N=118)	11 (9.3)	1.4	0.7 – 2.7	1.1	0.5 – 2.5
<b>Patologías en el embarazo P=6.5e-8</b>	No (N=533)	21 (3.9)	1	-	1	-
	Sí (N=242)	36 (14.9)	4.3	2.4 – 7.5	4.5	2.4 – 8.5
<b>Infecciones en el embarazo</b>	No (N=440)	28 (6.4)	1	-	1	-
	Sí (N=331)	28 (8.5)	1.4	0.8 – 2.3	0.9	0.5 – 1.7
<b>Fuma en el embarazo</b>	No (N=639)	48 (7.5)	1	-	1	-
	Sí (N=137)	9 (6.6)	0.9	0.4 – 1.8	0.7	0.3 – 1.6

Tabla 4.117. Modelo IV de regresión logística (violencia emocional adultas y periembarazo y violencia física adultas y periembarazo) para el parto pretérmino

Variables	Categorías	PARTO PRETÉRMINO				
		Fr. (%)	Modelo bruto		Modelo ajustado	
			Odds	IC (95%)	Odds	IC (95%)
Violencia emocional adultas	No (N=651)	42 (6.5)	1	-	1	-
	Sí (N=119)	13 (10.9)	1.8	0.9 – 3.4	1.5	0.6 – 3.5
Violencia emocional periembarazo	No (N=733)	51 (7.0)	1	-	1	-
	Sí (N=37)	4 (10.8)	1.6	0.6 – 4.8	1.5	0.4 – 6.6
Violencia física adultas	No (N=714)	52 (7.3)	1	-	1	-
	Sí (N=55)	4 (7.3)	1.0	0.4 – 2.9	0.6	0.1 – 2.6
Violencia física periembarazo	No (N=756)	54 (7.1)	1	-	1	-
	Sí (N=13)	2 (15.4)	2.4	0.5 – 10.9	1.6	0.2 – 15.1
Edad	<20 (N=31)	4 (12.9)	1	-	1	-
	20-24 (N=101)	12 (11.9)	0.9	0.3 – 3.1	0.8	0.2 – 3.7
	25-29 (N=200)	18 (9.0)	0.7	0.2 – 2.1	0.5	0.1 – 2.6
	30-34 (N=276)	13 (4.7)	0.3	0.1 – 1.1	0.3	0.1 – 1.4
	35-39 (N=120)	8 (6.7)	0.5	0.1 – 1.7	0.4	0.1 – 2.3
	≥ 40 (N=31)	2 (6.5)	0.5	0.1 – 2.8	0.3	0.0 – 2.5
Estado civil	Casada (N= 499)	36 (7.2)	1	-	1	-
	Relación con compr. (N=106)	9 (8.5)	1.2	0.6 – 2.6	0.8	0.3 – 2.1
	Relación sin compr. (N=171)	12 (7.0)	1.0	0.5 – 1.9	0.3	0.1 – 0.9
Nivel de estudios	Hasta primarios (N=294)	24 (8.2)	1	-	1	-
	Secundarios (N=377)	31 (8.2)	1.0	0.6 – 1.8	1.1	0.6 – 2.2
	Universitarios (N=106)	2 (1.9)	0.2	0.1 – 0.9	1	-
Tipo de trabajo	Ama de casa (N=170)	11 (6.5)	1	-	1	-
	Parada (N=162)	19 (11.7)	1.9	0.9 – 4.2	1.7	0.7 – 4.0
	Ocupada (N=430)	25 (5.8)	0.9	0.4 – 1.9	1.0	0.4 – 2.2
	Estudiante (N=15)	2 (13.3)	2.2	0.4 – 11.1	0.7	0.1 – 7.5
Nacionalidad	Española sí (N=708)	49 (6.9)	1	-	1	-
	Española no (N=69)	8 (11.6)	1.8	0.8 – 3.9	1.4	0.5 – 3.9
Convivencia	Con su pareja (N=707)	50 (7.1)	1	-	1	-
	Otras formas (N=71)	7 (9.9)	1.4	0.6 – 3.3	1.5	0.4 – 5.2
Apoyo en su entorno	Sí (N=738)	53 (7.2)	1	-	1	-
	No (N=37)	3 (8.1)	1.1	0.3 – 3.8	0.5	0.1 – 2.3
Embarazo deseado	Sí (N=656)	46 (7.0)	1	-	1	-
	No (N=118)	11 (9.3)	1.4	0.7 – 2.7	0.9	0.4 – 2.2
Patologías en el embarazo P=6.5e-8	No (N=533)	21 (3.9)	1	-	1	-
	Sí (N=242)	36 (14.9)	4.3	2.4 – 7.5	4.9	2.5 – 9.3
Infecciones en el embarazo	No (N=440)	28 (6.4)	1	-	1	-
	Sí (N=331)	28 (8.5)	1.4	0.8 – 2.3	1.0	0.5 – 1.8
Fuma en el embarazo	No (N=639)	48 (7.5)	1	-	1	-
	Sí (N=137)	9 (6.6)	0.9	0.4 – 1.8	0.7	0.3 – 1.7



Tabla 4.118. Modelo V de regresión logística (violencia ISA no física y física) para el parto pretérmino

Variables	Categorías	Fr. (%)	PARTO PRETÉRMINO			
			Modelo bruto		Modelo ajustado	
			Odds	IC (95%)	Odds	IC (95%)
<b>Violencia ISA no física</b> <b>P=0.0268</b>	No (N=567)	37 (6.5)	1	-	1	-
	Sí (N= 151)	18 (11.9)	1.9	1.1 – 3.5	1.9	0.9 – 3.9
<b>Violencia ISA física</b>	No (N=692)	52 (7.5)	1	-	1	-
	Sí (N=26)	3 (11.5)	1.6	0.5 – 5.5	1.5	0.3 – 7.1
<b>Edad</b>	<20 (N=31)	4 (12.9)	1	-	1	-
	20-24 (N=101)	12 (11.9)	0.9	0.3 – 3.1	0.7	0.2 – 3.3
	25-29 (N=200)	18 (9.0)	0.7	0.2 – 2.1	0.5	0.1 – 2.4
	30-34 (N=276)	13 (4.7)	0.3	0.1 – 1.1	0.3	0.1 – 1.3
	35-39 (N=120)	8 (6.7)	0.5	0.1 – 1.7	0.3	0.0 – 1.6
	≥ 40 (N=31)	2 (6.5)	0.5	0.1 – 2.8	0.3	0.0 – 2.8
<b>Estado civil</b>	Casada (N= 499)	36 (7.2)	1	-	1	-
	Relación con compr. (N=106)	9 (8.5)	1.2	0.6 – 2.6	0.7	0.3 – 1.8
	Relación sin compr. (N=171)	12 (7.0)	1.0	0.5 – 1.9	0.3	0.1 – 0.9
<b>Nivel de estudios</b>	Hasta primarios (N=294)	24 (8.2)	1	-	1	-
	Secundarios (N=377)	31 (8.2)	1.0	0.6 – 1.8	1.0	0.5 – 2.0
	Universitarios (N=106)	2 (1.9)	0.2	0.1 – 0.9	1	-
<b>Tipo de trabajo</b>	Ama de casa (N=170)	11 (6.5)	1	-	1	-
	Parada (N=162)	19 (11.7)	1.9	0.9 – 4.2	2.3	1.0 – 5.7
	Ocupada (N=430)	25 (5.8)	0.9	0.4 – 1.9	1.2	0.5 – 2.8
	Estudiante (N=15)	2 (13.3)	2.2	0.4 – 11.1	0.8	0.1 – 7.8
<b>Nacionalidad</b>	Española sí (N=708)	49 (6.9)	1	-	1	-
	Española no (N=69)	8 (11.6)	1.8	0.8 – 3.9	1.1	0.4 – 3.0
<b>Convivencia</b>	Con su pareja (N=707)	50 (7.1)	1	-	1	-
	Otras formas (N=71)	7 (9.9)	1.4	0.6 – 3.3	1.4	0.4 – 4.9
<b>Apoyo en su entorno</b>	Sí (N=738)	53 (7.2)	1	-	1	-
	No (N=37)	3 (8.1)	1.1	0.3 – 3.8	0.7	0.2 – 2.6
<b>Embarazo deseado</b>	Sí (N=656)	46 (7.0)	1	-	1	-
	No (N=118)	11 (9.3)	1.4	0.7 – 2.7	1.1	0.5 – 2.7
<b>Patologías en el embarazo</b> <b>P=6.5e-8</b>	No (N=533)	21 (3.9)	1	-	1	-
	Sí (N=242)	36 (14.9)	4.3	2.4 – 7.5	4.7	2.4 – 9.0
<b>Infecciones en el embarazo</b>	No (N=440)	28 (6.4)	1	-	1	-
	Sí (N=331)	28 (8.5)	1.4	0.8 – 2.3	0.9	0.5 – 1.7
<b>Fuma en el embarazo</b>	No (N=639)	48 (7.5)	1	-	1	-
	Sí (N=137)	9 (6.6)	0.9	0.4 – 1.8	0.7	0.3 – 1.6

En el análisis bivalente, el parto pretérmino (antes de la semana 37 de gestación) está asociado estadísticamente con la mayoría de los tipos de violencia analizados de todos los modelos, a excepción del modelo IV. Las mujeres que refieren violencia global a lo largo de la vida de adultas (OR=2.1) y violencia global periembarazo (OR=2.5), ambas del modelo I, está asociado con tener un parto pretérmino. En la violencia del modelo II (ISA global), presenta una OR de 1.9. En el modelo III, la violencia periembarazo (AAS+ISA) con una OR de 2.1. En la violencia del modelo V (ISA no física), la probabilidad del parto pretérmino es de 1.9.

Cuando realizamos el análisis bivalente del parto pretérmino con las diferentes variables sociodemográficas, entorno familiar, deseo de embarazo y patologías, infecciones y fumar durante el embarazo, encontramos que únicamente existe una asociación estadísticamente significativa con las patologías durante el embarazo, las mujeres que tienen patologías durante el embarazo tienen más probabilidad de tener un parto pretérmino (OR=4.3).

En los modelos ajustados del parto pretérmino, una vez controlados por las variables sociodemográficas, entorno familiar, deseo de embarazo y patologías, infecciones y fumar durante el embarazo, encontramos que:

En todos los modelos, el tener una relación sin compromiso protege de tener un parto pretérmino (OR=0.3). Además, las mujeres que tienen patologías durante el embarazo tienen mayor riesgo de tener partos pretérmino (OR de 4.4 a 4.9).

En el modelo II, una mujer que experimenta violencia periembarazo global (ISA) tiene mayor probabilidad de tener un parto pretérmino (OR=1.9).

En el modelo III, una mujer que experimenta violencia periembarazo (AAS+ISA) tiene mayor probabilidad de tener un parto antes de la semana 37 de gestación (OR=1.9).

Cuando se ajusta por las variables sociodemográficas, entorno familiar, deseo de embarazo y patologías, infecciones y fumar durante el embarazo, son las violencias periembarazo que sufren más mujeres (ISA global y periembarazo AAS+ISA) las que presentan mayor probabilidad de tener un parto pretérmino. Las patologías durante el embarazo, aparece también como un factor de riesgo para tener un parto pretérmino en todos los modelos y el tener una relación sin compromiso como un factor de protección en todos los modelos.

### 4.5.2.2. Inicio del parto

En este apartado presentamos los modelos de regresión logística para el inicio del parto (espontáneo, inducido y cesárea) y los diferentes tipos de violencia sufridos por la mujer, ajustado por las variables sociodemográficas, el entorno familiar, el deseo de embarazo, las patologías e infecciones durante el embarazo.

Tabla 4.119. Modelo I de regresión logística (violencia global adultas y periembarazo) para el inicio del parto

Variables	Categorías	INICIO DEL PARTO										
		Tipos de parto Fr. (%)			Modelo bruto				Modelo ajustado			
		Espontáneo	Inducido	Cesárea	Inducido		Cesárea		Inducido		Cesárea	
					Odds	IC (95%)	Odds	IC (95%)	Odds	IC (95%)	Odds	IC (95%)
<b>Violencia global adultas</b>	No (N=624)	345 (55.3)	231 (37.0)	48 (7.7)	1	-	1	-	1	-	1	-
	Sí (N=150)	81 (54.0)	56 (37.3)	13 (8.7)	1.0	0.7-1.5	1.2	0.6-2.2	1.1	0.7-1.7	0.8	0.3-1.7
<b>Violencia global periembarazo</b>	No (N=714)	389 (54.5)	269 (37.7)	56 (7.8)	1	-	1	-	1	-	1	-
	Sí (N=60)	37 (61.7)	18 (30.0)	5 (8.3)	0.7	0.4-1.3	0.9	0.4-2.5	0.6	0.3-1.2	0.9	0.3-2.8
<b>Edad</b>	<20(N=31)	19 (61.3)	11 (35.5)	1 (3.2)	1	-	1	-	1	-	1	-
	20-24(N=100)	58 (58.0)	34 (34.0)	8 (8.0)	1.0	0.4-2.4	2.6	0.3-22.3	1.1	0.4-3.1	2.2	0.2-20.6
	25-29(N=199)	100 (50.3)	84 (42.2)	15 (7.5)	1.5	0.7-3.2	2.9	0.4-22.9	2.0	0.7-5.6	2.3	0.3-21.3
	30-34(N=274)	156 (56.9)	95 (34.7)	23 (8.4)	1.1	0.5-2.3	2.8	0.4-21.9	1.6	0.6-4.3	2.9	0.3-27.5
	35-39(N=119)	66 (55.5)	42 (35.3)	11 (9.2)	1.1	0.5-2.5	3.2	0.4-26.1	1.6	0.5-4.6	2.6	0.3-26.8
	≥ 40(N=31)	12 (38.7)	16 (51.6)	3 (9.7)	2.3	0.8-6.6	4.8	0.4-51.1	3.8	1.0-13.6	5.0	0.4-65.6
<b>Estado civil</b>	Casada (N= 495)	266 (53.7)	187 (37.8)	42 (8.5)	1	-	1	-	1	-	1	-
	Rela. con com N=105)	60 (57.1)	38 (36.2)	7 (6.7)	0.9	0.6-1.4	0.7	0.3-1.7	0.8	0.5-1.2	0.5	0.2-1.2
	Rel. sin com (N=171)	99 (57.9)	61 (35.7)	11 (6.4)	0.9	0.6-1.3	0.7	0.4-1.4	0.6	0.4-1.0	0.4	0.2-1.0
<b>Nivel de estudios</b>	Primarios (N=291)	144 (49.5)	118 (40.6)	29 (10.0)	1	-	1	-	1	-	1	-
	Secundarios (N=375)	218 (58.1)	130 (34.7)	27 (7.2)	0.7	0.5-1.0	0.6	0.4-1.1	0.7	0.5-1.0	0.7	0.4-1.4
	Universitar (N=106)	64 (60.4)	37 (34.9)	5 (4.7)	0.7	0.4-1.1	0.4	0.1-1.1	0.7	0.4-1.1	0.5	0.2-1.5
<b>Tipo de trabajo</b>	Ama casa (N=169)	98 (58.0)	53 (31.4)	18 (10.7)	1	-	1	-	1	-	1	-
	Parada (N=161)	80 (49.7)	68 (42.2)	13 (8.1)	1.6	0.9-2.5	0.9	0.4-1.9	1.6	0.9-2.6	1.0	0.4-2.3
	Ocupada (N=428)	238 (55.6)	160 (37.4)	30 (7.0)	1.2	0.8-1.8	0.7	0.4-1.3	1.4	0.9-2.1	0.8	0.4-1.6
	Estudiante (N=14)	10 (71.4)	4 (28.6)	0 (0.0)	0.7	0.2-2.5	e-08	0	0.7	0.2-3.1	e-06	0
<b>Nacionalidad</b>	Española sí (N=706)	388 (55.0)	265 (37.5)	53 (7.5)	1	-	1	-	1	-	1	-
	Española no (N=68)	38 (55.9)	22 (32.4)	8 (11.8)	0.9	0.5-1.5	1.5	0.7-3.5	0.8	0.4-1.5	0.9	0.3-2.6
<b>Convivencia</b>	Pareja (N=702)	391 (55.7)	255 (36.3)	56 (8.0)	1	-	1	-	1	-	1	-
	Otras forma (N=71)	35 (49.3)	31 (43.7)	5 (7.0)	1.4	0.8-2.3	1.0	0.4-2.7	1.8	0.9-3.6	1.7	0.5-6.3
<b>Apoyo en su entorno</b>	Sí (N=733)	405 (55.3)	273 (37.2)	55 (7.5)	1	-	1	-	1	-	1	-
	No(N=37)	20 (54.1)	11 (29.7)	6 (16.2)	0.8	0.4-1.7	2.2	0.9-5.7	0.7	0.3-1.7	1.4	0.4-4.4
<b>Deseo embarazo</b>	Sí (N=651)	355 (54.5)	243 (37.3)	53 (8.1)	1	-	1	-	1	-	1	-
	No (N=118)	70 (59.3)	41 (34.8)	7 (5.9)	0.9	0.6-1.3	0.7	0.3-1.5	0.8	0.5-1.2	0.6	0.2-1.5
<b>Patologías en el embarazo</b> P=0.0013	No (N=530)	304 (57.4)	197 (37.2)	29 (5.5)	1	-	1	-	1	-	1	-
	Sí (N=240)	120 (50.0)	89 (37.1)	31 (12.9)	1.1	0.8-1.6	2.7	1.6-4.7	1.2	0.8-1.7	2.9	1.6-5.3
<b>Infecciones en el embarazo</b>	No (N=437)	245 (56.1)	160 (36.6)	32 (7.3)	1	-	1	-	1	-	1	-
	Sí (N=329)	177 (53.8)	124 (37.7)	28 (8.5)	1.1	0.8-1.5	1.2	0.7-2.1	1.1	0.8-1.6	1.1	0.6-1.9

Tabla 4.120. Modelo II de regresión logística (violencia ISA global) para el inicio del parto

Variables	Categorías	INICIO DEL PARTO										
		Tipos de parto Fr. (%)			Modelo bruto				Modelo ajustado			
		Espontáneo	Inducido	Cesárea	Odd	IC	Odd	IC	Odd	IC	Odd	IC
					s	(95%)	s	(95%)	s	(95%)	s	(95%)
			Inducido		Cesárea		Inducido		Cesárea			
ISA global	No (N=562)	297(52.9)	221(39.3)	44 (7.8)	1	-	1	-	1	-	1	-
	Sí (N=151)	92 (60.9)	46 (30.5)	13 (8.6)	0.7	0.5-1.0	1.0	0.5-1.9	0.7	0.5-1.1	1.2	0.5-2.4
Edad	<20(N=31)	19 (61.3)	11 (35.5)	1 (3.2)	1	-	1	-	1	-	1	-
	20-24(N=100)	58 (58.0)	34 (34.0)	8 (8.0)	1.0	0.4-2.4	2.6	0.3-22.3	1.3	0.4-3.9	2.3	0.2-22.5
	25-29(N=199)	100 (50.3)	84 (42.2)	15 (7.5)	1.5	0.7-3.2	2.9	0.4-22.9	2.4	0.8-7.3	1.7	0.2-17.0
	30-34(N=274)	156 (56.9)	95 (34.7)	23 (8.4)	1.1	0.5-2.3	2.8	0.4-21.9	1.9	0.6-5.8	2.3	0.2-23.6
	35-39(N=119)	66 (55.5)	42 (35.3)	11 (9.2)	1.1	0.5-2.5	3.2	0.4-26.1	2.2	0.7-6.9	2.5	0.2-27.4
	≥ 40(N=31)	12 (38.7)	16 (51.6)	3 (9.7)	2.3	0.8-6.6	4.8	0.4-51.1	3.9	1.0-15.5	2.7	0.2-42.1
Estado civil	Casada (N= 495)	266 (53.7)	187 (37.8)	42 (8.5)	1	-	1	-	1	-	1	-
	Rela. com (N=105)	60 (57.1)	38 (36.2)	7 (6.7)	0.9	0.6-1.4	0.7	0.3-1.7	0.8	0.5-1.3	0.4	0.2-1.2
	Rel. sin com (N=171)	99 (57.9)	61 (35.7)	11 (6.4)	0.9	0.6-1.3	0.7	0.4-1.4	0.6	0.4-1.0	0.3	0.1-0.8
Nivel de estudios	Primarios (N=291)	144 (49.5)	118 (40.6)	29 (10.0)	1	-	1	-	1	-	1	-
	Secundarios (N=375)	218 (58.1)	130 (34.7)	27 (7.2)	0.7	0.5-1.0	0.6	0.4-1.1	0.6	0.4-0.9	0.8	0.4-1.6
	Universitar (N=106)	64 (60.4)	37 (34.9)	5 (4.7)	0.7	0.4-1.1	0.4	0.1-1.1	0.5	0.3-0.9	0.5	0.2-1.6
Tipo de trabajo	Ama casa (N=169)	98 (58.0)	53 (31.4)	18 (10.7)	1	-	1	-	1	-	1	-
	Parada (N=161)	80 (49.7)	68 (42.2)	13 (8.1)	1.6	0.9-2.5	0.9	0.4-1.9	1.7	1.0-3.0	0.8	0.3-2.0
	Ocupada (N=428)	238 (55.6)	160 (37.4)	30 (7.0)	1.2	0.8-1.8	0.7	0.4-1.3	1.5	0.9-2.4	0.7	0.4-1.6
	Estudiante (N=14)	10 (71.4)	4 (28.6)	0 (0.0)	0.7	0.2-2.5	e-08	0	1.1	0.2-4.8	e-6	0
Nacionalidad	Española sí (N=706)	388 (55.0)	265 (37.5)	53 (7.5)	1	-	1	-	1	-	1	-
	Española no (N=68)	38 (55.9)	22 (32.4)	8 (11.8)	0.9	0.5-1.5	1.5	0.7-3.5	0.8	0.4-1.5	1.0	0.3-2.8
Convivencia	Con pareja (N=702)	391 (55.7)	255 (36.3)	56 (8.0)	1	-	-	-	1	-	1	-
	Otras forma (N=71)	35 (49.3)	31 (43.7)	5 (7.0)	1.4	0.8-2.3	1.0	0.4-2.7	1.8	0.9-3.7	1.6	0.4-6.7
Apoyo en su entorno	Sí (N=733)	405 (55.3)	273 (37.2)	55 (7.5)	1	-	1	-	1	-	1	-
	No (N=37)	20 (54.1)	11 (29.7)	6 (16.2)	0.8	0.4-1.7	2.2	0.9-5.7	0.7	0.3-1.7	1.4	0.5-4.7
Deseo embarazo	Sí (N=651)	355 (54.5)	243 (37.3)	53 (8.1)	1	-	1	-	1	-	1	-
	No (N=118)	70 (59.3)	41 (34.8)	7 (5.9)	0.9	0.6-1.3	0.7	0.3-1.5	0.8	0.5-1.3	0.4	0.1-1.2
Patologías en el embarazo P=0.0013	No (N=530)	304 (57.4)	197 (37.2)	29 (5.5)	1	-	1	-	1	-	1	-
	Sí (N=240)	120 (50.0)	89 (37.1)	31 (12.9)	1.1	0.8-1.6	2.7	1.6-4.7	1.1	0.8-1.6	3.2	1.7-6.1
Infecciones en el embarazo	No (N=437)	245 (56.1)	160 (36.6)	32 (7.3)	1	-	1	-	1	-	1	-
	Sí (N=329)	177 (53.8)	124 (37.7)	28 (8.5)	1.1	0.8-1.5	1.2	0.7-2.1	1.2	0.8-1.6	1.0	0.5-1.9

Tabla 4.121. Modelo III de regresión logística (violencia periembarazo AAS+ISA) para el inicio del parto.

Variables	Categorías	INICIO DEL PARTO										
		Tipos de parto Fr. (%)			Modelo bruto				Modelo ajustado			
		Espontáneo	Inducido	Cesárea	Odds	IC (95%)	Odds	IC (95%)	Odds	IC (95%)	Odds	IC (95%)
					Inducido	Cesárea	Inducido	Cesárea				
<b>Violencia periembarazo AAS+ISA</b>	No (N=599)	318 (53.1)	235 (39.2)	46 (7.7)	1	-	1	-	1	-	1	-
	Sí (N=175)	108 (61.7)	52 (29.7)	15 (8.6)	0.7	0.5-0.9	1.0	0.5-1.8	0.7	0.4-1.0	1.1	0.5-2.1
<b>Edad</b>	<20(N=31)	19 (61.3)	11 (35.5)	1 (3.2)	1	-	1	-	1	-	1	-
	20-24 (N=100)	58 (58.0)	34 (34.0)	8 (8.0)	1.0	0.4-2.4	2.6	0.3-22.3	1.2	0.4-3.1	2.3	0.3-21.2
	25-29 (N=199)	100 (50.3)	84 (42.2)	15 (7.5)	1.5	0.7-3.2	2.9	0.4-22.9	2.1	0.8-5.7	2.3	0.2-21.0
	30-34 (N=274)	156 (56.9)	95 (34.7)	23 (8.4)	1.1	0.5-2.3	2.8	0.4-21.9	1.6	0.6-4.4	2.9	0.3-26.9
	35-39 (N=119)	66 (55.5)	42 (35.3)	11 (9.2)	1.1	0.5-2.5	3.2	0.4-26.1	1.6	0.6-4.7	2.6	0.3-26.1
	≥ 40 (N=31)	12 (38.7)	16 (51.6)	3 (9.7)	2.3	0.8-6.6	4.8	0.4-51.1	3.7	1.0-13.4	4.6	0.4-60.9
<b>Estado civil</b>	Casada (N= 495)	266 (53.7)	187 (37.8)	42 (8.5)	1	-	1	-	1	-	1	-
	Rel. con com (N=105)	60 (57.1)	38 (36.2)	7 (6.7)	0.9	0.6-1.4	0.7	0.3-1.7	0.8	0.5-1.3	0.4	0.2-1.2
	Rel. sin com N=171)	99 (57.9)	61 (35.7)	11 (6.4)	0.9	0.6-1.3	0.7	0.4-1.4	0.6	0.4-1.0	0.4	0.2-1.0
<b>Nivel de estudios</b>	Primarios (N=291)	144 (49.5)	118 (40.6)	29 (10.0)	1	-	1	-	1	-	1	-
	Secundarios(N=375)	218 (58.1)	130 (34.7)	27 (7.2)	0.7	0.5-1.0	0.6	0.4-1.1	0.7	0.5-1.0	0.7	0.4-1.4
	Universitar (N=106)	64 (60.4)	37 (34.9)	5 (4.7)	0.7	0.4-1.1	0.4	0.1-1.1	0.6	0.4-1.1	0.5	0.2-1.6
<b>Tipo de trabajo</b>	Ama de casa (N=169)	98 (58.0)	53 (31.4)	18 (10.7)	1	-	1	-	1	-	1	-
	Parada (N=161)	80 (49.7)	68 (42.2)	13 (8.1)	1.6	0.9-2.5	0.9	0.4-1.9	1.5	0.9-2.5	1.0	0.4-2.4
	Ocupada (N=428)	238 (55.6)	160 (37.4)	30 (7.0)	1.2	0.8-1.8	0.7	0.4-1.3	1.4	0.9-2.1	0.8	0.4-1.7
	Estudiante (N=14)	10 (71.4)	4 (28.6)	0 (0.0)	0.7	0.2-2.5	e-08	0	0.8	0.2-3.3	e-6	0
<b>Nacionalidad</b>	Española sí (N=706)	388 (55.0)	265 (37.5)	53 (7.5)	1	-	1	-	1	-	1	-
	Española no (N=68)	38 (55.9)	22 (32.4)	8 (11.8)	0.9	0.5-1.5	1.5	0.7-3.5	0.8	0.4-1.5	0.9	0.3-2.6
<b>Convivencia</b>	Con pareja(N=702)	391 (55.7)	255 (36.3)	56 (8.0)	1	-	1	-	1	-	1	-
	Otras forma (N=71)	35 (49.3)	31 (43.7)	5 (7.0)	1.4	0.8-2.3	1.0	0.4-2.7	1.8	0.9-3.7	1.7	0.5-6.1
<b>Apoyo en su entorno</b>	Sí (N=733)	405 (55.3)	273 (37.2)	55 (7.5)	1	-	1	-	1	-	1	-
	No(N=37)	20 (54.1)	11 (29.7)	6 (16.2)	0.8	0.4-1.7	2.2	0.9-5.7	0.8	0.3-1.7	1.3	0.4-4.1
<b>Deseo embarazo</b>	Sí (N=651)	355 (54.5)	243 (37.3)	53 (8.1)	1	-	1	-	1	-	1	-
	No (N=118)	70 (59.3)	41 (34.8)	7 (5.9)	0.9	0.6-1.3	0.7	0.3-1.5	0.8	0.5-1.3	0.5	0.2-1.4
<b>Patologías en el embarazo P=0.0013</b>	No (N=530)	304 (57.4)	197 (37.2)	29 (5.5)	1	-	1	-	1	-	1	-
	Sí (N=240)	120 (50.0)	89 (37.1)	31 (12.9)	1.1	0.8-1.6	2.7	1.6-4.7	1.2	0.8-1.7	2.8	1.5-5.1
<b>Infecciones en el embarazo</b>	No (N=437)	245 (56.1)	160 (36.6)	32 (7.3)	1	-	1	-	1	-	1	-
	Sí (N=329)	177 (53.8)	124 (37.7)	28 (8.5)	1.1	0.8-1.5	1.2	0.7-2.1	1.1	0.8-1.6	1.0	0.6-1.9

Tabla 4.122. Modelo IV de regresión logística (violencia emocional adultas y periembarazo y violencia física adultas y periembarazo) para el inicio del parto

Variables	Categorías	INICIO DEL PARTO										
		Tipos de parto Fr. (%)			Modelo bruto				Modelo ajustado			
		Espontáneo	Inducido	Cesárea	Odds	IC (95%)	Odds	IC (95%)	Odds	IC (95%)	Odds	IC (95%)
					Inducido		Cesárea		Inducido		Cesárea	
Violencia emocional adultas	No (N=646)	362 (56.0)	235 (36.4)	49 (7.6)	1	-	1	-	1	-	1	-
	Sí (N=119)	60 (50.4)	48 (40.3)	11 (9.2)	1.2	0.8 – 1.9	1.4	0.7 – 2.8	1.4	0.8-2.5	1.0	0.4-2.6
Violencia emocional periembarazo	No (N=728)	400 (55.0)	271 (37.2)	57 (7.8)	1	-	1	-	1	-	1	-
	Sí (N=37)	22 (59.5)	12 (32.4)	3 (8.1)	0.8	0.4 – 1.7	1.0	0.3-3.3	0.8	0.3-2.0	1.1	0.3-4.8
Violencia física adultas	No (N=709)	389 (54.9)	264 (37.2)	56 (7.9)	1	-	1	-	1	-	1	-
	Sí (N=55)	32 (58.2)	20 (36.4)	3 (5.5)	0.9	0.5 – 1.7	0.7	0.2 – 2.2	0.7	0.3-1.5	0.5	0.1-2.2
Violencia física periembarazo	No (N=751)	412 (54.9)	281 (37.4)	58 (7.7)	1	-	1	-	1	-	1	-
	Sí (N=13)	9 (69.2)	3 (23.1)	1 (7.7)	0.5	0.1 – 1.8	0.8	0.1-2.0	0.4	0.1-2.2	0.7	0.1-9.8
Edad	<20 (N=31)	19 (61.3)	11 (35.5)	1 (3.2)	1	-	1	-	1	-	1	-
	20-24 (N=100)	58 (58.0)	34 (34.0)	8 (8.0)	1.0	0.4 – 2.4	2.6	0.3–22.3	1.1	0.4-2.9	2.1	0.2-19.2
	25-29 (N=199)	100 (50.3)	84 (42.2)	15 (7.5)	1.5	0.7 – 3.2	2.9	0.4–22.9	1.9	0.7-5.3	2.2	0.2-20.8
	30-34 (N=274)	156 (56.9)	95 (34.7)	23 (8.4)	1.1	0.5 – 2.3	2.8	0.4-21.9	1.5	0.5-4.1	2.7	0.3-26.2
	35-39 (N=119)	66 (55.5)	42 (35.3)	11 (9.2)	1.1	0.5 – 2.5	3.2	0.4-26.1	1.5	0.5-4.6	2.7	0.3-27.5
	≥ 40 (N=31)	12 (38.7)	16 (51.6)	3 (9.7)	2.3	0.8 – 6.6	4.8	0.4-51.1	3.8	1.0-13.8	5.0	0.4-66.7
Estado civil	Casada (N= 495)	266 (53.7)	187 (37.8)	42 (8.5)	1	-	1	-	1	-	1	-
	Rel. con com (N=105)	60 (57.1)	38 (36.2)	7 (6.7)	0.9	0.6-1.4	0.7	0.3-1.7	0.8	0.5-1.3	0.5	0.2-1.4
	Rel. sin com (N=171)	99 (57.9)	61 (35.7)	11 (6.4)	0.9	0.6-1.3	0.7	0.4-1.4	0.6	0.4-0.9	0.4	0.2-1.1
Nivel de estudios	Primarios (N=291)	144 (49.5)	118 (40.6)	29 (10.0)	1	-	1	-	1	-	1	-
	Secundarios (N=375)	218 (58.1)	130 (34.7)	27 (7.2)	0.7	0.5-1.0	0.6	0.4-1.1	0.7	0.5-1.0	0.7	0.3-1.3
	Universitar (N=106)	64 (60.4)	37 (34.9)	5 (4.7)	0.7	0.4-1.1	0.4	0.1-1.1	0.7	0.4-1.1	0.5	0.2-1.5
Tipo de trabajo	Amas de casa (N=169)	98 (58.0)	53 (31.4)	18(10.7)	1	-	1	-	1	-	1	-
	Parada (N=161)	80 (49.7)	68 (42.2)	13 (8.1)	1.6	0.9-2.5	0.9	0.4-1.9	1.6	0.9-2.7	1.0	0.4-2.3
	Ocupada (N=428)	238 (55.6)	160 (37.4)	30 (7.0)	1.2	0.8-1.8	0.7	0.4-1.3	1.5	0.9-2.3	0.8	0.4-1.7
	Estudiante (N=14)	10 (71.4)	4 (28.6)	0 (0.0)	0.7	0.2-2.5		0	0.7	0.1-2.9	2.6e06	0-
Nacionalidad	Española sí (N=706)	388 (55.0)	265 (37.5)	53 (7.5)	1	-	1	-	1	-	1	-
	Española no (N=68)	38 (55.9)	22 (32.4)	8 (11.8)	0.9	0.5-1.5	1.5	0.7-3.5	1.3	0.7-2.3	1.2	0.4-3.7
Convivencia	Con pareja (N=702)	391 (55.7)	255 (36.3)	56 (8.0)	1	-	1	-	1	-	1	-
	Otras formas (N=71)	35 (49.3)	31 (43.7)	5 (7.0)	1.4	0.8-2.3	1.0	0.4-2.7	1.9	0.9-3.8	1.7	0.5-6.4
Apoyo en su entorno	Sí (N=733)	405 (55.3)	273 (37.2)	55 (7.5)	1	-	1	-	1	-	1	-
	No(N=37)	20 (54.1)	11 (29.7)	6 (16.2)	0.8	0.4-1.7	2.2	0.9-5.7	0.7	0.3-1.8	1.3	0.4-4.6
Deseo embarazo	Sí (N=651)	355 (54.5)	243 (37.3)	53 (8.1)	1	-	1	-	1	-	1	-
	No (N=118)	70 (59.3)	41 (34.8)	7 (5.9)	0.9	0.6-1.3	0.7	0.3-1.5	0.8	0.5-1.2	0.6	0.2-1.6
Patologías en el embarazo P=0.0013	No (N=530)	304 (57.4)	197 (37.2)	29 (5.5)	1	-	1	-	1	-	1	-
	Sí (N=240)	120 (50.0)	89 (37.1)	31 (12.9)	1.1	0.8-1.6	2.7	1.6-4.7	1.1	0.8-1.7	3.0	1.6-5.5
Infecciones en el embarazo	No (N=437)	245 (56.1)	160 (36.6)	32 (7.3)	1	-	1	-	1	-	1	-
	Sí (N=329)	177 (53.8)	124 (37.7)	28 (8.5)	1.1	0.8-1.5	1.2	0.7-2.1	1.1	0.8-1.6	1.0	0.5-1.9

Tabla 4.123. Modelo V de regresión logística (violencia ISA no física y física) para el inicio del parto

Variables	Categorías	INICIO DEL PARTO										
		Tipos de parto Fr. (%)			Modelo bruto				Modelo ajustado			
		Espontáneo	Inducido	Cesárea	Odds	IC (95%)	Odds	IC (95%)	Odds	IC (95%)	Odds	IC (95%)
Violencia ISA no física	No (N=564)	298 (52.8)	222 (39.4)	4 (7.8)	1	-	1	-	1	-	1	-
	Sí (N=149)	91 (61.1)	45 (30.2)	3 (8.7)	0.7	0.5-1.0	1.0	0.5-1.9	0.8	0.5-1.2	1.2	0.6-2.6
Violencia ISA física	No (N=687)	370 (53.9)	262 (38.1)	5 (8.0)	1	-	1	-	1	-	1	-
	Sí (N=26)	19 (73.1)	5 (19.2)	2 (7.7)	0.4	0.1-1.0	0.7	0.2-3.1	0.4	0.1-1.4	0.7	0.1-4.1
Edad	<20 (N=31)	19 (61.3)	11 (35.5)	1 (3.2)	1	-	1	-	1	-	1	-
	20-24 (N=100)	58 (58.0)	34 (34.0)	8 (8.0)	1.0	0.4-2.4	2.6	0.3-22.3	1.3	0.4-3.9	2.3	0.2-22.2
	25-29 (N=199)	100 (50.3)	84 (42.2)	15 (7.5)	1.5	0.7-3.2	2.9	0.4-22.9	2.6	0.9-8.0	1.7	0.2-17.2
	30-34 (N=274)	156 (56.9)	95 (34.7)	23 (8.4)	1.1	0.5-2.3	2.8	0.4-21.9	2.1	0.7-6.4	2.4	0.2-24.0
	35-39 (N=119)	66 (55.5)	42 (35.3)	11 (9.2)	1.1	0.5-2.5	3.2	0.4-26.1	2.3	0.7-7.5	2.5	0.2-27.7
	≥ 40 (N=31)	12 (38.7)	16 (51.6)	3 (9.7)	2.3	0.8-6.6	4.8	0.4-51.1	4.3	1.1-17.5	2.7	0.2-42.6
Estado civil	Casada (N=495)	266 (53.7)	187 (37.8)	42 (8.5)	1	-	1	-	1	-	1	-
	Rel. con com (N=105)	60 (57.1)	38 (36.2)	7 (6.7)	0.9	0.6-1.4	0.7	0.3-1.7	0.8	0.5-1.4	0.4	0.2-1.2
	Rel. sin com (N=171)	99 (57.9)	61 (35.7)	11 (6.4)	0.9	0.6-1.3	0.7	0.4-1.4	0.6	0.4-1.1	0.3	0.1-0.8
Nivel de estudios	Primarios (N=291)	144 (49.5)	118 (40.6)	29 (10.0)	1	-	1	-	1	-	1	-
	Secundarios (N=375)	218 (58.1)	130 (34.7)	27 (7.2)	0.7	0.5-1.0	0.6	0.4-1.1	0.6	0.4-0.9	0.8	0.4-1.6
	Universitar (N=106)	64 (60.4)	37 (34.9)	5 (4.7)	0.7	0.4-1.1	0.4	0.1-1.1	0.5	0.3-0.9	0.5	0.2-1.6
Tipo de trabajo	Ama casa (N=169)	98 (58.0)	53 (31.4)	18 (10.7)	1	-	1	-	1	-	1	-
	Parada (N=161)	80 (49.7)	68 (42.2)	13 (8.1)	1.6	0.9-2.5	0.9	0.4-1.9	1.7	1.0-2.9	0.8	0.3-1.9
	Ocupada (N=428)	238 (55.6)	160 (37.4)	30 (7.0)	1.2	0.8-1.8	0.7	0.4-1.3	1.5	0.9-2.3	0.7	0.3-1.5
	Estudiante (N=14)	10 (71.4)	4 (28.6)	0 (0.0)	0.7	0.2-2.5		0	1.1	0.2-4.9	2.2e06	0
Nacionalidad	Española sí (N=706)	388 (55.0)	265 (37.5)	53 (7.5)	1	-	1	-	1	-	1	-
	Española no (N=68)	38 (55.9)	22 (32.4)	8 (11.8)	0.9	0.5-1.5	1.5	0.7-3.5	1.1	0.6-2.2	1.0	0.4-3.0
Convivencia	Con pareja (N=702)	391 (55.7)	255 (36.3)	56 (8.0)	1	-		-	1	-	1	-
	Otras formas (N=71)	35 (49.3)	31 (43.7)	5 (7.0)	1.4	0.8-2.3	1.0	0.4-2.7	1.9	0.9-3.9	1.6	0.4-6.9
Apoyo en su entorno	Sí (N=733)	405 (55.3)	273 (37.2)	55 (7.5)	1	-	1	-	1	-	1	-
	No (N=37)	20 (54.1)	11 (29.7)	6 (16.2)	0.8	0.4-1.7	2.2	0.9-5.7	0.7	0.3-1.7	1.5	0.4-6.9
Deseo embarazo	Sí (N=651)	355 (54.5)	243 (37.3)	53 (8.1)	1	-	1	-	1	-	1	-
	No (N=118)	70 (59.3)	41 (34.8)	7 (5.9)	0.9	0.6-1.3	0.7	0.3-1.5	0.8	0.5-1.3	0.4	0.1-1.2
Patologías en el embarazo P=0.0013	No (N=530)	304 (57.4)	197 (37.2)	29 (5.5)	1	-	1	-	1	-	1	-
	Sí (N=240)	120 (50.0)	89 (37.1)	31 (12.9)	1.1	0.8-1.6	2.7	1.6-4.7	1.1	0.8-1.6	3.2	1.7-6.0
Infecciones en el embarazo	No (N=437)	245 (56.1)	160 (36.6)	32 (7.3)	1	-	1	-	1	-	1	-
	Sí (N=329)	177 (53.8)	124 (37.7)	28 (8.5)	1.1	0.8-1.5	1.2	0.7-2.1	1.2	0.8-1.7	1.0	0.6-1.9

En el análisis bivariante, el inicio del parto (espontáneo, inducido o cesárea), no está asociado estadísticamente con los diferentes tipos de violencia de ninguno de los modelos analizados.

Cuando realizamos el análisis bivariante del inicio del parto con las diferentes variables sociodemográficas, entorno familiar, deseo de embarazo y patologías e infecciones durante el embarazo, encontramos que únicamente existe una asociación con las patologías durante el embarazo, las mujeres que tienen patologías durante el embarazo tienen más probabilidades de iniciar su parto mediante una cesárea (OR=2.7).

En los modelos ajustados del inicio del parto, una vez controlados por las variables sociodemográficas, entorno familiar, deseo de embarazo y patologías e infecciones durante el embarazo, encontramos que:

En todos los modelos, una mujer de 40 años o más, tiene más probabilidades de que su parto se inicie con una inducción (OR de 3.7 a 4.3). De la misma manera, las mujeres con patologías tienen más probabilidad de que su parto se inicie con una cesárea (OR de 2.8 a 3.2).

En los modelos II y V, las mujeres que no tienen trabajo presentan más probabilidades de que su parto se inicie con una inducción (OR=1.7). Por otra parte, las mujeres con una relación sin compromiso, esta situación les protegería de iniciar su parto con una cesárea (OR=0.3). De la misma manera, el tener estudios secundarios (OR=0.6) o universitarios (OR=0.5) les protegería de que su parto se inicie con una inducción.

En el modelo IV, las mujeres que mantienen una relación sin compromiso tienen menos probabilidades de que su parto se inicie con una inducción (OR=0.6).

Cuando se ajusta por las variables sociodemográficas, entorno familiar, deseo de embarazo y patologías e infecciones durante el embarazo, ninguna violencia está asociada estadísticamente al tipo de inicio de parto. En todos los modelos, tener 40 años o más es un factor para que el parto se inicie con una inducción, las mujeres que tienen patologías durante el embarazo aparece también como un factor para tener un inicio de parto mediante cesárea. En los modelos II y V, tener una relación sin compromiso es un factor de protección para que el parto se inicie con una cesárea, y el tener estudios secundarios o universitarios protegería de que el parto se inicie con una



inducción. Sin embargo, el no tener trabajo sería un factor de riesgo para que el parto se inicie con una inducción.

### 4.5.2.3. Finalización del parto

En este apartado, presentamos los modelos de regresión logística para la finalización del parto (eutócico, instrumental y cesárea) y los diferentes tipos de violencia sufridos por la mujer, ajustado por las variables sociodemográficas, entorno familiar, deseo de embarazo y las patologías e infecciones durante el embarazo.

Tabla 4.124. Modelo I de regresión logística (violencia global adultas y periembarazo) para la finalización del parto

Variables	Categorías	FINALIZACIÓN DEL PARTO										
		Tipos de parto Fr. (%)			Modelo bruto				Modelo ajustado			
		Eutócico	Instrumental	Cesárea	Odds	IC (95%)	Odds	IC (95%)	Odds	IC (95%)	Odds	IC (95%)
Violencia global adultas	No (N=623)	405 (65.0)	107 (17.2)	111 (17.8)	1	-	1	-	1	-	1	-
	Sí (N=149)	103 (69.1)	14 (9.4)	32 (21.5)	0.5	0.3-1.0	1.1	0.7-1.8	0.4	0.2-0.8	0.9	0.5-1.5
Violencia global periembarazo	No (N=712)	468 (65.7)	113 (15.9)	131 (18.4)	1	-	1	-	1	-	1	-
	Sí (N=60)	40 (66.7)	8 (13.3)	12 (20.0)	0.8	0.4-1.8	1.1	0.6-2.1	1.4	0.6-3.5	1.3	0.6-2.8
Edad	<20 (N=31)	25 (80.7)	4 (12.9)	2 (6.5)	1	-	1	-	1	-	1	-
	20-24(N=100)	69 (69.0)	14 (14.0)	17 (17.0)	1.3	0.4-4.2	3.1	0.7-14.3	1.6	0.4-6.4	3.0	0.6-14.8
	25-29 (N=196)	121 (61.7)	35 (17.9)	40 (20.4)	1.8	0.6-5.5	4.1	0.9-18.2	2.2	0.5-9.0	3.9	0.8-19.6
	30-34 (N=276)	184 (66.7)	38 (13.8)	54 (19.6)	1.3	0.4-3.9	3.7	0.8-16.0	1.6	0.4-6.7	3.9	0.8-19.9
	35-39 (N=119)	76 (63.9)	20 (16.8)	23 (19.3)	1.6	0.5-5.3	3.8	0.8-17.2	2.1	0.5-9.3	4.1	0.8-22.0
	≥ 40 (N=30)	17 (56.7)	7 (23.3)	6 (20.0)	2.6	0.7-10.2	4.4	0.8-24.5	4.3	0.8-23.5	4.1	0.6-27.4
Estado civil	Casada (N= 495)	315 (63.6)	83 (16.8)	97 (19.6)	1	-	1	-	1	-	1	-
	Rel. Con com (N=104)	69 (66.4)	14 (13.5)	21 (20.2)	0.8	0.4-1.4	1.0	0.6-1.7	0.8	0.4-1.5	1.0	0.5-1.6
	Rel. sin com(N=170)	122 (71.8)	24 (14.1)	24 (14.1)	0.8	0.5-1.2	0.6	0.4-1.1	0.7	0.4-1.4	0.6	0.3-1.1
Nivel de estudios	Primarios(N=292)	189 (64.7)	43 (14.7)	60 (20.6)	1	-	1	-	1	-	1	-
	Secundar.(N=372)	246 (66.1)	59 (15.9)	67 (18.0)	1.1	0.7-1.6	0.9	0.6-1.3	1.0	0.6-1.7	0.8	0.5-1.3
	Universitar (N=106)	72 (67.9)	18 (17.0)	16 (15.1)	1.1	0.6-2.0	0.7	0.4-1.3	1.0	0.5-2.1	0.8	0.4-1.6
Tipo de trabajo	Ama de casa(N=170)	115 (67.7)	22 (12.9)	33 (19.4)	1	-	1	-	1	-	1	-
	Parada (N=161)	101 (62.7)	23 (14.3)	37 (23.0)	1.2	0.6-2.3	1.3	0.7-2.2	1.2	0.6-2.5	1.3	0.8-2.4
	Ocupada (N=424)	280 (66.0)	73 (17.2)	71 (16.8)	1.4	0.8-2.3	0.9	0.6-1.4	1.5	0.8-2.6	0.9	0.5-1.5
	Estudiante (N=15)	11 (73.3)	2 (13.3)	2 (13.3)	1.0	0.2-4.6	0.6	0.1-3.0	0.8	0.1-7.7	1.1	0.2-6.3
Nacionalidad	Española sí N=703)	466 (66.3)	110 (15.7)	127 (18.1)	1	-	1	-	1	-	1	-
	Española no (N=69)	42 (60.9)	11 (15.9)	16 (23.2)	1.1	0.6-2.2	1.4	0.8-2.6	1.3	0.6-2.9	1.1	0.5-2.3
Convivencia	Con pareja N=700	457 (65.3)	110 (15.7)	133 (19.0)	1	-	1	-	1	-	1	-
	Otras forma (N=71)	50 (70.4)	11 (15.5)	10 (14.1)	0.9	0.5-1.8	0.7	0.3-1.4	1.5	0.6-3.7	1.2	0.5-2.9
Apoyo en su entorno	Sí (N=731)	481 (65.8)	115 (15.7)	135 (18.5)	1	-	1	-	1	-	1	-
	No(N=37)	23 (62.2)	6 (16.2)	8 (21.6)	1.1	0.4-2.7	1.2	0.5-2.8	1.0	0.3-2.8	0.8	0.3-2.0
Deseo embarazo P=0.0290	Sí (N=649)	414(63.8)	106 (16.3)	129 (19.9)	1	-	1	-	1	-	1	-
	No (N=118)	90 (76.3)	14 (11.9)	14 (11.9)	0.6	0.3-1.1	0.5	0.3-0.9	0.6	0.3-1.2	0.5	0.2-0.9
Patologías en el embarazo P=0.0001	No (N=528)	368 (69.7)	84 (15.9)	76 (14.4)	1	-	1	-	1	-	1	-
	Sí (N=240)	138 (57.5)	36 (15.0)	66 (27.5)	1.1	0.7-1.8	2.3	1.6-3.4	1.3	0.8-2.0	2.5	1.6-3.8
Infecciones en el embarazo	No (N=434)	293 (67.5)	64 (14.8)	77 (17.7)	1	-	1	-	1	-	1	-
	Sí (N=330)	209 (63.3)	56 (17.0)	65 (19.7)	1.2	0.8-1.8	1.2	0.8-1.7	1.3	0.8-2.0	1.1	0.7-1.6

Tabla 4.125. Modelo II de regresión logística (violencia global ISA) para la finalización del parto.

Variables	Categorías	FINALIZACIÓN DEL PARTO										
		Tipos de parto Fr. (%)			Modelo bruto				Modelo ajustado			
		Eutócico	Instrumental	Cesárea	Odds	IC (95%)	Odds	IC (95%)	Odds	IC (95%)	Odds	IC (95%)
					Instrumental		Cesárea		Instrumental		Cesárea	
Violencia global ISA	No (N=560)	372 (66.4)	83 (14.8)	105 (18.8)	1	-	1	-	1	-	1	-
	Sí (N=153)	98 (64.1)	24 (15.7)	31 (20.3)	1.1	0.7-1.8	1.1	0.7-1.8	1.3	0.7-2.3	1.4	0.8-2.3
Edad	<20 (N=31)	25 (80.7)	4 (12.9)	2 (6.5)	1	-	1	-	1	-	1	-
	20-24 (N=100)	69 (69.0)	14 (14.0)	17 (17.0)	1.3	0.4-4.2	3.1	0.7-14.3	1.1	0.3-4.5	2.4	0.5-12.1
	25-29 (N=196)	121 (61.7)	35 (17.9)	40 (20.4)	1.8	0.6-5.5	4.1	0.9-18.2	1.5	0.4-6.1	3.1	0.6-15.6
	30-34 (N=276)	184 (66.7)	38 (13.8)	54 (19.6)	1.3	0.4-3.9	3.7	0.8-16.0	1.1	0.3-4.6	3.1	0.6-16.0
	35-39 (N=119)	76 (63.9)	20 (16.8)	23 (19.3)	1.6	0.5-5.3	3.8	0.8-17.2	1.2	0.3-5.6	3.6	0.7-19.4
	≥ 40 (N=30)	17 (56.7)	7 (23.3)	6 (20.0)	2.6	0.7-10.2	4.4	0.8-24.5	2.1	0.4-12.6	3.9	0.6-26.7
Estado civil	Casada (N= 495)	315 (63.6)	83 (16.8)	97 (19.6)	1	-	1	-	1	-	1	-
	Rel. con com(N=104)	69 (66.4)	14 (13.5)	21 (20.2)	0.8	0.4-1.4	1.0	0.6-1.7	0.7	0.4-1.4	0.9	0.5-1.6
	Rel. sin com(N=170)	122 (71.8)	24 (14.1)	24 (14.1)	0.8	0.5-1.2	0.6	0.4-1.1	0.5	0.3-1.1	0.5	0.3-1.0
Nivel de estudios	Primarios(N=292)	189 (64.7)	43 (14.7)	60 (20.6)	1	-	1	-	1	-	1	-
	Secundarios (N=372)	246 (66.1)	59 (15.9)	67 (18.0)	1.1	0.7-1.6	0.9	0.6-1.3	1.0	0.6-1.7	0.8	0.5-1.3
	Universitar (N=106)	72 (67.9)	18 (17.0)	16 (15.1)	1.1	0.6-2.0	0.7	0.4-1.3	1.1	0.6-2.4	0.8	0.4-1.6
Tipo de trabajo	Ama de casa(N=170)	115 (67.7)	22 (12.9)	33 (19.4)	1	-	1	-	1	-	1	-
	Parada (N=161)	101 (62.7)	23 (14.3)	37 (23.0)	1.2	0.6-2.3	1.3	0.7-2.2	1.1	0.5-2.3	1.3	0.7-2.3
	Ocupada (N=424)	280 (66.0)	73 (17.2)	71 (16.8)	1.4	0.8-2.3	0.9	0.6-1.4	1.3	0.7-2.4	0.9	0.5-1.5
	Estudiante (N=15)	11 (73.3)	2 (13.3)	2 (13.3)	1.0	0.2-4.6	0.6	0.1-3.0	0.6	0.1 - 5.6	1.0	0.2-5.9
Nacionalidad	Española sí (N=703)	466 (66.3)	110 (15.7)	127 (18.1)	1	-	1	-	1	-	1	-
	Española no (N=69)	42 (60.9)	11 (15.9)	16 (23.2)	1.1	0.6-2.2	1.4	0.8-2.6	1.3	0.6-2.8	1.1	0.5-2.3
Convivencia	Con pareja N=700	457 (65.3)	110 (15.7)	133 (19.0)	1	-	1	-	1	-	1	-
	Otras forma (N=71)	50 (70.4)	11 (15.5)	10 (14.1)	0.9	0.5-1.8	0.7	0.3-1.4	0.4	0.6-3.7	0.9	0.3-2.3
Apoyo en su entorno	Sí (N=731)	481 (65.8)	115 (15.7)	135 (18.5)	1	-	1	-	1	-	1	-
	No (N=37)	23 (62.2)	6 (16.2)	8 (21.6)	1.1	0.4-2.7	1.2	0.5-2.8	0.7	0.2-2.3	0.7	0.3-1.9
Deseo embarazo P=0.0290	Sí (N=649)	414 (63.8)	106 (16.3)	129 (19.9)	1	-	1	-	1	-	1	-
	No (N=118)	90 76.3	14 (11.9)	14 (11.9)	0.6	0.3-1.1	0.5	0.3-0.9	0.7	0.3-1.4	0.4	0.2-0.9
Patologías en el embarazo P=0.0001	No (N=528)	368 (69.7)	84 (15.9)	76 (14.4)	1	-	1	-	1	-	1	-
	Sí (N=240)	138 (57.5)	36 (15.0)	66 (27.5)	1.1	0.7-1.8	2.3	1.6-3.4	1.1	0.7-1.8	2.7	1.7-4.1
Infecciones en el embarazo	No (N=434)	293 (67.5)	64 (14.8)	77 (17.7)	1	-	1	-	1	-	1	-
	Sí (N=330)	209 (63.3)	56 (17.0)	65 (19.7)	1.2	0.8-1.8	1.2	0.8-1.7	1.3	0.8 - 2.0	1.0	0.6-1.5

Tabla 4.126. Modelo III de regresión logística (violencia periembarazo AAS+ISA) para la finalización del parto

Variables	Categorías	FINALIZACIÓN DEL PARTO										
		Tipos de parto Fr. (%)			Modelo bruto				Modelo ajustado			
		Eutócico	Instrumental	Cesárea	Odds	IC (95%)	Odds	IC (95%)	Odds	IC (95%)	Odds	IC (95%)
					Instrumental	Cesárea	Instrumental	Cesárea				
<b>Violencia periembarazo AAS+ISA</b>	No (N=595)	390 (65.6)	96 (16.1)	109 (18.3)	1	-	1	-	1	-	1	-
	Sí (N=177)	118 (66.7)	25 (14.1)	34 (19.2)	0.9	0.5-1.4	1.0	0.7-1.6	1.0	0.6-1.7	1.2	0.8-2.0
<b>Edad</b>	<20 (N=31)	25 (80.7)	4 (12.9)	2 (6.5)	1	-	1	-	1	-	1	-
	20-24 (N=100)	69 (69.0)	14 (14.0)	17 (17.0)	1.3	0.4-4.2	3.1	0.7-14.3	1.5	0.4-5.9	2.9	0.6-14.4
	25-29 (N=196)	121(61.7)	35 (17.9)	40 (20.4)	1.8	0.6-5.5	4.1	0.9-18.2	1.8	0.5-7.5	3.8	0.8-18.7
	30-34 (N=276)	184(66.7)	38 (13.8)	54 (19.6)	1.3	0.4-3.9	3.7	0.8-16.0	1.3	0.3-5.3	3.8	0.7-19.0
	35-39 (N=119)	76 (63.9)	20 (16.8)	23 (19.3)	1.6	0.5-5.3	3.8	0.8-17.2	1.6	0.4-7.2	3.9	0.8-20.8
	≥ 40 (N=30)	17 (56.7)	7 (23.3)	6 (20.0)	2.6	0.7-10.2	4.4	0.8-24.5	3.2	0.6-17.2	4.0	0.6-26.4
<b>Estado civil</b>	Casada (N= 495)	315 (63.6)	83 (16.8)	97 (19.6)	1	-	1	-	1	-	1	-
	el. con com(N=104)	69 (66.4)	14 (13.5)	21 (20.2)	0.8	0.4-1.4	1.0	0.6-1.7	0.7	0.3-1.4	0.9	0.5-1.6
	Rel. sin com(N=170)	122 (71.8)	24 (14.1)	24 (14.1)	0.8	0.5-1.2	0.6	0.4-1.1	0.7	0.4-1.3	0.6	0.3-1.0
<b>Nivel de estudios</b>	Primarios (N=292)	189 (64.7)	43 (14.7)	60 (20.6)	1	-	1	-	1	-	1	-
	secundarios (N=372)	246(66.1)	59 (15.9)	67 (18.0)	1.1	0.7-1.6	0.9	0.6-1.3	1.1	0.7-1.8	0.8	0.5-1.3
	Universitar (N=106)	72(67.9)	18 (17.0)	16 (15.1)	1.1	0.6-2.0	0.7	0.4-1.3	1.1	0.5-2.2	0.8	0.4-1.6
<b>Tipo de trabajo</b>	Ama de casa (N=170)	115 (67.7)	22 (12.9)	33 (19.4)	1	-	1	-	1	-	1	-
	Parada (N=161)	101 (62.7)	23 (14.3)	37 (23.0)	1.2	0.6-2.3	1.3	0.7-2.2	1.3	0.7-2.6	1.4	0.8-2.4
	Ocupada (N=424)	280(66.0)	73 (17.2)	71 (16.8)	1.4	0.8-2.3	0.9	0.6-1.4	1.5	0.8-2.7	0.9	0.5-1.4
	Estudiante (N=15)	11(73.3)	2 (13.3)	2 (13.3)	1.0	0.2-4.6	0.6	0.1-3.0	0.7	0.1-6.3	1.0	0.2-6.0
<b>Nacionalidad</b>	Española sí (N=703)	466(66.3)	110 (15.7)	127 (18.1)	1	-	1	-	1	-	1	-
	Española no (N=69)	42(60.9)	11 (15.9)	16 (23.2)	1.1	0.6-2.2	1.4	0.8-2.6	1.2	0.5-2.6	1.1	0.5-2.3
<b>Convivencia</b>	Con pareja (N=700)	457 (65.3)	110 (15.7)	133 (19.0)	1	-	1	-	1	-	1	-
	Otras formas (N=71)	50(70.4)	11 (15.5)	10 (14.1)	0.9	0.5-1.8	0.7	0.3-1.4	1.3	0.5-3.3	1.2	0.5-2.8
<b>Apoyo en su entorno</b>	Sí (N=731)	481 (65.8)	115 (15.7)	135 (18.5)	1	-	1	-	1	-	1	-
	No(N=37)	23 (62.2)	6 (16.2)	8 (21.6)	1.1	0.4-2.7	1.2	0.5-2.8	0.9	0.3-2.5	0.7	0.3-1.9
<b>Deseo embarazo P=0.0290</b>	Sí (N=649)	414(63.8)	106(16.3)	129 (19.9)	1	-	1	-	1	-	1	-
	No (N=118)	90(76.3)	14(11.9)	14 (11.9)	0.6	0.3-1.1	0.5	0.3-0.9	0.6	0.3-1.2	0.5	0.2-0.9
<b>Patologías en el embarazo P=0.0001</b>	No (N=528)	368 (69.7)	84(15.9)	76 (14.4)	1	-	1	-	1	-	1	-
	Sí (N=240)	138 (57.5)	36(15.0)	66 (27.5)	1.1	0.7-1.8	2.3	1.6-3.4	1.2	0.7-1.9	2.5	1.6-3.7
<b>Infecciones en el embarazo</b>	No (N=434)	293(67.5)	64(14.8)	77 (17.7)	1	-	1	-	1	-	1	-
	Sí (N=330)	209(63.3)	56 (17.0)	65(19.7)	1.2	0.8-1.8	1.2	0.8-1.7	1.3	0.8-2.0	1.1	0.7-1.6

Tabla 4.127. Modelo IV de regresión logística (violencia emocional adultas y periembrazo y violencia física adultas y periembrazo) para la finalización del parto

Variables	Categorías	FINALIZACIÓN DEL PARTO										
		Tipos de parto Fr. (%)			Modelo bruto				Modelo ajustado			
		Eutócico	Instrumental	Cesárea	Odds	IC (95%)	Odds	IC (95%)	Odds	IC (95%)	Odds	IC (95%)
<b>Violencia emocional adultas</b>	No (N=645)	424 (65.7)	108 (16.7)	113 (17.5)	1	-	1	-	1	-	1	-
	Sí (N=118)	78 (66.1)	13 (11.0)	27 (22.9)	0.7	0.4-1.2	1.3	0.8-2.1	0.7	0.3-1.6	1.1	0.6-2.1
<b>Violencia emocional periembrazo</b>	No (N=726)	479 (66.0)	115 (15.8)	132 (18.2)	1	-	1	-	1	-	1	-
	Sí (N=37)	23 (62.2)	6 (16.2)	8 (21.6)	1.1	0.4-2.7	1.3	0.6-2.9	1.0	0.3-3.3	1.8	0.7-4.7
<b>Violencia física adultas</b>	No (N=708)	462 (65.3)	117 (16.5)	129 (18.2)	1	-	1	-	1	-	1	-
	Sí (N=54)	40 (74.1)	4 (7.4)	10 (18.5)	0.4	0.1-1.1	0.9	0.4-1.8	0.2	0.0-0.9	0.6	0.2-1.6
<b>Violencia física periembrazo</b>	No (N=749)	494 (66.0)	118 (15.8)	137 (18.3)	1	-	1	-	1	-	1	-
	Sí (N=13)	8 (61.5)	3 (23.1)	2 (15.4)	1.6	0.4-6.0	0.9	0.2-4.3	5.7	0.8-42.5	0.8	0.1-5.8
<b>Edad</b>	<20 (N=31)	25 (80.7)	4 (12.9)	2 (6.5)	1	-	1	-	1	-	1	-
	20-24 (N=100)	69 (69.0)	14 (14.0)	17 (17.0)	1.3	0.4-4.2	3.1	0.7-14.3	1.8	0.4-7.6	2.9	0.6-14.6
	25-29 (N=196)	121 (61.7)	35 (17.9)	40 (20.4)	1.8	0.6-5.5	4.1	0.9-18.2	2.4	0.6-10.1	3.8	0.8-19.5
	30-34 (N=276)	184 (66.7)	38 (13.8)	54 (19.6)	1.3	0.4-3.9	3.7	0.8-16.0	1.7	0.4-7.5	3.9	0.8-20.2
	35-39 (N=119)	76 (63.9)	20 (16.8)	23 (19.3)	1.6	0.5-5.3	3.8	0.8-17.2	2.3	0.5-10.7	4.0	0.7-21.5
	≥ 40 (N=30)	17 (56.7)	7 (23.3)	6 (20.0)	2.6	0.7-10.2	4.4	0.8-24.5	4.9	0.9-27.6	4.3	0.6-28.6
<b>Estado civil</b>	Casada (N= 495)	315 (63.6)	83 (16.8)	97 (19.6)	1	-	1	-	1	-	1	-
	Rel. con com (N=104)	69 (66.4)	14 (13.5)	21 (20.2)	0.8	0.4-1.4	1.0	0.6-1.7	0.8	0.4-1.5	0.9	0.5-1.7
	Rel. sin com (N=170)	122 (71.8)	24 (14.1)	24 (14.1)	0.8	0.5-1.2	0.6	0.4-1.1	0.7	0.4-1.4	0.5	0.3-1.0
<b>Nivel de estudios</b>	Primarios (N=292)	189 (64.7)	43 (14.7)	60 (20.6)	1	-	1	-	1	-	1	-
	Secundarios (N=372)	246(66.1)	59 (15.9)	67 (18.0)	1.1	0.7-1.6	0.9	0.6-1.3	1.1	0.7-1.8	0.8	0.5-1.2
	Universitar (N=106)	72 (67.9)	18 (17.0)	16 (15.1)	1.1	0.6-2.0	0.7	0.4-1.3	1.1	0.5-2.2	0.7	0.4-1.5
<b>Tipo de trabajo</b>	Ama de casa (N=170)	115 (67.7)	22 (12.9)	33 (19.4)	1	-	1	-	1	-	1	-
	Parada (N=161)	101 (62.7)	23 (14.3)	37 (23.0)	1.2	0.6-2.3	1.3	0.7-2.2	1.2	0.6-2.4	1.3	0.7-2.3
	Ocupada (N=424)	280 (66.0)	73 (17.2)	71 (16.8)	1.4	0.8-2.3	0.9	0.6-1.4	1.4	0.8-2.6	0.8	0.5-1.4
	Estudiante (N=15)	11 (73.3)	2 (13.3)	2 (13.3)	1.0	0.2-4.6	0.6	0.1-3.0	0.7	0.1-7.0	1.0	0.2-6.1
<b>Nacionalidad</b>	Española sí (N=703)	466 (66.3)	110 (15.7)	127 (18.1)	1	-	1	-	1	-	1	-
	Española no(N=69)	42 (60.9)	11 (15.9)	16 (23.2)	1.1	0.6-2.2	1.4	0.8-2.6	0.8	0.4-1.9	0.9	0.4-1.9
<b>Convivencia</b>	Con pareja (N=700)	457 (65.3)	110 (15.7)	133 (19.0)	1	-	1	-	1	-	1	-
	Otras formas (N=71)	50 (70.4)	11 (15.5)	10 (14.1)	0.9	0.5-1.8	0.7	0.3-1.4	1.6	0.6-4.0	1.2	0.5-3.0
<b>Apoyo en su entorno</b>	Sí (N=731)	481 (65.8)	115 (15.7)	135 (18.5)	1	-	1	-	1	-	1	-
	No(N=37)	23 (62.2)	6 (16.2)	8 (21.6)	1.1	0.4-2.7	1.2	0.5-2.8	1.1	0.3-3.2	0.7	0.3-2.0
<b>Deseo embarazo P=0.0290</b>	Sí (N=649)	414 (63.8)	106 (16.3)	129 (19.9)	1	-	1	-	1	-	1	-
	No (N=118)	90 76.3	14 (11.9)	14 (11.9)	0.6	0.3-1.1	0.5	0.3-0.9	0.6	0.3-1.3	0.5	0.3-0.9
<b>Patologías en el embarazo P=0.0001</b>	No (N=528)	368 (69.7)	84 (15.9)	76 (14.4)	1	-	1	-	1	-	1	-
	Sí (N=240)	138 (57.5)	36 (15.0)	66 (27.5)	1.1	0.7-1.8	2.3	1.6-3.4	1.2	0.8-2.0	2.5	1.7-3.4
<b>Infecciones en el embarazo</b>	No (N=434)	293 (67.5)	64 (14.8)	77 (17.7)	1	-	1	-	1	-	1	-
	Sí (N=330)	209 (63.3)	56 (17.0)	65 (19.7)	1.2	0.8-1.8	1.2	0.8-1.7	1.3	0.8-2.0	1.1	0.7-1.6

Tabla 4.128. Modelo V de regresión logística (violencia ISA no física y física) para la finalización del parto

Variables	Categorías	FINALIZACIÓN DEL PARTO										
		Tipos de parto			Modelo bruto				Modelo ajustado			
		Fr. (%)			Odd s	IC (95%)	Odd s	IC (95%)	Odds	IC (95%)	Odds	IC (95%)
		Eutócico	Instrumental	Cesárea	Instrumental		Cesárea		Instrumental		Cesárea	
Violencia ISA no física	No (N=562)	373 (66.4)	83 (14.8)	106 (18.9)	1	-	1	-	1	-	1	-
	Sí (N=151)	97 (64.2)	24 (15.9)	30 (19.9)	1.1	0.7-1.8	1.1	0.7-1.7	1.3	0.7-2.4	1.3	0.8-2.3
Violencia ISA física	No (N=687)	453 (65.9)	103 (15.0)	131(19.1)	1	-	1	-	1	-	1	-
	Sí (N=26)	17 (65.4)	4 (15.4)	5 (19.2)	1.0	0.3-3.1	1.0	0.4-2.8	1.0	0.3-3.6	1.0	0.3-3.2
Edad	<20(N=31)	25 (80.7)	4 (12.9)	2 (6.5)	1	-	1	-	1	-	1	-
	20-24 (N=100)	69 (69.0)	14 (14.0)	17 (17.0)	1.3	0.4-4.2	3.1	0.7-14.3	1.1	0.3-4.5	2.4	0.5-12.1
	25-29 (N=196)	121 (61.7)	35 (17.9)	40 (20.4)	1.8	0.6-5.5	4.1	0.9-18.2	1.5	0.3-6.1	3.1	0.6-15.7
	30-34 (N=276)	184 (66.7)	38 (13.8)	54 (19.6)	1.3	0.4-3.9	3.7	0.8-16.0	1.1	0.2-4.6	3.1	0.6-16.0
	35-39 (N=119)	76 (63.9)	20 (16.8)	23 (19.3)	1.6	0.5-5.3	3.8	0.8-17.2	1.2	0.3-5.6	3.6	0.7-19.4
	≥ 40 (N=30)	17 (56.7)	7 (23.3)	6(20.0)	2.6	0.7-10.2	4.4	0.8-24.5	2.1	0.4-12.6	3.9	0.6-26.9
Estado civil	Casada (N=495)	315 (63.6)	83 (16.8)	97 (19.6)	1	-	1	-	1	-	1	-
	Rel. con com N=104)	69 (66.4)	14 (13.5)	21 (20.2)	0.8	0.4-1.4	1.0	0.6-1.7	0.7	0.3-1.4	0.9	0.5-1.6
	Rel. sin com (N=170)	122 (71.8)	24 (14.1)	24 (14.1)	0.8	0.5-1.2	0.6	0.4-1.1	0.5	0.2-1.1	0.5	0.3-1.0
Nivel de estudios	Primarios (N=292)	189 (64.7)	43 (14.7)	60 (20.6)	1	-	1	-	1	-	1	-
	Secundarios (N=372)	246 (66.1)	59 (15.9)	67 (18.0)	1.1	0.7-1.6	0.9	0.6-1.3	1.0	0.6-1.7	0.8	0.6-1.3
	Universitar (N=106)	72 (67.9)	18 (17.0)	16 (15.1)	1.1	0.6-2.0	0.7	0.4-1.3	1.1	0.5-2.4	0.8	0.4-1.6
Tipo de trabajo	Ama de casa (N=170)	115 (67.7)	22 (12.9)	33 (19.4)	1	-	1	-	1	-	1	-
	Parada (N=161)	101 (62.7)	23 (14.3)	37 (23.0)	1.2	0.6-2.3	1.3	0.7-2.2	1.1	0.5-2.3	1.2	0.7-2.3
	Ocupada (N=424)	280 (66.0)	73 (17.2)	71 (16.8)	1.4	0.8-2.3	0.9	0.6-1.4	1.3	0.7-2.4	0.9	0.5-1.5
	Estudiante (N=15)	11 (73.3)	2 (13.3)	2 (13.3)	1.0	0.2-4.6	0.6	0.1-3.0	0.6	0.1-5.6	1.0	0.2-5.9
Nacionalidad	Española sí (N=703)	466 (66.3)	110 (15.7)	127 (18.1)	1	-	1	-	1	-	1	-
	Española no (N=69)	42 (60.9)	11 (15.9)	16 (23.2)	1.1	0.6-2.2	1.4	0.8-2.6	0.8	0.4-1.8	0.9	0.4-1.9
Convivencia	Con pareja (N=700)	457 (65.3)	110 (15.7)	133 (19.0)	1	-	1	-	1	-	1	-
	Otras formas (N=71)	50 (70.4)	11 (15.5)	10 (14.1)	0.9	0.5-1.8	0.7	0.3-1.4	1.4	0.5-3.7	0.9	0.3-2.4
Apoyo en su entorno	Sí (N=731)	481 (65.8)	115 (15.7)	135 (18.5)	1	-	1	-	1	-	1	-
	No (N=37)	23 (62.2)	6 (16.2)	8 (21.6)	1.1	0.4-2.7	1.2	0.5-2.8	0.7	0.2-2.3	0.7	0.3-2.0
Deseo embarazo P=0.0290	Sí (N=649)	414 (63.8)	106 (16.3)	129 (19.9)	1	-	1	-	1	-	1	-
	No (N=118)	90 (76.3)	14 (11.9)	14 (11.9)	0.6	0.3-1.1	0.5	0.3-0.9	0.7	0.3-1.4	0.4	0.2-0.9
Patologías en el embarazo P=0.0001	No (N=528)	368 (69.7)	84 (15.9)	76 (14.4)	1	-	1	-	1	-	1	-
	Sí (N=240)	138 (57.5)	36 (15.0)	66 (27.5)	1.1	0.7-1.8	2.3	1.6-3.4	1.1	0.7-1.8	2.6	1.7-4.1
Infecciones en el embarazo	No (N=434)	293 (67.5)	64 (14.8)	77 (17.7)	1	-	1	-	1	-	1	-
	Sí (N=330)	209 (63.3)	56 (17.0)	65 (19.7)	1.2	0.8-1.8	1.2	0.8-1.7	1.2	0.8-2.0	1.0	0.6-1.5

En el análisis bivalente, la finalización del parto (eutócico, instrumental o cesárea) no está asociada estadísticamente con ninguna de las violencias estudiadas.

Cuando realizamos el análisis bivalente de la finalización del parto con las diferentes variables sociodemográficas, entorno familiar, deseo de embarazo y patologías e infecciones durante el embarazo, encontramos que existe una asociación estadísticamente significativa con:

El deseo de embarazo: Las mujeres que no desean su embarazo tienen menos probabilidades de que su parto finalice en una cesárea (OR=0.5).

Tener patologías durante el embarazo: Las mujeres que tienen patologías durante el embarazo tienen más probabilidades que su parto finalice mediante una cesárea (OR=2.3).

En los modelos ajustados de la finalización del parto, una vez controlados por las variables sociodemográficas, entorno familiar, deseo de embarazo y patologías e infecciones durante el embarazo, encontramos que:

Las mujeres que refirieron violencia global a lo largo de su vida adulta estarían protegidas de que finalice su parto en instrumental (OR=0.4; IC=0.2-0.8).

En todos los modelos, una mujer que no desea su embarazo tiene menos probabilidades de finalizar su parto en una cesárea (OR de 0.4 a 0.5) y las mujeres que presentan patologías durante el embarazo tienen más probabilidad de que su parto finalice con una cesárea (OR de 2.5 a 2.7).

Cuando se ajusta por las variables sociodemográficas, entorno familiar, deseo de embarazo y patologías e infecciones durante el embarazo, ninguna violencia está asociada estadísticamente al tipo de finalización del parto, salvo la violencia global en la vida adulta que protegería de que el parto finalice en instrumental. Las patologías durante el embarazo aparecen como un factor de riesgo para tener una finalización del parto mediante cesárea en todos los modelos. Y el no desear el embarazo aparece como un factor de protección para finalizar el parto mediante cesárea en todos los modelos.

### **4.5.3. Recién nacido y violencia de la pareja**

#### **4.5.3.1. Peso del recién nacido**

Se ha analizado la relación de los valores medios del peso del recién nacido con los diferentes tipos de violencia, las variables sociodemográficas, el entorno familiar, el deseo del embarazo, las patologías, infecciones y fumar durante el embarazo, el sexo del bebé y el parto pretérmino. Para el bajo peso del recién nacido (< 2500 g) hemos realizado dos tipos de análisis, por una parte, hemos realizado un análisis de regresión logística y los diferentes tipos de violencia sufridos por la mujer, ajustado por las variables sociodemográficas, el entorno familiar, el deseo del embarazo, las patologías e infecciones así como, fumar durante el embarazo, el sexo del bebé y el parto pretérmino. Además, hemos realizado un análisis de regresión lineal múltiple para los cinco modelos de violencia.



En esta tabla presentamos la asociación de la media de los pesos del recién nacido relacionado con los diferentes tipos de violencia.

Tabla 4.129. Asociación de los pesos del recién nacido y los diferentes tipos de violencia.

<b>Variables</b>	<b>Categorías</b>	<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>SD</b>	<b>Min-Max</b>	<b>P</b>
<b>Violencia global adultas</b>	No	626	3250.58	521.99	425 - 4760	0.0169
	Sí	149	3135.46	550.17	947 - 4640	
<b>Violencia emocional adultas</b>	No	648	3250.32	517.98	425 - 4760	0.0265
	Sí	118	3133.76	514.68	947 - 4640	
<b>Violencia física adultas</b>	No	711	3239.46	535.60	425 - 4760	0.0840
	Sí	54	3110.26	429.93	1670 - 3935	
<b>Violencia global periembarazo</b>	No	715	3233.93	532.83	425 - 4760	0.3195
	Sí	60	3163.08	481.94	1315 - 3980	
<b>Violencia emocional periembarazo</b>	No	729	3232.76	530.19	425 - 4760	0.9266
	Sí	37	3224.59	418.46	1900 - 3980	
<b>Violencia física periembarazo</b>	No	752	3232.30	530.27	425 - 4760	0.4365
	Sí	13	3116.92	497.45	1900 - 3800	
<b>Violencia ISA no física</b>	No	564	3246.51	534.53	425 - 4760	0.3137
	Sí	150	3197.54	506.20	900 - 4400	
<b>Violencia ISA física</b>	No	688	3240.20	522.67	425 - 4760	0.3014
	Sí	26	3130.96	673.66	900 - 4400	
<b>Violencia ISA global</b>	No	562	3246.89	534.24	425 - 4760	0.3003
	Sí	152	3196.78	507.59	900 - 4400	
<b>Violencia periembarazo (AAS+ISA)</b>	No	599	3241.24	533.90	425 - 4760	0.2147
	Sí	176	3184.62	511.59	900 - 4400	

Las medias de peso de los recién nacidos son diferentes estadísticamente en los casos de las mujeres que reportan violencia global y violencia emocional a lo largo de toda su vida de adultas (AAS). En los otros tipos de violencia, aunque las medias de los pesos de los recién nacidos son menores, estas diferencias no son significativas.

En la siguiente tabla, presentamos la asociación de los valores medios del peso de los recién nacidos con las variables sociodemográficas, entorno familiar, deseo de embarazo, patologías, infecciones y fumar durante el embarazo, el sexo del bebé y el parto pretérmino.

Tabla 4.130. Asociación de los pesos del recién nacido con las variables sociodemográficas, entorno familiar, deseo de embarazo, patologías, infecciones y fumar durante el embarazo, el sexo del bebé y el parto pretérmino

Variables	Categorías	N	Media	SD	Mi-Mx	P
<b>Edad</b>	< 20 años	31	3010.97	684.93	900 - 3975	0.0269
	20 - 24 años	101	3179.46	478.39	1525 - 4350	
	25 - 29 años	199	3244.61	525.79	600 - 4520	
	30 - 34 años	274	3280.73	502.84	860 - 4640	
	35 - 39 años	119	3133.40	603.88	425 - 4540	
	≥ 40 años	31	3227.84	403.06	2480 - 4120	
<b>Estado civil</b>	Casada	495	3262.42	528.51	860 - 4760	0.7292
	Rel. con compr.	106	3155.17	620.24	425 - 4350	
	Rel. sin compr.	171	3184.87	457.28	1315 - 4215	
<b>Nivel estudios</b>	Primarios	292	3173.45	547.90	425 - 4640	0.0168
	Secundarios	375	3240.10	536.79	600 - 4760	
	Universitario	106	3341.36	428.09	1315 - 4540	
<b>Trabajo</b>	Ama de casa	168	3257.97	578.41	900 - 4640	0.5043
	Parada	161	3174.19	578.39	425 - 4300	
	Ocupada	429	3237.30	487.07	600 - 4760	
	Estudiante	15	3246.33	600.49	1980 - 4540	
<b>Española</b>	No	69	3212.10	624.38	900 - 4160	0.7882
	Sí	706	3230.05	519.36	425 - 4760	
<b>Convivencia</b>	Pareja	703	3240.21	533.93	425 - 4760	0.0538
	Otro	71	3113.08	470.84	1525 - 3980	
<b>Apoyo familiar</b>	Sí	734	3234.58	528.08	425 - 4760	0.4479
	No	37	3167.27	483.47	2200 - 4120	
<b>Deseo embarazo</b>	Sí	655	3242.68	526.01	600 - 4760	0.0991
	No	116	3154.76	542.60	425 - 4120	
<b>Patologías en el embarazo</b>	No	531	3274.68	494.44	425 - 4760	0.0002
	Sí	240	3122.14	587.99	600 - 4540	
<b>Infecciones en el embarazo</b>	No	439	3233.56	501.93	860 - 4440	0.8880
	Sí	329	3228.14	560.32	425 - 4760	
<b>Sexo</b>	Mujer	385	3203.10	427.15	860 - 4540	0.1853
	Hombre	390	3253.47	579.42	425 - 4760	
<b>Pretérmino &lt; 37 semanas</b>	No < 37	719	3297.36	440.47	425 - 4760	0.0000
	Sí < 37	56	2343.73	740.36	600 - 4520	
<b>Fuma en el embarazo</b>	No	635	3251.91	536.22	425 - 4760	0.0082
	Sí	137	3120.18	486.77	1525 - 4400	

Cuando analizamos las medias de los pesos de los recién nacidos con las diferentes variables, encontramos que hay diferencias estadísticamente significativas en las siguientes variables:

La edad: Las medias de peso de los recién nacidos son diferentes según los tramos de edad, son las mujeres de menos de 20 años las que tienen la media de peso

de recién nacido más baja (3010 g) y las mujeres de 30 a 34 años las que tienen una media más alta (3280 g).

Nivel de estudios: Son las mujeres con estudios primarios las que tienen bebés más pequeños (3173 g).

Tener patologías en el embarazo: Son más pequeños los bebés cuyas madres tienen patologías.

Parto pretérmino: Es donde encontramos una diferencia mayor; 2343 g para los bebés que nacen antes de la semana 37 de gestación, frente a 3297 g para los que nacen en la semana 37 o después.

Fumar durante el embarazo: Las mujeres que fuman durante el embarazo sus bebés tienen de media menos peso.

En este apartado presentamos los modelos de regresión logística para el bajo peso del recién nacido (<2500 g) y los diferentes tipos de violencia sufridos por la mujer, ajustado por las variables sociodemográficas, entorno familiar, deseo del embarazo, patologías, infecciones y fumar durante el embarazo, sexo del bebé y parto pretérmino.

Tabla 4.131. Modelo I de regresión logística (violencia global adultas y periembarazo) para el bajo peso del recién nacido

Variables	Categorías	BAJO PESO DEL RECIÉN NACIDO				
		Fr. (%)	Modelo bruto		Modelo ajustado	
			Odds	IC (95%)	Odds	IC (95%)
Violencia global adultas	No (N=629)	41 (6.5)	1	-	1	-
	Sí (N=150)	14 (9.3)	1.5	0.8 – 2.8	0.7	0.2 – 2.4
Violencia global periembarazo	No (N=719)	50 (7.0)	1	-	1	-
	Sí (N=60)	5 (8.3)	1.2	0.5 – 3.2	0.7	0.1 – 4.0
Edad	<20 (N=31)	5 (16.1)	1	-	1	-
	20-24 (N=101)	8 (7.9)	0.5	0.1 – 1.5	0.3	0.1 – 2.0
	25-29 (N=200)	12 (6.0)	0.3	0.1 – 1.0	0.2	0.0 – 1.4
	30-34 (N=276)	15 (5.4)	0.3	0.1 – 0.9	0.3	0.0 – 2.2
	35-39 (N=120)	14 (11.7)	0.7	0.2 – 2.1	0.7	0.1 – 6.1
	≥ 40 (N=31)	1 (3.2)	0.2	0.0 – 1.6	0.1	0.0 – 1.9
Estado civil	Casada (N=499)	33 (6.6)	1	-	1	-
	Relación con compr. (N=106)	10 (9.4)	1.5	0.7 – 3.1	1.9	0.6 – 6.5
	Relación sin compr. (N=171)	11 (6.4)	1.0	0.5 – 2.0	0.9	0.2 – 3.4
Nivel de estudios P=0.0283	Hasta primarios (N=294)	28 (9.5)	1	-	1	-
	Secundarios (N=377)	25 (6.6)	0.7	0.4 – 1.2	0.5	0.2 – 1.3
	Universitarios (N=106)	2 (1.9)	0.2	0.0 – 0.8	0.4	0.1 – 3.5
Tipo de trabajo P=0.0317	Ama de casa (N=170)	14 (8.2)	1	-	1	-
	Parada (N=162)	19 (11.7)	1.5	0.7 – 3.1	1.5	0.5 – 4.4
	Ocupada (N=430)	21 (4.9)	0.6	0.3 – 1.1	0.5	0.2 – 1.5
	Estudiante (N=15)	1 (6.7)	0.8	0.1 – 6.5	0.6	0.0 – 14.4
Nacionalidad	Española sí (N=710)	48 (6.8)	1	-	1	-
	Española no (N=69)	7 (10.1)	1.6	0.7 – 3.6	1.0	0.2 – 4.4
Convivencia	Con su pareja (N=707)	48 (6.8)	1	-	1	-
	Otras formas (N=71)	7 (9.9)	1.5	0.7 – 3.5	1.5	0.4 – 6.7
Apoyo en su entorno	Sí (N=738)	51 (6.9)	1	-	1	-
	No (N=37)	3 (8.1)	1.2	0.4 – 4.0	0.8	0.1 – 6.0
Embarazo deseado	Sí (N=656)	42 (6.4)	1	-	1	-
	No (N=118)	12 (10.2)	1.7	0.8 – 3.3	1.7	0.6 – 4.9
Patologías en el embarazo P=7.6e-06	No (N=533)	23 (4.3)	1	-	1	-
	Sí (N=242)	32 (13.2)	3.4	1.9 – 5.9	2.9	1.3 – 6.7
Infecciones en el embarazo	No (N=440)	31 (7.1)	1	-	1	-
	Sí (N=331)	22 (6.7)	0.9	0.5 – 1.7	0.4	0.2 – 1.0
Sexo	Mujer (N=386)	24 (6.2)	1	-	1	-
	Hombre (N=392)	31 (7.0)	1.3	0.8 – 2.3	1.2	0.5 – 2.8
Pretérmino <de 37 SG P=2.6e-58	No < 37 (N=722)	21 (2.9)	1	-	1	-
	Sí <37 (N=57)	34 (59.7)	49.4	24.9 – 97.8	79.9	30.4 – 210.1
Fuma en el embarazo	No (N=639)	43 (6.7)	1	-	1	-
	Sí (N=137)	12 (8.8)	1.3	0.7 – 2.6	2.0	0.8 – 5.5

Tabla 4.132. Modelo II de regresión logística (violencia ISA global) para el bajo peso del recién nacido

Variables	Categorías	BAJO PESO DEL RECIÉN NACIDO				
		Fr. (%)	Modelo bruto		Modelo ajustado	
			Odds	IC (95%)	Odds	IC (95%)
ISA global	No (N=565)	37 (6.6)	1	-	1	-
	Sí (N=153)	12 (7.8)	1.2	0.6 – 2.4	0.8	0.3 – 2.2
Edad	<20 (N=31)	5 (16.1)	1	-	1	-
	20-24 (N=101)	8 (7.9)	0.5	0.1 – 1.5	0.5	0.1 – 4.4
	25-29 (N=200)	12 (6.0)	0.3	0.1 – 1.0	0.2	0.0 – 1.8
	30-34 (N=276)	15 (5.4)	0.3	0.1 – 0.9	0.3	0.0 – 2.8
	35-39 (N=120)	14 (11.7)	0.7	0.2 – 2.1	0.7	0.1 – 8.3
	≥ 40 (N=31)	1 (3.2)	0.2	0.0 – 1.6	0.1	0.0 – 2.4
Estado civil	Casada (N=499)	33 (6.6)	1	-	1	-
	Relación con compr. (N=106)	10 (9.4)	1.5	0.7 – 3.1	1.4	0.4 – 5.2
	Relación sin compr. (N=171)	11 (6.4)	1.0	0.5 – 2.0	0.7	0.2 – 2.8
Nivel de estudios P=0.0283	Hasta primarios (N=294)	28 (9.5)	1	-	1	-
	Secundarios (N=377)	25 (6.6)	0.7	0.4 – 1.2	0.5	0.2 – 1.3
	Universitarios (N=106)	2 (1.9)	0.2	0.0 – 0.8	0.4	0.1 – 3.6
Tipo de trabajo P=0.0317	Ama de casa (N=170)	14 (8.2)	1	-	1	-
	Parada (N=162)	19 (11.7)	1.5	0.7 – 3.1	1.2	0.4 – 3.7
	Ocupada (N=430)	21 (4.9)	0.6	0.3 – 1.1	0.5	0.2 – 1.5
	Estudiante (N=15)	1 (6.7)	0.8	0.1 – 6.5	1.0	0.1 – 21.0
Nacionalidad	Española sí (N=710)	48 (6.8)	1	-	1	-
	Española no (N=69)	7 (10.1)	1.6	0.7 – 3.6	1.0	0.2 – 4.5
Convivencia	Con su pareja (N=707)	48 (6.8)	1	-	1	-
	Otras formas (N=71)	7 (9.9)	1.5	0.7 – 3.5	0.9	0.2 – 4.7
Apoyo en su entorno	Sí (N=738)	51 (6.9)	1	-	1	-
	No (N=37)	3 (8.1)	1.2	0.4 – 4.0	0.8	0.1 – 5.3
Embarazo deseado	Sí (N=656)	42 (6.4)	1	-	1	-
	No (N=118)	12 (10.2)	1.7	0.8 – 3.3	1.4	0.4 – 4.4
Patologías en el embarazo P=7.6e-06	No (N=533)	23 (4.3)	1	-	1	-
	Sí (N=242)	32 (13.2)	3.4	1.9 – 5.9	3.6	1.5 – 8.6
Infecciones en el embarazo	No (N=440)	31 (7.1)	1	-	1	-
	Sí (N=331)	22 (6.7)	0.9	0.5 – 1.7	0.4	0.2 – 1.1
Sexo	Mujer (N=386)	24 (6.2)	1	-	1	-
	Hombre (N=392)	31 (7.0)	1.3	0.8 – 2.3	1.0	0.4 – 2.6
Pretérmino <de 37 SG P=2.6e-58	No < 37 (N=722)	21 (2.9)	1	-	1	-
	Sí <37 (N=57)	34 (59.7)	49.4	24.9 – 97.8	81.4	29.1 – 227.4
Fuma en el embarazo	No (N=639)	43 (6.7)	1	-	1	-
	Sí (N=137)	12 (8.8)	1.3	0.7 – 2.6	2.1	0.7 – 6.0

Tabla 4.133. Modelo III de regresión logística (violencia periembarazo AAS+ISA) para el bajo peso del recién nacido

Variables	Categorías	BAJO PESO DEL RECIÉN NACIDO				
		Fr. (%)	Modelo bruto		Modelo ajustado	
			Odds	IC (95%)	Odds	IC (95%)
<b>Violencia periembarazo AAS + ISA</b>	No (N=602)	41 (6.8)	1	-	1	-
	Sí (N=177)	14 (7.9)	1.2	0.6 – 2.2	0.7	0.3 – 1.9
<b>Edad</b>	<20 (N=31)	5 (16.)	1	-	1	-
	20-24 (N=101)	8 (7.9)	0.5	0.1 – 1.5	0.3	0.1 – 1.9
	25-29 (N=200)	12 (6.0)	0.3	0.1 – 1.0	0.2	0.0 – 1.2
	30-34 (N=276)	15 (5.4)	0.3	0.1 – 0.9	0.2	0.0 – 1.8
	35-39 (N=120)	14 (11.7)	0.7	0.2 – 2.1	0.6	0.1 – 4.8
	≥ 40 (N=31)	1 (3.2)	0.2	0.0 – 1.6	0.1	0.0 – 1.5
<b>Estado civil</b>	Casada (N=499)	33 (6.6)	1	-	1	-
	Relación con compr. (N=106)	10 (9.4)	1.5	0.7 – 3.1	1.8	0.5 – 6.1
	Relación sin compr. (N=171)	11 (6.4)	1.0	0.5 – 2.0	0.8	0.2 – 3.1
<b>Nivel de estudios</b> P=0.0283	Hasta primarios (N=294)	28 (9.5)	1	-	1	-
	Secundarios (N=377)	25 (6.6)	0.7	0.4 – 1.2	0.5	0.2 – 1.3
	Universitarios (N=106)	2 (1.9)	0.2	0.0 – 0.8	0.4	0.1 – 3.4
<b>Tipo de trabajo</b> P=0.0317	Ama de casa (N=170)	14 (8.2)	1	-	1	-
	Parada (N=162)	19 (11.7)	1.5	0.7 – 3.1	1.5	0.5 – 4.4
	Ocupada (N=430)	21 (4.9)	0.6	0.3 – 1.1	0.5	0.2 – 1.6
	Estudiante (N=15)	1 (6.7)	0.8	0.1 – 6.5	0.5	0.0 – 14.4
<b>Nacionalidad</b>	Española sí (N=710)	48 (6.8)	1	-	1	-
	Española no (N=69)	7 (10.1)	1.6	0.7 – 3.6	0.9	0.2 – 4.2
<b>Convivencia</b>	Con su pareja (N=707)	48 (6.8)	1	-	1	-
	Otras formas (N=71)	7 (9.9)	1.5	0.7 – 3.5	1.5	0.3 – 6.7
<b>Apoyo en su entorno</b>	Sí (N=738)	51 (6.9)	1	-	1	-
	No (N=37)	3 (8.1)	1.2	0.4 – 4.0	0.7	0.1 – 4.8
<b>Embarazo deseado</b>	Sí (N=656)	42 (6.4)	1	-	1	-
	No (N=118)	12 (10.2)	1.7	0.8 – 3.3	1.7	0.6 – 5.1
<b>Patologías en el embarazo</b> P=7.6e-06	No (N=533)	23 (4.3)	1	-	1	-
	Sí (N=242)	32 (13.2)	3.7	1.9 – 5.9	2.8	1.2 – 6.5
<b>Infecciones en el embarazo</b>	No (N=440)	31 (7.1)	1	-	1	-
	Sí (N=331)	22 (6.7)	0.9	0.5 – 1.7	0.4	0.2 – 1.1
<b>Sexo</b>	Mujer (N=386)	24 (6.2)	1	-	1	-
	Hombre (N=392)	31 (7.0)	1.3	0.8 – 2.3	1.2	0.5 – 2.7
<b>Pretérmino &lt;de 37 SG</b> P=2.6e-58	No < 37 (N=722)	21 (2.9)	1	-	1	-
	Sí <37 (N=57)	34 (59.7)	49.4	24.9 – 97.8	78.8	30.0 – 206.8
<b>Fuma en el embarazo</b>	No (N=639)	43 (6.7)	1	-	1	-
	Sí (N=137)	12 (8.8)	1.3	0.7 – 2.6	2.0	0.8 – 5.4

Tabla 4.134. Modelo IV de regresión logística (violencia emocional adultas y periembarazo y física adultas y periembarazo) para el bajo peso del recién nacido

Variables	Categorías	BAJO PESO DEL RECIÉN NACIDO				
		Fr. (%)	Modelo bruto		Modelo ajustado	
			OR	IC (95%)	OR	IC (95%)
Violencia emocional adultas	No (N=651)	41 (6.3)	1	-	1	-
	Sí (N=119)	12 (10.1)	1.7	0.9 – 3.3	0.8	0.2 – 3.1
Violencia emocional periembarazo	No (N=733)	50 (6.8)	1	-	1	-
	Sí (N=37)	3 (8.1)	1.2	0.4 – 4.1	1.3	0.2 – 9.4
Violencia física adultas	No (N=714)	50 (7.0)	1	-	1	-
	Sí (N=55)	4 (7.3)	1.0	0.4 – 3.0	2.2	0.4 – 14.1
Violencia física periembarazo	No (N=756)	53 (7.0)	1	-	1	-
	Sí (N=13)	1 (7.7)	1.1	0.1 – 8.7	0.2	0.0 – 4.6
Edad	<20 (N=31)	5 (16.1)	1	-	1	-
	20-24 (N=101)	8 (7.9)	0.5	0.1 – 1.5	0.3	0.0 – 1.7
	25-29 (N=200)	12 (6.0)	0.3	0.1 – 1.0	0.2	0.0 – 1.2
	30-34 (N=276)	15 (5.4)	0.3	0.1 – 0.9	0.2	0.0 – 1.5
	35-39 (N=120)	14 (11.7)	0.7	0.2 – 2.1	0.5	0.1 – 5.0
	≥ 40 (N=31)	1 (3.2)	0.2	0.0 – 1.6	0.1	0.0 – 1.3
Estado civil	Casada (N=499)	33 (6.6)	1	-	1	-
	Relación con compr. (N=106)	10 (9.4)	1.5	0.7 – 3.1	1.6	0.5 – 5.7
	Relación sin compr. (N=171)	11 (6.4)	1.0	0.5 – 2.0	0.7	0.2 – 2.7
Nivel de estudios P=0.0283	Hasta primarios (N=294)	28 (9.5)	1	-	1	-
	Secundarios (N=377)	25 (6.6)	0.7	0.4 – 1.2	0.5	0.2 – 1.2
	Universitarios (N=106)	2 (1.9)	0.2	0.0 – 0.8	0.4	0.1 – 3.8
Tipo de trabajo P=0.0317	Ama de casa (N=170)	14 (8.2)	1	-	1	-
	Parada (N=162)	19 (11.7)	1.5	0.7 – 3.1	2.2	0.7 – 6.7
	Ocupada (N=430)	21 (4.9)	0.6	0.3 – 1.1	0.7	0.2 – 2.0
	Estudiante (N=15)	1 (6.7)	0.8	0.1 – 6.5	0.6	0.0 – 15.2
Nacionalidad	Española sí (N=710)	48 (6.8)	1	-	1	-
	Española no (N=69)	7 (10.1)	1.6	0.7 – 3.6	0.6	0.1 – 3.2
Convivencia	Con su pareja (N=707)	48 (6.8)	1	-	1	-
	Otras formas (N=71)	7 (9.9)	1.5	0.7 – 3.5	1.5	0.3 – 6.5
Apoyo en su entorno	Sí (N=738)	51 (6.9)	1	-	1	-
	No (N=37)	3 (8.1)	1.2	0.4 – 4.0	1.3	0.2 – 10.0
Embarazo deseado	Sí (N=656)	42 (6.4)	1	-	1	-
	No (N=118)	12 (10.2)	1.7	0.8 – 3.3	2.2	0.7 – 6.6
Patologías en el embarazo P=7.6e-06	No (N=533)	23 (4.3)	1	-	1	-
	Sí (N=242)	32 (13.2)	3.7	1.9 – 5.9	3.0	1.2 – 7.2
Infecciones en el embarazo	No (N=440)	31 (7.1)	1	-	1	-
	Sí (N=331)	22 (6.7)	0.9	0.5 – 1.7	0.4	0.2 – 1.0
Sexo	Mujer (N=386)	24 (6.2)	1	-	1	-
	Hombre (N=392)	31 (7.0)	1.3	0.8 – 2.3	1.3	0.5 – 3.0
Pretérmino <de 37 SG P=2.6e-58	No < 37 (N=722)	21 (2.9)	1	-	1	-
	Sí <37 (N=57)	34 (59.7)	49.4	24.9 – 97.8	96.1	34.8 – 265.1
Fuma en el embarazo	No (N=639)	43 (6.7)	1	-	1	-
	Sí (N=137)	12 (8.8)	1.3	0.7 – 2.6	2.0	0.7 – 5.5

Tabla 4.135. Modelo V de regresión logística (violencia ISA no física y física) para el bajo peso del recién nacido

Variables	Categorías	BAJO PESO DEL RECIÉN NACIDO				
		Fr. (%)	Modelo bruto		Modelo ajustado	
			Odds	IC (95%)	Odds	IC (95%)
Violencia ISA no física	No (N=567)	37 (6.5)	1	-	1	-
	Sí (N=151)	12 (8.0)	1.2	0.6 – 2.4	0.8	0.3 – 2.3
Violencia ISA física	No(N=692)	47 (6.8)	1	-	1	-
	Sí (N=26)	2 (7.7)	1.1	0.3 – 5.0	0.9	0.1 – 8.7
Edad	<20 (N=31)	5 (16.1)	1	-	1	-
	20-24 (N=101)	8 (7.9)	0.5	0.1 – 1.5	0.5	0.1 – 4.4
	25-29 (N=200)	12 (6.0)	0.3	0.1 – 1.0	0.2	0.0 – 1.8
	30-34 (N=276)	15 (5.4)	0.3	0.1 – 0.9	0.2	0.0 – 2.8
	35-39 (N=120)	14 (11.7)	0.7	0.2 – 2.1	0.7	0.1 – 8.3
	≥ 40 (N=31)	1 (3.2)	0.2	0.0 – 1.6	0.1	0.0 – 2.4
Estado civil	Casada (N=499)	33 (6.6)	1	-	1	-
	Relación con compr. (N=106)	10 (9.4)	1.5	0.7 – 3.1	1.4	0.4 – 5.3
	Relación sin compr. (N=171)	11 (6.4)	1.0	0.5 – 2.0	0.7	0.2 – 2.8
Nivel de estudios P=0.0283	Hasta primarios (N=294)	28 (9.5)	1	-	1	-
	Secundarios (N=377)	25 (6.6)	0.7	0.4 – 1.2	0.5	0.2 – 1.3
	Universitarios (N=106)	2 (1.9)	0.2	0.0 – 0.8	0.4	0.1 – 3.7
Tipo de trabajo P=0.0317	Ama de casa (N=170)	14 (8.2)	1	-	1	-
	Parada (N=162)	19 (11.7)	1.5	0.7 – 3.1	1.2	0.4 – 3.7
	Ocupada (N=430)	21 (4.9)	0.6	0.3 – 1.1	0.5	0.2 – 1.5
	Estudiante (N=15)	1 (6.7)	0.8	0.1 – 6.5	1.0	0.0 – 21.0
Nacionalidad	Española sí (N=710)	48 (6.8)	1	-	1	-
	Española no (N=69)	7 (10.1)	1.6	0.7 - 3.6	1.0	0.2 – 4.5
Convivencia	Con su pareja (N=707)	48 (6.8)	1	-	1	-
	Otras formas (N=719)	7 (9.9)	1.5	0.7 – 3.5	0.9	0.2 – 4.7
Apoyo en su entorno	Sí (N=738)	51 (6.9)	1	-	1	-
	No (N=37)	3 (8.1)	1.2	0.4 – 4.0	0.8	0.1 – 5.4
Embarazo deseado	Sí (N=656)	42 (6.4)	1	-	1	-
	No (N=118)	12 (10.2)	1.7	0.8 – 3.3	1.4	0.4 – 4.4
Patologías en el embarazo P=7.6e-06	No (N=533)	23 (4.3)	1	-	1	-
	Sí (N=242)	32 (13.2)	3.7	1.9 – 5.9	3.6	1.5 – 8.6
Infecciones en el embarazo	No (N=440)	31 (7.1)	1	-	1	-
	Sí (N=331)	22 (6.7)	0.9	0.5 – 1.7	0.4	0.2 – 1.2
Sexo	Mujer (N=386)	24 (6.2)	1	-	1	-
	Hombre (N=392)	31 (7.0)	1.3	0.8 – 2.3	1.0	0.4 – 2.6
Pretérmino <de 37 SG P=2.6e-58	No < 37 (N=722)	21 (2.9)	1	-	1	-
	Sí <37 (N=57)	34 (59.7)	49.4	24.9 – 97.8	81.6	29.2 – 228.3
Fuma en el embarazo	No (N=639)	43 (6.7)	1	-	1	-
	Sí (N=137)	12 (8.8)	1.3	0.7 – 2.6	2.1	0.7 – 6.0



En el análisis bivariante, el bajo peso del recién nacido (menos de 2500 g) no está asociado estadísticamente con los diferentes tipos de violencia de ninguno de los modelos analizados.

Cuando realizamos el análisis bivariante del bajo peso del recién nacido con las diferentes variables sociodemográficas, entorno familiar, embarazo deseado, patologías, infecciones y fumar durante el embarazo, el sexo del bebé y el parto pretérmino, encontramos que existe una asociación estadísticamente significativa con:

El nivel de estudios: Cuanto mayor es el nivel de estudios menor es la probabilidad de tener bebés de bajo peso. Los estudios universitarios aparecen como un factor de protección (OR=0.2).

El tener patologías durante el embarazo: Las mujeres que tienen patologías durante el embarazo tienen más probabilidad de tener bebés de bajo peso (OR=3.4).

Parto pretérmino: Los bebés que nacen antes de la semana 37 de gestación tienen más probabilidades de tener bajo peso (OR=49.4).

En los modelos ajustados del bajo peso del recién nacido, una vez controlados por las variables sociodemográficas, entorno familiar, embarazo deseado, patologías, infecciones y fumar durante el embarazo, el sexo del bebé y el parto pretérmino, encontramos que:

En todos los modelos, las mujeres que tienen patologías durante el embarazo tienen mayor riesgo de tener bebés de bajo peso (OR de 2.8 a 3.6). Encontramos también que las mujeres que han tenido un parto pretérmino, tienen mayor probabilidad de tener bebés de bajo peso al nacer (OR de 78.8 a 96.1).

Cuando se ajusta por las variables sociodemográficas, entorno familiar, embarazo deseado, patologías, infecciones y fumar durante el embarazo, el sexo del bebé y el parto pretérmino no encontramos ninguna relación con las violencias para el bajo peso del recién nacido. Las patologías durante el embarazo y el parto pretérmino aparecen como factores que influyen para tener bebés de bajo peso en todos los modelos.

En este apartado presentamos los modelos de regresión lineal múltiple para el peso del recién nacido al nacer y los diferentes tipos de violencia sufridos por la mujer, incluyendo las variables sociodemográficas, entorno familiar, deseo de embarazo, patologías, infecciones y consumo de tabaco durante el embarazo, el sexo del bebé y el parto pretérmino.

#### Modelo I. Violencia adultas y violencia periembarazo

VARIABLE DEPENDIENTE PESO DEL RN AL NACER. REGRESIÓN LINEAL.			
	Suma de cuadrados	df	Media de cuadrados
Modelo	50079581.4	24	2086649.23
Residual	149748672	701	213621.501
Total	199828254	725	275625.177

F (24, 701)	= 9.77
P	= 0.0000
R <sup>2</sup>	= 0.2506

Tabla 4.136. Modelo I de regresión lineal múltiple (violencia global adultas y periembarazo) para el peso del recién nacido al nacer

VARIABLES	Categorías	Coef (B)	Std. Err	t	P	IC 95%	
<b>Violencia adultas</b>		-9.684203	49.93021	-0.19	0.846	-107.7149	88.34648
<b>Violencia perieimb</b>		59.87256	72.12502	0.83	0.407	-81.73438	201.4795
<b>Edad</b>	<20						
	20-24	150.8984	106.5084	1.42	0.157	-58.21527	360.0121
	25-29	163.711	108.6578	1.51	0.132	-49.6227	377.0447
	30-34	153.8606	110.3766	1.39	0.164	-62.84776	370.569
	35-39	50.23813	116.0023	0.43	0.665	-177.5154	277.9917
	≥40	123.414	137.6801	0.90	0.370	-146.9007	393.7288
<b>Estado civil</b>	Casada						
	Con compromiso	-50.3215	55.46508	-0.91	0.365	-159.2191	58.57608
	Sin compromiso	-7.520336	53.23.81	-0.14	0.888	-112.0313	96.99059
<b>Estudios</b>	Primarios						
	Secundarios	26.35101	40.76162	0.65	0.518	-53.67846	106.3805
	Universitarios	58.36108	60.69724	0.96	0.337	-60.80907	177.5312
<b>Trabajo</b>	Ama de casa						
	Ocupada	-23.30235	54.11037	-0.43	0.667	-129.5401	82.93545
	Parada	-44.21461	45.99405	-0.96	0.337	-134.5172	46.08798
	Estudiante	90.6194	150.0434	0.60	0.546	-203.9689	385.2077
<b>Nacionalidad</b>	Española sí						
	Española no	-58.76769	65.61757	-0.90	0.371	-187.5982	70.06282
<b>Convivencia</b>	Con pareja						
	Otros	-61.55538	74.9815	-0.82	0.412	-208.7706	85.65983
<b>Apoyo en su entorno</b>	Sí						
	No	-11.33299	85.15582	-0.13	0.894	-178.524	155.858
<b>Embarazo deseado</b>	Sí						
	No	-34.76528	53.55646	-0.65	0.516	-139.9156	70.38501
<b>Patologías en el embarazo</b>	No						
	Sí	-71.56611	39.19203	-1.83	0.068	-148.5139	5.381721
<b>Infecciones en el embarazo</b>	No						
	Sí	22.26988	36.11442	0.62	0.538	-48.6355	93.17526
<b>Pretérmino &lt; 37 semanas</b>	No < 37						
	Sí < 37	-931.428	68.81788	-13.53	0.000	-1066.542	-796.3141
<b>Sexo</b>	Mujer						
	Hombre	57.48849	35.15796	1.64	0.102	-11.53903	126.513
<b>Fuma en el embarazo</b>	No						
	Sí	-124.2856	47.36699	-2.62	0.009	-217.2838	-31.28748

## Modelo II. Violencia ISA global

VARIABLE DEPENDIENTE PESO DEL RN AL NACER. REGRESIÓN LINEAL.			
	Suma de cuadrados	df	Media de cuadrados
Modelo	45832279.8	23	1992707.82
Residual	138114752	647	213469.478
Total	183947032	670	274547.809

F (23, 647)	= 9.33
P	= 0.0000
R <sup>2</sup>	= 0.2492

Tabla 4.137. Modelo II de regresión lineal múltiple (violencia global ISA) para el peso del recién nacido al nacer

Variables	Categorías	Coef (B)	Std. Err	t	P	IC 95%	
<b>Violencia ISA global</b>		47.29218	47.51482	1.00	0.320	-46.00969	140.5941
<b>Edad</b>	<20						
	20-24	153.6752	112.6395	1.36	0.173	-67.50797	137.8584
	25-29	166.9395	115.0549	1.45	0.147	-58.98657	392.8655
	30-34	169.7622	116.4	1.46	0.145	-58.8052	398.3297
	35-39	72.95738	122.3055	0.60	0.551	-167.2063	313.121
	≥ 40	165.8462	147.1207	1.13	0.260	-123.0455	454.738
<b>Estado civil</b>	Casada						
	Con compromiso	-48.35044	56.57679	-0.85	0.393	-159.4467	62.74586
	Sin compromiso	-2.766728	56.05579	-0.05	0.961	-112.84	107.3065
<b>Estudios</b>	Primarios						
	Secundarios	34.073	42.71456	0.80	0.425	-49.80291	117.9489
	Universitarios	61.90124	62.00588	1.00	0.319	-5985581	183.6583
<b>Trabajo</b>	Ama de casa						
	Ocupada	3.045407	56.82691	0.05	0.957	-108.542	114.6328
	Parada	-31.90314	47.73291	-0.67	0.504	-125.6333	61.82698
	Estudiante	68.70409	150.5141	0.46	0.648	-226.8509	364.2591
<b>Nacionalidad</b>	Española sí						
	Española no	-51.20914	66.31124	-0.77	0.440	-181.4204	79.00209
<b>Convivencia</b>	Con pareja						
	Otros	-41.91435	78.04384	-0.54	0.591	-195.1642	111.3354
<b>Apoyo en su entorno</b>	Sí						
	No	-17.25635	87.92885	-0.20	0.844	-189.9167	155.404
<b>Embarazo deseado</b>	Sí						
	No	-21.57658	56.40881	-0.38	0.702	-132.343	89.18986
<b>Patologías en el embarazo</b>	No						
	Sí	-76.20497	40.73271	-1.87	0.062	-156.1892	3.779292
<b>Infecciones en el embarazo</b>	No						
	Sí	25.04542	37.86833	0.66	0.509	-49.31425	99.40508
<b>Pretérmino &lt; 37 semanas</b>	No < 37						
	Sí < 37	-915.6977	70.59659	-12.97	0.000	-1054.324	-777.0716
<b>Sexo</b>	Mujer						
	Hombre	74.18501	36.61136	2.03	0.043	2.293567	146.0764
<b>Fuma en el embarazo</b>	No						
	Sí	-129.0261	48.99308	-2.63	0.009	-225.2308	-32.82149

**Modelo III. Violencia perimbarazo (AAS+ISA)**

VARIABLE DEPENDIENTE PESO DEL RN AL NACER. REGRESIÓN LINEAL.			
	Suma de cuadrados	df	Media de cuadrados
Modelo	50225820.9	23	2183731.34
Residual	149602433	702	213108.879
Total	19982854	725	275625.17

F (23, 702)	= 10.25
P	= 0.0000
R <sup>2</sup>	= 0.2513

Tabla 4.138. Modelo III de regresión lineal múltiple (violencia perimbarazo AAS+ISA) para el peso del recién nacido al nacer

VARIABLES	Categorías	Coef (B)	Std. Err	t	P	IC 95%	
<b>V. perimbarazo AAS+ISA</b>		52.51318	44.67513	1.18	0.240	-35.19669	140.229
<b>Edad</b>	<20						
	20-24	151.9381	106.2916	1.43	0.153	-56.74946	360.6257
	25-29	164.9367	108.136	1.53	0.128	-47.37209	377.2455
	30-34	156.0133	109.6388	1.42	0.155	-59.24593	371.2726
	35-39	51.59842	114.9495	0.45	0.654	-174.0875	277.2843
	≥ 40	127.4061	136.4667	0.93	0.351	-	395.3378
						140.5256	
<b>Estado civil</b>	Casada						
	Con compromiso	-56.40504	55.28494	-1.02	0.308	-164.9487	52.13858
	Sin compromiso	-10.90432	53.05384	-0.21	0.837	-115.0675	93.25889
<b>Estudios</b>	Primarios						
	Secundarios	27.11542	40.51184	0.67	0.504	-52.42346	106.6543
	Universitarios	61.13454	60.29738	1.01	0.311	-57.25026	179.5193
<b>Trabajo</b>	Ama de casa						
	Ocupada	-20.69935	54.07619	-0.38	0.702	-126.8698	85.47108
	Parada	-43.33133	45.89969	-0.94	0.345	-133.4484	46.78578
	Estudiante	80.08343	148.83	0.54	0.591	-212.1219	372.2887
<b>Nacionalidad</b>	Española sí						
	Española no	-54.94722	65.48774	-0.84	0.402	-183.5225	73.62806
<b>Convivencia</b>	Con pareja						
	Otros	-63.44863	74.71028	-0.85	0.396	-210.131	83.23371
<b>Apoyo en su entorno</b>	Sí						
	No	-15.63979	84.77268	-0.18	0.854	-182.0781	150.7986
<b>Embarazo deseado</b>	Sí						
	No	-39.81077	53.81565	-0.74	0.460	-145.4697	65.84813
<b>Patologías en el embarazo</b>	No						
	Sí	-72.05324	38.94867	-1.85	0.065	-148.5231	4-416579
<b>Infecciones en el embarazo</b>	No						
	Sí	20.13212	36.15518	0.56	0.578	-50.85312	91.11736
<b>Pretérmino &lt; 37 semanas gestación</b>	No < 37						
	Sí < 37	-934.7176	68.78974	-13.59	0.000	-1069.776	-799.6593
<b>Sexo</b>	Mujer						
	Hombre	56.4759	35.06899	1.61	0.108	-12.37676	125.3286
<b>Fuma en el embarazo</b>	No						
	Sí	-131.8729	47.63601	-2.77	0.006	-225.399	-38.34681

**Modelo IV. Violencia emocional adultas, violencia emocional periembarazo, violencia física adultas, violencia física periembarazo**

VARIABLE DEPENDIENTE PESO DEL RN AL NACER. REGRESIÓN LINEAL.			
	Suma de cuadrados	df	Media de cuadrados
Modelo	50529086.1	26	1946426.39
Residual	147025081	690	213079.83
Total	197554167	716	275913.64

F (26, 690)	= 9.12
P	= 0.0000
R <sup>2</sup>	= 0.2558

Tabla 4.139. Modelo IV de regresión lineal múltiple (violencia emocional adultas y periembarazo, violencia física adultas y periembarazo) para el peso del recién nacido al nacer

Variables	Categorías	Coef (B)	Std. Err	t	P	IC 95%	
V. emocional adul.		20.77	59.19	0.35	0.726	-95.44	136.99
V. emocional peri		87.72	93.93	0.93	0.351	-96.70	272.14
V. física adul.		-113.78	84.64	-1.34	0.179	-279.96	52.39
V. física peri.		61.80	166.98	0.37	0.711	-266.04	389.64
Edad	<20						
	20-24	155.03	107.02	1.45	0.148	-55.10	365.16
	25-29	165.70	108.89	1.52	0.129	-48.09	379.49
	30-34	163.81	110.64	1.48	0.139	-53.44	381.05
	35-39	58.75	116.48	0.50	0.614	-169.95	287.45
	≥ 40	142.25	138.47	1.03	0.305	-129.62	414.13
Estado civil	Casada						
	Con compromiso	-40.69	55.99	-0.73	0.468	-150.62	69.25
	Sin compromiso	-3.66	53.79	-0.07	0.946	-109.28	101.95
Estudios	Primarios						
	Secundarios	29.10	40.99	0.71	0.478	-51.38	109.58
	Universitarios	59.09	60.852	0.97	0.332	-60.39	178.57
Trabajo	Ama de casa						
	Ocupada	-36,77101	54,60517	-0,67	0.501	-143.9832	70.44121
	Parada	-54,8501	46,19213	-1.19	0.235	-145.5441	35.8439
	Estudiante	78,14877	149,9614	0.52	0.602	-216.2866	372.5842
Nacionalidad	Española sí						
	Española no	-69.64848	66.29531	-1.05	0.294	-199.8132	60.51625
Convivencia	Con pareja						
	Otros	-55.50786	75.49218	-0.74	0.462	-203.7298	92.71409
Apoyo en su entorno	Sí						
	No	-32.8559	89.76472	-0.37	0.714	-209.1007	143.3889
Embarazo deseado	Sí						
	No	-42.6136	54.08446	-0.79	0.431	-148.8035	63.57627
Patologías en el embarazo	No						
	Sí	-66.57634	39.73648	-1.68	0.094	-144.5953	11.44258
Infecciones en el embarazo	No						
	Sí	17.71143	36.46843	0.49	0.627	-53.89098	89.31384
Pretérmino < 37 semanas gestación	No < 37						
	Sí < 37	-946.7698	69.47363	-13.63	0.000	-1083.175	-810.3647
Sexo	Mujer						
	Hombre	56.10025	35.36563	1.59	0.113	-13.33692	125.5314
Fuma en el embarazo	No						
	Sí	-109.7928	48.01693	-2.29	0.023	-204.0697	-15.51601

## Modelo V. Violencia ISA no física y violencia ISA física

VARIABLE DEPENDIENTE PESO DEL RN AL NACER. REGRESIÓN LINEAL.			
	Suma de cuadrados	df	Media de cuadrados
Modelo	46176358.1	24	1924014.92
Residual	137770674	646	213267.297
Total	183947032	670	274547.809

F (24, 646)	= 9.02
P	= 0.0000
R <sup>2</sup>	= 0.2510

Tabla 4.140. Modelo V de regresión lineal múltiple (violencia ISA no física y física) para el peso del recién nacido al nacer

VARIABLES	Categorías	Coef (B)	Std. Err	t	P	IC 95%	
<b>V. ISA no física</b>		69.51	49.83	1.39	0.164	-28.34	167.35
<b>V. ISA física</b>		-123.17	104.29	-1.18	0.238	-327.95	81.61
<b>Edad</b>	<20						
	20-24	152.08	112.62	1.35	0.177	-69.07	373.22
	25-29	175.22	115.19	1.52	0.129	-50.98	401.42
	30-34	179.50	116.61	1.54	0.124	-49.48	408.48
	35-39	81.06	122.42	0.66	0.508	-159.34	321.46
	≥ 40	180.24	147.54	1.22	0.222	-109.48	469.95
<b>Estado civil</b>	Casada						
	Con compromiso	-46.58	56.55	-0.82	0.410	-157.62	64.46
	Sin compromiso	1.13	26.19	0.02	0.984	-109.21	111.48
<b>Estudios</b>	Primarios						
	Secundarios	34.75	42.70	0.81	0.416	-49.09	118.59
	Universitarios	65.27	62.04	1.05	0.293	-56.55	187.09
<b>Trabajo</b>	Ama de casa						
	Ocupada	-4.41	57.08	-0.08	0.938	-116.51	107.68
	Parada	-39.96	48.12	-0.83	0.407	-134.45	54.53
	Estudiante	63.03	150.50	0.42	0.676	-232.50	358.55
<b>Nacionalidad</b>	Española sí						
	Española no	-57.70	66.57	-0.87	0.386	-188.42	73.01
<b>Convivencia</b>	Con pareja						
	Otros	-37.94	78.10	-0.49	0.627	-191.30	115.42
<b>Apoyo en su entorno</b>	Sí						
	No	-13.07	88.04	-0.15	0.0882	-185.94	159.80
<b>Embarazo deseado</b>	Sí						
	No	-20.59	56.35	-0.37	0.715	-131.24	90.05
<b>Patologías en el embarazo</b>	No						
	Sí	-79.51	40.80	-1.95	0.052	-159.62	0.61
<b>Infecciones en el embarazo</b>	No						
	Sí	27.90	37.90	0.74	0.462	-46.52	102.32
<b>Pretérmino &lt; 37 semanas gestación</b>	No < 37						
	Sí < 37	-914.39	70.60	-12.95	0.000	-1053.03	-775.76
<b>Sexo</b>	Mujer						
	Hombre	74.70	36.60	2.04	0.042	2.84	146.57
<b>Fuma en el embarazo</b>	No						
	Sí	-129.37	49.02	-2.64	0.009	-225.62	-33.12

Todos los modelos analizados son significativos, por tanto, rechazamos la hipótesis nula de que la variabilidad observada en la variable de respuesta (peso del recién nacido) sea explicada por el azar, y admitimos que hay algún tipo de asociación entre la variable dependiente y las independientes. Las variables que han sido significativas en todos los modelos analizados son el parto pretérmino y el hábito de fumar durante el embarazo. En el modelo II, además, ha sido significativo el sexo del bebé.

Si el parto es pretérmino (< 37 semanas de gestación), el valor de los coeficientes nos indica que el peso del recién nacido disminuirá entre 914.39 g y 946.76 g, según los modelos analizados. Si la mujer fuma durante el embarazo, el peso del recién nacido disminuirá entre 109.79 g y 131.87 g. En el modelo II, si el sexo del bebé es hombre el peso aumentará 74.18 g. Hay que tener en cuenta que, aunque existe algún tipo de asociación entre el peso del recién nacido y las variables analizadas, la bondad del ajuste, medida por R<sup>2</sup>, es pequeña para los cinco modelos, por lo que la estimación del peso del recién nacido no puede hacerse con precisión. En estos casos, podemos hacer una predicción del peso del recién nacido donde la incertidumbre (varianza) disminuirá un 25% con respecto al original.

#### **4.5.3.2. Apgar del recién nacido**

Se ha analizado la relación de los valores medios del Apgar del recién nacido al minuto y a los cinco minutos del nacimiento con los diferentes tipos de violencia, las variables sociodemográficas, el entorno familiar, las patologías, infecciones y fumar durante el embarazo, el sexo del bebé y el parto pretérmino.

Para el Apgar del recién nacido al minuto y a los cinco minutos de nacer, hemos realizado un análisis de regresión lineal múltiple y los diferentes tipos de violencia sufridos por la mujer, incluyendo las variables sociodemográficas, el entorno familiar, las patologías, infecciones y fumar durante el embarazo, el sexo del bebé y el parto pretérmino para los cinco modelos de violencia.



En esta tabla presentamos la asociación de los valores medios del Apgar del recién nacido al minuto del nacimiento y los diferentes tipos de violencia.

Tabla 4.141. Apgar del recién nacido al minuto de nacer y diferentes tipos de violencia

<b>Variables</b>	<b>Categorías</b>	<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>sd</b>	<b>Mi-Mx</b>	<b>P</b>
<b>Violencia global adultas</b>	No	625	8.77	0.96	3-10	0.9473
	Sí	149	8.78	0.92	6-10	
<b>Violencia emocional adultas</b>	No	647	8.78	0.95	3-10	0.7272
	Sí	118	8.75	0.95	6-10	
<b>Violencia física adultas</b>	No	709	8.77	0.96	3-10	0.5975
	Sí	55	8.84	0.90	6-10	
<b>Violencia global periembarazo</b>	No	714	8.79	0.94	3-10	0.2322
	Sí	60	8.63	1.07	6-10	
<b>Violencia emocional periembarazo</b>	No	728	8.79	0.93	3-10	0.0250
	Sí	37	8.43	1.24	6-10	
<b>Violencia física periembarazo</b>	No	751	8.77	0.95	3-10	0.9948
	Sí	13	8.77	0.93	6-10	
<b>Violencia ISA no física</b>	No	562	8.81	0.93	3-10	0.1463
	Sí	151	8.68	0.93	4-10	
<b>Violencia ISA física</b>	No	687	8.79	0.92	3-10	0.1183
	Sí	26	8.5	1.14	6-10	
<b>Violencia ISA global</b>	No	560	8.81	0.93	3-10	0.1608
	Sí	153	8.69	0.92	4-10	
<b>Violencia periembarazo (AAS+ISA)</b>	No	597	8.79	0.96	3-10	0.2800
	Sí	177	8.71	0.92	4-10	

Las medias del Apgar al minuto son diferentes estadísticamente en los casos de mujeres que refieren sufrir violencia emocional periembarazo (AAS). En las mujeres que refieren este tipo de violencia, sus bebés tienen de media un Apgar más bajo al minuto. En los otros tipos de violencia las diferencias no son significativas.

En la siguiente tabla, presentamos la asociación de los valores medios del Apgar del recién nacido al minuto con las variables sociodemográficas, entorno familiar, patologías, infecciones y fumar durante el embarazo, el sexo del bebé y el parto pretérmino.

Tabla 4.142. Apgar del recién nacido al minuto de nacer y variables sociodemográficas, entorno familiar, patologías, infecciones y fumar durante el embarazo, el sexo del bebé y el parto pretérmino

<b>Variables</b>	<b>Categorías</b>	<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>sd</b>	<b>Mi-Mx</b>	<b>P</b>
<b>Edad</b>	< 20 años	31	8.58	0.96	6-10	0.7497
	20 - 24 años	100	8.85	0.96	4-10	
	25 - 29 años	198	8.80	0.83	5-10	
	30 – 34 años	275	8.76	0.94	3-10	
	35 – 39 años	119	8.71	1.16	4-10	
	≥ 40 años	31	8.81	1.05	4-10	
<b>Estado civil</b>	Casada	495	8.78	0.97	3-10	0.9134
	Rel. con compr.	106	8.74	0.96	4-10	
	Rel. sin compr.	170	8.78	0.88	5-10	
<b>Nivel estudios</b>	Primarios	292	8.75	1.02	4-10	0.8557
	Secundarios	374	8.79	0.91	3-10	
	Universitario	106	8.77	0.87	4-10	
<b>Trabajo</b>	Ama de casa	169	8.72	1.04	5-10	0.6700
	Parada	161	8.84	0.91	4-10	
	Ocupada	427	8.77	0.94	3-10	
	Estudiante	15	8.73	0.46	8-9	
<b>Nacionalidad</b>	Española sí	705	8.78	0.94	3-10	0.5589
	Española no	69	8.71	1.02	6-10	
<b>Convivencia</b>	Pareja	703	8.77	0.96	3-10	0.4404
	Otro	70	8.86	0.86	6-10	
<b>Apoyo entorno</b>	Sí	733	8.76	0.96	3-10	0.0453
	No	37	9.08	0.55	7-10	
<b>Deseo embarazo</b>	Sí	652	8.77	0.95	3-10	0.9557
	No	117	8.77	0.96	5-10	
<b>Patologías en el embarazo</b>	No	530	8.84	0.86	4-10	0.0025
	Sí	240	8.62	1.10	3-10	
<b>Infecciones en el embarazo</b>	No	437	8.77	0.95	3-10	0.8338
	Sí	329	8.78	0.95	4-10	
<b>Sexo</b>	Mujer	383	8.77	0.94	3-10	0.9756
	Hombre	391	8.77	0.96	4-10	
<b>Pretérmino &lt; 37 semanas gestación</b>	No < 37	720	8.80	0.93	3-10	0.0081
	Sí <37	54	8.44	1.13	6-10	
<b>Fuma en el embarazo</b>	No	635	8.77	0.96	3-10	0.8664
	Sí	136	8.79	0.89	5-10	

Cuando analizamos las medias del Apgar de los recién nacidos al minuto del nacimiento con las diferentes variables, encontramos que hay diferencias estadísticamente significativas en las siguientes variables:

El tipo de apoyo: Las mujeres que no tienen apoyo sus bebés tienen un Apgar superior frente a las que tienen apoyo (9.08 vs 8.76).

Tener patologías en el embarazo: Las madres con patologías en el embarazo, sus bebés tienen un Apgar más bajo al minuto de nacer (8.62 vs 8.84).

Parto pretérmino (< 37 semanas de gestación): Los bebés que nacen pretérmino, antes de la semana 37 de gestación, tienen un Apgar más bajo al minuto de nacer (8.44 vs 8.80).

Presentamos, en la siguiente tabla, la asociación de los valores medios del Apgar del recién nacido a los cinco minutos del nacimiento y los diferentes tipos de violencia.

Tabla 4.143. Apgar del recién nacido a los 5 minutos de nacer y diferentes tipos de violencia

<b>VARIABLES</b>	<b>Categorías</b>	<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>sd</b>	<b>Mi-Mx</b>	<b>P</b>
<b>Violencia global adultas</b>	No	625	9.73	0.52	6-10	0.7034
	Sí	149	9.71	0.54	7-10	
<b>Violencia emocional adultas</b>	No	647	9.73	0.52	6-10	0.3797
	Sí	118	9.69	0.57	7-10	
<b>Violencia física adultas</b>	No	709	9.72	0.53	6-10	0.7516
	Sí	55	9.75	0.44	9-10	
<b>Violencia global periembarazo</b>	No	714	9.73	0.52	6-10	0.1532
	Sí	60	9.63	0.61	8-10	
<b>Violencia emocional periembarazo</b>	No	728	9.74	0.51	6-10	0.0044
	Sí	37	9.49	0.69	8-10	
<b>Violencia física periembarazo</b>	No	751	9.72	0.53	6-10	0.7536
	Sí	13	9.77	0.44	9-10	
<b>Violencia ISA no física</b>	No	562	9.75	0.49	7-10	0.0375
	Sí	151	9.66	0.61	6-10	
<b>Violencia ISA física</b>	No	687	9.74	0.51	6-10	0.0192
	Sí	26	9.50	0.65	8-10	
<b>Violencia ISA global</b>	No	560	9.76	0.49	7-10	0.0313
	Sí	153	9.65	0.61	6-10	
<b>Violencia periembarazo (AAS+ISA)</b>	No	597	9.74	0.50	7-10	0.1639
	Sí	177	9.68	0.59	6-10	

Las medias de Apgar a los cinco minutos son inferiores y las diferencias estadísticamente significativas en los casos de las mujeres que refieren sufrir violencia emocional periembarazo (AAS) y las que refieren los diferentes tipos de violencia periembarazo medidas con el ISA: física, no física y global.

En la siguiente tabla, presentamos la asociación de los valores medios del Apgar del recién nacido a los cinco minutos del nacimiento con las variables sociodemográficas, entorno familiar, patologías, infecciones y fumar durante el embarazo, el sexo del bebé y el parto pretérmino.

Tabla 4.144. Apgar del recién nacido a los 5 minutos del nacimiento y variables sociodemográficas, entorno familiar, patologías, infecciones y fumar durante el embarazo, el sexo del bebé y el parto pretérmino

<b>Variables</b>	<b>Categorías</b>	<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>sd</b>	<b>Mi-Mx</b>	<b>P</b>
<b>Edad</b>	< 20 años	31	9.74	0.51	8-10	0.8492
	20 - 24 años	100	9.74	0.63	6-10	
	25 - 29 años	198	9.69	0.55	7-10	
	30 – 34 años	275	9.74	0.49	8-10	
	35 – 39 años	119	9.70	0.50	8-10	
	≥ 40 años	31	9.77	0.43	9-10	
<b>Estado civil</b>	Casada	495	9.73	0.50	7-10	0.0560
	Rel. con compr.	106	9.62	0.65	6-10	
	Rel. sin compr.	170	9.78	0.48	7-10	
<b>Nivel estudios</b>	Primarios	292	9.72	0.56	6-10	0.3050
	Secundarios	374	9.75	0.50	7-10	
	Universitario	106	9.66	0.51	8-10	
<b>Trabajo</b>	Ama de casa	169	9.68	0.56	7-10	0.5641
	Parada	161	9.73	0.59	6-10	
	Ocupada	427	9.74	0.48	7-10	
	Estudiante	15	9.67	0.49	9-10	
<b>Nacionalidad</b>	Española sí	705	9.73	0.52	6-10	0.7911
	Española no	69	9.71	0.57	7-10	
<b>Convivencia</b>	Pareja	703	9.73	0.53	6-10	0.7910
	Otro	70	9.74	0.44	9-10	
<b>Apoyo familiar</b>	Sí	733	9.72	0.53	6-10	0.3201
	No	37	9.81	0.40	9-10	
<b>Deseo embarazo</b>	Sí	652	9.72	0.53	6-10	0.4664
	No	117	9.76	0.49	8-10	
<b>Patologías en el embarazo</b>	No	530	9.74	0.50	7-10	0.2624
	Sí	240	9.70	0.57	6-10	
<b>Infecciones en el embarazo</b>	No	437	9.74	0.50	7-10	0.2777
	Sí	329	9.70	0.55	6-10	
<b>Sexo</b>	Mujer	383	9.73	0.52	7-10	0.6903
	Hombre	391	9.72	0.53	6-10	
<b>Pretérmino &lt;37 semanas gestación</b>	No < 37	720	9.74	0.51	6-10	0.0130
	Sí <37	54	9.56	0.66	7-10	
<b>Fuma en el embarazo</b>	No	635	9.73	0.53	6-10	0.8881
	Sí	136	9.72	0.50	8-10	

Cuando analizamos las medias del Apgar de los recién nacidos, a los cinco minutos del nacimiento, con las diferentes variables, encontramos que hay diferencias estadísticamente significativas en los casos de parto pretérmino, bebés que nacen antes de la semana 37 de gestación.

En este apartado, presentamos los modelos de regresión lineal múltiple para los valores del Apgar del recién nacido, al minuto del nacimiento, y los diferentes tipos de violencia sufridos por la mujer, incluyendo las variables sociodemográficas, entorno familiar, deseo del embarazo, patologías, infecciones y consumo de tabaco durante el embarazo, sexo del bebé y parto pretérmino.

**Modelo I. Violencia adultas y violencia periembarazo**

VARIABLE DEPENDIENTE APGAR DEL RN AL MINUTO DE NACER. REGRESIÓN LINEAL.			
	Suma de cuadrados	df	Media de cuadrados
Modelo	27.1375152	24	1.1307298
Residual	642.945358	699	0.919807379
Total	670.082873	723	0.926808953

F (24, 699)	= 1.23
P	= 0.2072
R <sup>2</sup>	= 0.0405

Tabla 4.145. Modelo I de regresión lineal múltiple (violencia global adultas y periembarazo) para el Apgar del recién nacido al minuto

Variables	Categorías	Coef (B)	Std. Err	t	P	IC 95%	
<b>Violencia adultas</b>		0.1495596	0.1038057	1.44	0.150	-0.0542487	0.3533679
<b>Violencia periemb</b>		-0.2086328	0.1496059	-1.39	0.164	-0.5023637	0.085098
<b>Edad</b>	<20						
	20-24	0.2070708	0.221571	0.93	0.350	-0.2279536	0.6420953
	25-29	0.118618	0.225874	0.53	0.599	-0.3242921	0.5615281
	30-34	0.0434754	0.2291548	0.19	0.850	-0.4064387	0.4933895
	35-39	-0.0169037	0.240805	-0.07	0.944	-0.4896914	0.4558841
	≥ 40	0.10184	0.2858928	0.36	0.722	-0.4594715	0.6631515
<b>Estado civil</b>	Casada						
	Con compromiso	-0.0019873	0.115149	-0.02	0.986	-0.2280667	0.224092
	Sin compromiso	-0.0035209	0.110646	-0.03	0.975	-0.2207591	0.2137173
<b>Estudios</b>	Primarios						
	Secundarios	0.0999491	0.850305	1.18	0.240	-0.0669966	0.2668948
	Universitarios	0.0743098	0.1262775	0.59	0.556	-0.1736188	0.3222383
<b>Trabajo</b>	Ama de casa						
	Ocupada	0.1754115	0.1126663	1.56	0.120	-0.0457934	0.3966163
	Parada	0.0683928	0.0957839	0.71	0.475	-0.1196658	0.2564515
	Estudiante	0.1263414	0.3112258	0.41	0.685	-0.484708	0.7373909
<b>Nacionalidad</b>	Española sí						
	Española no	0.1133346	0.1362082	0.83	0.406	-0.1540916	0.3807608
<b>Convivencia</b>	Con pareja						
	Otros	0.0867917	0.1566461	0.55	0.580	-0.2207615	0.394345
<b>Apoyo en su entorno</b>	Sí						
	No	0.3907484	0.1766865	2.21	0.027	0.0438486	0.7376482
<b>Embarazo deseado</b>	Sí						
	No	-0.0151451	0.1107356	-0.14	0.891	-0.2325592	0.2022691
<b>Patologías en el embarazo</b>	No						
	Sí	-0.2288875	0.0813772	-2.81	0.005	-0.3886605	-0.0691144
<b>Infecciones en el embarazo</b>	No						
	Sí	0.0439794	0.0750988	0.59	0.558	-0.1034669	0.1914256
<b>Pretérmino &lt; 37 semanas gestación</b>	No < 37						
	Sí < 37	-0.2693367	0.1456781	-1.85	0.065	-0.5553559	0.0166824
<b>Sexo</b>	Mujer						
	Hombre	-0.0064002	0.0730574	-0.09	0.930	-0.1498384	0.137038
<b>Fuma en el embarazo</b>	No						
	Sí	-0.0122246	0.0986236	-0.12	0.901	-0.2058585	0.1814093

## Modelo II. Violencia ISA global

VARIABLE DEPENDIENTE APGAR DEL RN AL MINUTO DE NACER. REGRESIÓN LINEAL.			
	Suma de cuadrados	df	Media de cuadrados
Modelo	28.2824788	23	1.22967299
Residual	563.72649	645	0.873994558
Total	592.008969	668	0.886240971

F (23, 645)	=1.41
P	= 0.0984
R <sup>2</sup>	= 0.0478

Tabla 4.146. Modelo II de regresión lineal múltiple (violencia ISA global) para el Apgar del recién nacido al minuto de nacer

Variables	Categorías	Coef (B)	Std. Err	t	P	IC 95%	
<b>Violencia ISA global</b>		-0.1590258	0.0961101	-1.65	0.098	-0.3477522	0.0297007
<b>Edad</b>	<20						
	20-24	0.2402019	0.2284186	1.05	0.293	-0.2083319	0.6887357
	25-29	0.2456562	0.2329435	1.05	0.292	-0.211763	0.7030754
	30-34	0.1255454	0.2355466	0.53	0.594	-0.3369853	0.5880762
	35-39	0.052248	0.2475307	0.21	0.833	-0.4338155	0.5383114
	≥ 40	0.4057642	0.2978145	1.36	0.174	-0.1790389	0.9905673
<b>Estado civil</b>	Casada						
	Rel. con compr.	0.191407	0.1145023	0.17	0.867	-0.2057017	0.243983
	Rel. sin compr.	0.524408	0.1135541	0.46	0.644	-0.1705396	0.2754212
<b>Estudios</b>	Primarios						
	Secundarios	0.981119	0.087044	1.13	0.260	-0.072812	0.2690358
	Universitarios	0.324283	0.1259351	0.26	0.797	-0.2148639	0.2797206
<b>Trabajo</b>	Ama de casa						
	Ocupada	0.1828508	0.1154105	1.58	0.114	-0.43775	0.4094765
	Parada	0.1041731	0.0969532	1.07	0.283	-0.0862089	0.2945552
	Estudiante	0.2464797	0.3045452	0.81	0.419	-0.3515402	0.8444995
<b>Nacionalidad</b>	Española sí						
	Española no	0.1166277	0.134209	0.87	0.385	-0.1469116	0.380167
<b>Convivencia</b>	Con pareja						
	Otros	0.1435354	0.1590589	0.90	0.367	-0.1688004	0.4558712
<b>Apoyo en su entorno</b>	Sí						
	No	0.3795607	0.1778643	2.13	0.033	0.0302977	0.7288237
<b>Embarazo deseado</b>	Sí						
	No	-0.0044487	0.1137906	-0.04	0.969	-0.2278936	0.2189961
<b>Patologías en el embarazo</b>	No						
	Sí	-0.213197	0.0824142	-2.59	0.010	-0.3750296	-0.0513644
<b>Infecciones en el embarazo</b>	No						
	Sí	0.0319251	0.076818	0.42	0.678	-0.1189184	0.1827687
<b>Pretérmino &lt; 37 semanas gestación</b>	No < 37						
	Sí < 37	-0.286705	0.1459141	-1.96	0.050	-0.5732292	-0.0001809
<b>Sexo</b>	Mujer						
	Hombre	0.309501	0.0741817	0.42	0.677	-0.1147167	0.1766168
<b>Fuma en el embarazo</b>	No						
	Sí	0.0177322	0.0994756	0.18	0.859	-0.1776029	0.2130673

## Modelo III. Violencia periembarazo (AAS+ISA)

VARIABLE DEPENDIENTE APGAR RN AL MINUTO DE NACER. REGRESIÓN LINEAL.			
	Suma de cuadrados	df	Media de cuadrados
Modelo	25.6927299	23	1.11707521
Residual	644.390143	700	0.920557347
Total	670.082873	723	0.926808953

F (23, 700)	= 1.21
P	= 0.2244
R <sup>2</sup>	= 0.0383

Tabla 4.147. Modelo III de regresión lineal múltiple (violencia periembarazo AAS+ISA) para el Apgar del recién nacido al minuto de nacer

Variables	Categorías	Coef (B)	Std. Err	t	P	IC 95%	
<b>V. periembarazo AAS+ISA</b>		-0.1135706	0.0928709	-1.22	0.222	-0.2959095	0.0687682
<b>Edad</b>	<20						
	20-24	0.2196098	0.2214283	0.99	0.322	-0.2151334	0.6543531
	25-29	0.1399859	0.2248871	0.62	0.534	-0.3015482	0.58152
	30-34	0.0722728	0.2278999	0.32	0.751	-0.3751765	0.5197221
	35-39	0.0196963	0.2389644	0.08	0.934	-0.4494765	0.4888691
	≥ 40	0.1385291	0.2837601	0.49	0.626	-0.4185939	0.695652
<b>Estado civil</b>	Casada						
	Rel. con compr.	0.0219451	0.1149355	0.19	0.849	-0.2037145	0.2476046
	Rel. sin compr.	0.0148753	0.1104149	0.13	0.893	-0.2019088	0.2316594
<b>Estudios</b>	Primarios						
	Secundarios	0.094512	0.0847224	1.12	0.265	-0.0718284	0.2608525
	Universitarios	0.0602465	0.1257044	0.48	0.632	-0.1865563	0.3070494
<b>Trabajo</b>	Ama de casa						
	Ocupada	0.1635569	0.1127966	1.45	0.148	-0.0579032	0.3850171
	Parada	0.0612752	0.095736	0.64	0.522	-0.1266889	0.2492393
	Estudiante	0.1798727	0.3093318	0.58	0.561	-0.4274567	0.787202
<b>Nacionalidad</b>	Española sí						
	Española no	0.0949795	0.1361352	0.70	0.486	-0.1723027	0.3622616
<b>Convivencia</b>	Con pareja						
	Otros	0.1059178	0.1562896	0.68	0.498	-0.2009348	0.4127704
<b>Apoyo en su entorno</b>	Sí						
	No	0.4115325	0.1761384	2.34	0.020	0.0657097	0.7573554
<b>Embarazo deseado</b>	Sí						
	No	-0.0046171	0.1115328	-0.04	0.967	-0.223596	0.2143619
<b>Patologías en el embarazo</b>	No						
	Sí	-0.2178236	0.0809609	-2.69	0.007	-0.3767788	-0.0588683
<b>Infecciones en el embarazo</b>	No						
	Sí	0.048009	0.075311	0.64	0.524	-0.0998535	0.1958715
<b>Pretérmino &lt; 37 semanas gestación</b>	No < 37						
	Sí < 37	-0.2563458	0.1458611	-1.76	0.079	-0.5427235	0.0300318
<b>Sexo</b>	Mujer						
	Hombre	-0.0009866	0.072973	-0.01	0.989	-0.1442588	0.1422855
<b>Fuma en el embarazo</b>	No						
	Sí	0.015639	0.0993285	0.16	0.875	-0.1793785	0.2106566



**Modelo IV. Violencia emocional adultas, violencia emocional periembarazo, violencia física adultas, violencia física periembarazo**

VARIABLE DEPENDIENTE APGAR DEL RN AL MINUTO DE NACER. REGRESIÓN LINEAL.			
	Suma de cuadrados	df	Media de cuadrados
Modelo	33.2785868	26	1.27994565
Residual	634.301833	688	0.921950338
Total	667.58042	714	0.934986582

F (26, 688)	= 1.39
P	= 0.0956
R <sup>2</sup>	= 0.0498

Tabla 4.148. Modelo IV de regresión lineal múltiple (violencia emocional adultas y periembarazo y violencia física adultas y periembarazo) para el Apgar del recién nacido al minuto de nacer

Variables	Categorías	Coef (B)	Std. Err	t	P	IC 95%	
<b>V. emocional adul.</b>		0.0752827	0.1240138	0.61	0.544	-0.1682082	0.3187735
<b>V. emocional peri</b>		-0.5412472	0.1954091	-2.77	<b>0.006</b>	-0.9249169	-0.1575774
<b>V. física adul.</b>		0.036062	0.1750335	0.21	0.837	-0.3076019	0.3797259
<b>V. física peri.</b>		0.4131247	0.347093	1.19	0.234	-0.2683638	1.094613
<b>Edad</b>	<20						
	20-24	0.2501017	0.2231931	1.12	0.263	-0.1881195	0.688323
	25-29	0.1513934	0.2266384	0.67	0.504	-0.2935925	0.5963793
	30-34	0.0761228	0.2302882	0.33	0.741	-0.3760292	0.5282748
	35-39	0.0304511	0.2423824	0.13	0.900	-0.4454468	0.5063491
	≥ 40	0.1503417	0.2882318	0.52	0.602	-0.4155779	0.7162613
<b>Estado civil</b>	Casada						
	Rel. con compr.	-0.0090154	0.1164975	-0.08	0.938	-0.2377486	0.2197179
	Rel. sin compr.	0.0227719	0.1120694	0.20	0.839	-0.1972671	0.2428109
<b>Estudios</b>	Primarios						
	Secundarios	0.111207	0.08577	1.30	0.195	-0.0571954	0.2796094
	Universitarios	0.0902989	0.1269077	0.71	0.477	-0.1588739	0.3394717
<b>Trabajo</b>	Ama de casa						
	Ocupada	0.1722719	0.1139607	1.51	0.131	-0.0514805	0.3960243
	Parada	0.0767159	0.0964135	0.80	0.426	-0.1125841	0.266016
	Estudiante	0.1461748	0.3118546	0.47	0.639	-0.4661262	0.7584757
<b>Nacionalidad</b>	Española sí						
	Española no	0.110747	0.1379276	0.80	0.422	-0.1600624	0.3815565
<b>Convivencia</b>	Con pareja						
	Otros	0.1110896	0.1580985	0.70	0.483	-0.1993239	0.4215032
<b>Apoyo en su entorno</b>	Sí						
	No	0.4248341	0.1866531	2.28	<b>0.023</b>	0.058356	0.7913121
<b>Embarazo deseado</b>	Sí						
	No	-0.0205578	0.1120831	-0.18	0.855	-0.2406238	0.1995082
<b>Patologías en el embarazo</b>	No						
	Sí	-0.2424164	0.0827118	-2.93	<b>0.003</b>	-0.4048142	-0.0800186
<b>Infecciones en el embarazo</b>	No						
	Sí	0.0513055	0.0760048	0.68	0.500	-0.0979238	0.2005347
<b>Pretérmino &lt; 37 semanas gestación</b>	No < 37						
	Sí < 37	-0.2522167	0.1474494	-1.71	0.088	-0.5417216	0.0372881
<b>Sexo</b>	Mujer						
	Hombre	-0.008902	0.0736931	-0.01	0.990	-0.1455805	0.1438001
<b>Fuma en el embarazo</b>	No						
	Sí	-0.0086506	0.1002183	-0.09	0.931	-0.205421	0.1881198

## Modelo V. Violencia ISA no física y violencia ISA física

VARIABLE DEPENDIENTE APGAR DEL RN AL MINUTO DE NACER. REGRESIÓN LINEAL.			
	Suma de cuadrados	df	Media de cuadrados
Modelo	29.558726	24	1.23161358
Residual	562.450243	644	0.873369942
Total	592.008969	668	0.886240971

F (24, 644)	= 1.41
P	= 0.0931
R <sup>2</sup>	= 0.0499

Tabla 4.149. Modelo V de regresión lineal múltiple (violencia ISA no física y física) para el Apgar del recién nacido al minuto de nacer

Variables	Categorías	Coef (B)	Std. Err	t	P	IC 95%	
<b>V. ISA no física</b>		- 0.1321493	0.1006776	-1.31	0.190	-0.3298453	0.0655467
<b>V. ISA física</b>		- 0.2388376	0.2108425	-1.13	0.258	-0.6528595	0.1751843
<b>Edad</b>	<20						
	20-24	0.2338846	0.2284006	1.02	0.306	-0.2146153	0.6823844
	25-29	0.2603101	0.2332516	1.12	0.265	-0.1977154	0.7183357
	30-34	0.1436793	0.2359827	0.61	0.543	-0.3197092	0.6070679
	35-39	0.0680304	0.2477999	0.27	0.784	-0.418563	0.5546237
	≥ 40	0.4336214	0.2986903	1.45	0.147	-0.1529032	1.020146
<b>Estado civil</b>	Casada						
	Rel. con compr.	0.0221727	0.1144635	0.19	0.846	-0.2025941	0.2469395
	Rel. sin compr.	0.0633747	0.1138693	0.56	0.578	-0.1602253	0.2869748
<b>Estudios</b>	Primarios						
	Secundarios	0.0992879	0.0870146	1.14	0.254	-0.0715787	0.2701544
	Universitarios	0.038446	0.1260137	0.31	0.760	-0.2090014	0.2858933
<b>Trabajo</b>	Ama de casa						
	Ocupada	0.1710591	0.1159197	1.48	0.141	-0.0565671	0.3986852
	Parada	0.0916545	0.0977142	0.94	0.349	-0.1002226	0.2835315
	Estudiante	0.2390833	0.3045383	0.79	0.433	-0.3589248	0.8370914
<b>Nacionalidad</b>	Española sí						
	Española no	0.1015624	0.134746	0.75	0.451	-0.1630323	0.366157
<b>Convivencia</b>	Con pareja						
	Otros	0.153227	0.1592022	0.96	0.336	-0.159391	0.4658451
<b>Apoyo en su entorno</b>	Sí						
	No	0.3922259	0.17811	2.20	0.028	0.0424794	0.7419725
<b>Embarazo deseado</b>	Sí						
	No	- 0.0023505	0.1136674	-0.02	0.984	-0.2255539	0.220853
<b>Patologías en el embarazo</b>	No						
	Sí	- 0.2188097	0.0825741	-2.65	0.008	-0.3809567	-0.0566626
<b>Infecciones en el embarazo</b>	No						
	Sí	0.0369558	0.076882	0.48	0.631	-0.114014	0.1879256
<b>Pretérmino &lt; 37 semanas gestación</b>	No < 37						
	Sí < 37	- 0.2808452	0.1459512	-1.92	0.055	-0.5674429	0.0057526
<b>Sexo</b>	Mujer						
	Hombre	0.0320541	0.0741602	0.43	0.666	-0.113571	0.1776791
<b>Fuma en el embarazo</b>	No						
	Sí	0.0211907	0.099536	0.21	0.831	-0.1742635	0.2166449

En todos los modelos analizados, ninguno es significativo, por lo que la variabilidad observada puede deberse al azar, no existiendo ninguna asociación entre la variable dependiente y las independientes.

Las variables que han sido significativas, en todos los modelos, son el apoyo del entorno y las patologías en el embarazo. En el modelo IV, ha sido significativa la violencia emocional periembarazo (AAS).

En este apartado, presentamos los modelos de regresión lineal múltiple para los valores del Apgar del recién nacido, a los cinco minutos del nacimiento, y los diferentes tipos de violencia sufridos por la mujer, incluyendo las variables sociodemográficas, el entorno familiar, el deseo del embarazo, las patologías, infecciones y consumo de tabaco durante el embarazo, el sexo del bebé y el parto pretérmino.

Modelo I. Violencia global adultas y violencia global periembarazo.

VARIABLE DEPENDIENTE APGAR DEL RN A LOS CINCO MINUTOS DE NACER. REGRESIÓN LINEAL.			
	Suma de cuadrados	df	Media de cuadrados
Modelo	7.85833326	24	0.327430552
Residual	193.782551	699	0.277228256
Total	201.640884	723	0.278894722

F (24, 699)	= 1.18
P	= 0.2508
R <sup>2</sup>	= 0.0390

Tabla 4.150. Modelo I de regresión lineal múltiple (violencia global adultas y periembarazo) para el Apgar del recién nacido a los cinco minutos de nacer

Variables	Categorías	Coef (B)	Std. Err	t	P	IC 95%	
<b>Violencia adultas</b>		0.0372037	0.056989	0.65	0.514	-0.0746865	0.1490939
<b>Violencia periemb</b>		-0.1165917	0.0821333	-1.42	0.156	-0.2778491	0.0446658
<b>Edad</b>	<20						
	20-24	0.0192499	0.1216419	0.16	0.874	-0.2195774	0.2580772
	25-29	-0.0569619	0.1238469	-0.46	0.646	-0.3001184	0.1861946
	30-34	-0.0061462	0.1258054	-0.05	0.961	-0.2531479	0.2408554
	35-39	-0.0559087	0.1322013	-0.42	0.672	-0.315468	0.2036506
	≥ 40	0.0174399	0.1569544	0.11	0.912	-0.2907187	0.3255985
<b>Estado civil</b>	Casada						
	Rel. con compr.	-0.1053635	0.0632165	-1.67	0.096	-0.2294805	0.0187535
	Rel. sin compr.	0.0541639	0.0607443	0.89	0.373	-0.0650994	0.1734271
<b>Estudios</b>	Primarios						
	Secundarios	0.0248138	0.0466815	0.53	0.595	-0.0668389	0.1164666
	Universitarios	-0.107791	0.069326	-1.55	0.120	-0.2439032	0.0283211
<b>Trabajo</b>	Ama de casa						
	Ocupada	0.0726557	0.0618535	1.17	0.241	-0.0487852	0.1940966
	Parada	0.0803139	0.0525851	1.53	0.127	-0.0229298	0.1835576
	Estudiante	-0.1088324	0.1708622	-0.64	0.524	-0.4442969	0.2266322
<b>Nacionalidad</b>	Española sí						
	Española no	0.0183301	0.074778	0.25	0.806	-0.1284862	0.1651464
<b>Convivencia</b>	Con pareja						
	Otros	-0.0447058	0.0859983	-0.52	0.603	-0.2135518	0.1241401
<b>Apoyo en su entorno</b>	Sí						
	No	0.1221844	0.0970004	1.26	0.208	-0.0682627	0.3126315
<b>Embarazo deseado</b>	Sí						
	No	0.0560955	0.0607935	0.92	0.356	-0.0632643	0.1754554
<b>Patologías en el embarazo</b>	No						
	Sí	-0.0461984	0.0446759	-1.03	0.301	-0.1339133	0.0415166
<b>Infecciones en el embarazo</b>	No						
	Sí	-0.0556492	0.041229	-1.35	0.178	-0.1365968	0.0252984
<b>Pretérmino &lt; 37 semanas gestación</b>	No < 37						
	Sí < 37	-0.1749784	0.0799769	-2.19	0.029	-0.3320021	-0.0179546
<b>Sexo</b>	Mujer						
	Hombre	-0.032825	0.0401083	-0.82	0.413	-0.1115722	0.0459222
<b>Fuma en el embarazo</b>	No						
	Sí	-0.0091793	0.0541441	-0.17	0.865	-0.1154838	0.0971252

## Modelo II. Violencia ISA global

VARIABLE DEPENDIENTE APGAR DEL RN A LOS CINCO MINUTOS DE NACER. REGRESIÓN LINEAL.			
	Suma de cuadrados	df	Media de cuadrados
Modelo	9.55674538	23	0.415510669
Residual	172.930549	645	0.268109378
Total	182.487294	668	0.273184573

F (23, 645)	= 1.55
P	= 0.0491
R <sup>2</sup>	= 0.0524

Tabla 4.151. Modelo II de regresión lineal múltiple (violencia ISA global) para el Apgar del recién nacido a los cinco minutos de nacer

Variables	Categorías	Coef (B)	Std. Err	t	P	IC 95%	
<b>Violencia ISA global</b>		-0.1250636	0.0532317	-2.35	0.019	-0.229592	-0.0205351
<b>Edad</b>	<20						
	20-24	0.0454406	0.1265124	0.36	0.720	-0.2029852	0.2938665
	25-29	0.0320722	0.1290186	0.25	0.804	-0.2212749	0.2854194
	30-34	0.0506908	0.1304603	0.39	0.698	-0.2054875	0.306869
	35-39	-0.0030586	0.1370979	-0.02	0.982	-0.2722707	0.2661535
	≥ 40	0.0699162	0.1649482	0.42	0.672	-0.2539841	0.3938165
<b>Estado civil</b>	Casada						
	Rel con compr.	-0.0866326	0.0634185	-1.37	0.172	-0.2111643	0.037899
	Rel. sin compr.	0.1094663	0.0628933	1.74	0.082	-0.0140341	0.2329667
<b>Estudios</b>	Primarios						
	Secundarios	0.0077248	0.0482104	0.16	0.873	-0.0869434	0.1023931
	Universitarios	-0.1358459	0.0697507	-1.95	0.052	-0.2728117	0.0011199
<b>Trabajo</b>	Ama de casa						
	Ocupada	0.0588606	0.0639215	0.92	0.357	-0.0666588	0.1843801
	Parada	0.0879947	0.0536987	1.64	0.102	-0.0174507	0.1934401
	Estudiante	-0.0537696	0.1686761	-0.32	0.750	-0.3849901	0.277451
<b>Nacionalidad</b>	Española sí						
	Española no	0.0236403	0.0743333	0.32	0.751	-0.1223241	0.1696048
<b>Convivencia</b>	Con pareja						
	Otros	-0.0254479	0.0880967	-0.29	0.773	-0.1984388	0.1475431
<b>Apoyo en su entorno</b>	Sí						
	No	0.1109626	0.0985123	1.13	0.260	-0.0824809	0.3044061
<b>Embarazo deseado</b>	Sí						
	No	0.0561036	0.0630243	0.89	0.374	-0.067654	0.1798613
<b>Patologías en el embarazo</b>	No						
	Sí	-0.0430493	0.0456461	-0.94	0.346	-0.1326822	0.0465836
<b>Infecciones en el embarazo</b>	No						
	Sí	-0.0627248	0.0425466	-1.47	0.141	-0.1462713	0.0208217
<b>Pretérmino &lt; 37 semanas gestación</b>	No < 37						
	Sí < 37	-0.1666741	0.0808163	-2.06	0.040	-0.325369	-0.0079793
<b>Sexo</b>	Mujer						
	Hombre	-0.0378931	0.0410864	-0.92	0.357	-0.1185724	0.0427862
<b>Fuma en el embarazo</b>	No						
	Sí	-0.0104049	0.0550957	-0.19	0.850	-0.1185936	0.0977838

## Modelo III. Violencia periembarazo (AAS+ISA)

VARIABLE DEPENDIENTE APGAR DEL RN A LOS CINCO MINUTOS DE NACER. REGRESIÓN LINEAL.			
	Suma de cuadrados	df	Media de cuadrados
Modelo	7.88030462	23	0.34262194
Residual	193.760579	700	0.276800828
Total	201.640884	723	0.278894722

F (23, 700)	= 1.24
P	= 0.2039
R <sup>2</sup>	= 0.0391

Tabla 4.152. Modelo III de regresión lineal múltiple (violencia periembarazo AAS+ISA) para el Apgar del recién nacido a los cinco minutos de nacer

Variab	Categorías	Coef (B)	Std. Err	t	P	IC 95%	
<b>V. periembarazo AAS+ISA</b>		-0.0746212	0.0509258	-1.47	0.143	-0.1746068	0.0253644
<b>Edad</b>	<20						
	20-24	0.0212015	0.1214203	0.17	0.861	-0.2171902	0.2595932
	25-29	-0.0543534	0.123317	-0.44	0.660	-0.2964688	0.1877621
	30-34	-0.0025362	0.124969	-0.02	0.984	-0.2478952	0.2428229
	35-39	-0.0503322	0.1310362	-0.38	0.701	-0.3076034	0.2069389
	≥ 40	0.0197721	0.1556	0.13	0.899	-0.2857266	0.3252707
<b>Estado civil</b>	Casada						
	Rel. con compr.	-0.0943624	0.0630249	-1.50	0.135	-0.2181029	0.0293782
	Rel. sin compr.	0.060281	0.0605461	1.00	0.320	-0.0585927	0.1791547
<b>Estudios</b>	Primarios						
	Secundarios	0.0222869	0.0464576	0.48	0.632	-0.068926	0.1134998
	Universitarios	-0.1143859	0.0689301	-1.66	0.097	-0.2497204	0.0209486
<b>Trabajo</b>	Ama de casa						
	Ocupada	0.0680206	0.0618521	1.10	0.272	-0.0534172	0.1894584
	Parada	0.0782975	0.0524969	1.49	0.136	-0.0247727	0.1813677
	Estudiante	-0.0856594	0.1696223	-0.51	0.614	-0.4186888	0.24737
<b>Nacionalidad</b>	Española sí						
	Española no	0.0120319	0.0746498	0.16	0.872	-0.1345324	0.1585962
<b>Convivencia</b>	Con pareja						
	Otros	-0.0392501	0.0857015	-0.46	0.647	-0.2075129	0.1290127
<b>Apoyo en su entorno</b>	Sí						
	No	0.127546	0.0965856	1.32	0.187	-0.0620861	0.3171781
<b>Embarazo deseado</b>	Sí						
	No	0.0626712	0.0611591	1.02	0.306	-0.057406	0.1827484
<b>Patologías en el embarazo</b>	No						
	Sí	-0.0438888	0.0443949	-0.99	0.323	-0.131052	0.0432744
<b>Infecciones en el embarazo</b>	No						
	Sí	-0.0531779	0.0412968	-1.29	0.198	-0.1342584	0.0279026
<b>Pretérmino &lt; 37 semanas gestación</b>	No < 37						
	Sí < 37	-0.1699064	0.079983	-2.12	0.034	-0.3269417	-0.012871
<b>Sexo</b>	Mujer						
	Hombre	-0.0301711	0.0400148	-0.75	0.451	-0.1087344	0.0483923
<b>Fuma en el embarazo</b>	No						
	Sí	0.0029173	0.0544669	0.05	0.957	-0.1040206	0.1098553

**Modelo IV. Violencia emocional adultas, violencia emocional periembarazo, violencia física adultas, violencia física periembarazo**

VARIABLE DEPENDIENTE APGAR DEL RN A LOS CINCO MINUTOS DE NACER. REGRESIÓN LINEAL.			
	Suma de cuadrados	df	Media de cuadrados
Modelo	11.4445663	26	0.440175629
Residual	189.050539	688	0.27478276
Total	200.495105	714	0.280805469

F (26, 688)	= 1.60
P	= 0.0301
R <sup>2</sup>	= 0.0571

Tabla 4.153. Modelo IV de regresión lineal múltiple (violencia emocional adultas y periembarazo y violencia física adultas y periembarazo) para el Apgar del recién nacido a los cinco minutos de nacer.

Variables	Categorías	Coef (B)	Std. Err	t	P	IC 95%	
<b>V. emocional adul.</b>		-0.0184275	0.0677035	-0.27	0.786	-0.1513577	0.1145027
<b>V. emocional peri</b>		-0.3932313	0.1066807	-3.69	0.000	-0.6026901	-0.1837726
<b>V. física adultas</b>		0.058939	0.0955569	0.62	0.538	-0.1286791	0.2465572
<b>V. física periembar</b>		0.4070504	0.1894902	2.15	0.032	0.0350019	0.7790989
<b>Edad</b>	<20						
	20-24	0.0530249	0.1218489	0.44	0.664	-0.1862155	0.2922652
	25-29	-0.0390335	0.1237298	-0.32	0.752	-0.2819669	0.2038999
	30-34	0.0232054	0.1257224	0.18	0.854	-0.2236403	0.270051
	35-39	-0.0186979	0.132325	-0.14	0.888	-0.2785072	0.2411115
	≥ 40	0.0465432	0.1573559	0.30	0.767	-0.2624121	0.3554986
<b>Estado civil</b>	Casada						
	Rel. con compr.	-0.1119202	0.0636001	-1.76	0.079	-0.2367937	0.0129533
	Rel. sin compr.	0.0699822	0.0611826	1.14	0.253	-0.0501448	0.1901093
<b>Estudios</b>	Primarios						
	Secundarios	0.0257274	0.0468249	0.55	0.583	-0.0662094	0.1176642
	Universitarios	-0.1031596	0.0692833	-1.49	0.137	-0.2391917	0.0328726
<b>Trabajo</b>	Ama de casa						
	Ocupada	0.067246	0.0622151	1.08	0.280	-0.0549083	0.1894002
	Parada	0.0860682	0.0526355	1.64	0.102	-0.0172774	0.1894137
	Estudiante	-0.0963458	0.1702524	-0.57	0.572	-0.4306224	0.2379307
<b>Nacionalidad</b>	Española sí						
	Española no	0.0128692	0.0752995	0.17	0.864	-0.1349752	0.1607136
<b>Convivencia</b>	Con pareja						
	Otros	-0.032363	0.0863115	-0.37	0.708	-0.2018286	0.1371027
<b>Apoyo en su entorno</b>	Sí						
	No	0.0992829	0.1019005	0.97	0.330	-0.1007903	0.2993561
<b>Embarazo deseado</b>	Sí						
	No	0.0578682	0.0611901	0.95	0.345	-0.0622736	0.1780099
<b>Patologías en el embarazo</b>	No						
	Sí	-0.0515465	0.0451553	-1.14	0.254	-0.1402052	0.0371121
<b>Infecciones en el embarazo</b>	No						
	Sí	-0.0469965	0.0414937	-1.13	0.258	-0.1284659	0.034473
<b>Pretérmino &lt; 37 semanas gestación</b>	No < 37						
	Sí < 37	-0.1738779	0.0804978	-2.16	0.031	-0.3319287	-0.015827
<b>Sexo</b>	Mujer						
	Hombre	-0.0339455	0.0402316	-0.84	0.399	-0.112937	0.045046
<b>Fuma en el embarazo</b>	No						
	Sí	-0.0194068	0.0547127	-0.35	0.723	-0.1268307	0.0880171

## Modelo V. Violencia ISA no físico y violencia ISA físico

VARIABLE DEPENDIENTE APGAR DEL RN A LOS CINCO MINUTOS DE NACER. REGRESIÓN LINEAL.			
	Suma de cuadrados	df	Media de cuadrados
Modelo	10.1537385	24	0.423072439
Residual	172.333556	644	0.267598689
Total	182.487294	668	0.273184573

F (24, 644)	= 1.58
P	= 0.0390
R <sup>2</sup>	= 0.0556

Tabla 4.154. Modelo V de regresión lineal múltiple (violencia ISA no física y física) para el Apgar del recién nacido a los cinco minutos de nacer

Variables	Categorías	Coef (B)	Std. Err	t	P	IC 95%	
<b>V. ISA no física</b>		-0.098467	0.0557283	-1.77	0.078	-0.2078981	0.0109641
<b>V. ISA física</b>		-0.1818579	0.1167081	-1.56	0.120	-0.4110323	0.0473165
<b>Edad</b>	<20						
	20-24	0.0411524	0.1264271	0.33	0.745	-0.2071067	0.2894115
	25-29	0.0436875	0.1291123	0.34	0.735	-0.2098444	0.2972194
	30-34	0.0651107	0.130624	0.50	0.618	-0.1913898	0.3216111
	35-39	0.0094453	0.1371652	0.07	0.945	-0.2598997	0.2787904
	≥ 40	0.091547	0.1653347	0.55	0.580	-0.2331133	0.4162072
<b>Estado civil</b>	Casada						
	Rel. con compr.	-0.0848243	0.0633592	-1.34	0.181	-0.2092399	0.0395914
	Rel. sin compr.	0.1171837	0.0630303	1.86	0.063	-0.0065861	0.2409535
<b>Estudios</b>	Primarios						
	Secundarios	0.0084231	0.0481654	0.17	0.861	-0.086157	0.1030032
	Universitarios	-0.1312672	0.0697526	-1.88	0.060	-0.2682373	0.0057029
<b>Trabajo</b>	Ama de casa						
	Ocupada	0.0503109	0.0641653	0.78	0.433	-0.0756875	0.1763093
	Parada	0.078663	0.054088	1.45	0.146	-0.0275471	0.1848731
	Estudiante	-0.0592093	0.1685718	-0.35	0.726	-0.390226	0.2718074
<b>Nacionalidad</b>	Española sí						
	Española no	0.0126477	0.0745863	0.17	0.865	-0.133814	0.1591093
<b>Convivencia</b>	Con pareja						
	Otros	-0.0183627	0.0881235	-0.21	0.835	-0.1914069	0.1546815
<b>Apoyo en su entorno</b>	Sí						
	No	0.1193847	0.0985896	1.21	0.226	-0.0742113	0.3129807
<b>Embarazo deseado</b>	Sí						
	No	0.0565884	0.0629185	0.90	0.369	-0.0669619	0.1801387
<b>Patologías en el embarazo</b>	No						
	Sí	-0.0473508	0.0457074	-1.04	0.301	-0.1371044	0.0424029
<b>Infecciones en el embarazo</b>	No						
	Sí	-0.0594428	0.0425567	-1.40	0.163	-0.1430094	0.0241238
<b>Pretérmino &lt; 37 semanas gestación</b>	No < 37						
	Sí < 37	-0.1630484	0.0807887	-2.02	0.044	-0.3216895	-0.0044074
<b>Sexo</b>	Mujer						
	Hombre	-0.037061	0.0410501	-0.90	0.367	-0.1176692	0.0435471
<b>Fuma en el embarazo</b>	No						
	Sí	-0.0087753	0.0550964	-0.16	0.874	-0.1169655	0.0994149



De los modelos analizados, son significativos el II, IV y V. Por tanto, no podemos decir que la variabilidad observada en la variable de respuesta (Apgar a los cinco minutos del nacimiento) en estos modelos sea debida al azar y admitimos que hay algún tipo de asociación entre la variable dependiente y las independientes. La variable que ha sido significativa, en todos los modelos analizados, es el parto pretérmino. En el modelo IV, han sido significativas también las violencias emocional en la vida de adulta y física periembrazo (AAS).

Si el parto es pretérmino (< 37 semanas de gestación), el valor de los coeficientes nos indica que el Apgar del recién nacido a los 5 minutos tras el parto disminuiría 0.17. En el modelo IV, si la mujer refiere violencia emocional en la vida adulta, el Apgar a los cinco minutos disminuiría 0.39, sin embargo, si la mujer refiere violencia física periembrazo aumentaría de 0.40.

### 4.5.3.3. Reanimación del recién nacido

Presentamos los modelos de regresión logística para la reanimación del recién nacido y los diferentes tipos de violencia sufridos por la mujer, ajustado por las variables sociodemográficas, entorno familiar, deseo de embarazo, patologías, infecciones y fumar durante el embarazo, sexo del bebé, bajo peso y parto pretérmino.

Tabla 4.155. Modelo I de regresión logística (violencia global adultas y periembarazo) para la reanimación del recién nacido

Variables	Categorías	REANIMACIÓN				
		Fr. (%)	Modelo bruto		Modelo ajustado	
			Odds	IC (95%)	Odds	IC (95%)
Violencia global adultas	No (N=627)	171 (27.3)	1	-	1	-
	Sí (N=150)	38 (25.3)	0.9	0.6 – 1.4	0.6	0.4 – 1.1
Violencia global periembarazo	No (N=717)	191 (26.6)	1	-	1	-
	Sí (N=60)	18 (30.0)	1.2	0.7 – 2.1	1.6	0.8 – 3.3
Edad	<20 (N=31)	10 (32.3)	1	-	1	-
	20-24 (N=101)	26 (25.7)	0.7	0.3 – 1.8	1.0	0.3 – 2.8
	25-29 (N=200)	52 (26.0)	0.7	0.3 – 1.7	1.0	0.3 – 3.0
	30-34 (N=276)	73 (26.5)	0.8	0.3 – 1.7	1.1	0.4 – 3.2
	35-39 (N=119)	41 (34.5)	1.1	0.5 – 2.6	1.6	0.5 – 4.9
	≥ 40 (N=31)	4 (12.9)	0.3	0.1 – 1.1	0.4	0.1 – 1.8
Estado civil	Casada (N=497)	139 (28.0)	1	-	1	-
	Relación con compr. (N=106)	26 (24.5)	0.8	0.5 – 1.4	0.9	0.5 – 1.5
	Relación sin compr. (N=171)	44 (25.7)	0.9	0.6 – 1.3	1.0	0.6 – 1.7
Nivel de estudios	Hasta primarios (N=293)	79 (27.0)	1	-	1	-
	Secundarios (N=376)	100 (26.6)	1.0	0.7 – 1.4	0.9	0.6 – 1.4
	Universitarios (N=106)	29 (27.4)	1.0	0.6 – 1.7	1.2	0.6 – 2.1
Tipo de trabajo	Ama de casa (N=170)	51 (30.0)	1	-	1	-
	Parada (N=162)	41 (25.3)	0.8	0.5 – 1.3	0.7	0.4 – 1.1
	Ocupada (N=428)	113 (26.4)	0.8	0.6 – 1.2	0.7	0.5 – 1.1
	Estudiante (N=15)	4 (26.7)	0.9	0.3 – 2.8	0.5	0.1 – 2.4
Nacionalidad	Española sí (N=708)	190 (26.8)	1	-	1	-
	Española no (N=69)	19 (27.5)	1.0	0.6 – 1.8	1.1	0.6 – 2.2
Convivencia	Con su pareja (N=705)	191 (27.1)	1	-	1	-
	Otras formas (N=71)	18 (25.4)	0.9	0.5 – 1.6	1.2	0.6 – 2.5
Apoyo en su entorno	Sí (N=736)	203 (27.6)	1	-	1	-
	No (N=37)	5 (13.5)	0.4	0.2 – 1.1	0.2	0.1 – 0.8
Embarazo deseado	Sí (N=654)	177 (27.1)	1	-	1	-
	No (N=118)	31 (26.3)	1.0	0.6 – 1.5	1.0	0.6 – 1.7
Patologías en el embarazo P=0.0000	No (N=531)	119 (22.4)	1	-	1	-
	Sí (N=242)	89 (36.8)	2.0	1.5 – 2.8	2.2	1.5 – 3.2
Infecciones en el embarazo	No (N=439)	117 (26.7)	1	-	1	-
	Sí (N=330)	90 (27.3)	1.0	0.8 – 1.4	0.9	0.6 – 1.3
Sexo	Mujer (N=386)	99 (25.7)	1	-	1	-
	Hombre (N=391)	110 (28.1)	1.1	0.8 – 1.6	1.1	0.8 – 1.6
Pretérmino <37 SG P=2.3e-07	No < 37 (N=720)	177 (24.6)	1	-	1	-
	Sí <37 (N=57)	32 (56.1)	3.9	2.3 – 6.8	2.7	1.3 – 5.8
Bajo Peso P=1.6e-06	No (N=722)	179 (24.8)	1	-	1	-
	Sí (N=55)	30 (54.6)	3.6	2.1 – 6.4	1.5	0.7 – 3.4
Fuma en el embarazo	No (N=637)	177 (27.8)	1	-	1	-
	Sí (N=137)	31 (22.6)	0.8	0.5 – 1.2	0.7	0.4 – 1.2

Tabla 4.156. Modelo II de regresión logística (violencia global ISA) para la reanimación del recién nacido

Variables	Categorías	REANIMACIÓN				
		Fr. (%)	Modelo bruto		Modelo ajustado	
			Odds	IC (95%)	Odds	IC (95%)
ISA global	No (N=563)	150 (26.6)	1	-	1	-
	Sí (N=153)	45 (29.4)	1.2	0.8 – 1.7	1.4	0.9 – 2.2
Edad	<20 (N=31)	10 (32.3)	1	-	1	-
	20-24 (N=101)	26 (25.7)	0.7	0.3 – 1.8	1.0	0.3 – 3.1
	25-29 (N=200)	52 (26.0)	0.7	0.3 – 1.7	0.9	0.3 – 3.0
	30-34 (N=276)	73 (26.5)	0.8	0.3 – 1.7	1.0	0.3 – 3.3
	35-39 (N=119)	41 (34.5)	1.1	0.5 – 2.6	1.6	0.5 – 5.5
	≥ 40 (N=31)	4 (12.9)	0.3	0.1 – 1.1	0.3	0.1 – 1.7
Estado civil	Casada (N=497)	139 (28.0)	1	-	1	-
	Relación con compr. (N=106)	26 (24.5)	0.8	0.5 – 1.4	0.8	0.5 – 1.5
	Relación sin compr. (N=171)	44 (25.7)	0.9	0.6 – 1.3	0.9	0.5 – 1.6
Nivel de estudios	Hasta primarios (N=293)	79 (27.0)	1	-	1	-
	Secundarios (N=376)	100 (26.6)	1.0	0.7 – 1.4	1.0	0.6 – 1.5
	Universitarios (N=106)	29 (27.4)	1.0	0.6 – 1.7	1.2	0.7 – 2.3
Tipo de trabajo	Ama de casa (N=170)	51 (30.0)	1	-	1	-
	Parada (N=162)	41 (25.3)	0.8	0.5 – 1.3	0.6	0.4 – 1.1
	Ocupada (N=428)	113 (26.4)	0.8	0.6 – 1.2	0.7	0.4 – 1.1
	Estudiante (N=15)	4 (26.7)	0.9	0.3 – 2.8	0.5	0.1 – 2.1
Nacionalidad	Española sí (N=708)	190 (26.8)	1	-	1	-
	Española no (N=69)	19 (27.5)	1.0	0.6 – 1.8	1.1	0.6 – 2.2
Convivencia	Con su pareja (N=705)	191 (27.1)	1	-	1	-
	Otras formas (N=71)	18 (25.4)	0.9	0.5 – 1.6	0.9	0.4 – 2.1
Apoyo en su entorno	Sí (N=736)	203 (27.6)	1	-	1	-
	No (N=37)	5 (13.5)	0.4	0.2 – 1.1	0.2	0.1 – 0.7
Embarazo deseado	Sí (N=654)	177 (27.1)	1	-	1	-
	No (N=118)	31 (26.3)	1.0	0.6 – 1.5	1.0	0.5 – 1.7
Patologías en el embarazo P=0.0000	No (N=531)	119 (22.4)	1	-	1	-
	Sí (N=242)	89 (36.8)	2.0	1.5 – 2.8	2.1	1.4 – 3.1
Infecciones en el embarazo	No (N=439)	117 (26.7)	1	-	1	-
	Sí (N=330)	90 (27.3)	1.0	0.8 – 1.4	0.9	0.6 – 1.3
Sexo	Mujer (N=386)	99 (25.7)	1	-	1	-
	Hombre (N=391)	110 (28.1)	1.1	0.8 – 1.6	1.1	0.8 – 1.6
Pretérmino < 37 SG P=2.3e-07	No < 37 (N=720)	177 (24.6)	1	-	1	-
	Sí <37 (N=57)	32 (56.1)	3.9	2.3 – 6.8	3.1	1.4 – 6.8
Bajo Peso P=1.6e-06	No (N=722)	179 (24.8)	1	-	1	-
	Sí (N=55)	30 (54.6)	3.6	2.1 – 6.4	1.2	0.5 – 2.9
Fuma en el embarazo	No (N=637)	177 (27.8)	1	-	1	-
	Sí (N=137)	31 (22.6)	0.8	0.5 – 1.2	0.7	0.4 – 1.1

Tabla 4.157. Modelo III de regresión logística (violencia periembarazo AAS+ISA) para la reanimación del recién nacido

Variables	Categorías	Fr. (%)	REANIMACIÓN			
			Modelo bruto		Modelo ajustado	
			Odds	IC (95%)	Odds	IC (95%)
<b>Violencia periembarazo AAS + ISA</b>	No (N=600)	160 (26.7)	1	-	1	-
	Sí (N=177)	49 (27.7)	1.1	0.7 – 1.5	1.2	0.8 – 1.9
<b>Edad</b>	<20 (N=31)	10 (32.3)	1	-	1	-
	20-24 (N=101)	26 (25.7)	0.7	0.3 – 1.8	0.9	0.3 – 2.7
	25-29 (N=200)	52 (26.0)	0.7	0.3 – 1.7	0.9	0.3 – 2.8
	30-34 (N=276)	73 (26.5)	0.8	0.3 – 1.7	1.0	0.3 – 2.9
	35-39 (N=119)	41 (34.5)	1.1	0.5 – 2.6	1.4	0.4 – 4.3
	≥ 40 (N=31)	4 (12.9)	0.3	0.1 – 1.1	0.3	0.1 – 1.6
<b>Estado civil</b>	Casada (N=497)	139 (28.0)	1	-	1	-
	Relación con compr. (N=106)	26 (24.5)	0.8	0.5 – 1.4	0.8	0.5 – 1.4
	Relación sin compr. (N=171)	44 (25.7)	0.9	0.6 – 1.3	0.9	0.6 – 1.6
<b>Nivel de estudios</b>	Hasta primarios (N=293)	79 (27.0)	1	-	1	-
	Secundarios (N=376)	100 (26.6)	1.0	0.7 – 1.4	0.9	0.6 – 1.4
	Universitarios (N=106)	29 (27.4)	1.0	0.6 – 1.7	1.2	0.7 – 2.2
<b>Tipo de trabajo</b>	Ama de casa (N=170)	51 (30.0)	1	-	1	-
	Parada (N=162)	41 (25.3)	0.8	0.5 – 1.3	0.7	0.4 – 1.1
	Ocupada (N=428)	113 (26.4)	0.8	0.6 – 1.2	0.7	0.5 – 1.2
	Estudiante (N=15)	4 (26.7)	0.9	0.3 – 2.8	0.5	0.1 – 2.1
<b>Nacionalidad</b>	Española sí (N=708)	190 (26.8)	1	-	1	-
	Española no (N=69)	19 (27.5)	1.0	0.6 – 1.8	1.1	0.6 – 2.1
<b>Convivencia</b>	Con su pareja (N=705)	191 (27.1)	1	-	1	-
	Otras formas (N=71)	18 (25.4)	0.9	0.5 – 1.6	1.1	0.5 – 2.4
<b>Apoyo en su entorno</b>	Sí (N=736)	203 (27.6)	1	-	1	-
	No (N=37)	5 (13.5)	0.4	0.2 – 1.1	0.2	0.1 – 0.8
<b>Embarazo deseado</b>	Sí (N=654)	177 (27.1)	1	-	1	-
	No (N=118)	31 (26.3)	1.0	0.6 – 1.5	1.0	0.6 – 1.7
<b>Patologías en el embarazo P=0.0000</b>	No (N=531)	119 (22.4)	1	-	1	-
	Sí (N=242)	89 (36.8)	2.0	1.5 – 2.8	2.1	1.4 – 3.0
<b>Infecciones en el embarazo</b>	No (N=439)	117 (26.7)	1	-	1	-
	Sí (N=330)	90 (27.3)	1.0	0.8 – 1.4	0.9	0.6 – 1.3
<b>Sexo</b>	Mujer (N=386)	99 (25.7)	1	-	1	-
	Hombre (N=391)	110 (28.1)	1.1	0.8 – 1.6	1.1	0.8 – 1.6
<b>Pretérmino &lt; 37 SG P=2.3e-07</b>	No <37 (N=720)	177 (24.6)	1	-	1	-
	Sí <37 (N=57)	32 (56.1)	3.9	2.3 – 6.8	2.7	1.3 – 5.7
<b>Bajo Peso P=1.6e-06</b>	No (N=722)	179 (24.8)	1	-	1	-
	Sí (N=55)	30 (54.6)	3.6	2.1 – 6.4	1.5	0.7 – 3.4
<b>Fuma en el embarazo</b>	No (N=637)	177 (27.8)	1	-	1	-
	Sí (N=137)	31 (22.6)	0.8	0.5 – 1.2	0.7	0.4 – 1.1

Tabla 4.158. Modelo IV de regresión logística (violencia emocional adultas y periembarazo y violencia física adultas y periembarazo) para la reanimación del recién nacido

Variables	Categorías	REANIMACIÓN				
		Fr. (%)	Modelo bruto		Modelo ajustado	
			OR	IC (95%)	OR	IC (95%)
Violencia emocional adultas	No (N=649)	172 (26.5)	1	-	1	-
	Sí (N=119)	34 (28.6)	1.1	0.7 – 1.7	0.8	0.4 – 1.4
Violencia emocional periembarazo	No (N=731)	193 (26.4)	1	-	1	-
	Sí (N=37)	13 (35.1)	1.5	0.8 – 3.0	3.1	1.3 – 7.5
Violencia física adultas	No (N=712)	194 (27.3)	1	-	1	-
	Sí (N=55)	12 (21.8)	0.8	0.4 – 1.4	1.2	0.5 – 2.9
Violencia física periembarazo	No (N=754)	205 (27.2)	1	-	1	-
	Sí (N=13)	1 (7.7)	0.2	0.0 – 1.7	0.1	0.0 – 0.9
Edad	<20 (N=31)	10 (32.3)	1	-	1	-
	20-24 (N=101)	26 (25.7)	0.7	0.3 – 1.8	0.8	0.3 – 2.5
	25-29 (N=200)	52 (26.0)	0.7	0.3 – 1.7	0.9	0.3 – 2.8
	30-34 (N=276)	73 (26.5)	0.8	0.3 – 1.7	0.9	0.3 – 2.8
	35-39 (N=119)	41 (34.5)	1.1	0.5 – 2.6	1.3	0.4 – 4.2
	≥ 40 (N=31)	4 (12.9)	0.3	0.1 – 1.1	0.3	0.1 – 1.6
Estado civil	Casada (N=497)	139 (28.0)	1	-	1	-
	Relación con compr. (N=106)	26 (24.5)	0.8	0.5 – 1.4	0.9	0.5 – 1.6
	Relación sin compr. (N=171)	44 (25.7)	0.9	0.6 – 1.3	1.0	0.6 – 1.7
Nivel de estudios	Hasta primarios (N=293)	79 (27.0)	1	-	1	-
	Secundarios (N=376)	100 (26.6)	1.0	0.7 – 1.4	0.9	0.6 – 1.3
	Universitarios (N=106)	29 (27.4)	1.0	0.6 – 1.7	1.1	0.6 – 2.0
Tipo de trabajo	Ama de casa(N=170)	51 (30.0)	1	-	1	-
	Parada (N=162)	41 (25.3)	0.8	0.5 – 1.3	0.6	0.3 – 1.0
	Ocupada (N=428)	113 (26.4)	0.8	0.6 – 1.2	0.7	0.4 – 1.1
	Estudiante (N=15)	4 (26.7)	0.9	0.3 – 2.8	0.5	0.1 – 2.2
Nacionalidad	Española sí (N=708)	190 (26.8)	1	-	1	-
	Española no (N=69)	19 (27.5)	1.0	0.6 – 1.8	1.1	0.5 – 2.1
Convivencia	Con su pareja (N=705)	191 (27.1)	1	-	1	-
	Otras formas(N=71)	18 (25.4)	0.9	0.5 – 1.6	1.2	0.6 – 2.5
Apoyo en su entorno	Sí (N=736)	203 (27.6)	1	-	1	-
	No(N=37)	5 (13.5)	0.4	0.2 – 1.1	0.2	0.0 – 0.7
Embarazo deseado	Sí (N=654)	177 (27.1)	1	-	1	-
	No (N=118)	31 (26.3)	1.0	0.6 – 1.5	0.9	0.6 – 1.6
Patologías en el embarazo P=0.0000	No (N=531)	119 (22.4)	1	-	1	-
	Sí (N=242)	89 (36.8)	2.0	1.5 – 2.8	2.3	1.5 – 3.3
Infecciones en el embarazo	No (N=439)	117 (26.7)	1	-	1	-
	Sí (N=330)	90 (27.3)	1.0	0.8 – 1.4	0.9	0.6 – 1.3
Sexo	Mujer (N=386)	99 (25.7)	1	-	1	-
	Hombre (N=391)	110 (28.1)	1.1	0.8 – 1.6	1.1	0.8 – 1.6
Pretérmino < 37 SG P=2.3e-07	No < 37 (N=720)	177 (24.6)	1	-	1	-
	Sí <37 (N=57)	32 (56.1)	3.9	2.3 – 6.8	2.5	1.1 – 5.4
Bajo Peso P=1.6e-06	No (N=722)	179 (24.8)	1	-	1	-
	Sí (N=55)	30 (54.6)	3.6	2.1 – 6.4	1.7	0.8 – 3.8
Fuma en el embarazo	No (N=637)	177 (27.8)	1	-	1	-
	Sí (N=137)	31 (22.6)	0.8	0.5 – 1.2	0.7	0.4 – 1.2

Tabla 4.159. Modelo V de regresión logística (violencia ISA no física y física) para la reanimación del recién nacido

Variables	Categorías	REANIMACIÓN	Modelo bruto		Modelo ajustado	
		N Fr. (%)	Odds	IC (95%)	Odds	IC (95%)
Violencia ISA no física	No (N=565)	151 (26.7)	1	-	1	-
	Sí (N=151)	44 (29.1)	1.1	0.8 – 1.7	1.2	0.7 – 2.0
Violencia ISA física	No(N=690)	185 (26.8)	1	-	1	-
	Sí (N=26)	10 (38.5)	1.7	0.8 – 3.8	2.3	0.9 – 6.3
Edad	<20 (N=31)	10 (32.3)	1	-	1	-
	20-24 (N=101)	26 (25.7)	0.7	0.3 – 1.8	1.0	0.3 – 3.1
	25-29 (N=200)	52 (26.0)	0.7	0.3 – 1.7	0.9	0.3 – 2.8
	30-34 (N=276)	73 (26.5)	0.8	0.3 – 1.7	0.9	0.3 – 3.1
	35-39 (N=119)	41 (34.5)	1.1	0.5 – 2.6	1.5	0.4 – 5.2
	≥ 40 (N=31)	4 (12.9)	0.3	0.1 – 1.1	0.3	0.1 – 1.5
Estado civil	Casada (N=497)	139 (28.0)	1	-	1	-
	Relación con compr. (N=106)	26 (24.5)	0.8	0.5 – 1.4	0.8	0.5 – 1.4
	Relación sin compr. (N=171)	44 (25.7)	0.9	0.6 – 1.3	0.9	0.5 – 1.6
Nivel de estudios	Hasta primarios (N=293)	79 (27.0)	1	-	1	-
	Secundarios (N=376)	100 (26.6)	1.0	0.7 – 1.4	0.9	0.6 – 1.4
	Universitarios (N=106)	29 (27.4)	1.0	0.6 – 1.7	1.2	0.7 – 2.2
Tipo de trabajo	Ama de casa (N=170)	51 (30.0)	1	-	1	-
	Parada (N=162)	41 (25.3)	0.8	0.5 – 1.3	0.7	0.4 – 1.2
	Ocupada (N=428)	113 (26.4)	0.8	0.6 – 1.2	0.7	0.4 – 1.1
	Estudiante (N=15)	4 (26.7)	0.9	0.3 – 2.8	0.5	0.1 – 2.1
Nacionalidad	Española sí (N=708)	190 (26.8)	1	-	1	-
	Española no (N=69)	19 (27.5)	1.0	0.6 – 1.8	1.1	0.6 – 2.1
Convivencia	Con su pareja (N=705)	191 (27.1)	1	-	1	-
	Otras formas (N=71)	18 (25.4)	0.9	0.5 – 1.6	0.9	0.4 – 2.0
Apoyo en su entorno	SI (N=736)	203 (27.6)	1	-	1	-
	No (N=37)	5 (13.5)	0.4	0.2 – 1.1	0.2	0.1 – 0.7
Embarazo deseado	Sí (N=654)	177 (27.1)	1	-	1	-
	No (N=118)	31 (26.3)	1.0	0.6 – 1.5	1.0	0.5 – 1.7
Patologías en el embarazo P=0.0000	No (N=531)	119 (22.4)	1	-	1	-
	Sí (N=242)	89 (36.8)	2.0	1.5 – 2.8	2.2	1.5 – 3.2
Infecciones en el embarazo	No (N=439)	117 (26.7)	1	-	1	-
	Sí (N=330)	90 (27.3)	1.0	0.8 – 1.4	0.9	0.6 – 1.3
Sexo	Mujer (N=386)	99 (25.7)	1	-	1	-
	Hombre (N=391)	110 (28.1)	1.1	0.8 – 1.6	1.1	0.8 – 1.6
Pretérmino < 37 SG P=2.3e-07	No < 37 (N=720)	177 (24.6)	1	-	1	-
	Si <37 (N=57)	32 (56.1)	3.9	2.3 – 6.8	3.1	1.4 – 6.9
Bajo Peso P=1.6e-06	No (N=722)	179 (24.8)	1	-	1	-
	Sí (N=55)	30 (54.6)	3.6	2.1 – 6.4	1.2	0.5 – 2.9
Fuma en el embarazo	No (N=637)	177 (27.8)	1	-	1	-
	Sí (N=137)	31 (22.6)	0.8	0.5 – 1.2	0.7	0.4 – 1.1

En el análisis bivalente, la reanimación del recién nacido no está asociado estadísticamente con los diferentes tipos de violencia en ninguno de los modelos analizados.

Cuando realizamos el análisis bivalente de la reanimación del recién nacido con las diferentes variables sociodemográficas, entorno familiar, embarazo deseado, patologías, infecciones y fumar durante el embarazo, sexo del bebé, bajo peso y parto pretérmino, encontramos que existe una asociación estadísticamente significativa con:

Tener patologías durante el embarazo: Las mujeres que tienen patologías durante el embarazo tienen más probabilidad de que sus bebés sean reanimados en el momento del parto (OR=2.0).

Los bebés pretérmino: Un bebé que nace pretérmino tiene más probabilidades de ser reanimado (OR=3.9).

Bajo peso del bebé: Un recién nacido de bajo peso (menos de 2500 g) tiene más probabilidades de ser reanimado (OR=3.6).

En los modelos ajustados, la reanimación del recién nacido, una vez controlados por las variables sociodemográficas, entorno familiar, embarazo deseado, patologías, infecciones y fumar durante el embarazo, sexo del bebé, bajo peso y parto pretérmino, encontramos que:

En el modelo IV, las mujeres que refieren violencia emocional periembarazo (AAS) tienen mayor probabilidad que su bebé sea reanimado (OR=3.1).

En todos los modelos, las mujeres que tienen patologías durante el embarazo (OR de 2.1 a 2.3) y las que sus bebés nacen pretérmino (OR de 2.5 a 3.1) tienen más probabilidades de que sus bebés sean reanimados. Además, las mujeres que no tienen apoyo de su entorno es un factor de protección para la reanimación del recién nacido (OR de 0.2).

Una vez que se ajusta por las variables sociodemográficas, entorno familiar, embarazo deseado, patologías, infecciones y fumar durante el embarazo, sexo del bebé, bajo peso y parto pretérmino, son los recién nacidos de las mujeres que refieren violencia emocional periembarazo los que tienen más probabilidades de ser reanimados. Tener patologías durante el embarazo y un parto pretérmino aparecen como factores para que los bebés sean reanimados al nacimiento, en todos los

modelos. La falta de apoyo del entorno funciona como un factor de protección para la reanimación de los recién nacidos.



#### **4.5.3.4. Contacto piel con piel**

En este apartado, presentamos los modelos de regresión logística para el contacto piel con piel del recién nacido y los diferentes tipos de violencia sufridos por la mujer, ajustado por las variables sociodemográficas, entorno familiar, deseo de embarazo, patologías, infecciones y fumar durante el embarazo, sexo del bebé, bajo peso, parto pretérmino y reanimación del recién nacido.

Tabla 4.160. Modelo I de regresión logística (violencia global adultas y periembarazo) para el no contacto piel con piel del recién nacido

Variables	Categorías	NO CONTACTO PIEL CON PIEL				
		Fr. (%)	Modelo bruto		Modelo ajustado	
			Odds	IC (95%)	Odds	IC (95%)
Violencia global adultas	No (N=627)	191 (30.5)	1	-	1	-
	Si (N=150)	49 (32.7)	1.1	0.8 – 1.6	1.1	0.6 – 2.0
Violencia global periembarazo	No (N=717)	218 (30.4)	1	-	1	-
	Sí (N=60)	22 (36.7)	1.3	0.8 – 2.3	1.3	0.6 – 3.0
Edad	<20 (N=31)	10 (32.3)	1	-	1	-
	20-24 (N=101)	35 (34.7)	1.1	0.5 – 2.6	2.2	0.6 – 8.8
	25-29 (N=200)	63 (31.5)	1.0	0.4 – 2.2	1.4	0.3 – 5.6
	30-34 (N=276)	74 (26.8)	0.8	0.4 – 1.7	0.9	0.2 – 3.8
	35-39 (N=118)	42 (35.6)	1.2	0.5 – 2.7	1.1	0.3 – 4.9
	≥ 40 (N=31)	11 (35.5)	1.2	0.4 – 3.3	2.7	0.5 – 14.1
Estado civil	Casada (N=497)	158 (31.8)	1	-	1	-
	Relación con compr. (N=106)	37 (34.9)	1.2	0.7 – 1.8	1.0	0.5 – 1.8
	Relación sin compr. (N=171)	44 (25.7)	0.7	0.5 – 1.1	0.5	0.3 – 1.0
Nivel de estudios	Hasta primarios (N=293)	92 (31.4)	1	-	1	-
	Secundarios (N=376)	120 (31.9)	1.0	0.7 – 1.4	1.3	0.8 – 2.0
	Universitarios (N=106)	28 (26.4)	0.8	0.5 – 1.3	1.2	0.6 – 2.4
Tipo de trabajo	Ama de casa (N=169)	59 (34.9)	1	-	1	-
	Parada (N=162)	55 (34.0)	1.0	0.6 – 1.5	1.1	0.6 – 2.1
	Ocupada (N=429)	120 (28.0)	0.7	0.5 – 1.1	0.8	0.5 – 1.4
	Estudiante (N=15)	6 (40.0)	1.2	0.4 – 3.7	2.3	0.5 – 11.8
Nacionalidad	Española sí (N=708)	213 (30.1)	1	-	1	-
	Española no (N=69)	27 (39.1)	1.5	0.9 – 2.5	0.9	0.4 – 1.9
Convivencia	Con su pareja (N=705)	220 (31.2)	1	-	1	-
	Otras formas (N=71)	20 (28.2)	0.9	0.5 – 1.5	1.1	0.5 – 2.7
Apoyo en su entorno	Sí (N=736)	226 (30.7)	1	-	1	-
	No (N=37)	12 (32.4)	1.1	0.5 – 2.2	1.7	0.7 – 4.3
Embarazo deseado	Sí (N=654)	202 (30.9)	1	-	1	-
	No (N=118)	37 (31.4)	1.0	0.7 – 1.6	1.0	0.5 – 1.9
Patologías en el embarazo P=3.0e-07	No (N=532)	134 (25.2)	1	-	1	-
	Sí (N=241)	105 (43.6)	2.3	1.7 – 3.2	1.8	1.2 – 2.8
Infecciones en el embarazo	No (N=438)	126 (28.8)	1	-	1	-
	Sí (N=331)	111 (33.5)	1.3	0.9 – 1.7	1.2	0.8 – 1.8
Sexo	Mujer (N=385)	109 (28.3)	1	-	1	-
	Hombre (N=392)	131 (33.4)	1.3	0.9 – 1.7	1.4	0.9 – 2.1
Pretérmino < 37 SG P=2.2e-07	No < 37 (N=720)	205 (28.5)	1	-	1	-
	Sí <37 (N=57)	35 (61.4)	4.0	2.3 – 7.0	0.8	0.3 – 1.9
Bajo Peso P=2.7e-11	No (N=722)	201 (27.8)	1	-	1	-
	Sí (N=55)	39 (70.9)	6.3	3.5 – 11.6	5.0	2.0 – 12.7
Reanimación	No (N=)		-	-	1	-
	Sí (N=)		-	-	18.3	11.8 – 28.5
Fuma en el embarazo	No (N=637)	199 (31.2)	1	-	1	-
	Sí (N=137)	41 (29.9)	0.9	0.6 – 1.4	1.2	0.7 – 2.1

Tabla 4.161. Modelo II de regresión logística (violencia global ISA) para el no contacto piel con piel del recién nacido

Variables	Categorías	NO CONTACTO PIEL CON PIEL				
		Fr. (%)	Modelo bruto		Modelo ajustado	
			Odds	IC (95%)	Odds	IC (95%)
ISA global	No (N=563)	173 (30.7)	1	-	1	-
	Sí (N=153)	53 (34.6)	1.2	0.8 – 1.7	1.3	0.7 – 2.2
Edad	<20 (N=31)	10 (32.3)	1	-	1	-
	20-24 (N=101)	35 (34.7)	1.1	0.5 – 2.6	2.9	0.7 – 12.4
	25-29 (N=200)	63 (31.5)	1.0	0.4 – 2.2	1.7	0.4 – 7.6
	30-34 (N=276)	74 (26.8)	0.8	0.4 – 1.7	1.2	0.3 – 5.5
	35-39 (N=118)	42 (35.6)	1.2	0.5 – 2.7	1.4	0.3 – 6.6
	≥ 40 (N=31)	11 (35.5)	1.2	0.4 – 3.3	4.5	0.8 – 26.6
Estado civil	Casada (N=497)	158 (31.8)	1	-	1	-
	Relación con compr. (N=106)	37 (34.9)	1.2	0.7 – 1.8	1.0	0.5 – 1.9
	Relación sin compr. (N=171)	44 (25.7)	0.7	0.5 – 1.1	0.6	0.3 – 1.1
Nivel de estudios	Hasta primarios (N=293)	92 (31.4)	1	-	1	-
	Secundarios (N=376)	120 (31.9)	1.0	0.7 – 1.4	1.3	0.8 – 2.1
	Universitarios (N=106)	28 (26.4)	0.8	0.5 – 1.3	1.2	0.6 – 2.4
Tipo de trabajo	Ama de casa(N=169)	59 (34.9)	1	-	1	-
	Parada (N=162)	55 (34.0)	1.0	0.6 – 1.5	1.1	0.6 – 2.2
	Ocupada (N=429)	120 (28.0)	0.7	0.5 – 1.1	0.8	0.4 – 1.3
	Estudiante (N=15)	6 (40.0)	1.2	0.4 – 3.7	2.3	0.4 – 11.8
Nacionalidad	Española sí (N=708)	213 (30.1)	1	-	1	-
	Española no (N=69)	27 (39.1)	1.5	0.9 – 2.5	0.8	0.3 – 1.8
Convivencia	Con su pareja (N=705)	220 (31.2)	1	-	1	-
	Otras formas (N=71)	20 (28.2)	0.9	0.5 – 1.5	1.2	0.5 – 2.9
Apoyo en su entorno	Sí (N=736)	226 (30.7)	1	-	1	-
	No (N=37)	12 (32.4)	1.1	0.5 – 2.2	1.9	0.8 – 4.9
Embarazo deseado	Sí (N=654)	202 (30.9)	1	-	1	-
	No (N=118)	37 (31.4)	1.0	0.7 – 1.6	0.9	0.5 – 1.8
Patologías en el embarazo P=3.0e-07	No (N=532)	134 (25.2)	1	-	1	-
	Sí (N=241)	105 (43.6)	2.3	1.7 – 3.2	1.8	1.1 – 2.8
Infecciones en el embarazo	No (N=438)	126 (28.8)	1	-	1	-
	Sí (N=331)	111 (33.5)	1.3	0.9 – 1.7	1.2	0.8 – 1.9
Sexo	Mujer (N=385)	109 (28.3)	1	-	1	-
	Hombre (N=392)	131 (33.4)	1.3	0.9 – 1.7	1.2	0.8 – 1.9
Pretérmino < 37 SG P=2.2e-07	No <37 (N=720)	205 (28.5)	1	-	1	-
	Sí <37 (N=57)	35 (61.4)	4.0	2.3 – 7.0	0.6	0.2 – 1.5
Bajo Peso P=2.7e-11	No (N=722)	201 (27.8)	1	-	1	-
	Sí (N=55)	39 (70.9)	6.3	3.5 – 11.6	6.6	2.4 – 17.9
Reanimación	No (N=)		-	-	1	-
	Sí (N=)		-	-	20.3	12.8 – 32.4
Fuma en el embarazo	No (N=637)	199 (31.2)	1	-	1	-
	Sí (N=137)	41 (29.9)	0.9	0.6 – 1.4	1.1	0.6 – 1.9

Tabla 4.162. Modelo III de regresión logística (violencia periembarazo AAS+ISA) para el no contacto piel con piel del recién nacido

Variables	Categorías	NO CONTACTO PIEL CON PIEL				
		Fr. (%)	Modelo bruto		Modelo ajustado	
			Odds	IC (95%)	Odds	IC (95%)
<b>Violencia periembarazo AAS + ISA</b>	No(N=600)	181 (30.2)	1	-	1	-
	Sí (N=177)	59 (33.3)	1.2	0.8 – 1.7	1.3	0.8 – 2.1
<b>Edad</b>	<20 (N=31)	10 (32.3)	1	-	1	-
	20-24 (N=101)	35 (34.7)	1.1	0.5 – 2.6	2.4	0.6 – 9.5
	25-29 (N=200)	63 (31.5)	1.0	0.4 - 2.2	1.5	0.4 – 6.1
	30-34 (N=276)	74 (26.8)	0.8	0.4 – 1.7	1.0	0.2 – 4.2
	35-39 (N=118)	42 (35.6)	1.2	0.5 – 2.7	1.2	0.3 – 5.3
	≥ 40 (N=31)	11 (35.5)	1.2	0.4 – 3.3	3.0	0.6 – 15.9
<b>Estado civil</b>	Casada (N=497)	158 (31.8)	1	-	1	-
	Relación con compr. (N=106)	37 (34.9)	1.2	0.7 – 1.8	0.9	0.5 – 1.7
	Relación sin compr. (N=171)	44 (25.7)	0.7	0.5 – 1.1	0.5	0.3 – 1.0
<b>Nivel de estudios</b>	Hasta primarios (N=293)	92 (31.4)	1	-	1	-
	Secundarios (N=376)	120 (31.9)	1.0	0.7 – 1.4	1.3	0.8 – 2.1
	Universitarios (N=106)	28 (26.4)	0.8	0.5 – 1.3	1.2	0.6 – 2.5
<b>Tipo de trabajo</b>	Ama de casa (N=169)	59 (34.9)	1	-	1	-
	Parada (N=162)	55 (34.0)	1.0	0.6 – 1.5	1.2	0.6 – 2.1
	Ocupada (N=429)	120 (28.0)	0.7	0.5 – 1.1	0.8	0.5 – 1.4
	Estudiante (N=15)	6 (40.0)	1.2	0.4 – 3.7	2.3	0.5 – 11.6
<b>Nacionalidad</b>	Española sí (N=708)	213 (30.1)	1	-	1	-
	Española no (N=69)	27 (39.1)	1.5	0.9 – 2.5	0.9	0.4 – 1.9
<b>Convivencia</b>	Con su pareja (N=705)	220 (31.2)	1	-	1	-
	Otras formas (N=71)	20 (28.2)	0.9	0.5 – 1.5	1.1	0.5 – 2.7
<b>Apoyo en su entorno</b>	Sí (N=736)	226 (30.7)	1	-	1	-
	No (N=37)	12 (32.4)	1.1	0.5 – 2.2	1.7	0.7 – 4.3
<b>Embarazo deseado</b>	Sí (N=654)	202 (30.9)	1	-	1	-
	No (N=118)	37 (31.4)	1.0	0.7 – 1.6	1.0	0.5 – 1.8
<b>Patologías en el embarazo P=3.0e-07</b>	No (N=532)	134 (25.2)	1	-	1	-
	Sí (N=241)	105 (43.6)	2.3	1.7 – 3.2	1.8	1.2 – 2.8
<b>Infecciones en el embarazo</b>	No (N=438)	126 (28.8)	1	-	1	-
	Sí (N=331)	111 (33.5)	1.3	0.9 – 1.7	1.2	0.8 – 1.8
<b>Sexo</b>	Mujer (N=385)	109 (28.3)	1	-	1	-
	Hombre (N=392)	131 (33.4)	1.3	0.9 – 1.7	1.4	0.9 – 2.1
<b>Pretérmino &lt; 37 SG P=2.2e-07</b>	No <37 (N=720)	205 (28.5)	1	-	1	-
	Sí <37 (N=57)	35 (61.4)	4.0	2.3 – 7.0	0.8	0.3 – 1.9
<b>Bajo Peso P=2.7e-11</b>	No (N=722)	201 (27.8)	1	-	1	-
	Sí (N=55)	39 (70.9)	6.3	3.5 – 11.6	5.0	2.0 – 12.7
<b>Reanimación</b>	No (N=)		-	-	1	-
	Sí (N=)		-	-	18.2	11.7 – 28.3
<b>Fuma en el embarazo</b>	No (N=637)	199 (31.2)	1	-	1	-
	Sí (N=137)	41 (29.9)	0.9	0.6 – 1.4	1.2	0.7 – 2.1

Tabla 4.163. Modelo IV de regresión logística (violencia emocional adultas y periembrazo y violencia física adultas y periembrazo) para el no contacto piel con piel del recién nacido

Variables	Categorías	NO CONTACTO PIEL CON PIEL				
		Fr. (%)	Modelo bruto		Modelo ajustado	
			Odds	IC (95%)	Odds	IC (95%)
Violencia emocional adultas	No (N=649)	194 (29.9)	1	-	1	-
	Sí (N=119)	40 (33.6)	1.2	0.8 – 1.8	1.5	0.7 – 2.9
Violencia emocional periembrazo	No (N=731)	219 (30.0)	1	-	1	-
	Sí (N=37)	15 (40.5)	1.6	0.8 – 3.1	1.6	0.6 – 4.7
Violencia física adultas	No (N=712)	221 (31.0)	1	-	1	-
	Sí (N=55)	14 (25.5)	0.8	0.4 – 1.4	0.5	0.2 – 1.3
Violencia física periembrazo	No (N=754)	232 (30.8)	1	-	1	-
	Sí (N=13)	3 (23.1)	0.7	0.2 – 2.5	1.5	0.2 – 10.4
Edad	<20 (N=31)	10 (32.3)	1	-	1	-
	20-24 (N=101)	35 (34.7)	1.1	0.5 – 2.6	2.2	0.6 – 8.5
	25-29 (N=200)	63 (31.5)	1.0	0.4 – 2.2	1.3	0.3 – 5.3
	30-34 (N=276)	74 (26.8)	0.8	0.4 – 1.7	0.9	0.2 – 3.9
	35-39 (N=118)	42 (35.6)	1.2	0.5 – 2.7	1.1	0.3 – 4.9
	≥ 40 (N=31)	11 (35.5)	1.2	0.4 – 3.3	2.9	0.5 – 15.4
Estado civil	Casada (N=497)	158 (31.8)	1	-	1	-
	Relación con compr. (N=106)	37 (34.9)	1.2	0.7 – 1.8	1.0	0.5 – 1.8
	Relación sin compr. (N=171)	44 (25.7)	0.7	0.5 – 1.1	0.4	0.2 – 0.9
Nivel de estudios	Hasta primarios (N=293)	92 (31.4)	1	-	1	-
	Secundarios (N=376)	120 (31.9)	1.0	0.7 – 1.4	1.3	0.8 – 2.0
	Universitarios (N=106)	28 (26.4)	0.8	0.5 – 1.3	1.2	0.6 – 2.4
Tipo de trabajo	Ama de casa (N=169)	59 (34.9)	1	-	1	-
	Parada (N=162)	55 (34.0)	1.0	0.6 – 1.5	1.2	0.6 – 2.2
	Ocupada (N=429)	120 (28.0)	0.7	0.5 – 1.1	0.8	0.5 – 1.4
	Estudiante (N=15)	6 (40.0)	1.2	0.4 – 3.7	2.0	0.4 – 9.7
Nacionalidad	Española sí (N=708)	213 (30.1)	1	-	1	-
	Española no (N=69)	27 (39.1)	1.5	0.9 – 2.5	1.1	0.5 – 2.3
Convivencia	Con su pareja (N=705)	220 (31.2)	1	-	1	-
	Otras formas (N=71)	20 (28.2)	0.9	0.5 – 1.5	1.2	0.5 – 2.9
Apoyo en su entorno	Sí (N=736)	226 (30.7)	1	-	1	-
	No (N=37)	12 (32.4)	1.1	0.5 – 2.2	1.5	0.6 – 4.1
Embarazo deseado	Sí (N=654)	202 (30.9)	1	-	1	-
	No (N=118)	37 (31.4)	1.0	0.7 – 1.6	1.0	0.5 – 1.9
Patologías en el embarazo P=3.0e-07	No (N=532)	134 (25.2)	1	-	1	-
	Sí (N=241)	105 (43.6)	2.3	1.7 – 3.2	1.9	1.2 – 3.0
Infecciones en el embarazo	No (N=438)	126 (28.8)	1	-	1	-
	Sí (N=331)	111 (33.5)	1.3	0.9 – 1.7	1.2	0.8 – 1.8
Sexo	Mujer (N=385)	109 (28.3)	1	-	1	-
	Hombre (N=392)	131 (33.4)	1.3	0.9 – 1.7	1.3	0.9 – 2.0
Pretérmino < 37 SG P=2.2e-07	No <37 (N=720)	205 (28.5)	1	-	1	-
	Sí <37 (N=57)	35 (61.4)	4.0	2.3 – 7.0	0.8	0.3 – 1.9
Bajo Peso P=2.7e-11	No (N=722)	201 (27.8)	1	-	1	-
	Sí (N=55)	39 (70.9)	6.3	3.5 – 11.6	4.7	1.8 – 12.2
Reanimación	No (N=)		-	-	1	-
	Sí (N=)		-	-	18.8	12.0 – 29.4
Fuma en el embarazo	No (N=637)	199 (31.2)	1	-	1	-
	Sí (N=137)	41 (29.9)	0.9	0.6 – 1.4	1.2	0.7 – 2.1

Tabla 4.164. Modelo V de regresión logística (violencia ISA no física y física) para el no contacto piel con piel del recién nacido

Variables	Categorías	NO CONTACTO PIEL CON PIEL				
		Fr. (%)	Modelo bruto		Modelo ajustado	
			Odds	IC (95%)	Odds	IC (95%)
Violencia ISA no física	No (N=565)	174 (30.8)	1	-	1	-
	Sí (N=151)	52 (34.4)	1.2	0.8 – 1.7	1.4	0.8 – 2.5
Violencia ISA física	No(N=690)	218 (31.6)	1	-	1	-
	Sí (N=26)	8 (30.8)	1.0	0.4 – 2.3	0.4	0.1 – 1.5
Edad	<20 (N=31)	10 (32.3)	1	-	1	-
	20-24 (N=101)	35 (34.7)	1.1	0.5 – 2.6	2.9	0.7 – 12.5
	25-29 (N=200)	63 (31.5)	1.0	0.4 – 2.2	1.8	0.4 – 8.1
	30-34 (N=276)	74 (26.8)	0.8	0.4 – 1.7	1.3	0.3 – 6.0
	35-39 (N=118)	42 (35.6)	1.2	0.5 – 2.7	1.5	0.3 – 7.1
	≥ 40 (N=31)	11 (35.5)	1.2	0.4 – 3.3	5.1	0.8 – 30.4
Estado civil	Casada (N=497)	158 (31.8)	1	-	1	-
	Relación con compr. (N=106)	37 (34.9)	1.2	0.7 – 1.8	1.0	0.5 – 1.9
	Relación sin compr. (N=171)	44 (25.7)	0.7	0.5 – 1.1	0.6	0.3 – 1.2
Nivel de estudios	Hasta primarios (N=293)	92 (31.4)	1	-	1	-
	Secundarios (N=376)	120 (31.9)	1.0	0.7 – 1.4	1.3	0.8 – 2.2
	Universitarios (N=106)	28 (26.4)	0.8	0.5 – 1.3	1.2	0.6 – 2.5
Tipo de trabajo	Ama de casa (N=169)	59 (34.9)	1	-	1	-
	Parada (N=162)	55 (34.0)	1.0	0.6 – 1.5	1.1	0.6 – 2.1
	Ocupada (N=429)	120 (28.0)	0.7	0.5 – 1.1	0.7	0.4 – 1.2
	Estudiante (N=15)	6 (40.0)	1.2	0.4 – 3.7	2.2	0.4 – 11.7
Nacionalidad	Española sí (N=708)	213 (30.1)	1	-	1	-
	Española no (N=69)	27 (39.1)	1.5	0.9 – 2.5	0.9	0.4 – 1.9
Convivencia	Con su pareja (N=705)	220 (31.2)	1	-	1	-
	Otras formas (N=71)	20 (28.2)	0.9	0.5 – 1.5	1.2	0.5 – 2.9
Apoyo en su entorno	Sí (N=736)	226 (30.7)	1	-	1	-
	No (N=37)	12 (32.4)	1.1	0.5 – 2.2	1.9	0.8 – 4.9
Embarazo deseado	Sí (N=654)	202 (30.9)	1	-	1	-
	No (N=118)	37 (31.4)	1.0	0.7 – 1.6	0.9	0.5 – 1.8
Patologías en el embarazo P=3.0e-07	No (N=532)	134 (25.2)	1	-	1	-
	Sí (N=241)	105 (43.6)	2.3	1.7 – 3.2	1.7	1.1 – 2.7
Infecciones en el embarazo	No (N=438)	126 (28.8)	1	-	1	-
	Sí (N=331)	111 (33.5)	1.3	0.9 – 1.7	1.2	0.8 – 1.9
Sexo	Mujer (N=385)	109 (28.3)	1	-	1	-
	Hombre (N=392)	131 (33.4)	1.3	0.9 – 1.7	1.2	0.8 – 1.9
Pretérmino < 37 SG P=2.2e-07	No <37 (N=720)	205 (28.5)	1	-	1	-
	Sí <37 (N=57)	35 (61.4)	4.0	2.3 – 7.0	0.6	0.2 – 1.5
Bajo Peso P=2.7e-11	No (N=722)	201 (27.8)	1	-	1	-
	Sí (N=55)	39 (70.9)	6.3	3.5 – 11.6	6.6	2.4 – 18.1
Reanimación	No (N=)		-	-	1	-
	Sí (N=)		-	-	20.9	13.1 – 33.5
Fuma en el embarazo	No (N=637)	199 (31.2)	1	-	1	-
	Sí (N=137)	41 (29.9)	0.9	0.6 – 1.4	1.1	0.6 – 1.9

En el análisis bivalente, el contacto piel con piel del recién nacido no está asociado estadísticamente con los diferentes tipos de violencia de ninguno de los modelos analizados.

Cuando realizamos el análisis bivalente del contacto piel con piel del recién nacido con las diferentes variables sociodemográficas, entorno familiar, deseo de embarazo, patologías, infecciones y fumar durante el embarazo, sexo del bebé, bajo peso, parto pretérmino y reanimación del recién nacido, encontramos que existe una asociación estadísticamente significativa con:

Tener patologías durante el embarazo: Las mujeres que tienen patologías durante el embarazo tienen mayor probabilidad de que su bebé no realice el contacto piel con piel (OR=2.3).

Parto pretérmino: El bebé que nace pretérmino (antes de la semana 37 de gestación) tiene más probabilidades de no realizar el contacto piel con piel al nacimiento (OR=4.0).

Bajo peso: Los bebés de menos de 2500 g al nacimiento tienen menos probabilidad de no realizar el contacto piel con piel (OR=6.3).

En los modelos ajustados, el contacto piel con piel del recién nacido, una vez controlados por las variables sociodemográficas, entorno familiar, deseo de embarazo, patologías, infecciones y fumar durante el embarazo, sexo del bebé, bajo peso, parto pretérmino y reanimación del recién nacido, encontramos que:

En todos los modelos, las mujeres que tienen patologías durante el embarazo (OR de 1.7 a 1.9), las que tienen bebés de bajo peso (OR de 4.7 a 6.6) y las que se les ha realizado la reanimación a los recién nacidos al nacer (OR de 18.3 a 20.9) tienen mayor probabilidad de que no realicen el contacto piel con piel con el bebé.

Cuando se ajusta por las variables sociodemográficas, entorno familiar, deseo de embarazo, patologías, infecciones y fumar durante el embarazo, sexo, bajo peso, parto pretérmino y reanimación del recién nacido, son las mujeres con patologías durante el embarazo, las que tienen bebés de bajo peso y las que se les ha realizado la reanimación a los recién nacidos, las que presentan mayor probabilidad de no realizar el contacto piel con piel a los bebés.

#### **4.5.3.5. Lactancia materna precoz**

En este apartado, presentamos los modelos de regresión logística para la lactancia materna precoz y los diferentes tipos de violencia sufridos por la mujer, ajustado por las variables sociodemográficas, entorno familiar, deseo de embarazo, patologías, infecciones y fumar durante el embarazo, sexo del bebé, bajo peso, parto pretérmino y reanimación del recién nacido.



Tabla 4.165. Modelo I de regresión logística (violencia global adultas y periembarazo) para la no lactancia materna precoz

Variables	Categorías	NO LACTANCIA MATERNA PRECOZ				
		Fr. (%)	Modelo bruto		Modelo ajustado	
			Odds	IC (95%)	Odds	IC (95%)
<b>Violencia global adultas</b> <b>P=0.0043</b>	No (N=626)	172 (27.5)	1	-	1	-
	Sí (N=150)	59 (39.3)	1.7	1.2 – 2.5	1.6	1.0 – 2.6
<b>Violencia global periembarazo</b> <b>P=0.0072</b>	No (N=716)	204 (28.5)	1	-	1	-
	Sí (N=60)	27 (45.0)	2.1	1.2 – 3.5	1.9	1.0 – 3.9
<b>Edad</b>	<20 (N=31)	12 (38.7)	1	-	1	-
	20-24 (N=101)	37 (36.6)	0.9	0.4 – 2.1	1.1	0.4 – 3.1
	25-29 (N=200)	60 (30.0)	0.7	0.3 – 1.5	0.7	0.2 – 2.1
	30-34 (N=276)	74 (26.8)	0.6	0.3 – 1.3	0.6	0.2 – 1.9
	35-39 (N=117)	37 (31.6)	0.7	0.3 – 1.7	0.6	0.2 – 1.9
	≥ 40 (N=31)	8 (25.8)	0.6	0.2 – 1.6	0.6	0.2 – 2.6
<b>Estado civil</b>	Casada (N=496)	142 (28.6)	1	-	1	-
	Relación con compr. (N=106)	33 (31.1)	1.1	0.7 – 1.8	0.8	0.5 – 1.5
	Relación sin compr. (N=171)	55 (32.2)	1.2	0.8 – 1.7	0.8	0.5 – 1.5
<b>Nivel de estudios</b>	Hasta primarios (N=293)	98 (33.5)	1	-	1	-
	Secundarios (N=375)	108 (28.8)	0.8	0.6 – 1.1	0.9	0.6 – 1.4
	Universitarios (N=106)	25 (23.6)	0.6	0.4 – 1.0	1.0	0.5 – 1.8
<b>Tipo de trabajo</b> <b>P=0.0424</b>	Ama de casa (N=168)	52 (31.0)	1	-	1	-
	Parada (N=162)	62 (38.3)	1.4	0.9 – 2.2	1.8	1.0 – 3.1
	Ocupada (N=429)	113 (26.3)	0.8	0.5 – 1.2	1.0	0.6 – 1.6
	Estudiante (N=15)	4 (26.7)	0.8	0.3 – 2.7	1.1	0.2 – 5.7
<b>Nacionalidad</b>	Española sí (N=708)	207 (29.3)	1	-	1	-
	Española no (N=68)	24 (34.8)	1.3	0.8 – 2.2	0.7	0.4 – 1.4
<b>Convivencia</b>	Con su pareja (N=704)	205 (29.1)	1	-	1	-
	Otras formas (N=71)	26 (36.6)	1.4	0.8 – 2.3	1.3	0.6 – 2.6
<b>Apoyo en su entorno</b>	Sí (N=735)	215 (29.3)	1	-	1	-
	No (N=37)	14 (37.8)	1.5	0.7 – 2.9	1.9	0.8 – 4.3
<b>Embarazo deseado</b>	Sí (N=654)	191 (29.2)	1	-	1	-
	No (N=118)	39 (33.1)	1.2	0.8 – 1.8	1.1	0.6 – 1.9
<b>Patologías en el embarazo</b> <b>P=0.0000</b>	No (N=532)	133 (25.0)	1	-	1	-
	Sí (N=240)	96 (40.0)	2.0	1.5 – 2.8	1.4	0.9 – 2.1
<b>Infecciones en el embarazo</b>	No (N=437)	130 (29.8)	1	-	1	-
	Sí (N=331)	99 (29.9)	1.0	0.7 – 1.4	0.8	0.5 – 1.2
<b>Sexo</b>	Mujer (N=385)	107 (27.8)	1	-	1	-
	Hombre (N=391)	124 (31.7)	1.2	0.9 – 1.6	1.2	0.8 – 1.7
<b>Pretérmino &lt; 37 SG</b> <b>P=1.7e-09</b>	No <37 (N=719)	194 (27.0)	1	-	1	-
	Sí <37 (N=57)	37 (64.9)	5.0	2.8 – 8.8	1.3	0.6 – 3.1
<b>Bajo Peso</b> <b>P=4.4e-12</b>	No (N=721)	192 (26.6)	1	-	1	-
	Sí (N=55)	39 (70.9)	6.7	3.7 – 12.3	3.7	1.5 – 8.7
<b>Reanimación</b>	No (N=)		-	-	1	-
	Sí (N=)		-	-	6.7	4.5 – 10.0
<b>Fuma en el embarazo</b> <b>0.0385</b>	No (N=636)	180 (28.3)	1	-	1	-
	Sí (N=137)	51 (37.2)	1.5	1.0 – 2.2	1.7	1.1 – 2.8

Tabla 4.166. Modelo II de regresión logística (violencia global ISA) para la no lactancia materna precoz

Variables	Categorías	NO LACTANCIA MATERNA PRECOZ				
		Fr. (%)	Modelo bruto		Modelo ajustado	
			Odds	IC (95%)	Odds	IC (95%)
<b>ISA global</b> <b>P=0.0009</b>	No (N=563)	161 (28.6)	1	-	1	-
	Sí (N=152)	65 (42.8)	1.9	1.3 – 2.7	2.0	1.2 – 3.2
<b>Edad</b>	<20 (N=31)	12 (38.7)	1	-	1	-
	20-24 (N=101)	37 (36.6)	0.9	0.4 – 2.1	1.2	0.4 – 3.8
	25-29 (N=200)	60 (30.0)	0.7	0.3 – 1.5	0.9	0.3 – 2.8
	30-34 (N=276)	74 (26.8)	0.6	0.3 – 1.3	0.8	0.2 – 2.5
	35-39 (N=117)	37 (31.6)	0.7	0.3 – 1.7	0.8	0.2 – 2.8
	≥ 40 (N=31)	8 (25.8)	0.6	0.2 – 1.6	1.1	0.3 – 5.2
<b>Estado civil</b>	Casada (N=496)	142 (28.6)	1	-	1	-
	Relación con compr. (N=106)	33 (31.1)	1.1	0.7 – 1.8	0.8	0.4 – 1.4
	Relación sin compr. (N=171)	55 (32.2)	1.2	0.8 – 1.7	0.9	0.5 – 1.6
<b>Nivel de estudios</b>	Hasta primarios (N=293)	98 (33.5)	1	-	1	-
	Secundarios (N=375)	108 (28.8)	0.8	0.6 – 1.1	0.9	0.6 – 1.4
	Universitarios (N=106)	25 (23.6)	0.6	0.4 – 1.0	0.9	0.5 – 1.7
<b>Tipo de trabajo</b> <b>P=0.0424</b>	Ama de casa (N=168)	52 (31.0)	1	-	1	-
	Parada (N=162)	62 (38.3)	1.4	0.9 – 2.2	1.7	1.0 – 3.1
	Ocupada (N=429)	113 (26.3)	0.8	0.5 – 1.2	1.0	0.6 – 1.6
	Estudiante (N=15)	4 (26.7)	0.8	0.3 – 2.7	0.9	0.2 – 4.9
<b>Nacionalidad</b>	Española sí (N=708)	207 (29.3)	1	-	1	-
	Española no (N=68)	24 (34.8)	1.3	0.8 – 2.2	0.6	0.3 – 1.3
<b>Convivencia</b>	Con su pareja (N=704)	205 (29.1)	1	-	1	-
	Otras formas (N=71)	26 (36.6)	1.4	0.8 – 2.3	1.4	0.6 – 3.0
<b>Apoyo en su entorno</b>	Sí (N=735)	215 (29.3)	1	-	1	-
	No (N=37)	14 (37.8)	1.5	0.7 – 2.9	2.0	0.8 – 4.7
<b>Embarazo deseado</b>	Sí (N=654)	191 (29.2)	1	-	1	-
	No (N=118)	39 (33.1)	1.2	0.8 – 1.8	1.0	0.6 – 1.7
<b>Patologías en el Embarazo</b> <b>P=0.0000</b>	No (N=532)	133 (25.0)	1	-	1	-
	Sí (N=240)	96 (40.0)	2.0	1.5 – 2.8	1.6	1.1 – 2.4
<b>Infecciones en el embarazo</b>	No (N=437)	130 (29.8)	1	-	1	-
	Sí (N=331)	99 (29.9)	1.0	0.7 – 1.4	0.8	0.5 – 1.2
<b>Sexo</b>	Mujer (N=385)	107 (27.8)	1	-	1	-
	Hombre (N=391)	124 (31.7)	1.2	0.9 – 1.6	1.2	0.8 – 1.8
<b>Pretérmino &lt; 37 SG</b> <b>P=1.7e-09</b>	No <37 (N=719)	194 (27.0)	1	-	1	-
	Sí <37 (N=57)	37 (64.9)	5.0	2.8 – 8.8	1.1	0.5 – 2.7
<b>Bajo Peso</b> <b>P=4.4e-12</b>	No (N=721)	192 (26.6)	1	-	1	-
	Sí (N=55)	39 (70.9)	6.7	3.7 – 12.3	5.3	2.1 – 13.7
<b>Reanimación</b>	No (N=)		-	-	1	-
	Sí (N=)		-	-	7.3	4.8 – 11.0
<b>Fuma en el embarazo</b> <b>0.0385</b>	No (N=636)	180 (28.3)	1	-	1	-
	Sí (N=137)	51 (37.2)	1.5	1.0 – 2.2	1.5	0.9 – 2.4

Tabla 4.167. Modelo III de regresión logística (violencia periembarazo AAS+ISA) para la no lactancia materna precoz

Variables	Categorías	NO LACTANCIA MATERNA PRECOZ				
		Fr. (%)	Modelo bruto		Modelo ajustado	
			Odds	IC (95%)	Odds	IC (95%)
<b>Violencia periembarazo</b> <b>AAS + ISA P=0.0001</b>	No (N=600)	158 (26.3)	1	-	1	-
	Sí (N=176)	73 (41.5)	2.0	1.4 – 2.8	2.3	1.5 – 3.6
<b>Edad</b>	<20 (N=31)	12 (38.7)	1	-	1	-
	20-24 (N=101)	37 (36.6)	0.9	0.4 – 2.1	1.2	0.4 – 3.5
	25-29 (N=200)	60 (30.0)	0.7	0.3 – 1.5	0.8	0.3 – 2.5
	30-34 (N=276)	74 (26.8)	0.6	0.3 – 1.3	0.7	0.2 – 2.8
	35-39 (N=117)	37 (31.6)	0.7	0.3 – 1.7	0.7	0.2 – 2.3
	≥ 40 (N=31)	8 (25.8)	0.6	0.2 – 1.6	0.8	0.2 – 3.5
<b>Estado civil</b>	Casada (N=496)	142 (28.6)	1	-	1	-
	Relación con compr. (N=106)	33 (31.1)	1.1	0.7 – 1.8	0.8	0.4 – 1.4
	Relación sin compr. (N=171)	55 (32.2)	1.2	0.8 – 1.7	0.8	0.5 – 1.5
<b>Nivel de estudios</b>	Hasta primarios (N=293)	98 (33.5)	1	-	1	-
	Secundarios (N=375)	108 (28.8)	0.8	0.6 – 1.1	0.9	0.6 – 1.4
	Universitarios (N=106)	25 (23.6)	0.6	0.4 – 1.0	1.0	0.5 – 1.9
<b>Tipo de trabajo</b> <b>P=0.0424</b>	Ama de casa (N=168)	52 (31.0)	1	-	1	-
	Parada (N=162)	62 (38.3)	1.4	0.9 – 2.2	1.8	1.0 – 3.1
	Ocupada (N=429)	113 (26.3)	0.8	0.5 – 1.2	1.0	0.6 – 1.6
	Estudiante (N=15)	4 (26.7)	0.8	0.3 – 2.7	1.1	0.2 – 5.4
<b>Nacionalidad</b>	Española sí (N=708)	207 (29.3)	1	-	1	-
	Española no (N=68)	24 (34.8)	1.3	0.8 – 2.2	0.7	0.4 – 1.4
<b>Convivencia</b>	Con su pareja (N=704)	205 (29.1)	1	-	1	-
	Otras formas (N=71)	26 (36.6)	1.4	0.8 – 2.3	1.3	0.6 – 2.7
<b>Apoyo en su entorno</b>	Sí (N=735)	215 (29.3)	1	-	1	-
	No (N=37)	14 (37.8)	1.5	0.7 – 2.9	1.8	0.8 – 4.2
<b>Embarazo deseado</b>	Sí (N=654)	191 (29.2)	1	-	1	-
	No (N=118)	39 (33.1)	1.2	0.8 – 1.8	1.0	0.6 – 1.7
<b>Patologías en el embarazo</b> <b>P=0.0000</b>	No (N=532)	133 (25.0)	1	-	1	-
	Sí (N=240)	96 (40.0)	2.0	1.5 – 2.8	1.5	1.0 – 2.2
<b>Infecciones en el embarazo</b>	No (N=437)	130 (29.8)	1	-	1	-
	Sí (N=331)	99 (29.9)	1.0	0.7 – 1.4	0.8	0.5 – 1.1
<b>Sexo</b>	Mujer (N=385)	107 (27.8)	1	-	1	-
	Hombre (N=391)	124 (31.7)	1.2	0.9 – 1.6	1.2	0.8 – 1.7
<b>Pretérmino &lt; 37 SG</b> <b>P=1.7e-09</b>	No <37 (N=719)	194 (27.0)	1	-	1	-
	Sí <37 (N=57)	37 (64.9)	5.0	2.8 – 8.8	1.3	0.6 – 3.0
<b>Bajo Peso</b> <b>P=4.4e-12</b>	No (N=721)	192 (26.6)	1	-	1	-
	Sí (N=55)	39 (70.9)	6.7	3.7 – 12.3	3.7	1.6 – 8.9
<b>Reanimación</b>	No (N=)		-	-	1	-
	Sí (N=)		-	-	6.5	4.4 – 9.7
<b>Fuma en el embarazo</b> <b>0.0385</b>	No (N=636)	180 (28.3)	1	-	1	-
	Sí (N=137)	51 (37.2)	1.5	1.0 – 2.2	1.6	1.0 – 2.6

Tabla 4.168. Modelo IV de regresión logística (violencia emocional adultas y periembarazo y violencia física adultas y periembarazo) para la no lactancia materna precoz

Variables	Categorías	NO LACTANCIA MATERNA PRECOZ				
		Fr. (%)	Modelo bruto		Modelo ajustado	
			Odds	IC (95%)	Odds	IC (95%)
<b>Violencia emocional adultas P=0.0020</b>	No (N=648)	176 (27.2)	1	-	1	-
	Sí (N=119)	49 (41.2)	1.9	1.3 – 2.8	2.5	1.4 – 4.6
<b>Violencia emocional periembarazo P=0.0082</b>	No (N=730)	207 (28.4)	1	-	1	-
	Sí (N=37)	18 (48.7)	2.4	1.2 – 4.7	2.3	0.9 – 5.7
<b>Violencia física adultas</b>	No (N=711)	211 (29.7)	1	-	1	-
	Sí (N=55)	14 (25.5)	0.8	0.4 – 1.5	0.3	0.1 – 0.7
<b>Violencia física periembarazo</b>	No (N=753)	220 (29.2)	1	-	1	-
	Sí (N=13)	5 (38.5)	1.5	0.5 – 4.7	2.8	0.5 – 14.1
<b>Edad</b>	<20 (N=31)	12 (38.7)	1	-	1	-
	20-24 (N=101)	37 (36.6)	0.9	0.4 – 2.1	1.1	0.4 – 3.2
	25-29 (N=200)	60 (30.0)	0.7	0.3 – 1.5	0.8	0.3 – 2.2
	30-34 (N=276)	74 (26.8)	0.6	0.3 – 1.3	0.6	0.2 – 1.9
	35-39 (N=117)	37 (31.6)	0.7	0.3 – 1.7	0.6	0.2 – 2.0
	≥ 40 (N=31)	8 (25.8)	0.6	0.2 – 1.6	0.8	0.2 – 3.1
<b>Estado civil</b>	Casada (N=496)	142 (28.6)	1	-	1	-
	Relación con compr. (N=106)	33 (31.1)	1.1	0.7 – 1.8	0.9	0.5 – 1.6
	Relación sin compr. (N=171)	55 (32.2)	1.2	0.8 – 1.7	0.8	0.4 – 1.4
<b>Nivel de estudios</b>	Hasta primarios (N=293)	98 (33.5)	1	-	1	-
	Secundarios (N=375)	108 (28.8)	0.8	0.6 – 1.1	0.9	0.6 – 1.4
	Universitarios (N=106)	25 (23.6)	0.6	0.4 – 1.0	1.0	0.5 – 2.0
<b>Tipo de trabajo P=0.0424</b>	Ama de casa (N=168)	52 (31.0)	1	-	1	-
	Parada (N=162)	62 (38.3)	1.4	0.9 – 2.2	1.7	1.0 – 3.1
	Ocupada (N=429)	113 (26.3)	0.8	0.5 – 1.2	1.0	0.6 – 1.6
	Estudiante (N=15)	4 (26.7)	0.8	0.3 – 2.7	1.0	0.2 – 4.8
<b>Nacionalidad</b>	Española sí (N=708)	207 (29.3)	1	-	1	-
	Española no (N=68)	24 (34.8)	1.3	0.8 – 2.2	0.8	0.4 – 1.5
<b>Convivencia</b>	Con su pareja (N=704)	205 (29.1)	1	-	1	--
	Otras formas (N=71)	26 (36.6)	1.4	0.8 – 2.3	1.3	0.6 – 2.8
<b>Apoyo en su entorno</b>	Sí (N=735)	215 (29.3)	1	-	1	-
	No (N=37)	14 (37.8)	1.5	0.7 – 2.9	1.8	0.7 – 4.5
<b>Embarazo deseado</b>	Sí (N=654)	191 (29.2)	1	-	1	-
	No (N=118)	39 (33.1)	1.2	0.8 – 1.8	1.1	0.6 – 1.9
<b>Patologías en el embarazo P=0.0000</b>	No (N=532)	133 (25.0)	1	-	1	-
	Sí (N=240)	96 (40.0)	2.0	1.5 – 2.8	1.4	0.9 – 2.2
<b>Infecciones en el embarazo</b>	No (N=437)	130 (29.8)	1	-	1	-
	Sí (N=331)	99 (29.9)	1.0	0.7 – 1.4	0.8	0.5 – 1.1
<b>Sexo</b>	Mujer (N=385)	107 (27.8)	1	-	1	-
	Hombre (N=391)	124 (31.7)	1.2	0.9 – 1.6	1.2	0.8 – 1.7
<b>Pretérmino &lt; 37 SG P=1.7e-09</b>	No <37 (N=719)	194 (27.0)	1	-	1	-
	Sí <37 (N=57)	37 (64.9)	5.0	2.8 – 8.8	1.4	0.6 – 3.3
<b>Bajo Peso P=4.4e-12</b>	No (N=721)	192 (26.6)	1	-	1	-
	Sí (N=55)	39 (70.9)	6.7	3.7 – 12.3	3.5	1.4 – 8.4
<b>Reanimación</b>	No (N=)		-	-	1	-
	Sí (N=)		-	-	6.7	4.4-10.0
<b>Fuma en el embarazo P=0.0385</b>	No (N=636)	180 (28.3)	1	-	1	-
	Sí (N=137)	51 (37.2)	1.5	1.0 – 2.2	1.9	1.1 – 3.0

Tabla 4.169. Modelo V de regresión logística (violencia ISA no física y física) para la no lactancia materna precoz

Variables	Categorías	NO LACTANCIA MATERNA PRECOZ				
		Fr. (%)	Modelo bruto		Modelo ajustado	
			Odds	IC (95%)	Odds	IC (95%)
<b>Violencia ISA no física</b> <b>P=0.0010</b>	No (N=565)	162 (28.7)	1	-	1	-
	Sí (N=150)	64 (42.7)	1.9	1.3 – 2.7	2.0	1.2 – 3.3
<b>Violencia ISA física</b>	No (N=689)	215 (31.2)	1	-	1	-
	Sí (N=26)	11 (42.3)	1.6	0.7 – 3.6	0.9	0.3 – 2.6
<b>Edad</b>	<20 (N=31)	12 (38.7)	1	-	1	-
	20-24 (N=101)	37 (36.6)	0.9	0.4 – 2.1	1.2	0.4 – 3.8
	25-29 (N=200)	60 (30.0)	0.7	0.3 – 1.5	0.9	0.3 – 2.8
	30-34 (N=276)	74 (26.8)	0.6	0.3 – 1.3	0.8	0.2 – 2.6
	35-39 (N=117)	37 (31.6)	0.7	0.3 – 1.7	0.8	0.2 – 2.8
	≥ 40 (N=31)	8 (25.8)	0.6	0.2 – 1.6	1.2	0.3 – 5.3
<b>Estado civil</b>	Casada (N=496)	142 (28.6)	1	-	1	-
	Relación con compr. (N=106)	33 (31.1)	1.1	0.7 – 1.8	0.8	0.4 – 1.4
	Relación sin compr. (N=171)	55 (32.2)	1.2	0.8 – 1.7	0.9	0.5 – 1.6
<b>Nivel de estudios</b>	Hasta primarios (N=293)	98 (33.5)	1	-	1	-
	Secundarios (N=375)	108 (28.8)	0.8	0.6 – 1.1	0.9	0.6 – 1.4
	Universitarios (N=106)	25 (23.6)	0.6	0.4 – 1.0	0.9	0.5 – 1.7
<b>Tipo de trabajo</b> <b>P=0.0424</b>	Ama de casa (N=168)	52 (31.0)	1	-	1	-
	Parada (N=162)	62 (38.3)	1.4	0.9 – 2.2	1.7	1.0 – 3.1
	Ocupada (N=429)	113 (26.3)	0.8	0.5 – 1.2	0.9	0.6 – 1.6
	Estudiante (N=15)	4 (26.7)	0.8	0.3 – 2.7	0.9	0.2 – 4.9
<b>Nacionalidad</b>	Española sí (N=708)	207 (29.3)	1	-	1	-
	Española no (N=68)	24 (34.8)	1.3	0.8 – 2.2	0.6	0.3 – 1.3
<b>Convivencia</b>	Con su pareja (N=704)	205 (29.1)	1	-	1	-
	Otras formas (N=71)	26 (36.6)	1.4	0.8 – 2.3	1.4	0.6 – 3.0
<b>Apoyo en su entorno</b>	Sí(N=735)	215 (29.3)	1	-	1	-
	No (N=37)	14 (37.8)	1.5	0.7 – 2.9	2.0	0.8 – 4.8
<b>Embarazo deseado</b>	Sí (N=654)	191 (29.2)	1	-	1	-
	No (N=118)	39 (33.1)	1.2	0.8 – 1.8	1.0	0.6 – 1.8
<b>Patologías en el embarazo</b> <b>P=0.0000</b>	No (N=532)	133 (25.0)	1	-	1	-
	Sí (N=240)	96 (40.0)	2.0	1.5 – 2.8	1.6	1.0 – 2.4
<b>Infecciones en el embarazo</b>	No (N=437)	130 (29.8)	1	-	1	-
	Sí (N=331)	99 (29.9)	1.0	0.7 – 1.4	0.8	0.5 – 1.2
<b>Sexo</b>	Mujer (N=385)	107 (27.8)	1	-	1	-
	Hombre (N=391)	124 (31.7)	1.2	0.9 – 1.6	1.2	0.8 – 1.8
<b>Pretérmino &lt; 37 SG</b> <b>P=1.7e-09</b>	No <37 (N=719)	194 (27.0)	1	-	1	-
	Sí <37 (N=57)	37 (64.9)	5.0	2.8 – 8.8	1.1	0.5 – 2.7
<b>Bajo Peso</b> <b>P=4.4e-12</b>	No (N=721)	192 (26.6)	1	-	1	-
	Sí (N=55)	39 (70.9)	6.7	3.7 – 12.3	5.3	2.0-13.7
<b>Reanimación</b>	No (N=)		-	-	1	-
	Sí (N=)		-	-	7.3	4.8-11.0
<b>Fuma en el embarazo</b> <b>P=0.0385</b>	No (N=636)	180 (28.3)	1	-	1	-
	Sí (N=137)	51 (37.2)	1.5	1.0 – 2.2	1.5	0.9 – 2.4

En el análisis bivalente, la no lactancia materna precoz está asociada estadísticamente con los diferentes tipos de violencia de todos los modelos analizados, excepto las violencias físicas. Las mujeres que refieren violencia global a lo largo de su vida de adultas (OR=1.7) y violencia global periembarazo (OR=2.1) del modelo I está asociado con no lactar precozmente a sus bebés. En el modelo II, existe asociación para la violencia durante el embarazo (ISA global) con una probabilidad de no realizar la lactancia materna de 1.9. En el modelo III, existe asociación para la violencia periembarazo (AAS+ISA) (OR=2.0). En el modelo IV, encontramos asociación con dos tipos de violencia (AAS): la violencia emocional a lo largo de su vida de adulta (OR=1.9) y la violencia emocional periembarazo (OR=2.4). Finalmente, existe asociación con la violencia no física (ISA) del modelo V (OR=1.9).

Cuando realizamos el análisis bivalente del no lactar precozmente al bebé con las diferentes variables sociodemográficas, entorno familiar, deseo de embarazo, patologías, infecciones y fumar durante el embarazo, sexo del bebé, bajo peso, parto pretérmino y reanimación del recién nacido, encontramos que existe una asociación estadísticamente significativa con:

Tipo de trabajo: Las mujeres sin trabajo tienen mayor probabilidad de no realizar la lactancia materna precoz (OR=1.4).

Tener patologías durante el embarazo: Las mujeres con patologías durante el embarazo tienen mayor probabilidad de no realizar la lactancia materna precoz. (OR=2.0).

Parto pretérmino: Los bebés que nacen antes de la semana 37 de gestación tienen mayor probabilidad de no ser lactados precozmente (OR=5.0).

Bajo peso: Los bebés que nacen con menos de 2500 g tienen más riesgo de no recibir la lactancia materna precoz (OR=6.7).

Fumar durante el embarazo: Las mujeres que fuman durante el embarazo tienen más probabilidades de no lactar precozmente a sus bebés (OR=1.5).

En los modelos ajustados de no lactar precozmente al bebé con las diferentes variables sociodemográficas, entorno familiar, deseo del embarazo, patologías, infecciones y fumar durante el embarazo, sexo del bebé, bajo peso, parto pretérmino y reanimación del recién nacido, encontramos que:

En el modelo I, una mujer que experimenta violencia global a lo largo de su vida de adulta (AAS) tiene mayor probabilidad de no lactar precozmente a su bebé (OR=1.6). De la misma manera, si sufre violencia global periembarazo (OR=1.9). Encontramos también que las mujeres que no trabajan tienen mayor riesgo de no lactar precozmente a sus bebés (OR=1.8). También, los bebés de bajo peso (OR=3.7) y los bebés que son reanimados (OR=6.7) tienen más probabilidades de no ser lactados precozmente. Las mujeres que fuman durante el embarazo también tienen más probabilidades de no lactar precozmente a sus bebés (OR=1.7).

En el modelo II, una mujer que experimenta violencia periembarazo (ISA global) tiene mayor probabilidad de no lactar precozmente a su bebé (OR=2.0). Encontramos también que las mujeres que no trabajan (OR=1.7) y que tienen patologías durante el embarazo (OR=1.6) tienen mayor probabilidad de no lactar precozmente a su bebé. De la misma manera, los bebés de bajo peso (OR=5.3) y los bebés que son reanimados (OR=7.3) tienen más probabilidades de no ser lactados precozmente.

En el modelo III, una mujer que experimenta violencia periembarazo (AAS+ISA) tiene mayor probabilidad de no dar lactancia materna precoz a su bebé (OR=2.3). Encontramos, también, que las mujeres que no trabajan (OR=1.5), las que tienen patologías durante el embarazo (OR=1.8) y las que fuman durante el embarazo (OR=1.6) tienen mayor probabilidad de no lactar precozmente a su bebé. También los bebés de bajo peso (OR=3.7) y los bebés que son reanimados al nacer (OR=6.5) tienen más probabilidades de no ser lactados precozmente.

En el modelo IV, las mujeres que experimentan violencia emocional a lo largo de su vida de adultas (AAS) tienen mayor probabilidad de no dar lactancia materna precoz a su bebé (OR=2.5). Sin embargo, una mujer que experimenta violencia física a lo largo de su vida de adulta (AAS) estaría protegida de no lactar precozmente a su bebé (OR=0.3). Encontramos, también, que las mujeres que no trabajan (OR=1.7) y las mujeres que fuman durante el embarazo (OR=1.9) tienen mayor probabilidad de no lactar precozmente a su bebé. Asimismo, los bebés de bajo peso (OR=3.5) y los bebés que son reanimados al nacer (OR=6.7) tienen más probabilidades de no ser lactados precozmente.

En el modelo V, una mujer que experimenta violencia no física periembarazo (ISA), tiene mayor probabilidad de no lactar precozmente a su bebé (OR=2.0). Encontramos

también que las mujeres que no trabajan (OR=1.7) y las que tienen patologías durante el embarazo (OR=1.6) tienen más probabilidades de no lactar precozmente a su bebé. De igual manera, los bebés de bajo peso (OR=5.3) y los bebés que son reanimados al nacer (OR=7.3) tienen más probabilidades de no ser lactados precozmente.

Cuando se ajusta por las variables sociodemográficas, entorno familiar, deseo del embarazo, patologías, infecciones y fumar durante el embarazo, sexo del bebé, bajo peso, parto pretérmino y reanimación del recién nacido, encontramos que: son las mujeres que refieren violencias periembarazo, exceptuando las físicas, y las violencias a lo largo de la vida adulta, las que presentan mayor probabilidad de no lactar precozmente a sus bebés. Aparece la violencia física en la edad adulta como un factor de protección para no lactar al recién nacido. El no tener trabajo, el que el bebé sea de bajo peso y que se le haya realizado la reanimación aparecen también como un factor para no realizar la lactancia materna en todos los modelos. El tener patologías durante el embarazo aparece como un factor para no realizar la lactancia materna para los modelos II, III y V y el fumar durante el embarazo lo es en los modelos I, III y IV.



#### **4.5.3.6. Recién nacido sano**

En este apartado, presentamos los modelos de regresión logística para el recién nacido no sano y los diferentes tipos de violencia sufridos por la mujer, ajustado por las variables sociodemográficas, entorno familiar, deseo de embarazo, patologías, infecciones y fumar durante el embarazo, sexo del bebé, bajo peso, parto pretérmino y reanimación del recién nacido.

Tabla 4.170. Modelo I de regresión logística (violencia global adultas y periembarazo) para un bebé no sano

Variables	Categorías	RECIÉN NACIDO NO SANO				
		Fr. (%)	Modelo bruto		Modelo ajustado	
			Odds	IC (95%)	Odds	IC (95%)
Violencia global adultas	No (N=627)	32 (5.1)	1	-	1	-
	Sí (N=150)	13 (8.7)	1.8	0.9 – 3.5	2.3	0.8 – 7.2
Violencia global periembarazo	No (N=717)	41 (5.7)	1	-	1	-
	Sí (N=60)	4 (6.7)	1.2	0.4 – 3.4	0.3	0.1 – 1.8
Edad	<20 (N=31)	5 (16.1)	1	-	1	-
	20-24 (N=101)	8 (7.9)	0.5	0.1 – 1.5	1.5	0.1 – 15.4
	25-29 (N=200)	9 (4.5)	0.3	0.1 – 0.8	1.0	0.1 – 12.9
	30-34 (N=276)	12 (4.4)	0.2	0.1 – 0.7	1.0	0.1 – 12.7
	35-39 (N=118)	10 (8.5)	0.5	0.2 – 1.5	1.8	0.1 – 26.4
	≥ 40 (N=31)	1 (3.2)	0.2	0.0 – 1.6	1.3	0.0 – 39.6
Estado civil	Casada (N=497)	27 (5.4)	1	-	1	-
	Relación con compr. (N=106)	4 (3.8)	0.7	0.2 – 2.0	0.3	0.0 – 1.8
	Relación sin compr. (N=171)	14 (8.2)	1.6	0.8 – 3.0	3.9	1.1 – 13.5
Nivel de estudios	Hasta primarios (N=293)	18 (6.1)	1	-	1	-
	Secundarios (N=376)	24 (6.4)	1.0	0.6 – 2.0	1.7	0.6 – 4.8
	Universitarios (N=106)	3 (2.8)	0.4	0.1 – 1.5	1.3	0.2 – 7.8
Tipo de trabajo	Ama de casa (N=169)	10 (5.9)	1	-	1	-
	Parada (N=162)	13 (8.0)	1.4	0.6 – 3.3	0.7	0.2 – 2.4
	Ocupada (N=429)	20 (4.7)	0.8	0.4 – 1.7	0.8	0.3 – 2.6
	Estudiante (N=15)	2 (13.3)	2.5	0.5 – 12.4	4.2	0.3 – 62.0
Nacionalidad	Española sí (N=708)	38 (5.4)	1	-	1	-
	Española no (N=69)	7 (10.1)	2.0	0.9 – 4.5	2.9	0.8 – 11.1
Convivencia	Con su pareja (N=705)	39 (5.5)	1	-	1	-
	Otras formas (N=71)	6 (8.5)	1.6	0.6 – 3.9	0.6	0.1 – 3.3
Apoyo en su entorno	Sí (N=736)	42 (5.7)	1	-	1	-
	No (N=37)	2 (5.4)	0.9	0.2 – 4.1	0.7	0.1 – 5.6
Embarazo deseado P=0.0088	Sí (N=655)	32 (4.9)	1	-	1	-
	No (N=118)	13 (11.0)	2.4	1.2 – 4.7	3.7	1.2 – 11.6
Patologías en el embarazo P=0.0082	No (N=532)	23 (4.3)	1	-	1	-
	Sí (N=241)	22 (9.1)	2.2	1.2 – 4.1	0.6	0.2 – 1.6
Infecciones en el embarazo	No (N=438)	24 (5.5)	1	-	1	-
	Sí (N=331)	20 (6.0)	1.1	0.6 – 2.0	1.2	0.5 – 3.0
Sexo	Mujer (N=386)	17 (4.4)	1	-	1	-
	Hombre (N=391)	28 (7.2)	1.7	0.9 – 3.1	2.1	0.9 – 5.2
Pretérmino < 37 SG P=5.9e-48	No <37 (N=720)	17 (2.4)	1	-	1	-
	Sí <37 (N=57)	28 (49.1)	39.9	19.7 – 81.0	16.2	4.8 – 55.3
Bajo Peso P=3.8e-46	No (N=722)	18 (2.5)	1	-	1	-
	Sí (N=55)	27 (49.1)	37.7	18.6 – 76.4	14.0	4.2 – 46.8
Reanimación	No (N=)		-	-	1	-
	Sí (N=)		-	-	4.6	1.9 – 11.5
Fuma en el embarazo	No (N=637)	38 (6.0)	1	-	1	-
	Sí (N=137)	7 (5.1)	0.9	0.4 – 1.9	0.8	0.2 – 2.8

Tabla 4.171. Modelo II de regresión logística (violencia ISA global) para un bebé no sano

Variables	Categorías	RECIÉN NACIDO NO SANO				
		Fr. (%)	Modelo bruto		Modelo ajustado	
			Odds	IC (95%)	Odds	IC (95%)
ISA global	No (N=564)	31 (5.5)	1	-	1	-
	Sí (N=152)	11 (7.2)	1.3	0.7 – 2.7	0.8	0.3 – 2.2
Edad	<20 (N=31)	5 (16.1)	1	-	1	-
	20-24 (N=101)	8 (7.9)	0.5	0.1 – 1.5	0.8	0.1 – 8.7
	25-29 (N=200)	9 (4.5)	0.3	0.1 – 0.8	0.6	0.1 – 7.9
	30-34 (N=276)	12 (4.4)	0.2	0.1 – 0.7	0.9	0.1 – 11.6
	35-39 (N=118)	10 (8.5)	0.5	0.2 – 1.5	1.4	0.1 – 22.0
	≥ 40 (N=31)	1 (3.2)	0.2	0.0 – 1.6	1.5	0.1 – 50.0
Estado civil	Casada (N=497)	27 (5.4)	1	-	1	-
	Relación con compr. (N=106)	4 (3.8)	0.7	0.2 – 2.0	0.3	0.1 – 1.9
	Relación sin compr. (N=171)	14 (8.2)	1.6	0.8 – 3.0	3.6	1.0 – 13.3
Nivel de estudios	Hasta primarios (N=293)	18 (6.1)	1	-	1	-
	Secundarios (N=376)	24 (6.4)	1.0	0.6 – 2.0	1.6	0.5 – 4.5
	Universitarios (N=106)	3 (2.8)	0.4	0.1 – 1.5	1.2	0.2 – 6.6
Tipo de trabajo	Ama de casa (N=169)	10 (5.9)	1	-	1	-
	Parada (N=162)	13 (8.0)	1.4	0.6 – 3.3	0.8	0.2 – 3.0
	Ocupada (N=429)	20 (4.7)	0.8	0.4 – 1.7	1.0	0.3 – 3.2
	Estudiante (N=15)	2 (13.3)	2.5	0.5 – 12.4	3.7	0.3 – 53.3
Nacionalidad	Española sí (N=708)	38 (5.4)	1	-	1	-
	Española no (N=69)	7 (10.1)	2.0	0.9 – 4.5	3.6	0.9 – 14.3
Convivencia	Con su pareja (N=705)	39 (5.5)	1	-	1	-
	Otras formas (N=71)	6 (8.5)	1.6	0.6 – 3.9	1.4	0.3 – 7.1
Apoyo en su entorno	Sí (N=736)	42 (5.7)	1	-	1	-
	No (N=37)	2 (5.4)	0.9	0.2 – 4.1	0.6	0.1 – 4.9
Embarazo deseado P=0.0088	Sí (N=655)	32 (4.9)	1	-	1	-
	No (N=118)	13 (11.0)	2.4	1.2 – 4.7	3.9	1.2 – 13.1
Patologías en el embarazo P=0.0082	No (N=532)	23 (4.3)	1	-	1	-
	Sí (N=241)	22 (9.1)	2.2	1.2 – 4.1	0.7	0.3 – 1.9
Infecciones en el embarazo	No (N=438)	24 (5.5)	1	-	1	-
	Sí (N=331)	20 (6.0)	1.1	0.6 – 2.0	1.1	0.4 – 3.0
Sexo	Mujer (N=386)	17 (4.4)	1	-	1	-
	Hombre (N=391)	28 (7.2)	1.7	0.9 – 3.1	2.3	0.9 – 6.1
Pretérmino < 37 SG P=5.9e-48	No =>37 (N=720)	17 (2.4)	1	-	1	-
	Sí <37 (N=57)	28 (49.1)	39.9	19.7 – 81.0	11.8	3.3 – 42.8
Bajo Peso P=3.8e-46	No (N=722)	18 (2.5)	1	-	1	-
	Sí (N=55)	27 (49.1)	37.7	18.6 – 76.4	17.3	4.9 – 61.5
Reanimación	No (N=)		-	-	1	-
	Sí (N=)		-	-	4.1	1.6 – 10.3
Fuma en el embarazo	No (N=637)	38 (6.0)	1	-	1	-
	Sí (N=137)	7 (5.1)	0.9	0.4 – 1.9	1.0	0.3 – 3.2

Tabla 4.172. Modelo III de regresión logística (violencia periembarazo AAS+ISA) para un bebé no sano

Variables	Categorías	Fr. (%)	RECIÉN NACIDO NO SANO			
			Modelo bruto		Modelo ajustado	
			Odds	IC (95%)	Odds	IC (95%)
Violencia periembarazo AAS + ISA	No (N=601)	31 (5.2)	1	-	1	-
	Sí (N=176)	14 (8.0)	1.6	0.8 – 3.1	1.2	0.4 – 3.1
Edad	<20 (N=31)	5 (16.1)	1	-	1	-
	20-24 (N=101)	8 (7.9)	0.5	0.1 – 1.5	1.5	0.2 – 14.4
	25-29 (N=200)	9 (4.5)	0.3	0.1 – 0.8	1.1	0.1 – 12.4
	30-34 (N=276)	12 (4.4)	0.2	0.1 – 0.7	1.2	0.1 – 13.5
	35-39 (N=118)	10 (8.5)	0.5	0.2 – 1.5	2.0	0.1 – 26.9
	≥ 40 (N=31)	1 (3.2)	0.2	0.0 – 1.6	1.6	0.1 – 45.4
Estado civil	Casada (N=497)	27 (5.4)	1	-	1	-
	Relación con compr. (N=106)	4 (3.8)	0.7	0.2 – 2.0	0.4	0.1 – 2.0
	Relación sin compr. (N=171)	14 (8.2)	1.6	0.8 – 3.0	4.1	1.2 – 14.2
Nivel de estudios	Hasta primarios (N=293)	18 (6.1)	1	-	1	-
	Secundarios (N=376)	24 (6.4)	1.0	0.6 – 2.0	1.4	0.5 – 3.8
	Universitarios (N=106)	3 (2.8)	0.4	0.1 – 1.5	1.1	0.2 – 6.0
Tipo de trabajo	Ama de casa (N=169)	10 (5.9)	1	-	1	-
	Parada (N=162)	13 (8.0)	1.4	0.6 – 3.3	0.7	0.2 – 2.5
	Ocupada (N=429)	20 (4.7)	0.8	0.4 – 1.7	0.9	0.3 – 2.8
	Estudiante (N=15)	2 (13.3)	2.5	0.5 – 12.4	5.9	0.4 – 80.3
Nacionalidad	Española sí (N=708)	38 (5.4)	1	-	1	-
	Española no (N=69)	7 (10.1)	2.0	0.9 – 4.5	3.3	0.9 – 12.5
Convivencia	Con su pareja (N=705)	39 (5.5)	1	-	1	-
	Otras formas (N=71)	6 (8.5)	1.6	0.6 – 3.9	0.7	0.1 – 3.7
Apoyo en su entorno	Sí (N=736)	42 (5.7)	1	-	1	-
	No (N=37)	2 (5.4)	0.9	0.2 – 4.1	0.5	0.1 – 4.3
Embarazo deseado P=0.0088	Sí (N=655)	32 (4.9)	1	-	1	-
	No (N=118)	13 (11.0)	2.4	1.2 – 4.7	3.5	1.1 – 10.8
Patologías en el embarazo P=0.0082	No (N=532)	23 (4.3)	1	-	1	-
	Sí (N=241)	22 (9.1)	2.2	1.2 – 4.1	0.6	0.2 – 1.7
Infecciones en el embarazo	No (N=438)	24 (5.5)	1	-	1	-
	Sí (N=331)	20 (6.0)	1.1	0.6 – 2.0	1.2	0.5 – 51.0
Sexo	Mujer (N=386)	17 (4.4)	1	-	1	-
	Hombre (N=391)	28 (7.2)	1.7	0.9 – 3.1	2.1	0.9 – 5.1
Pretérmino < 37 SG P=5.9e-48	No <37 (N=720)	17 (2.4)	1	-	1	-
	Sí <37 (N=57)	28 (49.1)	39.9	19.7 – 81.0	15.1	4.5 – 51.0
Bajo Peso P=3.8e-46	No (N=722)	18 (2.5)	1	-	1	-
	Sí (N=55)	27 (49.1)	37.7	18.6 – 76.4	13.2	4.0 – 43.0
Reanimación	No (N=)		-	-	1	-
	Sí (N=)		-	-	4.2	1.7 – 10.2
Fuma en el embarazo	No (N=637)	38 (6.0)	1	-	1	-
	Sí (N=137)	7 (5.1)	0.9	0.4 – 1.9	0.8	0.3 – 2.8

Tabla 4.173. Modelo IV de regresión logística (violencia emocional adultas y periembarazo y violencia física adultas y periembarazo) para un bebé no sano

Variables	Categorías	RECIÉN NACIDO NO SANO				
		Fr. (%)	Modelo bruto		Modelo ajustado	
			Odds	IC (95%)	Odds	IC (95%)
Violencia emocional adultas	No (N=649)	32 (4.9)	1	-	1	-
	Sí (N=119)	10 (8.4)	1.8	0.9 – 3.7	4.0	1.1 – 14.6
Violencia emocional periembarazo	No (N=731)	41 (5.6)	1	-	1	-
	Sí (N=37)	1 (2.7)	0.5	0.1 – 3.5	0.1	0.0 – 2.7
Violencia física adultas	No (N=712)	42 (5.9)	1	-	1	-
	Sí (N=55)	1 (1.8)	0.3	0.0 – 2.2	0.0	0.0 – 1.1
Violencia física periembarazo	No (N=754)	43 (5.7)	1	-	1	-
	Sí (N=13)	0 (0.0)	1	empty		empty
Edad	<20 (N=31)	5 (16.1)	1	-	1	-
	20-24 (N=101)	8 (7.9)	0.5	0.1 – 1.5	2.4	0.2 – 37.1
	25-29 (N=200)	9 (4.5)	0.3	0.1 – 0.8	1.1	0.1 – 20.5
	30-34 (N=276)	12 (4.4)	0.2	0.1 – 0.7	1.4	0.1 – 26.5
	35-39 (N=118)	10 (8.5)	0.5	0.2 – 1.5	2.8	0.1 – 59.1
	≥ 40 (N=31)	1 (3.2)	0.2	0.0 – 1.6	3.1	0.1 – 142.3
Estado civil	Casada (N=497)	27 (5.4)	1	-	1	-
	Relación con compr. (N=106)	4 (3.8)	0.7	0.2 – 2.0	0.4	0.1 – 3.2
	Relación sin compr. (N=171)	14 (8.2)	1.6	0.8 – 3.0	3.5	0.8 – 15.2
Nivel de estudios	Hasta primarios (N=293)	18 (6.1)	1	-	1	-
	Secundarios (N=376)	24 (6.4)	1.0	0.6 – 2.0	1.4	0.4 – 4.6
	Universitarios (N=106)	3 (2.8)	0.4	0.1 – 1.5	1.6	0.3 – 9.8
Tipo de trabajo	Ama de casa (N=169)	10 (5.9)	1	-	1	-
	Parada (N=162)	13 (8.0)	1.4	0.6 – 3.3	0.7	0.2 – 3.1
	Ocupada (N=429)	20 (4.7)	0.8	0.4 – 1.7	1.5	0.4 – 5.4
	Estudiante (N=15)	2 (13.3)	2.5	0.5 – 12.4	8.6	0.5 – 148.9
Nacionalidad	Española sí (N=708)	38 (5.4)	1	-	1	-
	Española no (N=69)	7 (10.1)	2.0	0.9 – 4.5	6.3	1.3 – 33.3
Convivencia	Con su pareja (N=705)	39 (5.5)	1	-	1	-
	Otras formas (N=71)	6 (8.5)	1.6	0.6 – 3.9	0.7	0.1 – 4.7
Apoyo en su entorno	Sí (N=736)	42 (5.7)	1	-	1	-
	No (N=37)	2 (5.4)	0.9	0.2 – 4.1	0.4	0.0 – 9.6
Embarazo deseado P=0.0088	Sí (N=655)	32 (4.9)	1	-	1	-
	No (N=118)	13 (11.0)	2.4	1.2 – 4.7	7.6	2.0 – 27.9
Patologías en el embarazo P=0.0082	No (N=532)	23 (4.3)	1	-	1	-
	Sí (N=241)	22 (9.1)	2.2	1.2 – 4.1	0.5	0.2 – 1.5
Infecciones en el embarazo	No (N=438)	24 (5.5)	1	-	1	-
	Sí (N=331)	20 (6.0)	1.1	0.6 – 2.0	1.1	0.4 – 3.3
Sexo	Mujer (N=386)	17 (4.4)	1	-	1	-
	Hombre (N=391)	28 (7.2)	1.7	0.9 – 3.1	2.0	0.7 – 5.4
Pretérmino < 37 SG P=5.9e-48	No <37 (N=720)	17 (2.4)	1	-	1	-
	Sí <37 (N=57)	28 (49.1)	39.9	19.7 – 81.0	32.2	7.9 – 131.6
Bajo Peso P=3.8e-46	No (N=722)	18 (2.5)	1	-	1	-
	Sí (N=55)	27 (49.1)	37.7	18.6 – 76.4	19.3	5.0 – 74.3
Reanimación	No (N=)		-	-	1	-
	Sí (N=)		-	-	8.5	2.9 – 25.1
Fuma en el embarazo	No (N=637)	38 (6.0)	1	-	1	-
	Sí (N=137)	7 (5.1)	0.9	0.4 – 1.9	0.8	0.2 – 3.3

Tabla 4.174. Modelo V de regresión logística (violencia ISA no física y física) para un bebé no sano

Variables	Categorías	RECIÉN NACIDO NO SANO				
		Fr. (%)	Modelo bruto		Modelo ajustado	
			Odds	IC (95%)	Odds	IC (95%)
Violencia ISA no física	No (N=566)	31 (5.5)	1	-	1	-
	Sí (N=150)	11 (7.3)	1.4	0.7 – 2.8	0.8	0.3 – 2.4
Violencia ISA física	No (N=690)	40 (5.8)	1	-	1	-
	Sí (N=26)	2 (7.7)	1.4	0.3 – 5.9	0.9	0.1 – 9.7
Edad	<20 (N=31)	5 (16.1)	1	-	1	-
	20-24 (N=101)	8 (7.9)	0.5	0.1 – 1.5	0.8	0.1 – 8.6
	25-29 (N=200)	9 (4.5)	0.3	0.1 – 0.8	0.6	0.1 – 8.0
	30-34 (N=276)	12 (4.4)	0.2	0.1 – 0.7	0.9	0.1 – 11.8
	35-39 (N=118)	10 (8.5)	0.5	0.2 – 1.5	1.5	0.1 – 22.1
	≥ 40 (N=31)	1 (3.2)	0.2	0.0 – 1.6	1.6	0.1 – 51.7
Estado civil	Casada (N=497)	27 (5.4)	1	-	1	-
	Relación con compr. (N=106)	4 (3.8)	0.7	0.2 – 2.0	0.3	0.1 – 2.1
	Relación sin compr. (N=171)	14 (8.2)	1.6	0.8 – 3.0	3.6	1.0 – 13.4
Nivel de estudios	Hasta primarios (N=293)	18 (6.1)	1	-	1	-
	Secundarios (N=376)	24 (6.4)	1.0	0.6 – 2.0	1.6	0.5 – 4.6
	Universitarios (N=106)	3 (2.8)	0.4	0.1 – 1.5	1.2	0.2 – 6.9
Tipo de trabajo	Ama de casa (N=169)	10 (5.9)	1	-	1	-
	Parada (N=162)	13 (8.0)	1.4	0.6 – 3.3	0.8	0.2 – 3.0
	Ocupada (N=429)	20 (4.7)	0.8	0.4 – 1.7	1.0	0.3 – 3.2
	Estudiante (N=15)	2 (13.3)	2.5	0.5 – 12.4	3.7	0.3 – 53.1
Nacionalidad	Española sí (N=708)	38 (5.4)	1	-	1	-
	Española no (N=69)	7 (10.1)	2.0	0.9 – 4.5	3.6	3.3 – 14.3
Convivencia	Con su pareja (N=705)	39 (5.5)	1	-	1	-
	Otras formas (N=71)	6 (8.5)	1.6	0.6 – 3.9	1.4	0.3 – 7.4
Apoyo en su entorno	Sí (N=736)	42 (5.7)	1	-	1	-
	No (N=37)	2 (5.4)	0.9	0.2 – 4.1	0.6	0.1 – 4.9
Embarazo deseado P=0.0088	Sí (N=655)	32 (4.9)	1	-	1	-
	No (N=118)	13 (11.0)	2.4	1.2 – 4.7	3.9	1.2 – 13.1
Patologías en el embarazo P=0.0082	No (N=532)	23 (4.3)	1	-	1	-
	Sí (N=241)	22 (9.1)	2.2	1.2 – 4.1	0.7	0.3 – 1.9
Infecciones en el embarazo	No (N=438)	24 (5.5)	1	-	1	-
	Sí (N=331)	20 (6.0)	1.1	0.6 – 2.0	1.2	0.4 – 3.0
Sexo	Mujer (N=386)	17 (4.4)	1	-	1	-
	Hombre (N=391)	28 (7.2)	1.7	0.9 – 3.1	2.3	0.9 – 6.1
Pretérmino < 37 SG P=5.9e-48	No <37 (N=720)	17 (2.4)	1	-	1	-
	Sí <37 (N=57)	28 (49.1)	39.9	19.7 – 81.0	11.8	3.2 – 42.7
Bajo Peso P=3.8e-46	No (N=722)	18 (2.5)	1	-	1	-
	Sí (N=55)	27 (49.1)	37.7	18.6 – 76.4	17.4	4.9 – 61.7
Reanimación	No (N=)		-	-	1	-
	Sí (N=)		-	-	4.1	1.6 – 10.4
Fuma en el embarazo	No (N=637)	38 (6.0)	1	-	1	-
	Sí (N=137)	7 (5.1)	0.9	0.4 – 1.9	1.0	0.3 – 3.2

En el análisis bivalente, un recién nacido no sano no está asociado estadísticamente con los diferentes tipos de violencia de ninguno de los modelos analizados.

Cuando realizamos el análisis bivalente del recién nacido no sano con las diferentes variables sociodemográficas, entorno familiar, deseo de embarazo, patologías, infecciones y fumar durante el embarazo, sexo, bajo peso, parto pretérmino y reanimación del recién nacido, encontramos que existe una asociación estadísticamente significativa con:

El deseo de embarazo: Las mujeres que no han deseado el embarazo tienen más probabilidades de que su bebé no sea sano (OR=2.4).

Tener patologías durante el embarazo: Las mujeres que tienen patologías durante el embarazo tienen mayor probabilidad de que su bebé no sea sano (OR=2.0).

Bebé pretérmino: Un bebé que nace pretérmino tiene más probabilidades de no ser sano (OR=39.9).

Bebé de bajo peso: Un bebé que pesa menos de 2500 g tiene más probabilidades de no ser sano (OR=37.7).

En los modelos ajustados del recién nacido sano una vez controlados por las variables sociodemográficas, entorno familiar, deseo de embarazo, patologías, infecciones y fumar durante el embarazo, sexo, bajo peso, parto pretérmino y reanimación del recién nacido, encontramos que:

En el modelo IV, una mujer que experimenta violencia emocional a lo largo de su vida adulta (AAS) tiene mayor probabilidad de que su bebé no sea sano (OR=4.0). Las mujeres que no son españolas tienen mayor probabilidad de que su bebé no sea sano (OR=6.3). Encontramos que las mujeres que su embarazo no es deseado (OR=7.6), las que su bebé ha sido pretérmino (OR=32.2), las que el bebé es de bajo peso (OR=19.3) y aquellas en las que al bebé se haya realizado reanimación (OR=8.5) tienen mayor probabilidad de que el bebé no sea sano.

En los modelos I, II, III y V, tienen mayor probabilidad de tener un bebé no sano las mujeres que tienen una relación sin compromiso (OR de 3.6 a 4.1), las que no desean su embarazo (OR de 3.5 a 3.9), las que tienen un bebé pretérmino, antes de las 37 semanas de gestación (OR de 11.8 a 16.2), las que tienen bebés de bajo peso (OR de

13.2 a 17.4) y aquéllas a las que se les ha realizado la reanimación a los recién nacidos (OR de 4.1 a 4.6).

Cuando se ajusta por las variables sociodemográficas, entorno familiar, deseo de embarazo, patologías, infecciones y fumar durante el embarazo, sexo, bajo peso, parto pretérmino y reanimación del recién nacido, son las mujeres que experimentan violencia emocional a lo largo de su vida de adultas, las que tienen una relación sin compromiso, las que su embarazo fue no deseado, las que tienen bebés pretérmino, bebés de bajo peso y aquéllas a las que se les ha realizado la reanimación a los recién nacidos, las que presentan mayor probabilidad de no tener bebés sanos.



## **5. DISCUSIÓN**



## **5.1. Aspectos de la metodología**

### **5.1.1. Diseño del estudio**

El estudio observacional transversal ha sido diseñado para llevar a cabo nuestra investigación y conocer la prevalencia de la violencia que sufrían las mujeres durante el embarazo, así como la violencia en general que habían sufrido a lo largo de su vida.

Las limitaciones que encontramos fueron debidas a que nos basamos en lo que las mujeres nos dijeron, tanto en la violencia que sufrían como en los diferentes aspectos que hemos analizado y relacionado. Sin embargo, con el análisis realizado, pudimos encontrar relaciones de causalidad, algo que no es fácil con estudios transversales.

### **5.1.2. Población de estudio y selección de la muestra**

La población de estudio la constituyeron las mujeres que dieron a luz en hospitales públicos de Andalucía, partiendo del número de partos del año del que disponíamos de los datos más completos.

La selección de la muestra ha sido en los mismos hospitales, ya que era la forma más fácil de acceso a las mujeres y había varios estudios realizados en este contexto, y con los mismos instrumentos que nosotras hemos utilizado (Jasinski, 2004; Roelens, Verstraelen, Van Egmond y cols., 2008).

La muestra de los hospitales ha sido realizada al azar teniendo en cuenta el tipo de hospital y el número de partos que hubo en el año que utilizamos como referencia. La elección de las mujeres se ha realizado en días consecutivos y las participantes fueron elegidas al azar en cada día de recogida de datos. El diseño muestral ha sido realizado para que esta muestra sea representativa de las mujeres que dieron a luz en hospitales públicos de Andalucía.

La participación de las mujeres seleccionadas ha sido mayoritaria, pocas mujeres han rechazado su participación en el estudio. Algunas investigadoras consideraron que el parto no era el mejor momento para responder a preguntas sobre violencia

durante el embarazo y, a pesar de ciertas limitaciones, que analizaremos más adelante, nuestra realidad no ha sido así (Campbell, Torres, Ryan y cols., 1999).

### **5.1.3. Instrumentos utilizados para la recogida de los datos y detectar la violencia**

Hemos utilizado dos instrumentos para detectar la violencia: el Abuse Assessment Screen (AAS) y el Index of Spouse Abuse (ISA).

El AAS es un método sencillo de utilizar, muy corto y capaz de identificar varios tipos de violencia. Quizá sean menos las mujeres que responden que sufren violencia pero las que responden se autclasifican como que sufren violencia. Además de los diferentes tipos de violencia, podemos identificar la gravedad de la violencia física y la frecuencia de los tres tipos de violencia identificados (física, emocional y sexual).

El ISA lo utilizamos porque es más sencillo de responder, las mujeres no tienen que autclasificarse como que sufrían violencia, únicamente respondieron con qué frecuencia les ocurrían algunos hechos durante el embarazo actual. Esta puede ser una de las razones por la que se identifican a más mujeres que sufren violencia.

Ha sido la matrona la que ha rellenado ambos instrumentos y no la mujer. Hay investigadores que consideran que, si el instrumento que se va a utilizar pudiera ser auto administrado, mejoraría la detección respecto a si se hiciera mediante entrevista, sin embargo, nosotros no hemos tenido dificultades para que las mujeres respondieran al cuestionario, es posible que tenga que ver con el entorno cultural en el que se ha realizado (Kataoka, Yaju, Eto y cols., 2004). Otros autores consideraron que, si el instrumento fuera estandarizado, obtendríamos más respuestas, en nuestro caso los dos instrumentos eran estandarizados (Canterino, VanHorn, Harrigan y cols., 1999).

### **5.1.4. Recogida de los datos**

Trabajamos con lo que las mujeres nos dijeron, lo que ellas refirieron así como con sus recuerdos. Por ello, los datos referentes a la adolescencia podrían no ser precisos por estar lejanos en algunas mujeres.

Los datos han sido recogidos por matronas adiestradas, aunque es posible que pueda haber diferencias en función de si la matrona que recogía los datos era hombre o mujer (de las 15 matronas que recogieron los datos, dos fueron hombres). También ha podido influir el interés que presentaban estos profesionales, ya que, aunque todas han recibido la misma formación, han podido recoger los datos de forma diferente. Lo hemos visto en los comentarios que presentaban o en la ausencia de ellos en la recogida de los datos. Todas han rellenado los cuestionarios pero la cantidad de información adicional que han presentado ha sido muy diferente de unas matronas a otras.

### **5.1.5. Modelos de violencia**

Hemos construido modelos a partir de los análisis multivariantes combinando los diferentes tipos de violencia que hemos estudiado. Todos los modelos analizados han sido controlados por las variables sociodemográficas, el deseo de embarazo o por otras variables previas al efecto de la violencia.

Modelo I: Violencia global adultas y periembrazo.

Lo forman la violencia global a lo largo de la vida adulta y la violencia global periembrazo. Ambas recogidas con el instrumento AAS. En este modelo hemos incluido a las mujeres que se auto clasificaron por haber sufrido violencia en la edad adulta y alrededor del embarazo. Reportaban un periodo más amplio, por tanto, se detectaban más casos que si solo incluyéramos el periembrazo. Consideramos que la violencia que sufrían las mujeres podría ser un continuo y no sólo aparecer en el periodo del embarazo.

Modelo II: Violencia global ISA.

Incluimos los casos de las mujeres que clasificamos que sufrían violencia periembrazo medida con el ISA, ya fuera física o no física. El ISA fue el instrumento que detectó más mujeres que sufrían violencia periembrazo.

Modelo III: Violencia periembrazo, AAS más ISA.

En este modelo incluimos la violencia periembrazo, medida con los dos instrumentos y sin duplicar los casos.

Modelo IV: Violencia emocional y física a lo largo de la vida adulta, y violencia periembrazo.

En este modelo diferenciábamos la violencia emocional y física, tanto en la edad adulta como en el periembrazo, y eliminábamos la violencia sexual por su baja frecuencia. Si comparamos con el Modelo I, en el que hemos tenido en cuenta las violencias globales, tanto en la edad adulta como en el periembrazo, eliminamos la violencia sexual y diferenciamos la violencia física y emocional.

Modelo V: Violencia física ISA y violencia no física ISA.

La diferencia con el modelo II fue que analizábamos los resultados obtenidos con el ISA separados, de este manera se estudiaban la violencia física y no física periembrazo.

### **5.1.6. Limitaciones del estudio**

Este trabajo tiene sus limitaciones, en primer lugar, hemos de decir que está realizado en hospitales públicos de Andalucía, pertenecientes al Servicio Andaluz de Salud, pero no hemos tenido en cuenta ni los hospitales privados donde hubo aproximadamente 18.200 partos el año de estudio, ni los hospitales pertenecientes a Empresas Públicas donde hubo 6.438 partos (representaban aproximadamente el 20% de los nacimientos en Andalucía).

En este trabajo, no están incluidas las mujeres cuyo hijo nació muerto o con grandes malformaciones, así como aquellas cuyo embarazo finalizó en aborto, lo que hace que no tengamos en nuestra muestra una representación de mujeres que haya podido sufrir violencia durante su embarazo con un resultado distinto al de nacido vivo.

Por otra parte, al realizar las entrevistas en las 48 horas que siguen al parto, a veces no conseguimos entrevistar a algunas mujeres, ya sea porque acudiendo hasta 3 veces a su habitación no conseguimos contactar con ellas, o porque estaban ocupadas dando de mamar a sus hijos o siendo visitados en cuidados intensivos porque estuvieran hospitalizados. Además, es posible que el hecho de realizar las entrevistas después del parto sea un momento difícil para detectar la violencia, este último aspecto lo analizaremos más adelante.

## 5.2. Sobre el perfil de las mujeres estudiadas

**Edad de las mujeres.** Las mujeres que participaron en nuestra investigación se encontraban entre los 16 y los 46 años, siendo la media de 29.8 años y la DE de 5.6. Similar resultado obtuvieron en el estudio llevado a cabo para la Consejería de Salud de Andalucía (edad media=28.3 años; DE=6.2), aunque en este estudio solo han formado parte mujeres que han tenido partos normales entre las semanas 37 y 42 de gestación (PHAPA, 2012). Comparando con el total de Andalucía por grupos de edad (Tabla 5.1), los porcentajes fueron parecidos, la mayor diferencia la encontramos para el grupo de edad de 35 a 39 años (IEyCA, 2010). En nuestro estudio, la media de

Tabla 5.1. Porcentaje de partos según la edad de las mujeres

	Nuestros resultados	Andalucía*
<20	4.08	3.35
20-24	13.31	10.73
25-29	26.35	23.03
30-34	36.36	37.35
35-39	15.81	21.54
≥40	4.08	4.00

Elaboración propia. \*Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía 2010

edad para las mujeres españolas fue de 30.2 años y para las extranjeras 27.4. Según los datos del Instituto Nacional de Estadística para 2010, la edad media era de 31.0 para las mujeres en Andalucía y para las mujeres extranjeras 28.5 años, aproximadamente un punto superior de lo encontrado por nosotras (Instituto Nacional de Estadística, 2010).

**Estado civil.** Según el Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía para el año 2010, el porcentaje de mujeres que dieron a luz y estaban casadas fue del 69.8%, muy similar a nuestros resultados que fueron el 64.3%. Nosotras hemos considerado, dentro del estado civil, las mujeres que tenían una relación con compromiso y las que tenían una relación sin compromiso, este grupo representaba el 22.0% de las mujeres entrevistadas. No pudimos compararlos con otros datos, ya que, en las estadísticas oficiales, no están recogidas estas variables.

**Nacidos de madre extranjera.** En nuestra muestra, los nacidos de madre extranjera fueron el 8.9%, inferior a la media en Andalucía para el año 2010 (12.4%) (IEyCA, 2010). Debemos tener en cuenta que entre el grupo de mujeres que, habiendo sido seleccionadas, no participaron en nuestra investigación por problemas de comunicación, las mujeres extranjeras formaron 19, que representa el 2% del total. Eran mujeres extranjeras y no conocían nuestro idioma.

**Nivel de estudios.** En nuestra muestra, las mujeres que tenían menos de 7 años de formación fueron el 37.8%, de 7 a 12 años 48.5 % y más de 12 años el 13.6%. Para el año 2009, los datos de la población total de mujeres en Andalucía nos dio un porcentaje de 35.0% de mujeres que tenían estudios primarios o menos, el 49.9% tenía estudios secundarios y el 15.1% tenía estudios universitarios (IEyCA, 2010). Datos similares a los de nuestra muestra.

**Ocupación.** Hemos clasificado en nuestra muestra la ocupación de las mujeres en: amas de casa 21.9%, paradas 20.8%, ocupadas 55.3% y estudiantes 1.9%. Según la Encuesta de población activa del INE, para los dos primeros trimestres de 2012 en Andalucía, la tasa de actividad de las mujeres de más de 16 años fue del 51.4% y las mujeres paradas fueron el 34.7%. Si tenemos en cuenta datos de 2010, la tasa de empleo para las mujeres fue del 35.3% y la tasa de paro 29.4%. Además, 8 de cada 10 mujeres que trabajaban fuera de casa compartían tareas en el hogar (Instituto Andaluz de la Mujer, 2011). En los documentos oficiales consultados, no aparecía como profesión ama de casa. En un estudio sobre violencia contra las mujeres en España, con una muestra de más de 11.000 mujeres, las amas de casa representaron el 24.9% de la muestra, datos similares a los nuestros (Ruíz-Pérez, Plazaola-Castaño, Vives-Cases y cols., 2010).

**Número de hijos.** El indicador coyuntural de fecundidad para Andalucía, o lo que podemos considerar el número medio de hijos por mujer, fue de 1.47 (IEyCA, 2010). Nosotras hemos encontrado en nuestra muestra que la media de hijos por mujer fue de 1.64, teniendo en cuenta el hijo actual.

**Hábitos tóxicos.** Hemos estudiado el consumo de tabaco, tanto durante el embarazo como antes del embarazo, así como el consumo de alcohol y el de drogas. De estos hábitos tóxicos estudiados, fumaban durante el embarazo el 17.7% de la muestra. Según un estudio nacional, las mujeres que fumaban durante la gestación en Andalucía era del 24.6%, porcentaje superior a nuestros hallazgos (Martínez-Frías, Rodríguez-Pinilla, Bermejo y cols., 2005). De las mujeres que fumaban durante el embarazo, en nuestra muestra 85.0%, fumaba entre 1 y 10 cigarrillos al día. En el estudio nacional de Martínez-Frías, Rodríguez-Pinilla, Bermejo y cols., (2005), el 71.1% de su muestra fumó menos de 10 cigarrillos, el resto fumó 10 cigarrillos o más. En nuestra muestra, eran menos las mujeres que fumaban durante la gestación y lo



hacían en menor cantidad. Algunos autores han observado un cierto grado de infradeclaración entre las gestantes fumadoras (Castellanos, Muñoz, Nebot y cols., 2000). Podemos pensar que, las mujeres embarazadas fuman menos en los últimos años, gracias a las campañas realizadas y a la legislación vigente que restringe los lugares donde se puede fumar. Además, en Andalucía, en todos los centros de salud hay personal formado para sensibilizar y aconsejar a las mujeres embarazadas en cuanto al hábito tabáquico, especialmente durante este periodo.

El 57.0% de las mujeres de nuestra muestra refirió no haber consumido nunca alcohol, lejos de los resultados que aportó un estudio del Ministerio para una población de mujeres en edad fértil en Madrid, que decía que el 71.0% de las mujeres encuestadas en edad fértil, eran consumidoras habituales de alcohol (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008). En el estudio del Observatorio español de la droga y las toxicomanías, el 72.7% de las mujeres entre 15 y 64 años referían consumir alcohol (OEDT, 2012). Según el estudio del Ministerio (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008), un 24.0% de mujeres seguía consumiendo alcohol durante el embarazo; en otro estudio llevado a cabo en toda España durante el periodo 1977-2001, 16.6% de las mujeres reconocieron ingerir bebidas alcohólicas durante la gestación (Martínez-Frías, Bermejo y Rodríguez-Pinilla, 2003). Estos datos están muy lejos de nuestros hallazgos, solo reportaron consumir alcohol durante el embarazo el 2.0% de las mujeres de la muestra. En un estudio llevado a cabo en Noruega, el 59.4% de las mujeres refirieron consumir alcohol antes del embarazo, entre la 0 y la 6 semana de gestación consumían el 24.5% y fue disminuyendo progresivamente según iba avanzando el embarazo (Alvik, Heyerdahl, Haldorsen y cols., 2006).

Aunque hay autores que consideraron que habría una infravaloración social del consumo de alcohol durante el embarazo (Dano, Fournié, Le Geay cols., 2013), nos preguntamos, si el hecho de realizar una única vez la pregunta sobre hábitos tóxicos, y no varias veces a lo largo del embarazo, puede ser el motivo por el que nosotras tuviéramos unos datos tan diferentes de la bibliografía consultada. El dato más llamativo fue el consumo de alcohol a lo largo de su vida. Además, pueden influir las campañas existentes en los centros de salud dirigidas, a las mujeres embarazadas para sensibilizarlas en el abandono del consumo de sustancias nocivas durante el embarazo.

Con respecto a otras drogas, sólo una mujer de la muestra reportó haber consumido cannabis durante el embarazo.

### **5.3. Prevalencia de los diferentes tipos de violencia que sufren las mujeres**

Uno de nuestros objetivos fundamentales fue determinar la prevalencia de la violencia durante el embarazo, para ello hemos utilizado dos instrumentos el AAS y el ISA. El AAS, además, nos ha permitido conocer algunos tipos de violencia fuera del embarazo. Presentaremos, por un lado, la violencia alrededor del embarazo, la que la mujer sufría en el momento de realizar la entrevista o bien la había sufrido durante el embarazo o un año antes de quedarse embarazada. Por otro lado, presentaremos también la violencia encontrada fuera del embarazo, estos tipos de violencia son los que la mujer recuerda y, en algunos casos, como la violencia sufrida en la adolescencia, puede encontrarse lejano en el momento de preguntarle, con lo que contamos solo con el recuerdo de la mujer.

#### **5.3.1. Violencia alrededor del embarazo**

En este estudio, hemos encontrado una prevalencia de la violencia global periembarazo (las mujeres que refirieron cualquier tipo de violencia en el periembarazo) medida con el AAS del 7.7%, de ellas declararon sufrir violencia emocional el 4.8%, violencia física el 1.7% y violencia sexual el 0.5% (Tabla 4.11). Estos valores se encuentran dentro de los rangos descritos por la mayoría de los estudios de países desarrollados. Así, varios estudios realizados en USA, que utilizaban este mismo instrumento, hallaron unas prevalencias similares a las nuestras (ACOG, 2000; Beck, Johnson, Morrow y cols., 2003; Yost, Bloom, McIntire y cols., 2005; Center for Disease Control, 2006; Silverman, Decker, Reed y cols., 2006a; Beydoun, Tamim, Lincoln y cols., 2011). Similares resultados se encontraron en estudios en Canadá (Urquia, O'Campo, Heaman y cols., 2011) o en Europa (Roelens, Verstraelen, Van Egmond y cols., 2008 en Bélgica; Bacchus, Mezey, Bewley y cols., 2004 en Inglaterra y Romito, Turan, Neilands y cols., 2009a en Italia). En España, en un estudio realizado en los servicios de urgencias de varios hospitales, en una pequeña muestra de mujeres que acudían a urgencias, les preguntaron si recibieron malos tratos cuando estaban embarazadas, el 13.5% dijeron que sí (Alonso, Bedoya, Cayuela y cols., 2004). En este mismo estudio, preguntaron a

las mujeres que estaban embarazadas en el momento de la encuesta, si habían recibido malos tratos en este embarazo, el 6.8% dijo que sí.

Valores más elevados se encontraron en estudios realizados en Méjico donde la prevalencia de violencia durante el embarazo fue del 33.2%, siendo física el 15.0%, emocional el 28.0% y violencia sexual el 11.8% (Castro y Ruiz, 2004). Similares resultados encontraron en Nicaragua (Valladares, Peña, Persson y cols., 2005) y en Perú (Perales, Cripe, Lam y cols., 2009).

Las prevalencias suelen ser mayores en los países en vías de desarrollo, así en el estudio multipaís de la OMS (2005), llevado a cabo en 11 países y 15 entornos, la violencia durante el embarazo fue muy diferente según los países, oscilando entre el 1.2% en Japón y el 27.6% en el medio rural en Perú. La mayoría de los países y entornos estudiados se encontraron con una prevalencia entre el 4% y el 12%. Prevalencias similares se obtuvieron en un reciente estudio realizado en 19 países de África, América, Europa y Australia; la mayor parte de las prevalencias de violencia física durante el embarazo se encontraron entre el 3.8% y el 8.0%, pero en países como Dinamarca la prevalencia fue del 1.8%, Australia del 2.0% y otros como Uganda fue del 13.5% (Devries, Kishor, Johnson y cols., 2010).

Los instrumentos utilizados para identificar la violencia durante el embarazo fueron diferentes; una gran mayoría utilizó el AAS o preguntas similares, cortas; la forma de preguntar también fue diferente, la mayoría de las veces fue directamente pero en algunos casos el cuestionario se respondió por teléfono o por correo postal. La diferente metodología empleada en los estudios dificulta la comparación de los resultados.

En nuestro trabajo, hemos encontrado una prevalencia mucho mayor de violencia durante el embarazo cuando utilizamos el ISA en comparación con el AAS, así la violencia global fue del 21.3%, declararon violencia no física o emocional el 21.0% y violencia física el 3.6% (Tabla 4.11). En la violencia física estaban incluidas dos preguntas que correspondían a violencia sexual.

Esto podría tener que ver con la forma de medir la violencia, ya que en el ISA las mujeres respondían a una serie de cuestiones que corresponden a vivencias, las cuales se graduaban según la frecuencia como: nunca, rara vez, algunas veces, frecuentemente o muy frecuentemente. Así, hemos encontrado que, por ejemplo, a la

cuestión “Mi pareja me exige obediencia ante sus caprichos” un 4.8% de las mujeres respondieron rara vez, un 2.8% respondieron algunas veces, 0.4% respondieron frecuentemente y el mismo porcentaje muy frecuentemente. La mayor parte de las mujeres no consideraron que eso era ejercer un tipo de violencia sino que lo justificaron por el “carácter de su pareja”. De esta manera, el ISA detecta situaciones y sus frecuencias que, sumadas, se determina si una mujer sufre violencia, pero si preguntábamos directamente a las mujeres, no lo consideraban así. Cuestiones como “Mi pareja se enfada y se pone intratable cuando le digo que está bebiendo demasiado”, hubo más de un 10% de mujeres que respondían que sí, con diferentes niveles de frecuencia. De igual manera, a la pregunta “Mi pareja se enfada si no estoy de acuerdo con él” respondieron afirmativamente, en diferente grado, casi el 18% de las mujeres.

La discrepancia entre los valores encontrados con el AAS y el ISA podría deberse a las diferentes formas de cómo se formulan las preguntas. Con el AAS las preguntas son directas, en las que las mujeres reconocían si sufrían violencia o no, se preguntan situaciones generales (por ejemplo, ¿le han humillado, insultado, menospreciado, amenazado o han causado algún otro daño emocional?) pero quedaban muchas otras posibilidades fuera de la pregunta y eso podría hacer que la mujer no las identificara. Sin embargo, con el ISA se preguntaba sobre situaciones cotidianas, concretas, que la mujer ni se había planteado siquiera como posibles expresiones de violencia. La diferencia fue mayor en la violencia no física o emocional (AAS 4.8% y con el ISA 21.0%). La violencia física se encontró más cercana (AAS 1.7%, incluso si le añadiéramos la violencia sexual y el ISA 3.6%). En este sentido, podríamos decir que la violencia física es siempre más evidente y por eso la diferencia detectada entre los dos instrumentos no es tan grande como con la emocional.

Hay autores que recomiendan la utilización de forma sistemática del AAS varias veces a lo largo del embarazo, esto haría aumentar la confianza de las mujeres con la persona que hace las preguntas y aumentaría la prevalencia, por ello el AAS necesitaría de una continuidad en su utilización (McFarlane, Parker, Soeken, 1996; O'Reilly, Beale, Gillie, 2010). Aunque, estamos convencidas de que la aplicación repetida del AAS habría aumentado la detección de la violencia periembarazo, la gran

diferencia encontrada entre el AAS y el ISA no puede ser explicada sólo por este hecho.

En un estudio realizado en USA en el que utilizaron los dos instrumentos aplicados a diferentes grupos étnicos, no aparecieron siempre diferencias en este sentido. Así, la violencia física era menor la identificada con el AAS que la que se identificaba con el ISA, en los grupos de mujeres anglo-americanas, cubano-americanas y de América central; pero no en los grupos étnicos afro-americanas, méxico-americanas y de Puerto Rico, que era mayor los casos identificados con el AAS que con el ISA (Torres, Campbell, Campbell y cols., 2000).

Además, el hecho de que se realice en una entrevista cara a cara puede hacer que en algunas culturas sea un factor que limite las respuestas. Así, en Japón, se encontró que, cuando la mujer respondía rellenando ella misma el cuestionario y en la más estricta intimidad y no mediante entrevista, era mayor el número de casos de declaración de violencia. En este estudio, se utilizó el cuestionario WAST de 8 preguntas que medía tanto violencia física como sexual y emocional (Kataoka, Yaju, Eto y cols., 2004).

Otra razón para la discrepancia de los valores de prevalencia entre el AAS y el ISA podría ser que, como con el AAS se tenía que definir como mujer maltratada, sería difícil para las mujeres en el momento del parto expresarlo, es posible que fuera más fácil si se hiciera con el ISA por ser las preguntas indirectas.

La violencia emocional fue la más frecuentemente detectada en nuestro trabajo, sin embargo, entre las mujeres que refirieron violencia física debemos destacar que el 36.1% de ellas refirieron que la habían sufrido “muy a menudo” o “todos los días” y el 20.3% clasificaron la intensidad como de nivel 3, que correspondería a “contusiones severas, quemaduras y/o huesos rotos”. Hemos encontrado, además, que 3 de las 64 mujeres que respondieron a este ítem habían recibido los golpes en el abdomen.

La violencia física durante el embarazo presentó una prevalencia considerable, por lo que tendríamos que introducir mecanismos de cribado para poder detectarla y prevenir casos de mayor intensidad en un momento vulnerable para las mujeres. La violencia durante el embarazo podría tener, no solo efectos sobre la madre, sino también sobre el feto o el recién nacido; por otra parte, un hombre que golpeó a su compañera embarazada puede ser un individuo peligroso que golpeará también a sus

hijos/hijas (Chang, Berg, Saltzman y cols., 2005; McFarlane, Campbell, Sharps y cols., 2002).

Hemos calculado, también, la violencia periembarazo medida con el AAS y el ISA, sin duplicar los casos, encontrando una prevalencia del 22.7% (Tabla 4.11). Como vemos, esta se encontraría muy cerca de la violencia global medida sólo con el ISA. Finalmente, hemos medido también la violencia periembarazo y la violencia en las mujeres adultas (medidas con el AAS). Hemos agrupado los dos tipos de violencia, ya que pensamos que la violencia puede no aparecer de pronto durante el embarazo, sino que podría ser un continuo que se inició antes y continúa durante el embarazo y, probablemente, continuaría después. De nuestra muestra, el 21.8% de las mujeres ha sufrido algún tipo de violencia durante la edad adulta y/o durante el embarazo.

Una de las limitaciones en nuestro trabajo para determinar la prevalencia fue el momento en que hemos realizado las preguntas, un momento muy especial, justo después del parto, en el que la pareja puede estar involucrada de manera positiva y haber una subdeclaración de violencia (McFarlane, Parker, Soeken, 1996; Campbell, Torres, Ryan y cols., 1999). Sin embargo, los resultados obtenidos, con una prevalencia de violencia periembarazo del 22.7%, parece que no haya sido una merma importante en esta investigación.

Tal y como hemos expuesto anteriormente, uno de nuestros objetivos fundamentales era detectar la violencia de pareja durante el embarazo. En este trabajo de investigación hemos obtenido una relativa alta prevalencia, con unas cifras del 22.7% para cualquier tipo de violencia. Estos datos enfatizan la necesidad de poner en marcha mecanismos de detección de violencia contra la mujer durante el embarazo, así como medidas de actuación para los casos detectados. El control del embarazo representa una importante oportunidad para identificar a las mujeres que sufren violencia durante el embarazo, ya que la inmensa mayoría de las mujeres acuden a los servicios sanitarios para su control, por lo que los profesionales sanitarios tienen un papel crucial en su detección. Además, la diferencia de resultados obtenidos en los dos instrumentos de detección utilizados plantea la necesidad de estudiar en profundidad la detección de la violencia intrapareja en diferentes contextos culturales.

### 5.3.2. Violencia fuera del embarazo

En esta tesis doctoral, hemos identificado, además, la violencia fuera del embarazo. La violencia general correspondió a la primera pregunta del cuestionario AAS: “¿En alguna ocasión, ha sufrido abuso emocional o físico por parte de su marido/pareja o por una persona importante para usted?” Las mujeres que se auto-clasificaron como de haber sufrido violencia física o emocional en algún momento de sus vidas fue el 12.5%.

También hemos determinado la violencia sufrida por las mujeres en algún momento de su vida, incluyendo alrededor del embarazo, la hemos llamado violencia global. Hemos incluido las posibilidades de sufrir violencia a todas las preguntas del cuestionario AAS sin duplicar los casos. Las mujeres que respondieron afirmativamente a una de estas preguntas fueron el 24.2% (Tabla 4.11.).

Si comparamos con los resultados de la macroencuesta de la Delegación del Gobierno para la Violencia de Género (2012), encontraron que el 10.9% de las mujeres decían que habían sufrido violencia de género alguna vez en la vida, por tanto, nuestros resultados fueron algo superiores. Sin embargo, nuestros datos fueron inferiores a los encontrados por otras autoras para Andalucía, que hallaron que el 27.8% de las mujeres refirieron haber sufrido violencia por un compañero íntimo alguna vez en la vida. Esta investigación se realizó con mujeres que acudían a los centros de Atención Primaria e incluía mujeres desde los 18 a los 70 años (Ruíz-Pérez, Plazaola-Castaño, Vives-Cases y cols., 2010). Nuestros resultados estarían más cercanos a los que nos dicen ciertos organismos internacionales, en los que la violencia que sufrían las mujeres a lo largo de su vida se encontraría alrededor de esta cifra (García-Moreno, Jansen, Ellsberg y cols., 2006; OMS, 2002; Fondo de Naciones Unidas para la Población, FNUAP, 2001). En esta medida de “violencia global”, hemos calculado no solo la violencia de género sufrida por la mujer a manos de sus parejas o exparejas, sino que han sido incluidos otros tipos de violencia que pueden ser de género o no, como la sufrida durante la etapa escolar, la violencia laboral o la sufrida en la familia durante la adolescencia o en la edad adulta, y no solo por parte de la pareja.



La violencia intrapareja, reportada durante la adolescencia en nuestro trabajo, fue del 9.6%. Según el tipo de violencia, el 5.2% de las mujeres reportaron violencia emocional, 2.9% violencia física y 1.6% violencia sexual. Encontramos estos datos cuando preguntamos a la mujer después del parto, hemos de tener en cuenta que, para muchas de ellas ha pasado mucho tiempo, el periodo en el que se identificó esta violencia, la adolescencia, es corto y se encuentra muy lejano. No era el objetivo de nuestro trabajo ni estaba diseñado para obtenerla pero la hemos detectado. También debemos pensar que, en muchos casos, esta violencia que se inició en la adolescencia podría seguir existiendo a lo largo de su vida.

La violencia en la edad adulta que reportaron las mujeres de nuestra muestra fue del 19.2%, de ella, encontramos que era violencia emocional el 15.5%, física el 7.1% y sexual el 1.3%. El periodo de tiempo que se analizó en el que las mujeres reportaron la violencia fue mucho más amplio que el de la adolescencia y el del embarazo, por lo que, como era de esperar, se detectó más. Podemos ver que la violencia física en adultas fue mayor que en la adolescencia, ya que este periodo era más corto, en la edad adulta hubo más años para sufrirla. La violencia sexual fue algo mayor en la adolescencia que en la edad adulta, podemos pensar que era más frecuente en la adolescencia, a pesar de ser un periodo más corto, o bien que en la edad adulta pudiera ser más tolerada porque podría ocurrir en el interior de una pareja estable.

La violencia sexual fue ejercida sobre 26 mujeres, tuvimos los datos de la persona agresora en 23 casos. En nuestra muestra, en 17 casos el agresor fue la misma pareja (marido, exmarido, exnovio y novio) y en 6 casos un familiar o un conocido muy allegado. En un solo caso, fue ejercida, como un intento, por una persona desconocida.

Como hemos expuesto, este trabajo de investigación no fue diseñado para detectar la violencia contra las mujeres a lo largo de su vida, pero los instrumentos utilizados nos permitían obtener resultados sobre el tema que son de inestimable interés para entender y contextualizar la violencia de género en general y la violencia durante el embarazo en particular.

## **5.4. Perfil sociodemográfico y del entorno familiar, perfil obstétrico y hábitos tóxicos en mujeres embarazadas que sufren violencia**

### **5.4.1. Perfil Sociodemográfico**

En relación a la edad, nos gustaría señalar que, en todos los casos de violencia estudiados durante el embarazo, refirieron sufrir más estos tipos de violencia las mujeres más jóvenes (menores de 20 años), seguidas del grupo de 20 a 29 años. A partir de esta edad, disminuyó para aumentar de nuevo en el grupo de mayores de 40 años. Además, analizando la media de edad de las mujeres que refirieron sufrir violencia durante el embarazo, encontramos que la media de edad era menor en todos los casos y estas diferencias fueron significativas en las mujeres que refirieron violencia global y emocional (ISA) y violencia periembarazo (AAS+ISA) (Tabla 5.2.).

En los análisis bivariantes, encontramos que existía una asociación entre la edad y sufrir violencia física (AAS), violencia emocional y global (ISA) y violencia periembarazo (AAS + ISA). Esta asociación apareció como un factor de protección de referir violencia en mujeres mayores de 25 años. Algunos investigadores encontraron que la violencia durante el embarazo era más frecuente en mujeres más jóvenes (menores de 35 años), (Parker, McFarlane, Soeken, 1994; Goodwin, Gazmararian, Johnson y cols., 2000; Johnson, Haider, Ellis, y cols., 2003; Valladares, Peña, Persson y cols., 2005; Devries, Kishor, Johnson y cols., 2010; Urquia, O'Campo, Heaman y cols., 2011; Beydoun, Tamim, Lincoln y cols., 2011). Sin embargo, este efecto protector desapareció en nuestro estudio, una vez ajustadas con otras variables sociodemográficas, lo que nos puede hacer pensar que las mujeres más jóvenes podrían representar un grupo socio económico más desfavorecido en el que la violencia era más frecuente y no un grupo de riesgo en sí mismo.

Otro hallazgo muy interesante que encontramos fue que, cuando analizamos la violencia a lo largo de la vida adulta (incluido y no el embarazo), las mujeres mayores de 35 años tienen más probabilidad de sufrir violencia emocional y global. Esto podría atribuirse a un mayor tiempo de exposición a la violencia.

Analizando el estado civil, hemos encontrado que, en todos los casos estudiados, las mujeres que refirieron más violencia durante el embarazo habían mantenido una

relación sin compromiso, seguidas de las que mantuvieron una relación con compromiso y menos las que estaban casadas (Tablas 5.4. y 5.5.). Varios autores, encontraron resultados similares comparando las mujeres casadas con las separadas, divorciadas o solteras (Stenson, Saarinen, Heimer y cols., 2001; Coker, Sanderson y Dong, 2004; Charles y Perreira, 2007; Quelopana, Champion y Salazar, 2008; Taylor y Nabors, 2009; Li, Kirby, Sigler y cols., 2010; Urquia, O'Campo, Heaman y cols., 2011; Nelson, Bougatsos y Blazina, 2012). Encontramos una asociación estadísticamente significativa en todos los casos estudiados, con mayor riesgo para las mujeres en una relación sin compromiso, una vez ajustados con las otras variables socio demográficas, llegando a ser de 8.1 veces más en las mujeres que refirieron violencia física periembarazo (ISA). Varios autores encontraron que el estado civil se relacionó significativamente con la violencia física durante el embarazo (Goodwin, Gazmararian, Johnson y cols., 2000; Heaman, 2005; Beydoun, Tamim, Lincoln y cols., 2011). En los modelos ajustados, también tuvieron más riesgo las mujeres que mantenían una relación con compromiso, excepto para la violencia global y emocional periembarazo (AAS) y la violencia física periembarazo (ISA), en relación con las casadas. Aunque la violencia sexual en el embarazo no ha sido profundamente analizada por los pocos casos encontrados, sí nos llama la atención que ninguna mujer casada reportó violencia sexual durante el embarazo, lo que podría atribuirse a dos cosas: que realmente no ha existido o que las mujeres casadas tuvieron mayor tolerancia para este tipo de violencia.

En la violencia fuera del embarazo apareció el mismo patrón y también hubo una asociación estadísticamente significativa entre el estado civil y todas las violencias analizadas (AAS) salvo en las que ocurren durante la adolescencia. Cuando ajustamos con otras variables, en la violencia global y emocional a lo largo de la vida adulta, siguió apareciendo más riesgo en las mujeres que mantenían una relación sin compromiso, seguido de las que mantenían una relación con compromiso, tomando como valor de referencia las mujeres casadas (Tabla 5.6.).

Hemos encontrado, por tanto, que una relación sin compromiso es un factor de riesgo para sufrir cualquier tipo de violencia durante el embarazo y fuera de él, el riesgo de sufrir violencia física fue incluso mayor. En algunos tipos de violencia, el riesgo también era mayor cuando la relación fue con compromiso, en comparación con las mujeres casadas. Una lectura simple de estos resultados podría ser que el

estar casada era un factor de protección ante la violencia de género, sin embargo, hay que tener en cuenta que el estado civil podría ser una consecuencia de la violencia, es decir, que sufrir violencia repercute en el estado civil, mujeres maltratadas que dejan a sus maridos y, por tanto, el riesgo sea menor en mujeres que continúan casadas.

En cuanto al nivel educativo, hemos encontrado en nuestro trabajo que las mujeres con menos estudios refirieron más violencia, existiendo una asociación estadísticamente significativa con la violencia global y emocional (ISA). Apareció como un factor de protección para las mujeres con más de 12 años de estudios, pero desapareció una vez ajustado por otras variables sociodemográficas. Además, encontramos mayor riesgo de sufrir violencia emocional alrededor del embarazo (AAS) en las mujeres con estudios entre 7 y 12 años, y en las mujeres con 7-12 años de estudios y más de 12 años, de referir violencia global durante el embarazo, una vez ajustado con otras variables (Tablas 5.4. y 5.5.).

En la mayor parte de las violencias estudiadas fuera del embarazo, fueron las mujeres que tenían menos estudios las que refirieron sufrir más violencia. Hemos encontrado una asociación con la violencia global y violencia emocional a lo largo de la vida adulta. Apareció como un factor de protección para las mujeres con más de 12 años de estudios y desapareció una vez que ajustamos por otras variables para la violencia global (Tabla 5.6.).

Hay autores que encontraron que el nivel educativo más alto protegía de la violencia durante el embarazo, (Salzman, Johnson, Colley y cols., 2003; Jasinski, 2004; Clark, Hill, Jabbar y cols., 2009; Saravia, Mejía, Becerra y cols., 2012). Sin embargo, en nuestro estudio el comportamiento de este factor fue mucho más heterogéneo.

Encontramos que, tanto a lo largo de la vida adulta como durante el embarazo, las mujeres que tenían menos estudios reportaron haber sufrido más violencia global y emocional. Pero el factor protector de más nivel educativo desaparece una vez controlado por otras variables sociodemográficas y encontramos un mayor riesgo, en mujeres con más de 12 años de estudios (universitarias), de sufrir violencia global durante el embarazo; sin embargo, hay que interpretar con cautela estos datos, ya que no los encontramos con el ISA que identifica más casos.

En cuanto a la situación laboral durante el embarazo, refirieron sufrir más violencia las estudiantes, seguidas de las amas de casa y las paradas. Las que refirieron menos violencia eran las mujeres que, en el momento de la encuesta, tenían una ocupación. En la violencia física, fueron las amas de casa las que refirieron más violencia de este tipo. Obtuvimos una asociación entre la situación laboral actual y la violencia durante el embarazo (ISA) y con la violencia alrededor del embarazo y en la edad adulta (AAS). Cuando se ajustó con otras variables sociodemográficas, en todos los casos, salvo en las violencias medidas con el AAS y la violencia emocional (ISA), el estar ocupada apareció como un factor de protección. En la violencia física (ISA) y en la periembarazo (AAS+ISA), también el estar parada, fue un factor de protección comparando siempre con las amas de casa (Tablas 5.4 y 5.5).

Varios autores encontraron que, referían sufrir más violencia las mujeres que no tenían empleo o trabajaban solo en la casa (Coker, Sanderson y Dong, y cols., 2004; Li, Kirby, Sigler y cols., 2010; Brownridge, Taillieu, Tyler y cols., 2011). Sin embargo, otros autores no encontraron asociación entre el empleo y referir sufrir violencia en el embarazo (Bohn, Tebben y Campbell, 2004; Dunn y Oths, 2004).

Cuando hemos medido la violencia fuera del embarazo, se presentó el mismo patrón, encontrando una relación de la situación laboral con la violencia global y violencia global a lo largo de la vida adulta y la violencia emocional y sexual durante la adolescencia. Sin embargo, cuando se ajustó por otras variables, desapareció la significación (Tabla 5.6.).

Podríamos decir que el estar ocupadas fue un factor de protección durante el embarazo, exceptuando para la violencia alrededor del embarazo global y emocional (AAS), comparando siempre con las amas de casa. Incluso las mujeres paradas, estarían protegidas en comparación con las amas de casa en la mayor parte de las violencias estudiadas durante el embarazo. Serían las amas de casa las que estarían más expuestas a sufrir violencia física.

En relación con la nacionalidad, hay que decir que en nuestro estudio eran españolas el 91.1% de la muestra. En la macroencuesta del Ministerio de Sanidad, las mujeres extranjeras representaban el 7.5%, a pesar de que las mujeres residentes en España eran el 11.4% (Delegación del Gobierno para la Violencia de Género,

2012). Las mujeres extranjeras que dieron a luz en España en 2011 fueron el 19.1%<sup>11</sup>. Deberíamos tener en cuenta que, en nuestra muestra 19 mujeres, (el 2%) no respondieron a nuestro cuestionario, por no comprender nuestro idioma y por tanto, eran extranjeras. En nuestro país, en una revisión con más de 10.000 mujeres, encontraron que un 14.5% de las españolas sufrían violencia y las extranjeras el 23.1% (Vives-Cases, Gil-González, Ruiz-Pérez y cols., 2010); en otro estudio realizado en la Región de Murcia, el 2.6% de las mujeres autóctonas sufrían violencia, las inmigrantes latinoamericanas el 6.5% y las marroquíes el 12.0% (Colorado-Yohar, Tormo, Salmerón y cols., 2012).

Nosotros hemos encontrado que las mujeres que no eran de nacionalidad española refirieron más violencia que las autóctonas, tanto durante el embarazo, como a lo largo de la vida adulta. Obtuvimos, además, una asociación en todos los casos de violencia, salvo las violencias emocional, física y sexual alrededor del embarazo (AAS) y la no física y global (ISA). Una vez que se ajustaba por otras variables sociodemográficas, desapareció de todos los tipos de violencia, salvo en la violencia alrededor del embarazo y en la edad adulta, en que el riesgo era dos veces más para las mujeres extranjeras que para las españolas (Tablas 5.4 y 5.5.). El riesgo también fue del doble en la violencia fuera del embarazo, tanto la global como la emocional a lo largo de la vida adulta, después de haber ajustado por otras variables sociodemográficas (Tabla 5.6.). Esto se podría atribuir a una mayor exposición de las mujeres extranjeras a lo largo de su vida a la violencia, pero no de manera concreta durante el embarazo.

Algunos autores que analizaron la violencia durante el embarazo con el origen étnico o la inmigración, encontraron que los países que tienen altos niveles de violencia no siempre reportaban más violencia durante el embarazo, lo que sugiere que su prevalencia podía estar influenciada por factores culturales, por ejemplo las actitudes hacia las agresiones, las relaciones entre hombres y mujeres y el papel de esposa y de madre de la mujer (Campbell, García-Moreno y Sharps, 2004; Devries, Kishor, Johnson y cols., 2010). Sin embargo, otros autores encontraron que las mujeres inmigrantes (Canadá y Holanda) sufrían más violencia durante el embarazo que las mujeres nacidas en los respectivos países (Miszkurka, Zunzunegui y Goulet, 2012; Prosman, Jansen, Lo Fo y cols., 2011). Otra investigación realizada en Canadá,

---

<sup>11</sup> INE, nota de prensa 19 de diciembre de 2012

encontró que las mujeres inmigrantes que sufrían violencia durante el embarazo, comparando con las que no la sufrían, tenían mayor riesgo de sufrirla si vivían sin pareja, eran solicitantes de asilo, habían emigrado desde hacía menos de dos años, o tenían menos de 12 años de formación. Además, eran más propensas a iniciar más tarde la consulta prenatal, tener más dolor en el postparto y más hemorragias durante el embarazo (Stewart, Gagnon, Merry y cols., 2012). En estudios en los que se tenía en cuenta la etnia, se encontró que las etnias más desfavorecidas sufrían más violencia durante el embarazo (Goodwin, Gazmararian, Johnson y cols., 2000; Heaman, 2005; Beydoun, Tamim, Lincoln y cols., 2011). Sin embargo, Jasinski (2004) consideró que no siempre aparecían diferencias en la violencia según la etnia.

Ninguna mujer de nacionalidad no española reportó violencia sexual periembarazo, sin embargo durante la adolescencia era muy superior a la reportada por las españolas, aunque fueron muy pocos los casos totales reportados.

#### **5.4.2. Entorno familiar**

En nuestra muestra, el 90.9% de las mujeres vivían en pareja. Las mujeres que convivían con otras personas, que no fueran únicamente su pareja, presentaron una prevalencia mayor de violencia durante el embarazo en todos los tipos estudiados. En el análisis bivalente, encontramos una asociación entre el tipo de convivencia y sufrir todos los tipos de violencia estudiados, tanto durante el embarazo como fuera de él, exceptuando la violencia global durante la adolescencia (AAS). Esta asociación fue un factor de riesgo para las mujeres que no convivían únicamente con su pareja. Cuando ajustamos con las variables sociodemográficas, apareció un mayor riesgo de sufrir violencia en las mujeres que no vivían con su pareja para la violencia emocional (AAS) y en la violencia alrededor del embarazo y en la edad adulta (AAS), en el resto desapareció el riesgo. Pero hay que tener en cuenta que, esta asociación desapareció en el modelo ajustado cuando medimos la violencia con el ISA, y este instrumento identificó muchos más casos (Tablas 5.4. y 5.5.).

Las mujeres que refirieron violencias fuera del embarazo también era más frecuente que no vivieran sólo con su pareja. Así, en la violencia global, las mujeres que refirieron este tipo de violencia y vivían con su pareja fueron el 21.7%, frente al 56.9% que no vivían con su pareja. De las mujeres que refirieron sufrir violencia física

a lo largo de la vida adulta, el 6.0% vivían con su pareja, y de las que no vivían con su pareja fueron el 16.9%. Como vemos, en algunos casos, era casi tres veces superior entre las mujeres que no vivían actualmente con su pareja. Cuando ajustamos con otras variables sociodemográficas, siguió apareciendo mayor riesgo en estas mujeres, tanto en la violencia emocional y global, a lo largo de la vida adulta, como en la violencia emocional durante la adolescencia (Tabla 5.6.).

Algunos autores han encontrado resultados similares, así encontraron que las mujeres que vivían solas sufrieron una mayor violencia (Heaman, 2005; Dunn y Oths, 2004; Coker, Sanderson y Dong, 2004; Bacchus, Mezey y Bewley, 2004b; Janssen, Holt, Sugg y cols., 2003; Daoud, Urquía, O'Campo y cols., 2012). Charles y Perreira (2007) también encontraron que si las mujeres vivían solas o en una relación sin compromiso, la violencia física y emocional durante el embarazo era mayor, no así un año después del parto.

Hemos estudiado, también, la media de años de relación con respecto a los diferentes tipos de violencia alrededor del embarazo. En todos los casos, la media de años de relación fue inferior entre las mujeres que refirieron sufrir violencia alrededor del embarazo, y la diferencia fue significativa, exceptuando en la violencia sexual (Tabla 5.2.). En todos los casos, la media de años de relación era inferior entre las mujeres que refirieron sufrir violencia fuera del embarazo que entre las que no la sufrían. También encontramos que estas diferencias fueron significativas en todos los casos estudiados fuera del embarazo, excepto en la violencia durante la adolescencia (Tabla 5.3.).

La media de años de relación entre las mujeres que refirieron algún tipo de violencia, fue inferior. Las mujeres que sufrían violencia se habían separado o habían dejado la relación violenta en más casos que las mujeres que no la sufrían. Estas diferencias fueron significativas en todos los casos, tanto fuera del embarazo como en el embarazo, exceptuando la violencia sexual durante el embarazo. En las adolescentes encontramos que tenían de media menos años de relación y las diferencias fueron significativas en la violencia global (AAS).

Si tenemos en cuenta el apoyo familiar, el 95.2% de las mujeres de nuestra muestra nos dijo que sí tenía una persona en la que poder confiar si lo necesitaba. Encontramos una asociación estadísticamente significativa entre los diferentes tipos



de violencia durante el embarazo y la falta de apoyo de su entorno. La falta de apoyo familiar fue un factor de riesgo en todos los casos de violencia estudiados, una vez ajustados por las variables sociodemográficas. Este riesgo podía ser desde 3.3 a 5.4 veces más, según el tipo de violencia (Tablas 5.4. y 5.5.). Varios autores encontraron que las mujeres que sufrían violencia tenían menos apoyo social (Ellsberg, Peña, Herrera y cols., 2000; Anderson, Marshak y Hebbeler, 2002; Lam, Contreras, Cuesta y cols., 2008). Sin embargo, Dunn y Oths (2004) no encontraron diferencias en la violencia, en función del apoyo que recibían las mujeres durante el embarazo. Según Jasinski (2004), parece que las mujeres que sufrían violencia no tenían el mismo apoyo social que las mujeres que no la sufrían, y serían los factores de bajo nivel socioeconómico (medido con el nivel de educación, ingresos y/o empleo) y el bajo nivel de apoyo social los que podían estar relacionados con niveles de estrés y éstos podían aumentar el riesgo de violencia. La falta de comunicación frecuente con amigos y familias ha sido asociada con la violencia contra las mujeres (OMS, 2005a; Heise, 1998; Lorente Acosta, 2001).

En todos los casos estudiados de violencia fuera del embarazo, a excepción de la violencia emocional durante la adolescencia, las mujeres que no tenían apoyo de su entorno refirieron más casos de violencia, y estas diferencias fueron significativas. Siendo estas diferencias muy importantes, a veces, como en la violencia física tanto durante la adolescencia como a lo largo de la vida adulta, (en la violencia en la adolescencia 2.5% si tenían apoyo, frente a 11.8% si no lo tenían; y en la violencia física en la edad adulta 6.0% si tenían apoyo, frente al 29.4% si no lo tenían). En la violencia sexual durante la edad adulta, aunque fueron pocos casos, 10 en total, las diferencias fueron muy importantes. Si tenían apoyo, el 0.7% refirieron violencia y, si no tenían apoyo, el 14.7%. Cuando se ajustó por otras variables sociodemográficas, el riesgo fue mayor en las violencias que presentaban las mujeres a lo largo de su vida adulta y desapareció en la adolescencia (Tabla 5.6.).

La falta de apoyo familiar fue un factor de riesgo en todas las violencias estudiadas, durante el embarazo y la edad adulta. Las familias fueron la fuente de apoyo mencionada con más frecuencia por las mujeres que sufrían violencia.

### 5.4.3. Perfil obstétrico

Hemos definido como perfil obstétrico el cálculo de las variables: número de embarazos, de abortos y de hijos de las mujeres de nuestra muestra.

En nuestro trabajo, encontramos que el número de embarazos fue mayor en las mujeres que sufrían violencia durante el embarazo que en las que no la refirieron, estas diferencias fueron significativas en las mujeres que refirieron violencia global y emocional (ISA) (Tabla 5.2.). En cuanto a las diferencias en las mujeres que sufrían violencia fuera del embarazo, tenían más embarazos que las que no la sufrían, estas diferencias eran estadísticamente significativas en todos los casos de violencia estudiados, excepto en las mujeres que refirieron violencia sexual a lo largo de la vida adulta y violencia global y emocional durante la adolescencia. Estas diferencias fueron mayores en las mujeres que refirieron violencia emocional (1.26 vs 0.83) y física (1.27 vs 0.86) en la edad adulta y las que refirieron violencia física (1.36 vs 0.88) y violencia sexual (1.67 vs 0.89) en la adolescencia (Tabla 5.3.). Estos resultados probablemente tengan que ver con el hecho de que, ante situaciones de violencia graves como la violencia física (en la edad adulta y en la adolescencia) o la violencia sexual en la adolescencia, las mujeres no tengan la capacidad de decidir sobre el quedarse embarazadas o no. Lo mismo podemos decir de la violencia emocional en la edad adulta, es una violencia de larga duración y, aunque puede ser menos grave que la física, la mujer no podría tener el control sobre su salud reproductiva.

Varios autores encontraron que las mujeres que sufrían violencia física durante el embarazo habían tenido más embarazos que las que no la sufrieron (Dunn y Oths, 2002; Heaman, 2005).

Las mujeres que sufrieron violencia tuvieron un número mayor de embarazos que las que no sufrieron violencia, esto podría tener que ver con la falta de control sobre su sexualidad y la falta de poder decidir sobre ellas mismas y sobre su salud reproductiva. La decisión de quedarse o no embarazada y de tener hijos o no no sería responsabilidad suya.

En todos los casos de violencia estudiados durante el embarazo, fue mayor el número de abortos entre las mujeres que refirieron sufrir violencia que entre las que no. Estas diferencias fueron estadísticamente significativas en la violencia emocional

(AAS); la media de abortos de las mujeres que refirieron este tipo de violencia fue de 0.62 frente a 0.30 de las mujeres que no la refirieron. En los casos de violencia fuera del embarazo, presentaron el mismo patrón, y las diferencias fueron estadísticamente significativas en todos los tipos de violencia fuera del embarazo, excepto en la violencia sexual en mujeres adultas y en la violencia emocional y física en adolescentes. Las diferencias fueron mayores en las mujeres que refirieron violencia sexual en la adolescencia, siendo de 0.83 el número de abortos en las que la han sufrido frente a 0.31 en las que no refirieron este tipo de violencia.

En el estudio de la OMS en 11 países y 15 entornos, las mujeres que estuvieron alguna vez embarazadas y que refirieron algún tipo de violencia informaron haber tenido más abortos provocados y espontáneos que las mujeres que no sufrieron violencia, y esta diferencia era significativa (García-Moreno, Jansen, Ellsberg y cols. 2005; Pallitto, García-Moreno, Jansen y cols., 2013). Otros autores han encontrado resultados similares (Escribà-Agüir, Romito, Scrimin y cols., 2012; Fanslow, Silva, Whitehead y cols., 2008a; Silverman, Gupta, Decker y cols., 2007). Taft y Watson (2007) encontraron que existía una asociación entre la violencia que habían sufrido recientemente las mujeres por parte de su pareja y los abortos, esta asociación era menor si la violencia no había sido reciente. Otra manera en la que se ha estudiado la relación entre el aborto y la violencia fue analizar las mujeres cuyo embarazo terminó en un aborto provocado o en un parto y determinar si habían sufrido violencia en el momento de realizar la encuesta o en el pasado. Las mujeres que habían realizado un aborto provocado y, eran menores de 30 años, refirieron más violencia en el momento de la encuesta o en el pasado, comparado con las mujeres que dieron a luz, una vez ajustado por otras variables. Esta relación desaparecía en las mujeres mayores de 30 años (Romito, Escribà Agüir, Pomicino y cols., 2009b).

En todos los casos estudiados en nuestro trabajo de investigación, las mujeres que sufrían violencia refirieron haber tenido más abortos que las que no la sufrían, tanto si era durante el embarazo actual como a lo largo de su vida. Hay que tener en cuenta que, en este trabajo, no hemos diferenciado el tipo de aborto, están incluidos tanto los espontáneos como los provocados.

En nuestra muestra, el número de hijos con la pareja actual fue de 0.52. Teniendo en cuenta todos los hijos, de la pareja actual y otras parejas y sin contar el actual, el número medio de hijos fue de 0.64. En las mujeres que sufrían violencia durante el

embarazo, el número de hijos era menor que en las que no la sufrían, sin llegar a ser significativas estas diferencias. Resultados similares tuvimos en las mujeres que refirieron violencia fuera del embarazo. También encontramos que las mujeres que refirieron violencia fuera del embarazo, de tipo general y global, el número medio de hijos también fue inferior que si no referían violencia, y en este caso la diferencia fue significativa. Varios autores encontraron que las mujeres que tenían tres o más hijos presentaban un riesgo 2.52 veces mayor de sufrir violencia durante el embarazo en comparación con las que no tienen hijos (Castro, Ruiz, Arenas y cols., 2002). En otro estudio, encontraron que las mujeres que sufrían violencia tenían hasta 4 hijos más que las que no la sufrían (Ellsberg, Peña, Herrera y cols., 2000). Estos resultados fueron diferentes de los hallados en nuestra investigación, debemos tener en cuenta que ambos estudios se han realizado en América Latina donde el número medio de hijos por mujer es superior al de nuestro país y la legislación para la interrupción voluntaria del embarazo es muy restrictiva.

Los hallazgos de nuestro trabajo fueron que las mujeres que refieren violencia tienen más embarazos, menos hijos pero tienen más abortos que las mujeres que no refieren violencia. Podemos pensar que las mujeres que refieren violencia tienen menos capacidad de controlar su salud reproductiva, ya que tienen más embarazos que las que no la refieren, pero si tienen menos hijos esto se puede deber a que tengan más abortos espontáneos o quizá a que en algún momento del proceso tengan la capacidad de interrumpir su embarazo, algo que en nuestro medio y con la legislación actual está al alcance de casi todas las mujeres.

### **5.4.4. Hábitos tóxicos**

Hemos estudiado el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas antes y durante el embarazo. Para el alcohol y otras drogas no lo hemos analizado durante el embarazo por los pocos casos de consumo encontrados.

En nuestra muestra, las mujeres que refirieron sufrir violencia fumaban más durante el embarazo que las que no la refirieron. En todos los casos de violencia estudiados durante el embarazo, global, física y no física (ISA y AAS+ISA) dijeron consumir más tabaco durante el embarazo que las que no las refirieron. Esas diferencias fueron del doble (34.6% y 17.4%) si la violencia fue física y de más del

doble (32.5% y 14.1%) para las mujeres que refirieron violencia no física y global (ISA). En todos estos casos, existió una asociación estadísticamente significativa. En cuanto a las violencias estudiadas fuera del embarazo (AAS), las mujeres que las refirieron fumaban aproximadamente el doble que las que no las refirieron y existió una asociación estadísticamente significativa en casi todas las violencias estudiadas salvo la violencia sexual en las mujeres adultas, y para la violencias sufridas en la adolescencia hubo una asociación estadísticamente significativa para la violencia global (Tabla 4.37.).

En cuanto a las mujeres que habían consumido alcohol alguna vez en la vida, encontramos una asociación estadísticamente significativa con las violencias general y global y la violencia física a lo largo de la vida de adultas (AAS), estudiadas fuera del embarazo (Tabla 4.37.). Los resultados del trabajo de Silverman, Decker, Reed y cols. (2006a) encontraron que si las mujeres referían haber sufrido violencia antes del embarazo, las que consumían alcohol durante el tercer trimestre eran 3.1% y si no la sufrían el 2.0%, y esta diferencia era significativa. Las mujeres que sufrían violencia fuera del embarazo habían consumido alcohol alguna vez en un porcentaje más elevado que las mujeres que no sufrían violencia, siendo en algunos casos el doble.

Entre las mujeres que nos refirieron haber consumido drogas ilegales alguna vez en la vida, encontramos una asociación estadísticamente significativa con haber sufrido violencia en la edad adulta: global, emocional y física y con sufrir violencia en la adolescencia: global, emocional y sexual (Tabla 4.37.).

## 5.5. Características de la persona agresora

No fue un objetivo fundamental de nuestro trabajo conocer las características de la persona agresora, pero cuando se identificaba una mujer que había sufrido violencia durante el embarazo, la invitábamos a responder a un cuestionario sobre la persona que la había agredido. El cuestionario era sobre características sociodemográficas y consumo de sustancias tóxicas. Por tanto, para conocer las características de la persona agresora, fueron las propias mujeres las que respondieron a este cuestionario y han sido pocas las que lo han hecho. Fueron las mujeres casadas, y las que tenían una relación con compromiso, las que más se decidieron a contar los datos de la persona agresora. Es como si las mujeres con una relación más estable y que sufrían violencia se encontraran más dispuestas a decirnos lo que les pasaba a ellas o a sus parejas.

La edad y el nivel de estudios de los agresores fueron similares al de las mujeres. Nos llamó la atención que el 45.8% estaban casados y el 20.4% mantenía una relación con compromiso. El nivel de paro (30.5%) era superior que el de las mujeres (20.8%). En cuanto al consumo de tabaco, los resultados de los agresores que nunca habían fumado fueron similares, el 39.7% frente al 47.8% de las mujeres. De los 27 que fumaban durante el embarazo de su mujer, 6 habían aumentado su consumo. En relación con el consumo de alcohol, el 40.7% nunca había consumido frente al 57.0% de las mujeres. De los que consumían alcohol, 3 mujeres nos dijeron que había aumentado su consumo durante el embarazo y, en todos los casos, eran grandes consumidores. Finalmente, en cuanto al consumo de drogas, solo una mujer consumió cannabis durante el embarazo, sin embargo para los hombres agresores, el 22.7% de los que teníamos los datos consumían algún tipo de droga en el momento de la entrevista. Charles y Perreira (2007) encontraron una relación entre el consumo de drogas del padre, el último mes antes del parto, con la violencia física y/o emocional durante el embarazo (OR=1.8; IC=1.4-2.2), así como para la violencia emocional y física un año después del embarazo (OR=1.2; IC=1.0-1.4).

Tabla 5.2. Relaciones de variables cuantitativas (edad, entorno familiar y número de embarazos y abortos) en función si la mujer sufre algún tipo de violencia o no **durante el embarazo**

Tipos violencias Variables	Violencia global		Violencia emocional		Violencia física		Violencia sexual	Violencia periembarazo AAS+ISA	Violencia periembarazo+ adultas
	AAS Sí No	ISA Sí No	AAS Sí No	ISA Sí No	AAS Sí No	ISA Sí No	AAS Sí No	Sí No	Sí No
Media edad	28.8-30.0	28.3-30.3***	28.6-30.0	28.4-30.3***	27.1-30.0	28.9-29.9	28.3-30.0	28.3-30.4***	30.0-29.9
Años relación	5.8-8.6***	6.8-8.8***	5.4-8.6***	6.8-8.8***	3.1-8.5***	4.7-8.5***	3.7-8.4	-	-
Nº de hijos	0.47-0.53	0.53-0.52	0.43-0.52	0.53-0.52	0.36-0.52	0.42-0.52	0.25-0.52	-	-
Nº de embarazos	1.07-0.89	1.06-0.86*	1.19-0.89	1.07-0.86*	0.92-0.89	1.0-0.90	1.00-0.90	-	-
Nº de abortos	0.45-0.31	0.38-0.32	0.62-0.30**	0.37-0.31	0.38-0.32	0.38-0.32	0.50-0.32	-	-

\*p<0.05; \*\*p<0.01; \*\*\*p<0.001

No existen, en ninguna de las violencias estudiadas durante el embarazo, diferencias significativas en el tiempo de residencia de las mujeres extranjeras.

Tabla 5.3. Relaciones de variables cuantitativas (edad, entorno familiar y número de embarazos y abortos) en función de si la mujer sufre algún tipo de violencia o no **fuera del embarazo**

Tipos violencias Variables	Violencia general		Violencia adultas				Violencia adolescentes			
	Sí No	Sí No	Global Sí No	Emocional Sí No	Física Sí No	Sexual Sí No	Global Sí No	Emocional Sí No	Física Sí No	Sexual Sí No
Años relación	5.1-8.9***	6.3-9.1***	6.2-8.9***	5.8-8.9***	5.0-8.7***	4.9-8.5*	7.1-8.5*	7.2-8.5	7.6-8.5	5.6-8.5
Nº de hijos	0.34-0.54*	0.42-0.55*	0.47-0.53	0.45-0.53	0.40-0.53	0.30-0.52	0.46-0.53	0.40-0.52	0.64-0.51	0.50-0.52
Nº de embarazos	1.24-0.85**	1.15-0.82***	1.22-0.83***	1.26-0.83***	1.27-0.86**	1.00-0.90	1.12-0.88	1.05-0.89	1.36-0.88*	1.67-0.89*
Nº de abortos	0.52-0.29**	0.48-0.27***	0.45-0.29**	0.45-0.29***	0.51-0.30*	0.40-0.32	0.49-0.30*	0.50-0.31	0.50-0.31	0.83-0.31**

\*p<0.05; \*\*p<0.01; \*\*\*p<0.001

Las diferencias de la media de edad de las mujeres de nuestra muestra y el tiempo de residencia de las mujeres extranjeras, no son significativas en ningún tipo de las violencias estudiadas fuera del embarazo.

Tabla 5.4. Modelos de regresión logística para las violencias en el embarazo (AAS) ajustado por las variables sociodemográficas (se exponen sólo las estadísticamente significativas)

Tipos violencias Variables	Violencia alrededor del embarazo AAS				Violencia alrededor del embarazo y adultas		Violencia alrededor del embarazo (AAS + ISA)	
	Global		Emocional		Modelo bruto OR (IC 95%)	Modelo ajustado OR (IC 95%)	Modelo bruto OR (IC 95%)	Modelo ajustado OR (IC 95%)
	Modelo bruto OR (IC 95%)	Modelo ajustado OR (IC 95%)	Modelo bruto OR (IC 95%)	Modelo ajustado OR (IC 95%)				
<b>Edad</b>								
<20					1	1	*** 1	1
20-24					0.8 (0.3 - 1.9)	1.5 (0.5 - 4.4)	0.7 (0.3 - 1.5)	0.9 (0.4 - 2.4)
25-29					0.7 (0.3 - 1.6)	2.2 (0.7 - 6.5)	0.5 (0.2 - 1.1)	0.8 (0.3 - 2.1)
30-34					0.5 (0.2 - 1.2)	2.7 (0.9 - 8.0)	0.3 (0.1 - 0.6)	0.6 (0.2 - 1.6)
35-39					0.8 (0.3 - 1.9)	3.5 (1.1 - 11.1)	0.3 (0.1 - 0.7)	0.5 (0.2 - 1.5)
≥ 40					1.2 (0.4 - 3.4)	5.4 (1.4 - 20.8)	0.3 (0.1 - 0.9)	0.5 (0.1 - 1.9)
<b>Estado civil</b>								
Casada	** 1	1	*** 1	1	*** 1	1	*** 1	1
Relac. con comp.	1.0 (0.4 - 2.4)	0.8 (0.3-2.2)	0.9 ( 0.3-3.3)	0.6 (0.1-2.7)	1.9 (1.2 - 3.1)	2.2 (1.3 - 3.8)	2.0 (1.2 - 3.3)	1.9 (1.1 - 3.2)
Relac. sin comp.	2.6 (1.5 - 4.7)	2.5 (1.2-5.2)	3.8 (1.9-7.7)	2.3 (1.3-7.8)	3.0 (2.0 - 4.5)	3.0 (1.8 - 4.9)	3.1 ( 2.1 - 4.6)	2.4 (1.4 - 3.9)
<b>Estudios</b>								
<7	1	1	1	1				
7-12	1.7 (0.9 - 3.2)	2.7 (1.3 - 5.6)	1.8 (0.9-3.9)	3.3 (1.3 - 8.3)				
>12	1.6 (0.7 - 3.8)	2.9 (1.0 - 8.5)	0.8 (0.2 - 3.1)	2.0 (0.4 - 8.9)				
<b>Trabajo</b>								
Ama de casa					* 1	1	* 1	1
Parada					0.8 (0.5 - 1.4)	0.7 (0.4 - 1.2)	0.8 (0.5 - 1.2)	0.5 (0.3 - 0.9)
Ocupada					0.6 (0.4 - 0.9)	0.7 (0.4 - 1.1)	0.5 (0.4 - 0.8)	0.6 (0.4 - 0.9)
Estudiante					1.8 (0.6 - 5.5)	1.3 (0.3 - 5.1)	1.6 (0.5 - 4.7)	0.6 (0.2 - 2.4)
<b>Nacionalidad</b>								
Española	* 1	1			** 1	1	* 1	1
No española	2.2 (1.1 - 4.5)	1.6 (0.7 - 3.8)			2.2 (1.3 - 3.7)	2.0 (1.1 - 3.7)	1.9 (1.2 - 3.3)	1.3 (0.7 - 2.5)
<b>Convivencia</b>								
Con su pareja	* 1	1	*** 1	1	*** 1	1	*** 1	1
Otros	2.2 (1.1 - 4.6)	1.7 (0.6 - 4.7)	3.6 (1.6 - 8.0)	3.1 (1.0 - 9.7)	2.8 (1.7 - 4.6)	2.0 (1.0 - 3.9)	2.6 (1.6 - 4.4)	1.4 (0.7 - 2.8)
<b>Apoyo entorno</b>								
Sí	*** 1	1	*** 1	1	*** 1	1	*** 1	1
No	4.6 (2.1-10.3)	4.3 (1.7-10.9)	5.2 (2.0-13.5)	5.1 (1.6 - 16.8)	4.7 (2.4 - 9.3)	3.2 (1.5-6.8)	4.0 (2.0-7.7)	3.7 (1.7-8.1)

\*p<0.05 \*\*p<0.01 \*\*\*p<0.001



Tabla 5.5. Modelos de regresión logística para las violencias en el embarazo (ISA) ajustado por las variables sociodemográficas (se exponen sólo las estadísticamente significativas)

Tipos violencias Variables	Violencia no física ISA		Violencia física ISA		Violencia global ISA	
	Modelo bruto OR (IC 95%)	Modelo ajustado OR (IC 95%)	Modelo bruto OR (IC 95%)	Modelo ajustado OR (IC 95%)	Modelo bruto OR (IC 95%)	Modelo ajustado OR (IC 95%)
<b>Edad</b>	***				***	
<20	1	1			1	1
20-24	0.5 (0.2-1.2)	0.7 (0.3-1.9)			0.5 (0.2-1.3)	0.7 (0.3-2.0)
25-29	0.3 (0.1-0.8)	0.6 (0.2-1.8)			0.4 (0.1-0.8)	0.6 (0.2-1.8)
30-34	0.2 (0.1-0.5)	0.5 (0.2-1.5)			0.2 (0.1-0.5)	0.5 (0.2-1.4)
35-39	0.2 (0.1-0.6)	0.5 (0.2-1.7)			0.2 (0.1-0.6)	0.5 (0.2-1.6)
≥ 40	0.3 (0.1-0.9)	0.6 (0.1-2.4)			0.3 (0.1-0.9)	0.5 (0.1-2.4)
<b>Estado civil</b>	***		***		***	
Casada	1	1	1	1	1	1
Relac. con comp.	2.1 (1.3-3.6)	2.1 (1.2-3.6)	2.9 (1.0-9.2)	3.0 (0.8-11.2)	2.2 (1.3-3.7)	2.1 (1.2-3.7)
Relac. sin comp.	3.6 (2.4-5.5)	2.7 (1.6-4.5)	5.5 (2.2-13.6)	8.1 (2.6-24.6)	3.6 (2.3-5.4)	2.6 (1.5-4.4)
<b>Estudios</b>	**				**	
<7	1	1			1	1
7-12	0.7 (0.5-1.1)	1.2 (0.8-1.9)			0.7 (0.5-1.1)	1.2 (0.8-1.9)
>12	0.3 (0.2-0.7)	0.5 (0.2-1.2)			0.3 (0.2-0.6)	0.6 (0.2-1.3)
<b>Trabajo</b>	*		**		*	
Ama de casa	1	1	1	1	1	1
Parada	0.9 (0.5-1.5)	0.6 (0.3-1.1)	0.5 (0.2-1.3)	0.2 (0.1-0.8)	0.8 (0.5-1.4)	0.6 (0.3-1.1)
Ocupada	0.6 (0.4-0.9)	0.7 (0.4-1.1)	0.2 (0.1-0.5)	0.1 (0.0-0.4)	0.5 (0.3-0.8)	0.6 (0.4-0.9)
Estudiante	1.7 (0.5-5.6)	0.7 (0.2-3.1)	0.9 (0.1-7.8)	Empty	1.6 (0.5-5.3)	0.7 (0.1-2.9)
<b>Nacionalidad</b>			**			
Española			1	1		
No española			4.0 (1.6-10.0)	2.0 (0.6-6.7)		
<b>Convivencia</b>	***		**		***	
Con su pareja	1	1	1	1	1	1
Otros	2.9 (1.7-5.0)	1.5 (0.8-3.1)	3.5 (1.3-9.0)	2.8 (0.7-10.7)	2.9 (1.7-5.0)	1.5 (0.7-3.0)
<b>Apoyo entorno</b>	***		***		***	
Sí	1	1	1	1	1	1
No	3.9 (1.9-7.7)	3.4 (1.5-7.5)	5.2 (1.8-14.8)	3.4 (1.0-12.3)	3.8 (1.9-7.6)	3.3 (1.5-7.3)

\*p<0.05 \*\*p<0.01 \*\*\*p<0.001

Tabla 5.6. Modelos de regresión logística para las violencias fuera del embarazo ajustado por las variables sociodemográficas (se exponen sólo las estadísticamente significativas)

Tipos violencias Variables	Violencia adolescentes				Violencia adultas			
	Global		Emocional		Global		Emocional	
	Modelo bruto OR (IC 95%)	Modelo ajustado OR (IC 95%)	Modelo bruto OR (IC 95%)	Modelo ajustado OR (IC 95%)	Modelo bruto OR (IC 95%)	Modelo ajustado OR (IC 95%)	Modelo bruto OR (IC 95%)	Modelo ajustado OR (IC 95%)
<b>Edad</b>								
<20						1		1
20-24						1.7 (0.5-5.1)		1.3 (0.4-3.9)
25-29						2.5 (0.8-8.0)		1.6 (0.5-5.2)
30-34						3.5 (1.1-11.3)		2.8 (0.9-9.2)
35-39						4.4 (1.3-14.6)		3.4 (1.0-11.8)
≥ 40						6.6 (1.6-27.0)		4.9 (1.1-21.2)
<b>Estado civil</b>					***		***	
Casada					1	1	1	1
Relac. con comp.					2.0 (1.2-3.4)	2.5 (1.4-4.4)	2.7 (1.6-4.7)	3.5 (1.9-6.3)
Relac. sin comp.					2.9 (1.9-4.3)	2.8 (1.7-4.8)	3.5 (2.2-5.4)	3.3 (1.9-5.9)
<b>Estudios</b>					*		**	
<7					1	1	1	1
7-12					0.7 (0.5-1.0)	0.9 (0.6-1.4)	0.7 (0.4-1.0)	0.9 (0.6-1.5)
>12					0.5 (0.3-0.9)	0.5 (0.3-1.1)	0.2 (0.1-0.6)	0.3 (0.1-0.7)
<b>Trabajo</b>			*		*			
Ama de casa			1	1	1	1		
Parada			0.4 (0.1-1.3)	0.4 (0.1-1.3)	0.8 (0.5-1.4)	0.7 (0.4-1.3)		
Ocupada			0.9 (0.4-1.9)	1.0 (0.4-2.4)	0.6 (0.4-1.0)	0.7 (0.4-1.1)		
Estudiante			3.9 (1.0-16.1)	3.6 (0.5-27.0)	2.2 (0.7-6.5)	1.9 (0.5-7.4)		
<b>Nacionalidad</b>					**		**	
Española					1	1	1	
No española					2.3 (1.4-4.0)	2.1 (1.1-3.9)	2.1 (1.2-3.7)	1.9 (1.0-1.7)
<b>Convivencia</b>			*		***		***	
Con su pareja			1	1	1	1	1	1
Otros			2.6 (1.2-6.0)	2.8 (1.0-8.3)	2.6 (1.5-4.3)	2.1 (1.1-4.3)	3.0 (1.8-5.2)	2.3 (1.1-4.8)
<b>Apoyo entorno</b>	**				***		***	
Sí	1				1	1	1	1
No	2.9 (1.3-6.5)	2.0 (0.8-5.5)			4.4 (2.3-8.7)	2.8 (1.3-6.2)	4.2 (2.1-8.6)	2.3 (1.0-5.1)

\*p<0.05 \*\*p<0.01 \*\*\*p<0.001

## 5.6. El deseo del embarazo y la violencia contra la mujer en relaciones de pareja

En nuestro trabajo, hemos considerado embarazo no deseado al embarazo que la mujer expresa que no ha sido deseado, planificado, ni esperado, aunque pueda ser aceptado posteriormente. Hemos analizado la asociación entre el embarazo no deseado y la violencia ejercida por la pareja alrededor del embarazo y las características sociodemográficas en un estudio representativo de la población de Andalucía. Es importante entender los factores de riesgo de embarazos no deseados, en particular los relacionados con la violencia de la pareja, en diferentes entornos étnicos y socio-culturales. Nuestra hipótesis era que, las mujeres que reportaron un embarazo no deseado podrían estar experimentando violencia por parte de su pareja durante el embarazo actual. En nuestra muestra 14.3% de las mujeres refirieron no haber deseado el embarazo actual.

Las mujeres que no desearon su embarazo refirieron sufrir más cualquier tipo de violencia, por parte de su pareja, relacionado con el embarazo que si deseaban el embarazo. Así, el 34.6% su embarazo fue no deseado frente al 13.8% si no sufrían violencia (ISA física); 29.3% frente al 10.6% (ISA no física); 29.6% vrs 10.1% (ISA global); 30.5% vs 14.0% (AAS global periembarazo). Estas diferencias fueron estadísticamente significativas. Este mismo patrón se produjo entre las mujeres que sufrían violencia fuera del embarazo, aunque los valores fueron algo inferiores. Las mujeres que no habían deseado su embarazo refirieron violencia el 21.6% y no la refirieron el 13.7% (violencia global en la edad adulta, AAS); el 21.4% frente al 13.9% (violencia emocional durante la edad adulta, AAS).

En el estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y la violencia doméstica realizado en 15 entornos en 10 países de bajos y medianos ingresos (Pallitto, Garcia-Moreno, Jansen y cols., 2013) encontraron que el 38% de las mujeres informaron que el embarazo fue no deseado o inoportuno el momento del embarazo, las tasas de embarazos no deseados varió entre 13% a 68%. Se encontraron resultados similares a los nuestros en Samoa (13%) o Japón (19.7%), en el resto de los sitios analizados el porcentaje fue superior al 30%. En Bangladesh, el 15.6% de los embarazos fueron no deseados (Kamal, 2013). Otros autores encontraron porcentajes de embarazo no

deseado en mujeres que sufrían violencia durante el embarazo, superiores a los nuestros (Stöckl, Hertlein, Himsl y cols., 2012; Kim, Cain y Viner-Brown, 2010; Cripe, Sánchez, Perales y cols., 2008; Goodwin, Gazmararian, Johnson y cols., 2000). Nuestro hallazgo es una cifra considerable, sin embargo, no es representativo de la verdadera magnitud de los embarazos no deseados, debido a que no fueron incluidos los abortos. Cuando se tuvieron en cuenta, en EEUU, los embarazos que terminan en abortos provocados se estimó que los embarazos no deseados se incrementaron en un 18% (Henshaw, 1998).

El embarazo no deseado se ha asociado con resultados adversos para las mujeres, los fetos y los recién nacidos. Se han relacionado con el embarazo no deseado, menor tiempo de lactancia materna, iniciar tardíamente las consultas durante el embarazo, no reconocer los primeros signos de protección del embarazo, una peor relación entre la madre y el recién nacido, así como mayor maltrato durante la infancia y un mayor abandono infantil (Pallitto, Campbell y O'Campo, 2005). Por otra parte, la mayoría de los abortos provocados han tenido lugar en embarazos que no fueron deseados, y se ha encontrado una asociación significativa con la violencia (Leung, Leung, Chan y cols., 2002).

En nuestra investigación, encontramos asociación entre las mujeres que no deseaban el embarazo actual y sufrir cualquier tipo de las violencias estudiadas, salvo en una violencia: la violencia física periembarazo (AAS), aunque sí se asoció a la violencia física periembarazo medida con el ISA. Se encontró que las mujeres que sufrieron violencias durante el embarazo tenían más probabilidades de tener un embarazo no deseado, estas probabilidades, en el modelo bruto, fueron desde 2.7 veces más (violencia global periembarazo AAS) a 3.7 veces más (violencia global periembarazo ISA). Estas probabilidades fueron algo menores para las mujeres que refirieron violencias fuera del embarazo (AAS) a lo largo de su vida de adultas, tanto global, como emocional y física. También existió asociación del no deseo de embarazo con: la edad, siendo la edad un factor de protección para no desear el embarazo, a partir de los 20 años; los estudios también aparecieron como un factor protector, a mayor nivel de estudios menos probabilidad de no desear el embarazo; el no convivir con su pareja apareció como un factor de riesgo; el estado civil, las mujeres con una relación sin compromiso o con compromiso fue un factor de riesgo comparado con las

casadas; y el tipo de trabajo, siendo un factor de riesgo el ser estudiante y el estar ocupada un factor de protección.

Una vez ajustado por todas las variables sociodemográficas y entorno familiar, para las mujeres que no deseaban su embarazo, la probabilidad de sufrir violencia periembarazo fue mayor, tuvieron más riesgo de sufrir cualquier tipo de violencia periembarazo (ISA global 2.7 veces más y no física 2.5; global AAS 2.2 veces más y AAS+ISA 2.4 veces más), excepto la violencia física (ISA) y la emocional (AAS) (Tabla 5.7.).

Tabla 5. 7. Modelos de regresión logística para el no deseo de embarazo, 5 modelos de violencia y variables sociodemográficas y entorno familiar

VARIABLES	Modelo bruto	Modelo I	Modelo II	Modelo III	Modelo IV	Modelo V
	OR (IC 95%)	Modelo ajustado OR (IC 95%)	Modelo ajustado OR (IC 95%)	Modelo ajustado OR (IC 95%)	Modelo ajustado OR (IC 95%)	Modelo ajustado OR (IC 95%)
<b>Violencia global adultas*</b>	1.7 (1.1-2.7)					
<b>Violencia global periembarazo***</b>	2.7 (1.5-4.1)	2.2 (1.0-4.6)				
<b>Violencia global ISA***</b>	3.7 (2.4-5.8)		2.7 (1.4-4.4)			
<b>Violencia periembarazo AAS+ISA***</b>	3.1 (2.1-4.7)			2.4 (1.5-3.9)		
<b>Violencia emocional adultas*</b>	1.7 (1.0-2.8)					
<b>Violencia emocional periembarazo**</b>	3.0 (1.5-6.3)					
<b>Violencia física adultas*</b>	1.9 (1.0-3.6)					
<b>Violencia no física ISA***</b>	3.5 (2.2-5.4)					2.5 (1.5-4.3)
<b>Violencia física ISA**</b>	3.3 (1.4-7.6)					
<b>Estado civil***</b>						
Casada	1	1	1	1	1	1
Relación con compromiso	2.5 (1.4-4.6)	2.2 (1.1-4.4)	1.7 (0.8-3.6)	2.0 (1.0-4.0)	2.4 (1.2-4.8)	1.8 (0.9-3.6)
Relación sin compromiso	6.9 (4.4-10.8)	3.7 (2.0-5.8)	3.5 (1.8-6.7)	3.5 (1.9-6.4)	3.9 (2.1-7.5)	3.5 (1.8-6.1)
<b>Trabajo***</b>						
Ama de casa	1	1	1	1	1	1
Parada	1.0 (0.6-1.7)	0.7 (0.4-1.2)	0.7 (0.3-1.3)	0.7 (0.4-1.3)	0.6 (0.3-1.2)	0.7 (0.3-1.3)
Ocupada	0.4 (0.2-0.6)	0.4 (0.2-0.7)	0.4 (0.2-0.8)	0.4 (0.2-0.7)	0.4 (0.2-0.7)	0.4 (0.2-0.8)
Estudiante	7.5 (2.4-23.5)	4.0 (1.0-17.2)	3.6 (0.8-16.0)	3.8 (0.9-16.3)	3.9 (0.9-16.4)	3.6 (0.8-15.7)

En las violencias el valor 1 se lo adjudicamos al no presentar violencia. \* p<0.05 \*\* p<0.01 \*\*\*p<0.001

**Modelo I:** V. global adultas y V. global periembarazo. **Modelo II:** V. global ISA. **Modelo III:** V. periembarazo AAS+ISA. **Modelo IV:** V. emocional adultas, V. emocional periembarazo, V. física adultas y V. física periembarazo. **Modelo V:** V. no física ISA y V. física ISA

Otros autores también han encontrado que, para las mujeres que su embarazo era no deseado, la probabilidad de sufrir violencia durante el embarazo era mayor (entre 1.5 y 2.9 veces más) que si el embarazo era deseado, esta probabilidad era diferente según el tipo de violencia (Goddwin, Gazmararian, Johnson y cols., 2000; Pallito, Campbell y O´Campo, 2005; Charles y Perreira, 2007; Silverman, Gupta, Decker MR y cols., 2007; Perales, Cripe, Lam y cols., 2009; Beydoun, Tamim, Lincoln y cols., 2011; Pallitto, García-Moreno, Jansen y cols., 2013; Kamal, 2013). Sin embargo, sólo encontraron que la violencia física y/o abusos sexuales estaban asociados a los

embarazos no deseados, la violencia emocional no ha sido estudiada. Algunos autores, hallaron que las mujeres que no deseaban su embarazo sufrían más violencia física antes y durante el embarazo (Dunn y Oth, 2004; Beydoun, Tamim, Lincoln y cols., 2011).

En nuestro estudio, también, hemos incluido la violencia emocional y hemos encontrado asociación con el embarazo no deseado. Pensamos que las mujeres que sufren abusos emocionales y que viven en un ambiente de miedo, bajo el control de los hombres, tienen una baja autoestima, pueden carecer de la capacidad de controlar su fertilidad. Un estudio ha demostrado que el embarazo no deseado se asoció significativamente con vivir en una comunidad altamente patriarcal (Pallitto, Campbell y O'Campo, 2005).

Cuando ajustamos por las variables sociodemográficas, desaparecen como factores de protección la edad y los estudios, y como factor de riesgo el no convivir con la pareja (Tablas 4.54. a 4.58.).

Para Goddwin, Gazmararian, Johnson y cols. (2000) y Gessner y Perham-Hester (1998), ser adolescente o tener menos de 20 años y sufrir violencia era un factor de riesgo para el embarazo no deseado. Sin embargo, los embarazos no deseados entre las mujeres urbanas de Bangladesh aumentaron significativamente con la edad y este factor de riesgo continuó en el modelo de regresión ajustado, después de controlar por otros factores (Kamal, 2013). En este caso, las mujeres de más edad tenían un mayor tamaño de la familia que el deseado y eran más propensos a justificar su último embarazo como no deseado. Por otro lado, cada año adicional por encima de la media de edad de 28 años, se asoció significativamente con una reducción en el riesgo de embarazos no deseados en las mujeres de Colombia (Pallitto, 2004), donde la media de edad las mujeres en el primer nacimiento es de 20.7 y la media del número de hijos es de 2.3. Estos estudios se realizan en entornos o sociedades muy diferentes de la nuestra. En España, la edad de las mujeres en el primer parto es de 31.0 años y la media de número de hijos es de 1.4, lo que puede determinar que la edad no sea ni un factor de riesgo ni de protección.

La variable sociodemográfica que afectó a todos los modelos de regresión para el no deseo de embarazo, una vez ajustado por el resto de variables, fue el estado civil, en el sentido de que una relación sin compromiso fue un factor de riesgo para no

desear el embarazo. Además, una relación con compromiso fue un factor de riesgo de no desear el embarazo para las mujeres que refirieron violencias periembarazo en los modelos I y III. Para Stöckl, Hertlein, Himsl y cols. (2012), la violencia física, además de estar asociada con el no deseo de embarazo, lo estaba con el hecho de no estar casada.

Las mujeres con un trabajo tuvieron menos probabilidad de no desear su embarazo en todos los modelos de violencia analizados, una vez ajustado por el resto de variables. Para las mujeres estudiantes, fue un factor de riesgo el no deseo de embarazo en el modelo I.

La relación entre la violencia infligida por la pareja y el embarazo no deseado no ha sido suficientemente estudiado. De todos los estudios que exploran la violencia de pareja durante o alrededor del momento del embarazo, sólo unos pocos han incluido el no deseo de embarazo en los análisis como uno de una serie de factores que podrían estar asociados con una mayor presencia de violencia (Cokkinides, Coker, Sanderson y cols., 1999; Dietz, Gazmararian, Goodwin y cols., 1997; Hillard, 1985). Otros estudios se han centrado específicamente en la asociación entre el embarazo no deseado y la violencia infligida por la pareja, demostrando una asociación en los análisis bivariantes (Campbell, Pugh, Campbell y cols., 1995; Gazmararian, Adams, Saltzman, y cols., 1995; Jacoby, Gorenflo, Black y cols., 1999; Stewart y Cecutti, 1993; Goodwin, Gazmararian, Johnson y cols., 2000; Fanslow, Silva, Robinson y cols., 2008b). Más recientemente, algunas investigaciones han explorado la relación entre la violencia ejercida por la pareja y el control durante el embarazo y otros factores, mediante análisis de regresión logística multivariante en poblaciones de Colombia (Pallito y O'Campo, 2004), Bangladesh (Silverman, Gupta, Decker y cols., 2007; Kamal, 2013), también lo han relacionado con bajos ingresos y el nivel de estudios en varios países (Pallito, García-Moreno, Jansen y cols., 2013).

En nuestro estudio, las mujeres que sufren violencia emocional tenían más riesgo de tener un embarazo no deseado, una vez ajustado por otras características sociodemográficas, mientras que las mujeres que refirieron violencia física no apareció este mayor riesgo. Este hallazgo puede explicarse por diferentes mecanismos. Una posibilidad es que las mujeres que refirieron violencia física terminaron sus embarazos en abortos provocados. En este sentido, hay algunos estudios que demostraron que las mujeres que habían experimentado violencia física y / o sexual tenían tasas más altas

de aborto provocado en comparación con las que no habían sufrido estos tipos de violencia (Pallitto, García-Moreno, Jansen y cols., 2013; Evins y Chescheir, 1996; Glander, Moore, Michielutte y cols., 1998). Este hallazgo puede ocurrir especialmente en los países con leyes más permisivas sobre el aborto, como en España, dónde existe una ley de plazos en la actualidad. Otra posibilidad es que la violencia física, en nuestro medio, disminuyó alrededor del embarazo. La mayoría de las mujeres que habían sido víctimas de violencia física o sexual durante el embarazo informaron de que esta violencia se había iniciado antes de quedarse embarazada (Stewart y Cecuti, 1993; Helton, McFarlane y Anderson, 1987), sin embargo, otros estudios también revelaron que la violencia física y sexual disminuyeron durante el embarazo, a pesar de aumentar la violencia emocional (Saltzman, Johnson, Colley y cols., 2003; Castro, Peek-Asa, Ruiz, 2003; Devries, Kishor, Johnson y cols., 2010). Hasta el momento, no hay conclusiones definitivas acerca de la aparición o la intensidad de la violencia durante el embarazo.

Los presentes hallazgos deben ser considerados a la luz de varias limitaciones. En nuestro estudio, se preguntó a las mujeres por el no deseo de su embarazo en el período inmediatamente después del parto, y la percepción de las mujeres sobre este embarazo ha podido cambiar con el tiempo, en concreto, un embarazo que se consideró originalmente como no deseado, la mujer podría darnos la información, después del nacimiento, como que se consideró deseado (Moos, Petersen, Meadows y cols., 1997), lo que podría subestimar las tasas de embarazos no deseados. Además, los datos relativos a los embarazos no deseados sólo estaban disponibles para las mujeres cuyos embarazos resultaron en nacidos vivos. Varios estudios han indicado una posible asociación entre el aborto (provocado o espontáneo) y la violencia (Evins y Chescheir, 1996; Glander, Moore, Michielutte y cols., 1998), esta omisión puede limitar la verdadera magnitud de la asociación entre el embarazo no deseado y la violencia.

La violencia emocional durante el embarazo y, en menor medida, fuera del embarazo, estuvo asociada con las mujeres con embarazos no deseados y con otros factores sociodemográficos. Es posible que la violencia fuera continuada y aumentara en las mujeres que no deseaban su embarazo o bien, las mujeres tenían más conciencia de la violencia, una vez que expresaron que no deseaban este embarazo. Por tanto, las mujeres que refieren un embarazo no deseado pueden estar experimentando violencia emocional. El riesgo de sufrir violencia emocional será mayor



si las mujeres que informaron de que su embarazo era no deseado mantenían una relación con compromiso o estaban casadas. Las mujeres que tenían una ocupación, en todos los casos estudiados, estuvieron protegidas del no deseo de embarazo. Eran, probablemente, mujeres más independientes, con más poder para decidir sobre su futuro y el de su hijo/a.

Se necesitan más investigaciones para explorar la relación entre el embarazo no deseado y la violencia emocional para diferentes entornos socioculturales. Una mejor comprensión de la relación entre los embarazos no deseados y la violencia puede ayudar a los profesionales de la salud acerca de los posibles factores de riesgo en salud reproductiva asociados con la violencia. El embarazo no deseado y la violencia se asocian con muchos resultados adversos para la salud de las mujeres y los niños, por tanto, los esfuerzos para reducir los factores de riesgo de embarazos no deseados, incluyendo la violencia de pareja, merecen un mayor apoyo. Los recursos deben ser dirigidos a ampliar la planificación familiar y servicios de salud reproductiva en zonas particularmente en alto riesgo de violencia y / o embarazos no deseados.

## **5.7. Patologías en el embarazo y la violencia contra la mujer en relaciones de pareja**

Hemos analizado la posible repercusión de la violencia contra las mujeres en las relaciones de pareja sobre el embarazo. Las variables que hemos tenido en cuenta son si la mujer acude al servicio de urgencias, si es ingresada en el hospital y las patologías que sufre a lo largo del embarazo.

Con respecto a acudir al servicio de urgencias durante el embarazo, hemos de decir que el 40.3% de las mujeres de nuestra muestra nunca ha ido a urgencias, el 30.2% ha ido una vez y el 29.5% de la muestra ha ido dos o más veces durante su embarazo (Tabla 4.4.). Todas las mujeres que acudieron al servicio de urgencias durante el embarazo refirieron haber sufrido más cualquier tipo de violencia que las que no habían acudido, aunque estas diferencias no fueron significativas. Tuvieron más probabilidad de ir a urgencias las mujeres que tenían entre 20 y 29 años, una relación sin compromiso, las que tenían menos estudios y las mujeres que tenían patologías e infecciones durante el embarazo, sin embargo, el tener más de 12 años de estudios fue un factor de protección para acudir a urgencias (Tablas 4.59. a 4.63.).

Para analizar si una mujer que acude al servicio de urgencias tiene mayor probabilidad de estar refiriendo violencia intrapareja, se ha controlado el modelo tanto por las variables sociodemográficas y el entorno familiar como también por el no deseo del embarazo y la presencia de patologías e infecciones a lo largo del mismo; variables éstas que pudieran influir en la asistencia sanitaria urgente. El acudir a urgencias no supuso una mayor probabilidad para las mujeres de sufrir violencia, ni durante el embarazo, ni fuera de éste. Las variables que sí estuvieron relacionadas con una mayor probabilidad de acudir al servicio de urgencias durante el embarazo fueron las mujeres que sufrían patologías e infecciones durante el embarazo y las más jóvenes (de entre 20-24 años de edad); mantener una relación sin compromiso desapareció como factor de riesgo y el tener más de 12 años de estudios se mantuvo como factor de protección, únicamente en el modelo II.

En una revisión realizada por Plichta (2007) encontró que las mujeres que sufrían violencia eran más propensas a buscar atención médica en los servicios de urgencias, hacían mayor uso de los servicios sanitarios y con menos probabilidad recibían la

atención necesaria. En el trabajo realizado en USA con más de cien mil mujeres, las que sufrían violencia de tipo físico antes del embarazo tenían mayor probabilidad (OR=1.5) de ser ingresadas o acudir a urgencias, una vez ajustado por edad y “ayuda pública” (este concepto tiene que ver con mujeres que reciben ayudas del gobierno, específicas para personas o familias necesitadas). También existía riesgo (OR=1.3) si la violencia era durante el embarazo, ajustado por etnia, edad y “ayuda pública”, y similar si la violencia era antes y durante el embarazo (OR=1.5), ajustado por edad y “ayuda pública” (Silverman, Decker, Reed y cols., 2006a). La diferencia con nuestros hallazgos es que nosotras hemos ajustado por patologías e infecciones y en esta investigación no, además han incluido en la misma variable acudir a urgencias e ingresos y nosotras lo hemos hecho de forma separada; por otra parte la violencia que miden es de tipo físico.

En nuestro trabajo, el acudir a urgencias no tuvo ninguna asociación con los diferentes tipos de violencia y sí la tuvo con el tener patologías o infecciones durante el embarazo y el tener menos de 25 años. Las más jóvenes acudieron más a urgencias, por sentirse quizá más inseguras en este proceso de su vida. Las mujeres fueron más a urgencias porque tenían más patologías e infecciones, algo que es lógico, aunque, como veremos más adelante, tanto las patologías como la infecciones eran más frecuentes cuando las mujeres sufrían violencia, luego puede ser un factor que esté indirectamente relacionado.

En relación a los ingresos hospitalarios durante el embarazo, el 12.9% de las mujeres de nuestra muestra han tenido un ingreso durante el embarazo y el 7.7% han tenido dos o más ingresos (Tabla 4.4.). Todas las mujeres que han ingresado alguna vez durante el embarazo refirieron, con más frecuencia, haber sufrido algún tipo de violencia. Encontramos una asociación, estadísticamente significativa, entre los ingresos hospitalarios y las mujeres que refirieron violencias periembrazo (AAS): global, emocional y física, y las que refirieron violencia periembrazo física (ISA). Las probabilidades fueron mayores para las violencias físicas ocurridas durante el embarazo, los casos más graves de violencia. Asimismo, apareció mayor riesgo en las mujeres que tenían entre 20 y 24 años, las que mantenían una relación sin compromiso, tenían infecciones y patologías durante el embarazo y las que no tenían apoyo de su entorno; sin embargo, apareció como un factor de protección el tener más de 12 años de estudios y el tener una ocupación (Tablas 4.64. a 4.68.).

Una vez que ajustamos por las variables sociodemográficas, entorno familiar, patologías e infecciones durante el embarazo y deseo del embarazo, encontramos que la probabilidad de sufrir ambas violencias físicas era mayor en las mujeres que ingresaron en el hospital. Ya fuera sufrir violencia física periembrazo (AAS; OR=11.0) del modelo IV o del modelo V (ISA; OR=3.4). También aumentó la probabilidad de ingresar en el hospital entre las mujeres de 20 a 24 años y las que refirieron patologías en el embarazo. El no tener apoyo en su entorno fue un factor de riesgo de ingreso hospitalario para las mujeres que con más probabilidad refirieron violencia física periembrazo (AAS). El tener estudios superiores a 12 años fue un factor de protección de ingresos hospitalarios durante el embarazo en las mujeres que refirieron ambos tipos de violencia y, mantener una relación con compromiso y estar ocupada, lo fue para las que con más probabilidad refirieron violencia física periembrazo (AAS). El tener infecciones durante el embarazo y una relación sin compromiso desaparecieron como factores de riesgo para ingresar en el hospital, una vez que se ajustó por el resto de variables (Tabla 5.8.).

En un estudio, las mujeres embarazadas que referían violencia física durante el embarazo tenían una probabilidad de 2.74 veces más de ser hospitalizadas durante el periodo prenatal que si no sufrían violencia, y si la violencia era no física esta probabilidad era 1.19. En el primer caso, ajustado por variables sociodemográficas e historia obstétrica y, en el segundo caso, ajustado por estado civil y paridad (Lipsky, Holt, Easterling y cols., 2004). Para otros autores, las mujeres embarazadas que referían violencia de tipo físico durante el embarazo tenían entre 1.32 y 1.48 veces más probabilidades, que las mujeres no expuestas a la violencia, de ser hospitalizadas o acudir a urgencias durante el embarazo, sin estar asociado el ingreso con el embarazo. Encontraron también una mayor probabilidad de ingresos hospitalarios y acudir a urgencias si sufrían violencia antes del embarazo, aunque menor que si era solo durante el embarazo. Esto ajustado por edad y “ayuda pública” en el primer caso y por etnia, edad y “ayuda pública” en el segundo caso. En esta investigación solo se ha tenido en cuenta la violencia física (Silverman, Decker, Reed y cols., 2006a).

En nuestro estudio, fueron las violencias físicas periembrazo las que realmente están relacionadas con los ingresos hospitalarios durante el embarazo. En nuestra muestra, no apareció relacionada la violencia antes del embarazo ni la emocional periembrazo con los ingresos en el hospital durante el embarazo. Las mujeres que

tuvieron ingresos hospitalarios durante el embarazo fueron las que tenían un riesgo mayor de sufrir violencias más graves: las de tipo físico periembarazo, 11.0 veces más si la medimos con el AAS y 3.4 veces más si la medimos con el ISA. Las mujeres que ingresan durante el embarazo tenían más probabilidades de ser jóvenes entre 20 y 24 años y tenían patologías durante el embarazo. Además, tenían más probabilidades de no tener apoyo de su entorno. Estos resultados nos dan una idea de la inseguridad y el aislamiento que sufrían las mujeres más jóvenes. El tener más de 12 años de estudios en el modelo IV y V, y una relación con compromiso y estar ocupada en el modelo IV, funcionó como un factor de protección para ingresar durante el embarazo.

Tabla 5.8. Modelos de regresión logística para ingresos hospitalarios durante el embarazo, 5 modelos de violencia, variables sociodemográficas, entorno familiar, deseo de embarazo y patologías e infecciones durante el embarazo

VARIABLES	Modelo	Modelo I	Modelo II	Modelo III	Modelo IV	Modelo V
	bruto OR (IC 95%)	Modelo ajustado OR (IC 95%)	Modelo ajustado OR (IC 95%)	Modelo ajustado OR (IC 95%)	Modelo ajustado OR (IC 95%)	Modelo ajustado OR (IC 95%)
<b>Violencia global periembarazo *</b>	1.8 (1.0-3.2)					
<b>Violencia emocional periembarazo *</b>	2.0 (1.0-4.2)					
<b>Violencia física periembarazo ***</b>	5.7 (1.8-18.2)				11.0 (1.8-67.2)	
<b>Violencia física ISA **</b>	3.0 (1.4-6.8)					3.4 (1.2-9.6)
<b>Edad **</b>						
<20	1	1	1	1	1	1
20-24	2.6 (0.9-7.3)	2.9 (0.8-10.1)	3.6 (0.9-14.6)	2.9 (0.8-10.1)	3.7 (1.0-13.4)	4.1 (1.0-16.5)
25-29	1.8 (0.6-4.9)	1.9 (0.5-6.8)	2.5 (0.6-10.4)	1.9 (0.5-6.8)	2.2 (0.6-8.0)	2.5 (0.6-10.3)
30-34	1.0 (0.4-2.7)	1.1 (0.3-3.9)	1.5 (0.3-6.2)	1.0 (0.3-3.8)	1.2 (0.3-4.7)	1.4 (0.3-6.0)
35-39	1.0 (0.3-2.9)	1.0 (0.3-4.1)	1.2 (0.3-5.6)	1.0 (0.3-4.0)	1.2 (0.3-5.1)	1.2 (0.3-5.6)
≥ 40	0.8 (0.2-3.2)	0.5 (0.1-2.9)	1.0 (0.2-6.0)	0.5 (0.1-2.8)	0.6 (0.1-3.5)	0.9 (0.1-5.5)
<b>Estado civil *</b>						
Casada	1	1	1	1	1	1
Relación con compromiso	0.7 (0.4-1.2)	0.5 (0.2-0.9)	0.5 (0.2-0.9)	0.5 (0.2-0.9)	0.5 (0.2-0.9)	0.5 (0.2-1.0)
Relación sin compromiso	1.4 (1.0-2.1)	1.0 (0.6-1.8)	1.1 (0.6-1.9)	1.0 (0.6-1.8)	1.0 (0.5-1.8)	1.0 (0.5-1.9)
<b>Estudios ***</b>						
<7	1	1	1	1	1	1
7-12	0.8 (0.6-1.2)	0.9 (0.6-1.4)	0.8 (0.5-1.3)	0.9 (0.6-1.4)	1.0 (0.6-1.5)	0.9 (0.5-1.3)
>12	0.1 (0.0-0.3)	0.2 (0.1-0.6)	0.2 (0.1-0.5)	0.2 (0.1-0.6)	0.2 (0.1-0.6)	0.2 (0.1-0.5)
<b>Trabajo ***</b>						
Ama de casa	1	1	1	1	1	1
Parada	1.1 (0.7-1.8)	1.0 (0.6-1.8)	1.1 (0.6-1.9)	1.0 (0.6-1.8)	1.0 (0.6-1.8)	1.1 (0.6-2.1)
Ocupada	0.5 (0.3-0.8)	0.6 (0.4-0.9)	0.6 (0.4-0.9)	0.6 (0.4-0.9)	0.6 (0.4-0.9)	0.6 (0.4-1.1)
Estudiante	0.7 (0.2-2.5)	0.6 (0.1-3.4)	0.7 (0.1-4.4)	0.6 (0.1-3.3)	0.6 (0.1-3.7)	0.8 (0.1-4.6)
<b>Apoyo entorno ***</b>						
Sí	1	1	1	1	1	1
No	3.6 (1.8-7.0)	2.2 (1.0-5.0)	1.9 (0.8-4.3)	2.2 (1.0-5.0)	2.4 (1.0-5.9)	1.7 (0.7-4.1)
<b>Patologías en el embarazo ***</b>						
No	1	1	1	1	1	1
Sí	3.0 (1.2-2.4)	3.2 (2.1-4.7)	2.9 (1.9-4.5)	3.1 (2.1-4.7)	2.9 (1.9-4.4)	3.1 (2.0-4.7)

En las violencias el valor 1 se lo adjudicamos al no presentar violencia. \* p<0.05 \*\* p<0.01 \*\*\*p<0.001

**Modelo I:** V. global adultas y V. global periembarazo. **Modelo II:** V. global ISA. **Modelo III:** V. periembarazo AAS+ISA. **Modelo IV:** V. emocional adultas, V. emocional periembarazo, V. física adultas y V. física periembarazo **Modelo V:** V. no física ISA y V. física ISA

Otros estudios de investigación (Lipsky, Holt, Easterling y cols., 2004; Silverman, Decker, Reed y cols., 2006a) han demostrado que las mujeres que refirieron violencia física o emocional durante el embarazo tienen una mayor probabilidad de ingresos hospitalarios. En nuestra investigación, hemos detectado que las mujeres que ingresan en el hospital durante el embarazo tienen mayor probabilidad de estar sufriendo violencia física durante el embarazo, sobre todo, si la mujer es mayor de 24 años y no presenta patologías en el embarazo. Este último factor, creemos que debe estar muy relacionado con el ingreso hospitalario, por lo que difícilmente lo podremos disociar del ingreso.

Con respecto a las patologías que refirieron las mujeres durante el embarazo, hemos tratado de forma independiente la anemia, por considerar que se presenta de forma frecuente durante el embarazo, y la metrorragia porque podría estar más relacionada con la violencia que otras patologías. Respondieron que habían tenido anemia durante el embarazo el 39.3% de las mujeres y la presencia de metrorragia durante el embarazo lo refirieron el 16.0% (Tabla 4.5.).

En relación con el resto de las patologías (Tabla 4.5.), el 68.8% de las mujeres de la muestra no ha tenido ninguna patología durante el embarazo, el 26.6% ha tenido una y el 4.6% ha tenido dos o más. Las patologías más frecuentes encontradas han sido:

- La diabetes, la refirieron el 8.0% de nuestra muestra. En un estudio multicéntrico en España la prevalencia de la diabetes fue del 8.8% (Ricart, López, Mozas y cols., 2005).
- La amenaza de parto pretérmino estuvo presente en el 7.1% de los embarazos de las mujeres de la muestra. En España, en el año 2006, la tasa de partos pretérmino del total de nacimientos fue de 9.5% (González-González, Medina, Jiménez y cols., 2006).
- Los estados hipertensivos han estado presentes en un 6.6% de las mujeres de nuestra muestra. La prevalencia de hipertensión en el embarazo en Andalucía fue del 2.6% (Comino y cols., 1991, citado por Cortés Pérez, Pérez Milán, Gobernado Tejedor y cols., 2009).
- Otras patologías presentes, con una frecuencia mucho menor han sido: la amenaza de aborto (1.5%), trastornos psicológicos (1.3%) y patologías de la placenta (0.9%).

En todos los casos que existía una patología durante el embarazo, las mujeres que refirieron violencia era superior que en los casos que no la refirieron, y estas diferencias fueron significativas en las mujeres que refirieron violencia a lo largo de la vida de adulta (AAS), tanto global como emocional, y en las violencias periembarazo: global y física. Además, las patologías durante el embarazo estaban relacionadas con la edad, tenían más las mayores de 40 años y las que tenían menos estudios. Las mujeres con más de 12 años de estudios y las que no convivían con sus parejas se presentó como un factor de protección para las patologías durante el embarazo. Las mujeres que no tenían apoyo en su entorno tenían mayor probabilidad de tener patologías durante el embarazo (Tablas 4.69. a 4.73.).

5.9. Modelos de regresión logística para patologías en el embarazo, 5 modelos de violencia, variables sociodemográficas y entorno familiar

VARIABLES	Modelo bruto	Modelo I	Modelo II	Modelo III	Modelo IV	Modelo V
	OR (IC 95%)	Modelo ajustado OR (IC 95%)	Modelo ajustado OR (IC 95%)	Modelo ajustado OR (IC 95%)	Modelo ajustado OR (IC 95%)	Modelo ajustado OR (IC 95%)
<b>Violencia global adultas***</b>	2.1 (1.4-3.0)	2.0 (1.3-3.2)				
<b>Violencia global periembarazo*</b>	1.7 (1.0-2.9)					
<b>Violencia emocional adultas***</b>	2.3 (1.5-3.4)				2.6 (1.5-4.3)	
<b>Violencia física periembarazo*</b>	3.2 (1.0-10.2)					
<b>Estudios*</b>						
<7	1	1	1	1	1	1
7-12	1 (0.7-1.4)	0.9 (0.6-1.3)	0.9 (0.6-1.3)	0.9 (0.6-1.3)	0.9 (0.6-1.4)	0.9 (0.6-1.3)
>12	0.5 (0.3-0.9)	0.4 (0.2-0.8)	0.4 (0.2-0.8)	0.4 (0.2-0.7)	0.5 (0.3-0.9)	0.4 (0.2-0.8)
<b>Convivencia*</b>						
Con su pareja	1	1	1	1	1	1
Otros	0.5 (0.3-0.9)	0.4 (0.2-0.8)	0.4 (0.2-0.9)	0.4(0.2-0.9)	0.3 (0.1-0.8)	0.4 (0.2-0.9)

En las violencias el valor 1 se lo adjudicamos al no presentar violencia. \* p<0.05 \*\* p<0.01 \*\*\*p<0.001

**Modelo I:** V. global adultas y V. global periembarazo. **Modelo II:** V. global ISA. **Modelo III:** V. periembarazo AAS+ISA. **Modelo IV:** V. emocional adultas, V. emocional periembarazo, V. física adultas y V. física periembarazo **Modelo V:** V. no física ISA y V. física ISA

Una vez ajustado por las variables sociodemográficas y entorno familiar, las mujeres que tenían patologías durante el embarazo no estuvieron relacionadas con sufrir violencias durante el embarazo. Sin embargo, la probabilidad de sufrir violencias a lo largo de la vida adulta, tanto global como emocional, fue mayor. Además, el convivir con otras personas que no fuera su pareja y el tener más de 12 años de estudios protegía a las mujeres, en los modelos I y IV, de las patologías durante el embarazo. Desapareció el factor de riesgo de la edad y el no tener apoyo de su entorno (Tabla 5.9.).

En un estudio descriptivo, las complicaciones en el embarazo (se tenían en cuenta: hipertensión, metrorragia, diabetes, infecciones del tracto urinario, amenaza de parto pretérmino, rotura prematura de membranas y placenta previa) eran más frecuentes si

existía violencia, así si la violencia era física antes del embarazo, tenían complicaciones el 6.8% de las embarazadas (OR=1.9) y no tenían complicaciones el 3.7%. Si la violencia era física durante el embarazo, tenían complicaciones el 4.6% (OR=1.6) frente al 2.8% que no tenían complicaciones. Y si la violencia física era antes y durante el embarazo, eran el 8.1% las que tenían complicaciones (OR=1.9) frente al 4.5% que no las tenían (Beydoun, Tamim, Lincoln y cols., 2011). En otro estudio, en 20 estados de USA, la mujer reconocía peor salud durante el embarazo (midiendo 5 como una salud excelente y 1 el nivel más bajo de salud), si sufría violencia física (3.72), seguida de la violencia emocional (3.82), que la mujer que no sufría violencia (3.90) (McMahon, Huang, Boxer y cols., 2011). En nuestra investigación, no hemos medido de forma específica los trastornos psicológicos y su relación con sufrir o no violencia, hemos identificado un 1.3% de mujeres que nos han referido estas patologías. En la literatura, sí se ha estudiado la relación de la violencia con presentar alteraciones mentales como depresión, depresión posparto, ansiedad y síntomas de stress postraumático (Bacchus, Mezey y Bewley, 2003; Urquía, O'Campo, Heaman y cols., 2011; Howars, Oram, Galley y cols., 2013; Escribà-Agüir, Royo-Marqués, Artazcoz y cols., 2013; Dibaba, Fantahun y Hindin, 2013; Woolhouse, Gartland, Hegarty y cols., 2013).

En nuestra muestra, las mujeres que presentaban patologías durante el embarazo, no estaban relacionadas con las violencias periembrazo pero sí con las violencias a lo largo de la vida, tanto la global como la emocional, las que eran más prolongadas en el tiempo. Estarían protegidas las mujeres que tenían más de 12 años de estudios y las que no convivían con su pareja. Podría ser que el no convivir con su pareja y tener más estudios hace que la mujer se cuide más y acudiera más a los servicios de salud. También, una vez que la mujer está sola, ella podría decidir sobre sus cuidados y cuándo acudir a los servicios de salud.

La **amenaza de parto pretérmino** estuvo presente en el 7.1% de nuestra muestra (Tabla 4.5.). Encontramos asociación con todos los tipos de violencia, excepto con las violencias físicas: periembrazo (ISA) y a lo largo de la vida adulta (AAS). Estas probabilidades fueron diferentes según el tipo de violencia, así, iban desde una OR de 2.1 para las mujeres que refirieron violencia periembrazo (AAS+ISA) a una OR=6.9 en las mujeres que presentaban violencia física periembrazo (AAS). Las mujeres que no



tuvieron apoyo en su entorno tuvieron más probabilidades de tener una amenaza de parto pretérmino.

Tabla 5.10. Modelos de regresión logística para la amenaza de parto pretérmino, 5 modelos de violencia y variables sociodemográficas y entorno familiar

VARIABLES	Modelo bruto OR (IC 95%)	Modelo I	Modelo II	Modelo III	Modelo IV	Modelo V
		Modelo ajustado OR (IC 95%)	Modelo ajustado OR (IC 95%)	Modelo ajustado OR (IC 95%)	Modelo ajustado OR (IC 95%)	Modelo ajustado OR (IC 95%)
Violencia global adultas**	2.4 (1.3-4.3)					
Violencia global periembarazo*	2.6 (1.2-5.7)					
Violencia global ISA**	2.4 (1.3-4.3)		2.1 (1.1-4.2)			
Violencia periembarazo AAS+ISA*	2.1 (1.2-3.7)					
Violencia emocional adultas***	3.0 (1.6-5.5)				3.1 (1.4-6.9)	
Violencia emocional periembarazo***	4.2 (1.8-9.6)					
Violencia física periembarazo***	6.9 (2.0-23.6)					
Violencia no física ISA**	2.4 (1.3-4.3)					2.2 (1.1-4.5)
Apoyo entorno***						
Sí	1	1	1	1	1	1
No	4.0 (1.7-9.3)	3.8 (1.4-9.8)	4.6 (1.7-12.4)	4.0 (1.5-10.3)	3.5 (1.2-10.2)	4.7 (1.7-12.8)

En las violencias el valor 1 se lo adjudicamos al no presentar violencia. \* p<0.05 \*\* p<0.01 \*\*\*p<0.001

Modelo I: V. global adultas y V. global periembarazo. Modelo II: V. global ISA. Modelo III: V. periembarazo AAS+ISA. Modelo IV: V. emocional adultas, V. emocional periembarazo, V. física adultas y V. física periembarazo Modelo V: V. no física ISA y V. física ISA

Una vez ajustada por las variables sociodemográficas y entorno familiar, las mujeres que presentaron amenaza de parto pretérmino, la probabilidad de sufrir violencia emocional, ya fuera en el embarazo o fuera de él, fue mayor. La probabilidad fue mayor en los tres tipos de violencia en los que estuvieron incluidas más mujeres: violencias periembarazo, global y no física (ISA), y violencia emocional a lo largo de la vida adulta (AAS). La única variable sociodemográfica que afectó a la amenaza de parto pretérmino, y que fue un factor de riesgo en las mujeres que presentaron los tres tipos de violencia, fue la falta de apoyo de su entorno (Tabla 5.10.).

Algunos autores hallaron que tanto la violencia antes como durante el embarazo estaba relacionado con la amenaza de parto pretérmino, una vez ajustado por otras variables como edad, fumar, raza y “ayuda pública”. El riesgo era mayor si la violencia la habían sufrido antes y durante el embarazo (Silverman, Decker, Reed y cols., 2006a). Otros autores no han encontrado una asociación estadística entre la violencia durante el embarazo y la amenaza de parto pretérmino (Romero-Gutiérrez, Cruz-Arvizu, Regalado-Cedillo y cols., 2011).

En nuestro trabajo, el riesgo fue algo mayor si las mujeres refirieron violencia durante la edad adulta que si la violencia fue durante el embarazo. Una vez que se

ajustó por el resto de variables sociodemográficas, las mujeres que presentaban amenaza de parto pretérmino fueron las que refirieron más casos de violencia emocional tanto periembarazo como a lo largo de su vida adulta, además, fueron mujeres que no tenían apoyo de su entorno. Las causas médicas de la amenaza de parto pretérmino y del parto pretérmino no son siempre conocidas ni fáciles de probar. Algunas de estas causas son: la presencia de infecciones, la gestación múltiple, la metrorragia, el consumo de tabaco y otras sustancias, existe controversia en cuanto a que el trabajo físico pueda influir en la amenaza de parto pretérmino y no está demostrado pero parece plausible que el estrés de la madre esté relacionado con la amenaza de parto pretérmino así como el apoyo social que la madre reciba (Robinson, 2014).

En nuestra investigación, puede estar relacionada la amenaza de parto pretérmino con el estrés que puedan tener las mujeres que sufren violencia emocional, tanto en su vida de adultas como durante el embarazo. Son muchas mujeres las que se encuentran en esta situación, además son mujeres que no tienen apoyo de su entorno durante el embarazo, lo que también puede estar acompañado de sufrir estrés por el aislamiento en el que se encuentran.

Con respecto a la anemia, el 39.3% de las mujeres presentaron anemia durante el embarazo, hemos medido la variable si la mujer ha consumido antianémicos a lo largo de su embarazo (Tabla 4.5.). No encontramos ninguna asociación entre las violencias estudiadas durante el embarazo y el tener anemia. Sí que encontramos una relación con las mujeres que refirieron violencia a lo largo de la edad adulta, tanto la global como la emocional (AAS). También había una asociación con ser extranjera, siendo un factor de riesgo para tener anemia durante el embarazo.

Una vez ajustado por todas las variables sociodemográficas y entorno familiar, la probabilidad de referir violencia emocional en la edad adulta fue mayor. Además, estas mujeres tenían más probabilidad de estar en paro y ser de nacionalidad extranjera (Tabla 5.11.).

Existen pocos estudios que relacionen la violencia con la anemia. Algunos investigadores encontraron que las mujeres que sufrían violencia (física o sexual) durante el embarazo tenían más riesgo de tener anemia, teniendo una probabilidad mayor las mujeres adultas en relación con las adolescentes (Parker B, McFarlane J,

Soeken K. 1994). En una pequeña muestra en Londres, encontraron que las mujeres que sufrían violencia durante el embarazo tenían anemia en mayor porcentaje, sin llegar a ser significativa esta asociación (Bacchus L, Mezey G, Bewley S, 2004).

Tabla 5.11. Modelos de regresión logística para la anemia, 5 modelos de violencia y variables sociodemográficas y entorno familiar.

VARIABLES	Modelo bruto OR (IC 95%)	Modelo I	Modelo II	Modelo III	Modelo IV	Modelo V
		Modelo ajustado OR (IC 95%)	Modelo ajustado OR (IC 95%)	Modelo ajustado OR (IC 95%)	Modelo ajustado OR (IC 95%)	Modelo ajustado OR (IC 95%)
<b>Violencia global adultas*</b>	1.5 (1.1-2.1)					
<b>Violencia emocional adultas*</b>	1.6 (1.0-2.3)				1.7 (1.0-2.8)	
<b>Trabajo</b>						
Ama de casa	1	1	1	1	1	1
Parada	1.5 (0.9-2.3)	1.7 (1.0-2.7)	1.6 (1.0-2.6)	1.7 (1.0-2.7)	1.7 (1.0-2.7)	1.6 (1.0-2.6)
Ocupada	1.1 (0.7-1.5)	1.2 (0.8-1.7)	1.1 (0.7-1.6)	1.2 (0.8-1.7)	1.1 (0.8-1.7)	1.1 (0.7-1.6)
Estudiante	0.9 (0.3-2.7)	0.8 (0.2-3.0)	0.9 (0.2-3.4)	0.8 (0.2-3.0)	0.8 (0.2-2.9)	0.9 (0.2-3.4)
<b>Nacionalidad*</b>						
Española	1	1	1	1	1	1
No española	1.7 (1.0-2.9)	1.8 (1.0-3.0)	1.7 (1.0-3.0)	1.8 (1.0-3.1)	1.7 (1.0-3.0)	1.7 (1.0-3.0)

En las violencias el valor 1 se lo adjudicamos al no presentar violencia. \* p<0.05 \*\* p<0.01 \*\*\*p<0.001

**Modelo I:** V. global adultas y V. global periembarazo. **Modelo II:** V. global ISA. **Modelo III:** V. periembarazo AAS+ISA. **Modelo IV:** V. emocional adultas, V. emocional periembarazo, V. física adultas y V. física periembarazo **Modelo V:** V. no física ISA y V. física ISA

El embarazo se asocia con una disminución ligera de los niveles de hemoglobina (anemia fisiológica o por dilución), ya que el sistema hematológico debe adaptarse para la hematopoyesis fetal y la hemorragia posparto, lo que puede hacer que aumente la anemia materna, estos cambios fisiológicos deben diferenciarse de las complicaciones durante el embarazo que necesitarán tratamiento. Los niveles de hemoglobina son diferentes según la etnia, el país de residencia, etc. (Bauer, 2014).

En nuestro estudio, las mujeres que tenían anemia durante el embarazo no estuvo relacionado con ningún tipo de violencia referido por la mujer durante el embarazo, pero sí con la violencia emocional a lo largo de su vida adulta. Además, las mujeres tenían más riesgo de estar en paro y ser extranjeras. Podríamos interpretar que son mujeres más vulnerables, son extranjeras y están en paro durante el embarazo, la anemia podría estar relacionada con su origen étnico.

En cuanto a las metrorragias durante el embarazo, la han presentado el 16.1% de las mujeres de nuestra muestra (Tabla 4.5.). En nuestro estudio, no hemos encontrado asociación entre sufrir cualquiera de los tipos de violencia analizados y mujeres que presentaban una metrorragia durante el embarazo. Sí encontramos una asociación con la situación laboral de las mujeres, el estar ocupadas las protegía de tener metrorragias en el análisis bivalente.

Una vez que se ajustó por las variables sociodemográficas y de entorno familiar, el no convivir con su pareja fue un factor de protección en todos los modelos, salvo el V, para las metrorragias, y el estar ocupada desapareció como factor de protección (Tablas 4.84 a 4.88.).

Algunos autores sí han encontrado relación entre la metrorragia y la violencia, las mujeres que referían violencia física antes o durante el embarazo tenían más probabilidades (entre 1.5 y 1.9 veces más) de tener una metrorragia durante el embarazo, una vez ajustado por otras variables como edad, educación u otros factores sociodemográficos (Silverman, Decker, Reed y cols., 2006a; Kim, Cain y Viner-Brown, 2010; Janssen, Holt, Sugg y cols., 2003). Otros autores encontraron que las mujeres que sufrían violencia física durante el embarazo tenían 3.5 veces más probabilidades de tener metrorragia durante el embarazo, una vez ajustado por raza, etnia y uso de sustancias como alcohol, tabaco y drogas ilegales (Janssen, Holt, Sugg y cols., 2003). En un estudio en Brasil, la probabilidad era mayor (OR=1.95) si la violencia era física y/o sexual, desapareciendo esta probabilidad si era psicológica; y esto, una vez ajustado por variables como parto pretérmino previo, consumo de alcohol y otras drogas durante el embarazo, consumo del alcohol por parte de la pareja, etc. (Audi, Segall-Corrêa, Santiago y cols., 2012).

Como vemos en estos estudios, la metrorragia está asociada con la violencia física, debemos tener en cuenta que son estudios en los que aparece una prevalencia de violencia física más elevada que en nuestra investigación, quizá es el motivo por el que nosotros no hemos encontrado asociación con este tipo de violencia.

En una investigación llevada a cabo en el servicio de urgencias, con mujeres que referían sangrado vaginal, se diagnosticó el embarazo y se encontró que el 33.3% había sufrido violencia (Greenberg, McFarlane, Watson, 1997). Estos resultados no se pueden comparar con nuestro estudio, ya que nuestra muestra es de mujeres que su embarazo finaliza con un recién nacido vivo.

En relación a las infecciones durante el embarazo, en nuestra investigación el 42.9% de las mujeres ha tenido alguna infección, el 37.3% ha tenido una infección y el 5.6% ha tenido dos o más infecciones. La infección más frecuente ha sido la del tracto urinario, que la presentaron el 25.3% de las mujeres de la muestra, seguida de la

infección por estreptococo beta agalactiae (12.6%) y de las infecciones vaginales (6.9%) (Tabla 4.5.).

Encontramos asociación entre sufrir cualquier tipo de las violencias estudiadas en las mujeres que tuvieron alguna infección durante el embarazo, excepto para las violencias global y física a lo largo de la vida adulta. Estas probabilidades iban desde 1.7 veces más para las mujeres que refirieron violencia global periembarazo (AAS) a 4.0 veces más para las que refirieron violencia física periembarazo (AAS). El tener una relación actual sin compromiso, no convivir con su pareja y el no tener apoyo en su entorno aparecieron como factores de riesgo para tener infecciones durante el embarazo. Por el contrario, el nivel de estudios apareció como un factor protector, a mayor nivel de estudios menos probabilidad de tener infecciones durante el embarazo (Tablas 4.89. a 4.93.).

Tabla 5. 12. Modelos de regresión logística para las infecciones, 5 modelos de violencia y variables sociodemográficas y entorno familiar

VARIABLES	Modelo	Modelo I	Modelo II	Modelo III	Modelo IV	Modelo V
	bruto OR (IC 95%)	Modelo ajustado OR (IC 95%)	Modelo ajustado OR (IC 95%)	Modelo ajustado OR (IC 95%)	Modelo ajustado OR (IC 95%)	Modelo ajustado OR (IC 95%)
<b>Violencia global periembarazo*</b>	1.7 (1.0-2.9)					
<b>Violencia global ISA ***</b>	2.1 (1.4-3.0)		1.9 (1.3-2.8)			
<b>Violencia periembarazo AAS+ISA ***</b>	1.8 (1.3-2.5)			1.6 (1.1-2.4)		
<b>Violencia emocional adultas**</b>	1.8 (1.2-2.6)				1.7 (1.0-2.8)	
<b>Violencia emocional periembarazo**</b>	2.8 (1.4-5.6)					
<b>Violencia física periembarazo*</b>	4.0 (1.1-15.0)					
<b>Violencia no física ISA ***</b>	2.0 (1.4-2.9)					1.7 (1.1-2.5)
<b>Violencia física ISA **</b>	3.2 (1.4-7.4)					
<b>Estado civil***</b>						
Casada	1	1	1	1	1	1
Relación con compromiso	1.2 (0.8-1.9)	1.1 (0.7-1.7)	0.9 (0.6-1.6)	1.0 (0.6-1.6)	1.0 (0.6-1.7)	0.9 (0.5-1.6)
Relación sin compromiso	2.1 (1.5-3.0)	1.7 (1.1-2.6)	1.5 (1.0-2.5)	1.6 (1.0-2.6)	1.6 (1.0-2.5)	1.5 (0.9-2.4)
<b>Estudios***</b>						
<7	1	1	1	1	1	1
7-12	0.7 (0.5-1.0)	0.9 (0.6-1.2)	0.8 (0.6-1.2)	0.9 (0.6-1.2)	0.9 (0.6-1.7)	0.8 (0.6-1.2)
>12	0.4 (0.2-0.7)	0.5 (0.3-0.8)	0.5 (0.3-0.9)	0.5 (0.3-0.8)	0.5 (0.3-0.9)	0.5 (0.3-0.9)

En las violencias el valor 1 se lo adjudicamos al no presentar violencia. \* p<0.05 \*\* p<0.01 \*\*\*p<0.001

**Modelo I:** V. global adultas y V. global periembarazo. **Modelo II:** V. global ISA. **Modelo III:** V. periembarazo AAS+ISA. **Modelo IV:** V. emocional adultas, V. emocional periembarazo, V. física adultas y V. física periembarazo **Modelo V:** V. no física ISA y V. física ISA

Una vez ajustado por las variables sociodemográficas y entorno familiar, las mujeres que tenían infecciones durante el embarazo tenían mayor probabilidad de sufrir violencias periembarazo y emocional a lo largo de la vida adulta. En concreto, tenían mayor riesgo de sufrir cualquier tipo de violencia periembarazo medida con el ISA (global, emocional y AAS+ISA) y violencia emocional a lo largo de su vida adulta (AAS) (Tabla 5.12.).

La variable sociodemográfica, que afectó a todos los modelos de regresión para las infecciones durante el embarazo, fue el nivel de estudios, en el sentido de que una mujer con más de 12 años de estudios era un factor de protección para tener infecciones durante el embarazo. Además, el tener una relación sin compromiso fue un factor de riesgo para tener infecciones en el embarazo en los modelos II, III y IV.

El sufrir violencias periembarazo y emocional a lo largo de la vida adulta, así como tener una relación sin compromiso, fueron factores de riesgo para tener infecciones durante el embarazo, sin embargo, el hecho de tener más de 12 años de estudios fue un factor de protección.

En nuestro trabajo, hemos analizado separadamente las infecciones durante el embarazo más frecuentes y que pueden tener más relación con sufrir violencia periembarazo: las infecciones del tracto urinario y las infecciones vaginales.

Las **infecciones del tracto urinario** (ITUs) durante el embarazo estaban presentes en el 25.3% de las mujeres de nuestra muestra (Tabla 4.5.). Encontramos asociación entre sufrir cualquier tipo de las violencias emocionales analizadas, tanto en el embarazo como a lo largo de la vida adulta, y de las violencias globales durante el embarazo, y las mujeres que tenían infecciones del tracto urinario durante el embarazo. También encontramos una asociación con la edad, las mujeres que tenían ITUs durante el embarazo fueron más jóvenes y la edad fue un factor de protección a partir de los 25 años. De la misma manera, los estudios aparecieron como un factor de protección, a mayor nivel de estudios menos probabilidad de tener ITUs en el embarazo. El tener una relación sin compromiso y el no convivir con su pareja aparecieron como factores de riesgo para tener ITUs durante el embarazo (Tablas 4.94. a 4.98.).

En las mujeres que presentaban una ITU durante el embarazo, la probabilidad de sufrir violencia periembarazo fue mayor, una vez ajustada por todas las variables sociodemográficas y entorno familiar. En concreto, tenían más riesgo de sufrir los tipos de violencias medidas con el ISA (global, no física y AAS+ISA). La única variable sociodemográfica que afectó en las ITU fue la relación sin compromiso y, únicamente, en el modelo III (Tabla 5.13.). El resto de variables, edad, nivel de estudios y tipo de convivencia, desaparecieron como factores de riesgo o de protección.

Tabla 5.13. Modelos de regresión logística para las infecciones del tracto urinario, 5 modelos de violencias, variables sociodemográficas y entorno familiar

VARIABLES	Modelo	Modelo I	Modelo II	Modelo III	Modelo IV	Modelo V
	bruto OR (IC 95%)	Modelo ajustado OR (IC 95%)	Modelo ajustado OR (IC 95%)	Modelo ajustado OR (IC 95%)	Modelo ajustado OR (IC 95%)	Modelo ajustado OR (IC 95%)
<b>Violencia global periembarazo*</b>	1.8 (1.0-3.1)					
<b>Violencia global ISA ***</b>	2.1 (1.5-3.1)		2.1 (1.4-3.2)			
<b>Violencia periembarazo AAS+ISA *</b>	2.1 (1.4-3.0)			2.0 (1.4-3.0)		
<b>Violencia emocional adultas*</b>	1.6 (1.0-2.5)					
<b>Violencia emocional periembarazo*</b>	2.2 (1.1-4.3)					
<b>Violencia no física ISA ***</b>	2.0 (1.4-3.0)					1.9 (1.2-3.0)
<b>Estado civil***</b>						
Casada	1	1	1	1	1	1
Relación con compromiso	1.1 (0.6-1.8)	0.9 (0.5-1.6)	0.8 (0.5-1.5)	0.8 (0.5-1.5)	0.9 (0.5-1.6)	0.9 (0.5-1.5)
Relación sin compromiso	2.0 (1.4-3.0)	1.6 (1.0-2.7)	1.6 (0.9-2.6)	1.6 (1.0-2.6)	1.6 (1.0-2.6)	1.6 (0.9-2.6)

En las violencias el valor 1 se lo adjudicamos al no presentar violencia. \* p<0.05 \*\* p<0.01 \*\*\*p<0.001

**Modelo I:** V. global adultas y V. global periembarazo. **Modelo II:** V. global ISA. **Modelo III:** V. periembarazo AAS+ISA. **Modelo IV:** V. emocional adultas, V. emocional periembarazo, V. física adultas y V. física periembarazo **Modelo V:** V. no física ISA y V. física ISA

Varios autores en sus trabajos encontraron que las mujeres que referían violencia física antes y/o durante el embarazo tenían más probabilidades (entre 1.4 y 1.8 veces más) de tener infecciones del tracto urinario, una vez ajustado por edad, fumar, educación, “ayuda pública” y otras variables sociodemográficas (Silverman, Decker, Reed y cols., 2006a; Kim, Cain y Viner-Brown, 2010; Audi, Segall-Corrêa, Santiago y cols., 2012).

Las ITUs (bacteriuria asintomática, cistitis aguda o pielonefritis) aparecen, a menudo, en el primer mes de embarazo y está frecuentemente asociada con una reducción en la capacidad de contracción. La relajación del músculo liso y la posterior dilatación uretral que acompañan al embarazo se cree que puede facilitar el ascenso de bacterias desde la vejiga al riñón. Las ITUs se han asociado con un mayor riesgo de parto prematuro, bajo peso al nacer y mortalidad perinatal (Hooton, 2014). En nuestra investigación, fue un factor de riesgo sufrir violencia periembarazo: global y no física (ISA) y AAS+ISA; y, en esta última, el tener una relación sin compromiso también fue un factor de riesgo para la presencia de ITUs durante el embarazo. Son los tipos de violencia en los que se detectan más casos, los que están asociados con las ITUs.

En cuanto a las infecciones vaginales durante el embarazo, la refirieron el 6.9% de las mujeres de nuestra muestra (Tabla 4.5.). Encontramos asociación entre las violencias periembarazo: global y no física (ISA) y AAS+ISA y violencia emocional a lo largo de la vida adulta (AAS) y las mujeres que refirieron infecciones vaginales durante

el embarazo. El mantener una relación sin compromiso y con compromiso fue un factor de riesgo para tener infecciones vaginales durante el embarazo (Tablas 4.99. a 4.103.).

Una vez ajustada por las variables sociodemográficas y entorno familiar, las mujeres que presentaban infecciones vaginales durante el embarazo tenían mayor probabilidad de sufrir violencia periembarazo: global, no física (ISA) y AAS+ISA. El mantener una relación con compromiso o sin compromiso desaparecieron como factores de riesgo y no hubo ningún factor sociodemográfico que influyera en las infecciones vaginales durante el embarazo (Tabla 5.14.).

Tabla 5.14. Modelos de regresión logística para las infecciones vaginales, 5 modelos de violencias, variables sociodemográficas y entorno familiar

VARIABLES	Modelo bruto OR (IC 95%)	Modelo I	Modelo II	Modelo III	Modelo IV	Modelo V
		Modelo ajustado OR (IC 95%)	Modelo ajustado OR (IC 95%)	Modelo ajustado OR (IC 95%)	Modelo ajustado OR (IC 95%)	Modelo ajustado OR (IC 95%)
Violencia global ISA ***	2.7 (1.5-4.9)		2.2 (1.1-4.2)			
Violencia periembarazo AAS+ISA **	2.7 (1.5-5.0)			2.0 (1.0-3.7)		
Violencia emocional adultas*	1.9 (1.0-3.7)					
Violencia no física ISA ***	2.7 (1.5-5.0)					2.4 (1.2-4.7)

En las violencias el valor 1 se lo adjudicamos al no presentar violencia. \*p<0.05 \*\*p<0.01 \*\*\*p<0.001

Modelo I: V. global adultas y V. global periembarazo. Modelo II: V. global ISA. Modelo III: V. periembarazo AAS+ISA. Modelo IV: V. emocional adultas, V. emocional periembarazo, V. física adultas y V. física periembarazo Modelo V: V. no física ISA y V. física ISA

En un estudio realizado en Brasil, el 38.1 % de las mujeres que sufrían violencia tenían una infección ginecológica inespecífica y el 22.8% de las que no la sufrían. Estas diferencias eran significativas tanto para la violencia física y/o sexual (OR=1.8) como para la violencia emocional (OR=2.0) (Audi, Segall-Corrêa, Santiago y cols., 2012). En una revisión sobre la relación entre la violencia y la infección de VIH, las mujeres infectadas tenían más riesgo de sufrir violencia (Maman, Mbwambo, Hogan y cols., 2002) y las mujeres víctimas de violencia, tenían más riesgo de tener infecciones de transmisión sexual (Humphrey, 2011).

Las ITUs y las infecciones vaginales durante el embarazo se comportaron de la misma manera en nuestro análisis. Cuando se ajustó por las variables sociodemográficas y entorno familiar, apareció mayor riesgo de sufrir los tres mismos tipos de violencia, global y no física medida con el ISA y periembarazo (AAS+ISA). Estas tres violencias estaban definidas sobre todo por la violencia emocional (medida con el ISA como no física) que es la que sufrían más mujeres. Además, el único factor sociodemográfico que apareció como factor de riesgo en un caso de violencia, o muy cerca de serlo, fue el mantener una relación sin compromiso. Y, si comparamos estos



dos tipos de infecciones con el tener alguna infección durante el embarazo, el patrón fue muy similar, el riesgo fue mayor en los mismos tipos de violencia.

Podemos decir que una mujer que padece infecciones durante el embarazo tiene mayor probabilidad de estar sufriendo violencia emocional, sobre todo alrededor del embarazo.

Las mujeres que sufren violencia un año antes del embarazo o durante el embarazo aumenta la probabilidad de patologías durante el embarazo, además, la violencia física y sexual va acompañada de violencia psicológica o emocional (Weil, 2014).

En relación con el consumo de tóxicos durante el embarazo, solo hemos analizado en profundidad el consumo de tabaco, debido a los pocos casos detectados para el consumo de alcohol y otras drogas. En nuestra muestra, fumaron durante el embarazo el 17.6% de las mujeres. Martínez-Frías, Rodríguez-Pinilla y Bermejo (2005) encontraron que la prevalencia de mujeres que fumaban durante la gestación en Andalucía fue de 24.6%. En todos los casos de violencia estudiados durante el embarazo, fumaban más las mujeres que sufrían violencia, fue aproximadamente el doble, que las que no refirieron sufrir violencia. Las mujeres que refirieron sufrir violencia fuera del embarazo consumían más tabaco durante el embarazo y existía asociación estadística con los tipos de violencia: general y global, en la vida adulta (global, emocional, física) y en la adolescencia (global) (Tabla 4.37.).

Encontramos asociación entre sufrir todos los tipos de violencias estudiadas, salvo las violencias periembarazo emocional y física (AAS), en las mujeres que fumaban durante el embarazo. Las variables sociodemográficas que afectaron para fumar durante el embarazo fueron, como factores de riesgo: el estado civil, tanto la relación con compromiso, como la relación sin compromiso en comparación a las casadas, así como el no convivir en pareja. Sin embargo, el nivel de estudios fue un factor de protección, a mayor nivel de estudios menos probabilidad de fumar durante el embarazo.

Una vez que se ajustó por las variables sociodemográficas y el entorno familiar, las mujeres que fumaban durante el embarazo tenían mayor probabilidad de sufrir la violencia periembarazo que refieren más mujeres (global y no física ISA y AAS+ISA), así como la violencia global en la vida de adulta. Las variables sociodemográficas que afectaron a fumar durante el embarazo, en todos los modelos, fueron la relación sin compromiso y con compromiso y no convivir con su pareja, como factores de riesgo y, como factores de protección, tener más de 7 años de estudios (Tabla 5.15.).

Tabla 5.15 Modelos de regresión logística para fumar durante el embarazo, 5 modelos de violencia, variables sociodemográficas y entorno familiar.

VARIABLES	Modelo bruto	Modelo I	Modelo II	Modelo III	Modelo IV	Modelo V
	OR (IC 95%)	Modelo ajustado OR (IC 95%)	Modelo ajustado OR (IC 95%)	Modelo ajustado OR (IC 95%)	Modelo ajustado OR (IC 95%)	Modelo ajustado OR (IC 95%)
<b>Violencia global adultas***</b>	2.6 (1.7-4.0)	1.9 (1.1-3.1)				
<b>Violencia global periembarazo*</b>	1.8 (1.0-3.4)					
<b>Violencia global ISA***</b>	2.8 (1.9-4.1)		2.5 (1.5-4.0)			
<b>Violencia periembarazo AAS+ISA***</b>	2.9 (1.9-4.3)			2.8 (1.8-4.4)		
<b>Violencia emocional adultas***</b>	2.4 (1.5-3.8)					
<b>Violencia física adultas***</b>	2.9 (1.6-5.3)					
<b>Violencia no física ISA***</b>	2.9 (1.9-4.4)					2.5 (1.5-4.1)
<b>Violencia física ISA*</b>	2.5 (1.1-5.8)					
<b>Estado civil***</b>						
Casada	1	1	1	1	1	1
Relación con compromiso	2.9 (1.8-4.8)	2.8 (1.6-4.9)	2.7 (1.5-4.7)	2.7 (1.6-4.8)	2.7 (1.6-4.8)	2.7 (1.5-4.7)
Relación sin compromiso	2.8 (1.8-4.3)	1.9 (1.1-3.3)	1.9 (1.1-3.5)	1.9 (1.1-3.4)	2.0 (1.2-3.6)	1.9 (1.0-3.4)
<b>Estudios***</b>						
<7	1	1	1	1	1	1
7-12	0.5 (0.3-0.7)	0.5 (0.3-0.8)	0.5 (0.3-0.7)	0.5 (0.3-0.7)	0.5 (0.3-0.8)	0.5 (0.3-0.7)
>12	0.2 (0.1-0.5)	0.2 (0.1-0.6)	0.2 (0.1-0.6)	0.2 (0.1-0.6)	0.2 (0.1-0.6)	0.2 (0.1-0.6)
<b>Convivencia***</b>						
Con su pareja	1	1		1	1	1
Otros	3.2 (1.9-5.4)	2.0 (1.0-4.1)	2.0 (1.0-4.3)	2.1(1.0-4.3)	2.0 (1.0-4.1)	2.0 (1.0-4.3)

En las violencias el valor 1 se lo adjudicamos al no presentar violencia. \*p<0.05 \*\*p<0.01 \*\*\*p<0.001

**Modelo I:** V. global adultas y V. global periembarazo. **Modelo II:** V. global ISA. **Modelo III:** V. periembarazo AAS+ISA. **Modelo IV:** V. emocional adultas, V. emocional periembarazo, V. física adultas y V. física periembarazo **Modelo V:** V. no física ISA y V. física ISA

Varios autores han estudiado el consumo de tabaco durante el embarazo, encontrando que el consumo era mayor cuando existía violencia durante el embarazo (Goodwin, Gazmararian, Johnson y cols., 2000; Silverman, Decker, Reed y cols., 2006a; Fanslow, Silva, Robinson y cols., 2008b; Kim, Cain y Viner-Brown, 2010). Siendo mayor el consumo si la violencia era física (Beydoun, Tamim, Lincoln y cols., 2011). Otros autores encontraron que había una relación significativa entre fumar y la violencia, independientemente de la edad, el nivel educativo y los cuidados prenatales (Patterson, Seravalli, Hanlon y cols., 2012). Varios autores han estudiado el consumo

de sustancias tóxicas durante el embarazo, y encontraron que había hasta 5 veces más toxicomanías con predominio del tabaco, si existía violencia familiar física durante el embarazo (Cepeda-Silva, Morales-Carmona, Henales-Almaraz y cols., 2011).

En nuestra investigación, fue un factor de riesgo fumar durante el embarazo para sufrir violencias alrededor del embarazo, sobre todo las medidas con el ISA (no la física) que la refieren más mujeres y la global a lo largo de la vida adulta, así como tener una relación con o sin compromiso y no convivir con su pareja. Los años de estudio fueron un factor de protección para fumar durante el embarazo. Vemos de nuevo que, esta violencia está marcada sobre todo por la emocional que refieren más mujeres (medida con el ISA) así como la global en la vida adulta. Podríamos decir que las mujeres fuman más porque sufren violencia y esto estaría unido con no convivir con su pareja o el tener una relación con o sin compromiso pero que no están casadas. Toda esta situación de las mujeres les podría provocar estrés, que suele ser una de las razones que dan las mujeres para fumar durante el embarazo.

## 5.8. Control de embarazo y su relación con la violencia que sufren las mujeres en relaciones de pareja

En nuestro trabajo, hemos considerado un buen control de embarazo, a las mujeres que han realizado 8 visitas sanitarias sin tener en cuenta ni el momento, ni el lugar en que las realizaron. El motivo de considerar 8 las visitas mínimas es porque en el Proceso de Embarazo, Parto y Puerperio de la Consejería de Salud es éste el número de visitas para un buen control de embarazo, aunque sí que especifican el momento en el que se deben realizar y el tipo de centro sanitario. En nuestra muestra, el 90.2% de las mujeres realizaron un buen control de embarazo. El control de embarazo lo hemos ajustado también con el deseo del embarazo, además de con el resto de variables sociodemográficas y de entorno familiar.

Hemos encontrado asociación estadísticamente significativa entre sufrir cualquier tipo de las violencias estudiadas, excepto la violencia emocional y física a lo largo de la edad adulta (AAS), en las mujeres que controlaron mal su embarazo. Esta probabilidad fue mayor en las mujeres que refirieron violencias más graves, las físicas periembarazo (AAS, OR=11.6; ISA, OR=6.2). También existió una asociación con la edad, las mujeres de más de 30 años, tener estudios de 7 a 12 años y el estar ocupadas, fueron factores de protección para el mal control de embarazo. Por otra parte, fueron factores de riesgo, tanto el tener una relación con compromiso, como sin compromiso, el ser de

Tabla 5.16. Modelos de regresión logística para el mal control del embarazo, 5 modelos de violencias, variables sociodemográficas, entorno familiar y deseo de embarazo

VARIABLES	Modelo bruto OR (IC 95%)	Modelo I	Modelo II	Modelo III	Modelo IV	Modelo V
		Modelo ajustado OR (IC 95%)	Modelo ajustado OR (IC 95%)	Modelo ajustado OR (IC 95%)	Modelo ajustado OR (IC 95%)	Modelo ajustado OR (IC 95%)
Violencia global adultas*	1,8 (1.1-3,1)					
Violencia global periembarazo***	2.9 (1.5-5.7)					
Violencia global ISA***	2.8 (1.7-4.7)		2.0 (1.1-3.6)			
Violencia periembarazo AAS+ISA***	2.8 (1.7-4.6)			2.0 (1.2-3.6)		
Violencia emocional periembarazo**	3.2 (1.4-7.0)					
Violencia física periembarazo***	11.6 (3.8-35.4)				12.5 (2.0-79.6)	
Violencia no física ISA***	2.9 (1.7-4.8)					
Violencia física ISA***	6.2 (2.7-14.3)					3.3 (1.1-9.4)
Embarazo deseado***						
Sí	1	1	1	1	1	1
No	3.4 (2.0-5.8)	3.1 (1.7-5.9)	2.8 (1.5-5.4)	2.9 (1.6-5.5)	3.1 (1.7-6.0)	2.8 (1.5-5.4)

En las violencias el valor 1 se lo adjudicamos al no presentar violencia. \* p<0.05 \*\* p<0.01 \*\*\*p<0.001

Modelo I: V. global adultas y V. global periembarazo. Modelo II: V. global ISA. Modelo III: V. periembarazo AAS+ISA. Modelo IV: V. emocional adultas, V. emocional periembarazo, V. física adultas y V. física periembarazo Modelo V: V. no física ISA y V. física ISA

nacionalidad no española y no convivir con su pareja (Tablas 4.109. a 4.113.).

Cuando se ajusta por las variables sociodemográficas, entorno familiar y el deseo de embarazo, en las mujeres que no controlaban bien su embarazo, la probabilidad de sufrir violencia física y violencias periembarazo fueron mayores. En concreto, el sufrir violencia física periembarazo (AAS) tuvo una probabilidad de 12.5 veces más, seguida de la violencia física periembarazo (ISA)  $OR=3.3$ . La variable que afectó a todos los modelos para el mal control de embarazo fue el no deseo de embarazo. Los otros factores de riesgo y de protección desaparecieron (Tabla 5.16.).

Según diversos autores, las mujeres que sufrían violencia, tanto antes como durante el embarazo, no realizaban más frecuentemente un seguimiento del embarazo correcto o este lo iniciaban más tarde, y las diferencias eran en todos los casos significativas (Goodwin, Gazmararian, Johnson y cols., 2000; Dunn y Oths, 2002; Silverman, Decker, Reed y cols., 2006a). Otros autores encontraron que las mujeres que sufrían violencia durante el embarazo y un año antes tenían 2.4 veces más probabilidades de realizar un control de embarazo inadecuado y 2.1 veces más de que este control se iniciara tardíamente (Heaman, 2005). Sin embargo, otros autores no encontraron diferencias en el control de embarazo si las mujeres sufrían violencia o no (Fanslow, Silva, Robinson y cols., 2008b).

En nuestra muestra, las mujeres que no han realizado un correcto control del embarazo tienen más probabilidad de sufrir violencia durante el embarazo, siendo más probable la violencia física. Sobre todo, si la mujer refiere que el embarazo actual es deseado. Por ello, identificar desde la primera visita que realice la mujer en el seguimiento de su embarazo, si sufría violencia y el tipo, así como si el embarazo ha sido deseado, debe ser un elemento importante para poder hacer un buen trabajo de acompañamiento e intervención, si fuera necesario, a lo largo de todo el proceso.

## **5.9. Resultados del parto y su relación con la violencia que sufren las mujeres en relaciones de pareja**

Las variables que hemos analizado para el parto han sido: la duración de la gestación (menos de 37 semanas), el tipo de inicio y finalización del parto y el modo de rotura de la bolsa.

En relación con la duración de la gestación, en nuestro estudio, el 7.3% de los partos ocurrieron antes de la semana 37 de gestación. Según las estadísticas oficiales, tanto de Andalucía como de España, alrededor del 8.0% de los nacimientos en Andalucía ocurren antes de la semana 37 de gestación (IEyCA, 2010; INE, 2010). Los datos de la OMS (2012) para España fueron que el 7.4% de los nacimientos fueron pretérmino.

En nuestro trabajo, hemos analizado la duración de la gestación de menos de 37 semanas, en relación a las variables sociodemográficas, entorno familiar, el deseo de embarazo, tener patologías, infecciones y fumar durante el embarazo. Hemos encontrado una asociación entre los partos que finalizaron antes de las 37 semanas de gestación, es decir parto pretérmino, las mujeres que refirieron violencia global a lo largo de su vida de adulta (AAS) y las siguientes violencias periembarazo: global (AAS), global y no física (ISA) y AAS+ISA. La única variable asociada al parto pretérmino fue el tener patologías durante el embarazo.

Una vez ajustadas por las variables sociodemográficas, entorno familiar, deseo de embarazo, tener patologías, infecciones y fumar durante el embarazo, las mujeres que tuvieron parto pretérmino la probabilidad de sufrir violencia periembarazo (global ISA y AAS+ISA) fue de 1.9 veces más. Las únicas variables que afectaron a tener bebés pretérmino fueron las patologías durante el embarazo, como un factor de riesgo, y el tener una relación sin compromiso, como un factor de protección (Tabla 5.17.).

Varios autores encontraron que las mujeres que sufrían violencia, tenían entre 1.1 y 3.1 veces más probabilidades de tener partos pretérmino, una vez que ajustaron por diferentes variables según los trabajos, como: la edad, el nivel educativo, la consulta prenatal, embarazo planificado, etc., (Coker, Sanderson y Dong, 2004; Yost, Bloom, McIntire y cols., 2005; Silverman, Decker, Reed y cols., 2006a; Rodrigues, Rocha y Barros, 2008; Kim, Cain y Viner-Brown, 2010; Sha y Sha, 2010; Wiencrot, Nannino, Manning y cols., 2012). En estos trabajos, algunos tenían en cuenta únicamente la violencia física y en otros también la emocional. Las causas de parto pretérmino no se conocen en muchos casos, pero sí que sabemos que tienen que ver con los antecedentes de otros partos pretérmino, a veces relacionados con causas genéticas, gestaciones múltiples, infecciones y metrorragias. En otros casos, se sospecha que tienen que ver con el estilo de vida de las mujeres, consumo de tabaco u otras sustancias, el tipo de trabajo o el estrés durante el embarazo. Aparte de otros factores relacionados con las características cervicales o uterinas y fetales. La relación del parto pretérmino y la violencia puede tener que ver con el estilo de vida de las mujeres, el estrés que puede causarle el vivir una situación de violencia durante el embarazo y ello podría tener relación con el hecho de que el vivir en una relación sin compromiso las protegiera del parto pretérmino. Podría ser que las mujeres que sufren violencia han finalizado una relación y esto disminuiría su estrés, cuidaría más su embarazo y tendría menor riesgo de un parto pretérmino. Por otra parte, el tener infecciones está

Tabla 5.17. Modelos de regresión logística para los partos pretérmino < 37 semanas, 5 modelos de violencias, variables sociodemográficas, entorno familiar, deseo embarazo, patologías, infecciones, fumar en el embarazo

VARIABLES	Modelo	Modelo I	Modelo II	Modelo III	Modelo IV	Modelo V
	bruto OR (IC 95%)	ajustado OR (IC 95%)	ajustado OR (IC 95%)	ajustado OR (IC 95%)	ajustado OR (IC 95%)	ajustado OR (IC 95%)
<b>Violencia global adultas*</b>	2.1 (1.1-3.7)					
<b>Violencia global periembarazo*</b>	2.5 (1.1-5.3)					
<b>Violencia global ISA *</b>	1.9 (1.0-3.4)		1.9 (1.1-3.5)			
<b>Violencia periembarazo AAS+ ISA **</b>	2.1 (1.2-3.7)			1.9 (1.0-3.7)		
<b>Violencia ISA no física*</b>	1.9 (1.1-3.5)					
<b>Estado civil</b>						
Casada	1	1	1	1	1	1
Relación con compr	1.2 (0.6 – 2.6)	0.8 (0.3-1.9)	0.7 (0.3-1.8)	0.7 (0.3-1.8)	0.8 (0.3-2.1)	0.7 (0.3-1.8)
Relación sin compr.	1.0 (0.5 – 1.9)	0.3 (0.1-0.8)	0.3 (0.1-0.9)	0.3 (0.1-0.8)	0.3 (0.1-0.9)	0.3 (0.1-0.9)
<b>Patologías en el embarazo ***</b>						
No	1	1	1	1	1	1
Sí	4.3 (2.4-7.5)	4.4 (2.3-8.3)	4.6 (2.4-8.9)	4.5 (2.4-8.4)	4.8 (2.5-9.3)	4.7 (2.4-9.0)

En las violencias el valor 1 se lo adjudicamos al no presentar violencia. \* p<0.05 \*\*p<0.01 \*\*\*p<0.001

**Modelo I:** V. global adultas y V. global periembarazo. **Modelo II:** V. global ISA. **Modelo III:** V. periembarazo AAS+ISA. **Modelo IV:** V. emocional adultas, V. emocional periembarazo, V. física adultas y V. física periembarazo **Modelo V:** V. no física ISA y V. física ISA

relacionado con sufrir algunos tipos de violencia y, por tanto, de forma indirecta con el parto pretérmino.

En un estudio realizado en Australia con más de 25.000 mujeres jóvenes, encontraron que las mujeres que sufrieron violencia recientemente por parte de su pareja presentaban una asociación con tener un parto pretérmino (OR=3.1) y si la violencia no era reciente la probabilidad disminuía (OR=2.1) (Taft y Watson (2007). Otros autores no encontraron diferencias significativas, en cuanto al parto pretérmino, entre las mujeres que sufrían y las que no sufrían violencia durante el embarazo (Urquía, O'Campo, Heaman y cols., 2011; Audi, Corrêa, Latorre y cols., 2008a; Campbell, Torres, Ryan y cols., 1999).

En nuestra investigación, encontramos que, una vez que hemos ajustado por todas las variables, el parto pretérmino estaba relacionado con las violencias periembrazo en las que estaban incluidas más mujeres, la global ISA y la periembrazo AAS+ISA. El mayor número de estas mujeres sufrían violencia emocional. Lo único que también estaba relacionado con los partos pretérmino fueron las patologías en el embarazo, algo que se comprende ya que fueron estas patologías durante el embarazo las que, en muchas ocasiones, habrían provocado los partos pretérmino. Y, como factor de protección, aparece el tener una relación sin compromiso, lo que es difícilmente explicable, a no ser que una mujer con una relación sin compromiso pueda tener más tiempo y dedicación para su salud y control. Por tanto, ante una mujer que tiene un parto pretérmino y no presenta patologías que lo justifiquen o mantiene una relación con compromiso o está casada, tenemos que estar alerta ante posibles violencias durante el embarazo.

Al analizar el tipo de parto, hemos tenido en cuenta su inicio y su terminación. En cuanto al inicio del parto, en nuestra muestra hemos hallado que se inician de forma espontánea el 55.0%, fueron partos normales que en ningún momento se aceleró el proceso con oxitocina. Partos estimulados el 12.9%, el cual podía iniciarse de forma espontánea pero en algún momento del proceso se utilizó la oxitocina, a veces esto ocurrió solo en el expulsivo. El inicio el parto fue inducido en el 24.2% de los casos y cesárea electiva en el 7.9% de los partos (Tabla 4.6.).

Según un estudio reciente de partos normales realizado por la Consejería de Salud, en una muestra significativa de los hospitales públicos de Andalucía, los partos



estimulados fueron el 44.0% y los partos inducidos el 13.8% (PHAPA, 2012). Encontramos una gran discrepancia entre estos datos y los que nosotras hemos recogido. Esto podría deberse a que muchos de los partos que se consideraron estimulados fueron en realidad inducidos, ya que, o bien se le puso oxitocina antes de que el parto estuviera en fase activa y sin dilatación y no se puede considerar estimulado, o bien, se le ha inducido con prostaglandinas y cuando llegó a paritorio ya estaba en fase activa, pero había que considerarlo, en nuestra opinión, un parto inducido.

En nuestra investigación, no encontramos ninguna asociación estadística entre la forma de inicio del parto y los diferentes tipos de violencia analizados. Sin embargo, el inicio de parto tuvo una asociación estadísticamente significativa con las patologías durante el embarazo para las cesáreas electivas.

Una vez ajustado por las variables sociodemográficas, entorno familiar, deseo del embarazo, patologías e infecciones durante el embarazo; el tener patologías durante el embarazo fue un factor de riesgo, en todos los modelos, para que el inicio del parto fuera una cesárea electiva (OR entre 2.8 y 3.2). También hemos encontrado que, las mujeres de más de 40 años tenían más probabilidad de iniciar su parto con una inducción, en todos los modelos (OR de 3.7 a 4.3). Por otra parte, las mujeres que estaban en paro tuvieron también más probabilidad de iniciar su parto con una inducción en los modelos II y V. Además, las mujeres que mantenían una relación sin compromiso les protegería de iniciar su parto en una cesárea (OR=0.3), en los modelos II y V, y de que su parto se inicie con una inducción, en el modelo IV (OR=0.6). De la misma manera, las mujeres con estudios secundarios y universitarios les protegerían (OR 0.5 y 0.6) de que su parto se inicie con una inducción en los modelos II y V (Tablas 4.119. a 4.123.).

En cuanto a los factores de riesgo que aparecen en los modelos ajustados, se entiende que el inicio del parto con una cesárea estuviera asociado con las patologías, ya que una indicación de cesárea serían las patologías asociadas al embarazo. Las mujeres de más de 40 años tuvieron más probabilidad de iniciar su parto con una inducción, ya que son mujeres con más patologías. Las mujeres que están en paro también tienen más probabilidad de iniciar su parto con una inducción y no encontramos una explicación médica para este hecho; una hipótesis podría ser que la mujer en paro desea terminar su embarazo para incorporarse a la vida laboral.

Otros hallazgos a tener en cuenta son:

- Las mujeres que en el momento de realizar la entrevista mantenían una relación sin compromiso les protegería de que su parto se iniciara con una cesárea. De nuevo no encontramos una explicación médica a esta situación, una posible explicación podría ser que las mujeres tienen menos interés en su embarazo y en cómo este va a finalizar por el tipo de relación que mantienen con su pareja. Se supone que la realización de una cesárea es por indicaciones médicas bien precisas, pero podría ser que influyera la presión de las mujeres en la toma de decisión médica de la realización de la cesárea.
- El nivel de estudios, a mayor nivel de estudios más protección para que el parto se inicie con una inducción, una posible explicación es que son mujeres más preparadas y que se dejaron influir menos por las decisiones médicas en cuanto a que su parto se inicie con una inducción. En nuestro medio, hay más inducciones de las que se recomiendan para una buena práctica clínica y estas mujeres podrían influir en la toma de decisiones de los médicos.

En cuanto a la finalización del parto, éstos pueden finalizar de tres formas: “eutócicos”, son partos que no han necesitado ninguna intervención médica, aunque se hayan iniciado con una inducción, en nuestra muestra fueron el 65.8%; “instrumentales”, han sido el 15.7% (ventosas 9.5%, fórceps 3.8% y espátulas 2.5%) y “las cesáreas” el 18.5%. Los porcentajes de estos últimos (instrumentales y cesáreas) en nuestro trabajo, han sido inferiores a los hallados en el trabajo de la Consejería de Salud, que fueron instrumentales el 22.8% (ventosas 16.8%, fórceps 4.1% y espátulas 2.0%) y cesáreas el 22.4%. Hay que tener en cuenta que la investigación de la Consejería de Salud (PHAPA, 2012) está realizada con partos normales, con lo que no hay ningún parto de menos de 37 semanas de gestación ni de más de 42, por lo que lo lógico sería que tuviera menos partos instrumentales y menos cesáreas que en nuestra muestra.

En nuestra investigación, no existió ninguna asociación estadística entre la finalización del parto y los diferentes tipos de violencia analizados. Sí que encontramos una asociación estadística, como un factor de riesgo, con las patologías durante el

embarazo para las cesáreas. Sin embargo, el no deseo del embarazo fue un factor de protección para las cesáreas.

Una vez que ajustamos por las variables sociodemográficas, entorno familiar, deseo de embarazo, patologías e infecciones durante el embarazo, aparece que la violencia global en la vida adulta protegería de finalizar el parto en instrumental, el no deseo de embarazo se mantuvo como factor de protección en los 5 modelos y las patologías durante el embarazo se mantuvieron como un factor de riesgo en los cinco modelos para que el parto finalice en cesárea (Tablas 4.124. a 4.128.).

Según un trabajo realizado en USA, en que la violencia física o psicológica durante el embarazo aparecía en el 14.75% de las mujeres, no encontraron relación entre sufrir violencia durante el embarazo y tener un parto con una inducción o terminar con una cesárea, aunque sí estaba asociado estadísticamente con el aumento de riesgo de muerte perinatal o parto pretérmino (Coker, Sanderson y Dong, 2004).

En nuestro trabajo, se comprende que si la mujer tuvo patologías durante el embarazo hubiera más partos que finalizaban en cesárea. Algunas hipótesis para el resultado de que las mujeres que no deseaban su embarazo esto les protegiera de finalizar su parto en cesárea, podría ser que eran mujeres que no insistían para que se les realizase una cesárea. Y, aunque las cesáreas son actos médicos con indicaciones precisas, estos resultados puede hacernos pensar que se hacen cesáreas porque las mujeres expresan sus deseos de proteger a sus hijos y esto podría influir en la decisión médica de realizarla. Algo que es posible que no existiera en las mujeres que no deseaban este hijo.

En relación a cómo ha sido la rotura de la bolsa, en nuestra muestra, se ha realizado de forma artificial en el 48.1% de las mujeres. Resultados algo inferiores (40.7%) se encontraron en el estudio de la Consejería (PHAPA, 2012), aunque ambas cifras son muy elevadas para una buena práctica clínica. En nuestra muestra, no encontramos ninguna asociación entre las diferentes violencias y la forma en cómo se rompió la bolsa, ya sea espontánea (anteparto o intraparto) o artificial intraparto.

En un estudio realizado en USA en el que sólo se analiza la violencia física, encontraron relación entre sufrir violencia física, ya fuera antes o antes y durante el embarazo, y la rotura prematura de membranas, una vez ajustado por “ayuda pública” (OR=1.6 y 1.3), pero no existía relación cuando la violencia física era sólo durante el

embarazo (Silverman, Decker, Reed y cols., 2006a). Sin embargo, en Brasil, encontraron relación entre la violencia, tanto psicológica como física y/o sexual durante el embarazo, y la rotura prematura de membranas (OR=1.7) (Audi, Segall-Corrêa, Santiago y cols., 2012).

En nuestra investigación, encontramos que se siguen practicando muchas roturas de bolsa de forma artificial, algo que no es compatible con una buena práctica clínica, pero no encontramos ninguna relación con la violencia ni durante el embarazo ni fuera de él. La rotura prematura de la bolsa podría estar relacionado con sufrir violencia física durante el embarazo, si los golpes fueran en el abdomen, pero en nuestra muestra fueron pocas las mujeres que respondieran que habían sufrido este tipo de violencia tan grave.

## **5.10. Resultados del recién nacido y su relación con la violencia contra las mujeres en relaciones de pareja**

Las variables que hemos analizado para el recién nacido han sido: el peso, el test de Apgar al minuto y a los cinco minutos, la reanimación, el contacto piel con piel, la lactancia materna precoz y el recién nacido sano.

En nuestro estudio, como cabría esperar, el número de varones nacidos (50.4%) fue algo superior al de las mujeres. El 7.1% de los bebés tuvieron un peso inferior a 2500 g, similar a los resultados del Instituto de Estadística de Andalucía para el 2008 que fue el 7.5%. Este porcentaje se elevó hasta el 9.5% en un estudio de datos perinatales nacionales en el año 2004 (González-González, Medina, Jiménez y cols., 2006).

Las medias de peso de los recién nacidos fueron diferentes, estadísticamente, en los casos de las mujeres que reportaron violencia global (115 g menos) y violencia emocional a lo largo de su vida de adultas (117 g menos), en el resto de las violencias, aunque los bebés pesaron menos en todos los casos, no llegaron a ser significativas (Tabla 4.129.). Cuando analizamos las medias de los pesos de los recién nacido con las diferentes variables, encontramos asociaciones estadísticamente significativas con: la edad, pesaron menos los bebés de las mujeres de menos de 20 años; las que tenían el nivel de estudios más bajo; las que tenían patologías en el embarazo; las que los bebés fueron pretérmino y las que fumaban durante el embarazo, en este caso, los bebés de las mujeres que fumaban pesaron de media 130 g menos (Tabla 4.130.).

En el análisis bivariante, no encontramos, en nuestra investigación, que los diferentes tipos de violencia estuvieran asociados con el bajo peso (< 2500 g). El bajo peso del recién nacido sí que lo estuvo con el nivel de estudios como un factor de protección para las mujeres con más de 12 años; y con las patologías durante el embarazo y con los partos pretérmino como factores de riesgo.

Una vez ajustados por las variables sociodemográficas, entorno familiar, deseo de embarazo, fumar y tener patologías e infecciones durante el embarazo, sexo del bebé y parto pretérmino, fueron las patologías durante el embarazo y el parto pretérmino las que afectaron directamente al bajo peso en todos los modelos de regresión. El nivel de

estudios desapareció, como un factor de protección, para el bajo peso (Tablas 4.131. a 4.135.).

Cuando realizamos un análisis de regresión lineal múltiple para el peso del recién nacido y los diferentes tipos de violencia sufridos por la mujer, incluyendo las variables sociodemográficas, entorno familiar, deseo de embarazo, patologías, infecciones y consumo de tabaco durante el embarazo, el sexo del bebé y el parto pretérmino, encontramos que todos los modelos analizados son significativos, por lo que existe algún tipo de asociación entre la variable dependiente (peso al nacer) y las independientes. Las variables que han sido significativas en todos los modelos han sido: el parto pretérmino, (el peso del recién nacido disminuiría entre 914.39 g y 946.76 g) y el hábito de fumar durante el embarazo (el peso del recién nacido disminuiría entre 109.79 g y 131.87 g). Además, en los modelos II y V, ha sido significativo el sexo del bebe (el bebé hombre aumentaría su peso en 74.18 g y 74.70 g respectivamente) (Tablas 4.136. a 4.140.).

Se ha investigado mucho la relación entre violencia durante el embarazo y el bajo peso al nacer. En la mayoría de los estudios, las mujeres que referían sufrir violencia durante el embarazo tenían más probabilidad (OR entre 1.4 y 1.5) de tener bebés de bajo peso. En dos meta análisis con 22 y 14 estudios respectivamente, se relacionó la violencia (física, emocional o sexual) y se ajustó por diferentes variables sociodemográficas según los estudios (Sha y Sha, 2010; Murphy, Schei, Myhr y cols., 2001). En dos grandes estudios en USA en los que han participado más de 100.000 mujeres en cada uno de ellos, en uno de ellos se relacionó la violencia física con el bajo peso y se ajustó por raza, fumar y “ayuda pública” (Silverman, Decker, Reed y cols., 2006a); en el otro se relacionó todo tipo de violencia y se ajustó por raza, edad, estado matrimonial, fumar, “haber pagado el parto” (Wiencrot, Nannini, Manning y cols., 2012). En otra investigación, también en USA, con más de veinte mil mujeres, el bajo peso estuvo asociado significativamente con las mujeres que informaban sufrir abuso verbal pero no con las que referían violencia física, en relación con las que no informaban, aunque no se ajustó por otras variables (Yost, Bloom, McIntire y cols., 2005).

En otros trabajos, la violencia física o psicológica durante el embarazo estuvo asociada significativamente (OR=2.0) con el bajo peso al nacer, una vez ajustado por edad gestacional, raza, estado matrimonial, tipo de seguro médico y fumar antes o

durante el embarazo (Coker, Sanderson y Dong, 2004); o ajustado por fumar y tener bajos ingresos (Kearney, Munro, Kelly y cols., 2004). En una investigación en USA con 900 mujeres, la violencia física durante el embarazo no estuvo asociada con el bajo peso al nacer, sin embargo, las mujeres que referían sufrir estrés debido a la violencia (física, emocional o sexual) tenían 2.1 veces más probabilidades de tener un bebé de bajo peso, y el peso medio al nacer fue inferior en 236 g, que las mujeres que no referían el estrés; ajustado por variables sociodemográficas, tipo de relación con la pareja, fumar y variables médicas como hipertensión, metrorragia, etc. (Altarac y Strombin, 2002). También se ha escrito que, el bajo peso al nacimiento podría ser el resultado de un parto pretérmino que podría haber sido causado por los traumatismos provocados por la violencia ejercida por la pareja (Campbell, 2002).

Investigaciones realizadas en países con prevalencias más elevadas de violencia durante el embarazo como Méjico, han encontrado asociaciones entre la violencia y el bajo peso al nacer. Así, en un estudio de cohortes con 125 mujeres que sufrían violencia durante el embarazo y 125 que no la sufrían, el grupo de mujeres con violencia familiar de tipo físico incrementaba en 2 veces la incidencia de recién nacidos de bajo peso al nacimiento, excluyendo los casos de prematuridad y controlando los bebés de embarazos de alto riesgo (Cepeda-Silva, Morales-Carmona, Henales-Almaraz y cols., 2011). O en Brasil, en una investigación realizada con adolescentes, si sufrían cualquier tipo de violencia durante el embarazo, o amenaza de violencia física (no violencia física ni violencia sexual), encontraron asociación con el bajo peso del recién nacido, ajustado por edad, educación, sexo del bebé, paridad, problemas mentales previos (OR=1.84 y 3.74), o ajustado por edad gestacional, complicaciones durante el embarazo, consumir alcohol o fumar durante el embarazo y consultas prenatales (OR= 1.86 y 2.59) (Ferri, Mitsuhiro, Baroos y cols., 2007).

Sin embargo, otros autores encontraron que no había asociación entre la violencia y el bajo peso al nacer (Valdez-Santiago y Sanín Aguirre, 1996; Núñez-Rivas, Monge-Rojas, Gríos-Dávila y cols., 2003; Salazar, Högger, Valladares y cols., 2012; Audi, Corrêa, Latorre y cols., 2008a).

En nuestra investigación, no encontramos asociación entre las violencias y el bajo peso del recién nacido, si comparamos con los estudios presentados en ninguno se ha ajustado por patologías o parto pretérmino, lo que quizá pueda hacer la diferencia. Sin embargo, sí estuvo asociado con las patologías y una de estas fue la amenaza de parto

pretérmino que sí que tenía una asociación, estadísticamente significativa, con diferentes tipos de violencia durante el embarazo. Y ambas, las patologías durante el embarazo y el parto pretérmino, están asociadas con el bajo peso al nacer.

Un parámetro que hemos medido, aunque cada vez se tiene menos en cuenta para conocer el estado del recién nacido, fue el test de Apgar al minuto y a los cinco minutos del nacimiento.

En nuestro estudio, las medias de Apgar, tanto al minuto como a los cinco minutos, fueron diferentes estadísticamente para los bebés cuyas madres refirieron la violencia emocional periembarazo (AAS) (Tabla 4.141.). Además, para la media de Apgar a los cinco minutos esta diferencia también fue estadísticamente significativa en los bebés cuyas madres refirieron los diferentes tipos de violencia medidos con el ISA (global, física y no física) (Tabla 4.143.). También encontramos asociación entre las medias del test de Apgar al minuto y las patologías en el embarazo, en el sentido de que era inferior si las mujeres tenían patologías en el embarazo. De igual manera, encontramos asociaciones con las medias de Apgar al minuto y a los cinco minutos si los partos eran pretérmino. Por otro lado, encontramos una asociación significativa entre la media del Apgar al minuto y el apoyo familiar, en el sentido de que las mujeres que no tenían este apoyo sus bebés tuvieron un Apgar superior (Tablas 4.142. y 4.144.).

Cuando realizamos un análisis de regresión lineal múltiple para el Apgar al minuto y los diferentes tipos de violencia sufridos por la mujer, incluyendo las variables sociodemográficas, entorno familiar, deseo del embarazo, patologías, infecciones y consumo de tabaco durante el embarazo, el sexo del bebé y el parto pretérmino, encontramos que en ninguno de los modelos analizados existía significación (Tablas 4.145. a 4.149.).

Al realizar el mismo análisis para el Apgar a los cinco minutos, de los modelos analizados, fueron significativos el II, IV y V. La variable que ha sido significativa en todos los modelos ha sido el parto pretérmino, el Apgar a los cinco minutos disminuiría 0.17. En el modelo IV, si la mujer refiere violencia emocional en la vida adulta, el Apgar a los cinco minutos disminuirá 0.39, sin embargo, si la mujer refiere violencia física periembarazo aumentaría 0.40 (Tablas 4.150. a 4.154.).

El Apgar cada vez se utiliza menos para valorar el estado del recién nacido, ya que tenemos que esperar un minuto y cinco minutos para realizar la evaluación y, si el bebé



presenta algún problema, debemos actuar inmediatamente, sin esperar la valoración del Apgar. Por ello, cada vez se le atribuye menos valor, ya que se realiza después de actuar. Se explica que el Apgar esté relacionado con los recién nacidos pretérmino y con las patologías en el embarazo, ya que al ser embarazos de riesgo los bebés pueden presentar alteraciones. Si tenemos en cuenta la relación entre el Apgar al minuto y la violencia emocional durante el embarazo, podríamos pensar en el estrés que pudiera tener esa madre en el momento del parto por su situación de violencia durante el embarazo y no saber qué se va a encontrar después del parto, con un bebé en casa, si la relación con su pareja empeorará o seguirá como durante el embarazo. Además, también encontramos relación con la falta de apoyo, podemos decir que eran mujeres que no tenían apoyo y que han sufrido violencia emocional durante el embarazo. Todo ello, probablemente, ha hecho un parto emocionalmente difícil. Sin embargo, el que la mujer que refiere violencia física periembarazo (modelo IV) el Apgar aumentara a los cinco minutos, no podemos dar una explicación, además es contradictorio con lo encontrado por otros autores. Para Covington, Hage, Hall y cols., (2001a), las mujeres que refieren violencia física severa durante el embarazo estaba relacionada significativamente con el Apgar inferior a 7 a los cinco minutos.

En relación con la reanimación que se realizó al recién nacido en la sala de partos, encontramos en nuestra muestra que se realizaron maniobras de reanimación al 26.9% de los recién nacidos, incluidos los bebés prematuros. Según los expertos, aproximadamente un 10% de los recién nacidos a término necesitan reanimación, esta gran diferencia se debe a que aún se tiene el hábito de aspirar a los recién nacidos, aunque no necesiten esta maniobra, y nosotros lo hemos incluido como reanimación, ya que esta es una de las primeras maniobras de la reanimación básica (Burón Martínez y Aguayo Maldonado, 2006).

No hemos encontrado ninguna asociación entre los diferentes tipos de violencia que sufrían las mujeres y la reanimación de los recién nacidos. Sí que encontramos una asociación entre los bebés de bajo peso, los bebés nacidos antes de la semana 37 y tener patologías durante el embarazo con la reanimación.

Una vez ajustado por las variables sociodemográficas, deseo de embarazo, patologías e infecciones durante el embarazo, sexo del bebé, parto pretérmino, bajo peso y fumar durante el embarazo, el bajo peso desapareció como factor de riesgo para reanimar a los recién nacidos. Los bebés reanimados tenían mayor probabilidad

de que la mujer hubiera tenido patologías durante el embarazo y que el bebé hubiera sido pretérmino, causas médicas para reanimar a los recién nacidos. No hemos encontrado investigaciones que relacionen la reanimación del recién nacido con haber sufrido violencia durante el embarazo.

El contacto piel con piel en los primeros 30 minutos tras el parto es una práctica recomendada y que cada vez está más presente en las salas de partos. En nuestro estudio, el 69.1% de las mujeres la realizaron. En el estudio realizado por la Consejería (PHAPA, 2012), es realizado por el 65.4% de las mujeres.

No encontramos ninguna asociación entre los diferentes tipos de violencia que sufrían las mujeres y que estas realizasen el contacto precoz piel con piel con su bebé. Sí que encontramos asociación con los bebés que nacieron pretérmino, los que tenían bajo peso y cuando las madres tuvieron patologías durante el embarazo para no realizar el contacto piel con piel.

Una vez ajustado por todas las variables sociodemográficas, deseo de embarazo, tener patologías, infecciones y fumar durante el embarazo, el sexo del bebé, parto pretérmino, bajo peso y necesitar reanimación, las mujeres que sufrieron patologías en el embarazo, que tuvieron bebés de bajo peso y que éstos hubieran necesitado reanimación, tuvieron mayor probabilidad de no realizar el contacto piel con piel inmediatamente después del parto. Este hecho ocurrió en todos los modelos estudiados. Que el bebé fuera pretérmino desapareció como factor de riesgo de no realizar el contacto piel con piel (Tablas 4.160. a 4.164.).

No conocemos estudios donde se haya relacionado el contacto piel con piel con la violencia, sí que sabemos que, aunque los bebés sean de bajo peso sí se puede realizar el contacto piel con piel así como, si tuvieran patologías o si necesitaran reanimación, salvo si la reanimación fuera de tipo IV con intubación. En un estudio realizado en África a partir de los datos de las Encuestas Demográficas y de Salud (EDS), se encontró una relación entre la violencia y el realizar el contacto con el bebé más tarde, sin especificar si es piel con piel o únicamente el contacto (Misch, Yount, 2014).

Otra práctica cada vez más extendida es la lactancia materna precoz en las dos horas que siguen al parto, en nuestro estudio fue realizada por el 70.2% de las madres. En el estudio de la Consejería (PHAPA, 2012), este dato fue algo superior y estuvo

presente en el 85.7% de los bebés. Debemos tener en cuenta que este estudio, como dijimos anteriormente, sólo se realizó con bebés a término, lo que puede hacer que este porcentaje sea superior, ya que no tendrían en la muestra ningún bebé de bajo peso, ni pretérmino. En ninguna de las dos investigaciones, hemos tenido en cuenta, de forma separada, los bebés que nacen mediante cesárea, ya que son muy pocos los casos en nuestra comunidad en que se realiza el contacto precoz piel con piel en los casos de cesárea.

En nuestro trabajo, hemos encontrado asociación entre sufrir cualquiera de los tipos de violencias estudiadas, salvo las físicas y las mujeres que no realizaron la lactancia materna precoz en el paritorio. Estas probabilidades iban desde 1.7 veces más para las mujeres que refirieron violencia global en su vida adulta (AAS) a 2.4 veces más para las mujeres que refirieron sufrir violencia emocional periembrazo (AAS). El tener patologías y fumar durante el embarazo, el que el bebé fuera pretérmino, de bajo peso o hubiera necesitado reanimación, aparecieron como factores de riesgo para no lactar precozmente al recién nacido (Tabla 5.18.).

En las mujeres que no lactaron precozmente a sus bebés, la probabilidad de sufrir tanto violencias periembrazo (global AAS, global ISA, AAS+ISA y no física ISA) como violencias global y emocional a lo largo de su vida adulta (AAS) fue mayor, una vez ajustado por todas las variables. Las variables que afectaron a todos los modelos de regresión para no lactar precozmente al recién nacido fueron: el tipo de trabajo, en concreto, las mujeres en paro; que el bebé fuera de bajo peso y que necesitase reanimación al nacimiento. Otros factores que debemos añadir y que afectaron a no lactar precozmente al bebé fueron para las mujeres que refirieron violencia: global periembrazo (ISA), periembrazo (AAS+ISA) y no física (ISA), tenían más probabilidades de tener patologías durante el embarazo. Para las mujeres que refirieron violencia: global a lo largo de su vida adulta y global periembrazo (AAS), periembrazo (AAS+ISA) y emocional a lo largo de su vida adulta (AAS), tuvieron más probabilidades de no lactar precozmente si fumaba durante el embarazo. Además, las mujeres que refirieron violencia periembrazo (AAS+ISA) tuvieron más probabilidad de no lactar precozmente si el recién nacido fuera pretérmino (Tabla 5.18.).

Tabla 5.18. Modelos de regresión logística para la no lactancia materna precoz, 5 modelos de violencias y variables sociodemográficas, entorno familiar, deseo embarazo, patologías, infecciones y fumar en el embarazo, sexo del bebé, parto pretérmino, bajo peso, reanimación.

	Modelo bruto	Modelo I Modelo ajustado	Modelo II Modelo ajustado	Modelo III Modelo ajustado	Modelo IV Modelo ajustado	Modelo V Modelo ajustado
VARIABLES	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)
<b>Violencia global adultas **</b>	1.7 (1.2-2.5)	1.6 (1.0-2.6)				
<b>Violencia global periembarazo **</b>	2.0 (1.2-3.5)	1.9 (1.0-3.9)				
<b>Violencia global ISA ***</b>	1.9 (1.3-2.7)		2.0 (1.2-3.2)			
<b>Violencia periembarazo AAS+ISA ***</b>	2.0 (1.4-2.8)			2.3 (1.5-3.6)		
<b>Violencia emocional adultas **</b>	1.9 (1.2-2.8)				2.5 (1.4-4.6)	
<b>Violencia emocional periembarazo **</b>	2.4 (1.2-4.6)					
<b>Violencia no física ISA **</b>	1.8 (1.3-2.7)					2.0 (1.2-3.3)
<b>Trabajo*</b>						
Ama de casa	1	1	1	1	1	1
Parada	1.4 (0.9-2.2)	1.7 (1.0-3.1)	1.7 (1.0-3.1)	1.8 (1.0-3.1)	1.7 (1.0-3.1)	1.7 (1.0-3.1)
Ocupada	0.8 (0.5-1.2)	1.0 (0.6-1.6)	1.0 (0.6-1.6)	1.0 (0.6-1.6)	1.0 (0.6-1.6)	0.9 (0.6-1.6)
Estudiante	0.8 (0.2-2.7)	1.1 (0.2-5.7)	0.9 (0.2-4.9)	1.0 (0.2-5.4)	1.0 (0.2-4.8)	0.9 (0.2-4.8)
<b>Patologías en el embarazo***</b>						
No	1	1	1	1	1	1
Sí	2.0 (1.5-2.8)	1.4 (0.9-2.1)	1.6 (1.0-2.4)	1.5 (1.0-2.2)	1.4 (0.9-2.1)	1.6 (1.0-2.4)
<b>Pretérmino &lt;37SG***</b>						
No	1	1	1	1	1	1
Sí	5.0 (2.8-8.8)	1.3 (0.6-3.1)	1.1 (0.5-2.7)	1.3 (1.0-2.2)	1.4 (0.6-3.3)	1.1 (0.5-2.7)
<b>Bajo peso***</b>						
No	1	1	1	1	1	1
Sí	6.7 (3.7-12.3)	3.7 (1.5-8.7)	5.3 (2.1-13.7)	3.7 (1.6-8.8)	3.4 (1.4-8.4)	5.3 (2.0-13.6)
<b>Reanimación***</b>						
No	-	1	1	1	1	1
Sí	-	6.7 (4.5-9.9)	7.3 (4.8-11.0)	6.5 (4.4-9.7)	6.6 (4.4-10.0)	7.3 (4.8-11.0)
<b>Fumar en el embarazo*</b>						
No	1	1	1	1	1	1
Sí	1.5 (1.0-2.2)	1.7 (1.1-2.8)	1.5 (0.9-2.4)	1.6 (1.0-2.6)	1.9 (1.1-3.0)	1.5 (0.9-2.4)

En las violencias el valor 1 se lo adjudicamos al no presentar violencia. p<0.05 \*\*p<0.01 \*\*\*p<0.001

**Modelo I:** V. global adultas y V. global periembarazo. **Modelo II:** V. global ISA. **Modelo III:** V. periembarazo AAS+ISA. **Modelo IV:** V. emocional adultas, V. emocional periembarazo, V. física adultas y V. física periembarazo **Modelo V:** V. no física ISA y V. física ISA

La mayor parte de los estudios encontrados, midieron la lactancia materna en el puerperio y no la lactancia materna precoz o el inicio de ella, que fue la que nosotros hemos estudiado (Silverman, Decker, Reed y cols., 2006b; Lau y Chan, 2007; Moraes, de Oliveira, Reichenheim y cols., 2011).

En un estudio realizado en varios países de África, encontraron una relación entre el inicio precoz de la lactancia materna, menos de una hora tras el parto, y la violencia, en el sentido de que, había menos probabilidades del inicio temprano y de unas prácticas óptimas de la lactancia materna si la mujer refería sufrir violencia, tanto física, como emocional o sexual, una vez ajustado por variables sociodemográficas (edad, nivel de instrucción de la mujer y la pareja, número de hijos, fumar, etc.) (Misch y Yount, 2013). En otra investigación, realizada en USA, las mujeres que referían sufrir

violencia física, tanto un año antes, como durante el embarazo o solo durante el embarazo, lactaban menos tiempo a sus bebés o abandonaban antes de las 4 semanas tras el parto, sin embargo, cuando se ajustaba por variables sociodemográficas desaparecía esta probabilidad (Silverman, Decker, Reed y cols., 2006b). En un estudio realizado en China, encontraron que las mujeres que no referían experiencias de violencia en el embarazo fueron significativamente más propensas a iniciar la lactancia materna que las mujeres expuestas a violencia (OR=1.8), una vez ajustado por variables sociodemográficas, socioeconómicas y obstétricas (Lau y Chan, 2007). Y, en otra investigación en Brasil, en el análisis multivariante, encontraron relación entre la violencia física severa durante el embarazo y el abandono de la lactancia materna exclusiva (Moraes, de Oliveira, Reichenheim y cols., 2011). También encontramos un trabajo en el que el no deseo del embarazo estaba relacionado con menor lactancia materna, algo que no aparece en nuestro estudio (Pallito, Campbell y O'Campo, 2005).

Si tenemos en cuenta nuestros resultados del contacto piel con piel precoz y de la no lactancia materna, ambas prácticas van muy unidas, vemos que tenían más probabilidades de no realizar el contacto piel con piel, cuando los bebés tenían bajo peso, si necesitaban reanimación o si las madres presentaban patologías en el embarazo. La probabilidad de no realizar la lactancia materna precoz también era mayor en la misma situación de los bebés, bajo peso y pretérmino, sin embargo, sólo aparecía en algunos casos cuando las mujeres tenían patologías (modelos II, III y V), Parece que la lactancia precoz se realiza a pesar de que la mujer pueda presentar patologías. Un dato que llama la atención de nuestros resultados fue que las mujeres que no lactaban tenían más probabilidades de estar en paro y esto apareció en todos los modelos de violencia. Si estaban en paro, podríamos suponer que tendrían menor poder adquisitivo y la lactancia materna es más económica que la artificial, con lo que sería lógico que hubiera más mujeres que lactaran en esta situación, aunque también pudiera ser que no lactan para poderse incorporar más rápidamente al mercado laboral. En algunos de los grupos de violencia (modelos I, III y IV), las mujeres que no lactaban a sus bebés tenían más probabilidad de fumar durante el embarazo; las probabilidades eran mayores en las mujeres que sufrían violencia fuera del embarazo, la emocional y la global adultas y la global periembarazo. Vemos que esta situación era previa al embarazo y quizá se agravó con él.

Las mujeres que no ponían sus bebés piel con piel no tienen mayor probabilidad de estar sufriendo violencia, sin embargo, las mujeres que no lactaban precozmente tienen mayor probabilidad de sufrir violencia. Podemos interpretarlo como que el poner a los bebés piel con piel tras el parto fue un acto más pasivo, se respondió a lo que decía la matrona, mientras que poner el bebé al pecho requiere de una participación más activa de la mujer y que, probablemente cuando sufren violencia, no estaban dispuestas a realizarla. Se necesitaría de una participación más activa de la matrona, de animar y apoyar a estas mujeres a iniciar la lactancia materna precoz (Averbuch y Spatz, 2009).

Finalmente hemos analizado la variable de bebé sano. Nosotras preguntamos en las primeras 24 horas sobre la salud del niño, si era sano o no y lo identificamos con lo que nos dijeron las madres. Llama la atención varios datos, aunque no tuvieran asociación estadística. Según la edad, eran las mujeres menores de 20 años las que tenían un porcentaje mayor de bebés no sanos (16.1%), seguido de las mujeres de 35 a 39 años (8.5%). Asimismo, eran las mujeres que mantenían una relación sin compromiso las que presentaban un porcentaje mayor de bebés no sanos (8.2%) seguido de las amas de casa (5.4%) (Tabla 4.170. a 4.174.).

En todos los tipos de violencia analizados, ésta era más frecuente cuando los bebés no eran sanos, pero en ningún caso llegaron a ser estas asociaciones estadísticamente significativas. Las variables que tenían una asociación estadísticamente significativa fueron: el no deseo del embarazo, las patologías en el embarazo, el ser un bebé pretérmino o de bajo peso y necesitar reanimación.

Cuando ajustamos por las variables sociodemográficas, el deseo de embarazo, tener patologías, infecciones y fumar durante el embarazo, parto pretérmino, bajo peso, reanimación y el sexo del bebé, las mujeres que decían tener un bebé no sano tenían más probabilidad de sufrir violencia emocional a lo largo de su vida adulta (AAS). Podemos decir que el tener un bebé no sano estaba relacionado con el parto pretérmino, el bajo peso y necesitar reanimación, algo que parece acorde con las posibles patologías del recién nacido. La variable asociada con el bebé no sano, que ya no tenían que ver con factores patológicos, fue el no deseo de embarazo, que estaba presente 7.5 veces más en las mujeres que refirieron violencia emocional adultas (Tabla 5.19.).

En varios trabajos de investigación, encontramos que las mujeres con una relación de pareja violenta tenían depresión posparto y éstas eran más propensas a llevar sus bebés con más frecuencia a los servicios de urgencias o ser hospitalizados.

Tablas 5.19. Modelos de regresión logística para recién nacido no sano, 5 modelos de violencia, variables sociodemográficas, entorno familiar, deseo embarazo, patologías, infecciones y fumar en el embarazo, sexo del bebé, parto pretérmino, bajo peso, reanimación.

VARIABLES	Modelo bruto OR (IC 95%)	Modelo I	Modelo II	Modelo III	Modelo IV	Modelo V
		Modelo ajustado OR (IC 95%)	Modelo ajustado OR (IC 95%)	Modelo ajustado OR (IC 95%)	Modelo ajustado OR (IC 95%)	Modelo ajustado OR (IC 95%)
<b>Violencia emocional adultas</b>	1.8 (0.8-3.7)				4.0 (1.1-14.6)	
<b>Embarazo deseado **</b>						
Sí	1	1	1	1	1	1
No	2.4 (1.2-4.7)	3.7 (1.2-11.5)	3.9 (1.2-13.1)	3.4 (1.1-10.8)	7.5 (2.0-27.9)	3.9 (1.2-13.1)
<b>Pretérmino&lt;37SG ***</b>						
No	1	1	1	1	1	1
Sí	39.9 (19.7-81.0)	16.2 (4.8-55.3)	11.8 (3.2-42.9)	15.1 (4.5-51.0)	32.2 (7.9-131.6)	11.8 (3.2-42.7)
<b>Bajo Peso ***</b>						
No	1	1	1	1	1	1
Sí	37.7 (18.6-76.4)	14.0 (4.2-46.7)	17.3 (4.9-61.5)	13.2 (4.0-43.0)	19.3 (5.0-74.3)	17.4 (4.9-61.7)
<b>Reanimación ***</b>						
No	-	1	1	1	1	1
Sí	-	4.6 (1.9-11.5)	4.1 (1.6-10.3)	4.2 (1.7-10.2)	8.5 (2.9-25.1)	4.1 (1.6-10.4)

\*p<0.05 \*\*p<0.01 \*\*\*p<0.001

**Modelo I:** V. global adultas y V. global periembarazo. **Modelo II:** V. global ISA. **Modelo III:** V. periembarazo AAS+ISA. **Modelo IV:** V. emocional adultas, V. emocional periembarazo, V. física adultas y V. física periembarazo **Modelo V:** V. no física ISA y V. física ISA

Si existía una experiencia de violencia (tanto física como emocional o sexual) durante el embarazo, la mujer tenía peor salud y aumentaba la depresión, lo que podría traer consigo una dificultad para iniciar y mantener el vínculo con el bebé, esto podría acarrear problemas al niño (Romito, Turan, Neilands y cols., 2009a; Kornfeld, Bair-Merritt, Frosch y cols., 2012; Misri y Kendrick, 2008). Una mujer que sufría violencia física o emocional durante el embarazo presentaba mayor depresión y tenía peor salud, esto iba acompañado de peor salud para su bebé, incluso un año después del nacimiento (McMahon, Hyang, Boxer y cols., 2011). Para otras autoras, la violencia aumentaba el no deseo de embarazo, también podía estar relacionado con mayor mortalidad perinatal, bajo peso y menor lactancia materna (Pallito, Campbell y O'Campo, 2005; Janssen, Holt, Sugg y cols., 2003). Si la violencia era física, en las mujeres adultas no en las adolescentes, estaba asociado con la muerte neonatal (Viellas, Gama, Carvalho y cols., 2013) o perinatal (Coker, Sanderson, Dong, 2004). Según otros autores, era importante la labor de los pediatras, ya que estos profesionales podrían prevenir el desinterés por el bebé, así como la prevención de la violencia en el futuro de estos niños, una vez realizado el cribado de violencia durante el embarazo (Alhusen, Lucea, Bullock y cols., 2013).

En nuestros resultados, el ser el bebé sano o no, aparte de los problemas médicos, tendría que ver con el no deseo del embarazo. Esto podría tener una relación con la falta de interés por ese niño, que puede haberse iniciado en el principio del embarazo, acudiendo más tarde a las consultas, ocupándose menos del embarazo, teniendo hábitos como el fumar durante el embarazo, etc.



## 5.11. Propuestas para la práctica

A la luz de nuestros resultados, proponemos una prevención primaria a dos niveles:

- De forma individual, en las consultas de control de embarazo y en el puerperio realizadas por la matrona. Se identifican y evalúan los posibles riesgos de sufrir cualquier tipo de violencia por parte de su pareja y otros hábitos que puedan suponer un riesgo para ella o su hijo, como puede ser el tipo de alimentación, el apoyo social, el consumo de sustancias tóxicas, etc. (Harrison y Sidebottom, 2008; Nelson, Bougatsos, Blazina, 2012).

- De forma grupal, a realizar en los grupos de preparación al nacimiento. Esta actividad, que se realiza a lo largo del embarazo, debe estar basada en el enfoque de género, así como, en reforzar los derechos de las mujeres. Apoyar a las mujeres a tomar decisiones, tanto en todo lo relacionado con su embarazo y su parto, como en otras situaciones en que sus derechos no sean respetados. Podemos ayudarles a identificar y definir los posibles problemas y situaciones de violencia que ellas pueden sufrir en este momento de su vida, hablarles sobre el ciclo de la violencia, evaluar el peligro en el que se encuentran, las opciones que tienen y los recursos disponibles, así como en casos de gravedad, tener un plan de huida. Esto puede dar pie a que la mujer, en las consultas individuales, pueda hablar con la matrona de forma más directa (Campbell, Woods, Chuaf y cols., 2000).

Además de la prevención expuesta anteriormente, las profesionales deberían estar atentas a los casos en que se puedan presentar más factores de riesgo o a mujeres con especial vulnerabilidad o que pueden estar más expuestas. En estos casos, tendremos que realizar una evaluación o identificación de las posibles situaciones de sufrir violencia. Igualmente, hay que estar atentas ante mujeres que provienen de regiones donde la violencia es aceptada más fácilmente que en nuestro medio o que sus creencias culturales le permitan una aceptación mayor. Tendremos que tener unas acciones preventivas con un enfoque selectivo y culturalmente adaptado a esta población. Estas mujeres expuestas pueden tener mayor necesidad de asesoramiento y apoyo (Sha y Sha, 2010).

Asimismo, tendremos que estar más atentos ante las parejas que muestren en la consulta un gran control sobre sus parejas: controlan lo que ellas dicen, a las preguntas

que nosotras hacemos a la mujer, contestan por ella; mantener en toda la consulta un comportamiento de dominio, no permitirle que esté sola en ningún momento, etc. El dominio masculino lo identificamos como la falta de participación y compromiso de las parejas, además, las mujeres que realizan la mayor parte de las tareas del hogar podrían presentar mayor riesgo de sufrir violencia. Este dominio masculino sería una barrera para prevenir la violencia contra las mujeres (Li, Kirby, Sigler y cols., 2010).

Por otra parte, sería de gran valor identificar el tipo de relación que mantiene la mujer con el padre de su bebé desde el inicio del embarazo, ya que sabemos que una relación con su pareja sin compromiso tiene mayor riesgo de sufrir violencia. Las mujeres que no conviven con sus parejas o que mantienen una relación sin compromiso tienen, en general, más probabilidades de sufrir violencia a lo largo del embarazo. También, podemos tener dificultades, debido a que las mujeres que sufren violencia se encuentran ante una situación de ambivalencia hacia la persona que la agrede, es su pareja o expareja, persona a la que han querido y en quién han confiado, a veces durante mucho tiempo (Engnes, Lidén, Lundgren, 2012).

Además, debemos saber si las mujeres tienen alguna persona a la que acudir en caso de necesitarlo. Saber, desde el inicio del embarazo, si la mujer tiene apoyo en su entorno, nos puede ayudar a identificar las mujeres que pueden estar en riesgo de sufrir violencia.

Estas actividades se pueden presentar como una parte rutinaria de todas las que realizamos en la consulta de embarazo a todas las mujeres, con lo que puede despertar menos susceptibilidades a la hora de hacer las preguntas para identificar los posibles malos tratos, también es importante, que el cribado de rutina, sea realizado, además de por la matrona que realiza el control del embarazo, por personal no sanitario, como los trabajadores sociales (Lyon y Reeyer, 1999; McMahon y Armstrong, 2012).

En relación con los profesionales sanitarios, que atienden a la mujer embarazada, cabría destacar que deben tener la capacidad de responder a un problema tan complejo. Es necesaria la formación continuada de todo el equipo para dar mejor respuestas a las mujeres (Bacchus, Mezey y Bewley, 2003). La atención individualizada a las mujeres se considera una práctica imprescindible para la detección de la violencia, así como elaborar y poner a disposición guías clínicas para

matronas y médicos para apoyar y formar a los profesionales que proveen cuidados a las mujeres que sufren violencia (Horiuchi, Yaju, Kataoka y cols., 2008).

Por último, nos gustaría resaltar que hay muy pocas investigaciones en las que se haya estudiado el impacto de intervenciones en las mujeres para saber el alcance en la disminución de la violencia. En una revisión de la Cochrane, se demostró que en el grupo de mujeres en el que se realizó una intervención con terapia psicológica, se redujo el número total de mujeres que informaron sobre violencia ejercida por parte de la pareja durante el embarazo y después del parto. En este estudio, se evidencia que el embarazo es una oportunidad para que el personal de salud identifique a las mujeres en riesgo de sufrir violencia y poder ofrecer intervenciones para prevenir o derivar a las mujeres en caso de necesidad (Jahanfar, Janssen, Howard y cols., 213).



## **6. CONCLUSIONES**



El objetivo de esta tesis ha sido determinar la prevalencia y el tipo de violencia que sufren las mujeres durante el embarazo y las variables asociadas en las mujeres que dan a luz en Andalucía. Para ello, hemos empleado un enfoque cuantitativo, hemos realizado un estudio transversal, observacional descriptivo y observacional analítico de cohortes. Las conclusiones de este trabajo de investigación son:

**Primera.-** Hemos determinado la prevalencia de la violencia de pareja contra las mujeres embarazadas que dan a luz en los hospitales públicos de Andalucía en una muestra representativa y aleatoria de las mujeres que dan a luz en Andalucía. Con dos instrumentos de detección: el Abuse Assessment Screen (AAS) y el Index of Spouse Abuse (ISA).

**Segunda.-** Cuando utilizamos el AAS, encontramos una violencia periembrazo del 7.7%, una violencia emocional del 4.8%, violencia física del 1.7% y violencia sexual del 0.5%.

**Tercera.-** Cuando utilizamos el ISA, encontramos una violencia periembrazo del 21.3%, una violencia emocional del 21.0% y física (incluida la sexual) de 3.6%.

**Cuarta.-** Combinando los resultados de los dos instrumentos, sin duplicar los casos, detectamos que un 22.7% de las mujeres sufren cualquiera de los tipos de violencia periembrazo.

**Quinta.-** En el análisis de regresión múltiple, encontramos que, una vez ajustado por las variables sociodemográficas, las mujeres que tienen una relación sin compromiso o no tienen apoyo en su entorno, refieren sufrir con mayor probabilidad cualquiera de los tipos de violencia analizados a lo largo de la vida adulta y durante el embarazo.

**Sexta.-** El tener un empleo constituye un factor de protección ante la violencia física periembrazo, medida con el ISA, y violencia global periembrazo, medida con el AAS.

**Séptima.-** En la violencia global durante la edad adulta, además de los factores anteriormente expuestos, encontramos que el no convivir exclusivamente con su pareja y tener nacionalidad diferente a la española constituyen factores de riesgo. Las mujeres mayores de 30 años son también un factor de riesgo de reportar violencia durante la edad adulta, lo que es compatible con una mayor exposición a la violencia.

**Octava.-** En el análisis de regresión múltiple ajustado, las mujeres que no desean su embarazo tienen más probabilidad de sufrir violencia emocional periembarazo, medida con ambos instrumentos. La violencia física, a pesar de estar asociada significativamente al no deseo de embarazo, pierde dicha significación al ajustarse con otras variables. Este resultado podría ser explicado al no incluir los abortos en nuestro estudio, o una hipotética disminución de la violencia física durante el embarazo en nuestro entorno cultural. También encontramos que una relación sin compromiso fue un factor de riesgo, al igual que el tener un empleo fue un factor de protección al no deseo de embarazo.

**Novena.-** Las mujeres que ingresan en el hospital tienen más probabilidad de sufrir violencia física durante el embarazo, además, las mujeres entre 20 y 24 años y con patologías son factores de riesgo. Las mujeres con más de 12 años de estudios es un factor de protección para el ingreso hospitalario.

**Décima.-** Las mujeres con amenaza de parto pretérmino tuvieron mayor probabilidad de sufrir violencia emocional periembarazo, medida con el ISA. El no tener apoyo en su entorno constituyó un factor de riesgo para la amenaza de parto pretérmino.

**Undécima.-** Las mujeres que padecen infecciones durante el embarazo tienen mayor probabilidad de reportar violencia periembarazo global y emocional, medidas con el AAS e ISA. El tener más de 12 años de estudios constituyó un factor de protección ante las infecciones. Además, una relación sin compromiso fue un factor de riesgo para las infecciones.

**Duodécima.-** Las mujeres que padecen infecciones del tracto urinario y las vaginales durante el embarazo tienen mayor probabilidad de reportar violencia periembarazo global y emocional, medida con el AAS e ISA.

**Decimotercera.-** Las mujeres que fuman durante el embarazo tuvieron mayor probabilidad de reportar violencia periembarazo global y emocional, medida con el AAS e ISA. El tener una relación sin compromiso o con compromiso (sin estar casadas) y el no convivir exclusivamente con su pareja fueron factores de riesgo. El tener más de 7 años de estudio fue un factor de protección de fumar durante el embarazo.

**Decimocuarta.-** Las mujeres que realizan un insuficiente control de embarazo tienen mayor probabilidad de sufrir violencia física (medida con ambos instrumentos) y



violencias globales periembrazo. El no deseo del embarazo fue un factor de riesgo para no controlar correctamente el embarazo.

**Decimoquinta.-** Las mujeres que tienen un parto pretérmino tienen mayor probabilidad de sufrir violencias globales, medidas con los dos instrumentos. El padecer patologías durante el embarazo constituyó un factor de riesgo ante el parto pretérmino, por otra parte, una relación sin compromiso fue un factor de protección.

**Decimosexta.-** Las mujeres que no realizan lactancia materna precoz tienen mayor probabilidad de sufrir violencia global y emocional periembrazo, medida con ambos instrumentos. El bebé de bajo peso o si precisa reanimación, así como que la mujer esté sin trabajo y fume durante el embarazo, fueron factores de riesgo para la no lactancia materna precoz.

**Decimoséptima.-** Todos los hallazgos precedentes nos llevan a hacer propuestas para introducir, en la práctica de los profesionales responsables del seguimiento del embarazo y el puerperio, los mecanismos para poder identificar si las mujeres sufren violencia o están en riesgo de sufrirla y poner en marcha mecanismos de prevención y atención, si fuera necesario, en todas las consultas de embarazo y puerperio, así como en el momento del parto.



## **7. BIBLIOGRAFÍA**



- Aguilera C, Izarra A. Consumo de sustancias tóxicas durante el embarazo. *Med Clín (Barc)*. 2005;125(18):714-716.
- Ahmed S, Koenig MA, Stephenson R. Effects of domestic violence on perinatal and early-childhood mortality: evidence from North India. *Am J Public Health*. 2006;96(8):1423-1428.
- Alberdi I, Matas N. La violencia doméstica. Informe sobre los malos tratos a mujeres en España. Barcelona: La Caixa. Colección Estudios Sociales nº 10. 2002.
- Alhusen JL, Lucea MB, Bullock L, Sharps Ph. Intimate Partner Violence, Substance Use, and Adverse Neonatal Outcomes among Urban Women. *The Journal of PEDIATRICS*. 2013;163(2):471-476.
- Alonso MJ, Bedoya JM, Cayuela A, Dorado MI, Gómez MC, Hidalgo D. Violencia contra la mujer. Resultados de una encuesta hospitalaria. *Progresos de obstetricia y ginecología*. 2004;47(11):511-520.
- Altarac M, Strombin D. Abuse During Pregnancy and Stress Because of Abuse During Pregnancy and Birthweight. *JAMWA*. 2002;57(4):208-214.
- Alvanzo AA, Svikis DS. History of physical abuse and periconceptional drinking in pregnant women. *Subst Use Misuse*. 2008;43(8-9):1098-1099.
- Alvik A, Heyerdahl S, Haldorsen T, Lindermann R. Alcohol use before and during pregnancy: a population-based study. *Acta Obstetrica et Gynecologica*. 2006;85:1292-1298.
- Amaro H, Fried LE, Cabral H, Zuckerman B. Violence during Pregnancy and Substance Use. *Am J Public Health*. 1990;80(5):575-579.
- American College of Obstetricians and Gynecologists and Centers for Disease Control and Prevention (ACOG/DCP). Work Group on the Prevention of Violence During Pregnancy. Intimate partner violence during pregnancy. A guide for clinicians. Washington: ACO and CDC; 2000. [Citado 24 Sep 2013]. Disponible en: <http://www.cdc.gov/reproductivehealth/violence/IntimatePartnerViolence/index.htm>
- American Medical Association. American Medical Association House of Delegates. Policy H-515.965. Family and intimate partner violence. Chicago, IL: AMA, 2005. [citado 24 Sep 2013]. Disponible: [http://www.ama-assn.org/apps/pf\\_new/pf\\_online?f\\_n=browse&doc=policyfiles/HnE/H-515.965.htm](http://www.ama-assn.org/apps/pf_new/pf_online?f_n=browse&doc=policyfiles/HnE/H-515.965.htm).
- Anderson BA, Marshak HH, Hebbeler DL. Identifying intimate partner violence at entry to prenatal care: clustering routine clinical information. *J Midwifery Womens Health*. 2002;47(5):353-359.
- Arcos E, Molina I, Repossi A, Uarac M, Ritter P. Prevalencia y perfil de violencia doméstica en mujeres embarazadas. *Rev Mujer Salud*. 2000;2:4-11.
- Arcos E, Uarac M, Molina I, Repossi A, Ulloa M. Impacto de la violencia doméstica sobre la salud reproductiva y neonatal. *Rev Med Chile*. 2001;129(12):1413-1424.
- Arcos E, Uarac M, Molina I. Impacto de la violencia doméstica en la salud infantil. *Rev Med Chile*. 2003;131(12):1454-1462.
- Asling-Monemi K, Peña R, Ellsberg MC, Persson LA. Violence against women increases the risk of infant and child mortality: a case-referent study in Nicaragua. *Bull World Health Organ*. 2003;81(1):10-17.
- Audi CAF, Corrêa AM, Latorre MR, Santiago SM. The association between domestic violence during pregnancy and low birth weight or prematurity. *J Pediatr (Rio J)*. 2008a;84(1):60-67.
- Audi CAF, Segall-Corrêa AM, Santiago SM, Andrade MGG, Pérez-Escamilla R. Violência doméstica na gravidez: prevalência e fatores associados. *Rev Saúde Pública*. 2008b;42(5):877-885.
- Audi CAF, Segall-Corrêa AM, Santiago SM, Pérez-Escamilla R. Adverse health events associated with domestic violence during pregnancy among Brazilian women. *Midwifery*. 2012;28:416-421.
- Averbuch T, Spatz D. Breastfeeding mothers and violence: What nurses need to know. *MCN*. 2009;34(5):284-289.
- Bacchus L, Mezey G, Bewley S, Haworth A. Prevalence of domestic violence when midwives routinely enquire in pregnancy. *BJOG*. 2004a;111:441-445.
- Bacchus L, Mezey G, Bewley S. A qualitative exploration of the nature of domestic violence in pregnancy. *Violence Against Women*. 2006;12(6):588-604.
- Bacchus L, Mezey G, Bewley S. Domestic violence: prevalence in pregnant women and associations with

- physical and psychological health. *Eur. J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2004b;113:6-11.
- Bacchus L, Mezey G, Bewley S. Experiences of seeking help from health professionals in a sample of women who experienced domestic violence. *Health Soc Care Community.* 2003;11(1):10-18.
- Bacchus L, Mezey G, Bewley S. Women's perceptions and experiences of routine screening for domestic violence in a maternity service. *BJOG.* 2002;109(1):9-16.
- Bailey BA, Daugherty RA. Intimate partner violence during pregnancy: incidence and associated health. *Matern Child Health J.* 2007;11(5):495-503.
- Banco Mundial. Informe sobre el desarrollo mundial 2012. Igualdad de género y desarrollo. Panorama general. Washington: ed. Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/Banco Mundial;2012. [Citado 21 oct 2013]. Disponible: [wdronline.worldbank.org/worldbank/a/langtrans/65](http://wdronline.worldbank.org/worldbank/a/langtrans/65)
- Barcelona de Mendoza VB. Culturally appropriate care for pregnant Latina women who are victims of domestic violence. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2001;30(6):579-588.
- Baty ML. The intersection of HIV and intimate partner violence: considerations, concerns, and policy implications. *Fam Viol Prev Health Pract.* 2008.
- Campbell JC, Baty ML, Ghandour RM, Stockman JK, Francisco L, Wagman J. The intersection of intimate partner violence against women and HIV/AIDS: a review. *Int J Inj Contr Saf Promot.* 2008;15(4):221-231.
- Bauer KA. Hematologic changes in pregnancy. En :UpToDate; 2014 [citado 3 nov 2014] [9 p.]. Disponible en: <http://www.uptodate.com>
- Beck LF, Johnson CH, Morrow B, Lipscomb LE, Gaffield ME, Colley GB, Rogers M, Whitehead N. PRAMS 1999 surveillance report. Atlanta GA: Division of Reproductive Health, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Centers for Disease Control and Prevention.2003.
- Berenson AB, Wiemann CM, Wilkinson GS, Jones WA, Anderson GD. Perinatal morbidity associated with violence experienced by pregnant women. *Am J Obstet Gynecol.* 1994;170(6):1760-1766.
- Bewley Ch. Domestic violence in pregnancy. *Midirs Essence* Marzo 2011. Aproximadamente 2 páginas.
- Beydoun HA, Tamim H, Lincoln AM, Dooley SD, Beydoun MA. Association of physical violence by an intimate partner around the time of pregnancy with inadequate gestational weight gain. *Soc Sci Med.* 2011;72:867-873.
- Blinn-Pike L, Berger T, Dixon D, Kuschel D, Kaplan M. Is there a causal link between maltreatment and adolescent pregnancy? A literature review. *Perspect Sex Reprod Health.* 2002;34(2):68-75.
- Bohn DK, Tebben JG, Campbell JC. Influences of income, education, age, and ethnicity on physical abuse before and during pregnancy. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.*2004;33(5):561-571.
- Boletín Oficial del Estado. Constitución Española, 29 de diciembre de 1978. Madrid, 1978.
- Boletín Oficial del Estado. LEY ORGÁNICA 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. Madrid, 2004.
- Bott S, Guedes A, Claramunt MC, Guezmes A. Fortaleciendo la respuesta del sector de la salud a la violencia basada en género. Manual de referencia para profesionales de salud en países en desarrollo. New York: ed. Federación Internacional de Planificación de la Familia, Región del Hemisferio Occidental, Inc. IPPF/RHO Herramientas; 2010. [citado 11 Ago 2014]; [248 p.]. Disponible en: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=20701&Itemid=](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=20701&Itemid=)
- Bourassa D, Bérubé J. The prevalence of intimate partner violence among women and teenagers seeking abortion compared with those continuing pregnancy. *J Obstet Gynaecol Can.* 2007;29(5):415-423.
- Brouwnridge DA, Taillieu TL, Tyler KA, Tiwari A, Ling Chan K, Santos SC. Pregnancy and Intimate Partner Violence: Risk Factors, Severity and Health Effects. *Violence Against Women.* 2011;17(7):858-880.
- Brown J B, Lent B, Brett P, Sas G, Pederson LL. Development of the Woman Abuse Screening Tool for Use in Family Practice. *Fam Med.* 1996;28(6):422-428.
- Burch RL, Gallup GG. Pregnancy as a Stimulus for Domestic Violence. *JFam Violence.* 2004;19(4):243-247.

- Burón-Martínez E, Aguayo-Maldonado J. Grupo de RCP Neonatal de la Sociedad Española de Neonatología. Reanimación del recién nacido. *An Pediatr (Barc)*. 2006;65(5):470-477.
- Campbell J, García-Moreno C, Sharps P. Abuse During Pregnancy in Industrialized and Developing Countries. *Violence Against Women*. 2004;10(7):770-789.
- Campbell J, Torres S, Ryan J, King C, Campbell DW, Stallings RY, Fuchs SC. Physical and nonphysical partner abuse and other risk factors for low birth weight among full term and preterm babies: a multiethnic case-control study. *Am J Epidemiol*. 1999;150(7):714-726.
- Campbell J. Abuse during pregnancy: a quintessential threat to maternal and child health — so when do we start to act?. *Commentary. JAMC*. 2001;164 (11):1578-1579.
- Campbell JC, Pugh LC, Campbell D, Visscher M. The influence of abuse on pregnancy intention. *Women's Health Issues*. 1995;5:214-23.
- Campbell JC, Woods AB, Chouaf KL, Parker B. Reproductive health consequences of intimate partner violence. *Clin Nurs Res*. 2000;9(3):217-237.
- Campbell JC, Woods AB, Chouaf KL, Parker B. Reproductive health consequences of intimate partner violence. *Clinical Nursing Research*. 2000;9(3):217-237.
- Campbell JC. Health consequences of intimate partner violence. *The Lancet*. 2002;359:1331–1336.
- Campbell JC. Nursing Assessment for risk of homicide with battered women. *ANS Adv Nurs Sci*. 1986; 8:36-51.
- Canterino J C, VanHorn LG, Harrigan JT, Ananth CV, Vintzileos AM. Domestic abuse in pregnancy: a comparison of a self-completed domestic abuse questionnaire with a directed interview. *Am J Obstet Gynecol*. 1999;181:1049-1051.
- Casanueva CE, Martin SL. Intimate partner violence during pregnancy and mother's child abuse potential. *J Interpers Violence*. 2007;22(5):603-622.
- Castellano Arroyo M, Lachica López E, Molina Rodríguez A, Villanueva de la Torre H. Violencia contra la mujer. El perfil del agresor: criterios de valoración del riesgo. *Cuad. Med. Forense*. 2004;35:15-28.
- Castellanos ME, Muñoz MI, Nebot M, Payá A, Rovira MT, Planas S, Sanromà M, Carreras R. Validez del consumo declarado de tabaco en el embarazo. *Aten Primaria*. 2000;26(9):629-632.
- Castro R, Peek-Asa C, Ruiz A. Violence against women in Mexico: a study of abuse before and during pregnancy. *Am J Public Health*. 2003;93(7):1110-1116.
- Castro R, Ruíz A. Prevalencia y severidad de la violencia contra las mujeres embarazadas, Méjico. *Rev Saude Publica*. 2004;38(1):62-70.
- Centers for Disease Control and Prevention. Pregnancy Risk Assessment Monitoring System (PRAMS). Febrero 2006. [citado 6 nov 2012]. Disponible en: <http://www.cdc.gov/reproductivehealth/ProductsPubs/PDFs/Physical%20Violence.pdf>
- Cepeda-Silva A, Morales-Carmona F, Henales-Almaraz MC, Méndez-Cabello S. Violencia familiar durante el embarazo como factor de riesgo para complicaciones maternas y recién nacidos de peso bajo. *Perinatol Reprod Hum*. 2011;25(2):81-87.
- Cerulli C, Chin N, Talbot N, Chaudron L. Exploring the Impact of Intimate Partner Violence on Breastfeeding Initiation: Does It Matter? *Breastfeed Med*. 2010;5(5): 225-226.
- Clark CJ, Hill A, Jabbar K, Silverman JG. Violence during pregnancy in Jordan: its prevalence and associated risk and protective factors. *Violence Against Women*. 2009;15(6):720-735.
- Coker AL, Garcia LS, Williams CM, Crawford TN, Clear ER, McFarlane J, Ferguson JE. Universal psychosocial screening and adverse pregnancy outcomes in an academic obstetric clinic. *Obstet Gynecol*. 2012;119(6):1180-1189.
- Coker AL, Sanderson M, Dong B. Partner violence during pregnancy and risk of adverse pregnancy outcomes. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 2004;18:260-269.
- Cokkinides VE, Coker AL, Sanderson M, Addy C, Bethea L. Physical violence during pregnancy: maternal complications and birth outcomes. *Obstet Gynecol*. 1999;93 (5 Pt 1):661-666.

- Cokkinides VE, Coker AL. Experiencing Physical Violence During Pregnancy: Prevalence and Correlates. *Fam Community Health*. 1998;20(4):19-37.
- Colorado-Yohar S, Tormo MJ, Salmerón D, Dios S, Ballesta M, Navarro C. Violence reported by the immigrant population is high as compared with the native population in southeast Spain. *J Interpers Violence*. 2012 ;27(6) :3322-3340.
- Collado Peña SP, Villanueva Egan LA. Relación entre la violencia familiar durante el embarazo y el riesgo de bajo peso en el recién nacido. *Ginecol Obstet Mex* 2007;75(5):259-267.
- Collins JW, David RJ. Urban violence and Africa-American pregnancy outcome: an ecologic study. *Ethn Dis*. 1997;7(3):184-190.
- Comisión contra la violencia de género. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género. Madrid: Ed. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007. [citado 11 Ago 2014];n [64 p.]. Disponible en:[http://www.observatorioviolencia.org/upload\\_images/File/DOC1179995292\\_protocoloComun.pdf](http://www.observatorioviolencia.org/upload_images/File/DOC1179995292_protocoloComun.pdf)
- Comisión contra la violencia de género. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género. Madrid: Ed. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012. [citado 11 Ago 2014]; [120 p.]. Disponible en:[http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ProtComActSan\\_2012.pdf](http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ProtComActSan_2012.pdf)
- Comisión Europea. Iniciativa DAPHNE Violencia doméstica: Apoyando a las mujeres en el centro de trabajo. Bruselas: ed. Comisión Europea: 1997.
- Consejo de Europa. Campagne pour combattre la violence a l'égard des femmes,y compris la violence domestique (2007-2008), 2009a. [citado 11 Ago 2014]; [aprox. 4 p.]. Disponible en: [http://www.coe.int/t/dg2/equality/domesticviolencecampaign/default\\_fr.asp](http://www.coe.int/t/dg2/equality/domesticviolencecampaign/default_fr.asp)
- Consejo de Europa. El Consejo de Europa y la violencia de género. Documentos elaborados en el marco de la campaña europea para combatir la violencia contra las mujeres (2006-2008). Madrid: Ed. Ministerio de Igualdad; 2009b. [citado 11 Ago 2014]; [556 p.]. Disponible: [http://www.msssi.gob.es/ssi/violenciaGenero/publicaciones/colecciones/PDFS\\_COLECCION/libro4\\_consejoeuropa.pdf](http://www.msssi.gob.es/ssi/violenciaGenero/publicaciones/colecciones/PDFS_COLECCION/libro4_consejoeuropa.pdf)
- Consejo de Europa. Estudios sobre las medidas y acciones adoptadas por los estados miembros del Consejo de Europa sobre violencia de género. Bruselas; 2006.
- Consejo de Europa. Protección de las mujeres contra la violencia. Recomendaciones Rec (2002) 5 adoptado por el comité de Ministros del Consejo de Europa el 30 de abril de 2002 y Memorandum explicativo. [citado 11 Ago 2014]; [16 p.]. Disponible en: [http://www.coe.int/t/dghl/standardsetting/equality/03themes/violence-against-women/Rec\(2002\)5\\_Spanish.pdf](http://www.coe.int/t/dghl/standardsetting/equality/03themes/violence-against-women/Rec(2002)5_Spanish.pdf)
- Consejo General del Poder Judicial (España). La violencia sobre la mujer en la estadística judicial: Datos anuales de 2012. [Internet]. Abril 2013 [citado 11 Ago 2014]; [31 p.].Disponible en: [http://www.poderjudicial.es/cgpi/es/Temas/Violencia\\_domestica\\_y\\_de\\_genero/Actividad\\_del\\_Observatorio/Datos\\_estadisticos/La\\_violencia\\_sobre\\_la\\_mujer\\_en\\_la\\_estadistica\\_judicial\\_Datos\\_anuales\\_de\\_2012](http://www.poderjudicial.es/cgpi/es/Temas/Violencia_domestica_y_de_genero/Actividad_del_Observatorio/Datos_estadisticos/La_violencia_sobre_la_mujer_en_la_estadistica_judicial_Datos_anuales_de_2012)
- Consejo General del Poder Judicial. Informe del grupo de expertos y expertas en violencia doméstica y de género del Consejo General del Poder Judicial acerca de los problemas técnicos detectados en la aplicación de la Ley Orgánica 1/2004. Madrid 2011. [citado 11 Ago 2014]; [49 p.]. Disponible: [http://www.observatorioviolencia.org/upload\\_images/File/DOC1296554159\\_INFORME\\_PROBLEMAS\\_TECNICOS\\_LO\\_1-2004-PROPUESTAS\\_LEGISLATIVAS-2011\\_01.pdf](http://www.observatorioviolencia.org/upload_images/File/DOC1296554159_INFORME_PROBLEMAS_TECNICOS_LO_1-2004-PROPUESTAS_LEGISLATIVAS-2011_01.pdf)
- Cortés Pérez S, Pérez Milán F, Gobernado Tejedor JA, Mora Cepeda P. Epidemiología de los estados hipertensivos del embarazo. *Clin Invest Ginecol Obstet*. 2009;36(04):132-139.
- Council of Europe. Gender Equality and Anti-Trafficking Division. Directorate General of Human Rights and Legal Affairs. Final Activity Report. Task Force to Combat Violence against Women, including Domestic Violence (EG-TFV). Strasbourg, September 2008. [citado 11 Ago 2014]; [104 p.]. Disponible en: [http://www.coe.int/t/dg2/equality/domesticviolencecampaign/Source/final\\_Activity\\_report.pdf](http://www.coe.int/t/dg2/equality/domesticviolencecampaign/Source/final_Activity_report.pdf)
- Covington DL, Hage M, Hall T, Mathis M. Preterm delivery and the severity of violence during pregnancy. *J Reprod Med*. 2001a;46:1031–1039.
- Crempien RC, Rojas G, Cumsille P, Oda MC. Domestic violence during pregnancy and mental health:



- Exploratory study in primary health centers in Peñalolén. *ISRN Obstet Gynecol*, vol. 2011, Article ID 265817, 5 pages, 2011. doi:10.5402/2011/265817.
- Cripe SM, Sánchez SE, Perales MT, Lam N, García P, Williams MA. Association of intimate partner physical and sexual violence with unintended pregnancy among pregnant women in Peru. *Int J Gynecol Obstet*. 2008;100:104–108.
- Cripe SM, Sánchez SE, Sánchez E, Ayala-Quintanilla B, Hernández-Alarcón Ch, Gelaye B, Williams MA. Intimate partner violence during pregnancy: A pilot intervention program in Lima, Peru. *J Interpers Violence*. 2010;25(11):2054–2076.
- Cuevas S, Blanco J, Juárez C, Palma O, Valdez-Santiago R. Violencia y embarazo en usuarias del sector salud en estados de alta marginación en México. *Salud Publica Mex*. 2006;48(Supl 2):S239-S249.
- Chamberlain L, Perham-Hester KA. Physicians screening practices for female partner abuse during prenatal visits. *Matern Child Health J*. 2000;4(2):141-148.
- Chang J, Berg CJ, Saltzman LE, Herndon J. Homicide: a leading cause of injury deaths among pregnant and postpartum women in the United States, 1991-1999. *Am J Public Health*. 2005;95(3):471-477.
- Charles P, Perreira KM. Intimate partner violence during pregnancy and 1-year post-partum. *J Fam Viol*. 2007;22:609-619.
- Dahlberg LL, Krug EG. Violence-a global public health problem. In: Krug E, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, eds. *World Report on Violence and Health*. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2002:1–56.
- Dano C, Fournié A, Le Geay F, Lefebvre-Lacoeuille C, Fanello S, Descamps P. Alcohol y embarazo. *EMC - Ginecología-Obstetricia*. 2013;49(1):8pp. Disponible:[http://dx.doi.org/10.1016/S1283-081X\(13\)64081-](http://dx.doi.org/10.1016/S1283-081X(13)64081-)
- Daoud N, Urquía ML, O'Campo P, Heaman M, Janssen PA, Smylie J, Thiessen K. Prevalence of abuse and violence before, during and after pregnancy in a national sample of Canadian women. *Am J Public Health*. 2012;102(10):1893-1901.
- Delegación del gobierno para la violencia de género. Macroencuesta de violencia de género 2011, principales resultados. Madrid: ed. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012. [citado 11 Ago 2014]; [29 p.]. Disponible en:[http://www.observatorioviolencia.org/upload\\_images/File/DOC1329745747\\_macroencuesta2011\\_principales\\_resultados-1.pdf](http://www.observatorioviolencia.org/upload_images/File/DOC1329745747_macroencuesta2011_principales_resultados-1.pdf)
- Delgado A, Aguar M, Castellano M, Luna del Castillo JD. Validación de una escala para la medición de los malos tratos a mujeres. *Aten Primaria*. 2006;38(2):82-89.
- Devries KM, Kishor S, Johnson H, Stöckl H, Bacchus LJ, García-Moreno C, Watts C. Intimate partner violence during pregnancy: analysis of prevalence data from 19 countries. *Reprod Health Matters*. 2010;18(36):158–170.
- Diario Oficial de la Unión Europea. Decisión N° 779/2007/CE del Parlamento Europeo y del Consejo de 20 de junio de 2007. 3.7.2007. L 173/19-L 173/25. por la que se establece, para el periodo 2007-2013, un programa específico para prevenir y combatir la violencia ejercida sobre los niños, los jóvenes y las mujeres y proteger a las víctimas y grupos de riesgo (programa Daphne III) integrado en el programa general «Derechos fundamentales y justicia» 8 páginas.
- Dibaba Y, Fantahun M, Hindin MJ. The associated pregnancy and social support with depressive symptoms in pregnancy: evidence from rural Southwestern Ethiopia. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2013;13(135):8pp.
- Dietz PM, Gazmarian JA, Goodwin MM, Bruce FC, Jonson CH, Rochat RW. Delayed entry into prenatal care: effect of physical violence. *Obstet Gynecol*. 1997;90(2):85-92.
- Dorairaj J, Sagili H, Rani R, Nanjundan P, Rajendran J, Ananthkrishnan R. Delayed presentation of intraperitoneal bladder rupture following domestic violence in pregnancy. *J Obstet Gynaecol Res*. 2012;4(38):753-756.
- Dubova SV, Pámanes-González V, Billings DL, Torres-Arreola LP. Violencia de pareja en mujeres embarazadas en la Ciudad de México. *Rev Saude Publica*. 2007;41(4):582-590.

- Duncan MM, McIntosh PA, Stayton CD, Hall CB. Individualized performance feedback to increase prenatal domestic violence screening. *Matern Child Health J.* 2006;10:443–449.
- Dunn LL, Oths KS. Prenatal predictors of intimate partner abuse. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2004;33(1):54-63.
- Dye TD, Tollivert NJ, Lee RV, Kenney CJ. Violence, pregnancy and birth outcome in Appalachia. *Paediatr Perinat Epidemiol.* 1995;9(1):35-47.
- Eaton LA, Kalichman SC, Sikkema KJ, Skinner D, Watt MH, Pieterse D, Pitpitan EV. Pregnancy, alcohol intake, and intimate partner violence among men and women attending drinking establishments in a Cape Town, South Africa Township. *J Community Health.* 2012;37:208–216.
- Edin KE, Dahlgren L, Lalos A, Högberg U. “Keeping Up a Front”: Narratives about intimate partner violence, pregnancy and antenatal care. *Violence Against Women.* 2010;16(2):189-206.
- Edin KE, Hogberg U. Violence against pregnant women will remain hidden as long as no direct questions are asked. *Midwifery.* 2002;18(4):268-278.
- Ellsberg M, Heise L. Investigando la violencia contra las mujeres. Una guía práctica para la investigación y la acción. Managua, Nicaragua: Organización Mundial de la Salud, PATH;2007.
- Ellsberg M, Jansen H, Heise L, Wats Ch, García-Moreno C. Intimate partner violence and women’s physical and mental health in the WHO multi-country study on women’s health and domestic violence: an observational study. *Lancet.* 2008;371:1165-1172.
- Ellsberg M, Peña R, Herrera A, Liljestrand J, Winkvist A. Candies in hell: women's experiences of violence in Nicaragua. *Soc Sci Med.* 2000;51:1595–1610.
- Ellsberg M. Violence against women and the Millennium Development Goals: Facilitating women’s access to support. *Int J Gynecol Obstet.* 2006; 94:325-332.
- Engnes K, Lidén E, Lundgren I. *Int J Qualitative Stud Health Well-being.* 2012;7:11199 – DOI: 10.342/qhw.v7i0.11199.
- Escribà-Agüir V, Romito P, Scrimin F, Molzan Turan J. Are there differences in the impact of partner violence on reproductive health between postpartum women and women who had an elective abortion? *J Urban Health.* 2012;89(5):861-871.
- Escribà-Agüir V, Royo-Marqués M, Mas-Pons R, Fullana-Montoro A, Moreno-Alonso MP. Protocolo para la atención sanitaria de la violencia de género (PDA). Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Agència Valenciana de Salut, 2008.
- Escribà-Agüir V, Ruiz-Pérez I, Saurel-Cubizolles MJ. Screening for domestic violence during pregnancy. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2007;28(3):133-134.
- Espinosa L, Osborne K. Domestic violence during pregnancy: implication for practice. *J Midwifery Womens Health.* 2002;47(5):305-317.
- European Commission. Violencia doméstica contra las mujeres. Eurobarómetro 73.2, 2010. [citado 11 Ago 2014]; [4 p.]. Disponible en:[http://www.observatorioviolencia.org/upload\\_images/File/DOC1285322726\\_VG2010.pdf](http://www.observatorioviolencia.org/upload_images/File/DOC1285322726_VG2010.pdf)
- European Women’s Lobby. Unveiling the hidden data on domestic violence in the European Union. Final Report. Bruselas 1999. [citado 11 Ago 2014]; [99 p.]. Disponible en:[www.familyviolence.gov.cy/upload/20091217/1261037273-32239.pdf](http://www.familyviolence.gov.cy/upload/20091217/1261037273-32239.pdf)
- Evins G, Chescheir N. Prevalence of domestic violence among women seeking abortion services. *Women’s Health Issues.* 1996;4:204-209.
- Fanslow J, Silva M, Robinson E, Whitehead A. Violence during pregnancy: Associations with pregnancy intendedness, pregnancy-related care, and alcohol and tobacco use among a representative sample of New Zealand women. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 2008b;48:398-404.
- Fanslow J, Silva M, Whitehead A, Robinson E. Pregnancy outcomes and intimate partner violence in New Zealand. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 2008a;48:391-397.
- Fauveau V, Koenig MA, Chakraborty J, Chowdhury AI. Causes of maternal mortality in rural Bangladesh, 1976–1985. *Bull World Health Organ.* 1988;66(5):643–651.

- Ferri CP, Mitsuhiro SS, Barros MCM, Chalem E, Guinsburg R, Patel V, Prince M, Laranjeira R. The impact of maternal experience of violence and common mental disorders on neonatal outcomes: a survey of adolescent mothers in Sao Paulo, Brazil. *BMC Public Health*. 2007;7:209-9pp.
- Finnbogadóttir H, Dykes AK. Midwives' awareness and experiences regarding domestic violence among pregnant women in southern Sweden. *Midwifery*. 2012;28:181-189.
- Flood M, Pease B. Factors influencing attitudes to violence against women. *Trauma Violence Abuse*. 2009;10(2):125-142.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Un enfoque práctico de la violencia de género: Guía programática para proveedores y encargados de servicios de salud. Nueva York: ed. UNFPA; 2001.
- Furniss K, McCaffrey M, Parnell V, Rovi S. Nurses and barriers to screening for intimate partner violence. *MCN*. 2007;32(4):238-243.
- Fustos K. La violencia de género aumenta el riesgo del VIH/SIDA para la mujer en los países del África subsahariana. Mayo 2011. [citado 11 Ago 2014];[aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://www.prb.org/SpanishContent/2011/gender-based-violence-hiv-sp.aspx>
- Galtung J. Investigaciones teóricas: sociedad y cultura contemporánea. Madrid: Tecnos / Instituto de cultura Juan Gil – Albert; 1990.
- Gantra BR, Coyaji KJ, Rao VN. Too far, too little, too late: a community based casecontrol study of maternal mortality in rural west Maharashtra, India. *Bull World Health Organ*. 1998;76(6):591–598.
- García-Moreno C, Jansen H, Ellsberg M, Heise L, Watts Ch. Prevalence of intimate partner violence findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *Lancet*. 2006 ;368 :1260-1269.
- García-Moreno C, Jansen H, Ellsberg M, Heise L, Watts Ch. WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women. Initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. WHO Library Cataloguing-in-Publications Data. Ginebra 2005.
- García-Moreno C. Violencia contra la mujer: Género y equidad en la salud. Organización Panamericana de la Salud. Harvard Center for Population and Development Studies; 2000. Publicación Ocasional N° 6. [citado 11 Ago 2014]; [44 p.]. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/DBI/po06.htm>
- Gazmararian JA, Lazorich S, Spitz AM, Ballard TJ, Saltzman LE, Marks JS. Prevalence of violence against pregnant women. *JAMA*. 1996;89(9):1915-1920.
- Gazmararian JA, Petersen R, Spitz AM, Goodwin MM, Saltzman LE, Marks JS. Violence and reproductive health: Current knowledge and future research directions. *Matern Child Health J*. 2000;4(2):79-84.
- Gessner BD, Perham-Hester KA. Experience of violence among teenage mothers in Alaska. *J Adolesc Health*. 1998;22(5):383-388.
- Gil-González D, Vives-Cases C, Álvarez-Dardet C, Latour-Pérez J. Alcohol and intimate partner violence: do we have enough information to act?. *Eur J Public Health*. 2006;16(3):278–284.
- Glander SS, Moore ML, Michielutte R, Parsons LH. The prevalence of domestic violence among seeking abortion. *Obstet Gynecol*. 1998;91(6):1002-1006.
- González-González NL, Medina V, Jiménez A, Gómez-Arias J, Ruano A, Perales A, y cols. Base de datos perinatales nacionales 2004. *Prog Obstet Ginecol*. 2006;49(11):645-655.
- Goodwin MM, Gazmararian JA, Johnson CH, Gilbert BC, Saltzman LE. The PRAMS Working Group Pregnancy intendedness and physical abuse around the time of pregnancy: findings from the pregnancy risk assessment monitoring system, 1996-1997. *Matern Child Health J*. 2000;4(2):85-92.
- Granja AC, Zacarias E, Bergstro S. Violent deaths: the hidden face of maternal mortality. *BJOG*. 2002;109(1):5–8.
- Greenberg EM, McFarlane J, Watson MG. Vaginal bleeding and abuse: assessing pregnant women in the emergency department. *MCN Am J Matern Child Nurs*. 1997;22(4):182-186.
- Gren-Thomson R, Moodley J. In-utero intracranial haemorrhage probably secondary to domestic violence: Case report and literature review. *Journal of Obst and Gyn*. 2005;25(8):816-818.

- Grimstad H, Schei B, Backe B, Jacobsen G. Physical abuse and low birthweight: a case-control study. *Br J Obstet Gynaecol.* 1997;104(11):1281-1287.
- Harper M, Parsons L. Maternal deaths due to homicide and other injuries in North Carolina: 1992–1994. *Obstetrics and Gynecology.* 1997;90(6):920–923.
- Harrison PA, Sidebottom AC. Systematic prenatal screening for psychosocial risks. *J Health Care Poor Underserved.* 2008;19:258–276.
- Harrykisson SD, Rickert VI, Wiemann CM. Prevalence and patterns of intimate partner violence among adolescent mothers during the postpartum period. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2002;156:325–330.
- Hay DF, Pawlby S, Angold A, Harold GT, Sharp D. Pathways to violence in the children of mothers who were depressed postpartum. *Dev Psychol.* 2003;39(6):1083-1094.
- Heaman MI. Relationships between physical abuse during pregnancy and risk factors for preterm birth among women in Manitoba. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2005;34(6):721-731.
- Hedin LW, Grimstad H, Moller A, Schei B, Janson PO. The prevalence of violence investigated in a pregnant population in Sweden. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2001;22(4):189-197.
- Hedin LW, Janson PO. Domestic violence during pregnancy. The prevalence of physical injuries, substance use, abortions and miscarriages. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2000;79(8):623-630.
- Hedin LW. Postpartum, also a risk period for domestic violence. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2000;89(1):41-45.
- Heise L, Ellsberg M, Gottemoeller M. Ending violence against women. *Population Reports.* 1999;XXVII(4):Serie L,Nº 11.
- Heise L, Ellsberg M. Violence against women: Impact on sexual and reproductive health. En: Murphy E, Ringheim K, editores. *Reproductive Health, Gender and Human Rights. A Dialogue.* PATH 2001.
- Heise L, García-Moreno C. Violence by Intimate Partners. En: Krug ED, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, editores: *World Report on Violence and Health.* Geneva: World Health Organization;2002.87–121.
- Heise L. Violence against women. An integrated, ecological framework. *Violence Against Women* 1998;4(3):262-290.
- Helton AS, McFarlane J, Anderson ET. Battered and pregnant: a prevalence study. *Am J Public Health.* 1987;77:1337-1339.
- Henshaw Sk. Unintended pregnancy in the United States. *Fam Plann Perspec.* 1998;30:24-29.
- Higgins LP, Hawkins JW. Screening for Abuse During Pregnancy: Implementing a Multisite Program. *MCN Am J Matern Child Nurs.* 2005;30(2):109-114.
- Hillard PJA. Physical abuse in pregnancy. *Obstet Gynecol* 1985;66:185-90.
- Hindin MJ, Kishor S, Ansara DL. Intimate partner violence among couples in 10 DHS Countries: predictors and health outcomes. 2008. DHS Analytical Studies No. 18. Calverton, Maryland, USA: Macro International Inc. [citado 11 Ago 2014]; [97 p.]. Disponible: <http://dhsprogram.com/pubs/pdf/AS18/AS18.pdf>
- Hinshaw LM, Forbes GB. Attitudes toward women and approaches to conflict resolution in college students in Spain and the United States. *J Soc Psychol.* 1993;133: 867.
- Hirigoyen MF. *Mujeres maltratadas. Los mecanismos de la violencia en la pareja.* Barcelona:Ed. Paidós; 2006.
- Holmes MM, Resnick HS, Kilpatrick DG, Best CL. Rape-related pregnancy: estimates and descriptive characteristics from a national sample of women. *Am J Obstet Gynecol.* 1996;175(2):320-324.
- Hooton TM. Urinary tract infections and asymptomatic bacteriuria in pregnancy. En: UpToDate; 2014 [citado 3 nov 2014] [14 p.]. Disponible en: <http://www.uptodate.com>
- Horiuchi S, Yaju Y, Kataoka Y, Eto HG, Matsumoto N. Development of an evidence-based domestic violence guideline: supporting perinatal women-centred care in Japan. *Midwifery.* 2009;25:72-78.

- Howard LM, Oram S, Galley MM Trevillion K, Feder G. Domestic violence and perinatal mental disorders: a systematic review and meta-analysis. *PLOS Medicine*. 2013;10(5):16pp.
- Hudson WW, McIntosh SR. The assessment of spouse abuse: two quantifiable dimensions. *J Marriage Fam*. 1981;43:873–888.
- Humphreys J. Sexually transmitted infections, pregnancy, and intimate partner violence. *Health Care Women Int*. 2011;32(1):23-38.
- Huth-Bocks AC, Levendosky AA, Bogat GA. The effects of domestic violence during pregnancy on maternal and infant health. *Violence Vict*. 2002;17(2):169-185.
- Huth-Bocks AC, Levendosky AA, Theran S, Bogat GA. The impact of domestic violence on mothers' prenatal representations of their infants. *Infant Ment Health J*. 2004;25(2):79-98.
- Instituto Andaluz de la Mujer. Aproximación a la realidad de mujeres y hombres en Andalucía 2010. Sevilla. Edita: Instituto Andaluz de la Mujer. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. 2011.
- Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía. (IEyCA, 2010). Movimiento Natural de la Población. [www.juntadeandalucia.es/institutodeestadisticaycartografia/iea/resultadosConsulta.jsp?codConsulta=47743](http://www.juntadeandalucia.es/institutodeestadisticaycartografia/iea/resultadosConsulta.jsp?codConsulta=47743)
- Instituto de la Mujer. III Macroencuesta de la violencia contra las mujeres. Informe de resultados. Madrid: ed. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2006.
- Instituto Nacional de Estadística. (INE). Movimiento Natural de la Población. Datos 2010. [www.INEbase.es](http://www.INEbase.es)
- Iron O, Boulvain M, Straccia AT, Bonnet J. Emotional, physical and sexual violence against women before or during pregnancy. *Br J Obstet Gynaecol*. 2000;107:1306-1308.
- Jackson KB, Fraser D. A study exploring UK midwives' knowledge and attitudes towards caring for women who have been sexually abused. *Midwifery*. 2009;25(3):253-263.
- Jacoby M, Gorenflo D, Black E, Wunderlich C, Eyler AE. Rapid repeat pregnancy and experiences of interpersonal violence among low-income adolescents. *Am J Prev Med*. 1999;16(4), 318-321.
- Jagoe J, Magna EF, Chauhan SP, Morrison JC. The effects of physical abuse on pregnancy outcomes in a low-risk obstetric population. *Am J Obstet Gynecol*. 2000;182(5):1067-1069.
- Jahanfar S, Janssen PA, Howard LM, Dowswell T. Interventions for preventing or reducing domestic violence against pregnant women. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 2. Art. No.: CD009414. DOI:10.1002/14651858.CD009414.pub2.
- Janssen PA, Holt VL, Sugg NK, Emanuel I, Critchlow CM, Henderson AD. Intimate partner violence and adverse pregnancy outcomes: A population-based study. *Am J Obstet Gynecol*. 2003;188(5):1341-1347.
- Jasinski JL. Pregnancy and domestic violence: a review of the literature. *Trauma Violence Abuse*. 2004;5(1):47-64.
- Jeanjot I, Barlow P, Rozenberg S. Domestic violence during pregnancy: survey of patients and healthcare providers. *J Womens Health*. 2008;17(4):557-567.
- Johnson JK, Haider F, Ellis K, Hay DM, Lindow SW. The prevalence of domestic violence in pregnant women. *BJOG*. 2003;110(3):272 –275.
- Junta de Andalucía. Proceso asistencial integrado. Embarazo, parto y puerperio. 2ª ed. Sevilla: edita Consejería de Salud; 2005. [citado 11 Ago 2014]; [147 p.] Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/1337163433embarazo.pdf>
- Kamal SMM. Domestic Violence, unwanted pregnancy and pregnancy termination among urban women of Bangladesh. *J Family Reprod Health*. 2013(1):11-22.
- Kane J. Violencia familiar. Folletos Daphne: asuntos y experiencias en la lucha contra la violencia ejercida contra los niños, los adolescentes y las mujeres. Bruselas: ed. Unión Europea; 2008. [citado 11 Ago 2014]; [30 p.]. Disponible en: [http://ec.europa.eu/justice\\_home/daphnetoolkit/files/others/booklets/05\\_daphne\\_booklet\\_5\\_es.pdf](http://ec.europa.eu/justice_home/daphnetoolkit/files/others/booklets/05_daphne_booklet_5_es.pdf)
- Kataoka Y, Yaju Y, Eto H, Matsumoto N, Horiuchi S. Screening of domestic violence against women in the

- perinatal setting: A systematic review. *Jpn J Nurs Sci.* 2004;1(2):77-86.
- Kaye DK, Mirembe FM, Bantebya G, Johansson A, Ekstrom AM. Domestic violence as risk factor for unwanted pregnancy and induced abortion in Mulago Hospital, Kampala, Uganda. *Trop Med Int Health.* 2006a;11(1):90-101.
- Kaye DK, Mirembe FM, Bantebya G, Johansson A, Ekstrom AM. Domestic violence during pregnancy and risk of low birthweight and maternal complications: a prospective cohort study at Mulago Hospital, Uganda. *Trop Med Int Health.* 2006b;11(10):1576-1584.
- Kearney MH, Haggerty LA, Munro BH, Hawkins JW. Birth outcomes and maternal morbidity in abused pregnant women with public versus private health insurance. *J Nurs Scholarsh.* 2003;35(4):345-349.
- Kearney MH, Munro BH, Kelly U, Hawkins JW. Health behaviors as mediators for the effect of partner abuse on infant birth weight. *Nurs Res.* 2004;53(1):36-45.
- Kendall-Tackett KA. Violence against women and the perinatal period. The impact of lifetime violence and abuse on pregnancy, postpartum and breastfeeding. *Trauma Violence Abuse.* 2007;8(3):344-353.
- Kiely M, El-Mohandes A, El-Khorazaty MN, Ganz MG. An integrated intervention to reduce intimate partner violence in pregnancy. A randomized controlled trial. *Obstetrics and gynecology.* 2010;115(2):273-283.
- Kim H, Cain R, Viner-Brown S. Intimate partner violence before or during pregnancy in Rhode Island. *Med Health R I.* 2010;93(1):29-31.
- Kornfeld BD, Bair-Merritt MH, Frosch E, Solomon BS. Postpartum depression and intimate partner violence in urban mothers: co-occurrence and child healthcare utilization. *J Pediatr.* 2012;161:348-353.
- Kramer A. Stages of change. Surviving intimate partner violence during and after pregnancy. *J Perinat Neonatal Nurs.* 2007;21(4):285-295.
- Lam N, Contreras H, Cuesta F, Mori E, Cordoni J, Carrillo N. Resiliencia y apoyo social frente a trastornos depresivos en gestantes sometidas a violencia de género. *Rev Peru Epidemiol.* 2008;12(3):1-8.
- Lau Y, Chan KS. Influence of intimate partner violence during pregnancy and early postpartum depressive symptoms on breastfeeding among Chinese women in Hong Kong. *J Midwifery Womens Health.* 2007;52(2):15-20.
- Lazenbatt A, Taylor J, Cree L. A healthy settings framework: an evaluation and comparison of midwives' responses to addressing domestic violence. *Midwifery.* 2009;25(6):622-636.
- Lazenbatt A, Thompson-Cree MEM, McMurray F. The use of exploratory factor analysis in evaluating midwives' attitudes and stereotypical myths related to the identification and management of domestic violence in practice. *Midwifery.* 2005;21(4):322-334.
- Lazenbatt A. Safeguarding children and public health: Midwives' responsibilities. *Perspect Public Health.* 2010;130(3):118-126.
- Leiner AS, Compton MT, Houry D, Kaslow NJ. Intimate partner violence, psychological distress, and suicidality: A path model using data from African American women seeking care in an urban emergency department. *J Fam Violence.* 2008;23(6):473-481.
- Leone JM, Lane SD, Koumans EH, DeMott K, Wojtowycz MA, Jensen J, Aubry RH. Effects of intimate partner violence on pregnancy trauma and placenta abruption. *J Womens Health.* 2010;8(19):1501-1509.
- Leung TW, Leung WC, Chan PL, Ho PC. A comparison of the prevalence of domestic violence between patients seeking termination of pregnancy and other general gynaecology patients. *Int J Gynaecol Obstet.* 2002;77(1):47-54.
- Li Q, Kirby RS, Sigler RT, Hwang SS, LaGory ME, Goldenberg RL. A multilevel analysis of individual, household, and neighborhood correlates of intimate partner violence among low-income pregnant women in Jefferson County, Alabama. *Am J Public Health.* 2010;100(3):531-539.
- Liebschutz J, Battaglia T, Finley E, Averbuch T. Disclosing intimate partner violence to health care clinicians- What a difference the setting makes: a qualitative study. *BMC Public Health.* 2008;8:229.doi:10.1186/1471-2458-8-229.
- Lipsky S, Holt VL, Easterling TR, Critchlow CW. Police-reported intimate partner violence during pregnancy and the risk of antenatal hospitalization. *Matern Child Health J.* 2004;8(2):55-63.

- Lobo A. "Screening" de trastornos psíquicos en la práctica médica. Zaragoza: Secretariado de Publicaciones. Universidad de Zaragoza. 1987. 58pp.
- Lorente Acosta M. Violencia contra las mujeres y trato indigno. Entre la invisibilidad y la negación. *Feminismo/s*. 2005;6:65-78.
- Lorente Acosta M. Violencia y maltrato de género (I). Aspectos generales desde la perspectiva sanitaria. *Emergencias*. 2008;20:191-197.
- Lorente Acosta M. Mi marido me pega lo normal. Agresión a la mujer: realidades y mitos. Ares y Mares. Editorial Crítica, Barcelona, 2001.
- Lutgendorf MA, Thagard A, Rockswold PD, Busch J M, Magann EF. Domestic violence screening of obstetric triage patients in a military population. *Obstet Gynecol Surv*. 2013;68(2):77-79.
- Lyon DS, Reeve MM. Abuse of pregnant women can physicians make a difference? *Jacksonville Medicine* / May, 1999. [citado 12 Oct 2012]; [aprox. 5 p]. Disponible en: <http://www.dcmsonline.org/jaxmedicine/1999journals/May99/pregnancy.htm>
- MacMillan HL, Wathen CN, Jamieson E, Boyle MH, Shannon HS, Ford-Gilboe M, Worster A, Lent B, Coben JH, Campbell JC, McNutt LA; for the McMaster Violence Against Women Research Group. Screening for intimate partner violence in health care settings. A randomized trial. *JAMA*. 2009;302(5):493-501.
- Macy RJ, Martin SL, Kupper LL, Casanueva C, Guo S. Partner violence among women before, during, and after pregnancy. Multiple opportunities for intervention. *Womens Health Issues*. 2007;17(5):290-299.
- Majdalani MP, Alemán M, Fayanás R, Guedes A, Mejía RM. Validación de un cuestionario breve para detectar situaciones de violencia de género en las consultas clínicas. *Rev Panam Salud Pública*. 2005;17(2):79-83.
- Maman S, Mbwambo JK, Hogan NM, Kilonzo PG, Campbell JC, Weiss E, Sweat MD. HIV-Positive women report more lifetime partner violence: findings from a voluntary counseling and testing clinic in Dar es Salaam, Tanzania. *Am J Public Health*. 2002;92:1331-1337.
- Martin SL, Macy RJ, Sullivan K, Magee ML. Pregnancy-associated violent deaths: the role of intimate partner violence. *Trauma Violence Abuse*. 2007;8(2):135-148.
- Martin SL, Li Y, Casanueva C, Harris-Britt A, Kupper LL, Cloutier S. Intimate partner and women's depression before and during pregnancy. *Violence Against Women*. 2006;12(3):221-229.
- Martin SL, Mackie L, Kupper LL, Buescher PA, Moracco KE. Physical abuse of women before, during and after pregnancy. *JAMA*. 2001;285(12):1581-1584.
- Martin SL, Beaumont JL, Kupper LL. Substance use before and during pregnancy: links to intimate partner violence. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2003;29(3):599-617.
- Martínez-Frías ML, Bermejo E, Rodríguez-Pinilla E. Evolución temporal y por comunidades autónomas del consumo de diferentes cantidades de alcohol durante el embarazo. *Med Clin (Barc)*. 2003;120(5):35-41.
- Martínez-Frías ML, Rodríguez-Pinilla E, Bermejo E. Grupo Periférico del ECEMC. Consumo de tabaco durante el embarazo en España: análisis por años, comunidades autónomas y características maternas. *Med Clin (Barc)*. 2005;124(3):86-92.
- McCloskey LA, Lichter E, Williams C, Gerber M, Wittenberg E, Ganz M. Assessing intimate partner violence in health care settings leads to women's receipt of interventions and improved health. *Public Health Rep*. 2006;121(4):435-444.
- McCosker-Howard HM, Kain VJ, Anderson DJ, Webster J. The impact on midwives of undertaking screening for domestic violence – focus group findings. *Birth*. 2005;14(2):49-56.
- McFarlane J, Campbell JC, Sharps P, Watson K. Abuse during pregnancy and femicide: urgent implication for women's health. *Obstet Gynecol*. 2002;100(1):27-36.
- McFarlane J, Hughes RB, Nosek MA, Groff JY, Swedlind N, Mullen P. Abuse Assessment Screen-Disability (AAS-D): measuring frequency, type, and perpetrator of abuse toward women with physical disabilities. *J Womens Health Gend Based Med*. 2001;10(9):861-866.

- McFarlane J, Parker B, Soeken K, Bullock L. Assessing for abuse during pregnancy. Severity and frequency of injuries and associated entry into prenatal care. *JAMA*. 1992;267(23):3176-3178.
- McFarlane J, Parker B, Soeken K. Abuse during pregnancy: associations with maternal health and infant birth weight. *Nurs Res*. 1996;45(1):37-42.
- McFarlane J, Parker B, Soeken K. Physical abuse, smoking, and substance use during pregnancy: prevalence, interrelationships, and effects on birth weight. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 1996;25(4):313-320.
- McFarlane J, Soeken K, Wiist W. An evaluation of interventions to decrease intimate partner violence to pregnant women. *Public Health Nurs*. 2000;17(6):443-451.
- McFarlane J, Soeken K. Weight change of infants, age birth to 12 months, born to abused women. *Pediatric Nurs*. 1999;25(1):19-23.
- McMahon S, Armstrong, DY. Intimate partner violence during pregnancy: best practices for social workers. *Health Soc Work*. 2012;37(1):9-17.
- McMahon S, Huang CC, Boxer P, Postmus JL. The impact of emotional and physical violence during pregnancy on maternal and child health at one year post-partum. *Child Youth Serv Rev*. 2011;33:2103-2111.
- Medica Maza DP, Martínez Salgado JC, Suárez Rodríguez JC, Castro Naranjo LJ, Muriel Perea YY, Obando Gómez MN. Violencia física y psicológica contra la mujer embarazada. Investigación y educación en enfermería: revista de la Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia. 2001;XIX(1):18-25.
- Medina JJ, Barberet R. A spanish version of the CTS2. Instituto Andaluz de Criminología /Universidad de Sevilla. 2005.
- Meneses C, Romo N, Uroz J, Gil E, Markez I, Giménez S, Vega A. Adolescencia, consumo de drogas y comportamientos de riesgo: diferencias por sexo, etnicidad y áreas geográficas en España. *Trastor Adict*. 2009;11(1):51-63.
- Mezey G, Bacchus L, Haworth A, Bewley S. Midwives' perceptions and experiences of routine enquiry for domestic violence. *BJOG*. 2003;110(8):744-752.
- Miller E, Michele R, Decker MR, Reed E, Raj A, Hathaway JE, Silverman JG. Male partner pregnancy-promoting behaviors and adolescent partner violence: findings from a qualitative study with adolescent females ambulatory. *Pediatrics*. 2007;7(5):360-366.
- Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia nacional para la erradicación de la violencia contra la mujer. 2013-2016. [Internet]. Julio 2013 [citado 1 Nov 2013] [118 p.]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/ssi/violenciaGenero/EstrategiaNacional/pdf/EstratgNacion.pdf>
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Prevención de los problemas derivados del alcohol. 1ª Conferencia de prevención y promoción de la salud en la práctica clínica en España. Madrid 14 y 15 junio 2007. Madrid: Ed. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.
- Misch ES, Yount KM. Intimate partner violence and breastfeeding in Africa. *Matern Child Health J*. 2014 18(3):688-697. doi: 10.1007/s10995-013-1294-x
- Misri S, Kendrick K. Perinatal depression, fetal bonding, and mother-child attachment: a review of the literature. *Curr Pediatr Rev*. 2008;4(2):66-70.
- Miszkurka M, Zunzunegui MV, Goulet L. Immigrant status, antenatal depressive symptoms, and frequency and source of violence: what's the relationship?. *Arch Womens Ment Health*. 2012;15:387-396.
- Mitra M, Manning SE. Physical abuse around the time of pregnancy among women with disabilities. *Matern Child Health J*. 2012;16:802-806.
- Moos MK, Petersen R, Meadows K, Melvin CL, Spitz AM. Pregnant women's perspectives on intendedness of pregnancy. *Women's Health Issues* 1997;7:385-392.15.
- Moraes CL, Amorim AR, Reichenheim ME. Gestational weight gain differentials in the presence of intimate partner violence. *Int J Gynecol Obstet*. 2006;95(3):254-260 Disponible: [http://www.sciencedirect.com/science?\\_ob=ShoppingCartURL&method=add&udi=B6T7M-4M6S02X-1&acct=C000228598&version=1&userid=10&ts=1314090485&md5=98f5de2c037132f1523dd3ff8d87](http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ShoppingCartURL&method=add&udi=B6T7M-4M6S02X-1&acct=C000228598&version=1&userid=10&ts=1314090485&md5=98f5de2c037132f1523dd3ff8d87)



7002

Moraes CL, de Oliveira ASD, Reichenheim ME, Lobato G. Severe physical violence between intimate partners during pregnancy: a risk factor for early cessation of exclusive breast-feeding. *Public Health Nutr.* 2011;14(12):2148-2155.

Muhajarine N, D'Arcy C. Physical abuse during pregnancy: prevalence and risk factors. *CMAJ.* 1999;160(7):1007-1011.

Murphy CC, Schei B, Myhr TL, Du Mont J. Abuse: a risk factor for low birth weight? A systematic review and meta-analysis. *CMAJ.* 2001;164(11):1567-1572.

Naciones Unidas. Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. Pekín; 1995. [citado 11 Ago 2014]; [238 p.]. Disponible en: <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing%20full%20report%20S.pdf>

Naciones Unidas. Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. 20 de diciembre de 1993. Asamblea General. Resolución A/RES/48/104. Nueva York; 1994.

Naciones Unidas. Declaración Universal de los Derechos Humanos. Resolución 217 A(iii). 10 de diciembre de 1948. Nueva York; 1948.

Naciones Unidas. Intensificación de los esfuerzos para eliminar todas las formas de violencia contra la mujer. Resolución aprobada por la Asamblea General. 62/133. A/RES/62/133. Nueva York; 7 de febrero de 2008.

Naved RT, Persson LA. Factors associated with physical spouse abuse of women during pregnancy in Bangladesh. *Int Fam Plan Perspect.* 2008;34(2):71-78.

Neggens Y, Goldenberg R, Cliver S, Hauth J. Effects of domestic violence on preterm birth and low birth weight. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2004;83(5):455-460.

Nelson HD, Bougatsos Ch, Blazina I. Screening women for intimate partner violence: A systematic review to update the U.S. Preventive Services Task Force Recommendation. *Ann Intern Med.* 2012;156(11):796-808.

Nelson HD, Nygren P, McInerney Y, Klein J. Screening women and elderly adults for family and intimate partner violence: a review of the evidence for the USA Preventive services task force. *Ann Intern Med.* 2004;140(5):387-396.

Norton LB, Peypert JF, Zierler S, Lima B, Hume L. Battering in pregnancy: an assessment of two screening methods. *Obstetrics and gynecology.* 1995;85(3):321-325.

Núñez-Rivas HP, Monge-Rojas R, Gríos-Dávila C, Elizondo-Ureña AM, Rojas-Chavarría A. La violencia física, psicológica, emocional y sexual durante el embarazo: riesgo reproductivo predictor de bajo peso al nacer en Costa Rica. *Rev Panam Salud Publica.* 2003;14(2):75-83.

O'Reilly R, Beale B, Gillie D. Screening and intervention for domestic violence during pregnancy care: a systematic review. *Trauma Violence Abuse.* 2010;11(4):190-201.

O'Reilly R. Domestic violence against women in their childbearing years: A review of the literature. *Contemp Nurse.* 2007;25(1-2):13-21.

Observatorio de Salud de las Mujeres (OSM). Informe Violencia de Género 2010. Madrid: ed. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2012. [citado 11 Ago 2014]; [146 p.]. Disponible en: [http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/InformeVG\\_2010.pdf](http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/InformeVG_2010.pdf)

Observatorio de Salud de las Mujeres (OSM). Informe Violencia de Género 2008. Madrid: ed. Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010. [citado 11 Ago 2014]; [132 p.]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/informeViolenciaGenero2008/General.pdf>

Observatorio de Salud de las Mujeres (OSM). Adaptación española de un instrumento de diagnóstico y otro de cribado para detectar la violencia contra la mujer en la pareja desde el ámbito sanitario. Madrid: ed. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006. [citado 11 Ago 2014]; [56 p.]. Disponible en: [http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/genero\\_vg\\_02.pdf](http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/genero_vg_02.pdf)

Observatorio de Salud de las Mujeres. Catálogo de Instrumentos para cribado y frecuencia del maltrato físico, psicológico y sexual. Madrid; ed. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006. [citado 11 Ago 2014]; [121 p.]. Disponible en:

[http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/genero\\_vg\\_01.pdf](http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/genero_vg_01.pdf)

Observatorio de Salud de las Mujeres. Informe violencia de género 2011. Comisión Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. [Internet]. 2012 Nov [citado 29 Oct 2013]; [166 p.] Disponible en:[http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/Informe\\_VG\\_2011.pdf](http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/Informe_VG_2011.pdf)

Observatorio de Salud de las Mujeres. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género. 2012. Ed. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. [citado 11 Ago 2014]; [120 p.] Disponible en:  
[http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ProtComActSan\\_2012.pdf](http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ProtComActSan_2012.pdf)

Observatorio español de la droga y las toxicomanías (OEDT). Informe 2011. Situación y tendencias de los problemas de drogas en España. Ed. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. [citado 11 Ago 2014]; [231 p.]. Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/oed2011.pdf>

Observatorio español sobre drogas. Situación y tendencias de los problemas de drogas en España. Madrid: ed. Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009. [citado 11 Ago 2014]; [231 p.]. Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/oed-2009.pdf>

Observatorio estatal de violencia sobre la mujer. IV Informe anual del observatorio estatal de violencia sobre la mujer 2011. Madrid: ed. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2012. [citado 11 Ago 2014]; [626 p.] Disponible en:[http://www.msssi.gob.es/ssi/violenciaGenero/publicaciones/colecciones/PDFS\\_COLECCION/libro\\_14\\_IV\\_InformeAnual.pdf](http://www.msssi.gob.es/ssi/violenciaGenero/publicaciones/colecciones/PDFS_COLECCION/libro_14_IV_InformeAnual.pdf)

O'Donnell S, Fitzpatrick M, McKenna P. Abuse in pregnancy-the experience of women. *Ir Med J*. 2000;93(8):229-230.

Organización Mundial de la Salud. Born too soon the global action report on preterm birth. (Nacido demasiado pronto: informe de acción global sobre nacimientos prematuros). 2012. [citado 11 Ago 2014]; [126 p.]. Disponible en: [http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/preterm\\_birth\\_report/es/index1.html](http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/preterm_birth_report/es/index1.html)

Organización Mundial de la Salud. Dando prioridad a las mujeres: Recomendaciones éticas y de seguridad para la investigación sobre la violencia doméstica contra las mujeres. Ginebra; 2001. [citado 11 Ago 2014]; [40 p.]. Disponible en:[http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO\\_FCH\\_GWH\\_01.1\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_FCH_GWH_01.1_spa.pdf)

Organización Mundial de la Salud. Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer: primeros resultados sobre prevalencia, eventos relativos a la salud y respuestas de las mujeres a dicha violencia. Ginebra; 2005a. [citado 11 Ago 2014]; [46 p.]. Disponible en:[http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/924359351X\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/924359351X_spa.pdf)

Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington, D.C., 2002. [citado 11 Ago 2014]; [374 p.]. Disponible en:  
[http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/world\\_report/es/](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/)

Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2005. Cada madre y cada niño contarán. Ginebra; 2005b. [citado 11 Ago 2014]; [21 p.]. Disponible en:  
[http://www.who.int/whr/2005/05\\_chap3\\_es.pdf](http://www.who.int/whr/2005/05_chap3_es.pdf)

Palladino ChL, Singh V, Campbel J, Flynn H, Gold KJ. Homicide and suicide during the perinatal period. Findings from the national violent death reporting system. *Obstetrics and Gynecology*. 2011;118(5):1056-1063.

Pallito CC, Campbell JC, O'Campo P. Is intimate partner violence associated with unintended pregnancy? *Trauma Violence Abuse*. 2005;6(3):217-235.

Pallito CC, O'Campo P. The Relationship between intimate partner violence and unintended pregnancy: Analysis of a national sample from Colombia. *Int Fam Plan Perspect*. 2004;30(4):165-173. [citado 11 Ago 2014]; [10 p.]. Disponible en español: <http://www.guttmacher.org/pubs/journals/3002306S.pdf>

Pallitto CC, García-Moreno C, Jansen AHFM, Heise L, Ellsberg M, Watts Ch. Intimate partner violence, abortion, and unintended pregnancy: Results from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *Int J Gynecol Obstet*. 2013;120(1):3-9.

Pallitto CC. Estudio multinacional de la OPS. Análisis de la relación entre la violencia infligida por la pareja y la salud materna y perinatal. Protocolo de investigación. Mayo 2005.

Parker B, McFarlane J, Soeken K. Abuse during pregnancy: effects on maternal complications and birth

- weight in adult and teenage women. *Obstetrics and Gynecology*. 1994;84(3):323–328.
- Parlamento Europeo. Resolución sobre una campaña europea sobre la tolerancia cero ante la violencia contra las mujeres. 1997. Resolución A4-0250/97. Bruselas;1997.
- Parsons LH, Harper MA. Violent maternal deaths in Nord Carolina. *Obstet Gynecol*. 1999;94(4):990-993.
- Patterson F, Seravalli L, Hanlon A, Nelson DB. Neighborhood safety as a correlate of tobacco use in a sample of urban, pregnant women. *Addict Behav*. 2012;37:1132-1137.
- Perales MT, Cripe SM, Lam N, Sánchez SE, Sánchez E, Williams MA. Prevalence, types and pattern of intimate partner violence among pregnant women in Lima, Perú. *Violence Against Women*. 2009;15:224-250.
- Peralta RL, Fleming MF. Screening for intimate partner violence in a primary care setting: The validity of "feeling safe at home" and prevalence results. *J Am Board Fam Pract*. 2003;6:525-532.
- Pereira AR, Vieira DN, Magalhães T. Fatal intimate partner violence against women in Portugal: a forensic medical national study. *J Forensic Leg Med*. 2013;20(8):1099-1107.
- Perttu S, Kaselitz V. Addressing intimate partner violence. Guidelines for health professionals in maternity and child health care. UE. University of Helsinki. 2010. Daphne. [citado 11 Ago 2014]; [59 p.]. Disponible en:[http://www.coe.int/t/pace/campaign/stopviolence/Source/guidelines\\_for\\_health\\_professionals\\_maternity\\_child\\_health\\_care\\_en.pdf](http://www.coe.int/t/pace/campaign/stopviolence/Source/guidelines_for_health_professionals_maternity_child_health_care_en.pdf)
- Petersen R, Moracco KE, Goldstein KM, Clark KA. Moving beyond disclosure: women's perspectives on barriers and motivators to seeking assistance for intimate partner violence. *Women Health*. 2004;40(3):63-76.
- Peterson R, Gazmararian JA, Spitz AM, Rowley DL, Goodwin MM, Saltzman LE, Marks JS. Violence and adverse pregnancy outcomes: a review of the literature and directions for future research. *Am J Prev Med*. 1997;13(5):363-373.
- Peterson R, Saltzman LE, Goodwin M, Spitz A. Key scientific issues for research on violence occurring around the time of pregnancy. Prepared for the National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, and the National Center for Injury Prevention and Control Centers for Disease Control and Prevention. Atlanta, Georgia; Abril 1998. [citado 11 Ago 2014]; [36 p.]. Disponible en: <http://ia601702.us.archive.org/27/items/keysscientificiss00cent/keysscientificiss00cent.pdf>
- Pico-Alfonso MA, García-Linares MI, Celda-Navarro N, Blasco-Ros C, Echeburua E, Martínez M. The impact of physical, psychological, and sexual intimate male partner violence on women's mental health: depressive symptoms, posttraumatic stress disorder, state anxiety, and suicide. *J Womens Health* 2006;15:599-611.
- Plichta SB. Interactions between victims of intimate partner violence against women and the health care system. Policy and practice implications. *Trauma Violence Abuse*. 2007;8(2):226-239.
- Poole GV, Martin JN, Perry KG, Griswold JA, Lambert CJ, Rhodes RS. Trauma in pregnancy: the role of interpersonal violence. *Am J Obstet Gynecol*. 1996;174(6):1873-1877; discussion 1877-1878.
- Prins JR, Hylkema MN, Erwich JJHM, Huitema S, Dekkema GJ, Dijkstra FE, Faas MM, Melgert BN. Smoking during pregnancy influences the maternal immune response in mice and humans. *Am J Obstet Gynecol*. 2012;207:76.e1-76.e14.
- Prozman GJ, Jansen SJC, Lo Fo Wong SH, Lagro-Janssen LM. Prevalence of intimate partner violence among migrant and native women attending general practice and the association between intimate partner violence and depression. *Family Practice*. 2011;28:267–271.
- Proteroe L, Green J, Spiby H. An interview study of the impact of domestic violence training on midwives. *Midwifery*. 2004;20:94-103.
- Proyecto de Humanización de la Atención Perinatal (PHAPA). Evaluación de la estrategia de atención al parto normal en el sistema nacional de salud 2011. Resultados comparativos Andalucía / España. Madrid; ed. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y Consejería de Salud de la Junta de Andalucía; 2012.
- Puentes K, Ribeiro C, Jardim P, Santos A, Magalhães T. Non-fatal gunshot wounds in the context of intimate partner violence. The importance of a multidisciplinary approach: a case report. *J Forensic*

- Forensic Leg Med. 2011 Jul;18 (5): 221-224.
- Purwar MB, Jeyaseelan L, Varhadpande U, Motghare V, Pimplakute S. Survey of physical abuse during pregnancy GMCH, Nagpur, India. *J Obstet Gynaecol Res.* 1999;25(3):165–171.
- Quelopana AN, Champion JD, Salazar BC. Health behavior in mexican pregnant women with a history of violence. *West J Nurs Res.* 2008;30(8):1005-1018.
- Ramsay RJ, Carter YH, Davidson LL, Fede G. Should health professionals screen women for domestic violence? Systematic review. *BMJ.* 2002;325:314–318.
- Reichenheim ME, Moraes CL, Hasselmann MH. Equivalência semântica da versão em português do instrumento Abuse Assessment Screen para rastrear a violência contra a mulher grávida. *Rev Saude Publica.* 2000;34 (6): 610-616. Disponible: [www.fsp.usp.br/rsp](http://www.fsp.usp.br/rsp)
- Reichenheim ME, Moraes CL. Comparison between the Abuse Assessment Screen and the revised Conflict Tactics Scales for measuring physical violence during pregnancy. *J Epidemiol Community Health.* 2004;58(6):523–527.
- Ricart W, López J, Mozas J, Pericot A, Sancho MA, González N y cols. Spanish group for the study of the impact of Carpenter and Coustan GDM thresholds. Potential impact of American Diabetes Association (2000) criteria for diagnosis of gestational diabetes mellitus in Spain. *Diabetología.* 2005;48:1135-1141.
- Robinson JN. Risk factors for preterm labor and delivery. En: UpToDate; 2014 [citado 20 oct 2014] [24 p.]. Disponible en: <http://www.uptodate.com>
- Rodrigues T, Rocha L, Barros H. Physical abuse during pregnancy and preterm delivery. *Am J Obstet Gynecol.* 2008;198(2):171.e1-171.e6.
- Rodriguez MA, Heilemann MSV, Fielder E, Ang A, Nevarez F, Mangione CM. Intimate partner violence, depression, and PTSD among pregnant Latina women. *Ann Fam Med.* 2008;6(1):44-52.
- Roelens K, Verstraelen H, Temmerman M. Intimate partner violence. The gynaecologist's perspective. *Facts Views Vis Obgyn.* 2009;1(2):88-98.
- Roelens K, Verstraelen H, Van Egmond K, Temmerman M. Disclosure and health-seeking behaviour following intimate partner violence before and during pregnancy in Flanders, Belgium: A survey surveillance study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2008;137:37-42.
- Romero VC, Pearlman M. Maternal mortality due to trauma. *Semin Perinatol.* 2012;36:60-67.
- Romero-Gutiérrez G, Cruz-Arvizu VH, Regalado-Cedillo CA, Ponce-Ponce de León AL. Prevalence of violence against pregnant women and associated maternal and neonatal complications in Leon, Mexico. *Midwifery.* 2011;27:750-753.
- Romito P, Escribà-Agüir V, Pomicino L, Lucchetta C, Scrimin F, Molzan Turan J. Violence in the lives of women in Italy who have an elective abortion. *Womens Health Issues.* 2009b;19(5):335–343.
- Romito P, Turan JM, Neilands T, Lucchetta C, Pomicino L, Scrimin F. Violence and women's psychological distress after birth: an exploratory study in Italy. *Health Care Women Int.* 2009a;30(12):160-180.
- Royal College of Midwives Survey. Domestic violence: one in five midwives know a victim. *Midwives magazine.* 2004;7(7):278.
- Ruiz-Pérez I, Plazaola-Castaño J, Vives-Cases C, Montero-Piñar MI, Escribà-Agüir V, Jiménez-Gutiérrez E, Martín-Baena D y G6 para el Estudio de la Violencia de Género en España. Variabilidad geográfica de la violencia contra las mujeres en España. *Gac Sanit.* 2010;24(2):128-135
- Salazar M, Högberg U, Valladares E, Persson LA. Intimate partner violence and early child growth: a community-based cohorte study in Nicaragua. *BMC Pediatr.* 2012;12:82; [citado 11 Ago 2014]; [8 p.]. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2431/12/82>
- Salber R, Taliaferro E. Reconocimiento y prevención de la violencia doméstica en el ámbito sanitario. *Guías para la detección y prevención de la violencia.* Barcelona: Cedecs Editorial; 2000.
- Saltzman LE, Johnson CH, Colley BG, Goodwin M. Physical abuse around the time of pregnancy: an examination of prevalence and risk factors in 16 States. *Matern Child Health J.* 2003;7(1):31-43.
- Samandari G, Martin SL, Schiro S. Homicide among pregnant and postpartum women in the United

- States: a review of the literature. *Trauma Violence Abuse*. 2010;11(1):42-54.
- Sanchez AE, Qiu Ch, Perales MT, Lam N, Garcia P, Williams MA. Intimate partner violence (IPV) and preeclampsia among Peruvian women. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2008;137:50-55.
- Saravia JC, Mejía M, Becerra S, Palomino A. Violencia física contra la mujer durante el embarazo: prevalencia y factores asociados. *Rev Peru Epidemiol*. 2012;16(2):7pp.
- Sarkar NN. The impact of intimate partner violence on women's reproductive health and pregnancy outcome. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2008;28(3):266-271.
- Saunders EE. Screening for domestic violence during pregnancy. *Int J Trauma Nurs*. 2000;6(2):44-47.
- Saurel-Cubizolles MJ, Lelong N. Violences familiales pendant la grossesse. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*. 2005;34(2 Suppl1):S47-S53.
- Savona-Ventura C, Savona-Ventura M, Drenghed-Nielsen S, Johansen KS. Domestic abuse in a central Mediterranean pregnant population. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2001;98(1):3-8.
- Seedat S, Stein MB, Forde DR. Association between physical partner violence, posttraumatic stress, childhood trauma, and suicide attempts in a community sample of women. *Violence Vict*. 2005;20:87-98.
- Sege RD, Licenziato VG. Editors. Recognizing and preventing young violence. A guide for physicians & other health care professionals. Massachusetts. Medical Society Committee on Violence. Waltham, MA:2001. [citado 11 Ago 2014] [56 p.]. Disponible en: <http://www.octobercenter.vcu.edu/rpyv.pdf>
- Segura JC, Monge FS, Santos-Iglesias P, Bermúdez MP, Salinas JM. Validation of a reduced Spanish version of the Index of Spouse Abuse. *Int J Clin Health Psychol*. 2011;2(11):363-383.
- Shadigian EM, Bauer ST. Screening for partner violence during pregnancy. *Int J Gynecol Obstet*. 2004;84:273-280.
- Shah PS, Shah J. Maternal exposure to domestic violence and pregnancy and birth outcomes: a systematic review and meta-analyses. *J Womens Health*. 2010;19(11):2017-2031.
- Sharps PW, Campbell J, Baty ML, Walker KS, Bair-Merritt MH. Current evidence on perinatal home visiting and intimate partner violence. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2008;37(4):480-491.
- Short LM, Rodríguez R. Testing an intimate partner violence assessment icon form with battered migrant and seasonal farmworker women. *Women Health*. 2002;35:181-192.
- Silverman JG, Decker MR, Reed E, Raj A. Intimate partner violence victimization prior to and during pregnancy among women residing in 26 U.S. states: associations with maternal and neonatal health. *Am J Obstet Gynecol*. 2006a;195:140-148.
- Silverman JG, Decker MR, Reed E, Raj A. Intimate partner violence around the time of pregnancy: association with breastfeeding behavior. *J Womens Health* 2006b;15(8):934-940.
- Silverman JG, Gupta J, Decker MR, Kapur N, Raj A. Intimate partner violence and unwanted pregnancy, miscarriage, induced abortion, and stillbirth among a national sample of Bangladeshi women. *BJOG*. 2007;114:1246-1252.
- Silverman JG, Raj A, Clements K. Dating violence and associated sexual risk and pregnancy among adolescent girls in the United States. *Pediatrics*. 2004;114(2):e220-e225.
- Sipsma HL, Divney AA, Magriples U, Hansen N, Gordon D, Kershaw T. Breastfeeding intentions among pregnant adolescents and young adults and their partner. *Breastfeed Med*. 2013a;8(4):374-380.
- Sipsma HL, Magriples U, Divney A, Gordon D, Gabzdyl E, Kershaw T. Breastfeeding behavior among adolescents: initiation, duration and exclusivity. *J Adolesc Health*. 2013b;53:394-400.
- Sociedad Argentina de Pediatría. Subcomisiones, Comités y Grupos de Trabajo. Embarazos en niñas y adolescentes. *Arch Argent Pediatr*. 2010;108(6):562-565.
- Soeken KL, McFarlane J, Parker B, Lominack MC. The Abuse Assessment Screen: a clinical instrument to measure frequency, severity, and perpetrator of abuse against women. *JAMA*. 1992;267:3176-3178.
- Stenson K, Heimer G, Lundh C, Nordstrom ML, Saarinen H, Wenker A. The prevalence of violence investigated in a pregnant population in Sweden. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2001;22(4):189-197.
- Stenson K, Saarinen H, Heimer G, Sidenvall B. Women's attitudes to being asked about exposure to

- violence. *Midwifery*. 2001;17(1):2-10.
- Stenson K, Sidenvall B. Midwives' experiences of routine antenatal questioning relating to men's violence against women. *Midwifery*. 2005;21(4):311-321.
- Stewart DE, Cecutti A. Physical abuse in pregnancy. *Can Med Assoc J*. 1993;149(9):1257-1263.
- Stewart DE, Gagnon AJ, Merry LA, Cindy-Lee D. Risk factors and health profiles of recent migrant women who experienced violence associated with pregnancy. *J Womens Health*. 2012;21(10):1100-1106.
- Stöckl H, Hertlein L, Himsl I, Delius M, Hasbargen U, Friese K y cols. Intimate partner violence and its association with pregnancy loss and pregnancy planning. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2012;91:128-133.
- Straus MA. Measuring intrafamily conflict and violence: The conflict tactics (CT) scales. *J Marriage Fam*. 1979;41:75-88.
- Swahnberg IM, Wijma B. The NorVold Abuse Questionnaire (NorAQ): validation of new measures of emotional, physical, and sexual abuse, and abuse in the health care system among women. *Eur J Public Health*. 2003;13:361-366.
- Taft AJ, Watson LF. Termination of pregnancy: associations with partner violence and other factors in a national cohort of young Australian women. *Aust N Z J Public Health*. 2007; 31(2):135-142.
- Tan JCH, Gregor KV. Violence against pregnant women in Northwestern Ontario. *Ann N Y Acad Sci*. 2006;1087:320-338.
- Taylor R, Nabors EL. Pink or blue...black and blue? Examining pregnancy as a predictor of intimate partner violence and femicide. *Violence Against Women*. 2009;15(11):1273-1293.
- Thompson RS, Krugman R. Screening mothers for intimate partner abuse at well-baby care visits. The right thing to do. *JAMA*. 2001;285(12):1628-1630.
- Tiwari A, Fong D, Chan K, Leung W, Parker B, Ho P. Identifying intimate partner violence: comparing the Chinese Abuse Assessment Screen with the Chinese revised Conflict Tactics Scales. *BJOG*. 2007 Jul [citado 11 Ago 2014];114(9):[7 p.]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1974837/>
- Torres A, Navarro P, García-Esteve LI, Tarragona MJ, Ascaso C, Herreras Z, Gelabert E, Imaz MI, Roca A, Subirà S, Martín-Santos R. Detecting domestic violence: Spanish external validation of Index of Spouse Abuse. *J Fam Viol*. 2010;25:275-286.
- Torres S, Campbell J, Campbell DW, Ryan J, King Ch, Price P, Stallings RY, Fuchs SC, Laude M. Abuse during and before pregnancy: prevalence and cultural correlates. *Violence Vict*. 2000;15(3):303-321.
- Tremblay RE, Nagin DS, Séguin JR, Zoccolillo M, Zelazao PD, Boivin M, Pérusse D, Papell Ch. Physical aggression during early childhood: trajectories and predictors. *Pediatrics*. 2004;114(1):3-50.
- Urquía ML, O'Campo PJ, Heaman MI, Janssen PA, Thiessen KR. Experiences of violence before and during pregnancy and adverse pregnancy outcomes: An analysis of the Canadian maternity experiences survey. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2011;11(42):9pp.
- Valdez-Santiago R, Arenas-Monreal L, Hernández-Tezoquipa I. Experiencia de las parteras tradicionales en la identificación de mujeres maltratadas durante el embarazo. *Salud Publica Mex*. 2004;46(1):56-63.
- Valdez-Santiago R, Sanín Aguirre LH. La violencia doméstica durante el embarazo y su relación con el peso al nacer. *Salud Publica Mex*. 1996;38(5):352-362.
- Valladares E, Ellsberg M, Peña R, Hogberg U, Persson LA. Physical partner abuse during pregnancy: a risk factor for low birth weight in Nicaragua. *Obstet Gynecol*. 2002;100:700-705.
- Valladares E, Peña R, Persson LA, Högberg U. Violence against pregnant women: prevalence and characteristics. A population-based study in Nicaragua. *BJOG*. 2005;112:1243-1248.
- Van der Straten A, King R, Grinstead O, Vittinghoff E, Serufilira A, Allen S. Sexual coercion, physical violence, and HIV infection among women in steady relationships in Kigali, Rwanda. *AIDS Behav*. 1998;2(1):61-73.
- Vatnar SKB, Bjorkly S. Does it Make any difference if she is a mother?: an international perspective on intimate partner violence with a focus on motherhood and pregnancy. *J Interpers Violence*. 2010;25(1):94-110.

- Vega G, Hidalgo D, Toro Merlo J. Violencia basada en género desde la perspectiva médica. *Rev Obstet Ginecol.* 2011;41(2):89-97.
- Velzeboer M. La violencia contra las mujeres: responde el sector salud. Washington D.C. Organización Panamericana de la Salud, 2003.
- Viellas EF, Gama SG, Carvalho ML, Pinto LW. Factprd asspcoated with physical aggression in pregnant women and adverse outcomes for the newborn. *J Pediatr (Rio J).* 2013;89:83-90.
- Vives-Cases C, Gil-González D, Ruiz-Pérez I, Escribà-Agüir V, Plazaola-Castaño J, Montero-Piñar MI, Torrubiano-Domínguez J. Identifying sociodemographic differences in Intimate Partner Violence among immigrant and native women in Spain: a cross-sectional study. *Prev Med.* 2010;51:85-87.
- Waltermaurer E. Measuring intimate partner violence (IPV): you may only get what you ask for. *J Interpers Violence.* 2005;20(4):501-506.
- Wathen N, MacMillan HL. The Canadian Task Force on Preventive Health Care. Prevention of violence against women. *JAMC.* 2003;169(6):582-584.
- Wathen N, Tanaka M, Catallo C, Lebner AC, Friedman MK, Hanson MD, Freeman C, Jack SM, Jamieson E, MacMillan HL; For the McMaster IPV Education Research Team. Are clinicians being prepared to care for abused women? A survey of health professional education in Ontario, Canada. *BMC Medical Education.* 2009 [citado 11 Ago 2014]; 34(9): [11 p.] Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6920-9-34.pdf>
- Weil A. Intimate partner violence: Epidemiology and health consequences. UpToDate. 2014 [citado 4 nov 2014] [10 p.]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/contents/intimate-partner-violence-epidemiology-and-health-consequences/contributors>
- Whitehead A, Fanslow J. Prevalence of family violence amongst women attending an abortion clinic in New Zealand. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 2005;45:321-324.
- Wiebe E, Janssen P. Universal screening for domestic violence in abortion. *Women Health.* 2001;11(5):436-441.
- Wienroc A, Nannini A, Manning E, Kennelly J. Neonatal outcomes and mental illness, substance abuse, and intentional injury during pregnancy. *Matern Child Health J.* 2012;16:976-988.
- Woolhouse H, Gartland D, Hegarty K, Donath S, Brown SJ. Depressive symptoms and intimate partner violence in the 12 months after childbirth: a prospective pregnancy cohort study. *BJOG.* 2012;119:315-323.
- World Health Organization (WHO). Violence prevention: the evidence. Promoting gender equality to prevent violence against women. (Series of briefings on violence prevention: the evidence). Geneva, World Health Organization, 2009.
- World Health Organization/London School of Hygiene and Tropical Medicine (WHO). Preventing intimate partner and sexual violence against women: taking action and generating evidence. Geneva, World Health Organization, 2010.
- Yost NP, Bloom SL, McIntire DD, Leveno KJ. A prospective observational study of domestic violence during pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2005;106(1):61-65.
- Zegers-Hochschild F, Adamson GD, de Mouzon J, Ishihara O, Mansour R, Nygren K, Sullivan E, Vanderpoel S; For ICMART and WHO. Glosario de terminología en Técnicas de Reproducción Asistida (TRA). Versión revisada y preparada por el International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) y la Organización Mundial de la Salud (OMS). Traducido y Publicado por la Red Latinoamericana de Reproducción Asistida en 2010.
- Zierler S, Witbeck B, Mayer K. Sexual violence against women living with or at risk for HIV infection. *Am J Prev Med.* 1996;12(5):304-310.





## **8. ANEXOS**



**Anexo 1**  
**Consentimiento informado**



## Solicitud de participación e información a proporcionar a las mujeres antes de la entrevista

El título del estudio para el que solicitamos su colaboración es: **Estudio de la Violencia de Género Durante el Embarazo en Mujeres Que Dan A Luz en Los Hospitales Públicos de Andalucía**. Cada vez conocemos más casos de violencia que se ejerce contra las mujeres, es algo que está presente en la vida cotidiana, por ello queremos realizar un estudio para preguntar a todas las mujeres sobre este tema y saber lo que ocurre en nuestra comunidad.

Con ello pretendemos conocer lo que ocurre en nuestro medio para poner en marcha estrategias para dar mejor respuesta a las necesidades de las mujeres que presenten el problema. Son varias preguntas. Además, tomaremos algunos datos de la historia clínica de sus características personales, así como datos relacionados con su embarazo y su parto. Si alguno de los que necesitamos no se encuentran reflejados en la historia se los preguntaremos personalmente.

**Lo que usted nos diga no quedará reflejado en su historia clínica**, en ningún momento estará su nombre en ninguno de los documentos relacionados con el estudio, ni se hará público su nombre.

Le agradecemos de antemano su participación y le aseguramos **la total confidencialidad** de sus respuestas, así como el **anonimato** de las mismas.

No es obligatoria su participación y, si lo desea, puede dejar de contestar en cualquier momento. Si usted no desea participar lo entendemos.

Todos los datos obtenidos en este estudio serán tratados conforme estipula **la Ley Orgánica 15/99 de 13 de Diciembre de Protección de Datos** de carácter personal.

Nº de registro del cuestionario y Firma de la mujer

Firma de la matrona



**Anexo 2**  
**Cuestionario sociodemográfico perinatal**





Tabla 3.4: Instrumento: Socio demográfico - perinatal

Nº	<b>DATOS SOCIO DEMOGRÁFICOS DE LA MUJER</b>	Valor
1	<b>Edad</b>	
2	<b>Estado civil</b> 1. Casada 2. Viuda 3. Unión de hecho 4. Soltera 5. Divorciada 6. Otra (especificar)	
3	<b>Nivel de estudios</b> 1. No sabe leer ni escribir 2. Estudios primarios incompletos 3. EGB o bachiller elemental 4. FP1 o equivalente 5. FP 2 o equivalente 6. Estudios universitarios 3 a 4 años 7. Estudios universitarios 5 a 6 años	
4	<b>Lugar de residencia</b> 1. Menos de 2.000 habitantes 2. De 2.000 a 10.000 habitantes 3. De 10.001 a 50.000 habitantes 4. De 50.001 a 200.000 habitantes 5. Mas de 200.000 habitantes	
5	<b>Tipo de trabajo</b> 1. Autónoma 2. Administración pública 3. Fuerzas armadas 4. Empresa privada (fija) 5. Empresa privada (eventual) 6. Parada y buscando trabajo 7. Parada y no busca trabajo 8. Estudiante 9. Ama de casa 10. Jubilada o incapacitada	
7	<b>Nacionalidad</b> 1. Española 2. Marroquí 3. Rumana 4. Ecuatoriana 5. Otra (especificar)	
8	<b>Si extranjera, tiempo de residencia en España (en meses)</b>	
<b>CONSUMO DE SUSTANCIAS TÓXICAS</b>		
9	<b>Fuma</b> 0. Nunca 1. Sí, pero dejó de fumar. (Especificar tiempo en meses y cigarrillos que fumaba)	
	2. NO, durante el embarazo 3. Sí, durante el embarazo (especificar cuantos cigarrillos al día)	
10	<b>Bebe</b> 0. Nunca 1. Sí, antes del embarazo (especificar tipo y cantidad) ¿Qué tipo de bebida toma con las comidas? Comida: Cena: Entre comidas: Fin de semana	
	2. NO durante el embarazo 3. Sí, durante el embarazo (especificar tipo y cantidad) ¿Qué tipo de bebida toma con las comidas? Comida: Cena: Entre comidas: Fin de semana	
11	<b>Consumo de otras drogas ilegales (cannabis, heroína, crak, cocaína,....)</b>	
	0. Nunca 1. Alguna vez en su vida 2. Sí, antes del embarazo (especificar tipo y frecuencia) 3. NO, durante el embarazo 4. Sí, durante el embarazo (especificar tipo y frecuencia)	
<b>RELACIONES DE PAREJA Y FAMILIARES</b>		
12	<b>Convivencia</b> 1. Con su pareja 2. Sola 3. Con sus padres 4. Otros (especificar)	
13	<b>¿Desde hace cuántos años mantiene esta relación?</b>	
14	<b>Número de hijos de esta pareja. No tener en cuenta el actual</b>	
15	<b>Número de hijos de otra pareja</b>	
16	<b>¿Tiene usted una persona en la que poder confiar y desahogarse cuando tiene problemas o dificultades de cualquier tipo en la vida?</b> 1. Sí 2. NO	

<b>CARACTERÍSTICAS PERINATALES</b>		Valor
<b>EMBARAZO ACTUAL</b>		
17	<b>Embarazo deseado</b> 1. SÍ 2. NO	
18	<b>Número de Embarazos anteriores</b>	
19	<b>Número de Abortos</b>	
20	<b>Patología embarazo actual</b> 0. NO 1. Hipertensión 2. Diabetes 3. Amenaza de Parto Prematuro 4. Otra (especificar) 5. Más de una (especificar)	
21	<b>Infecciones durante el embarazo</b> 0. NO 1. Tracto Urinario 2. ITS 3. EGB 4. Otra (especificar) 5. Más de una (especificar)	
22	<b>Anemia, Si hemoglobina inferior a 11 gr.</b> 1. SÍ 2. NO	
23	<b>Metrorragias</b> 1. SÍ 2. NO	
24	<b>Número de ingresos en el hospital</b>	
25	<b>Número de veces que acude a urgencias</b>	
26	<b>Número de visitas en atención primaria</b>	
27	<b>Número de visitas en atención especializada</b>	
28	<b>Número de consultas a obstetra privado</b>	
29	<b>¿Ha tomado medicamentos durante el embarazo?</b> (No tener en cuenta: Fe, Yodo, Ac. Fólico) 0. NO 1. Ansiolíticos 2. Antidepresivos 3. Tranquilizantes 4. Analgésicos 5. Antibióticos 6. Otros (especificar) 7. Más de uno (especificar)	
<b>PARTO ACTUAL</b>		
30	<b>Tipo de parto</b> 1. Espontáneo 2. Estimulado 3. Inducido 4. Cesárea electiva 1. Eutócico 2. Forceps 3. Espátulas 4. Vacuo 5. Cesárea	
31	<b>Rotura de membranas</b> 1. Anteparto 2. Intraparto espontánea 3. Intraparto artificial	
32	<b>Analgesia epidural</b> 1. SÍ 2. NO	
33	<b>Lugar que ocupa este hijo</b>	
34	<b>Días de gestación</b>	
35	<b>Sexo</b> 1. Mujer 2. Hombre	
36	<b>Peso en gramos</b>	
37	<b>Apgar al minuto</b>	
38	<b>Apgar a los 5 minutos</b>	
39	<b>Reanimación</b> 1. SÍ 2. NO	
40	<b>Contacto piel con piel</b> 1. SÍ 2. NO	
41	<b>Lactancia materna</b> en las 2 horas tras el parto 1. SÍ 2. NO	
42	<b>Bebé sano</b> 1. SÍ 2. NO	
<p>La pregunta 10, se pregunta lo que toma en un día normal con la comida, con la cena o entre comidas. Se anota el tipo (vino, cerveza, copas) y el número de vasos o copas. Se pregunta de forma separada para el fin de semana. En Valor se anota el número y después se calcularán los gramos de alcohol.</p> <p>OBSERVACIONES:</p>		

**Anexo 3**  
**Cuestionario AAS del Protocolo Violencia de Género**  
**de la Comunidad Valenciana**



# Cuestionario AAS

1. En alguna ocasión, ¿ha sufrido abuso emocional o físico por parte de su marido/pareja o por una persona importante para usted?

NO \_0 → FIN CUESTIONARIO

SI \_1

¿Qué edad tenía usted? _____ años		¿Durante cuánto tiempo? _____ años _____ meses	
¿Quién lo hizo? (entre respuestas posibles) (Ver códigos en lista inferior)			
1	8		
2	9		
3	10		
4	11		
5	12		
6	13		
7	14	(Especificar).....	

2. Durante el último año, ¿le han humillado, insultado, menospreciado, amenazado o causado algún otro daño emocional?

NO \_0

SI \_1

¿Quién lo hizo? (entre respuestas posibles) (Ver códigos en lista inferior)		¿Con qué frecuencia?	
1	8	RARAS VECES	<input type="checkbox"/> _1
2	9	ALGUNAS VECES	<input type="checkbox"/> _2
3	10	FRECUENTEMENTE	<input type="checkbox"/> _3
4	11	MUY FRECUENTEMENTE	<input type="checkbox"/> _4
5	12		
6	13		
7	14	(Especificar).....	

3. Durante el último año, ¿le han golpeado, abofeteado, dado patadas o causado algún otro daño físico?

NO \_0

SI \_1

¿Quién lo hizo? (entre respuestas posibles) (Ver códigos en lista inferior)		¿Cuántas veces? _____	
1	8		
2	9		
3	10		
4	11		
5	12		
6	13		
7	14	(Especificar).....	

4. Durante el último año, ¿le han forzado a mantener relaciones sexuales?

NO \_0

SI \_1

¿Quién lo hizo? (entre respuestas posibles) (Ver códigos en lista inferior)		¿Cuántas veces? _____	
1	8		
2	9		
3	10		
4	11		
5	12		
6	13		
7	14	(Especificar).....	

## SÓLO PARA MUJERES EMBARAZADAS

5. Desde que está embarazada, ¿le han humillado, insultado, menospreciado, amenazado o le han causado algún otro daño emocional?

NO \_0

SI \_1

¿Quién lo hizo? (entre respuestas posibles) (Ver códigos en lista inferior)		¿Con qué frecuencia?	
1	8	RARAS VECES	<input type="checkbox"/> _1
2	9	ALGUNAS VECES	<input type="checkbox"/> _2
3	10	FRECUENTEMENTE	<input type="checkbox"/> _3
4	11	MUY FRECUENTEMENTE	<input type="checkbox"/> _4
5	12		
6	13		
7	14	(Especificar).....	

6. Desde que está embarazada, ¿le han golpeado, abofeteado, dado patadas o causado algún otro daño físico?

NO \_0

SI \_1

¿Quién lo hizo? (entre respuestas posibles) (Ver códigos en lista inferior)		¿Cuántas veces? _____	
1	8		
2	9		
3	10		
4	11		
5	12		
6	13		
7	14	(Especificar).....	

### RESULTADO DEL CRIBADO:

NEGATIVO \_0

\*\*POSITIVO \_1

\_1 Cumplimentar Informe Médico por Presencia de Violencia de Género/Doméstica (Adultos)\*  
\_1 Entregar el DA

DUDOSO \_2

\*\* Se considera un CASO POSITIVO, si responde afirmativamente a algunas de las preguntas de la número 2 a la 6

Lista de códigos para identificar quién lo hizo	
1	Marido/Pareja
2	Exmarido/Expareja
3	Novio
4	Exnovio
5	Padre
6	Madre
7	Suegro
8	Suegra
9	Hijo
10	Hija
11	Hermano
12	Hermana
13	Desconocido
14	Otros (especificar).....



**Anexo 4**  
**Cuestionario Abusse Assessment Screen (AAS)**





Nº	Cuestionario V.E.	Valor
1. En alguna ocasión, ¿ha sufrido abuso emocional o físico por parte de su marido/pareja o por una persona importante para usted?		
1. SÍ      2. NO		
2. En alguna ocasión, ¿le han humillado, insultado, menospreciado, amenazado o le han causado algún otro daño emocional?		
1. SÍ      2. NO      Si la respuesta es <b>SÍ</b> :		
¿ <b>Quién lo hizo?</b> : 1. Marido/Pareja masculina    2. ExMarido/Expareja masculina    3. Novio 4. Exnovio    5. Otro, especificar .....		
¿ <b>Cuándo?</b> : 1. Durante el embarazo    2. En el último año antes del embarazo. 3. Otro, especificar: .....		
¿ <b>Con qué frecuencia?</b> 1. Raras veces.    2. Algunas veces.    3. Frecuentemente.    4. Muy frecuentemente		
3. En alguna ocasión, ¿le han empujado, golpeado, abofeteado, dado patadas, o causado algún daño físico?		
1. SÍ      2. NO      Si la respuesta es <b>SÍ</b> :		
¿ <b>Quién lo hizo?</b> : 1. Marido/Pareja masculina    2. ExMarido/Expareja masculina    3. Novio 4. Exnovio    5. Otro, especificar.....		
¿ <b>Cuándo?</b> : 1. Durante el embarazo.    2. En el último año antes del embarazo. 3. Otro, especificar.....		
¿ <b>Cuántas veces?</b> .....		
¿En que parte del cuerpo? ..... <b>Severidad</b> .....		
<b>Valorar severidad</b> 1: Bofetadas, empujones sin heridas ni dolor permanente 2: Puñetazos, patadas, magulladuras, heridas o dolor prolongado 3: Dar una paliza, contusiones severas, quemaduras, fractura de huesos 4: Heridas en la cabeza, lesiones internas, lesiones permanentes 5: Uso de armas; heridas con arma		
4. En alguna ocasión, ¿le han forzado a mantener relaciones sexuales?		
1. SÍ      2. NO      Si la respuesta es <b>SÍ</b> :		
¿ <b>Quién lo hizo?</b> : 1. Marido/Pareja masculina    2. ExMarido/Expareja masculina    3. Novio 4. Exnovio    5. Otro, especificar.....		
¿ <b>Cuándo?</b> : 1. Durante el embarazo.    2. En el último año antes del embarazo. 3. Otro, especificar.....		
¿ <b>Cuántas veces?</b> .....		
5. Si ha respondido SÍ a una de las 3 preguntas anteriores ¿Tiene usted miedo de su pareja o de alguna de las personas nombrada más arriba?		
1. SÍ      2. NO		
A continuación se rellena el cuestionario ISA. Si responde que SÍ a una de las 3 primeras preguntas, o en el cuestionario ISA se identifica que sufre maltrato, rellena las preguntas del cuestionario sobre la persona que ejerce la violencia y el D.A. y proponedle una entrevista en profundidad		
OBSERVACIONES:		



**Anexo 5**  
**Index of Spouse Abuse (ISA)**



Nº	CUESTIONARIO ISA					
<p>LEER a la mujer: "La violencia contra las mujeres es un problema muy extendido en nuestra sociedad. En muchas ocasiones, esa violencia es producida por la propia pareja o esposo de la mujer y, a menudo, ni siquiera ella es consciente de que está sufriendo malos tratos. Este cuestionario está diseñado para conocer si usted ha experimentado maltrato en su relación de pareja <b>en el último año o durante el embarazo</b> y la frecuencia de ese maltrato. No es un examen, por lo que no hay respuestas buenas o malas. Conteste a cada una de las preguntas lo más cuidadosa y correctamente que pueda."</p> <p>Si no convive con su pareja, dejar las preguntas 5 y 14 en blanco. Igualmente, si no tiene hijos, dejar la pregunta 17 en blanco.</p>						

		Nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente
NF	1. Mi pareja me hace sentirme inferior (por ejemplo me dice que no valgo para nada o que no hago nada bien).	1	2	3	4	5
NF	2. Mi pareja me exige obediencia ante sus caprichos.	1	2	3	4	5
NF	3. Mi pareja se enfada y se pone intratable cuando le digo que está bebiendo demasiado.	1	2	3	4	5
F	4. Mi pareja me hace realizar actos sexuales que no me gustan o con los cuales no disfruto.	1	2	3	4	5
NF	5. A mi pareja le molesta mucho que la cena, las tareas de la casa o la colada no estén hechas para cuando él piensa que deberían estarlo.	1	2	3	4	5
NF	6. Mi pareja tiene celos y sospechas de mis amigos u otras personas cercanas (por ejemplo vecinos o compañeros de trabajo).	1	2	3	4	5
F	7. Mi pareja me da puñetazos.	1	2	3	4	5
NF	8. Mi pareja me dice que soy fea y poco atractiva.	1	2	3	4	5
NF	9. Mi pareja me dice que no podría arreglármelas o cuidar de mí misma sin él.	1	2	3	4	5
NF	10. Mi pareja actúa como si yo fuera su criada personal.	1	2	3	4	5
NF	11. Mi pareja me insulta o me avergüenza delante de los demás.	1	2	3	4	5
NF	12. Mi pareja se enfada mucho si no estoy de acuerdo con él.	1	2	3	4	5
F	13. Mi pareja me amenaza con un objeto o arma (por ejemplo un cuchillo).	1	2	3	4	5
NF	14. Mi pareja es tacaña a la hora de darme dinero para los asuntos de la casa.	1	2	3	4	5
NF	15. Mi pareja controla lo que gasto y a menudo se queja de que gasto demasiado (por ejemplo en ropa, teléfono, etc.).	1	2	3	4	5
NF	16. Mi pareja no me valora intelectualmente (por ejemplo me dice que no sé nada, que me calle, que soy tonta, etc.).	1	2	3	4	5
NF	17. Mi pareja exige que me quede en casa cuidando de los niños.	1	2	3	4	5
F	18. Mi pareja me pega tan fuerte que debo buscar asistencia médica.	1	2	3	4	5
NF	19. Mi pareja cree que no debería trabajar o estudiar.	1	2	3	4	5
NF	20. Mi pareja no es una persona amable.	1	2	3	4	5
NF	21. Mi pareja no quiere que me relacione con mis amigas u otras personas cercanas (por ejemplo mi familia, vecinas/os o compañeras/os de trabajo).	1	2	3	4	5

F	22. Mi pareja exige que tengamos relaciones sexuales sin tener en cuenta si yo quiero o no.	1	2	3	4	5
NF	23. Mi pareja me chilla y me grita por cualquier motivo.	1	2	3	4	5
F	24. Mi pareja me da bofetadas en la cara y la cabeza.	1	2	3	4	5
F	25. Mi pareja se pone agresiva conmigo cuando bebe.	1	2	3	4	5
NF	26. Mi pareja es un mandón y me da órdenes constantemente.	1	2	3	4	5
NF	27. Mi pareja no respeta mis sentimientos, decisiones y opiniones.	1	2	3	4	5
NF	28. Mi pareja me asusta y me da miedo.	1	2	3	4	5
NF	29. Mi pareja me trata como si fuera idiota.	1	2	3	4	5
F	30. Mi pareja actúa como si quisiera matarme.	1	2	3	4	5

Maltrato SÍ, si Físico (F) 10 puntos y No Física (NF) 25 puntos

Observatorio de Salud de la Mujer: Adaptación española de un instrumento de diagnóstico y otro de cribado para detectar la violencia contra la mujer en la pareja desde el ámbito sanitario. Disponible: [www.mscps.es](http://www.mscps.es)

**Anexo 6**  
**Cuestionario sobre la persona agresora**





DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE LA PERSONA QUE EJERCE LA VIOLENCIA		Valor
60	<b>Edad</b>	
61	<b>Estado civil</b> 1. Casado 2. Viudo 3. Unión de hecho 4. Soltero 5. Divorciado 6. Otro (especificar)	
62	<b>Nivel de estudios</b> 1. No sabe leer ni escribir 2. Estudios primarios incompletos 3. EGB o bachiller elemental 4. FP1 o equivalente 5. FP 2 o equivalente 6. Estudios universitarios 3 a 4 años 7. Estudios universitarios 5 a 6 años	
63	<b>Trabajo</b> 1. Autónomo 2. Administración pública 3. Fuerzas armadas 4. Empresa privada (fijo) 5. Empresa privada (eventual) 6. Parado y buscando trabajo 7. Parado y no busca trabajo 8. Estudiante 9. Trabaja en la casa 10. Jubilado o incapacitado	
64	<b>Nacionalidad</b> 1. Española 2. Marroquí 3. Rumana 4. Ecuatoriana 5. Otra(especificar)	
65	<b>Si extranjero, tiempo de residencia en España (en meses)</b>	
<b>CONSUMO DE SUSTANCIAS TÓXICAS</b>		
66	<b>Fuma</b> 0. Nunca 1. Sí, pero dejó de fumar, (especificar tiempo en meses y cuantos cigarrillos al día) Si responde Sí, ¿ha aumentado su consumo durante el embarazo? 2. Sí 3. NO	
67	<b>Bebe</b> 0. Nunca 1. Sí (especificar tipo y cantidad) ¿Qué tipo de bebida toma con las comidas? Comida: Cena: Entre comidas: Fin de semana Si responde Sí, ¿ha aumentado el consumo durante el embarazo? 2. Sí 3. NO	
68	<b>Consumo de otras drogas ilegales (cannabis, heroína, crack, cocaína,....)</b> 0. Nunca 1. Alguna vez en su vida 2. Sí (especificar tipo y cantidad) Si responde Sí ¿ha aumentado su consumo durante el embarazo? 2. Sí 3. NO	
<b>OBSERVACIONES:</b>		



**Anexo 7**  
**Cuestionario Danger Assessment (DA)**



<b>CUESTIONARIO EVALUACIÓN DEL PELIGRO (DA)</b>			
Nº	SÍ	NO	
1. En el último año, ¿ha aumentado la violencia emocional o física en severidad o frecuencia?			
2. ¿Tiene algún arma de fuego?			
3. ¿Está en paro?			
4. ¿Ha amenazado con matarle?			
5. ¿Se ha librado de ser detenido por violencia doméstica?			
6. ¿La ha forzado a mantener relaciones sexuales?			
7. En alguna ocasión, ¿ha intentado estrangularla?			
8. ¿Consume drogas? (como por ejemplo, estimulantes o anfetaminas, speed, polvo de ángel, cocaína, heroína, drogas de diseño o mezclas)			
9. ¿Tiene algún problema con el alcohol o es alcohólico?			
10. ¿Se pone celoso de forma violenta? (por ejemplo, dice "si yo no puedo tenerla, nadie te tendrá")			
11. ¿Amenaza con hacer daño a sus hijos/as?			
12. ¿Cree que es capaz de matarla?			
13. ¿La persigue o la espía, le deja notas amenazantes o le deja mensajes, rompe sus cosas, o la llama cuando usted no quiere?			
14. En alguna ocasión, ¿ha amenazado o ha intentado suicidarse?			
15. En alguna ocasión, ¿la ha golpeado cuando ha estado embarazada?			
16. En el último año, ¿ha dejado a su pareja o ex/pareja, después de vivir juntos?			NUNCA HE VIVIDO CON ÉL
17. ¿Controla la mayoría o todas sus actividades diarias? (como por ejemplo, le dice con quién puede hacer amistades, cuándo puede ver a su familia, cuánto dinero puede gastar, o cuándo puede coger el coche, etc.)			LO INTENTA PERO NO LE DEJO
18. En alguna ocasión, ¿ha usado algún arma contra usted o la ha amenazado con ella? ¿Fue con un arma de fuego?			
19. ¿Tiene usted algún hijo/a que no sea de la persona que le está agrediendo?			
20. En alguna ocasión, ¿usted ha amenazado con suicidarse o lo ha intentado?			

PUNTUACIÓN: |\_|\_| (Contar el número de respuestas positivas)

\* Se considera PELIGRO EXTREMO DE HOMICIDIO O SUICIDIO, si se obtiene una puntuación igual o superior a 4 puntos. No obstante, si se obtiene una puntuación inferior a 4, se recomienda valorar el contenido de las preguntas que ha respondido afirmativamente, para guiar las actuaciones

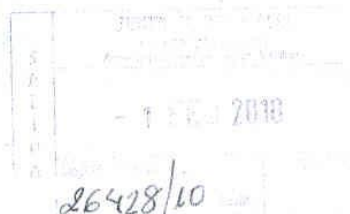


## **Anexo 8**

**Acreditación de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía  
de la formación impartida a las matronas que recogen los datos**







**RESULTADOS DE EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD DE FORMACIÓN CONTINUADA:**

Actividad	Violencia de Genero durante el embarazo. Jornadas para Matronas			Código	POL7728_00	
				Reacreditación	SI	NO <input checked="" type="checkbox"/>
Entidad	Asociación Andaluza de Matronas					
Registro de Entrada Consejería Salud	24/12/2009	Registro de Entrada Agencia Calidad Sanitaria	15/01/2010	Fecha Inicio Actividad	15/01/2010	

Realizada la evaluación de la actividad siguiendo los pasos que se recogen en el Procedimiento de Acreditación de Actividades de Formación Continuada establecido por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, según los criterios generales y mínimos de la Comisión Nacional de Salud de Formación Continuada, incluida su última modificación referida a la valoración del componente cuantitativo y lo determinado por el *Decreto 203/2003 de 8 de julio, por el que se regula el procedimiento de acreditación de las actividades de formación continuada de las profesiones sanitarias,*

La propuesta de asignación de créditos de los componentes cuantitativo y cualitativo de la actividad es la siguiente:

COMPONENTE CUALITATIVO	1,65
COMPONENTE CUANTITATIVO	1,43
CRÉDITOS TOTALES	2,36

En Sevilla, a 29 de Enero de 2010

Fdo. D. ANTONIO TORRES OLIVERA  
DIRECTOR GERENTE



## **Anexo 9**

### **Resumen de la recogida de los datos en los diferentes hospitales**



<b>RESUMEN RECOGIDA DE LOS DATOS EN LOS HOSPITALES</b>												
<b>Tipo_hospital</b>	<b>Nombre y ciudad</b>	<b>Días recogida datos</b>	<b>Nº partos</b>	<b>Nº partos seleccionados</b>	<b>Nº de Casos definitivos</b>	<b>Abandono</b>	<b>Motivos abandono</b>					
							<b>Rechazo</b>	<b>lengua</b>	<b>mujer</b>	<b>matrona madre</b>		
<b>Regional</b>	General. Málaga	18	315	53	51	2	1	1				
	Reina Sofía. Córdoba	9	121	50	49	1			1			
	Virgen Macarena. Sevilla	16	145	60	50	10	4	3				
	Virgen de las Nieves. Granada	15	178	68	50	18	1	4	11	2		
	Virgen del Rocío. Sevilla	5	108	76	56	20	8	2	10			
<b>Especialidades</b>	Virgen de Valme. Sevilla	14	147	66	53	13	1		2	10		
	Torrecaídas. Almería	7	80	61	54	7		1	6			
	Punta Europa. Algeciras. Cádiz	13	101	67	50	17		1	16			
	Puerto Real. Cádiz	13	91	69	52	17	3		8	6*		
	Jerez de la Frontera. Cádiz	13	118	74	51	23	9		13	1	1	
<b>Comarcal</b>	Clínico San Cecilio. Granada	10	81	59	52	7	0	2	5			
	Complejo Hospitalario de Jaén	13	88	51	51	0						
	Baza. Granada	32	67	51	48	3	2	1				
	Axarquía. Málaga	34	125	65	61	4				4		
	Infanta Elena. Huelva	20	126	62	51	11	0	4	4	3		
<b>TOTALES</b>		232	1894	932	779	153	28	19	79	27	1	



**Anexo 10**  
**Aprobación de los comités de ética de los hospitales**







Hospital Universitario Reina Sofía  
Servicio Andaluz de Salud  
CONSEJERÍA DE SALUD

Avda. Menéndez Pidal, S/N  
14004 Córdoba  
957 010 000

Nº: MIGN/cmp

Fecha: jueves, 26 de marzo de 2009

ASUNTO: Estudio compartido Matronas H. Virgen de las Nieves y HURS

Remitente: **SUBDIRECCIÓN ENFERMERÍA HOSPITALIZACIÓN H.G./ H. M.-I. / CRÍTICOS/ URGENCIAS.**  
**Mª Isabel Gómez Núñez**  
Destinatario: **DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA**  
**Dª Ana Rojas Aragón**

Se confirma que la Matrona Dª Mercedes Garrido Paniagua se compromete como colaboradora para la recogida de datos en nuestro hospital para el "ESTUDIO COMPARATIVO DE LOS RESULTADOS PERINATALES EN MUJERES INGRESADAS EN OBSTETRICIA EN HOSPITALES ANDALUCES Y SU RELACIÓN CON LA VIOLENCIA DURANTE EL EMBARAZO"

Un saludo

SUBDIRECCIÓN ENFERMERÍA HOSPITALIZACIÓN



Fdo.: Mª Isabel Gómez Núñez  
isabel.gomez.nunez.ssipa@juntadeandalucia.es

COMUNICACIÓN INTERIOR



Servicio Andaluz de Salud  
**CONSEJERÍA DE SALUD**

La Dirección de Enfermería del Hospital Regional Universitario Carlos Haya de Málaga, da su conformidad para la participación de matronas dependientes de éste hospital en el Proyecto Multicéntrico con título: “ Estudio comparativo de los resultados perinatales en mujeres ingresadas en obstetricia en hospitales andaluces y su relación con la violencia durante el embarazo”. Investigador principal: M<sup>a</sup> Casilda Velasco Juez.

En Málaga a 25 de Junio de 2009

Fdo: D. Cipriano Viñas Vera





Servicio Andaluz de Salud  
**CONSEJERÍA DE SALUD**

**DON ÁNGEL PALACIOS PÉREZ, EN CALIDAD DE SECRETARIO DEL  
COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA DEL HOSPITAL  
UNIVERSITARIO "SAN CECILIO" DE GRANADA,**

**CERTIFICA:**

Que este Comité ha evaluado en la sesión celebrada el día 27 de septiembre de 2010, los aspectos locales para llevar a cabo el estudio titulado: *"Prevalencia de la violencia durante el embarazo en mujeres que dan a luz en hospitales públicos de Andalucía"* que será realizado por doña Casilda Velasco Juez, existiendo el quórum suficiente de acuerdo con lo establecido en el R.D. 223/2004 sobre Ensayos Clínicos, las normas de Buena Práctica Clínica y sus procedimientos normalizados de trabajo.

Estuvieron presentes en la citada sesión los siguientes miembros:

Dra. María S. Serrano Atero -Directora Médica-  
Dr. Javier Salmerón Escobar -Vicepresidente-  
Dr. Ángel Palacios Pérez -Secretario-  
Dr. José Hernández Quero -Medicina Interna. Infecciosos-  
Dr. Manuel Muñoz Torres -Endocrinología-  
D. Juan Morales Arcas -Asesor Jurídico-  
Dr. Fidel Fernández Quesada -Cirugía Vascular-  
D<sup>a</sup> M<sup>a</sup> Luisa Sánchez Sierra -Enfermera-  
Dr. Antonio Díez Ruiz -Medicina Interna-

Para que conste donde proceda, se expide la presente en Granada, a veintinueve de septiembre de dos mil diez.



N.º 72

HOSPITAL UNIVERSITARIO "San Cecilio"  
Avda. Dr. Olóriz, 16. 18012 - GRANADA  
Tfno.: 958 02 30 00





Servicio Andaluz de Salud  
CONSEJERÍA DE SALUD

### INFORME DE LA SUBCOMISIÓN DE ÉTICA SANITARIA

La Subcomisión de Ética Sanitaria del Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla, según consta en el acta nº 12/2009, ha valorado el proyecto de investigación presentado por la D<sup>a</sup>. **Blanca Alvarez** titulado:

“ESTUDIO COMPARATIVO DE LOS RESULTADOS PERINATALES EN MUJERES INGRESADAS EN OBSTETRICIA DE OCHO HOSPITALES ANDALUCES Y SU RELACIÓN CON LA VIOLENCIA DURANTE EL EMBARAZO”.

Se emite **INFORME FAVORABLE**.

En Sevilla, a 11 de Marzo del 2010,

EL PRESIDENTE

Fdo. Alfonso Soto Moreno

Cód. 010470

Hospitales Universitarios VIRGEN DEL ROCIO  
AVDA. MANUEL SIJROT S/N - 41013 - SEVILLA



Servicio Andaluz de Salud  
CONSEJERÍA DE SALUD

**Subcomisión de Investigación Sanitaria**

**Hospital Juan Ramón Jiménez y Centros Adscritos de la provincia de HUELVA**

D. CARLOS PÉREZ HERNÁNDEZ, como Secretario de la Comisión de Ética e Investigación Sanitarias del Hospital Juan Ramón Jiménez de Huelva

**CERTIFICA:**

Que el estudio titulado: " **Estudio Comparativo de los resultados perinatales en mujeres ingresadas en obstetricia de ocho hospitales andaluces y su relación con la violencia durante el embarazo**"

Presentado ante la Comisión Permanente evaluadora y cuyo Investigador Principal en el Hospital Infanta Elena de Huelva es. D. **Manuel Prieto**, siendo la coordinadora del estudio D<sup>a</sup> Casilda Velasco Juez.

Dicho proyecto ha sido evaluado por esta Comisión de forma FAVORABLE, al comprobar que:

Se marcan unos objetivos relevantes, de interés para el Centro y en el marco de prioridades de investigación biosanitaria, considerándose suficientemente justificada la investigación propuesta.

La capacidad del investigador y su equipo y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.

La metodología, el plan de trabajo y análisis que se plantea con los datos resultan adecuados para alcanzar los objetivos.

Se asegura la confidencialidad de los datos y es adecuado el procedimiento para obtener el consentimiento informado de los sujetos que van a ser estudiados.

Y para que así conste, se firma el presente certificado en Huelva a 19 de Octubre de 2.009



Fdo: Carlos Pérez Hernández

Área Hospitalaria Juan Ramón Jiménez  
Ronda Norte, s/n. 21005 Huelva  
Teléf. 959 01 60 00



**Proyecto:** “ESTUDIO COMPARATIVO DE LOS RESULTADOS PERINATALES EN MUJERES INGRESADAS EN OBSTETRICIA EN HOSPITALES ANDALUCES Y SU REALCIÓN CON LA VIOLENCIA DURANTE EL EMBARAZO”.

**Investigadora principal:** M<sup>a</sup> Casilda Velasco Juez, profesora de la Universidad de Granada y matrona del H. materno-infantil Virgen de las Nieves.

**Investigadoras colaboradoras del CHT:** Josefa Jiménez Calero, Ester Carmona Samper

## INFORME

**Antecedentes y estado actual del tema:** Bien documentado. La hipótesis de trabajo es que la prevalencia de violencia de género que sufren las mujeres durante el embarazo es similar a la de otros países de nuestro entorno, teniendo una mayor frecuencia de amenaza de parto prematuro, hemorragias, más demanda sanitaria, mayor consumo de de tóxicos, niños con bajo peso, menor prevalencia de lactancia materna, entre otras.

**Objetivo general:** Conocer la prevalencia de violencia durante el embarazo que sufren las mujeres entrevistadas en hospitales andaluces.

**Objetivos específicos:** 1. Conocer las características sociodemográficas y de salud de las mujeres entrevistadas. 2. Comparar las características sociodemográficas y sanitarias de las mujeres que sufren violencia y las que no la sufren. 3. Identificar las relaciones existentes entre la violencia durante el embarazo y los resultados obstétricos y neonatales.

**Diseño del estudio:** 1 Estudio descriptivo transversal. 2 Entrevista en profundidad

**Población:** 1 Mujeres ingresadas en los servicios de obstetricia por pródromos de parto o parto en curso, amenaza de parto prematuro, metrorragia en el tercer trimestre y que finalizan en parto en el periodo de estudio. 2 Mujeres que sufren maltrato. Partiendo de los datos de partos de 2006: 73.983.

**Muestra:** 50 mujeres: 5 hospitales regionales, 6 de especialidades, 3 comarcales y 1 empresa pública.

**Captación:** Al azar el número a muestrear (lo deciden las investigadoras colaboradoras). **No está claro el método. Se debería delimitar el tiempo de recogida de datos y establecer unos mínimos por parte de la investigadora principal. (pag 9), ya que todo queda muy abierto.**

**Criterios de inclusión:** mujeres ingresadas por parto que accedan a realizar la entrevista.

**Criterios de exclusión:** idioma o minusvalía que impida participar en el estudio.

**Material y Método:** Datos sociodemográficos y de salud de la historia clínica. Entrevista del cuestionario de violencia (**no dice que esté validado**), cuestionario de variables sociodemográficas de la persona que ejerce la violencia. De las mujeres maltratadas se realizaran entrevistas en profundidad (presenta el guión).

El protocolo no hace mención a los posibles **sesgos** del estudio, expone como **dificultades** y **limitaciones** el que en nuestro medio no se suele hablar de violencia durante el embarazo y casi nunca se les pregunta a las mujeres sobre este hecho y se encuentren ciertas resistencias en el hospital por se un tema “delicado”. No está el **cronograma** de trabajo y los **recursos humanos** son dos matronas de nuestro hospital.

En los **anexos se incluyen el consentimiento informado y los distintos cuestionarios** a utilizar, no así la **bibliografía**.

**No** refiere financiador o patrocinador de ningún tipo. **No** hace mención a si el proyecto se ha presentado o piensa presentarse a convocatoria pública ni privada de financiación.

EVALUACIÓN: El estudio está bien estructurado, es pertinente y coherente en sus apartados y considero que puede ser aprobado por esta Comisión, aclarando mejor el muestreo y el método de recogida de los datos.





Servicio Andaluz de Salud  
**CONSEJERÍA DE SALUD**

**D<sup>a</sup>. M<sup>a</sup>. Dolores López Prieto**, con D.N.I. nº [REDACTED], como Responsable de la Subcomisión de Investigación Sanitaria del Área Hospitalaria del Hospital de Jerez

## **CERTIFICA:**

Que en sesión celebrada el día 18 de Junio de 2.009, el estudio “**ESTUDIO COMPARATIVO DE LOS RESULTADOS PERINATALES EN MUJERES INGRESADAS EN OBSTETRICIA EN HOSPITALES ANDALUCES Y SU RELACIÓN CON LA VIOLENCIA DURANTE EL EMBARAZO**”, presentado por la Matrona **D<sup>a</sup>. Isabel Muñoz Jiménez**, fue estudiado y aprobado por la Subcomisión de Investigación Sanitaria del Área Sanitaria del Hospital de Jerez.

Y para que conste y surta efecto, firmo el presente en Jerez a 9 de Julio de dos mil nueve.

**RESPONSABLE DE LA SUBCOMISIÓN**



**Fdo.: Dra. M<sup>a</sup>. Dolores López Prieto**

A-4 MEMBRETE  
Gráficas LABELMAR

**HOSPITAL DE JEREZ**  
Ctra. Circunvalación, s/n. 11407 Jerez de la Fra. (Cádiz)  
Tel. 956 03 20 00 (16 líneas). Fax 956 03 20 84



Servicio Andaluz de Salud  
CONSEJERÍA DE SALUD

D<sup>a</sup> CARMEN NAVARRO BUSTOS, COMO PRESIDENTA DE LA COMISIÓN DE ÉTICA E INVESTIGACIÓN SANITARIA DEL ÁREA HOSPITALARIA VIRGEN MACARENA DE SEVILLA,

CERTIFICA:

Que esta Comisión en sesión celebrada el 16 de octubre de 2009 ha evaluado y aprobado el estudio titulado " Estudio comparativo de los resultados perinatales en mujeres ingresadas en obstetricia de quince hospitales andaluces y su relación con la violencia durante el embarazo" presentado por Dña M<sup>a</sup> Isabel Maserá Gutiérrez matrona del Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario Virgen Macarena y Área

Y para que conste firmo el presente documento en Sevilla, a 16 de octubre de 2009

Fdo: *Carmen Navarro Bustos*  


AREA HOSPITALARIA "VIRGEN MACARENA"  
Avda. Dr. Fedriani, nº 3  
41071 SEVILLA

Mod. 002-224



Servicio Andaluz de Salud  
**CONSEJERÍA DE SALUD**

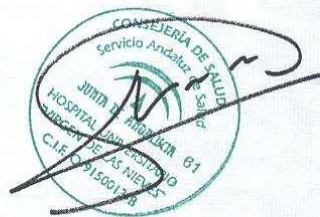
D ALBERTO PUERTAS PRIETO, SECRETARIO DE LA COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES DE GRANADA.

CERTIFICA:

Que esta comisión ha considerado valorar favorablemente el proyecto presentado por D<sup>a</sup>. Casilda Velasco Juez titulado “Prevalencia de la Violencia durante el embarazo y su relación con los resultados perinatales en mujeres ingresadas en obstetricia en Hospitales de Andalucía”.

Lo que firmo en Granada a veintiseis de mayo de dos mil nueve .

Secretario de la C. de Investigación  
Fdo: Alberto Puertas Prieto



CS 7/1

Hospital Universitario Virgen de las Nieves  
Avda. Fuerzas Armadas, 2. 18014 - Granada  
Tel: 958 02 00 00. Fax: 958 02 01 32



Servicio Andaluz de Salud  
CONSEJERÍA DE SALUD

D. Miguel Ángel Calleja Hernández Vicepresidente y Secretario del Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Virgen de las Nieves

### CERTIFICA

Que este Comité ha evaluado la propuesta del Investigador Principal D<sup>a</sup>. Casilda Velasco Juez para que se realice el estudio titulado: "Estudio comparativo de los resultados perinatales en mujeres ingresadas en obstetricia de ocho Hospitales Andaluces y su relación con la violencia durante el embarazo" en este Hospital y que considera que:

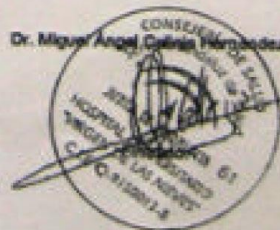
Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsibles para el sujeto.

La capacidad del investigador y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.

Son adecuados tanto el procedimiento para obtener el consentimiento informado como la compensación prevista para los sujetos por daños que pudieran derivarse de su participación en el estudio.

Y que este Comité acepta que dicho estudio sea realizado en el Hospital Universitario Virgen de las Nieves así como en los Centros de Salud correspondientes al área de actuación del mismo, por D<sup>a</sup>. Casilda Velasco Juez como investigadora principal y colaboradores.

Lo que firmo en Granada a treinta de octubre de dos mil ocho



**Anexo 11**  
**Informe de la Delegación del Gobierno para la Violencia  
de Género del Ministerio de Igualdad**





MINISTERIO  
DE IGUALDAD

SECRETARÍA  
GENERAL DE  
POLÍTICAS DE  
IGUALDAD

Miguel Lorente Acosta

Delegado del Gobierno para la  
Violencia de Género

Madrid, 17 de julio de 2009

M<sup>a</sup> Casilda Velasco Juez  
[casildavelasco@gmail.com](mailto:casildavelasco@gmail.com)

Estimada Casilda:

Con respecto al contenido de su escrito, le informamos que según el artículo 259 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal, "El que presenciare la perpetración de cualquier delito público está obligado a ponerlo inmediatamente en conocimiento del Juez de instrucción, de Paz, Comarcal o Municipal, o Funcionario fiscal más próximo al sitio en que se hallare [...]". Por tanto, la obligación de denunciar recaería únicamente en aquellas personas que presenciaron la agresión.

Por otro lado, el artículo 262 de la misma ley establece que "Los que por razón de sus cargos, profesiones u oficios tuvieren noticia de algún delito público, estarán obligados a denunciarlo inmediatamente al Ministerio Fiscal, al Tribunal competente, al Juez de instrucción y, en su defecto, al municipal o al funcionario de policía más próximo al sitio, si se tratare de un delito flagrante.

Los que no cumplieren esta obligación incurrirán en la multa señalada en el artículo 259, que se impondrá disciplinariamente.

Si la omisión en dar parte fuere de un profesor de Medicina, Cirugía o Farmacia y tuviese relación con el ejercicio de sus actividades profesionales, la multa no podrá ser inferior a [...]"

La cuestión radica entonces en lo siguiente: si usted realizara esas entrevistas en el marco de su investigación doctoral, como lo haría cualquier otra compañera de la universidad que no fuera matrona, el conocimiento acerca de esa situación se entiende que no estaría basado en hechos objetivos derivados del ejercicio profesional sino en

CORREO  
ELECTRÓNICO  
[violencia-genero@migualdad.es](mailto:violencia-genero@migualdad.es)

Alcalá 37, 4<sup>a</sup> Planta  
28014 MADRID  
TEL: 91 524.35.50  
FAX: 91 524.35.97



MINISTERIO  
DE IGUALDAD

SECRETARÍA  
GENERAL DE  
POLÍTICAS DE  
IGUALDAD

Miguel Lorente Acosta

Delegado del Gobierno para la  
Violencia de Género

una referencia de la paciente a preguntas de la investigadora, por lo que no podría considerarse en sentido estricto como una actuación profesional. De esta manera, podría entenderse que estaría usted actuando como cualquier persona que hace una encuesta y no tendría, por tanto, obligación de denunciar ante la referencia de una situación de violencia, que en último extremo podría incluso tratarse tan sólo de una posibilidad.

Le agradecemos nuevamente la confianza depositada en este organismo y esperando que la información le sea de utilidad, reciba un cordial saludo,

Miguel Lorente Acosta

Delegado del Gobierno para la Violencia de Género

CORREO  
ELECTRÓNICO  
violencia-genero@migualdad.es

Alcalá 37, 4ª Planta  
28014 MADRID  
TEL: 91 524.35.50  
FAX: 91 524.35.97



**Anexo 12**  
**Formulario para el resumen de la recogida de datos**



Recogida de datos en Granada 100-199 **EJEMPLO**

Fecha	Nº de partos	Nº de mujeres aleatoriamente	Nº de orden	Nº de casos definitivos	Observaciones
27/10/2009	12	5	100-104	4	103 no la encuentro
28/10/2009	18	7	105-111	7	108 sufre violencia
29/10/2009	10	5	112-116	4	116 suspende la entrevista