



Título:

Consecuencias Materno-Perinatales de la Violencia de Género en Mujeres con Embarazos de Alto Riesgo del Hospital de Maternidad en el Periodo Marzo – Agosto - 2011

Presentado por:

Dra. María Cecilia Ramírez Martínez

Asesor académico:

Dra. Liseth Elías de Buendía

Asesor Metodológico:

Dra. Nancy Carolina Ruiz de Guerrero

San Salvador 20 de Diciembre 2011

INDICE

INDICE-----	2
RESUMEN -----	3
INTRODUCCION -----	5

OBJETIVOS -----8

MATERIAL Y METODOS -----9

RESULTADOS----- 16

DISCUSION----- 35

CONCLUSIONES ----- 40

ANEXOS ----- 43

BIBLIOGRAFIA----- 46

RESUMEN

La violencia de género por nuestro patrón cultural es un fenómeno común en nuestro país que puede presentarse en todas las clases sociales y niveles académicos; por tanto es de suponer que muchas mujeres en edad reproductiva y que se embarazan pueden ser objeto de violencia y dicho fenómeno no es investigado.

Las complicaciones de patologías del embarazo podrían coexistir con violencia de género y ser muy frecuente en nuestras pacientes, atravesando los 3 trimestres y obligando a una frecuencia mayor de hospitalizaciones y a un deficiente control prenatal.

Estimar la prevalencia y características de la violencia familiar en pacientes con embarazos de alto riesgo y su efecto en los resultados obstétrico y perinatal es importante ya que la violencia contra la mujer podría tener repercusiones negativas sobre la madre y el feto.

Generalmente no se conoce el porcentaje de mujeres que sufren violencia de género durante el embarazo en el Hospital Nacional de Maternidad y si dicha violencia tiene algún impacto en aspectos tales como vía de culminación del embarazo, descompensación de las patologías que complican el embarazo (por ausencia o deficiencia de atención prenatal, incumplimiento de tratamientos, consecuencias directas de la violencia) o problemas fetales.

El diseño metodológico fue un análisis de tipo cohorte retrospectivo y descriptivo realizado en la consulta externa y servicio de perinatología del hospital de Maternidad en el periodo marzo-agosto-2011.

Se utilizó 1 instrumento tipo encuesta (Anexo 1) tomando de apoyo algunos puntos de la ficha diseñada por la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG) para identificar la violencia de género y la hoja de registro único para casos de violencia intrafamiliar del Instituto Salvadoreño para el Desarrollo de la Mujer (ISDEMU) ajustándola a las necesidades del presente estudio. Dicha encuesta se pasó en los servicios de perinatología y consulta externa de alto riesgo; para ello se aplicaron criterios de inclusión (embarazos catalogados como de alto riesgo entre las 20 – 38 semanas que son o han sido víctimas de algún tipo de violencia en el embarazo actual) y de exclusión (embarazos de alto riesgo menores de 20 semanas o mayores de 38 semanas, hemorragia del tercer trimestre no relacionada a violencia, embarazo múltiple, alteraciones del volumen del líquido amniótico no relacionado a ruptura de membranas, malformaciones congénitas del RN) .

Se estudiaron las variables dependientes:

- Pacientes con embarazos de alto riesgo entre las 20 y 38 semanas violentadas (en el embarazo actual)

Variables independientes:

- Violencia psicológica, física, sexual, discriminación
- Variables demográficas
- Condición patológicas

INTRODUCCION

El presente trabajo de investigación pretende identificar las posibles consecuencias materno-perinatales de la violencia de género en mujeres embarazadas atendidas en servicios de consulta externa y alto riesgo del Hospital Nacional Especializado de Maternidad de El Salvador.

La violencia de género es un fenómeno común en nuestro país. Un tema de especial interés es la violencia de pareja ejercida contra las mujeres embarazadas; dicho abuso está asociado según estudios a trastornos en la salud de la mujer y el futuro recién nacido. Las patologías del embarazo y la coexistencia de violencia de género son encontradas en nuestras pacientes, atravesando los 3 trimestres y obligando a una frecuencia mayor de hospitalizaciones. Igualmente algunas enfermedades crónicas podrían descompensarse durante el embarazo como resultado de cualquier tipo de violencia ejercida por la pareja directa o indirectamente y requerir atención de tercer nivel.

En el caso de las mujeres que son maltratadas en su edad reproductiva los efectos son agravados ya que es una etapa muy vulnerable en la vida de una mujer. Puede que las adolescentes y mujeres adultas que son agredidas física y sexualmente tengan que afrontar las infecciones transmitida sexualmente: virus de la inmunodeficiencia humana (ITS/VIH), el embarazo no deseado, el aborto espontáneo, el parto de un feto muerto, e incluso la muerte. En el caso del embarazo como resultado de una violación, los efectos psicológicos pueden ser devastadores, particularmente cuando se trata de niñas cuya primera experiencia sexual consistió en una violación o incesto.

La mujer maltratada presenta síntomas de sufrimiento psíquico como disminución de su autoestima, ansiedad, depresión, además de las lesiones físicas.

Más aún, las adolescentes que quedan embarazadas en una edad muy precoz afrontan riesgos a su salud porque, en muchas mujeres sus estructuras óseas no terminan de desarrollarse hasta los 18 años de edad, además de que el conducto pélvico a veces no es fisiológicamente adecuado hasta los 20 ó 21 años de edad.

El antecedente de violencia familiar de cualquier tipo representa un importante factor de riesgo para la violencia durante el embarazo.

Otras condiciones que incrementan el riesgo de violencia durante el embarazo son la ausencia de pareja o una relación inestable y la primigestación, lo que dibuja un perfil de alta vulnerabilidad social. Las explicaciones alternativas para esta asociación son que algunas mujeres motivadas por la violencia hayan decidido separarse o que como expresión de la violencia hayan sido abandonadas. El alcoholismo es también, un problema social que se ha vinculado con diferentes expresiones de la violencia dentro del ámbito familiar y fuera de éste (lesiones, homicidios, suicidios, accidentes automovilísticos, etcétera) y genera grandes pérdidas económicas y años de vida saludable. No es raro que ambos patrones de conducta, violencia hacia la mujer y alcoholismo, se presenten de manera simultánea como parte de un patrón cultural socialmente aceptable.

Debe considerarse que el impacto negativo en la salud de las mujeres depende no sólo de la magnitud del hecho aislado, sino también de la frecuencia y el tiempo de exposición a hechos de violencia aun previo al embarazo.

Sin embargo, la asociación entre el bajo peso fetal o al nacimiento del recién nacido y el hecho que el embarazo no sea deseado por la pareja, corresponde a una manifestación

de maltrato psicológico. Así, es posible atribuir a la violencia familiar durante el embarazo el riesgo de bajo peso al nacimiento.

También cabe mencionar que existen hábitos que incrementan los riesgos en la salud, el tabaquismo materno se encontró vinculado con el antecedente de violencia física y se identificó como un factor asociado con bajo peso en el recién nacido. Lo anterior coincide con diversos reportes que han relacionado la adicción al tabaco, alcohol u otras drogas durante el embarazo con la exposición a violencia de pareja. Sin embargo a pesar de que podría ser muy frecuente, este punto no fue investigado porque los datos pudieran no ser reales por vergüenza de las pacientes de aceptar este hecho.

En este sentido, la violencia durante el embarazo representa un fenómeno complejo que para su estudio requiere considerarse de manera integral. Características maternas como el estrés, la depresión, el tabaquismo, el alcoholismo y el abuso de drogas pueden formar parte del proceso complejo denominado violencia.

Las relaciones entre diferentes variables que integran el espectro de la violencia y el resultado obstétrico y perinatal podrían atribuirse a la violencia en su conjunto, más aun si existe alguna patología complicando el embarazo.

OBJETIVOS

Objetivo General

- ✓ Investigar la presencia de violencia familiar y sus características en pacientes con embarazos de alto riesgo entre las 20 – 38 semanas en el periodo Marzo – Agosto – 2011.

Objetivos Específicos

- ✓ Determinar el porcentaje de mujeres que sufrieron violencia de género durante el embarazo.
- ✓ Analizar las características sociodemográficas de las pacientes víctimas de violencia.
- ✓ Determinar qué tipo de violencia predomina en las embarazadas.
- ✓ Identificar si las pacientes violentadas presentaron complicaciones relacionadas a su patología.
- ✓ Investigar si la violencia contra la mujer tiene repercusiones negativas sobre la madre y el feto.
- ✓ Determinar cuál es la principal vía de culminación del embarazo en aquellos finalizados por indicación obstétrica en mujeres que fueron víctimas de violencia.

MATERIAL Y METODOS

La presente investigación utilizó un diseño de estudio epidemiológico analítico de tipo cohorte retrospectivo y descriptivo en pacientes con embarazos de alto riesgo entre las 20 y 38 semanas de embarazo víctimas de algún tipo de violencia realizado en la consulta externa y servicio de perinatología del Hospital de Maternidad en el periodo marzo-agosto-2011.

Desde marzo a agosto de 2011 se seleccionó aleatoriamente en base a los criterios de inclusión 250 pacientes (número de pacientes que se logró entrevistar según fecha de cronograma para posteriormente tabular datos) que asistieron a su control prenatal en la consulta externa de alto riesgo o ingresaron vía emergencia del hospital al servicio de alto riesgo. El estudio se realizó en embarazadas de alto riesgo ya que el Hospital de Maternidad es un centro de tercer nivel y cada paciente ya tenía sellado un diagnóstico específico por evaluación de médicos de perinatología.

Para ello se aplicó criterios de inclusión (pacientes con embarazos catalogados como de alto riesgo entre las 20 – 38 semanas que son o han sido víctimas de algún tipo de abuso físico, psicológico, sexual o discriminación en el embarazo actual) y de exclusión (embarazos de alto riesgo menores de 20 semanas o mayores de 38 semanas, hemorragia del tercer trimestre no relacionada a violencia, embarazo múltiple, alteraciones del volumen del líquido amniótico no relacionado a ruptura de membranas, malformaciones congénitas, pacientes que no desearon participar en la investigación, así como las que presenten incapacidad para expresarse por sus propios medios).

De acuerdo a la nomenclatura usada en este estudio se consideró:

- Violencia psicológica (emocional), cuando hubo insultos constantes, humillaciones, destrucción de objetos apreciados por la víctima, cuando la víctima fue amenazada, avergonzada, ridiculizada frente a otros, rechazada o aislada.
- Violencia física, cuando la víctima recibió golpes, cortes, quemaduras, jalones de pelo.
- Violencia sexual, cuando la víctima fue sometida a contactos o relaciones sexuales sin su consentimiento.
- Discriminación: Su alimentación es diferente, participa en las decisiones y actividades familiares, desarrolla algún tipo de actividad. Para fines de resultados se incorporó dentro de la violencia psicológica aunque en la encuesta se separó el término ya que implica situaciones diferentes.

Se utilizó 1 instrumento tipo encuesta (Anexo 1) tomando de apoyo algunos puntos y ajustándola a las necesidades del presente estudio la ficha diseñada por la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG) para identificar la violencia de género y la hoja de registro único para casos de violencia intrafamiliar del Instituto Salvadoreño para el Desarrollo de la mujer (ISDEMU).

Antes de iniciar el cuestionario se explicó a las mujeres la razón de hacer las preguntas y la importancia de dar respuestas claras. Además se les explico el concepto de violencia, que la información era confidencial, que no sería usada para hacer denuncia alguna y que su nombre no será consignado en el cuestionario que por tanto no deberá firmar la ficha y así se evitara que queden documentos firmados por las usuarias y que pudieran ser mal usados en algún momento que solo se utilizara número de expediente para veracidad del estudio en el consentimiento informado.

Dicha encuesta se pasó a pacientes seleccionadas al azar en los servicios de perinatología y consulta externa de alto riesgo; para ello se aplicaran criterios de inclusión (pacientes con embarazos catalogados como de alto riesgo entre las 20 – 38 semanas que son o han sido víctimas de algún tipo de abuso en el embarazo actual) y de exclusión (embarazos de alto riesgo menores de 20 semanas o mayores de 38 semanas, hemorragia del tercer trimestre no relacionada a violencia, embarazo múltiple, alteraciones del volumen del líquido amniótico, malformaciones congénitas, patologías en estudio y pacientes que no desearon participar en la investigación, así como las que presenten incapacidad para expresarse por sus propios medios).

Además se les aclararon dudas respecto a las preguntas cuando las pacientes lo requirieron sin hacer ningún tipo de sugerencia en la manera de responder.

Se solicitó consentimiento informado para formalidad del estudio y evitar cualquier repercusión de tipo legal. (Anexo 2)

Se tomó en cuenta la historia clínica perinatal en el correspondiente expediente como instrumento de apoyo tanto en el componente materno (variables demográficas) el apartado relacionado a violencia así como el componente fetal.

Se estudiarán las variables dependientes:

- Pacientes con embarazos de alto riesgo entre las 20 y 38 semanas violentadas (En el embarazo actual)

Variables independientes:

- Violencia psicológica, física, sexual, discriminación.
- Control prenatal

- Variables demográficas: edad, estado civil, nivel educativo, capacidad económica de adquisición, área geográfica.
- Condición patológica

Se realizó la operacionalización de variables donde se determinaron las escalas en las variables donde era aplicable.

Para evaluar la variable atención prenatal se consideró la asistencia a consultas prenatales, semana de embarazo al inicio y el promedio de consultas a las que asistieron catalogando en general la atención como completa o incompleta.

Los datos fueron ingresados en el programa Excel 2007 y se les procesó para encontrar las diferencias entre los grupos.

Con los datos procesados se preparó tablas y gráficas. En los resultados aparecen primeramente gráficos y tablas específicamente del grupo de pacientes con VBG ya que son el objetivo central de nuestro estudio y posteriormente se presentan cuadros comparativos de las principales características de las pacientes y los puntos clave a resaltar a fin de facilitar el análisis de los resultados obtenidos.

A continuación se presenta la operacionalización de variables que se utilizó para el estudio.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición	Indicador	Valor	Escala	Unidad De Medición
Emb. 20-38 s	Amenorrea entre 20-34 s	Fecha de ultima regla	Semanas	20-24s 25-29s 30-34s 35-38s	Todas las pacientes que cumplan criterios de inclusión.
Violencia	Cualquier tipo de agresión física, sexual, psicológica o discriminación	Parámetros medidos en la entrevista	Si No	Agresión física Agresión psicológica Agresión sexual Discriminación	
Violencia Psicológica	Insultos, humillación, destrucción de objetos apreciados por la víctima, amenazas, avergonzada, rechazada, aislada.	Parámetros medidos en la entrevista	Si No		
Violencia física	Golpes, cortes, quemaduras, jalones de pelo.	Parámetros medidos en la entrevista	Si No		
Violencia sexual	Sometida a contactos o	Parámetros medidos en la entrevista	Si No		

	relaciones sexuales sin su consentimiento.				
Discriminación	alimentación es diferente, participa en las decisiones y actividades familiares, desarrolla algún tipo de actividad recreativa, se le permite asistir a sus controles prenatales	Parámetros medidos en la entrevista	Si No		
Control prenatal	Evaluación de evolución del embarazo	Con control Sin control	Si No	Completo Incompleto	
Embarazo deseado	Planificación del embarazo	Deseado No deseado	Si No		
Edad	Edad cronológica	Porcentaje de pacientes según edad	Años	12-20 años 21-28 años 29-35 años Mayor de 35 años	
Referida	Enviada de otro centro o medico particular	Porcentaje de px referidas según hoja de primera vez de patología	Si No	De H. periférico De U/S De medico particular	

Estado civil	Condición de cada persona en relación con otra.	Porcentaje de pacientes según estado civil	Numérico	Soltero Casado Unión libre Divorciado Viudo	
Capacidad económica	Capacidad de adquisición	Porcentaje de asalariadas	Trabaja No trabaja	Ganancia propia. Apoyo de la pareja Apoyo familiar. Pensionado Remesas Caridad	
Nivel educativo	Escolaridad.	Porcentaje de escolaridad alcanzada	Grado académico	Analfabeta Básica Media Superior	
Área geográfica de residencia	Departamento de residencia de la paciente	Porcentaje de distribución de residencia	.	Urbana Rural	
Condición patológica	Entidad nosológica que produce entidades mayores	Criterios de inclusión	Si No	Patología específica	
Tratamiento medico	Recibe manejo medico de su patología	Toda paciente que recibe manejo medico ambulatorio específico	Si No	Cumple No cumple	
Parto	Nacimiento del producto de la concepción	Todo embarazo a finalizar	Si No	Vaginal Cesárea	

RESULTADOS

250 pacientes fueron incluidas en el estudio encontrándose que 131 (52 %) no había tenido algún episodio de violencia y que las 119 restantes (48 %) tuvo historia reciente de violencia basada en género (VBG). De este grupo se encontró 40 casos (34 %) de violencia psicológica, 22 (18%) de violencia sexual, 21 (18 %) discriminación, 19(16%) agresión física y 17 (14%) más de un tipo de violencia. Se determinó que las parejas eran los principales agresores 98 (82%).

Se evaluó variables demográficas en donde se observó que la edad más frecuente de las pacientes con algún tipo de violencia fue entre 21-28 años en un 37% y entre 29-35 años 31%. El estado civil con mayor prevalencia de violencia fue la unión libre con un 55% seguida de la soltería con 25% y casadas 20%.

En cuanto al nivel educativo, el 39% tenían educación media, el 37% educación básica obteniendo que el 76% del total de pacientes tienen algún grado de instrucción.

Del área geográfica, de las pacientes VBG la mayor cantidad de pacientes 96 (81%) provenían del área urbana y 23 (19%) del área rural, a diferencia de las pacientes no violentadas en quienes se observó similar prevalencia en ambas áreas 62(47%) y 69(53%).

Respecto al poder económico de adquisición se reporta que del grupo de las pacientes violentadas 59 (50%) y en las pacientes no violentadas hubo una proporción similar del apoyo de la pareja 40 (31%) y ganancia propia 45 (34%).

Se determinó que las edades de los embarazos donde prevalecía la violencia se encontraban entre las 25-29 semanas 37 (31%) seguido de las 30-34 semanas 59 (49%) y la menor prevalencia se encontraba en los embarazos mayores de 35 semanas 8 (7%).

Del total de pacientes en estudio con VBG o sin ella se observó que en ambos grupos la mayor proporción tenía un embarazo deseado 96 (81%) y 120 (92%) respectivamente.

En cuanto a las patologías asociadas al embarazo las más encontradas en orden de frecuencia fueron los trastornos hipertensivos del embarazo (THE) 17%, amenaza de parto pretermino (APP) 17%, ruptura prematura de membranas (RPM)16%, diabetes mellitus no controlada (DM) 13%. Posteriormente las víctimas de VBG fueron clasificadas en: Pacientes con embarazo de alto riesgo con violencia que reciben algún tipo de manejo medico ambulatorio específico 39 (33%) en el caso de pacientes no ingresadas y pacientes violentadas sin ningún manejo 80 (67%), para efectos del estudio se investigó si las pacientes cumplían 11(28%) o no 28 (72%) con su manejo, observando que eran más apegadas al tratamiento las pacientes no violentadas.

Del total de pacientes con VBG ingresadas se observó que la mayoría tenían más de un ingreso previo (63%). Si durante su estancia hospitalaria se finalizaron los embarazos independientemente de la causa se encontró que en el grupo de pacientes con VBG 30 % fue vía vaginal y 70% vía abdominal a diferencia de las pacientes sin VBG donde predominó la vía vaginal 64%.

GRAFICOS Y CUADROS DE LAS CARACTERISTICAS DE LAS PACIENTES CON VBG

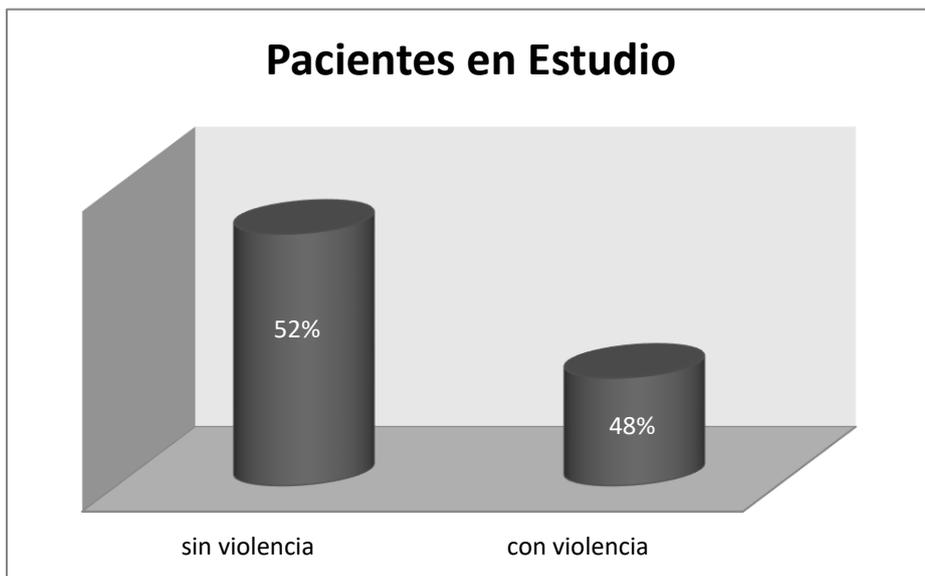


GRAFICO 1

Pacientes en Estudio	Fx	%
Sin Violencia	131	52
Con Violencia	119	48

CUADRO 1

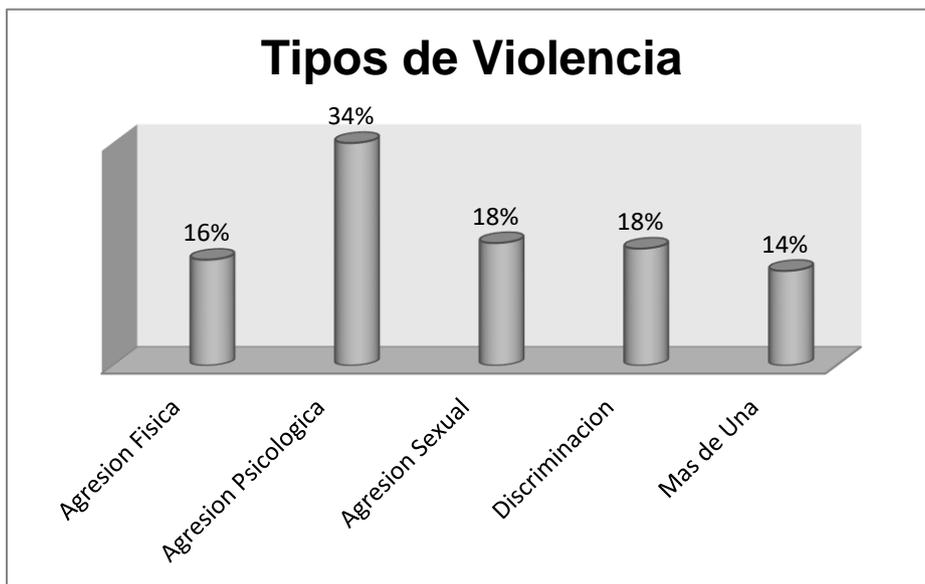


GRAFICO 2

Tipo de Violencia	Fx	%
Agresión Física	19	16
Agresión Psicológica	40	34
Agresión Sexual	22	18
Discriminación	21	18
Más de Una	17	14

CUADRO 2

GRAFICOS Y CUADROS DE LAS CARACTERISTICAS DE LAS PACIENTES CON VBG

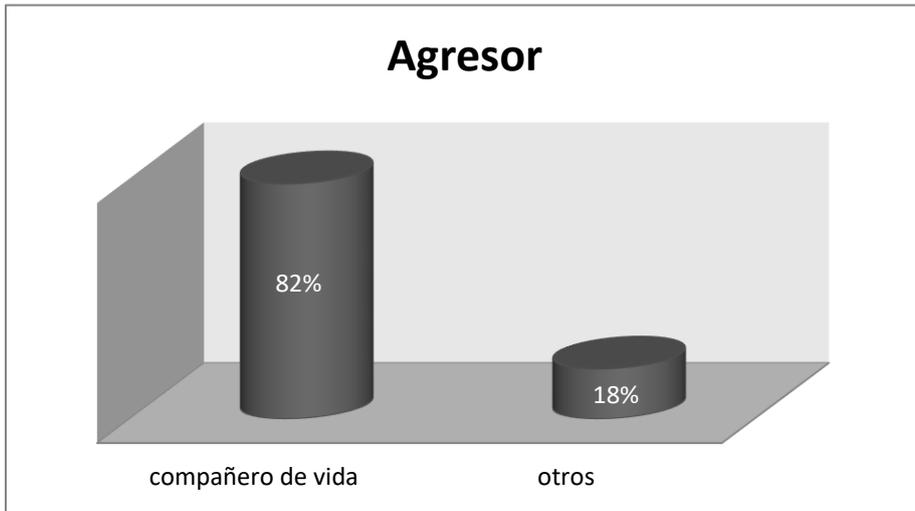


GRAFICO 3

Agresor	Fx	%
Compañero de vida	98	82
Otros	21	18

CUADRO 3

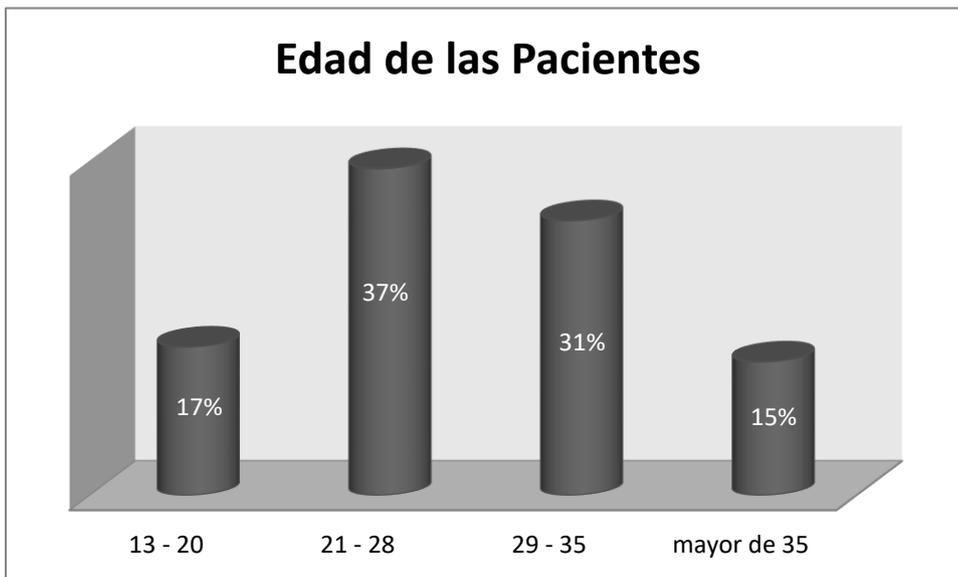


GRAFICO 4

Edad de las pacientes	Fx	%
12 - 20	20	17
21 - 28	44	37
29 - 35	37	31
MAVOR DE 35	18	15

CUADRO 4

GRAFICOS Y CUADROS DE LAS CARACTERISTICAS DE LAS PACIENTES CON VBG

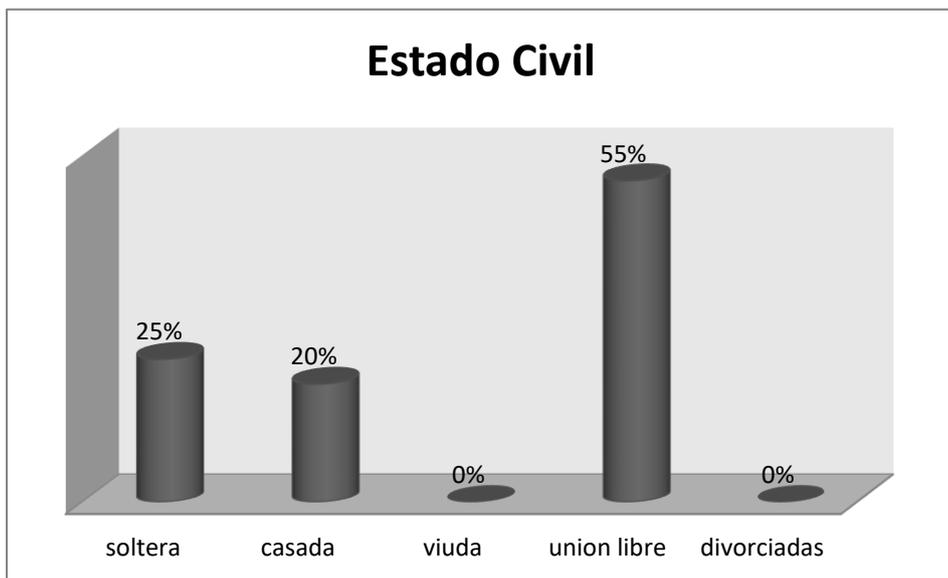


GRAFICO 5

Estado civil	Fx	%
Soltera	29	25
Casada	24	20
Viuda	0	0
Unión Libre	65	55
Divorciada	0	0

CUADRO 5

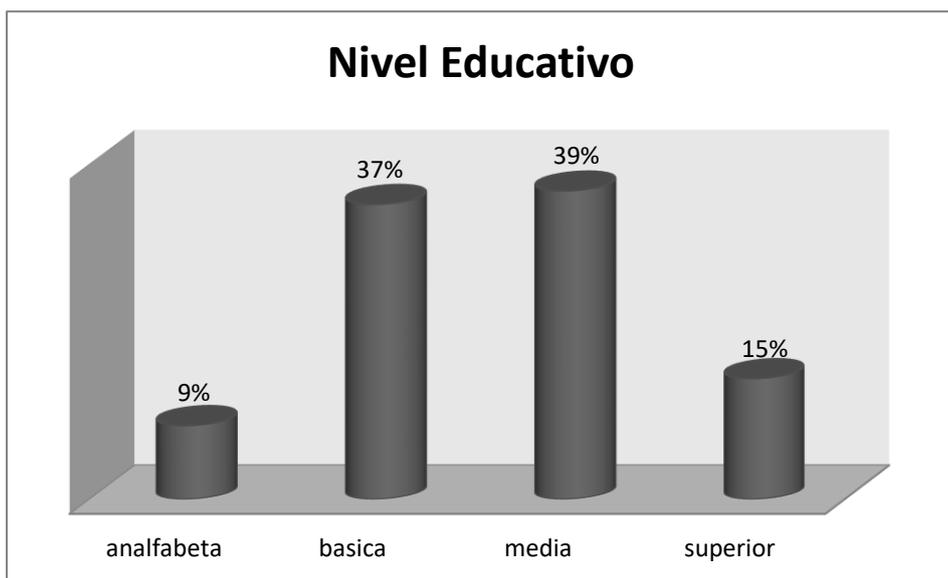


GRAFICO 6

Nivel Educativo	Fx	%
Analfabeta	11	9
Básica	44	37
Media	46	39
Superior	18	15

CUADRO 6

GRAFICOS Y CUADROS DE LAS CARACTERISTICAS DE LAS PACIENTES CON VBG

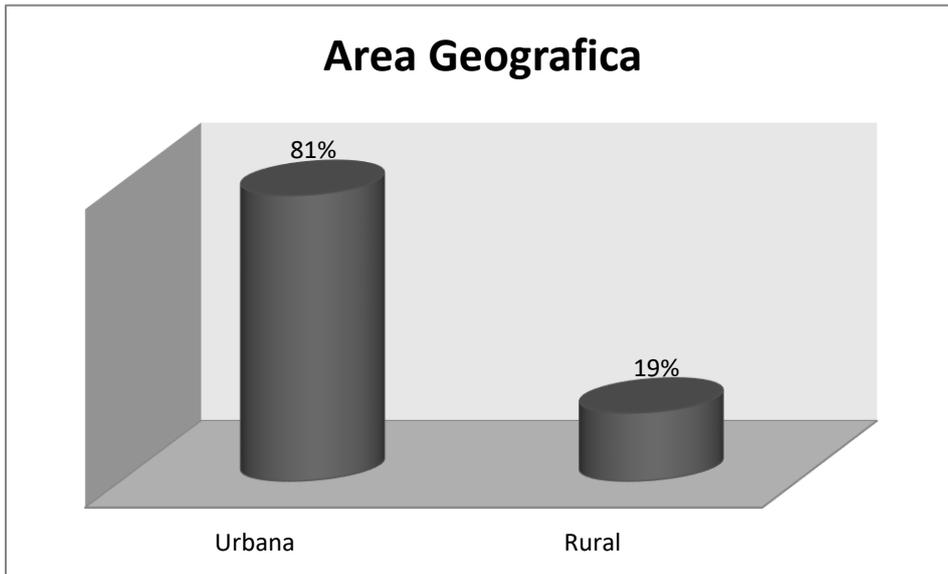


GRAFICO 7

Área Geográfica	Fx	%
Urbana	96	81
Rural	23	19

CUADRO 7

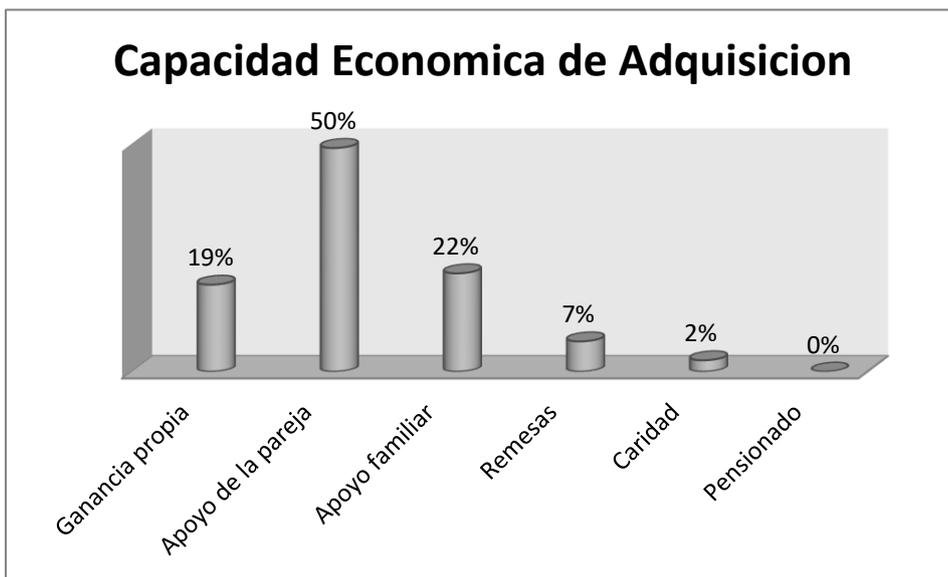


GRAFICO 8

Capacidad Económica De Adquisición	Fx	%
Ganancia Propia	23	19
Apoyo de la Pareja	59	50
Apoyo Familiar	26	22
Remesas	8	7
Caridad	3	2
Pensionado	0	0

CUADRO 8

GRAFICOS Y CUADROS DE LAS CARACTERISTICAS DE LAS PACIENTES CON VBG

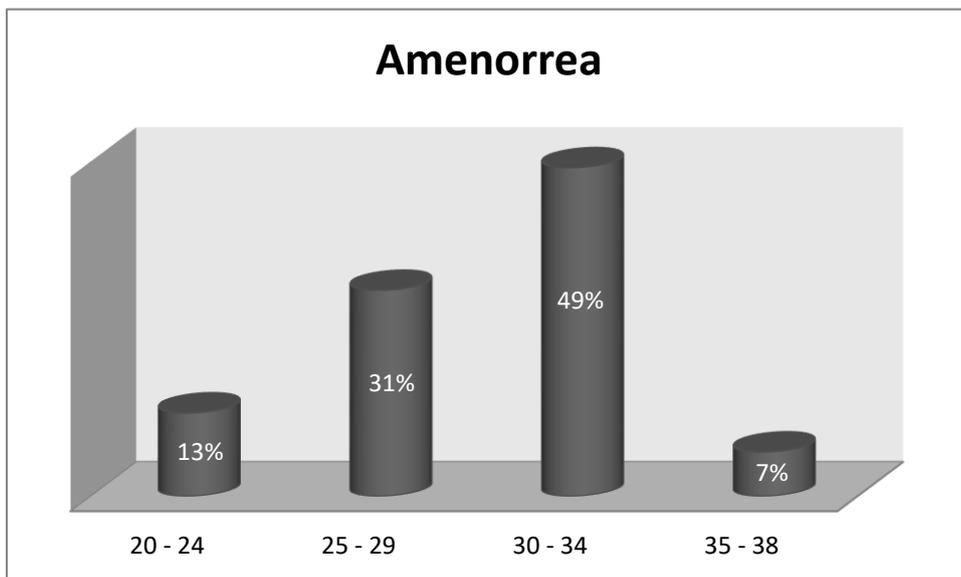


GRAFICO 9

Amenorrea	Fx	%
20 - 24	15	13
25 - 29	37	31
30 - 34	59	49
35 - 38	8	7

CUADRO 9

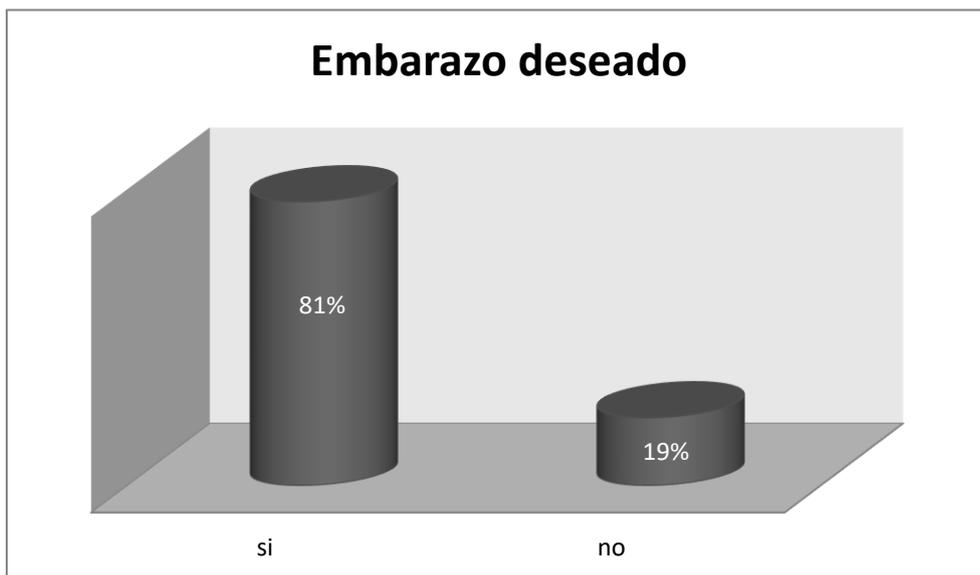


GRAFICO 10

Embarazo deseado	Fx	%
Si	96	81
No	23	19

CUADRO 10

GRAFICOS Y CUADROS DE LAS CARACTERISTICAS DE LAS PACIENTES CON VBG

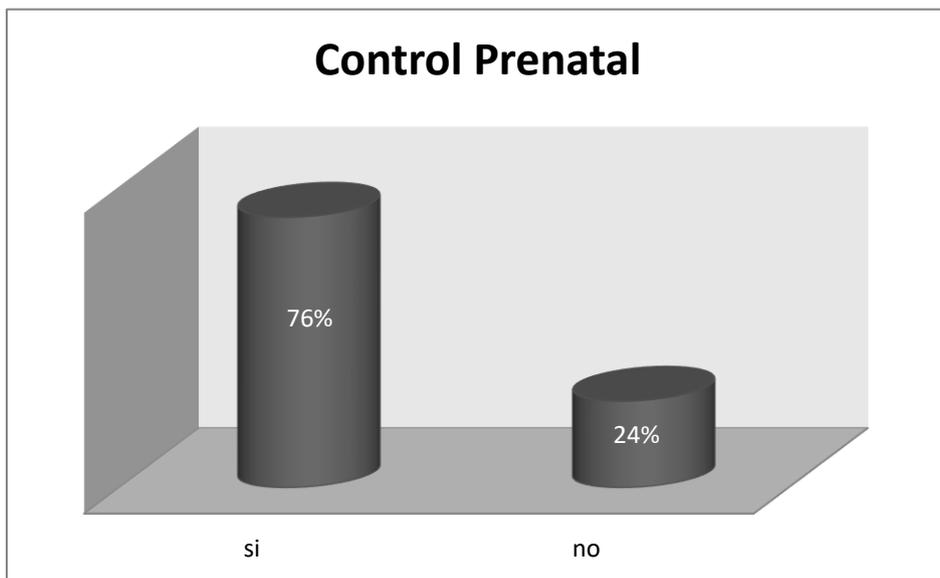


GRAFICO 11

Control Prenatal	Fx	%
Si	90	76
No	29	24

CUADRO 11

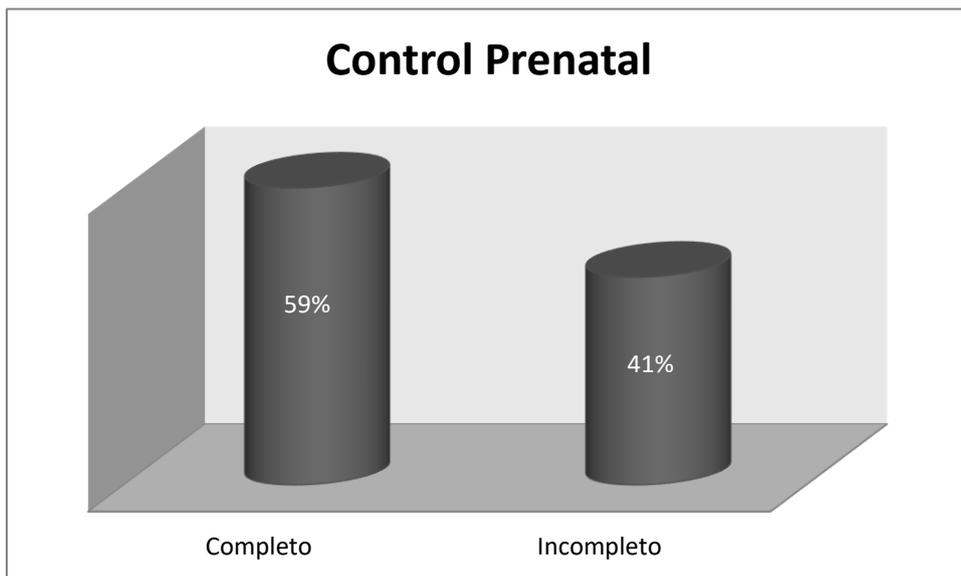


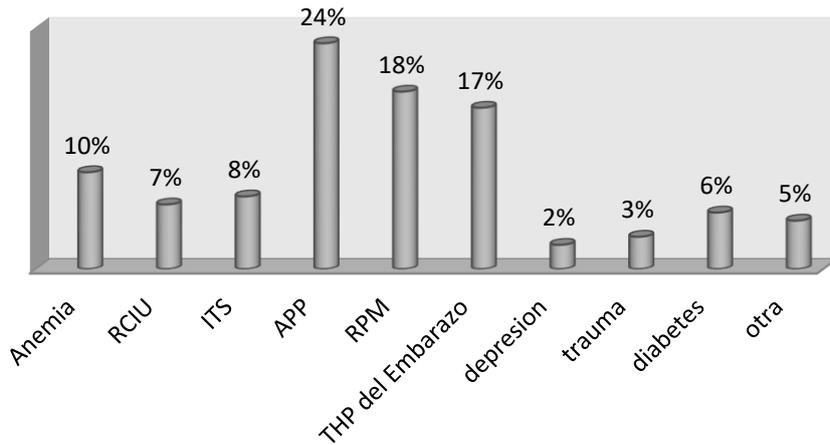
GRAFICO 12

Control Prenatal	Fx	%
Completo	56	59
Incompleto	34	41

CUADRO 12

GRAFICOS Y CUADROS DE LAS CARACTERISTICAS DE LAS PACIENTES CON VBG

Patologías Maternas Encontradas

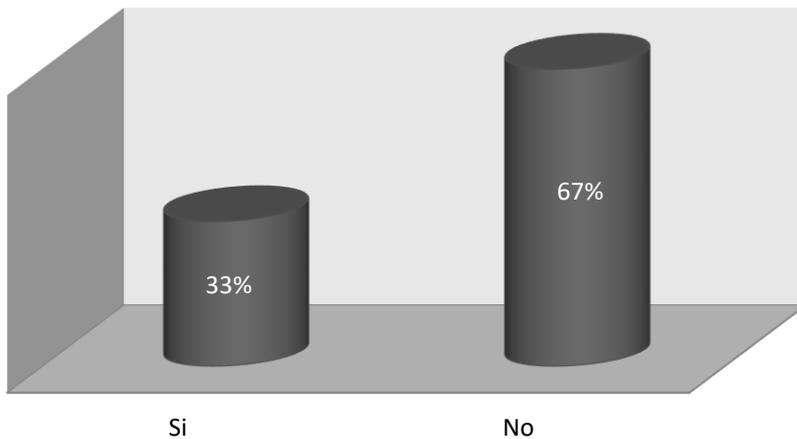


Patologías Maternas Encontradas	Fx	%
Anemia	12	10
RCIU	13	11
ITS	9	8
APP	20	17
RPM	19	16
THP del embarazo	20	17
Depresión	3	2
Trauma	4	3
Diabetes	13	6
otras	6	5

GRAFICO 13

CUADRO 13

Manejo Medico Ambulatorio



Manejo Medico Ambulatorio	Fx	%
Si	39	33
No	80	67

GRAFICO 14

CUADRO 14

GRAFICOS Y CUADROS DE LAS CARACTERISTICAS DE LAS PACIENTES CON VBG

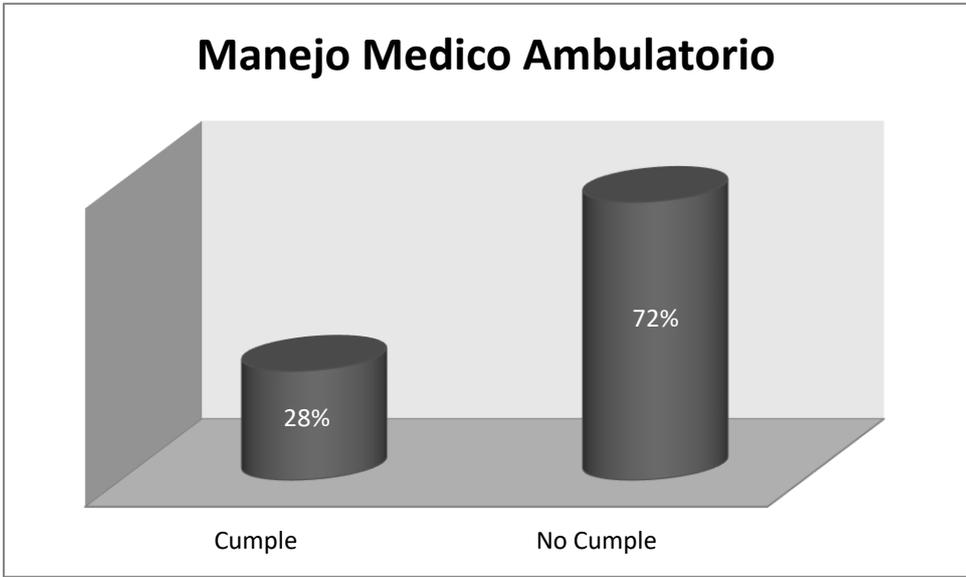


GRAFICO 15

Manejo Medico Ambulatorio	Fx	%
Cumple	11	28
No Cumple	28	72

CUADRO 15

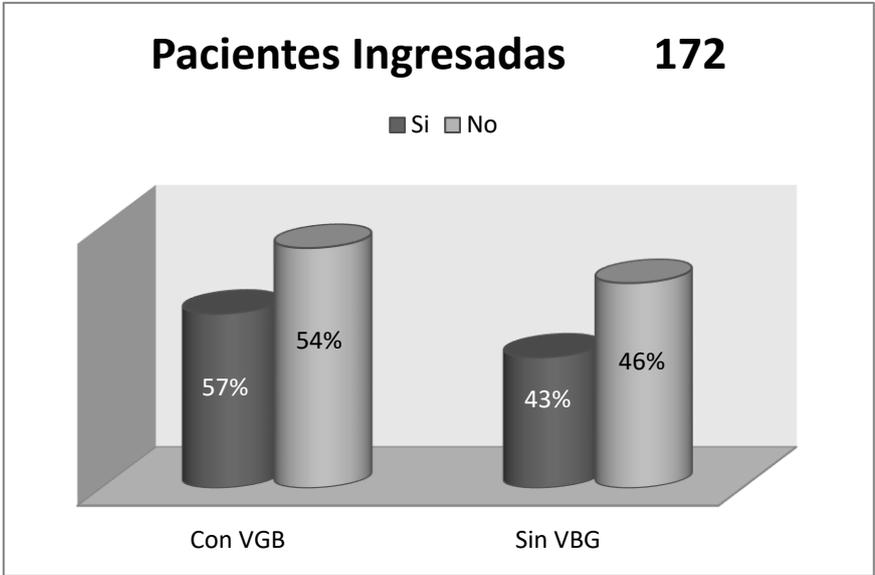


GRAFICO 16

TABLA 6 Pacientes Ingresadas 172				
Evacuación	Con VGB	%	Sin VGB	%
Si	40	42	30	39
No	55	58	47	61

CUADRO 16

GRAFICOS Y CUADROS DE LAS CARACTERISTICAS DE LAS PACIENTES CON VBG

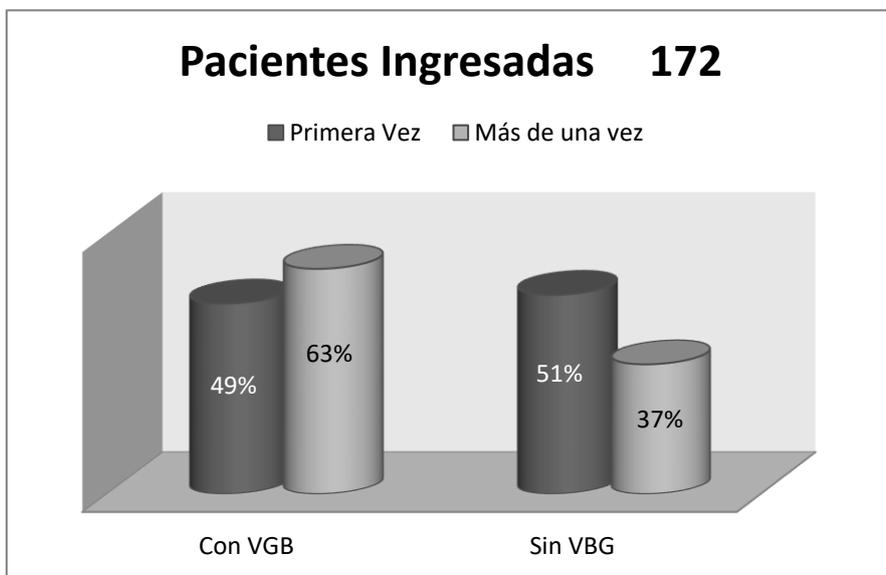


GRAFICO 17

CUADRO 17

TABLA 7 Pacientes Ingresadas 172				
Ingresos	Con VGB	%	Sin VGB	%
Primera Vez	44	49	46	51
Más de una vez	52	63	30	37

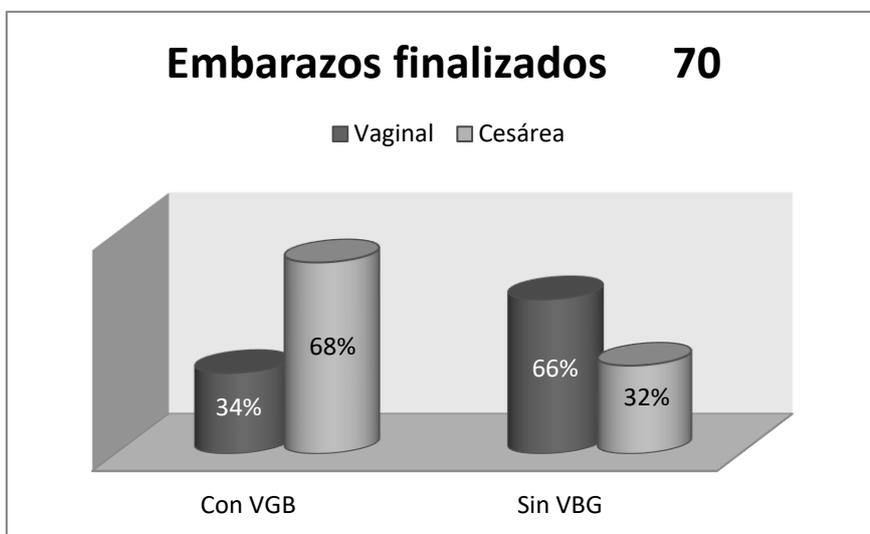


GRAFICO 18

TABLA 8 Embarazos finalizados 70				
Vía de Evacuación	Con VGB	%	Sin VGB	%
Vaginal	11	34	21	66
Cesárea	26	68	12	32

CUADRO 18

**TABLAS COMPARATIVAS DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LAS PACIENTES CON Y
SIN VBG**

TABLA 1 Características de las Mujeres Entrevistadas				
Características	Con Violencia	%	Sin Violencia	%
• Edad				
12 - 20 ^a	20	17	11	8
21 - 28 ^a	44	37	52	40
29 - 35 ^a	37	31	51	39
Mayor de 35	18	15	17	13
• Nivel de instrucción				
Analfabeta	11	9	6	5
Básica	44	37	46	35
Media	46	39	51	39
Superior	18	15	28	21
• Estado Civil				
Soltera	29	25	36	28
Casada	24	20	36	27
Unión Libre	65	55	58	44
Divorciada	0	0	1	1
Viuda	0	0	0	0

**TABLAS COMPARATIVAS DE LAS CARACTERISTICAS DE LAS PACIENTES CON Y
SIN VBG**

TABLA 1 CARCTERISTICAS DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS				
Características	Con Violencia	%	Sin Violencia	%
<ul style="list-style-type: none"> • Área Geográfica 				
Urbana	96	81	62	47
Rural	23	19	69	53
<ul style="list-style-type: none"> • Capacidad Económica de Adquisición 				
Ganancia Propia	23	19	45	34
Apoyo de la Pareja	59	50	40	31
Apoyo Familiar	26	22	20	15
Remesas	8	7	19	15
Pensionadas	0	0	3	2
Caridad	3	3	4	3
<ul style="list-style-type: none"> • Semanas de Embarazo 				
20 - 24	15	13	4	3
25 - 29	37	31	30	23
30 - 34	59	49	68	52
35 - 38	8	8	29	22

TABLAS COMPARATIVAS DE LAS CARACTERISTICAS DE LAS PACIENTES CON Y SIN VBG

TABLA 2 CONTROL PRENATAL (CPN)				
Control Prenatal (CPN)	Con VBG	%	Sin VBG	%
• Con CPN	90	76	121	92
• Sin CPN	29	24	10	8
• Promedio de semanas de inicio	20 - 22		10 - 12	

TABLA 3 MANEJO MEDICO AMBULATORIO				
Tratamiento	Con VBG %		Sin VBG %	
• Cumple	11	28	19	86
• No Cumple	28	72	3	14

TABLA 4 EMBARAZOS DESEADOS				
Embarazo deseado	Con VBG	%	Sin VBG	%
• si	86	72	120	92
• No	33	28	11	8

TABLAS COMPARATIVAS DE LAS CARACTERISTICAS DE LAS PACIENTES CON Y SIN VBG

TABLA 5 PATOLOGIAS QUE COMPLICAN EL EMBARAZO

Tipo de patología	Con VBG durante el embarazo %		Sin VBG	%
• Anemia	12	10	8	11
• Retardo del crecimiento Intrauterino(RCIU)	13	11	4	5
• Infección de transmisión sexual	9	8	2	3
• Amenaza de parto pre termino	20	17	20	26
• Ruptura prematura de membrana	19	16	17	22
• Trastornos hipertensivos del embarazo	20	17	11	15
• Depresión	3	2	0	0
• Trauma	4	3	1	1
• Diabetes mellitus no controlada	13	11	9	12
• otros	6	5	4	5

Las patologías son mayores en el grupo de pacientes agredidas; del grupo sin violencia 55 pacientes (72%) de consulta externa eran pacientes en control subsecuente por patologías de ingresos previos, resueltas o compensadas.

TABLA 7 PACIENTES INGRESADAS 172 (69%)

Ingresos	Con VBG	%	Sin VBG	%
----------	---------	---	---------	---

Primera vez	44	49	46	51
Más de una vez	52	63	30	37

TABLA 6 PACIENTES INGRESADAS 172				
Evacuación	Con VBG	%	Sin VBG	%
si	40	42	30	39
No	55	58	47	61

TABLA 8 EMBARAZOS FINALIZADOS 70				
Vía de evacuación	Con VBG	%	Sin VBG	%
Vaginal	11	34	21	66
Cesárea	26	68	12	32

RESULTADOS

TABLAS 2X2 (Epi info)

RESULTADOS

EDAD	CON VIOLENCIA	SIN VIOLENCIA
12-20	20	11
21-35	81	103

P	0.034
RR	1.47
CHI CUADRADO	4.47

CAPACIDA ECONOMICA	CON VIOLENCIA	SIN VIOLENCIA
APOYO DE LA PAREJA	59	40
GANANCIA PROPIA	23	45

P	0.001
RR	1.76
CHI CUADRADO	10.7

RESULTADOS

TABLAS 2X2 (Epi info)

	CON VIOLENCIA	SIN VIOLENCIA
EMBARAZO NO DESEADO	33	11
EMBARAZO DESEADO	86	120

P	0.00006
RR	1.80
CHI CUADRADO	16.07

CPN	CON VIOLENCIA	SIN VIOLENCIA
SIN CPN	29	10
CON CPN	90	121

P	0.0002
RR	1.74
CHI CUADRADO	13.27

TABLAS 2X2 (Epi info)

INGRESOS	CON VIOLENCIA	SIN VIOLENCIA
1º VEZ	44	46
MAS DE UNA VEZ	52	30

P	0.005
RR	1.30
CHI CUADRADO	3.67

DISCUSION

En este estudio se examinó analíticamente si es que la violencia basada en género (VBG) cuando se ejerce durante el embarazo, podría contribuir a resultados negativos sobre la madre y el producto de la concepción.

De los resultados obtenidos en primer lugar resalta el hecho de la gran prevalencia de la violencia que es ejercida sobre las mujeres embarazadas en algún momento, 48% de las mujeres entrevistadas habían sido violentadas durante el embarazo.

La variación en las cifras de frecuencia del abuso de las mujeres durante el embarazo se explica porque la pesquisa no se efectúa de rutina en las consultas prenatales y, al ocurrir la violencia usualmente en el hogar, muchos casos se consideran de dominio personal e íntimo y aun se les admite como hechos de ocurrencia normal (23).

En una muestra estudiada en un hospital de Uganda, pudo encontrarse que la violencia de genero durante el embarazo tiene una frecuencia de 27.7% (11), proporción semejante a la encontrada en un estudio peruano 32%; probablemente en nuestro país independientemente del tipo de violencia existe una frecuencia más alta debido a nuestros patrones culturales y la situación económica. La mayor parte de reportes centran sus resultados en la prevalencia y consecuencia de violencia física (6, 9, 16). En una población estudiada en la India se reporta que la violencia física durante el embarazo tiene una prevalencia del 14%, psicológica 15% y sexual 9% (20), cifras cercanas en cuanto a prevalencia de nuestros resultados ya que fue también la violencia psicológica la más frecuente en cambio fue la agresión física la menos frecuente (16%) la cual probablemente podría ser mayor si tomamos en cuenta que podrían haber pacientes que se reservaron ese dato.

En una población indígena estudiada en México, se encontró que la prevalencia de violencia durante el embarazo fue del 13% y, el marido fue el principal agresor (3) al igual que en el presente estudio 82%.Mención especial merece el caso de las adolescentes, en quienes la edad representa un factor de riesgo para la violencia y de hecho muchos de los embarazos en este grupo son productos de actos violentos perpetrados por sus compañeros de cita o enamorados, violencia que se prolonga a lo largo de la gestación (23).

En una población estudiada en Estados Unidos se encontró que, mientras en las embarazadas adultas la prevalencia de violencia fue 14.2%, en la adolescente fue 20.6%, llegándose al extremo de precipitarse el suicidio u homicidio. Sin embargo en nuestros resultados se observó que la edad más frecuente de las pacientes con algún tipo de violencia fue entre 21-28 años en un 37% y entre 29-35 años 31%, tal diferencia con respecto al estudio norteamericano podría deberse probablemente a que en el grupo de pacientes encuestadas la proporción de adolescentes era menor.

El estado civil con mayor prevalencia de violencia fue la unión libre con un 55% seguida de la soltería con 25% y casadas 20% dicho resultado puede deberse a que no existe mayor grado de compromiso con sus parejas en las pacientes no casadas o que los embarazos sean no planificados o productos de una relación informal.

En cuanto al grado de instrucción es interesante notar en nuestro estudio que no son las pacientes sin ningún nivel de educación las que sufren mayor violencia sino las pacientes con educación superior no universitaria, en el sentido de que en investigaciones anteriores en otras poblaciones son las mujeres menos educadas y de menos ingresos económicos las

que resultan ser víctimas con mayor frecuencia (11 – 22). Como explicación a este hallazgo se puede citar la existencia de un reporte en el que se expresa que las mujeres de mejores ingresos económicos y de mayor educación se sienten empoderadas y, como tal, resisten las decisiones de sus parejas con mayor frecuencia lo que origina una respuesta violenta de parte de ellos (21).

Respecto a la procedencia es de notar que las pacientes violentadas provienen principalmente del área urbana (81%) y no del área rural a diferencia de las pacientes no violentadas en quienes los porcentajes son equivalentes en ambas áreas (47 y 53% respectivamente). Esto podríamos relacionarlo a que en el área urbana las pacientes tenían mayor nivel educativo y esto se relaciona a lo expuesto previamente sobre esa variable.

Al examinar la variable capacidad económica de adquisición es de esperar que las mujeres con carencia de medios económicos propios eran más susceptibles a ser violentadas ya que según los resultados del estudio son sus compañeros de vida los principales proveedores 50% no así en las pacientes quienes no dependen económicamente de sus parejas 31 %, retomando el hecho de que el compañero de vida fue el principal agresor.

Llama la atención que embarazos con productos viables (30 – 34 semanas) son víctimas de violencia con mayor frecuencia., a lo mejor esto podría generar algún factor de stress en diversa áreas (como el factor económico, laboral, sentimiento de responsabilidad y otros) el hecho de que el nacimiento esta mas cerca.

Al investigar sobre si las gestaciones eran deseadas, el mayor porcentaje de pacientes en ambos grupos (Con VBG- Sin VBG) deseaban su embarazo (81 y 92% respectivamente).

No resulta extraño pensar que las mujeres violentadas en el embarazo hayan empezado tarde su atención prenatal y tengan un menor número de consultas y muchas de ellas no hayan tenido cuidados durante el embarazo puesto que la carencia de medios económicos y la falta de capacidad para decidir sobre su salud los aleja de los centros de atención y de cualquier tipo de atención que requieran (13, 23, 25). Sin embargo, en nuestro estudio en ambos grupos (con VBG y sin VBG) se observó que la mayoría contaban con control prenatal aunque las pacientes sin control prenatal predominaban en el grupo con VBG y el promedio de semanas de embarazo de inicio del primer control prenatal era más tardío en las pacientes violentadas. Además se observó que de las pacientes con algún tipo de manejo medico ambulatorio (que fue la menor proporción en ambos grupos), las pacientes con VBG el (72%) no cumplían o cumplían parcialmente con este, lo cual podría determinar una frecuencia mayor de ingresos por descompensación de patologías de base.

Así como la patología durante el embarazo es más frecuente en las mujeres violentadas, de igual forma destacan las patologías del neonato, en donde el bajo peso y la prematuridad ocupan lugar importante y propician los futuros malos resultados como muerte perinatal en concordancia con lo reportado en otras realidades (1,11,19,23).

De las patologías maternas encontradas en cada uno de los dos grupos encuestados se observa cierto aumento aunque no tan significativo en las pacientes víctimas de violencia. Del total de pacientes encuestadas que ameritaron ingreso la mayoría de pacientes víctimas

de abuso tenían más de un ingreso sobre todo las pacientes con un deficiente control prenatal y más aún aquellas que por alguna razón no cumplían con el manejo médico establecido.

La mayor frecuencia de cesáreas encontradas en el grupo de mujeres con violencia durante el embarazo esta en directa relación con la mayor frecuencia de patologías de la gestación y las alteraciones encontradas durante el trabajo de parto. (13)

En los embarazos que fueron interrumpidos ya sea espontáneamente o por indicación obstétrica se observó que la principal vía de evacuación fue la vaginal en la mayor proporción de mujeres que no fueron víctimas de violencia (64%) en tanto que aquellas violentadas, la intervención cesárea (70%) se hizo con mayor frecuencia debido a la patología del embarazo y las alteraciones encontradas que impedían otra vía de parto, tales como promedio de peso de los fetos, semanas de embarazo, enfermedades de transmisión sexual, finalización de manejos conservadores de ruptura prematura de membranas.

No quedaría completo este reporte si es que no precisamos que muchas muertes maternas se encuentran ocultas entre las complicaciones que se le asigna al embarazo y que no son más que producto de violencia, como ya se comentó anteriormente los casos de homicidio y suicidio, resultado de violencia sufrida por la mujer (7). Un reporte norteamericano comenta que el abuso durante el embarazo es un factor de riesgo para atentar contra la vida de la gestante (9) y otro reporte expresa que el abuso durante el embarazo tiene fuertes implicaciones en el femicidio, puesto que 5% de las mujeres asesinadas lo fueron cuando se encontraban embarazadas (21)

CONCLUSIONES

De los resultados del presente trabajo podemos decir que la violencia basada en género durante el embarazo acusa una alta prevalencia en el Hospital Nacional Especializado de Maternidad y su pesquisa debe ser conducida por personal que ha sido entrenado en la dinámica de la violencia, seguridad y autonomía de las mujeres

El tipo de violencia que más predominó fue la violencia psicológica por lo que se vuelve más difícil su identificación ya que no existen manifestaciones físicas y por tanto no se tiene la acuciosidad de investigarla. La violencia basada en género debería formar parte de del interrogatorio que de rutina se debe hacer en cada trimestre durante la atención prenatal, para poder establecer con realismo su frecuencia y adelantarse a las funestas consecuencias que de ella se derivan y supervisar que el apartado dedicado a investigar violencia en la historia clínica perinatal sea llenado y que sea lo más apegado a la realidad.

Se observó que la mayoría de pacientes si bien es cierto tienen controles prenatales la mayoría de ellas quienes fueron víctimas de violencia iniciaron sus controles más tardíamente o tenían menos cantidades de visitas lo cual puede deberse a las características demográficas en este grupo lo cual las vuelve más vulnerables y hay que considerar que en este sentido existen factores de riesgo para el ejercicio de la violencia por parte de las parejas, como es el desempleo, la pobre educación, el uso de cigarrillos, alcohol y drogas (3, 5, 6, 13, 27,32), lo que no permite a las mujeres participar activamente de su autocuidado.

De las patologías que complican el embarazo aunque no puede atribuirse al simple hecho aislado de la violencia la descompensación o inicio de estas el hecho de la mala atención prenatal en este grupo podría aportar el componente relacionado a la violencia por lo que de manera específica, deben realizarse esfuerzos a fin de garantizar que la mujer que se embaraza tenga un adecuado seguimiento de su embarazo, no sufra ningún tipo de violencia, tanto por las lesiones maternas y fetales inherentes a su condición, como para evitar la mortalidad materna, perinatal e infantil relacionada con los hogares violentos.

Puesto que se observó que la violencia psicológica predominó, es de pensar que las consecuencias de este tipo de violencia afectan negativamente el embarazo y la paciente ni siquiera se dé cuenta del abuso lo cual podría sustentarse en el hecho que en las pacientes agredidas el porcentaje de embarazos no deseados fue mayor pudiendo generar una serie de conductas negativas que pueden poner en riesgo a la madre y su feto, pudiéndola llevarla a atender contra ambos, de ahí que resulta imprescindible sensibilizar a la sociedad y al personal de salud acerca de la trascendencia del fenómeno de la violencia en el ámbito familiar, así como implantar la atención integral de las involucradas y de los agresores e impulsar la investigación científica multidisciplinaria sobre este problema de salud pública.

En cuanto a la vía de evacuación no era objeto del presente estudio investigar la indicación obstétrica de la misma, sin embargo si se observó que la principal vía de culminación de los embarazos de las pacientes violentadas fue la cesárea encontrando en este grupo por ejemplo pacientes con infecciones de transmisión

sexual (consecuencia directa de abuso sexual) u otras patologías no compensadas lo cual podríamos pensar pudo ser precipitado por todo lo discutido previamente.

Por lo anterior al identificar una paciente agredida en cualquier forma el trabajador de salud debería proyectarse en las posibles complicaciones que pudiese presentar y que incluso podrían determinar la vía de evacuación.

ANEXOS

ANEXO 1

INSTRUMENTO DE DETECCIÓN DE VIOLENCIA DE GÉNERO

N° de Expediente:

Fecha:

Introducción a las preguntas

Debido a que el maltrato y la violencia son tan comunes en la vida de mujeres embarazadas, estamos haciendo unas preguntas sobre el tema a todas las mujeres que son atendidas en el servicio de patología y consulta externa de alto riesgo del Hospital de Maternidad. Es muy importante que usted sea sincera en sus respuestas. Lo que usted nos cuente será confidencial, no será usado para denuncia y no será revelada su identidad.

Si tiene alguna duda en cuanto a las preguntas se le aclarara.

SECCION I - DATOS DE LA VICTIMA

Edad:

Referida:

Ocupación:

Trabaja: Si ____ No ____ (Capacidad económica de adquisición)

Estado civil:

Ultimo grado académico:

Departamento:

Zona: urbana ____ rural ____ marginal ____

SECCION II – DATOS DEL EMBARAZO ACTUAL

Amenorrea:

Ingresada: Si ____ No ____ Ingreso previo: Si ____ No ____

Embarazo deseado: Si ____ No ____

Control prenatal: Si ____ No ____ Completo: Si ____ No ____

Patología de base:

Edad del embarazo en el primer control prenatal:

Complicación actual:

Patología fetal: Si ____ No ____ Cual? _____

Recibe algún tx : Si ____ No ____

Cumple con su tratamiento: Si ____ No ____ (Motivo de incumplimiento)

Se evacuara el producto. Si ____ No ____

Vía de evacuación: Vaginal ____ Cesárea ____

SECCION III – TIPO DE VIOLENCIA

Violencia psicológica

1. ¿Usted se ha sentido alguna vez agredida emocional o psicológicamente por parte de su compañero o esposo o por alguna persona importante para usted ejemplo: insultos constantes, humillaciones, rotura de objetos apreciados por usted, avergonzada, ridiculizada frente a otros, rechazada, aislada, etc.)?

Si

No

Si es si ¿Cuándo sucedió la última vez?

Fue agredida durante este embarazo

Si

No

Qué relación tiene con usted la persona que la agredió

Qué tipo de agresión sufrió?.....

En algún momento de su embarazo a intentado atentarse contra su vida o la de su bebé? Si No

Violencia física

1. ¿Alguna vez su esposo, compañero o alguien importante para usted le causó daño físico? (Ejemplo: golpes, empujones, cortes, quemaduras, heridas con arma blanca o arma de fuego, etc.)

Si No

Si es si ¿Cuándo sucedió la última vez?

Fue agredida durante este embarazo Si No

¿Qué relación tiene con usted la persona que la agredió

¿Qué tipo de agresión sufrió?

Violencia sexual

2. ¿En algún momento de su vida se sintió forzada a tener contacto o relaciones sexuales?

Si No

Si es si ¿Cuándo sucedió la última vez?

Ocurrió durante este embarazo Si No

¿Qué relación tiene con usted la persona que la agredió

4. ¿Cuándo usted era niña recuerda haber sido tocada de una manera inapropiada por alguien u obligada a tener contacto? o relaciones sexuales?

Si No

5. ¿su embarazo fue planeado o fue concebido durante un acto en contra de su voluntad?

Discriminación

6. ¿considera usted haber sido en algún momento víctima de discriminación? (ejemplo: su alimentación es diferente, participa en las decisiones y actividades familiares, desarrolla algún tipo de actividad recreativa, se le permite asistir a sus controles prenatales)

No

¿Qué tipo de discriminación?

Considera Ud. Que la violencia tuvo algún efecto negativo en su embarazo:

Si No

¿Por qué?.....

Nombre del profesional

ANEXO 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

YO _____ DE _____ AÑOS DE EDAD CON DOCUMENTO TIPO _____ NUMERO _____ EN CALIDAD DE MIREPRESENTANTE LEGAL Y CON REGISTRO DEL HOSPITAL NACIONAL DE MATERNIDAD NUMERO _____

DECLARO LO SIGUIENTE:

- QUE HE DECIDIDO PARTICIPAR EN EL ESTUDIO CONSECUENCIAS MATERNO-PERINATALES DE LA VIOLENCIA DE GENERO EN MUJERES CON EMBARAZOS DE ALTO RIESGO DEL HOSPITAL DE MATERNIDAD EN EL PERIODO FEBRERO-JULIO-2011
- QUE AL ACEPTAR PARTICIPAR EN DICHO ESTUDIO ESTOY CONSCIENTE QUE DARE A CONOCER INFORMACION CONFIDENCIAL
- QUE SE ME HA ACLARADO QUE MI NOMBRE NO SERA CONSIGNADO EN LA ENCUESTA Y QUE NO SERA UTILIZADO PARA REALIZAR DENUNCIA ALGUNA
- QUE EN NINGUN MOMENTO SERA DEL CONOCIMIENTO DE MI AGRESOR MI PARTICIPACION EN EL ESTUDIO
- QUE EL DIAGNOSTICAR A TIEMPO EL PROBLEMA CONLLEVA BENEFICIOS PARA UNA MEJOR EVOLUCION DE MI EMBARAZO

ANTE LO ANTERIOR ACEPTO PARTICIPAR EN EL ESTUDIO YA CITADO ASUMIENDO LA RESPONSABILIDAD DE BRINDAR DICHA INFORMACION LA CUAL ES CONFIDENCIAL Y NO PERSIGUE NINGUNA IMPLICACION LEGAL Y QUE LOS RESULTADOS DEL ESTUDIO PUEDEN BENEFICIARME A MI Y A OTRAS PACIENTES POR LO QUE FIRMO Y ESTAMPO MIS HUELLAS ANTE TESTIGO.

FIRMA Y HUELLAS DE LA PACIENTE _____

FIRMA Y HUELLAS DEL TESTIGO _____

SAN SALVADOR, FECHA Y HORA _____

BIBLIOGRAFIA

1. Benítez G., Peña A, Peña D. Violencia contra la mujer. Resumen de casos. Revista obstétrica ginecológica Venezuela 2004; 64:211-3.
2. Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (cedaw).
3. Cuevas S., Blanco J., Juárez C. Violencia y embarazo en usuarias de los servicios del ministerio de salud en los estados altamente pobres de México. Salud pública mexicana 2006; 48.
4. Dietz P, Gazmariaran J, Goodwin MM, Bruce C, Jonson Ch, Rochat RW. Delayed entry into prenatal care effect physical violence. Obstet Gynecol. 1997; 90:221-4.
5. Galinberti D. Rol de los ginecólogos en la defensa de los derechos sexuales y reproductivos, XVII Congreso Latinoamericano de Obstetricia y Ginecología.
6. Gazmarian J, Lazorick S, Spitz A, Ballard T, Saltzman L, Marks J. prevalence of violence against pregnant women. JAMA. 1996; 275:1915-20.
7. Granja AC, Zacarias E, Bergtrom S. Violent deaths: the hidden face of maternal mortality. Br J Obstet Gynecol. 2002; 109:5-8.
8. Gúezmes A, Palomino N., Ramos M. violencia sexual y física contra la mujer en el Perú Universidad Peruana Cayetano Heredia. 2005: 119.
9. Hedin LW, Janson PO. Domestic violence during pregnancy. The prevalence of physical injuries, substance use, abortions and miscarriages. Acta Obstet Gynecol Scand. 2000; 79:625-30.
10. JH Piego. Detección y atención de la violencia doméstica. Manual de los participantes. Lima Perú, Noviembre 2006: 43-50.

11. Kaye Dk, Mirembe Fm, Bantebyag, JohanssonA, Ekstrom MM. Domestic violence during pregnancy and risk of low birth weight and maternal complications: a prospective cohort study at Mulago Hospital.
12. Naciones Unidas. Declaración de las Naciones Unidas sobre erradicación de la violencia contra la mujer. Asamblea general 1993.
13. Parker B, McFarlane J, Soeken K. abuse during pregnancy: effects of maternal complications and birth in adult and teenage women. *Obstet Gynecol.* 1994; 84:323-8.
14. Rabinerson D, Pollak-Rabinerson n, Glezerman M. Domestic violence against women and the role of the obstetrician /ginecologist. *Harefuah.*2006; 145(10):753-7.
15. Ritzzi R, Ruiz R, Maguna JJ. Maternal mortality due violence. *Int Jynaecol obstect.*1998; 63(suppl 1): S19-S24.
16. Stewart DE, Cecutti A. Physical abuse in pregnancy. *CMAJ.* 1993; 149:1257-63.
17. Tan JC, Gregor KV. Violence against pregnant women in north western Ontario. *Ann NY Acad Sci.*2006; 1087:320-38.
18. Tavarà L., Zegarra T, Zelaya C, Arias ML. Detección de violencia basada en género en tres servicios de atención salud reproductiva 2004; 49:-31.
19. Valladares E Ellsberg M. Physical partner abuse during pregnancy: a risk factor for low birth weight in Nicaragua 2004.
20. Varma D, Chandra PS Thomas T, Intimate Partner Violence and sexual Coercion among Pregnant woman in India 2006 Nov. 14th.

21. Watts C. Withholding sex and forced sex: dimensions of violence against Zimbabwean women. *Reprod Health Matters*. 1998; 6:57-55.
22. Yanikkerem E, Karadas G, Adiquzel B, Sevil U. Domestic violence during pregnancy in Turkey and responsibility of prenatal healthcare providers. *Am J Perinatol*. 2006;23:93-103
23. Zapata L. repercusiones de la violencia basada en genero sobre el embarazo. *Revista obstetricia- ginecología Venezuela* 2006; 66:21-7.