

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA CON ÉNFASIS EN EPIDEMIOLOGÍA

VIOLENCIA ÍNTIMA DE PAREJA (VIP), SALUD AUTOPERCIBIDA Y ESTADO NUTRICIONAL EN MUJERES DE 15 A 49 AÑOS. ANÁLISIS SECUNDARIO DE INFORMACIÓN DE LA ENCUESTA NACIONAL DE SALUD MATERNO INFANTIL -ENSMI-, GUATEMALA 2008/09. GUATEMALA 2017.

TESIS DE POSGRADO

MICHELE MARIE MONROY VALLE DE TREJO

CARNET 24699-14

GUATEMALA DE LA ASUNCIÓN, NOVIEMBRE DE 2017

CAMPUS CENTRAL

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA CON ÉNFASIS EN EPIDEMIOLOGÍA

VIOLENCIA ÍNTIMA DE PAREJA (VIP), SALUD AUTOPERCIBIDA Y ESTADO NUTRICIONAL EN MUJERES DE 15 A 49 AÑOS. ANÁLISIS SECUNDARIO DE INFORMACIÓN DE LA ENCUESTA NACIONAL DE SALUD MATERNO INFANTIL -ENSMI-, GUATEMALA 2008/09. GUATEMALA 2017.

TESIS DE POSGRADO

TRABAJO PRESENTADO AL CONSEJO DE LA FACULTAD DE
CIENCIAS DE LA SALUD

POR

MICHELE MARIE MONROY VALLE DE TREJO

PREVIO A CONFERÍRSELE

EL GRADO ACADÉMICO DE MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA CON ÉNFASIS EN EPIDEMIOLOGÍA

GUATEMALA DE LA ASUNCIÓN, NOVIEMBRE DE 2017
CAMPUS CENTRAL

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR

RECTOR: P. MARCO TULIO MARTINEZ SALAZAR, S. J.

VICERRECTORA ACADÉMICA: DRA. MARTA LUCRECIA MÉNDEZ GONZÁLEZ DE PENEDO

VICERRECTOR DE INVESTIGACIÓN Y PROYECCIÓN: ING. JOSÉ JUVENTINO GÁLVEZ RUANO

VICERRECTOR DE INTEGRACIÓN UNIVERSITARIA: P. JULIO ENRIQUE MOREIRA CHAVARRÍA, S. J.

VICERRECTOR ADMINISTRATIVO: LIC. ARIEL RIVERA IRÍAS

SECRETARIA GENERAL: LIC. FABIOLA DE LA LUZ PADILLA BELTRANENA DE LORENZANA

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

DECANO: DR. EDGAR MIGUEL LÓPEZ ÁLVAREZ

SECRETARIA: LIC. JENIFFER ANNETTE LUTHER DE LEÓN

NOMBRE DEL ASESOR DE TRABAJO DE GRADUACIÓN

MGTR. SILVIA LUZ CASTAÑEDA CEREZO

TERNA QUE PRACTICÓ LA EVALUACIÓN

DR. DANIEL ELBIO FRADE PEGAZZANO

MGTR. ANA VICTORIA ARREAZA MORALES DE FRANCO

MGTR. JUDITH MARINELLY LOPEZ GRESSI

Guatemala, 31 de agosto 2017

Doctor
Daniel Frade
Director
Departamento de Posgrado
Universidad Rafael Landívar

Doctor Frade:

Por este medio informo a usted que como asesora de tesis de la Maestría en Salud Pública con Énfasis en Epidemiología, tuve a bien revisar el protocolo de la Licda. Michele Marie Monroy Valle con Carnet. No. 2469914, titulado "**VIOLENCIA INTIMA DE PAREJA (VIP), SALUD AUTOPERCIBIDA Y ESTADO NUTRICIONAL EN MUJERES DE 15 A 49 AÑOS. ANÁLISIS SECUNDARIO DE INFORMACIÓN DE LA ENCUESTA NACIONAL DE SALUD MATERNO INFANTIL -ENSMI-, GUATEMALA, 2008/09**" y del cual doy mi aprobación para que se proceda con la ruta que ustedes tienen establecida.

Sin otro particular, quedo de usted.

Atentamente,


Dra. Silvia Luz Castañeda Cerezo

cc.Licda. Michele Marie Monroy Valle

Medellín, 30 de agosto de 2017

Dr. Daniel Frade
Director de Postgrados
Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad Rafael Landívar
Campus Central, Ciudad de
Guatemala

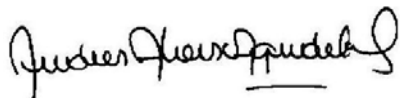
Respetable Doctor Frade:

Deseando que sus actividades tengan el éxito, me dirijo a usted para hacer de su conocimiento que he acompañado el proceso de elaboración de informe final de tesis de la estudiante Michele Marie Monroy Valle carné 2469914 titulado “VIOLENCIA INTIMA DE PAREJA (VIP), SALUD AUTOPERCIBIDA Y ESTADO NUTRICIONAL EN MUJERES DE 15 A 49 AÑOS. ANÁLISIS SECUNDARIO DE INFORMACIÓN DE LA ENCUESTA NACIONAL DE SALUD MATERNO INFANTIL -ENSMI-, GUATEMALA 2008/09”.

De acuerdo a mi criterio la estudiante analizó de forma correcta la información para plantear resultados y conclusiones acorde a sus objetivos de investigación, además el uso de datos y la información revelada cumplen criterios éticos.

Quedo de ustedes por las modificaciones que según su criterio sean necesarias.

Atentamente,



Andrés Alonso Agudelo Suárez
DDS, PhD
Co-Asesor Internacional



Orden de Impresión

De acuerdo a la aprobación de la Evaluación del Trabajo de Graduación en la variante Tesis de Posgrado de la estudiante MICHELE MARIE MONROY VALLE DE TREJO, Carnet 24699-14 en la carrera MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA CON ÉNFASIS EN EPIDEMIOLOGÍA, del Campus Central, que consta en el Acta No. 09826-2017 de fecha 6 de octubre de 2017, se autoriza la impresión digital del trabajo titulado:

VIOLENCIA ÍNTIMA DE PAREJA (VIP), SALUD AUTOPERCIBIDA Y ESTADO NUTRICIONAL EN MUJERES DE 15 A 49 AÑOS. ANÁLISIS SECUNDARIO DE INFORMACIÓN DE LA ENCUESTA NACIONAL DE SALUD MATERNO INFANTIL -ENSMI-, GUATEMALA 2008/09. GUATEMALA 2017.

Previo a conferírsele el grado académico de MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA CON ÉNFASIS EN EPIDEMIOLOGÍA.

Dado en la ciudad de Guatemala de la Asunción, a los 7 días del mes de noviembre del año 2017.



LIC. JENIFFER ANNETTE LUTHER DE LEÓN, SECRETARIA
CIENCIAS DE LA SALUD
Universidad Rafael Landívar

RESUMEN EJECUTIVO

Introducción: La prevalencia global de VIP pareja es de 30,0%, Guatemala, es el segundo país a nivel mundial con mayores índices de violencia contra las mujeres (1). Las consecuencias a la salud de la VIP incluyen depresión, suicidio, estrés, sobrepeso y obesidad. El estrés postraumático y su reacción biológica /metabólica se cree que es el principal mecanismo que explica por qué la VIP puede causar estos síntomas.

Métodos: Se hizo un análisis secundario de la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil de Guatemala 2008/09. Para identificar síntomas prevalentes al tipo de violencia se hizo un análisis factorial. Se establecieron grupos de comparación al azar con mujeres que no habían sufrido VIP para identificar razones. Los porcentajes se compararon con z de 2 muestras.

Resultados: El sobrepeso y obesidad está presente en 60.2 % de las mujeres que sufren VVP, en 59.8% de VFP, en 64.3% de VSP y en 65% de todos los tipos de violencia. Las mujeres con VIP tienen más pensamientos suicidas ($OR_{IC95\%}$ 4.42 [3.58,5.47]) y se sienten nerviosas ($OR_{IC95\%}$ 5.12 [4.12,6.38]). Además de Ciudad de Guatemala, Escuintla es el departamento que reporta más VIP en todas sus formas; Huehuetenango, San Marcos y Jalapa es alta la VVP.

Conclusiones: El grupo de mujeres afectadas por la VIP tiene alrededor de 2 veces más probabilidad de tener pensamientos suicidas, nerviosa/tensa/preocupada, cansancio, llanto y depresión; que las que no sufren VIP. El sobrepeso y obesidad se presenta en más de la mitad de mujeres con alguna forma de VIP o todas.

Palabras clave: Violencia Íntima de Pareja, Violencia Verbal de Pareja, Violencia Física de Pareja, Violencia Sexual de Pareja, Sobrepeso y Obesidad

INDICE

I.	INTRODUCCIÓN	1
II.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
III.	PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN	3
IV.	MARCO TEÓRICO	4
A.	Tipos de violencia contra la mujer	5
B.	Factores de riesgo para sufrir violencia de pareja	7
C.	Efectos en la salud de la exposición a la violencia de pareja	8
D.	Violencia a la mujer en Guatemala	11
V.	ANTECEDENTES.....	13
VI.	JUSTIFICACIÓN.....	15
VII.	OBJETIVOS.....	17
VIII.	DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	18
1	Tipo de estudio.....	18
2	Unidad de análisis	18
3	Población	18
4	Muestra	18
5	Criterios de inclusión y exclusión.	19
IX.	METODOLOGÍA	20
1	Definición y operacionalización de variables.....	20
2	Recolección de datos	21
3	Instrumento	22
4	Procesamiento	24
5	Aspectos éticos	25
X.	RESULTADOS Y DISCUSIÓN	27
XI.	CONCLUSIONES	44
XII.	RECOMENDACIONES.....	47
XIII.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	48

I. INTRODUCCIÓN

Las mujeres de todo el mundo, independientemente de su ingreso, edad o educación, están sujetas a violencia física, sexual, psicológica y económica. La experiencia de la violencia puede conducir a problemas de salud física, mental y emocional a largo plazo; en los casos más extremos, la violencia contra las mujeres puede llevar a la muerte (1).

En el mundo, al menos 119 países han aprobado leyes sobre violencia doméstica, 125 tienen leyes sobre acoso sexual y 52 tienen leyes sobre la violación marital. La disponibilidad de datos sobre la violencia contra la mujer ha aumentado considerablemente en los últimos años; desde 1995 más de 100 países han llevado a cabo al menos una encuesta sobre el tema (1). En Guatemala, la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil (ENSMI) inició a investigar sobre la violencia en 1998 con lo que ya el país cuenta con 16 años de información hasta la ENSMI 2014/15.

La violencia intrafamiliar representa la mayoría de las experiencias de violencia de las mujeres. La prevalencia de la violencia sexual es menor que la de la violencia física, sin embargo, en las relaciones íntimas a menudo se experimentan juntos (1).

Según la Organización Mundial de la Salud, la prevalencia global de la violencia física y / o sexual de la pareja íntima entre mujeres que nunca han tenido un compañero es de 30,0% (2). Guatemala, es el segundo país a nivel mundial con mayores índices de violencia contra las mujeres (1). Ante esta realidad es fundamental que las instituciones del Estado asuman la función de prevenir, tratar sus efectos, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres.

El objetivo del presente estudio fue determinar la asociación existente entre violencia íntima de pareja, salud autopercebida y estado nutricional en mujeres guatemaltecas de 15 a 49 años. Este análisis se hizo mediante el uso de datos secundarios de la ENSMI 2008/09. Se tomó en cuenta los datos de violencia de pareja en su dimensión verbal, física y sexual.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Declaración de Naciones Unidas sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer (3), menciona que ésta constituye una manifestación de las relaciones de poder históricamente desiguales entre hombres y mujeres, que ha conducido a la dominación de la mujer, a su discriminación por parte del hombre e impedido su adelanto. Hace referencia también a que la violencia contra las mujeres es uno de los mecanismos sociales fundamentales por los que se fuerza a la mujer a una situación de subordinación respecto del hombre.

Según la Ley vigente en Guatemala, violencia contra las mujeres es: “Toda acción u omisión basada en la pertinencia al sexo femenino que tenga como resultado el daño inmediato o ulterior, sufrimiento físico, sexual, económico o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se produce en el ámbito público como en el ámbito privado.” (Decreto 22-2008, artículo 3, inciso j, Ley Contra el Femicidio y otras Formas de Violencia contra la Mujer) (4). En el marco de esta Ley, el Organismo Judicial reportó al 2013 en los diferentes juzgados de todo el país que de cada diez personas víctimas de Violencia Intra Familiar (VIF), nueve son mujeres y una es hombre (violencia física, psicológica, sexual y económica); alcanzando el mayor nivel en los grupos de 25 a 29 y de 30 a 34 años con 101.3 y 101.9 mujeres víctimas por cada 10,000 mujeres habitantes (5). La Encuesta de Salud Materno Infantil 2008-2009 reportó que casi la mitad (45.8%) de las mujeres habían sufrido algún tipo de violencia provocada por la pareja o expareja, siendo Escuintla y Quetzaltenango las prevalencias mayores para este problema (6).

El análisis de la situación de las mujeres respecto a la salud se puede visualizar también, en relación al acceso a servicios de prevención y atención adecuadas y a tiempo, culturalmente adaptados y que puedan responder a las necesidades de las mujeres. Este acceso a la salud debe considerar la amplitud de servicios que permitan una atención integral a través del ciclo de vida y las posibilidades de salud preventiva que sean posibles y necesarias. Generalmente, las condiciones de salud de las mujeres son evaluadas por sus condiciones de reproducción, otros aspectos como el nutricional y la violencia lo consideran poco relevante para tomar decisiones de Salud Pública. Con una prevalencia

de sobrepeso de 35%, obesidad de 15.4% e infrapeso de 1.6% en mujeres no embarazadas, es posible suponer que el exceso es el problema nutricional más importante, con mayores problemas en Chimaltenango, Escuintla y Petén (6).

Estudios de Cohorte en Estados Unidos han encontrado que además de otros riesgos sociales y emocionales, la exposición al abuso físico y sexual puede aumentar el riesgo de obesidad severa en el futuro (7). En otros países, se reportó que el abuso era común entre los pacientes obesos que pertenecían a un programa de cirugía bariátrica comunitario; la adicción al alcohol, las comorbilidades psiquiátricas, y el estado de bajos ingresos fueron altamente asociados con el abuso sexual (8). Algunos estudios sugieren que el tipo de abuso sexual (intrafamiliar y extrafamiliar) puede tener diferentes efectos en el riesgo de obesidad (9). En Guatemala se ha estudiado poco la relación entre la violencia contra la mujer y cambios en el IMC.

III. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son los síntomas más prevalentes en mujeres con sobrepeso y obesidad que han sido violentadas?

¿Existe diferencias entre el trinomio violencia-mala salud autopercebida-sobrepeso con el trinomio violencia- mala salud autopercebida-obesidad?

¿Existe coincidencia en el reporte de la salud autopercebida de las mujeres con tres síntomas de la violencia (dolores de cabeza, depresión y miedo a morir)? ¿Influye el tipo de violencia en la salud autopercebida?

¿Cuál es la asociación entre violencia de género, salud autopercebida y estado nutricional en mujeres de 15 a 49 años?

¿En qué departamentos del país existe mayor fuerza de asociación de la violencia, la salud autopercebida y el sobrepeso y obesidad?

IV. MARCO TEÓRICO

La violencia contra la mujer se define como cualquier acto de "violencia de género que resulte o pueda resultar en daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para las mujeres, incluyendo amenazas de actos tales como coerción o privación arbitraria de libertad, pública o privada (3).

Sus dimensiones incluyen la violencia física, sexual, psicológica / emocional y económica que ocurre en la familia y en la comunidad en general o la violencia perpetrada o tolerada por el Estado. La violencia contra la mujer contempla dentro de sus aristas la violencia doméstica, el matrimonio infantil, el embarazo forzado, los crímenes de "honor", la mutilación genital femenina, el femicidio, la violencia sexual y otra perpetrada por alguien que no es una pareja íntima (Como violencia no asociada), el acoso sexual (en el lugar de trabajo, otras instituciones y espacios públicos), la trata de mujeres y la violencia en situaciones de conflicto. En todas las sociedades, las mujeres y las niñas sufren abusos físicos, sexuales y psicológicos que van más allá de las líneas de ingresos, de clase y de cultura. La violencia es reconocida como una violación de los derechos humanos y una forma de discriminación contra las mujeres, reflejando el desequilibrio omnipresente del poder entre mujeres y hombres (3).

La experiencia de la violencia puede afectar a las mujeres de múltiples maneras difíciles de medir y cuantificar. Las lesiones y los problemas de salud son comunes como resultado de la violencia física y sexual, pero las heridas psicológicas y emocionales que pueden infligir los perpetradores a veces son más profundas y duraderas (10). La violencia puede llevar a una menor capacidad de una mujer para trabajar, cuidar a su familia y contribuir a la sociedad. Las mujeres que han sufrido violencia de pareja son más propensas a dar a luz a un bebé de bajo peso, tener un aborto y experimentar depresión (11).

La violencia contra las mujeres puede conducir a la muerte; aproximadamente las dos terceras partes de las víctimas de homicidio en pareja / familia son mujeres, y todos los casos de homicidio, de los cuales el 20% son mujeres (12).

A. Tipos de violencia contra la mujer

En general, la violencia contra la mujer se clasifica en la que infringe la pareja y otra violencia sufrida que es infringida por personas que no son su pareja. Este estudio solamente tomará en cuenta la violencia de pareja.

1. **Violencia física y / o sexual**

En muchos casos, la violencia de la pareja representa la mayoría de las experiencias de violencia de la mujer. Esta fue una conclusión extraída de uno de los primeros estudios multinacionales sobre violencia contra la mujer. Entre las mujeres que reportaron incidentes de violencia física o sexual, o ambas, en algún momento de su vida, al menos el 60% había sido abusada por una pareja en casi todos los sitios incluidos en el estudio. La proporción se acercó al 80% o más en la mayoría de los sitios. En contraste, menos de un tercio de las mujeres en la mayoría de los sitios habían sido abusadas sólo por alguien que no era una pareja íntima (1).

2. **Violencia psicológica y económica**

La violencia psicológica incluye una gama de comportamientos que abarcan actos de abuso emocional y control de conducta. Estos a menudo coexisten con la violencia física y sexual por parte de parejas íntimas y son actos de violencia en sí mismos. Ejemplos de comportamientos que caen dentro de la definición de violencia psicológica incluyen:

- a. El abuso emocional: insultar o hacer que una mujer se sienta mal consigo misma, humillarla o humillarla frente a los demás, deliberadamente asustándola o intimidándola, amenazándola con hacerle daño a ella o a otros a quienes le importa.
- b. Controlar el comportamiento: aislar a una mujer impidiéndole ver a su familia o amigos, controlar su paradero y las interacciones sociales, ignorarla o tratarla indiferentemente,

- c. Enojarse si habla con otros hombres, haciendo acusaciones injustificadas de infidelidad, controlando su acceso a la salud, la educación o el mercado de trabajo.

La experiencia de violencia psicológica durante toda la vida es más alta en África y América Latina y el Caribe. En el caso de los países con datos disponibles del Estudio de Demografía y Salud y el estudio de reproducción y salud por sus siglas en inglés (DHS, RHS) y encuestas de indicadores múltiples (MICS), la proporción de mujeres que sufren violencia emocional o psicológica durante su vida ha variado del 7% en Azerbaiyán (2006) al 68% En Perú (2013). La experiencia de vida fue más alta en África y América Latina y el Caribe. En América Latina y el Caribe la prevalencia es superior al 40% en más de la mitad de los países con datos (1).

El fenómeno supone costos económicos significativos, directos e indirectos. Los costos directos incluyen los relacionados con la policía, los hospitales y otros servicios de salud, los costos legales y los costos servicios de apoyo. Los costos indirectos incluyen los relacionados con la reducción del empleo y la productividad y la disminución del valor de una vida vivida con violencia. Varios países han realizado estudios para estimar el impacto económico de la violencia contra la mujer. Como las metodologías utilizadas para llevar a cabo estos estudios varían, los costos reales no pueden compararse directamente entre países. Sin embargo, proporcionan una indicación del impacto económico sustancial de la violencia contra la mujer y cuánto se necesita gastar para resolver el problema. Globalmente, las estimaciones conservadoras de la pérdida de productividad resultante de la violencia doméstica oscilan entre el 1 y el 2 por ciento del producto interno bruto (1).

B. Factores de riesgo para sufrir violencia de pareja

Los factores de riesgo de violencia de pareja y violencia sexual son de carácter individual, familiar, comunitario y social. Algunos se asocian a la comisión de actos de violencia, otros a su padecimiento, y otros a ambos. Entre los factores de riesgo de ambas, violencia de pareja y violencia sexual, se encuentran los siguientes (13):

- un bajo nivel de instrucción (autores de violencia sexual y víctimas de violencia sexual),
- la exposición al maltrato infantil (autores y víctimas),
- la experiencia de violencia familiar (autores y víctimas),
- el trastorno de personalidad antisocial (autores),
- el uso nocivo del alcohol (autores y víctimas),
- el hecho de tener muchas parejas o de inspirar sospechas de infidelidad en la pareja (autores),
- las actitudes de aceptación de la violencia (autores y víctimas).

Entre los factores asociados específicamente a la violencia de pareja cabe citar (13):

- los antecedentes de violencia (autores y víctimas),
- la discordia e insatisfacción marital (autores y víctimas),
- las dificultades de comunicación entre los miembros de la pareja.

Y entre los factores asociados específicamente a la violencia sexual destacan (13):

- la creencia en el honor de la familia y la pureza sexual,
- las ideologías que consagran los privilegios sexuales del hombre,
- la levedad de las sanciones legales contra los actos de violencia sexual.

La desigualdad de la mujer con respecto al hombre y el uso común y aceptado socialmente de la violencia para resolver los conflictos están estrechamente asociados tanto a la violencia de pareja como a la violencia sexual ejercida por cualquier persona.

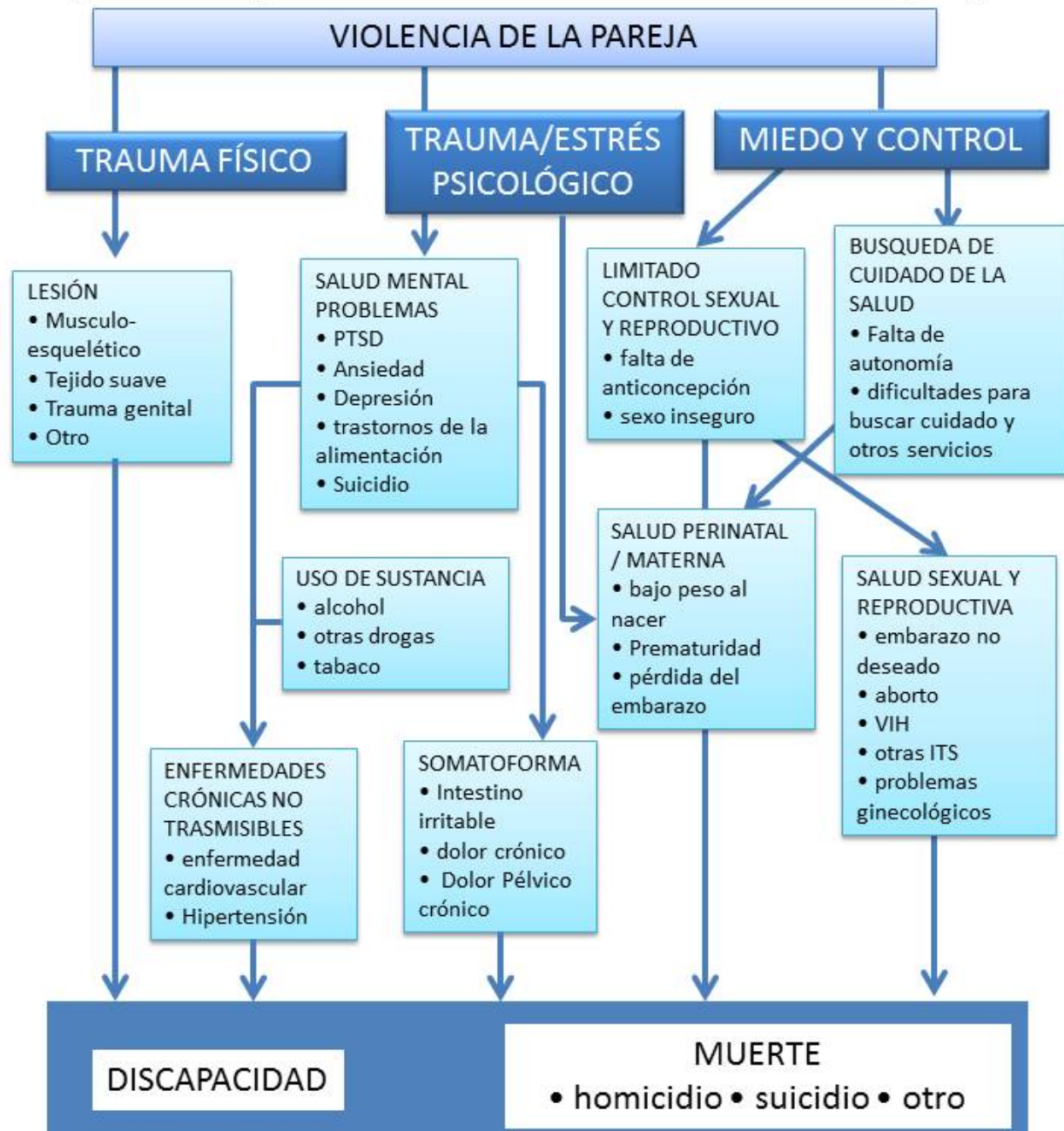
C. Efectos en la salud de la exposición a la violencia de pareja

Se ha encontrado que la magnitud de la asociación entre la violencia de la pareja íntima puede tener efectos negativos ante los siguientes resultados de salud: infección por el VIH incidente, Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), aborto inducido, bajo peso al nacer, parto prematuro, restricción del crecimiento in útero o pequeño para la edad gestacional, consumo de alcohol, depresión y suicidio, lesiones y muerte por homicidio (14) (figura 1).

1. VIH y otras infecciones de transmisión sexual

En la última década, ha habido un creciente reconocimiento de que la violencia de la pareja es un factor importante en la vulnerabilidad de las mujeres al VIH ya las ITS. Los mecanismos que subyacen a la creciente vulnerabilidad de la mujer incluyen la infección directa por relaciones sexuales forzadas, así como la posibilidad de un mayor riesgo por los efectos generales de la exposición prolongada al estrés. Las mujeres que viven en relaciones violentas, o que viven con miedo a la violencia, también pueden tener un control limitado sobre el momento o las circunstancias de las relaciones sexuales, o su capacidad para negociar el uso del condón. La violencia de pareja también puede ser un determinante importante de la separación, lo que a su vez puede aumentar el riesgo de una mujer de contraer el VIH si adquiere una nueva pareja. Además, hay evidencia conductual de que los hombres que usan la violencia contra sus parejas femeninas tienen más probabilidades que los hombres no violentos de tener una serie de comportamientos relacionados con el VIH, incluyendo múltiples parejas sexuales, consumo frecuente de alcohol, y tener una ITS, todo lo cual puede aumentar el riesgo de las mujeres de contraer el VIH (14).

Figura 1. Vías y efectos sobre la salud de la violencia de la pareja



Hay múltiples caminos a través de los cuales la violencia de la pareja puede llevar a resultados adversos para la salud. Esta figura destaca tres mecanismos y vías clave que pueden explicar muchos de estos resultados. Los problemas de salud mental y el consumo de sustancias podrían resultar directamente de cualquiera de los tres mecanismos, lo que podría, a su vez, aumentar los riesgos para la salud. Sin embargo, los problemas de salud mental y el consumo de sustancias no son necesariamente una condición previa para los efectos posteriores de la salud y no siempre se encuentran en el camino hacia una salud adversa.

Traducido de: WHO/LSHTM/SAMRC. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. 2013

1. Aborto provocado

Las relaciones violentas suelen estar marcadas por el miedo y el control de los comportamientos por parte de los compañeros, las tasas más altas de acontecimientos reproductivos adversos pueden explicarse por las consecuencias directas de la violencia y la coerción sexual, así como por vías más indirectas que afectan el uso de anticonceptivos, como el sabotaje del control de la natalidad, la desaprobación del control de la natalidad que impide el uso de la anticoncepción o la incapacidad para negociar el uso del condón por miedo a la violencia. Como resultado, las mujeres en relaciones abusivas tienen más embarazos no deseados. De los estimados 80 millones de embarazos no deseados cada año, por lo menos la mitad se terminan a través del aborto inducido y casi la mitad de ellos tienen lugar en condiciones inseguras. Si bien los embarazos no deseados llevados a término han sido asociados con el riesgo para la salud de las madres y los lactantes, los abortos ilegales y no seguros ponen a la salud de la mujer en un riesgo aún mayor (14).

2. Bajo peso al nacer y prematuridad

El bajo peso al nacer puede ser el resultado de un parto prematuro o de una restricción del crecimiento in útero, los cuales pueden estar directamente relacionados con el estrés. Vivir en un ambiente abusivo y peligroso marcado por el estrés crónico puede ser un factor de riesgo importante para la salud materna, así como también afectar el peso al nacer. Dado los conocidos mecanismos causales de las respuestas relacionadas con el estrés que afectan al peso al nacer y la asociación positiva consistente encontrada en diversos estudios, se sugiere que la violencia de la pareja es de hecho un importante factor de riesgo para tener bebés de bajo peso al nacer (14).

1. Ansiedad

Estudios, reportan asociaciones entre violencia sexual no asociada y trastornos depresivos/ansiedad. Se encontró desorden de estrés post traumático y trastorno obsesivo compulsivo (14).

2. Depresión y suicidio

El estrés traumático se cree que es el principal mecanismo que explica por qué la violencia de pareja puede causar la depresión posterior y los intentos de suicidio. La exposición a eventos traumáticos puede llevar al estrés, miedo y aislamiento, lo que, a su vez, puede conducir a la depresión y el comportamiento suicida. Una vez más, la relación puede ser bidireccional: estudios sugieren que las mujeres con dificultades graves de salud mental son más propensas a experimentar victimización violenta. Las exposiciones a la violencia y otros traumatismos en el desarrollo y en los primeros años de vida también pueden desempeñar un papel importante en la predicción tanto de la violencia como de la depresión (14).

D. Violencia a la mujer en Guatemala

La tasa femenina de violencia se duplicó del 2001 al 2008, debido a aumentos considerables entre 2003-04 y, después, en 2006 y 2008. La excepción fue 2007, cuando ambas tasas se lograron disminuir (5% para las mujeres y 4% para los hombres). Al desagregar la información por grupo etáreo, puede apreciarse que el 2012 el grupo primariamente más vulnerable a violencia homicida entre las mujeres, fue de 21 a 30 años. En el caso de las mujeres, la tasa de vulnerabilidad es de 13 por 100 mil (15).

Al evidenciar la gravedad de la situación en el país, Guatemala desarrolló una normativa específica destinada a apoyar el cumplimiento de las responsabilidades contraídas por el Estado de Guatemala, a través de la LEY CONTRA EL FEMICIDIO Y OTRAS FORMAS DE VIOLENCIA CONTRA LA MUJER (4), que tiene como particularidad el marco conceptual contenido fundamentalmente en el artículo 3, que incorpora terminología novedosa para el derecho penal tradicional, aun cuando desde la perspectiva de género no lo es, pero permite a la juzgadora o el juzgador tener premisas básicas para abordarlas desde lo jurídico. Además contempla un sistema de medidas de seguridad establecidas en la Ley para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Intrafamiliar (16); la atención

integral a través del sistema diseñado específicamente para la atención de las mujeres y sus familiares que son víctimas colaterales.

El estado la contempla la reparación como las acciones que le corresponde ejecutar hacia la víctima directa y las víctimas colaterales, lo cual se verifica ejerciendo su acción en al menos los siguientes ámbitos:

La creación de tipos penales específicos, que son el ámbito de competencia material primordial de los juzgados y tribunales de femicidio y otras formas de violencia contra la mujer: Femicidio, Violencia contra la mujer, ésta en sus tres manifestaciones, física, sexual o psicológica, y violencia económica.

La creación de los órganos jurisdiccionales especializados para conocer los delitos contemplados en la ley, con régimen de 24 horas (15) y con la correspondiente respuesta del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social por medio del Programa Nacional de Salud Mental estableció en el 2008 el Protocolo de Atención a víctimas de Violencia Intrafamiliar.

V. ANTECEDENTES

La prevalencia global de la violencia física y / o sexual de la pareja íntima entre mujeres que nunca han tenido un compañero es de 30,0% (intervalo de confianza del 95% [IC] = 27,8% a 32,2%) (2). Guatemala, es el segundo país a nivel mundial con mayores índices de violencia contra las mujeres (1), ante esta realidad es fundamental que las instituciones del Estado tengan la función de prevenir, tratar sus efectos, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres.

Si bien durante la última década ha habido un importante crecimiento en el número de estudios poblacionales a nivel mundial que empiezan a documentar la prevalencia / magnitud de las diferentes formas de violencia contra la mujer, se ha realizado menos investigación sobre los efectos a la salud de la exposición a diferentes formas de violencia (17). Lo que se busca en esta revisión es la amplitud extrema en la salud potencial incluyendo la salud física, sexual y reproductiva y mental, con impactos potencialmente grandes en los niveles de morbilidad y mortalidad de las mujeres.

Los datos con los que como país se cuentan sobre la violencia intrafamiliar y contra la mujer provienen de estudios nacionales transversales, lo que resulta una limitación para comprender las rutas causales por las que las mujeres que sufren de actos violentos llegan a tener consecuencias a la salud tan importantes como el sobrepeso y obesidad.

Los caminos causales probables entre las diferentes formas de exposición a la violencia y los diferentes resultados de salud están empezando a ser documentados y comprendidos mejor. Estas vías suelen ser complejas, con factores específicos del contexto, factores fisiológicos, de comportamiento y otros factores que influyen en la probabilidad de resultados de enfermedad o mala salud. Hay una amplia gama de efectos sobre la salud a través de las cuales la violencia de la pareja produce diferentes formas de morbilidad y mortalidad. Estos incluyen la vía directa de violencia que resulta en lesiones y muerte, y las otras vías directas e indirectas para múltiples problemas de salud para las mujeres, así como los resultados de salud materna y perinatal.

Una vía más indirecta, mediada por las respuestas al estrés, documentada en la literatura proporciona evidencia acerca de los mecanismos biológicos (fisiológicos) subyacentes

de la asociación entre las exposiciones a la violencia y los diferentes resultados adversos para la salud, a través de respuestas neurales, neuroendocrinas e inmunes complejas e interconectadas al estrés agudo y crónico (18)(19). Por ejemplo, cuando se expone a un estrés prolongado o agudo, áreas del cerebro como el hipocampo, la amígdala y la corteza prefrontal experimentan cambios estructurales que tienen implicaciones para la salud mental y el funcionamiento cognitivo y pueden conducir a trastornos mentales, trastornos somatoformes o enfermedades crónicas, así como otras condiciones físicas (20). En respuesta al estrés, el sistema inmunológico puede verse comprometido, exacerbando la propagación del cáncer y las infecciones virales. Los niveles sostenidos y agudos de estrés elevado también se han relacionado con enfermedades cardiovasculares, hipertensión, trastornos gastrointestinales, dolor crónico y el desarrollo de diabetes insulino dependiente (20). El estrés durante y alrededor del momento del embarazo se ha relacionado con lactantes de bajo peso, ya que el aumento de los niveles de cortisol conduce a la constricción de los vasos sanguíneos, limitando el flujo sanguíneo al útero. Además, la respuesta hipotalámico-pituitaria-suprarrenal puede desencadenar el parto prematuro y el parto prematuro (21), a través de contracciones del tejido muscular liso en el útero (22).

Además de la respuesta al estrés biológico, existen factores de riesgo de comportamiento y otros factores que también influyen en el vínculo entre la violencia de la pareja y los resultados adversos para la salud (23). Algunas mujeres tratan de manejar las consecuencias negativas del abuso a través del uso de alcohol, medicamentos recetados, tabaco u otras drogas (24).

VI. JUSTIFICACIÓN

La violencia contra la mujer se presenta como discriminación y el menosprecio hasta la agresión física, sexual, psicológica y el femicidio. La agresión se produce tanto en el ámbito familiar, laboral, como académico y adquiere especial dramatismo en el ámbito de la pareja y doméstico, ya que anualmente cientos de mujeres son asesinadas a manos de sus parejas en diferentes países del mundo y la tendencia va en aumento (15).

La evidencia sobre la relación que esta violencia puede tener en el sobrepeso y obesidad no es contundente, sin embargo, hay claros indicios que depresión, estrés, falta de sueño, y otros que pueden ser provocados por la violencia están asociados al sobrepeso y obesidad. En realidad, podría ser un complejo camino resultante de una combinación de factores genéticos, conductuales, ambientales, culturales y socioeconómicos. Sin embargo, los factores conductuales y ambientales son determinantes primarios de la obesidad, y su medición supera las fronteras de la capacidad de detección en el país. El problema de sobrepeso y obesidad que en conjunto lo padecen una de cada dos mujeres guatemaltecas se torna en un desafío, que exige cambios no sólo en la dieta y el estilo de vida a nivel individual, en política, entorno físico y social, y normas culturales (25). De encontrarse una relación de la violencia con el incremento del índice de masa corporal en la población y que esta representara un factor de riesgo, podría aportar indicios de las razones por las que la mayoría de intervenciones poblacionales para prevenir y tratar sobrepeso y obesidad tienen poco efecto (26).

Los efectos adversos de la obesidad sobre la salud de las mujeres son indiscutibles. El sobrepeso y la obesidad son fundamentales para el síndrome metabólico y el factor de riesgo más importante para la diabetes tipo 2. Las mujeres obesas son particularmente susceptibles a la diabetes, y la diabetes a su vez pone a las mujeres en un aumento dramático del riesgo de Eventos Cardiovasculares. La obesidad aumenta sustancialmente el riesgo de varios cánceres importantes, especialmente el cáncer de mama posmenopáusico y el cáncer de endometrio. El sobrepeso y la obesidad están asociados con la mortalidad por todas las causas, y el riesgo de muerte aumenta con el

aumento del peso (25). Debido a ello, el abordaje del problema debe ser holístico e identificar los determinantes que ocasionan su alta prevalencia en la población, en realidad en el país se tratan las comorbilidades del sobrepeso y la obesidad sin tomar en cuenta su origen mismo (27).

Los resultados serán diseminados en la academia con facultades relacionadas con la salud principalmente, ya que en muchas ocasiones no se relaciona la violencia con síntomas y signos que se evalúan clínicamente que pueden ser determinantes especialmente de sobrepeso y obesidad.

VII. OBJETIVOS

General

Determinar la asociación existente entre violencia íntima de pareja, salud autopercebida y estado nutricional en mujeres guatemaltecas de 15 a 49 años.

Específicos

1. Identificar síntomas más prevalentes en mujeres con sobrepeso y obesidad que han sufrido violencia íntima de pareja.
2. Identificar la presencia de diferencias entre el trinomio VIP-mala salud autopercebida-sobrepeso con el trinomio VIP- mala salud autopercebida-obesidad.
3. Evaluar la correlación entre tipo de violencia íntima de pareja y salud autopercebida.
4. Determinar la asociación de la violencia íntima de pareja, la salud autopercebida y el sobrepeso y obesidad.
5. Determinar los departamentos del país con mayor fuerza de asociación de la violencia íntima de pareja, la salud autopercebida y el sobrepeso y obesidad.

VIII. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

1 Tipo de estudio

El presente es un estudio descriptivo, transversal. Se realizará un análisis secundario de la base de datos de la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2008/09 (28).

2 Unidad de análisis

Mujeres adultas jóvenes de 15 a 49 años de edad: Base de datos de la V Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil (ENSMI) 2008/09.

3 Población

Población expandida de (ENSMI-2008/09), representativa para los 22 departamentos de Guatemala, cuya unidad de análisis fue: hogares particulares y todos los miembros habituales en cada uno de ellos, las mujeres en edad reproductiva (15-49 años de edad) identificadas como elegibles en cada hogar, niños y niñas menores de cinco años de edad. La prueba piloto, para la validación del contenido de los cuestionarios se realizó en mayo de 2014. La recolección de los datos se realizó de octubre 2014 a julio 2015.

4 Muestra

Este estudio no tiene marco de muestreo ya que se trabajó sobre la base de datos de la ENSMI-2008/09 cuya muestra tiene representatividad nacional, regional, departamental y urbano-rural. Los sectores de la encuesta que seleccionaron de la muestra maestra, fue en forma aleatoria simple en cada departamento. El marco de muestreo de la encuesta se basa en la muestra maestra del INE, elaborada a partir de los datos y material cartográfico del censo del 2002, el más reciente. En cada sector se seleccionaron 26 hogares con una muestra de 936 hogares para la mayoría de departamentos y un total nacional de 22,308 hogares. El cuestionario individual de la mujer lo realizaron en 25,914 mujeres. Este estudio solo utilizó información del cuestionario individual.

5 Criterios de inclusión y exclusión.

Los criterios de inclusión de la información presentada en la base de datos son los siguientes:

- a. Personas de sexo femenino con o sin hijos que tengan información completa sobre edad, peso y estatura.
- b. Personas de sexo femenino con o sin hijos que respondan afirmativo a alguna de las preguntas de la SECCIÓN 11. VIOLENCIA INTRAFAMILIAR., 1204, 1205 y 1206.

De la base de datos se excluyó para el análisis las personas que presentaban las siguientes características.

- a. Que no respondieran alguna de las preguntas seleccionadas para el análisis.
- b. Que tuvieran en blanco la información de la fecha de toma del dato.

IX. METODOLOGÍA

1 Definición y operacionalización de variables.

A. Variable de resultado:

La variable de resultado midió el estado nutricional mediante el Índice de Masa Corporal (IMC).

Cuadro 1. Variables de resultado

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Indicador
<p>Estado nutricional de mujeres</p> <p>Numérica/ razón</p>	<p>La nutrición es la ingesta de alimentos, considerada en relación con las necesidades dietéticas del cuerpo. Una mala nutrición puede conducir a una reducción de la inmunidad, una mayor susceptibilidad a enfermedades, un deterioro del desarrollo físico y mental y una productividad reducida (29).</p>	<p>Se definió el estado nutricional por el Índice de masa corporal (IMC) que se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m²) en mujeres de 15 a 49 años de edad de la muestra ENSMI 2008/09.</p>	<p>IMC construido con fecha de nacimiento, fecha de toma del dato, peso y estatura mediante la siguiente fórmula</p> <p style="text-align: center;">IMC para la edad= Kg/m²</p> <p>La edad se calculó conforme a la fecha de nacimiento y fecha de toma del dato</p> <p>Mujeres mayores de 18 IMC= <18.99 infra peso Entre 18.99 a 24.99 normal > 24.99 sobrepeso y obesidad</p> <p>Para mujeres de 15 a 18 años se utilizó la clasificación de los estándares de crecimiento de OMS 2006 (30).</p>

B. Variables Predictoras: Las variables predictoras son Violencia y Salud Autopercebida. Estas variables se presentan en cuadro 2.

Cuadro 2. Variables Predictoras

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicador
Violencia íntima de pareja Categórica/ ordinal	La violencia es el uso intencional de la fuerza física, amenazas contra uno mismo, otra persona, un grupo o una comunidad que tiene como consecuencia o es muy probable que tenga como consecuencia un traumatismo, daños psicológicos, problemas de desarrollo o la muerte (3).	Mujeres de 15 a 49 años que reportaron en la encuesta haber sufrido alguna forma de violencia contra la mujer (3).	Conforme a la Sección 11. Módulo de Violencia se clasificaron cuatro formas de violencia. Ver mapa de variables Respuesta dicotómica si/no hacia las preguntas de cada forma.
Salud autopercebida Categórica/ nominal	Proceso de evaluación de la salud para mostrar cómo auto-evaluación de la salud puede reflejar los estados del cuerpo humano y la mente (31).	Los problemas de salud que pueden molestarle a las mujeres de 15 a 49 años en las últimas cuatro semanas de la encuesta.	Conforme a la Sección 9. Salud de la Mujer se tomaron en cuenta las preguntas de salud autopercebida. Ver mapa de variables Respuesta dicotómica si/no hacia las preguntas de cada forma.

2 Recolección de datos

La información se analizó de la base de datos de la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil, realizada en los 22 departamentos del país, en el periodo de octubre del año 2008 hasta julio del año 2009.

La base de datos de la encuesta fue solicitada al Grupo de Apoyo Técnico de la ENSMI (GAT-ENSMI).

3 Instrumento

Para este estudio se utilizó la información recolectada a través del cuestionario individual de las mujeres. El cuestionario individual de la mujer consta de 13 secciones. Para esta investigación se utilizaron los datos de las siguientes secciones:

Para la salud autopercebida se utilizó la “Sección 9. Salud de la Mujer”. De este se utilizó la información de la pregunta 917

- a, dolores de cabeza
- b, poco apetito
- c, problemas para dormir
- d, nerviosa, tensa o preocupada
- e, mala digestión
- f, tristeza o depresión
- g, llorado más de lo usual
- h, sentido cansada más de lo normal
- i, pensado o intentado suicidarse

Para la violencia se utilizó la “Sección 11. Violencia intrafamiliar” (aplicado a una mujer por hogar, en hogares no seleccionados en la submuestra de hogares que incluye hombres). Basado en la clasificación de violencia, de este se utilizará la información de las siguientes preguntas:

Verbal: 1119 a,b,c,d,e

Física: 1120 a,b,c,d,e,f

Sexual: 1121 a, b

Los tres tipos de Violencia: Aquellas mujeres que sufrían las tres violencias de forma excluyente hacia las violencias individuales.

Se utilizó la información del peso, estatura, fecha de nacimiento de las mujeres de 15 a 49 años para calcular la variable de Índice de Masa Corporal como un indicador del Estado Nutricional.

Técnica de recolección: Se realizó una técnica documental ya que se trabajó con datos secundarios.

Instrumento de recolección: El mapa de variables, según base de datos se presenta en el Cuadro 4.

Cuadro 4. Mapa de variables según los descriptores de la base de datos.

Variables	Pregunta	Código de la pregunta
Características generales	Fecha de Nacimiento Edad Escolaridad Estado civil Grupo étnico	MP102M, MP102A MP103 MP106U MP 201 MO119V
IMC (Variable de resultado)	Peso Estatura	MP1310_1 MP1308_1
Salud autopercebida	a) ¿Ha tenido dolores de cabeza con frecuencia? b) ¿Ha tenido poco apetito? c) ¿Ha tenido problemas para dormir? d) ¿Se ha sentido nerviosa, tensa o preocupada? e) ¿Ha tenido mala digestión? (todo le cae mal al estómago) f) ¿Ha tenido tristeza o depresión? g) ¿Ha llorado más de lo usual? h) ¿Se ha sentido cansada más de lo normal? i) ¿Alguna vez en su vida ha pensado o intentado suicidarse?	MP917B MP917C MP917D MP917E MP917F MP917G MP917H MP917I
Violencia	Violencia Verbal de Pareja (VVP) a. ¿La ha insultado o la ha hecho sentir mal con usted misma? b. ¿La ha menospreciado o humillado frente a otras personas? c. ¿El ha hecho cosas a propósito para asustarla o intimidarla, (por ejemplo de la manera como la mira, como le grita o rompiendo cosas? d. ¿La ha amenazado con lastimarla a usted o a alguien que a usted le importa? e. ¿La ha amenazado con quitarle los hijo/as?	MP1119AA MP1119AB MP1119AC MP1119AD MP1119AE
	Violencia Física de Pareja (VFP) a. ¿abofeteado tirado cosas que pudieran herirla? b. ¿empujado, arrinconado o jalado el pelo? c. ¿golpeado con su puño o con alguna otra cosa que pudiera herirla? d. ¿pateado, arrastrado o dado una golpiza? e. ¿intentado estrangularla o quemarla a propósito? f. ¿amenazado con usar o ha usado una pistola, cuchillo u otra arma en contra suya?	MP1120AA MP1120AB MP1120AC MP1120AD MP1120AE MP1120AF
	Violencia Sexual de Pareja (VSP) a. ¿usted ha aceptado tener relaciones sexuales sin desearla por miedo a su pareja? b. ¿él la ha forzado físicamente a tener relaciones sexuales cuando usted no lo deseaba?	MP1121AA MP1121AB
	Violencia Íntima de Pareja (VIP) Mujeres con combinación de VVP, VFP, VSP	

Fuente: Codificación ENSMI-2008/09

4 Procesamiento

El procesamiento de datos se realizó con el programa de SPSS 22. Se extrajo en una base de datos las variables a utilizar mencionadas en el Cuadro 3. Con esta base, se construyó una nueva variable para IMC de las mujeres adultas jóvenes.

Para los análisis de este estudio no se calcularon tasas estandarizadas sino únicamente estadísticos descriptivos. El porcentaje de no respuesta para las preguntas de violencia fue elevado, por ello fueron excluidas del análisis 10.1% de la muestra original de la base de datos de ENSMI 2008/09. No fueron imputados datos (sustitución de valores no informados en una observación por otros) por ser la mayoría categóricos y no contar con una variable directriz fiable de imputación. Algunas variables de respuesta de violencia presentaron hasta 34% de valores perdidos, estos datos fueron imputados desde la publicación de la base tomando en cuenta que al menos una de las respuestas positivas al conjunto de variables representaba sufrir de violencia. Los de peso y estatura hasta el 3.29%, para esto no se imputaron datos en este estudio, sino se excluyeron del análisis las variables que no estaban completas.

Este procedimiento se utilizó para datos categóricos. Cada registro (fila) representó un sujeto a agrupar y los campos (variables) representan los atributos en los que se basa el agrupamiento. Se utilizó únicamente la información de las mujeres que respondieron el módulo de Violencia, por ello solo se tomó la primera Mujer en Edad Fértil descrita en la base que fue la que respondió la entrevista.

Como los resultados podían depender del orden de los registros, para minimizar los efectos de orden, se consideró el orden aleatorio de los registros.

Todas las variables de asociación se utilizaron en su respuesta binomial y luego en el análisis factorial para identificar su asociación con el IMC.

Para los riesgos calculados se estimó el odds ratio (OR) como medida de asociación y sus intervalos de confianza del 95% (IC 95%); un valor p menor de 0.05 fue considerado

como estadísticamente significativo. Estos valores fueron calculados con Epi Info 7 y los diagramas de bosque se hicieron con Review Mangager 5.0.

Para identificar los síntomas más prevalentes en mujeres con sobrepeso y obesidad que han sufrido violencia íntima de pareja, se realizó un análisis factorial que buscaba aquellos factores más importantes por su aporte a la varianza. Se tomó como variable dependiente el IMC en escala de razón y nueve síntomas de forma dicotómica.

Se compararon proporciones utilizando la prueba z de 2 muestras para los análisis de sobrepeso contra obesidad y las prevalencias del trinomio en los departamentos. Los valores de probabilidad se calcularon para comparaciones de dos colas.

5 Aspectos éticos

Esta investigación va a beneficiar a programas nacionales enfocados en prevenir la violencia a las mujeres, específicamente de las que se encuentren entre 15 a 49 años de edad, tomando en cuenta que los datos fueron obtenidos de la Encuesta de Salud Materna Infantil ENSMI 2008/09.

- Principio de justicia. El presente estudio es un análisis de una encuesta nacional realizada por el INE, basada en un muestreo aleatorio de la población de Guatemala. Dicha muestra está compuesta por mujeres de diversas etnias, culturas, condiciones socioeconómicas y de áreas urbanas y rurales, por lo que es razonable considerar que constituyen una muestra representativa de la población materna del país que podría estar en riesgo tanto de obesidad, como de violencia intrafamiliar.
- Cumple con el principio de beneficencia porque no provoca daño alguno, ya que no hubo manipulación de sujetos en el estudio y la base de datos proviene de un estudio transversal de país donde tampoco hay intervención. Los resultados podrán ser utilizados para programas de atención al sobrepeso y obesidad que pueden traer un beneficio indirecto a la sociedad.
- Cumple con el principio de respeto por las personas, porque la base de datos que se utilizó no contiene información ni datos de identificación personal. Además, las

personas que participaron en la encuesta accedieron previamente a un consentimiento informado y los datos de las no participantes que estaban en la muestra fueron tomados como rechazo dentro del rango de seguridad previamente planificado en el muestreo.

X. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Los resultados que se presentan a continuación responden a los objetivos de investigación planteadas. Primero se describen las características generales de la submuestra, segundo síntomas más prevalentes en mujeres con sobrepeso y obesidad que han sufrido Violencia Íntima de Pareja (VIP); tercero, diferencias entre el trinomio violencia-mala salud Autopercebida-sobrepeso con el trinomio violencia- mala salud Autopercebida-obesidad; cuarto tipo de VIP y salud auto-percebida; quinto VIP y salud Auto-percebida, sobrepeso y obesidad; distribución geográfica de la VIP, la salud auto-percebida y el sobrepeso y obesidad.

A. Características generales de la población

El análisis se realizó con 15836 mujeres que no reportaron estar embarazadas al momento de la entrevista, representaban el 94.1% de la población de ENSMI 2008/2009.

Cuadro 3. Porcentaje de la Violencia íntima de pareja (VIP) en mujeres no embarazadas. Submuestra ENSMI 2008/09. Guatemala N=15836

Tipo de Violencia íntima de pareja	n	%
Violencia verbal de pareja	4423	28.20
Violencia física de pareja	2599	16.60
Violencia sexual de pareja	948	6.00
Todos los tipos de violencia	751	4.80

Fuente: Análisis secundario ENSMI 2008/09 por Monroy-Valle M

En la población general la violencia con mayor prevalencia es la verbal, los datos no son comparables con las estadísticas porque se incluyeron los casos de las mujeres que no estaban embarazadas y que contaban con respuestas válidas excluyentes como se mencionó en la metodología. En Latinoamérica y el Caribe, la prevalencia media estandarizada de la Violencia Física de Pareja (VFP) es de 29% y la Violencia Sexual de Pareja (VSP) es de 11.4% (1). Esta tendencia es comparable con la submuestra

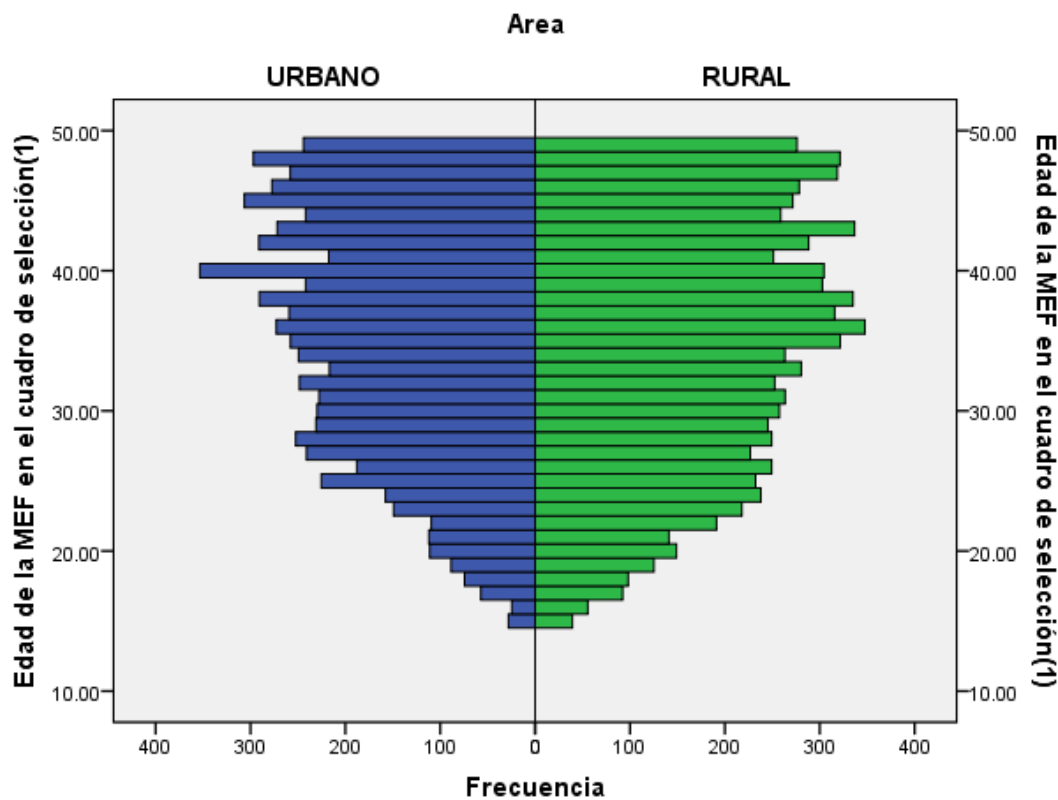
analizada ya que la violencia sexual es aproximadamente la mitad de la violencia física. Además, cuanto mayor se intensifica el impacto violento, menor se vuelve el porcentaje.

Cuadro 4. Edad de las mujeres en Edad Fértil que sufrieron Violencia Íntima de Pareja. Submuestra ENSMI 2008/09. Guatemala N=15836

	Media	Mediana	Máximo	Mínimo	Percentil 05	Percentil 25	Percentil 75	Percentil 95
Violencia verbal de pareja	35.23	35.00	49.00	15.00	21.00	28.00	43.00	48.00
Violencia física de pareja	35.80	36.00	49.00	15.00	22.00	29.00	43.00	48.00
Violencia sexual de pareja	36.64	37.00	49.00	17.00	23.00	30.00	43.00	48.00
Todos los tres tipos de violencia	36.96	38.00	49.00	18.00	23.00	31.00	43.00	48.00

Fuente: Análisis secundario ENSMI 2008/09 por Monroy-Valle M

Grafica 1. Composición de la población de mujeres no embarazada. ENSMI 2008/2009. Guatemala N=15836



Ponderación de caso por pesomef

Fuente: Análisis secundario ENSMI 2008/09 por Monroy-Valle M

A nivel global se ha reportado una media de 22.1 años para el inicio de la VFP y VSP (32), si bien la media de este estudio es más de 10 años superior se debe a que no se hace la pregunta a la mujer en qué momento inició la VIP, sino que es una medición transversal de la edad. Además, en este estudio la media de la edad de la población es de 35.09 años (D.E. 8.82), lo que supone una población de mayor edad como se muestra en la Gráfica 1. El cuadro 4 muestra que en el 5 Percentil se agrupa una media de 22.5 años para los casos donde se presenta violencia física y sexual de pareja, lo cual coincide con el estudio global en 30 países (32).

Cuadro 5. Lugar de residencia de las mujeres en Edad Fértil que sufrieron Violencia Íntima de Pareja (VIP). Submuestra ENSMI 2008/09. Guatemala N=15836

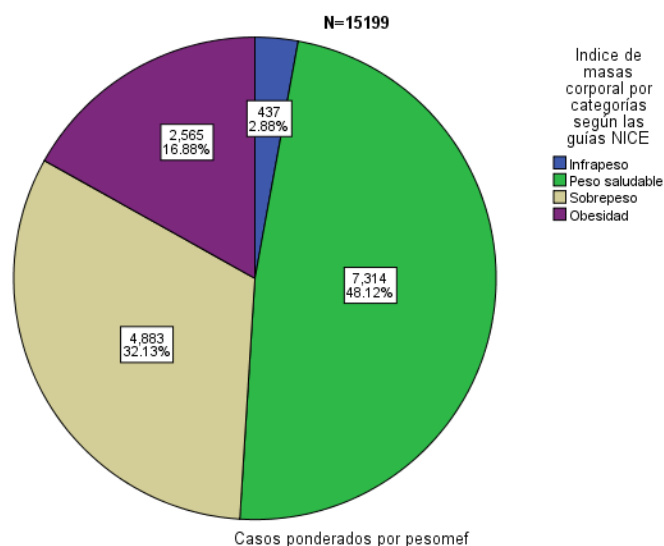
	AREA URBANO		AREA RURAL		pValor
	n	%	n	%	
Violencia verbal de pareja	2194	49.6%	2229	50.4%	0.594
Violencia física de pareja	1280	49.3%	1319	50.7%	0.475
Violencia sexual de pareja	480	50.6%	469	49.4%	0.711
Todos los tres tipos de violencia	411	54.8%	339	45.2%	0.0089

Fuente: Análisis secundario ENSMI 2008/09 por Monroy-Valle M

En cuanto al lugar de residencia el comportamiento de la violencia es similar en el área rural y urbana (Cuadro 5), a excepción de cuando se combinan los tres tipos de violencia que es significativamente mayor en el área urbana que en la rural. Esto también puede deberse a un sesgo de información, ya que el reporte puede ser menor en el área rural por condiciones sociales. Al comparar con un estudio multicéntrico de VIP hecho por Organización Mundial de la Salud sobre salud de la mujer y violencia doméstica (33), donde encontraron que la severidad de la violencia es mayor en las áreas rurales muy tradicionales contra las áreas urbanas, pero también reportaron que en general el nivel de respuesta de las mujeres que viven en el área rural es menor.

Casi la mitad de las mujeres de esta submuestra presentaban un IMC no saludable como se evidencia en la Gráfica 2, con 32.13% de Sobrepeso y 16.68% de obesidad.

Grafica 2. Categorías del Índice de Masa Corporal
Submuestra ENSMI 2008/09. Guatemala



Fuente: Análisis secundario ENSMI 2008/09 por Monroy-Valle M

Cuadro 6. Sobrepeso y Obesidad en mujeres no embarazadas que sufrieron Violencia Íntima de Pareja (VIP).
Submuestra ENSMI 2008/09. Guatemala N=15836

	Infrapeso		Peso saludable		Sobrepeso		Obesidad	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Violencia verbal de pareja	58	1.4%	1654	38.4%	1648	38.2%	949	22.0%
Violencia física de pareja	37	1.5%	982	38.7%	961	37.8%	560	22.0%
Violencia sexual de pareja	13	1.4%	318	34.2%	366	39.3%	233	25.0%
Todos los tipos de violencia	12	1.6%	238	32.2%	294	39.8%	195	26.4%

Fuente: Análisis secundario ENSMI 2008/09 por Monroy-Valle M

En este estudio, el índice de masa corporal de la población fue tomado como un resultado de la VIP (cuadro 6), a decir verdad, en un estudio transversal como el presente es imposible saber si el sobrepeso y obesidad como un problema de salud sucedió posteriormente a la VIP, pero la evidencia sugiere que esto es una posibilidad (14,18,23,34). En la descripción del Cuadro 6 resalta el hecho que el porcentaje de obesidad vista como una manifestación más severa, aumenta conforme la intensidad del impacto violento lo hace, algunos estudios psicológicos sugieren que ganar peso es una medida protectora de la mujer ante la VIP, buscando proteger su cuerpo considerándose

ella misma menos atractiva (7,34,35); aunque existen también estudios que no lo vinculan (36) .

Cuadro 7. Educación en mujeres no embarazadas que sufrieron Violencia Íntima de Pareja (VIP) y sus convivientes. Submuestra ENSMI 2008/09. Guatemala N=15836

Educación de la mujer	Ninguno		Alfabetización		Primaria		Secundaria		Superior/ Universitario	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Violencia verbal de pareja	51	1.5%	65	1.9%	2170	62.6%	973	28.1%	206	6.0%
Violencia física de pareja	35	1.8%	39	2.0%	1278	65.5%	506	25.9%	95	4.8%
Violencia sexual de pareja	13	1.8%	20	2.8%	499	69.8%	150	20.9%	33	4.6%
Todos los tipos de violencia	9	1.5%	13	2.2%	395	68.5%	129	22.3%	31	5.4%
Educación de la pareja masc.										
Violencia verbal de pareja	75	2.5%	27	0.9%	1841	60.8%	885	29.2%	201	6.6%
Violencia física de pareja	52	3.1%	17	1.1%	1048	63.4%	453	27.4%	81	4.9%
Violencia sexual de pareja	16	2.9%	8	1.5%	358	66.3%	144	26.7%	14	2.6%
Todos los tres tipos de violencia	11	2.7%	3	0.6%	268	64.7%	120	28.9%	13	3.1%

Fuente: Análisis secundario ENSMI 2008/09 por Monroy-Valle M

Se ha sugerido que mayor nivel educativo es un factor protector ante la VIP (37), en diversos estudios se reportó que latinas con mayores niveles de educación y empleo reportaron mayores niveles de VIP (38–40). Al parecer esta situación tiene que ver con la capacidad de denuncia que tienen las mujeres más educadas. Los estudios de VIP en los países latinoamericanos son escasos, Colombia es el país que más ha reportado con su proyecto PREVIVE pero no son datos de país sino solo de una localidad (41). El comportamiento de la VIP está más descrito en mujeres migrantes que viven en países desarrollados. Esta situación es similar a la encontrada en este estudio para el país a excepción que las prevalencias disminuyen a partir de la secundaria y caen abruptamente en mujeres con educación superior. Se ha reportado también que latinas viviendo en Estados Unidos con por lo menos 12 años de educación tenían más probabilidades de

reportar victimización que aquellas que tenían menos de 12 años de estudios (38), sin embargo conforme a los datos del Cuadro 7, para las guatemaltecas que viven en el país la prevalencia disminuye cuando cuentan con entre 8 y 10 años educación, entre mayor es el nivel educativo menor es la violencia. Resulta importante también que el análisis para el nivel educativo de la mujer como víctima coincide con el del hombre que es el perpetrador, otros estudios han reportado que a mayor educación del hombre disminuye la VIP (42), sin embargo para el país esto es cierto siempre y cuando sobrepase la secundaria completa.

Cuadro 8. Origen étnico de mujeres no embarazadas que sufrieron Violencia Íntima de Pareja (VIP). Submuestra ENSMI 2008/09. Guatemala N=15836

	Indígena		Ladina		Xinca / Garífuna	
	n	%	n	%	n	%
Violencia verbal de pareja	1507	34.1%	2907	65.7%	9	.2%
Violencia física de pareja	929	35.8%	1665	64.0%	5	.2%
Violencia sexual de pareja	322	33.9%	625	65.9%	1	.1%
Todos los tres tipos de violencia	233	31.0%	517	68.9%	1	.2%

Fuente: Análisis secundario ENSMI 2008/09 por Monroy-Valle M

Todos los tipos de violencia fueron mayores en mujeres ladinas, sin embargo, en este dato puede haber un sesgo de información importante ya que desde el idioma hasta la educación el acceso a la denuncia es mayor en esta población. En contraste, algunos estudios han reportado que dentro de comunidades del mismo origen étnico existe mayor VIP pero bajo reporte (43). No es posible asumir que este bajo porcentaje sea del todo por el sub-reporte porque no se encontró ningún estudio con el poder de diseño para comparar comunidades ladinas con comunidades indígenas.

Cuadro 9. Estatus marital de mujeres no embarazadas que sufrieron Violencia Íntima de Pareja (VIP). Submuestra ENSMI 2008/09. Guatemala N=15836

	Casada		Unida o con pareja sin unión	
	n	%	n	%
Violencia verbal de pareja	2063	46.6%	2360	53.37%
Violencia física de pareja	1075	41.4%	1523	58.62%
Violencia sexual de pareja	330	34.8%	619	65.24%
Todos los tres tipos de violencia	226	30.1%	525	69.93%

Fuente: Análisis secundario ENSMI 2008/09 por Monroy-Valle M

La inestabilidad marital puede afectar a los grupos étnicos de manera diferente; por ejemplo, un estudio encontró que las mujeres negras informaron una relación de cohabitación con una pareja abusiva más a menudo que en el matrimonio, mientras que las mujeres blancas reportaron la VIP en el matrimonio significativamente más que la cohabitación (44,45). En este estudio la Violencia Verbal de Pareja (VVP) pareciera ser la más importante en mujeres casadas, mientras que en las que están unidas o no están en unión sufren los tres tipos de violencia.

Los datos presentados anteriormente buscan contextualizar las características generales de aquellas mujeres que sufren de violencia íntima de pareja, el objetivo no fue buscar prevalencias sino obtener una descripción general de las mujeres de Guatemala en la muestra de ENSMI 2008/09.

B. Síntomas más prevalentes en mujeres con sobrepeso y obesidad que han sufrido violencia íntima de pareja (VIP).

El análisis estadístico factorial mostró que todos los síntomas reportados por las mujeres (aislados del episodio violento, porque se preguntan previo al módulo de Violencia), en esta muestra tenían algún grado de importancia para el sobrepeso y obesidad. Se

eligieron para este análisis los síntomas de mayor importancia como la tristeza o depresión, llanto, nerviosismo, problemas para dormir, porque explican entre 60% y 70% de la varianza (cuadro 10).

Estos síntomas como consecuencia de la VIP, en especial la verbal o psicológica y física (46), coinciden con estudios donde se asocian con obesidad (9,47), posiblemente debido a cambios metabólicos derivados de un desbalance del cortisol (48,49). La VIP no es de por sí un único factor que determine la ganancia de peso no saludable, sin embargo, puede existir una vía por la que otros síntomas como la depresión llevan a este resultado de salud. Por ejemplo en mujeres obesas candidatas a cirugía bariátrica, las que fueron abusadas era más probable que reportaran depresión comparadas con mujeres sus pares no abusadas (8). Además, se ha encontrado asociación entre la depresión y diferentes medidas de obesidad que reconfiguran el somatotipo de la mujer con énfasis en el exceso de adiposidad visceral y problemas cardiovasculares (50). Pareciera que la ruta metabólica que explica el vínculo entre VIP, depresión y adiposidad responde al mecanismo de la Proteína C Reactiva (PCR), en un análisis secundario de la encuesta de salud de Estados Unidos se reportó que más del 29% de los individuos deprimidos tienen niveles elevados de PCR y el 41% cumplieron los criterios de Síndrome Metabólico (MetS). Los individuos con inflamación elevada son más propensos a ser obesos y cumplir con los criterios de MetS. Estos resultados ponen de relieve la importante carga inflamatoria y metabólica de los individuos con depresión (51). A manera de intervención de salud pública existe evidencia que al mejorar el estatus de depresión, también mejora la pérdida de peso pero a largo plazo (52).

Las mujeres expuestas a la VFP son más propensas a experimentar síntomas de depresión, ansiedad, convulsiones no epilépticas psicógenas y trastornos psicóticos (53–55). Las mujeres que sufrieron abuso sexual por parte de un compañero tienen más probabilidades de sufrir todos los problemas de salud mental (53–55). El abuso psicológico también se asocia con un mayor riesgo de experimentar síntomas de depresión, ansiedad y convulsiones psicógenas (53). Las mujeres que experimentaron solamente abuso psicológico reportan problemas de salud mental similares a aquellos que fueron abusados físicamente (53). Estos síntomas tienen relación con el sobrepeso

y obesidad a mediano plazo y en este caso casi la mitad de las mujeres (47%) que sufrieron de estos síntomas presentaron sobrepeso y obesidad.

Otros estudios coinciden con los hallazgos encontrados en la submuestra de ENSMI 2008/09 sobre los trastornos del sueño que son frecuentes entre las mujeres que experimentan violencia de pareja, con insomnio y pesadillas predicción de la presencia de depresión (54–56). Se hace necesario abordar problemas recurrentes de salud mental como la depresión, dado que los problemas del sueño son modificables y potencialmente menos estigmatizantes que los problemas de salud mental (56). Hallazgos recientes sobre la relación entre el estrés emocional en las personas con privación de sueño y la incidente obesidad identifican a la calidad del sueño como un posible factor (57).

Llama la atención que la mayoría de persona con sobrepeso y obesidad reportaron poco apetito y que este síntoma, en efecto, explica por sí mismo al menos la mitad de la varianza. Biológicamente esto no es razonable, sin embargo, se han descrito mecanismos que en personas con algún trastorno emocional pueden reportar atracones seguidos de etapas de abstinencia que causan sobrepeso y obesidad, donde comedores de alta restricción tenían una mayor probabilidad de estar en las trayectorias de IMC más altas (58). Al parecer, la impulsividad interactúa en la predicción de la ingesta de alimentos dulces y la ingesta mediada por la alimentación externa (representa los mensajes externos a lo biológico que nos hacen comer como la publicidad) (59); esta impulsividad puede ser provocada por la situación de violencia que vive la mujer en el hogar. La pregunta de la inapetencia se vuelve confusa analizada con el sobrepeso y obesidad porque falta bastante información sobre el tema derivada de estudios de comportamiento de la alimentación. Existe evidencia que mientras que los comedores emocionales bajos comen cantidades similares después de la condición triste y después de la alegría, los comedores emocionales altos comen mucho más después de la condición de estado de ánimo triste que después de la condición de estado de ánimo de alegría (60). Estos hallazgos sugieren que comer en respuesta a emociones negativas y positivas se refiere a dos constructos diferentes y que posiblemente este 53% de mujeres que reportan poco apetito y padecen sobrepeso y obesidad, además de condiciones de

malnutrición crónica, se debe a que migran entre un constructo y otro derivado de la violencia; pero es necesaria más investigación al respecto.

Cuadro 10. Síntomas presentes en mujeres no embarazadas que sufrieron Violencia Íntima de Pareja (VIP): Comparación de sobrepeso y obesidad con peso saludable. Submuestra ENSMI 2008/09. Guatemala N=15836

	Sobrepeso y Obesidad		Peso saludable		N	VIP	VVP	Componentes principales del análisis factorial	
	n	%	n	%				VFP	VSP
Tristeza o depresión	2838	47.9%	3093	52.1%	5931	.686	.690	.707	.707
Llanto más de lo usual	1679	47.5%	1853	52.5%	3532	.686	.628	.648	.693
Nerviosa, tensa o preocupada	4098	47.7%	4502	52.3%	8600	.641	.633	.648	.647
Problemas para dormir	1840	45.8%	2178	54.2%	4018	.611	.627	.619	.604
Poco apetito	2893	53.4%	2523	46.6%	5416	.581	.577	.588	.550
Cansada más de lo normal	3621	46.7%	4139	53.3%	7760	.538	.549	.555	.541
Dolores de cabeza	3672	48.9%	3830	51.1%	7502	.575	.554	.541	.536
Mala digestión	2253	49.8%	2275	50.2%	4528	.466	.533	.521	.503
Pensamientos o intentos suicidas	708	48.7%	745	51.3%	1453	.452	.458	.440	.472

Fuente: Análisis secundario ENSMI 2008/09 por Monroy-Valle M

C. Diferencias entre el trinomio violencia-mala salud autopercibida-sobrepeso con el trinomio violencia- mala salud autopercibida-obesidad.

Ninguno de los síntomas reportados en mujeres que sufren VVP, VFP, VSP o VIP reportaron diferencias significativas en sus porcentajes entre el sobrepeso y obesidad Cuadro 11.

Para las mujeres que sufrían sobrepeso con VVP y VFP, aquellos síntomas que reportaron mayor prevalencia fueron pensamientos o intentos suicidas, llanto más de lo usual y problemas para dormir. Aquellas que tienen obesidad coinciden con que los primeros dos síntomas son pensamientos o intentos suicidas, mientras que en segundo lugar se encuentra depresión y, llanto más de lo usual cambia a tercer lugar.

En las mujeres que sufrieron VSP y todos los tipos de violencia, los tres síntomas más prevalentes coinciden en las que padecen sobrepeso y obesidad, siendo estos: pensamientos o intentos suicidas, llanto más de lo usual, tristeza o depresión. Al parecer el grado de severidad del impacto violento repercute en que el insomnio se transforma a depresión; y pareciera que esta está ligeramente más prevalente en mujeres obesas que con sobrepeso, aunque esta diferencia no sea significativa. Estudios han demostrado que mujeres que tienen miedo de sus parejas, poseen mala salud mental y calidad de vida, asisten a servicios de salud y servicios de violencia doméstica con frecuencia; las mujeres que experimentan abuso severo del tipo físico, emocional y sexual tienen peor calidad de vida y salud mental que las mujeres que experimentan solo un tipo de abuso (24,61).

Cuadro 11. Comparación de síntomas presentes en mujeres no embarazadas con sobrepeso vs. obesidad que sufrieron Violencia Íntima de Pareja (Verbal, física, sexual, combinación de los tres tipos).

Submuestra ENSMI 2008/09. Guatemala N=15836

	Violencia íntima de pareja en Mujeres con Sobrepeso				Violencia íntima de pareja en Mujeres con Obesidad				pValor
	Si	%	No	%	Si	%	No	%	
Violencia Verbal de Pareja (VVP)									
Pensamientos o intentos suicidas	304	61.5%	190	38.5%	139	55.2%	113	44.8%	0.210
Llanto más de lo usual	581	47.8%	633	52.2%	307	48.0%	332	52.0%	0.955
Problemas para dormir	633	46.1%	741	53.9%	334	41.6%	470	58.4%	0.181
Mala digestión	663	44.2%	836	55.8%	355	45.8%	421	54.2%	0.625
Poco apetito	758	44.3%	952	55.7%	364	44.7%	449	55.3%	0.284
Tristeza o depresión	890	44.3%	1118	55.7%	528	48.7%	556	51.3%	0.108
Dolores de cabeza	995	39.5%	1525	60.5%	563	43.0%	747	57.0%	0.088
Cansada más de lo normal	1148	43.2%	1510	56.8%	637	43.0%	844	57.0%	0.935
Nerviosa, tensa o preocupada	1237	42.9%	1646	57.1%	684	42.3%	934	57.7%	0.799
Violencia Física De Pareja (VFP)									
Pensamientos o intentos suicidas	229	46.3%	265	53.7%	118	46.8%	134	53.2%	0.925
Llanto más de lo usual	401	33.0%	813	67.0%	209	32.6%	431	67.4%	0.925
Problemas para dormir	424	30.8%	950	69.2%	221	27.5%	583	72.5%	0.384
Tristeza o depresión	570	28.4%	1438	71.6%	337	31.0%	748	69.0%	0.355
Poco apetito	470	27.5%	1240	72.5%	236	29.0%	577	71.0%	0.675
Mala digestión	406	27.1%	1093	72.9%	218	28.0%	558	72.0%	0.810
Cansada más de lo normal	706	26.6%	1952	73.4%	396	26.7%	1085	73.3%	0.973
Nerviosa, tensa o preocupada	721	25.0%	2162	75.0%	425	26.2%	1194	73.8%	0.652
Dolores de cabeza	600	23.8%	1920	76.2%	352	26.8%	959	73.2%	0.210
Violencia Sexual de Pareja (VSP)									
Pensamientos o intentos suicidas	99	20.2%	394	79.8%	66	26.2%	185	73.8%	0.366
Llanto más de lo usual	171	14.1%	1043	85.9%	115	18.0%	524	82.0%	0.376
Tristeza o depresión	241	12.0%	1768	88.0%	153	14.1%	932	85.9%	0.543
Mala digestión	173	11.6%	1326	88.4%	89	11.4%	687	88.6%	0.967
Problemas para dormir	155	11.3%	1219	88.7%	103	12.8%	701	87.2%	0.715
Poco apetito	187	10.9%	1523	89.1%	100	12.3%	713	87.7%	0.722
Cansada más de lo normal	285	10.7%	2373	89.3%	174	11.7%	1307	88.3%	0.740
Dolores de cabeza	249	9.9%	2271	90.1%	146	11.2%	1164	88.8%	0.400
Nerviosa, tensa o preocupada	277	9.6%	2607	90.4%	185	11.5%	1433	88.5%	0.511
Violencia Íntima de Pareja (VIP)									
Descrita Por Tres Tipos									
Pensamientos o intentos suicidas	87	17.6%	406	82.4%	57	22.8%	194	77.2%	0.443
Llanto más de lo usual	143	11.8%	1071	88.2%	99	15.5%	540	84.5%	0.405
Tristeza o depresión	202	10.0%	1807	90.0%	132	12.2%	952	87.8%	0.527
Mala digestión	142	9.5%	1357	90.5%	73	9.4%	703	90.6%	0.981
Problemas para dormir	129	9.4%	1245	90.6%	90	11.2%	714	88.8%	0.664
Poco apetito	154	9.0%	1556	91.0%	81	10.0%	732	90.0%	0.802
Cansada más de lo normal	232	8.7%	2426	91.3%	146	9.9%	1335	90.1%	0.694
Dolores de cabeza	207	8.2%	2313	91.8%	127	9.7%	1184	90.3%	0.638
Nerviosa, tensa o preocupada	227	7.9%	2657	92.1%	154	9.5%	1464	90.5%	0.584

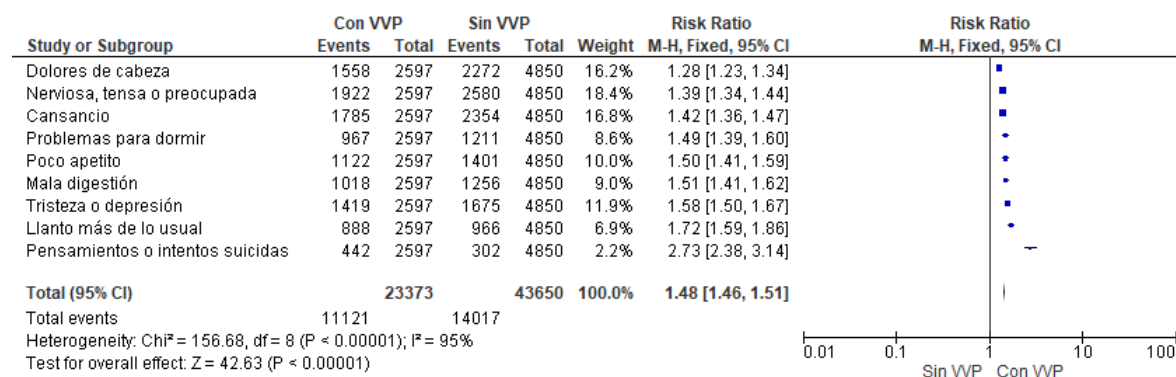
Fuente: Análisis secundario ENSMI 2008/09 por Monroy-Valle M

D. Tipo de violencia íntima de pareja y salud auto-percibida.

Los síntomas de mala salud evaluados (Cuadro 12) fueron significativamente mayores en mujeres que sufrían VVP contra las que no la sufrían, la media del efecto se encontró alrededor de 2. En cuanto a la severidad de estos síntomas, los pensamientos o intentos suicidas pasan tres veces más ($OR_{IC95\%}$ 3.09 [2.65,3.61]) en aquellas mujeres que sufren VVP; y la depresión auto-reportada pasa dos veces más ($OR_{IC95\%}$ 2.28 [2.07,2.52]), hallazgo consistente con estudios de otros países y de latinas viviendo en Estados Unidos (38–40,46,55).

Debido a que la heterogeneidad de estos análisis es alta ($I^2=90\%$), los datos deben tomarse con precaución por provenir de un análisis secundario de una base de datos nacional.

Cuadro 12. Comparación de síntomas presentes en mujeres no embarazadas que sufrieron Violencia Verbal de Pareja (VVP). Submuestra ENSMI 2008/09. Guatemala N=15836

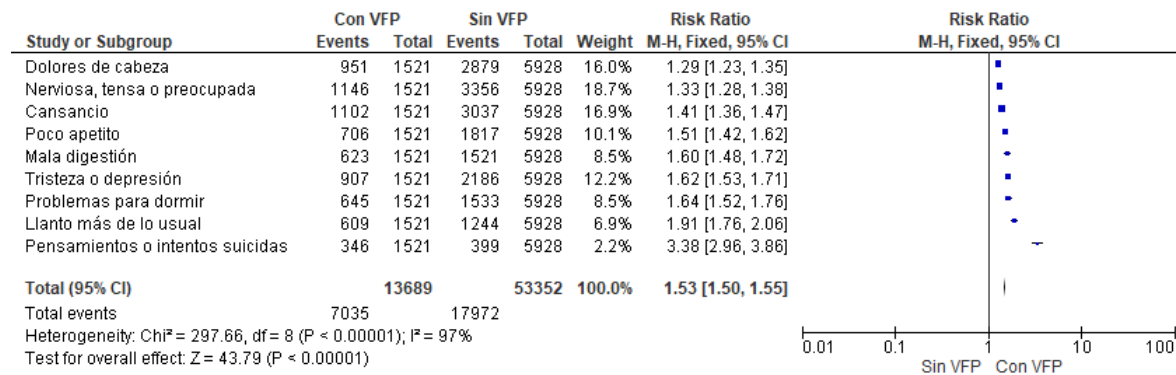


Fuente: Análisis secundario ENSMI 2008/09 por Monroy-Valle M

Similar a la situación de las mujeres que sufren VVP, en las que reciben Violencia Física de Pareja (VFP) los pensamientos o intentos suicidas resultan los más importantes entre este conjunto de mujeres, mostrando que pasan hasta tres veces más ($RR_{IC95\%}$ 2.73 [2.38,3.14]) en aquellas que reciben VFP contra las que no la reciben. En esta situación la tristeza o depresión ($RR_{IC95\%}$ 1.58 [1.50,1.67]) y el llanto como una manifestación de

ella pasan casi dos veces más (RR_{IC95%} 1.72 [1.59,1.86]) en aquellas mujeres con VFP. Aunque esos resultan los síntomas más importantes, en general el diagrama de bosque del Cuadro 13 muestra un efecto total de 1.48 [1.46,1.51] mayor en las mujeres con VFP contra las que no la reciben.

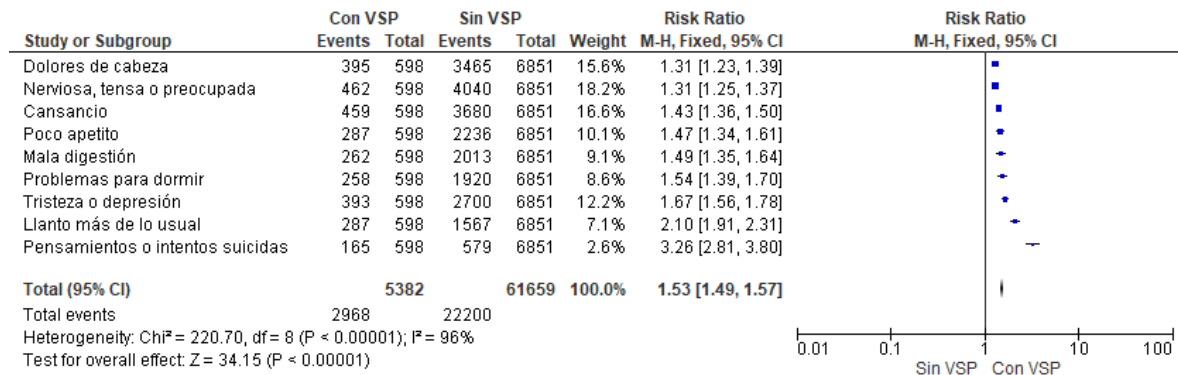
Cuadro 13. Comparación de síntomas presentes en mujeres no embarazadas que sufrieron Violencia Física de Pareja (VFP). Submuestra ENSMI 2008/09. Guatemala N=15836



Fuente: Análisis secundario ENSMI 2008/09 por Monroy-Valle M

En las mujeres que sufren violencia sexual de pareja los pensamientos suicidas pasan tres veces más que en aquellas que no la sufren (RR_{IC95%} 3.38 [2.96,3.86]), el llanto se manifiesta dos veces más (RR_{IC95%} 1.91 [1.76,2.06]) y la tristeza o depresión podría llegar a ser también casi dos veces más en estas mujeres (RR_{IC95%} 1.62 [1.53,1.71]). Esto indica que conforme incrementa la severidad del impacto violento, lo hace también la severidad y la prevalencia de la sintomatología emocional. El diagrama de bosque del Cuadro 14 muestra claramente que a mayor severidad de los síntomas pasan más frecuentemente en aquellas mujeres con VSP.

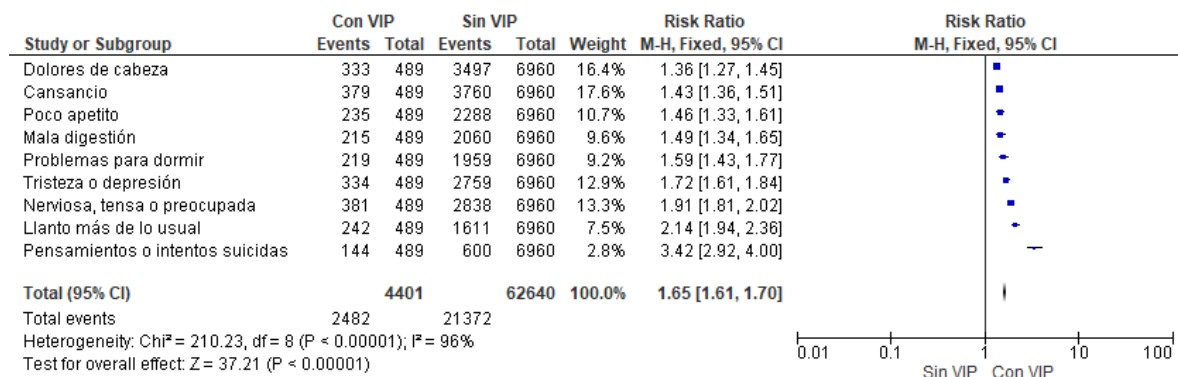
Cuadro 14. Comparación de síntomas presentes en mujeres no embarazadas que sufrieron Violencia Sexual de Pareja (VSP). Submuestra ENSMI 2008/09. Guatemala N=15836



Fuente: Análisis secundario ENSMI 2008/09 por Monroy-Valle M

La VIP se caracteriza porque las mujeres reciben violencia verbal o emocional, violencia física y violencia sexual al mismo tiempo; pese a que en esta muestra su prevalencia era la menor (Cuadro 15), su severidad puede llevar a la mujer a condiciones de salud mental extremas como los pensamientos suicidas (RR_{IC95%} 3.26 [2.81,3.80]). Las mujeres que sufrieron este tipo de violencia reportaron sentirse nerviosas, tensas o preocupadas (RR_{IC95%} 1.31 [1.23,1.39]). El efecto de todos los síntomas que describieron en este estudio la mala salud se exagera en estas mujeres mostrándose hasta casi dos veces más que en sus pares no víctimas (RR_{IC95%} 1.53 [1.49,1.57]).

Cuadro 15. Comparación de síntomas presentes en mujeres no embarazadas que sufrieron los tres tipos de Violencia Íntima de Pareja (VIP). Submuestra ENSMI 2008/09. Guatemala N=15836



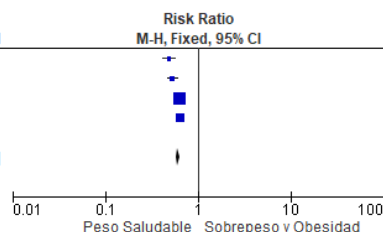
Fuente: Análisis secundario ENSMI 2008/09 por Monroy-Valle M

E. Violencia íntima de pareja, salud auto-percibida, sobrepeso y obesidad.

Los análisis de riesgo realizados para el sobrepeso y obesidad no encontraron que la Violencia Íntima de Pareja fuera un factor de riesgo para padecerla. Sin embargo, y dada la evidencia consistente en la literatura sobre que influye como un factor de riesgo (14,18,23,34-36), existen otros factores que juegan un papel aún más importante en la ganancia de peso como el ambiente alimentario no saludable, la inseguridad alimentaria y nutricional, pobreza y otros que funciona más en la esfera de los determinantes sociales. La ruta causal de la ganancia excesiva de peso en esta población todavía debe definirse, debido a que el patrón cultural del machismo y el posible sesgo de información donde las personas responden que no a las preguntas de violencia puede mostrar los resultados del Cuadro 16.

Cuadro 16. Sobrepeso y obesidad en mujeres no embarazadas que sufrieron Violencia Íntima de Pareja (VIP). Submuestra ENSMI 2008/09. Guatemala N=15836

Study or Subgroup	Sobrepeso/obesidad		Peso Saludable		Weight	Risk Ratio		Risk Ratio M-H, Fixed, 95% CI
	Events	Total	Events	Total		M-H, Fixed, 95% CI	M-H, Fixed, 95% CI	
Todos los tipos de violencia de pareja	249	7751	489	7448	9.4%	0.49	[0.42, 0.57]	◆
Violencia sexual de pareja	331	7751	599	7448	11.5%	0.53	[0.47, 0.60]	◆
Violencia verbal de pareja	1713	7751	2597	7448	49.9%	0.63	[0.60, 0.67]	◆
Violencia física de pareja	1019	7751	1521	7448	29.2%	0.64	[0.60, 0.69]	◆
Total (95% CI)		31004		29792	100.0%	0.61	[0.59, 0.64]	◆
Total events	3312		5206					
Heterogeneity: Chi ² = 16.83, df = 3 (P = 0.0008); I ² = 82%								
Test for overall effect: Z = 24.68 (P < 0.00001)								



Fuente: Análisis secundario ENSMI 2008/09 por Monroy-Valle M

F. Distribución geográfica de la Violencia Íntima de Pareja (VIP), la salud auto-percibida y el sobrepeso y obesidad.

En cuanto a la distribución geográfica de la Violencia de Pareja se encontró diferencia significativa entre departamentos para Violencia Verbal de Pareja (pValor= 0.000) y Violencia Física de pareja (pValor=0.000). Escuintla fue el departamento que significativamente tuvo más casos de todos los tipos de violencia comparado con los otros 21 departamentos del país. Para la VVP San Marcos, Huehuetenango y Jalapa destacan con que presentaron mayores casos de violencia ajustados por población. De la misma forma, las mujeres que sufren VFP en San Marcos, Huehuetenango y Escuintla se sitúan

más alto que los otros departamentos. En el caso del hallazgo de San Marcos esta información es consistente con la que reporta el Instituto Nacional de Estadística proveniente de las denuncias presentadas al Ministerio Público, la Policía Nacional Civil, la Procuraduría de los Derechos Humanos que son los casos que llegan a denuncia (5). Sin embargo, Escuintla (10.9) y Huehuetenango (15.3) son los que menos tasa de VIP reportan al Sistema Estadístico Nacional (5), lo que significa que la VIP está normalizada por la cultura y el sistema de denuncia local, como consecuencia estas mujeres y sus familias no están siendo atendidas en su condición de víctimas.

Cuadro 17. Mujeres que sufren Violencia íntima de pareja (VIP), mala salud por al menos un síntoma significativo, sobrepeso y obesidad por departamento. Submuestra ENSMI 2008/09. Guatemala N=15836

	VVP-Mala Salud-Sobrepeso y obesidad			VFP-Mala Salud-Sobrepeso y obesidad			VSP-Mala Salud-Sobrepeso y obesidad			VIP-Mala Salud-Sobrepeso y obesidad		
	n	%	pValor	n	%	pValor	n	%	pValor	n	%	pValor
Guatemala	297	9.7%		162	5.3%		45	1.5%		33	1.1%	
El Progreso	13	7.1%		6	3.1%		2	1.4%		1	.5%	
Sacatepéquez	21	6.3%		13	3.8%		5	1.6%		5	1.4%	
Chimaltenango	55	8.8%		31	5.0%		17	2.8%		14	2.2%	
Escuintla	130	15.2%	<0.05	70	8.2%	<0.05	27	3.2%	<0.05	26	3.1%	<0.05
Santa Rosa	47	10.7%		23	5.3%		13	2.9%		9	2.2%	
Sololá	40	10.4%		19	4.9%		5	1.2%		2	.6%	
Totonicapán	41	9.8%		20	4.9%		9	2.1%		5	1.2%	
Quetzaltenango	70	8.7%		45	5.6%		14	1.8%		13	1.6%	
Suchitepéquez	52	10.1%		36	7.1%		10	2.0%		7	1.3%	
Retalhuleu	30	7.7%		13	3.4%		6	1.6%		5	1.3%	
San Marcos	126	11.8%	<0.05	94	8.9%	<0.05	22	2.1%		22	2.1%	
Huehuetenango	145	13.7%	<0.05	91	8.5%	<0.05	21	2.0%		20	1.9%	
Quiché	78	8.1%		58	6.0%		22	2.3%		13	1.3%	
Baja Verapaz	30	9.8%		22	7.3%		5	1.8%		4	1.4%	
Alta Verapaz	91	8.2%		66	5.9%		29	2.6%		12	1.1%	
Petén	41	8.2%		24	4.7%		9	1.7%		5	1.0%	
Izabal	33	7.8%		18	4.4%		5	1.3%		5	1.2%	
Zacapa	21	7.0%		11	3.5%		4	1.2%		3	.9%	
Chiquimula	35	8.0%		16	3.7%		12	2.7%		9	2.1%	
Jalapa	56	12.9%	<0.05	34	7.9%		9	2.1%		7	1.6%	
Jutiapa	49	8.4%		30	5.1%		9	1.6%		9	1.6%	
Total	1501	9.9%		903	5.9%		302	2.0%		231	1.5%	

Fuente: Análisis secundario ENSMI 2008/09 por Monroy-Valle M

XI. CONCLUSIONES

1. Las características generales muestran que a medida que se intensifica el impacto violento, menos mujeres lo sufren. Sin embargo, esto no merece menos importancia porque las consecuencias a la salud física y mental de las mujeres y sus familias son más severas.

2. Las mujeres estudiadas en esta submuestra tenían una media de 35 años, debido a que se excluyeron las embarazadas quienes en general para el país son más jóvenes, lo cual provocó que en el análisis la media de la edad de las violentadas fuera mayor que la reportada en otros estudios. Además, otros estudios preguntan sobre la edad en que iniciaron a sufrir violencia, esta encuesta solo pregunta la prevalencia puntual. Definitivamente existe una brecha en esta información para tomar decisiones de salud y de política pública en atender y prevenir la VIP.

3. Se reportó más VIP en área urbana que en rural. Esto posiblemente se debe a que existe más conciencia en las mujeres urbanas que en las rurales sobre las características del comportamiento violento de una pareja.

4. La distribución del sobrepeso y obesidad es mayor en las mujeres que sufrieron algún tipo de VIP (60.2 % de las mujeres que sufren VVP, 59.8% de las que sufren VFP, 64.3% de las que sufren VSP y 65% de las que sufren todos los tipos de violencia). Para este análisis se considera que el dato descriptivo de las mujeres que tenían sobrepeso y obesidad clasificadas conforme el tipo de violencia tiene mayor relevancia que los datos de asociación posterior debido a que el diseño del estudio original fue transversal.

5. Se encontró mayores prevalencias de VIP en hombres (perpetradores) y mujeres (víctimas) con un nivel inferior a la educación secundaria. Hombres y mujeres con educación superior (carrera técnica o carrera universitaria) tienen menos de 10% de prevalencia de VIP, es posible que si ambos sexos alcanzan este nivel educativo se estaría generando un cambio en este constructo social donde las relaciones de VIP contra la mujer parecieran el patrón normal de comportamiento.

6. Esta submuestra de mujeres la VVP representa la forma de violencia que sufren las mujeres casadas, mientras que la VIP (verbal, física y sexual en conjunto) la que padecen las mujeres en unión o con una pareja sin unión. El hecho de no tener una unión legal representa un factor de riesgo para sufrir VIP de todos los tipos.

7. Los síntomas que juegan un rol primordial en mujeres que sufrieron algún tipo de VIP son: tristeza o depresión, llanto más de lo usual como una manifestación de mala salud mental general, nerviosa, tensa o preocupada y problemas para dormir. La literatura ha reportado consistentemente que estos síntomas desencadenan una reacción inflamatoria generalizada que promueve la ganancia de peso y acumulación de grasa visceral derivado de una reacción de estrés mediada por intercambios de cortisol, adrenalina entre otros, y posiblemente una disfunción del mecanismo de acción de la leptina.

8. Para la ganancia de peso no saludable progresando desde sobrepeso a obesidad, las diferencias entre la sintomatología no son significativas entre ambos grupos para estos dos padecimientos (aunque exista un mecanismo biológico descrito para esto, el tipo de estudio que originó la base de datos no refleja temporalidad necesaria). Sin embargo, se identifica en los datos que el grado de severidad del impacto violento progresando desde VVP hasta VIP, repercute en que el insomnio se transforma a depresión; y pareciera que esta está más prevalente en mujeres obesas que con sobrepeso. Esto da indicios en que dentro de una intervención de salud pública que busque reducir la alta prevalencia de sobrepeso y obesidad en mujeres (embarazadas o en búsqueda de servicios de planificación familiar) que hay en el país; no debe dejarse a un lado el tamizaje de la VIP y la salud mental para lograr un efecto a nivel poblacional.

9. El grupo de mujeres afectadas por la VIP en cualquiera de sus formas tiene alrededor de 2 veces más riesgo de tener pensamientos o intentos suicidas, nerviosa/tensa/preocupada, cansancio, llanto frecuente y tristeza o depresión; que las que no sufren VIP.

10. Los pensamientos o intentos suicidas fue el síntoma más severo que se describió y que puede llevar a la muerte, las mujeres con VIP tienen hasta 5 veces más riesgo de padecerlos.

11. El llanto es un síntoma que se puede percibir a simple vista y sin necesidad de un entrenamiento experto, puede ser tomado como un indicador de tamizaje porque sucede hasta 3 veces más en mujeres que sufren VIP.

12. El hecho que las mujeres con VIP tengan alrededor de 5 veces riesgo de padecer tristeza, nerviosismo y cansancio respalda la suposición de que este es el mecanismo biológico por el que una de las consecuencias a la salud de la violencia a largo plazo es el sobrepeso y obesidad.

13. El conjunto sobrepeso y obesidad, mala salud (descrita por los síntomas más prevalentes) y VIP lo padecieron entre el 10% y 1.5% de la submuestra. Sin embargo,

cabe aclarar que los números absolutos pierden relevancia debido a que, pese a que se colocó un grupo comparativo el objeto del estudio donde proviene la base no buscaba construir comparaciones por lo que el grupo afectado no es tan similar al de comparación.

14. Además de Ciudad de Guatemala, Escuintla, San Marcos, Huehuetenango y Jalapa podrían ser departamentos donde los sectores de justicia y salud debieran buscar activamente los casos de VIP ya que fueron aquellos que presentaron la consecuencia de salud a largo plazo del sobrepeso y la obesidad.

15. Si bien este es un análisis secundario de una base de datos a nivel nacional y por lo mismo presenta brechas metodológicas en los resultados, genera una idea descriptiva del papel de la VIP en el incremento de la epidemia de sobrepeso y obesidad en la población de mujeres. Cabe aclarar que la VIP no es per se una única explicación o un único determinante; el rol del ambiente obesogénico y sedentarismo no puede ser menospreciado.

XII. RECOMENDACIONES

1. Vincular a los servicios de atención a la víctima y de salud más allá de un mero diagnóstico de VIP, continuando con un seguimiento integral que involucre aquellos síntomas emocionales como el intento de suicidio, la depresión, el insomnio y el cansancio.

2. Atender las consecuencias de salud dentro de los servicios de atención a la víctima y comprender esta VIP está contribuyendo a el sobrepeso que luego desencadena a enfermedades crónicas como la hipertensión y la diabetes; que regresan al sistema de salud o el gasto de bolsillo.

3. Realizar un estudio comparativo desde las representaciones sociales de la VIP en víctimas y victimarios del área rural y de las mujeres indígenas del país ya que prácticamente no existe en el país evidencia que respalde una política pública hacia esta población.

4. Instruir a los profesionales de la salud para que tomen en la historia de las víctimas tipo y gravedad del abuso para las mujeres con problemas de salud mental para ayudar a tener acceso al apoyo especializado apropiado; sospechar VIP en mujeres con sobrepeso y obesidad para tratar las consecuencias emocionales y mejorar el abordaje del tratamiento.

5. Fortalecer el entrenamiento en los postgrados e investigadores en salud sobre análisis estadístico especializado. Esto es debido a que el recurso y capacidad limitada que existe en el país para hacer investigación de campo, el análisis secundario de bases de datos nacionales puede proveer una guía general para resolver aquellas preguntas que se generan para mejorar la atención a las personas en los servicios de salud y de atención a la víctima.

XIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. United Nations Statistics Division. The World's Women 2015: Trends and Statistics [Internet]. Chapter 6 Violence against women. 2015 [cited 2016 Dec 5]. Available from: <http://unstats.un.org/unsd/gender/worldswomen.html>
2. World Health Organization. GLOBAL ACTION PLAN FOR THE PREVENTION AND CONTROL OF NONCOMMUNICABLE DISEASES iii WHO LIBRARY CATALOGUING-IN-PUBLICATION DATA [Internet]. Geneva; 2013 [cited 2016 Nov 20]. Available from: www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html
3. Comisión De los Derechos Humanos NU. La eliminación de la violencia contra la mujer Resolución de la Comisión de Derechos Humanos 2000/45 [Internet]. 61ª sesión 2000 p. 4. Available from: https://www.oas.org/dil/esp/1993-Declaracion_sobre_la_eliminacion_de_la_violencia_contra_la_mujer.pdf
4. Congreso de la República de Guatemala. Ley contra el Femicidio y otras Formas de Violencia Contra la Mujer [Internet]. Ley, 22–2008 CENADOJ; 2008 p. 9. Available from: http://www.oas.org/dil/esp/Ley_contra_el_Femicidio_y_otras_Formas_de_Violencia_Contra_la_Mujer_Guatemala.pdf
5. Instituto Nacional de Estadística I. Estadísticas de Violencia Intrafamiliar 2013 [Internet]. Guatemala; 2014 [cited 2016 Dec 4]. Available from: <https://www.ine.gob.gt/sistema/uploads/2014/07/22/mi82GcCq3xcNJHSehBBC7IfAVTxftAfu.pdf>
6. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS); Instituto Nacional de Estadística (INE); Centro de Control de Enfermedades (CDC). V Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2008-2009 [Internet]. Guatemala; 2010 [cited 2015 Dec 23]. Available from: <http://www.ine.gob.gt/sistema/uploads/2014/01/22/LYk4A1kGJAO7lvfS0Aq6tezcu9tQh35.pdf>
7. Richardson AS, Dietz WH, Gordon-Larsen P. The association between childhood sexual and physical abuse with incident adult severe obesity across 13 years of the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *Pediatr Obes*. 2014 Oct;9(5):351–61.
8. Gabert DL, Majumdar SR, Sharma AM, Rueda-Clausen CF, Klarenbach SW, Birch DW, et al. Prevalence and predictors of self-reported sexual abuse in severely obese patients in a population-based bariatric program. *J Obes* [Internet]. 2013 [cited 2016 Dec 4];2013:374050. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23864941>
9. Smith HA, Markovic N, Danielson ME, Matthews A, Youk A, Talbott EO, et al. Sexual Abuse, Sexual Orientation, and Obesity in Women. *J Women's Heal*

- [Internet]. 2010 Aug;19(8):1525–32. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2941402/>
10. Secretario General de las Naciones Unidas. Asamblea General de las Naciones Unidas: Estudio a fondo sobre todas las formas de violencia contra la mujer [Internet]. Ginebra; 2006 [cited 2016 Dec 5]. Available from: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N06/419/77/PDF/N0641977.pdf?OpenElement>
 11. WHO | Sixty-sixth World Health Assembly. WHO. 2015;
 12. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. estudio mundial sobre el Homicidio [Internet]. Ginebra; 2013 [cited 2016 Dec 5]. Available from: https://www.unodc.org/documents/gsh/pdfs/GLOBAL_HOMICIDE_Report_ExSum_spanish.pdf
 13. Organización mundial de la Salud O. Violencia contra la mujer [Internet]. WHO. World Health Organization; 2016 [cited 2016 Dec 6]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/>
 14. World Health Organization W, London School of Hygiene & Tropical Medicine L, South African Medical Research Council. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence [Internet]. Geneva; 2013 [cited 2016 Dec 5]. Available from: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241564625/en/>
 15. Organismo Judicial de Guatemala, Programa Justicia y Seguridad; Reducción de la Impunidad A, Fondo de Población de las Naciones Unidas U. II Informe: Juzgados y Tribunales Penales de Delitos de Femicidio y otras Formas de Violencia contra la Mujer [Internet]. Guatemala; 2013 [cited 2016 Dec 4]. Available from: <http://www.oj.gob.gt/justiciadegenero/wp-content/uploads/2014/07/Segundo-Informe-Juzg.-y-Trib.-Especializados.pdf>
 16. EL CONGRESO DE LA REPUBLICA DE GUATEMALA. LEY PARA PREVENIR, SANCIONAR Y ERRADICAR LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR [Internet]. DECRETO 97-96 Congreso de la República de Guatemala; 1996 p. 5. Available from: http://ww2.oj.gob.gt/es/QueEsOJ/EstructuraOJ/UnidadesAdministrativas/CentroAnalisisDocumentacionJudicial/cds/CDs_compilaciones/NormativaFemicidio/1_documentos/1-4.html
 17. World Health Organization W. Global status report on violence prevention 2014. Geneva; 2014.
 18. Black MC. Intimate Partner Violence and Adverse Health Consequences: Implications for Clinicians . Am J Lifestyle Med [Internet]. 2011 Sep 1;5(5):428–39. Available from: <http://ajl.sagepub.com/content/5/5/428.abstract>
 19. Howard LM, Trevillion K, Khalifeh H, Woodall A, Agnew-Davies R, Feder G.

- Domestic violence and severe psychiatric disorders: prevalence and interventions. *Psychol Med*. 2010 Jun;40(6):881–93.
20. Miller AH. NEUROENDOCRINE AND IMMUNE SYSTEM INTERACTIONS IN STRESS AND DEPRESSION. *Psychiatr Clin* [Internet]. 2016 Dec 6;21(2):443–63. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0193-953X\(05\)70015-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0193-953X(05)70015-0)
 21. Wadhwa PD, Entringer S, Buss C, Lu MC. The contribution of maternal stress to preterm birth: issues and considerations. *Clin Perinatol*. 2011 Sep;38(3):351–84.
 22. Altarac M, Strobino D. Abuse during pregnancy and stress because of abuse during pregnancy and birthweight. *J Am Med Womens Assoc*. 2002;57(4):208–14.
 23. Campbell JC. Health consequences of intimate partner violence. *Lancet* [Internet]. 2016 Dec 6;359(9314):1331–6. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)08336-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(02)08336-8)
 24. Ellsberg M, Jansen HAFM, Heise L, Watts CH, Garcia-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* (London, England). 2008 Apr;371(9619):1165–72.
 25. Hu FB. Overweight and obesity in women: health risks and consequences. *J Womens Health* (Larchmt). 2003 Mar;12(2):163–72.
 26. Heart N, Institute B. Management of Overweight and Obesity in Adults: Guidelines From the Expert Panel, 2013. 2013;
 27. Susana Castiglione, Organización Panamericana de la Salud O, Organización Mundial de la Salud O. Recopilación de normas sobre prevención y control de enfermedades crónicas en AMÉRICA LATINA: Obesidad, Diabetes y Enfermedades Cardiovasculares. Washington, DC; 2009.
 28. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), Instituto Nacional de Estadística (INE), (CDC) C para el C y P de E. Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2014 [Internet]. Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2014. 2015. Available from: http://www.ine.gob.gt/np/ensmi/Informe_ENSMI2008_2009.pdf
 29. World Health Organization W, Food and Agriculture Organization of United Nations F. Second International Conference on Nutrition [Internet]. ICN2 2014/2 FAO; 2014 p. 6. Available from: <http://www.fao.org/3/a-ml542e.pdf>
 30. Group. WMGRS. WHO Child Growth Standards: Length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age: Methods and development. [Internet]. Geneva; 2006. Available from: http://www.who.int/childgrowth/standards/technical_report/en/
 31. Jylha M. What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. *Soc Sci Med*. 2009 Aug;69(3):307–16.

32. Peterman A, Bleck J, Palermo T. Age and Intimate Partner Violence: An Analysis of Global Trends Among Women Experiencing Victimization in 30 Developing Countries. *J Adolesc Heal* [Internet]. 2015;57(6):624–30. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1054139X15003304>
33. Garcia-Moreno C, Jansen HA, 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* [Internet]. 2006 Oct [cited 2017 Aug 22];368(9543):1260–9. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673606695238>
34. Rohde P, Ichikawa L, Simon GE, Ludman EJ, Linde JA, Jeffery RW, et al. Associations of child sexual and physical abuse with obesity and depression in middle-aged women. *Child Abuse Negl*. 2008 Sep;32(9):878–87.
35. Campbell J, Jones A, Dienemann J, al et. Intimate partner violence and physical health consequences. *Arch Intern Med* [Internet]. 2002 May 27;162(10):1157–63. Available from: <http://dx.doi.org/10.1001/archinte.162.10.1157>
36. Mazagatos B, Ingles-Borda S, López-Picado A. El cuerpo como objeto de deseo en obesos mórbidos con antecedentes de abuso sexual . Vol. 35, *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* . scieloes ; 2015. p. 267–75.
37. World Health Organization/London School of Hygiene and Tropical, Medicine. Preventing intimate partner and sexual violence against women: taking action and generating evidence [Internet]. World Health Organization. Geneva; 2010 [cited 2017 Aug 23]. Available from: http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/violence/9789241564007_eng.pdf
38. Cho H, Velez-Ortiz D, Parra-Cardona JR. Prevalence of Intimate Partner Violence and Associated Risk Factors Among Latinos/as. *Violence Against Women* [Internet]. 2014 Sep 1;20(9):1041–58. Available from: <http://dx.doi.org/10.1177/1077801214549636>
39. Hazen AL, Soriano FI. Experiences With Intimate Partner Violence Among Latina Women. *Violence Against Women* [Internet]. 2007 Jun 1;13(6):562–82. Available from: <http://dx.doi.org/10.1177/1077801207301558>
40. Cavanaugh CE, Messing JT, Amanor-Boadu Y, O'Sullivan CO, Webster D, Campbell J. Intimate partner sexual violence: a comparison of foreign- versus US-born physically abused Latinas. *J Urban Health*. 2014 Feb;91(1):122–35.
41. Cerda M, Morenoff JD, Hansen BB, Tessari Hicks KJ, Duque LF, Restrepo A, et al. Reducing violence by transforming neighborhoods: a natural experiment in Medellín, Colombia. *Am J Epidemiol*. 2012 May;175(10):1045–53.
42. Ali NS, Ali FN, Khuwaja AK, Nanji K. Factors associated with intimate partner violence against women in a mega city of South-Asia: multi-centre cross-sectional

study. *Hong Kong Med J = Xianggang yi xue za zhi*. 2014 Aug;20(4):297–303.

43. Fingeld-Connett D. Qualitative Systematic Review of Intimate Partner Violence among Native Americans. *Issues Ment Health Nurs* [Internet]. 2015 Oct 3;36(10):754–60. Available from: <http://dx.doi.org/10.3109/01612840.2015.1047072>
44. Shannon L, Logan TK, Cole J. Intimate partner violence, relationship status, and protective orders: does “living in sin” entail a different experience? *J Interpers Violence*. 2007 Sep;22(9):1114–30.
45. Masho SW, Rozario S, Walker D, Cha S. Racial Differences and the Role of Marital Status in the Association Between Intimate Partner Violence and Unintended Pregnancy. *J Interpers Violence* [Internet]. 2016 Mar 2;886260516635317. Available from: <http://dx.doi.org/10.1177/0886260516635317>
46. Kelly UA. Symptoms of PTSD and Major Depression in Latinas Who Have Experienced Intimate Partner Violence. *Issues Ment Health Nurs* [Internet]. 2010 Feb 1;31(2):119–27. Available from: <http://dx.doi.org/10.3109/01612840903312020>
47. de Freitas Ferreira M, Leite de Moraes C, Reichenheim M, Souza Marques E, Salles-Costa R. Effect of physical intimate partner violence on body mass index in low-income adult women. *Cad Saúde Pública*. 2015;31(1):161–72.
48. Abraham SB, Rubino D, Sinaii N, Ramsey S, Nieman LK. Cortisol, obesity and the metabolic syndrome: A cross-sectional study of obese subjects and review of the literature. *Obesity (Silver Spring)* [Internet]. 2013 Jan;21(1):E105–17. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3602916/>
49. Bjorntorp P, Rosmond R. Obesity and cortisol. *Nutrition*. 2000 Oct;16(10):924–36.
50. Wiltink J, Michal M, Wild PS, Zwiener I, Blettner M, Münzel T, et al. Associations between depression and different measures of obesity (BMI, WC, WHtR, WHR). *BMC Psychiatry* [Internet]. 2013;13(223):2–7. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/13/223>
51. Rethorst CD, Bernstein I, Trivedi MH. Inflammation, obesity and metabolic syndrome in depression: Analysis of the 2009–2010 National Health and Nutrition Survey (NHANES). *J Clin Psychiatry* [Internet]. 2014 Dec;75(12):e1428–32. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4309548/>
52. Pagoto S, Schneider KL, Whited MC, Oleski JL, Merriam P, Appelhans B, et al. Randomized controlled trial of behavioral treatment for comorbid obesity and depression in women: the Be Active Trial. *Int J Obes* [Internet]. 2013 Nov;37(11):1427–34. Available from: <http://dx.doi.org/10.1038/ijo.2013.25>
53. Meekers D, Pallin SC, Hutchinson P. Intimate partner violence and mental health in Bolivia. *BMC Womens Health*. 2013 Jun;13:28.
54. Adeodato VG, Carvalho R dos R, de Siqueira VR, de Matos e Souza FG. [Quality

- of life and depression in women abused by their partners]. *Rev Saude Publica*. 2005 Feb;39(1):108–13.
55. Soleimani R, Ahmadi R, Yosefnezhad A. Health consequences of intimate partner violence against married women: a population-based study in northern Iran. *Psychol Health Med*. 2017 Aug;22(7):845–50.
 56. Pigeon WR, Cerulli C, Richards H, He H, Perlis M, Caine E. Sleep disturbances and their association with mental health among women exposed to intimate partner violence. *J Womens Health (Larchmt)*. 2011 Dec;20(12):1923–9.
 57. Cronlein T. Insomnia and obesity. *Curr Opin Psychiatry*. 2016 Nov;29(6):409–12.
 58. Snoek HM, Engels RCME, van Strien T, Otten R. Emotional, external and restrained eating behaviour and BMI trajectories in adolescence. *Appetite* [Internet]. 2013 Aug [cited 2017 Aug 26];67:81–7. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0195666313001256>
 59. Kakoschke N, Kemps E, Tiggemann M. External eating mediates the relationship between impulsivity and unhealthy food intake. *Physiol Behav* [Internet]. 2015 Aug [cited 2017 Aug 26];147:117–21. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0031938415002371>
 60. van Strien T, Cebolla A, Etchemendy E, Gutiérrez-Maldonado J, Ferrer-García M, Botella C, et al. Emotional eating and food intake after sadness and joy. *Appetite* [Internet]. 2013;66:20–5. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0195666313000743>
 61. Hegarty KL, O'Doherty LJ, Chondros P, Valpied J, Taft AJ, Astbury J, et al. Effect of Type and Severity of Intimate Partner Violence on Women's Health and Service Use. *J Interpers Violence* [Internet]. 2012 Aug 27;28(2):273–94. Available from: <http://dx.doi.org/10.1177/0886260512454722>