



FLACSO
MÉXICO

FACULTAD LATINOAMERICANA DE CIENCIAS SOCIALES
SEDE ACADÉMICA MÉXICO

Maestría en Población y Desarrollo
XI Promoción 2014-2016

*La violencia conyugal como un factor de riesgo de
la morbi-mortalidad en la niñez menor de cinco
años, el caso de Nicaragua 2011-2012*

Tesis para optar al grado de Maestra en Población y Desarrollo

Presenta:

Aída Campos Castilblanco

Directores de tesis:
Dr. Carlos Echarri Cánovas y Dr. Claudio Dávila

Seminario de Investigación: Población y Salud
Línea de investigación: Población, Familia y Salud

Ciudad de México., Agosto del 2016

* Para cursar este posgrado se contó con una beca otorgada por Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) del Gobierno de México.

*A todos y todas las que continúan luchando
porque Nicaragua también sea un país para
las mujeres.*

Agradecimientos:

A mis padres por todo su amor. A Javier, a mis amigos/as y mi familia por haber sido mi barra de apoyo. A mis tutores, el Dr. Echarri y el Dr. Dávila, así como a la Dra. Casique por la paciencia y el acompañamiento durante estos meses de trabajo. Especial agradecimiento a la Dr. Gayet por sus consejos y sus tiernos abrazos.

A mis hermanos y hermanas latinoamericanas por ser fuente de motivación y alegría -Moni a vos por tu cariño y tus clases de estadística que nunca olvidaré-. A todo el plantel de FLACSO: personal de administración, de cómputo, de cocina, de jardinería, de biblioteca, de comunicación y de limpieza, a todos ellos por haberme recibido con el corazón abierto. En especial a Mabel por iluminar los días más oscuros y a todos mis profesores y maestros, porque son árboles bajo los cuales he cultivado el aprendizaje de estos dos años.

Con cariño, recuerdo y agradezco a mis profesores del colegio y de la universidad, especialmente a la Maestra María de Jesús Fuentes y al Maestro Hauke Maas.

Resumen

La presente investigación analiza como la salud de menores de cinco años en Nicaragua se relaciona con el control de pareja y con episodios de violencia emocional, física o sexual experimentados por sus madres.

Los resultados de las regresiones logísticas demuestran que las experiencias de violencia conyugal sufridas por las madres, no representan un factor de riesgo para la mortalidad en menores de cinco años. Sin embargo, la probabilidad de que los niños y niñas no completen el esquema de vacunación aumenta a medida que incrementa el grado de control de pareja experimentado por sus madres. De manera similar, las experiencias de violencia conyugal podrían dificultar el acceso de las madres a atención al embarazo completa.

La atención al embarazo implica una continua vigilancia sobre la madre y el bebé durante el embarazo y el parto, permitiendo anticipar resultados perjudiciales para el bienestar de ambos. Mientras que la inmunización artificial resulta vital para aumentar las probabilidades de sobrevivir para los menores, sobre todo durante el primer año que es el período de más alta vulnerabilidad ante enfermedades.

Palabras Claves:

Violencia conyugal, determinantes próximos, niñez, morbi-mortalidad, atención al embarazo, esquema de vacunación, Nicaragua.

Abstract

The present research analyzes how does the health of children under five years of age, relates to emotional, physical and sexual violence as well as the overall dominance exerted by the partner, on the mother.

The results of logistic regressions indicate that intimate partner violence's experiences suffered by the mothers, does not represent a significant risk for the mortality of under-five. Nevertheless, the probability that these children do not complete the vaccination scheme increases as does the dominance level of the male partner over the mother. Likewise, the likelihood for a mother to obtain adequate and complete medical attention throughout the pregnancy period diminishes when emotional, physical, or sexual violence is experienced as well as with the increment of the level of dominance from behalf of the partner.

Antenatal care implies continuous vigilance over the mother and the baby during the pregnancy period as well as the childbirth, thus allowing the anticipation of any prejudicial outcome for the well-being of both, mother and baby. It's also worth noting that, artificial immunization, results vital when it comes to increasing the probability of survival for the children, mainly during their first year of life which is the most vulnerable period for diseases.

Key words:

Intimate partner violence, proximate determinant, childhood, morbi-mortality, antenatal care, vaccination scheme, Nicaragua.

Contenido

Introducción	1
Capítulo 1: Visibilizando los efectos de la violencia conyugal contra las mujeres en terceros: efectos en la morbi-mortalidad de niños y niñas menores de 5 años	4
1.1 ¿Por qué enferman los niños y las niñas? Marcos interpretativos de la morbi-mortalidad en la niñez menor a cinco años	5
1.1.1 Determinantes próximos	6
1.1.2 Variables socioeconómicas, culturales y políticas.....	10
1.1.3 Mortalidad en la niñez menor a cinco años	14
1.2 Violencia conyugal.....	15
1.2.1 Violencia contra las mujeres: Una aproximación conceptual.....	15
1.2.2 Violencia conyugal: causas, tipología y consecuencias	21
1.3 Consecuencias de la violencia conyugal sobre características de las madres relacionadas al cuidado de sus hijos e hijas	26
1.3.1 Evidencias empíricas	26
1.3.2 Propuesta conceptual	31
Capítulo 2: Diseño del estudio	33
2.1 Objetivos	33
2.1.1 Objetivos generales.....	33
2.1.2 Objetivos específicos	33
2.2 Hipótesis de estudio.....	34
2.2.1 Hipótesis General.....	34
2.2.2 Hipótesis específicas.....	34
2.3 Fuente de información.....	34
2.4 Submuestra del estudio.....	35
2.5 Variables de estudio	35
2.5.1 Variables socioeconómicas, políticas y culturales.....	36
2.5.1.1 A nivel de comunidad	36
2.5.1.2 A nivel familiar	37
2.5.1.3 A nivel individual de la madre	41
2.5.2 Determinantes próximos de la morbi-mortalidad en la niñez menor a cinco años	43
2.5.2.1 Exposición a las enfermedades	44
2.5.2.2 Resistencia a las enfermedades	45

2.5.2.3 Terapias de salud.....	46
2.5.2.4 Morbilidad y Mortalidad en menores de cinco años.....	46
2.6 Técnicas estadísticas y modelos	47
Capítulo 3: Incidencia de la violencia conyugal sobre determinantes próximos a la salud y morbilidad en menores de cinco años	50
3.1 Análisis descriptivo de variables dependientes	50
3.1.1 Esquema de vacunación.....	51
3.1.2 Atención al embarazo	52
3.1.3 Mortalidad en menores de cinco años	53
3.2 Análisis de la variable independiente <i>Violencia conyugal</i>	54
3.2.1 Análisis bivariado entre violencia conyugal y variables dependientes	58
3.4 Análisis descriptivo y bivariado de las variables de control	60
3.5 Asociación entre variables dependientes y violencia conyugal, entre otras: modelos multiniveles.....	66
3.5.1 A nivel de comunidad.....	70
3.5.2 A nivel familiar.....	71
3.5.3 A nivel de características individuales de las madres.....	74
3.5.4 A nivel de características individuales de los niños y niñas menores de cinco años	75
Capítulo 4: Conclusiones	77
4.1 Resultados	77
4.1.1 Comprobación de hipótesis.....	77
4.1.2 Otros resultados	81
4.3 Limitaciones del estudio.....	82
4.4 Implicaciones para la agenda pública.....	84
Bibliografía	86
Anexos de cuadros, gráficas e ilustraciones.....	91

Índice de Cuadros, Graficas y Figuras

Cuadros

Cuadro 1: Análisis bivariado entre las variables dependientes Esquema de Vacunación, Atención al Embarazo y Mortalidad, y las variables independientes, Nicaragua 2011-2012.....	59
Cuadro 2: Distribución de variables de control asociadas a la morbi-mortalidad en niños y niñas menores de cinco años, Nicaragua 2011-2012	64
Cuadro 3: Distribución de las variables de control asociadas a características de las madres de niños y niñas menores de cinco años, Nicaragua 2011-2012	65
Cuadro 4: Nicaragua 2011-2012, Factores asociados a cuidados preventivos de la salud y a la mortalidad en menores de cinco años.....	68

Gráficas

Gráfica 1: Nicaragua 2011-2012, distribución de los niños y niñas menores de 5 años según esquema de vacunación	52
Gráfica 2: Nicaragua 2011-2012, distribución de los niños y niñas menores de 5 años según atención al embarazo	53
Gráfica 3: Nicaragua, 2011-2012. Proporción de niños y niñas nacidas vivas durante los 5 años previos a la encuesta que fallecieron	54
Gráfica 4: Nicaragua, 2011-2012. Prevalencia de violencia conyugal contra madres de menores de 5 años unidas al momento de la encuesta o durante el año previo	56
Gráfica 5: Nicaragua, 2011-2012 Índice de control de la pareja sobre madres de menores de cinco años unidas durante el año previo a la encuesta	58
Gráfica 6: Nicaragua 2011-2012, probabilidad de obtener atención al embarazo completa para mujeres unidas o casadas durante el año previo, según grado de control de la pareja y de acuerdo a la región de residencia	72
Gráfica 7: Nicaragua 2011-2012, Probabilidad de completar el esquema de vacunación de acuerdo al grado de control de pareja experimentado por madres que estuvieron unidas durante los últimos 12 meses.....	73
Gráfica 8: Nicaragua 2011-2012, Probabilidad de completar el esquema de vacunación de acuerdo al tipo de hogar y al grado de control de pareja experimentado por madres que estuvieron unidas durante los últimos 12 meses	74

Ilustraciones

Ilustración 1: Modelo conceptual de la relación entre violencia conyugal y la salud en la niñez menor a cinco años	27
Ilustración 2: Modelo conceptual.....	31
Ilustración 3: Modelo operativo	36
Ilustración 4: Nicaragua, 2011-2012 Sub-muestra de los niños y niñas menores de cinco años, (datos sin ponderar)	51
Ilustración 5: Nicaragua, 2011-2012. Sub-muestra de estudio para abordar el tema de violencia conyugal	55
Ilustración 6: Nicaragua, 2011-2012. Prevalencia de violencia conyugal contra madres de menores de 5 años unidas al momento de la encuesta o durante el año previo, experimentada durante los 12 meses previos	57

Introducción

Las cifras oficiales indican que Nicaragua es un país de 5.9 millones de habitantes de los cuales 48% son personas menores de 18 años. Este primer dato da cuenta de la importancia de las políticas con enfoque en la niñez y la adolescencia, y de aquellas acciones que se deberían implementar en pro de fomentar el goce pleno de los derechos de los niños y las niñas. El país ha mostrado un importante avance a lo largo de los años en materia de reducción de la morbi-mortalidad en la infancia¹; entre 1990 y 2010 la tasa de mortalidad de menores de cinco años descendió de 72 muertes a 27 muertes por cada 1000 nacidos vivos. También la tasa de desnutrición crónica mostró una reducción del 25% en 2001 a 21% en 2006 (UNICEF , 2013).

Desde una perspectiva de los Derechos Humanos, se reconoce el interés superior de los niños y niñas, siendo la reducción de la mortalidad en la niñez menor a cinco años y la promoción del bienestar de los mismos un punto crucial en la agenda política de la administración actual de Nicaragua y el mundo. Por tanto un enfoque multi-dimensional estaría orientando a no percibir la salud de los menores como meramente un resultado de patologías sino incluso como un proceso sociocultural vulnerable ante eventos violentos suscritos al escenario familiar.

Por otra parte, Nicaragua presenta niveles altos de violencia conyugal, cuyas consecuencias sobre la salud de la mujer pueden abarcar desde el aspecto físico y fisiológico, hasta el psicológico. Las afectaciones de la violencia conyugal no se limitan únicamente a la integridad psicofísica y social de la mujer sino que también puede incidir de forma indirecta en la salud de sus hijos e hijas. El informe de la niñez de 2007 del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF por sus siglas en inglés) reconoce que para impulsar resultados positivos sobre la salud de los niños y las niñas se debe, del mismo modo, atender el estado de sus madres y el cumplimiento de sus derechos más básicos.

¹ Período comprendido entre los 0 y los 5 años de vida.

En el año 2012 se aprobó la Ley no. 779 “Ley Integral contra la Violencia hacia las Mujeres” la cual aborda de forma integral la violencia de género, tipificando y presentando las sanciones de las diferentes manifestaciones de violencia hacia las mujeres. Esta política fue impulsada debido a un incremento de eventos violentos contra las mujeres, específicamente por un aumento en la tasa de feminicidios. El Observatorio de Igualdad de Género de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) registró de 42 feminicidios en el año 2010, mientras que en el año 2013 la cifra alcanzó a llegar a 66 mujeres asesinadas. Por su parte, el reporte “*Carga Global de la Violencia Armada: Cada Muerte Cuenta*” de 2015 estima que en Nicaragua el 75% de los homicidios de mujeres fueron producto de violencia conyugal entre 2007 y 2012. Estos datos evidencian una situación grave en que los derechos humanos de las mujeres se ven amenazados.

Para dar cuenta del problema, la presente investigación se divide de la siguiente forma: En el primer capítulo se expone el marco teórico en el que se circunscribe la presente investigación. En él se encuentra los principales modelos interpretativos sobre la salud de los menores, realizados por Mosley y Chen (1984), Barbieri (1991) y Echarri Cánovas (2003). Seguidamente desarrollan las principales teorías en torno a la violencia conyugal contra las mujeres, repasando las posturas en torno a la violencia de género de Heise (1998), Johnson (2005), y de la teoría familiar de Corsi (1994) y Richard Gelles y Murray Strauss (1988). Para finalizar el capítulo incluye una recapitulación de antecedentes e investigaciones previas que analizan la asociación entre violencia conyugal y la salud en niños y niñas.

El segundo capítulo presenta el diseño del estudio, especificando el problema de investigación, pregunta, objetivos e hipótesis. Además se incluye la metodología y detalles sobre la fuente de información, así como una descripción de la sub-muestra con la que se elaboraron las estimaciones respecto al tema. La operacionalización de variables se elaboró en torno a los modelos teóricos sobre los determinantes de la morbi-mortalidad en la niñez menor a cinco años y en base a la tipología de violencia conyugal brindada por Castro y Ríquer (2004) para el caso de las variables independientes.

El tercer capítulo contiene un análisis descriptivo y bivariado de las variables dependientes, de las variables independientes y de las variables de control. Éstas últimas se consideraron para controlar la injerencia de elementos asociados a los factores de cuidados de la salud en menores de cinco años, pero cuya estimación no es parte de los objetivos centrales de esta investigación. Finalmente se presentan los resultados de las regresiones logísticas de eventos raros realizados con el propósito de estimar las asociaciones entre violencia conyugal con la mortalidad y con los determinantes próximos de la salud en menores.

Por último el capítulo cuarto presenta las conclusiones del estudio, puntualizando en los principales resultados en torno a las hipótesis planteadas, así como otros resultados no contemplados dentro de los objetivos principales. Además se exponen algunas limitaciones del estudio, y posteriores una discusión al debate actual sobre la familia y la violencia conyugal contra mujeres en Nicaragua.

Capítulo 1: Visibilizando los efectos de la violencia conyugal contra las mujeres en terceros: efectos en la morbi-mortalidad de niños y niñas menores de 5 años

La salud en los niños y niñas puede ser explicada por medio del estudio del ambiente ecológico en que se encuentran y a través del conocimiento de los agentes patógenos a los que están expuestos. De igual manera existen variables sociales relacionadas a factores que operan en distintos niveles, las cuales permiten conocer cómo un niño o niña enferma y cuáles serían los posibles resultados: ya sea la recuperación de la salud o el empeoramiento de la misma. En algunos de estos niveles se manifiesta a su vez la violencia conyugal, cuyos efectos podrían ser experimentados indirecta o directamente por distintos miembros de una familia. Si se entiende la salud de los infantes no solo como un proceso biológico sino también un proceso cultural y social sobre el cual la madre desempeña un rol importante, entonces resulta necesario distinguir factores que inciden en el comportamiento de la madre relacionados con los cuidados de la salud en la infancia (Echarri Cánovas, 2003).

La violencia conyugal es un problema que puede generar cambios en la conducta, psique, fisiología y entorno de una mujer, por tanto el presente capítulo se aproximará a una interpretación teórica de la relación entre violencia conyugal experimentada por madres y la salud de sus hijos e hijas. En primer lugar el siguiente apartado incluye los principales marcos interpretativos de los determinantes próximos de la morbi-mortalidad en menores de cinco años. También se abordan las principales posturas teóricas y conceptos en torno al fenómeno de violencia conyugal, así como sus clasificaciones y consecuencias en la víctima. Finalmente, el capítulo integra una síntesis de las conclusiones y resultados de distintos estudios que han investigado la relación entre la violencia conyugal y enfermedad o muerte en niños y niñas, así como una propuesta conceptual con el propósito de responder las interrogantes que el presente trabajo se ha planteado.

1.1 ¿Por qué enferman los niños y las niñas? Marcos interpretativos de la morbi-mortalidad en la niñez menor a cinco años

La salud es entendida como un estado de bienestar físico, mental y social en el cual una persona es capaz de realizar sus aspiraciones, satisfacer sus necesidades y cambiar o adaptarse al medio ambiente (OMS, 1986), con lo cual se puede afirmar que el concepto de salud no se reduce únicamente a la ausencia de enfermedades o dolencias (Piédrola, 2001).

Para personas adultas el bienestar social es entendido como el cumplimiento de roles dentro de una sociedad y el nivel de productividad que puede alcanzar, pero para los menores de edad éste es entendido como el proceso adecuado de aprendizaje de sus funciones como actores en la comunidad (Echarri Cánovas, 2003). El bienestar psicológico o mental por su parte refiere a la formación del pensamiento social lógico y moral, siendo la infancia la etapa de la vida la de constitución del sujeto (Chamizo, 1989 en Echarri Cánovas, 2003). Ahora bien, el bienestar físico se centra en el crecimiento y el desarrollo de los niños y las niñas, aunque cabe destacar que ello depende también de los cuidados otorgados tanto al infante como a la madre durante el embarazo y el parto, considerando igualmente las características genéticas, fisiológicas, demográficas o socioeconómicas de los padres (Echarri Cánovas, 2003).

El interés sobre la salud de los niños y niñas se deriva en parte de una percepción política-social respecto al potencial socioeconómico y de desarrollo humano que poseen los menores de edad, razón por la cual las naciones procuran el bienestar de sus ciudadanos más jóvenes (Shonkoff, Richter, Van der Gaag, y Bhutta, 2012).

En el marco de los Derechos Humanos la protección de los niños y niñas se considera como punto álgido en las agendas públicas. La Convención sobre los Derechos del Niño integra como parte de los principios rectores a elementos estrechamente relacionados con la salud de los menores, como los derechos a la sobrevivencia y al desarrollo, los derechos a la protección, los derechos a la educación y los derechos a la participación (UNICEF, 1989). Nicaragua ha integrado a su legislación nacional Tratados y Convenciones en torno a los Derechos de los Niños, los cuales se consideran como parte de las prioridades nacionales del Plan de Desarrollo Humano. La

actual administración alega que la niñez es una etapa crucial, y la inversión sobre ella representa “niños y niñas estimuladas, preparados para la escuela” y con sus “habilidades y capacidades potencializadas y listos para romper las brechas e inequidades heredadas de generaciones anteriores”, con el deseo de que se conviertan en “sujetos constructores del desarrollo humano pleno” (Gobierno de Nicaragua, 2011, p. 11).

Si bien es cierto que aquellos factores de riesgo que afectan la salud de una persona pueden ocurrir a lo largo de su vida, la niñez suele ser una fase de alta vulnerabilidad ante las enfermedades, las cuales podrían condicionar a la persona de por vida (Acheson, 1998). Las desventajas experimentadas en los primeros años son difícilmente reversibles en las edades adultas, por tanto la reducción de la morbilidad en la niñez menor a cinco años suele ser una prioridad en la mayoría de los países especialmente en aquellos que se encuentran en vías de desarrollo (Shonkoff, Richter, Van der Gaag, y Bhutta, 2012).

Las diferencias en los niveles de morbi-mortalidad en menores de cinco años entre distintas poblaciones, o bien, en la misma población a lo largo del tiempo, requieren ser explicadas a través de un proceso de identificación de los mecanismos que producen cambios en la salud en niños y niñas (Echarri Cánovas, 2003). Dichos mecanismos pueden ser clasificados contemplando su acción directa –determinantes próximos- o indirecta –variables de la esfera social- sobre la probabilidad de supervivencia.

1.1.1 Determinantes próximos

Mosley y Chen (1984) propusieron un marco conceptual jerárquico² donde agruparon los factores que pueden afectar la mortalidad infantil en dos categorías: en primer lugar, se encuentran las variables socioeconómicas conformadas por características individuales, familiares o sociales. Estas a su vez solamente pueden incidir sobre la salud por medio de los elementos de la siguiente categoría llamada determinantes próximos o variables intermedias. Entre éstas se encuentran los factores

² Ver Anexo no.1 en apartado de “Anexos de cuadros, gráficas e ilustraciones”

maternos, debido a su estrecha relación durante el embarazo con la salud del bebé. También se consideran los elementos de contaminación ambiental, los cuales se relacionan con la transmisión de enfermedades. Asimismo, la deficiencia nutricional, tanto del niño o niña como la de la madre durante el embarazo, afecta directamente las probabilidades de supervivencia de los infantes. Además de estos factores los autores también tomaron en consideración las heridas en los menores causadas por accidentes, golpes, quemaduras, etc., así como el control personal de la salud compuesto por la atención durante el embarazo, la atención al parto, y los cuidados en ocasiones en que el niño o niña enferma.

Este modelo, si bien ha servido de base a las investigaciones en torno al tema, ha sido reformulado por distintos autores debido a las limitaciones mostradas sobre todo a nivel operativo. Barbieri (1991) señala que existe un problema de jerarquización entre los elementos que componen las variables intermedias, al presentarse en el mismo nivel tanto factores que influyen sobre la causa de muerte, como las causas médicas directas del posible deceso.

Ante esta problemática, Barbieri (1991) propuso un modelo³ donde los determinantes próximos de la morbi-mortalidad corresponden a las tres fases del proceso epidemiológico que puede llevar a la muerte: una primera fase de exposición a las enfermedades, la cual está determinada por la presencia de un agente de enfermedad⁴ y se explica por las condiciones climáticas o el ambiente ecológico y por los factores que determinan el contacto entre el agente y el individuo.

Una vez que el niño o niña entra en contacto con la causa de enfermedad se pondrá a prueba su resistencia la cual determinará si el niño o niña enferma o no. Se distinguen dos tipos de mecanismos de resistencia, primeramente la resistencia no específica, la cual se activa ante cualquier situación de agresión biológica y su eficacia depende principalmente del estado nutricional y del historial médico del niño o niña. También entra en consideración el sexo del infante, debido a que en los recién nacidos varones se ha observado una mayor mortalidad en comparación a las niñas recién

³ Ver Anexo no.1 en apartado de “Anexos de cuadros, gráficas e ilustraciones”

⁴ Éste puede ser un ser vivo como los insectos, virus, bacterias o parásito, puede provenir de una sustancia como el veneno, o producto de una fuerza como los accidentes (Barbieri, 1991).

nacidas. Por otra parte, la resistencia específica se activa cuando el organismo reconoce al agente agresor y produce anticuerpos para su defensa, proceso que a su vez está dado por dos tipos de inmunidad: activa o pasiva. En el caso de la inmunidad activa puede ésta ser adquirida de forma natural cuando el organismo adapta su sistema inmunológico luego de memorizar la información del agente agresor, permitiéndole protegerse ante un futuro ataque, también puede ser adquirida de forma artificial por medio de las vacunas, cuando éstas estimulan la producción de anticuerpos en el organismo. En contraste, la inmunidad pasiva puede ser de origen natural si los anticuerpos son transmitidos de la madre al feto durante la gestación, o de la madre al bebé durante el período de lactancia. También puede ser de origen artificial, si los anticuerpos prefabricados artificialmente son introducidos al organismo vía oral o intravenosa (Barbieri, 1991).

Si el niño o la niña adquiere la enfermedad al no poder resistirle al agente, será la atención a la salud lo que determine si él o ella logra sanar. Para alcanzar un resultado positivo serán necesarias las intervenciones terapéuticas, sean de forma completa como los ingresos clínicos, o aquellas que provocan una remisión breve, como la rehidratación oral. La eficacia de los tratamientos está determinada tanto por sus contenidos y duración, así como por las condiciones de administración y las reacciones biológicas y psicosomáticas del infante. También se reconocen las terapias alternativas o tradicionales utilizadas por algunas sociedades (Barbieri, 1991).

Otra propuesta de marco interpretativo de la salud de los infantes es la planteada por Echarri Cánovas (2003).⁵ Una de las principales diferencias en relación al modelo de Mosley y Chen (1984) fue la reestructuración de la importancia del nivel intermedio que modula entre las condiciones macrosociales e institucionales o culturales, y las variables próximas, el cual es comprendido como un concepto más amplio que el propuesto por otros modelos interpretativos. Según esta propuesta los determinantes próximos se clasifican en cuatro grupos: primeramente según los factores biodemográficos del niño o niña y de la madre, tales como el sexo del infante, el peso del infante, la gemelaridad, la duración del embarazo, el intervalo entre nacimientos, el orden de nacimientos y la edad de la madre al momento del parto.

⁵ Ver Anexo no.3 en apartado de “Anexos de cuadros, gráficas e ilustraciones”

El sexo del menor, tal como apuntó Barbieri (1991), se relaciona con un mayor registro de defunciones en niños que en niñas, sobre todo en el primer año de vida debido a causas biológicas. Pero también el sexo de los menores en algunas sociedades puede condicionar variables asociadas al cuidado y alimentación de los menores, al priorizar la atención a los niños y generando discriminación hacia las niñas (Echarri Cánovas, 2003). El peso del niño o niña también es una característica de importante consideración ya que la probabilidad de supervivencia responde mayormente al crecimiento que se alcanza durante la etapa gestacional. Se ha observado que madres jóvenes tienen bebés con bajo peso, lo cual podría explicarse por la inmadurez de su sistema reproductivo (Echarri Cánovas, 2003).

Asimismo, el bajo peso se ha visto asociado al orden de nacimiento, principalmente a los primogénitos o de primer orden, quienes podrían verse mayormente afectados por complicaciones típicas que se presentan durante los primeros partos de una mujer. Por otro lado, los niños o niñas nacidos de último, es decir en los números de orden más elevados, parecen estar expuestos a una mayor competencia por recursos alimenticios del hogar, pero también al haber embarazos consecutivos la competencia por la leche materna constituye un factor de riesgo. (Echarri Cánovas, 2003).

En una segunda agrupación se encuentran los factores nutricionales como la lactancia y la alimentación del niño y de la madre durante el embarazo. La importancia de estos factores radica en su relación estrecha con el crecimiento y desarrollo de los niños y niñas, así como el buen funcionamiento de su sistema inmunológico. En este sentido la leche materna es fundamental debido a sus características tanto nutricionales como de protección contra enfermedades. La alimentación de la madre durante el embarazo también se relaciona con el peso del niño o niña al nacer, y por ende con sus probabilidades de supervivencia.

Otra agrupación reúne los factores de riesgo del entorno determinados por la contaminación del ambiente, las condiciones de la vivienda, su densidad de ocupación y su disponibilidad de servicios. La contaminación se refiere a la transmisión de agentes de enfermedad, y puede darse a través del aire, de los alimentos, por la piel al contacto con el suelo, o por insectos o parásitos que funcionan como vectores de enfermedades.

Las condiciones materiales de la vivienda así como la carencia de servicios básicos (agua potable, energía eléctrica, entre otros) también están relacionadas a una mayor prevalencia de enfermedades infecciosas.

Finalmente el modelo de Echarri Cánovas, (2003) incluye en una categoría los cuidados en materia de la salud ya sean preventivos, curativos o cotidianos. Los cuidados preventivos incluyen la atención prenatal porque la vigilancia durante el embarazo permite observar el desarrollo del mismo e identificar problemas relacionados a la madre, o al desarrollo del feto (Echarri Cánovas, 2003). También, se perciben las vacunas como un cuidado preventivo ya que la aplicación de las mismas representa una mayor eficiencia de la inmunidad de los infantes ante enfermedades infecciosas. Dado que los niños y niñas menores de cinco años no deciden por su cuenta atenderse o no una vez que han enfermado, los cuidados de carácter curativos suelen depender de la atención brindada por algún miembro del hogar, quien al identificar un problema de salud en el niño o niña, deberá decidir si solicita o no ayuda externa (Echarri Cánovas, 2003).

1.1.2 Variables socioeconómicas, culturales y políticas

Las variables socioeconómicas, culturales y políticas influyen de forma indirecta en la morbi-mortalidad en niños y niñas por medio de los determinantes próximos. Dichas variables se categorizan en un modelo jerárquico que explica la relación entre ellas, en dependencia del nivel en que se encuentren.

Así pues, primero se presenta el nivel de comunidad al que pertenecen los factores institucionales y culturales. Éstos últimos son de importante atención pues introducen dimensiones antropológicas y sociológicas a la noción de salud por medio de las tradiciones, normas y actitudes de las personas que conforman una población determinada (Echarri Cánovas, 2003). En este sentido intervienen sobre la salud de los menores las creencias y prácticas médicas, el conocimiento de remedios tradicionales, la percepción de la gravedad de la enfermedad, las creencias en torno al embarazo, los tabúes en torno a la lactancia materna, etc. (Echarri Cánovas, 2003). El modelo interpretativo de Barbieri (1991) incluye este tipo de factores dentro del nivel individual, porque considera que el apego (o desapego) a las normas y tradiciones está a menudo

influenciado por características individuales como la educación. Por tanto, dicho modelo señala como variables de este nivel aquellas relacionadas con el contexto político debido a las alteraciones que suscita en la salud, ya sea por efectos directos (como las heridas provocadas por las armas) o indirectos (falta de aprovisionamiento de alimentos y medicamentos).

Respecto a los factores institucionales cabe señalar que los tres modelos citados en la presente investigación reconocen dentro de este nivel a la organización económica como una variable de importancia, ya que ésta determina en gran medida la accesibilidad y distribución de los recursos de bienes y servicios públicos (oferta de empleo, servicios sanitarios, educación, subsidios, entre otros). Asimismo, son incluidos los sistemas de salud, entendidos como una institución por la cual el Estado refleja su compromiso ante las necesidades sanitarias y los problemas de salud. Esta tarea se trabaja mediante intervenciones públicas para el control de enfermedades, a través de campañas educativas o por medio de la subvención de bienes y servicios relacionados con la salud (Barbieri, 1991; Echarri Cánovas, 2003; Mosley y Chen, 1984).

Por otra parte, el tipo de organización social se asocia con la densidad poblacional, elemento que es considerado por su efecto en la salud debido a la facilidad de contagio de enfermedades infecciosas en lugares densamente poblados, pero también por la concentración de actividades económicas y políticas. Ello influye en la segregación espacial y social como sucede en áreas metropolitanas marginadas o en algunas zonas rurales, donde la salud se ve afectada por la infraestructura física, la mala calidad de los servicios de agua potable, energía o drenaje, el ineficiente aprovisionamiento de alimentos y las precarias infraestructuras viales y de comunicación (Barbieri, 1991; Echarri Cánovas, 2003).

El modelo de Echarri Cánovas (2003) considera el ambiente ecológico como una variable más cercana a los determinantes próximos, mientras que para los modelos propuestos por Barbieri (1991) y Mosley y Chen (1984) éstos son considerados como parte del nivel macro. Téngase en cuenta que además de estos factores Echarri Cánovas (2003) distingue la actividad económica de la madre como una variable macro, por ser una característica que implica cambios en la dinámica del hogar.

El siguiente nivel corresponde a la familia. Para Mosley y Chen (1984) la categoría correspondiente es “variables del hogar” o de la vivienda y el hogar (*household* en inglés), porque según su marco analítico los cambios en la probabilidad de supervivencia de los menores se estudian desde este nivel a partir del aprovisionamiento de comida, el acceso a agua potable, la posesión de ropa y camas, la calidad y el tamaño de la vivienda, el suministro de energía eléctrica y gas, el consumo de medios de comunicación, y la accesibilidad a artículos de higiene o de cuidado de la salud. Para el modelo de Barbieri (1991) se integran en esta categoría la cantidad y variedad de alimentos disponibles tanto para la madre (cuando está embarazada o durante el periodo de lactancia), como para los niños y niñas. La disponibilidad energética también es considerada porque influye en la presencia de bacterias en los alimentos, la purificación del agua y limpieza de utensilios. Los ingresos monetarios por su parte condicionan, entre otras cosas, la utilización de servicios sanitarios y el consumo de medios de información.

Sin embargo, en el modelo de Echarri Cánovas (2003) el nivel intermedio -entre las características individuales y los elementos del nivel macro- corresponde a la estructura familiar, la cual supone un concepto multidimensional y es entendida como “el conjunto de modos de organización y de las normas que regulan las relaciones entre individuos que tienen nexos entre sí de parentesco o de cohabitación” (Echarri Cánovas, 2003, pág. 76).

Dicho esto, la composición de los hogares es uno de los aspectos de la estructura familiar debido a que el número de personas una vivienda se asocia al reparto de tareas domésticas, a la cantidad de ingreso generado en el mercado laboral y a la distribución de los bienes y recursos. Todo ello puede estar asociado a los cuidados de salud del niño o la niña, así como a su desarrollo y crecimiento. Otro de los componentes de la estructura de la familia es el sexo del jefe del hogar. A pesar de que ser una idea fuertemente debatida, se supone que los comportamientos en relación con los cuidados y atención de los niños y niñas podrían diferenciarse según el sexo del jefe de hogar. Otra característica perteneciente a este nivel es el status de la madre en el hogar debido a que la participación en la toma de decisiones mantiene una relación estrecha con la salud de sus hijos e hijas (Echarri Cánovas, 2003). Como parte de la dimensión material del

hogar también son tomadas en consideración las características de la vivienda y la infraestructura de servicios básicos.

Cabe destacar que las variables de la estructura familiar en el caso de las mujeres, se manifiestan en el control que ejerce su parentela sobre ella y en las limitaciones que implican las responsabilidades socialmente impuestas sobre la atención y cuidado de los miembros dependientes del hogar (Ware, 1993 en Echarri Cánovas, 2003). A pesar de que la salud del niño o niña es un proceso que involucra a toda la familia y a la sociedad, debido a la concepción de que existen valores que separan los roles de hombres y mujeres dentro del hogar, en la mayoría de las sociedades esta responsabilidad se le atribuye a las madres, culpabilizándola cuando no actúa según lo socialmente admitido. A dicha idea Whitehead (1994) le llamó altruismo materno, según la cual se le atribuye a la madre el compromiso de ser ella quien atienda y ubique por encima de todo el bienestar de sus vástagos.

Finalmente se encuentra el nivel individual, y en ello los modelos de Barbieri (1991) y de Mosley y Chen (1984) coinciden al considerar los mismos elementos. La educación de los padres según Barbieri (1991), influye sobre la morbi-mortalidad en la niñez por motivos económicos y culturales; primero porque la alfabetización es primordial para el acceso a la información, y segundo, debido a la experiencia de interactuar con instituciones sociales distintas a la familia, lo que permite una mayor comprensión científica en torno a la salud. Mosley y Chen (1984) suponen que la educación (junto a la salud y la disponibilidad de tiempo) de los padres es uno de los tres elementos de carácter “productivo” pertenecientes a este nivel.

Todas estas características están relacionadas directamente con la salud de los menores, donde la madre jugará un papel más importante que el del padre debido a los nexos biológicos con los niños durante las fases del embarazo y la lactancia. Asimismo ambos modelos incluyen las normas, tradiciones y actitudes de los padres, las cuales modifican las prácticas en torno a la salud y las decisiones económicas según el bagaje cultural de los individuos. Para el modelo de Echarri Cánovas (2003) el nivel de instrucción de la madre se asocia más bien a los factores culturales ya que a través de la

educación las madres tienen acceso a una red social mayor, y logran identificarse mejor con el mundo “moderno” de las instituciones de salud.

Sintetizando lo anteriormente expuesto, el conocimiento sobre los determinantes próximos permite explicar los cambios en la prevalencia o incidencia de enfermedades, así como en las tasas de mortalidad de la niñez menor de cinco años. Al abordar la salud de los menores de cinco años como el resultado de un proceso influenciado por factores actuando a distintos niveles, es posible orientar acciones y políticas focalizadas a aquellos elementos que inciden mayormente en causas de muerte o enfermedad.

1.1.3 Mortalidad en la niñez menor a cinco años

A nivel mundial existen desafíos para continuar reduciendo la mortalidad en los menores de cinco años, entre ellos, las muertes que ocurren durante el nacimiento o antes del primer mes de vida, las cuales representaron el 45% de las muertes totales de menores de cinco años a nivel mundial en el año 2015 (UN - IGME, 2015). Otros desafíos apuntan a incidir sobre las principales causas de muerte que en su mayoría, son causas evitables como la desnutrición, enfermedades infecciosas, diarreas y las complicaciones durante el parto (UN - IGME, 2015).

La mortalidad en la niñez menor a cinco años se mide a través de la tasa de mortalidad, la cual expresa la probabilidad de morir desde el nacimiento hasta los cinco años cumplidos (CEPAL, 2016).

Según el informe preliminar de la Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud (ENDESA) 2011-2012 existen las siguientes probabilidades de muerte:

- Mortalidad neonatal: Probabilidad de morir durante el primer mes de vida.
- Mortalidad infantil: probabilidad de morir durante el primer año de vida.
- Mortalidad post-infantil: probabilidad condicional de morir entre el primero y el quinto aniversario.
- Mortalidad en la niñez: probabilidad de morir antes de cumplir 5 años.

En Nicaragua para la década de los 50s la tasa de mortalidad en menores de cinco años se situaba por encima de las 200 defunciones por cada mil nacidos vivos, y si bien la reducción a nivel nacional se había mantenido constante, para el período comprendido

entre 1982 y 1992 aumentó la diferencia entre zonas rurales y urbanas. El Censo Nacional del año 2005 estimó la tasa de mortalidad en zonas rurales en 55 fallecidos por cada mil nacidos vivos, mientras que en zonas urbanas era de 29 por cada mil. Actualmente la tasa de mortalidad en menores de cinco años es de 21 defunciones por cada mil nacidos vivos (INIDE y MINSA, 2013).

En el marco del cumplimiento del 4to objetivo del milenio propuesto por la Organización de Naciones Unidas (ONU) en el año 2000 y cuya meta se trazó para el año 2015, Nicaragua es uno de los países que logró reducir la tasa de mortalidad de menores de cinco años en dos terceras partes, sin embargo aún falta reducir la prevalencia de enfermedades y las desigualdades que causan diferencias locales entre las tasas de mortalidad en la niñez menor a cinco años. Una postura multi-dimensional sobre la salud en los menores permite comprender que cambios en la morbi-mortalidad pueden efectuarse si se incide en factores a nivel de comunidad, individual o familiar.

1.2 Violencia conyugal

El término violencia refiere usualmente a un sin número de concepciones y teorías. Puede ser entendida como “una forma de ejercicio del poder mediante el empleo de la fuerza (ya sea física, psicológica, económica, política, entre otras), e implica la existencia de un “arriba” y un “abajo”, reales o simbólicos, que adoptan habitualmente la forma de roles complementarios” (Corsi, 1994, pág. 23). La finalidad de la violencia es obtener de uno o varios individuos, algo que no consienten libremente o de hacerles algún tipo de mal, psíquico o moral (Fisas, 1998).

1.2.1 Violencia contra las mujeres: Una aproximación conceptual

La violencia contra la mujer suele ser interpretada como una de las formas de la violencia basada en el género⁶. Ésta a su vez se reconoce como un problema “de raíces

⁶ El Género puede ser entendido como un elemento constitutivo de las relaciones sociales y que se basa en las diferencias perceptibles entre ambos sexos. Pero también es un escenario social a través del cual, o en el cual, se articulan relaciones de poder (Scott, 1986), donde las acciones dominantes son normales e incuestionables (Casique y Ferreira, 2006). Para que el Género logre permear las relaciones sociales necesita de símbolos contruidos culturalmente a partir de un conjunto de prácticas, ideas y discursos, ideologías y expectativas de carácter colectivo (Lamas, 1996). Y es bajo esta postura que se vuelve necesario situar al Género en un macronivel que influye en los contextos sociales, económicos y políticos; donde se desenvuelven las decisiones individuales de las personas (Riley, 2005).

biológicas, psicológicas, sociales y ambientales” (Instituto Nacional de las Mujeres, 2012, pág. 11), asociada a nociones socialmente aceptables sobre la identidad de género que se fundamentan en la dicotomía hombre-mujer y es sustentada por factores contextuales en distintos niveles sociales.

La violencia contra las mujeres es un fenómeno multidimensional porque se debe a factores de diversa naturaleza operando en distintos niveles, lo que ha provocado que su conceptualización haya sido ampliamente discutida. Sin embargo, uno de los mayores consensos fue logrado por la Declaración de la Eliminación de Violencia contra la Mujer promulgada por la Asamblea de la ONU en 1993, estipulando que este problema es entendido como “todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada” (Asamblea General de la ONU, 1993). Por tanto se reconoce la violencia física, sexual o psicológica que ocurra en cualquier espacio social, sea éste la familia o la comunidad, así como también la violencia perpetrada o tolerada por el Estado.

El concepto brindado por esta declaración resulta útil en la medida en que permite reconocer variables operativas que mejoren la comprensión de la violencia contra las mujeres. En este sentido la Declaración indica que la violencia puede ser entendida según el tipo de agresión cometido contra la mujer, o según el actor social que está perpetuando el acto violento.

De todas las formas de violencia que se cometen contra las mujeres, la presente investigación se centra en la violencia directa, entendida por Galtung (2003) como aquella acción agresiva o destructiva contra las personas (violaciones, asesinatos, robos, violencia de género, violencia en la familia, violencia verbal y/o psicológica) o contra la colectividad (daños materiales contra edificios, infraestructuras, guerras, etc.) y que también incluye algunos efectos menos visibles tales como odios, traumas psicológicos, sufrimientos, entre otros.

Siguiendo esta idea, para el presente estudio se toma en consideración la siguiente tipología de violencia contra las mujeres, la cual contempla cuatro tipos de

agresiones. Las siguientes definiciones fueron referidas por Castro y Riquer (2004, p. 18):

- Violencia física: “todo acto de agresión intencional en el que se utilice alguna parte del cuerpo de la mujer, algún objeto, arma o sustancia para sujetar, inmovilizar o causar daño a la integridad física de la mujer agredida, lo que se traduce en un daño, o un intento de daño, permanente o temporal, de parte del agresor sobre el cuerpo de ella.”
- Violencia sexual: “toda forma de conducta consistente en actos u omisiones ocasionales o reiterados, y cuyas formas de expresión incluyen: inducir a la realización de prácticas sexuales no deseadas o que generen dolor, practicar la celotipia para el control, manipulación o dominio de la mujer y que generen un daño. Estas formas de coerción pueden ir desde la fuerza física hasta el chantaje psicológico.”
- Violencia emocional o psicológica: “aquellas formas de agresión reiteradas que no inciden directamente en el cuerpo de la mujer, pero sí en su psique.”
- Violencia económica: “formas de agresión ejercidas sobre la mujer a partir de, o con el fin de controlar tanto el flujo de recursos monetarios que ingresan al hogar, o bien la forma en que dicho ingreso se gasta, como la propiedad y uso de los bienes muebles e inmuebles que forman parte del patrimonio de la pareja.”

Además de los tipos de agresión anteriormente expuestos, existen otras dimensiones sobre la violencia contra las mujeres, las cuales están relacionadas con la forma en que es interpretada e incluso medida. La temporalidad es necesaria para comprender las diferencias entre mujeres que experimentan episodios de violencia continua y sistemáticamente durante un periodo de su vida (en alusión a la violencia crónica), y mujeres que han tenido una sola experiencia de violencia en su vida (concebida como violencia episódica) (Castro, Ríquer, y Medina, 2004). De igual forma, según la severidad de actos de violencia se hace distinción entre dos perspectivas: una subjetiva, basada en la propia percepción de los individuos, y una objetiva en la que hace uso de escalas de medición y conteo para determinar el grado de severidad del acto violento (Castro, Ríquer, y Medina, 2004).

Otras características de la violencia contra la mujer según el Instituto Nacional de las Mujeres (2012) son: la invisibilidad, producto de las pautas culturales que conciben dicha violencia como parte de la esfera privada; la normalidad, basada en una cultura patriarcal que brinda potestad a un individuo para intervenir o controlar la vida de las mujeres; y la impunidad, por la cual se relaciona la violencia como un hecho normal y privado y por tanto no amerita sanción.

Ahora bien, sobre la explicación de por qué acontece la violencia contra las mujeres, una de las ideas con mayor aceptación ha sido que el patriarcado es la causa estructural. Sin embargo debido a la discordancia entre el concepto de patriarcado y la forma en que éste se podría medir, algunos estudiosos del tema han establecido niveles intermedios, como la familia o la comunidad, “entre la conducta individual y los fenómenos de carácter estructural” (Castro y Ríquer, 2004, p. 14).

De esta forma se reconoce que la explicación de la violencia contra la mujer no amerita considerar únicamente los factores a nivel macro. Heise (1998) argumenta que para explicar este fenómeno se necesita un análisis completo que vaya más allá de las características individuales del victimario y la dominación masculina. La discusión amerita reconocer “la primacía de los mensajes construidos culturalmente sobre los roles y comportamientos apropiados de un hombre y una mujer, y sobre la desventaja de poder de las mujeres en sus relaciones originadas por una falta de acceso a recursos” (Heise, 1998, pág. 263).

Es por ello que Heise (1998) propone un modelo multinivel el cual consta de cuatro niveles: el nivel ontogénico o de factores individuales, el microsistema, el exosistema y finalmente el macrosistema. Según este modelo,⁷ la violencia contra la mujer debe ser entendida desde la interacción de los individuos con los factores de riesgo de la violencia que componen cada nivel, y desde la forma en que los niveles “superiores” influyen a los niveles micro.

Es así que en primera instancia se ubican los factores macrosistémicos como las creencias y los valores culturales que subyacen el fenómeno de la violencia. Éstos suelen

⁷ Ver Anexo no.4 en apartado de “Anexos de cuadros, gráficas e ilustraciones”

estar relacionados a nociones de dominación masculina, hombría y honor, así como a interpretaciones rígidas sobre los roles de género y a una aceptación generalizada de la violencia física por parte de la sociedad. En un nivel inferior se encuentra el exosistema, integrado por las estructuras sociales que inciden en el entorno inmediato en el que se encuentra un individuo tales como la organización económica o las redes sociales. Es por ello que situaciones como el desempleo, un bajo nivel socioeconómico, el aislamiento social o la cercanía a grupos delincuenciales resultan importantes para estudiar la violencia contra las mujeres. Siguiendo con esta lógica, en un siguiente nivel están los factores microsistémicos, los que se refieren a las interacciones violentas entre las personas. Por ejemplo, en el caso de la violencia de pareja el medio inmediato es la familia, lo cual la convierte en el contexto de determinado tipo de violencia. Por último se encuentra el nivel individual u ontogenético, compuesto de características relacionadas a las experiencias personales que moldean el desarrollo de una persona ante los estímulos de los elementos de niveles superiores.

Lo anteriormente expuesto permite explicar la violencia contra las mujeres siguiendo un marco lógico. Por ejemplo, los resultados de un estudio sugieren que “la relación entre la estructura familiar patriarcal y la violencia contra la mujer puede estar influenciada por normas establecidas en el macronivel, que aprueban la dominación masculina en la familia” (Yllo y Strauss 1990 en Heise, 1998, p. 270). Cabe destacar que la sumisión de las mujeres en las familias por parte de sus parejas es una característica de interés para la presente investigación, con lo cual no se niega que la violencia contra la mujer pueda ser ejercida por los demás miembros de la familia incluyendo otras mujeres, ni tampoco se supone que el escenario familiar sea el único donde se desarrolla violencia contra las mujeres.

Las variables que podrían explicar un posible uso de la violencia en el escenario familiar se remiten a características propias de sus miembros. Richard Gelles y Murray Strauss (1988) identifican once factores que podrían explicar un aumento del riesgo potencial de acudir a la violencia dentro de una familia. Algunos de ellos son: cantidad de tiempo que los miembros están juntos, intensidad de los vínculos interpersonales, diferencias de edad y sexo, estrés, conocimiento íntimo sobre la vida de los demás miembros, entre otros. Sin embargo Corsi (1994) considera que además de estos factores

se deben estudiar las categorías de poder y género, ya que éstas en ocasiones sientan las bases de la organización jerárquica de la familia la cual suele ser de índole vertical según criterios de edad y género que han sido contruidos y aceptados socialmente. Asimismo, también entran en consideración los valores altamente normalizados y legitimados por una sociedad patriarcal sobre los cuales se fundamentan algunas relaciones familiares, y que también podrían estar propiciando un ambiente violento.

Respecto a los valores basados en el género que caracterizan a la sociedad nicaragüense, cabe señalar que a pesar de que el período revolucionario experimentado entre la década del 70 y 80 facilitó reivindicaciones de derechos y oportunidades para las mujeres, la cultura “machista” no logró ser erradicada por completo (Ellsberg, Peña, Herrera, Lilistrand, y Winkvist, 1998). Esto lleva a pensar que quizás Nicaragua, a diferencia de otras sociedades que experimentaron conflictos y guerras civiles, no trasladó la violencia al ámbito público, sino al privado. Puede ser que la experiencia prolongada de la guerra afectó las concepciones populares sobre el uso de la violencia como medio para solucionar conflictos, por lo cual la violencia doméstica ha sido silenciada y normalizada por la misma sociedad (Yates, 2008; (Ellsberg, Peña, Herrera, Lilistrand, Y Winkvist, (1998)).

La violencia familiar es entendida como las distintas formas de relación abusiva que caracterizan de modo permanente o cíclico al vínculo familiar (Corsi, 1994), por lo tanto la víctima o victimario podrían ser cualquier miembro de la familia independientemente de su edad o sexo. Sin embargo las estadísticas demuestran que el escenario más plausible suele ser el de la dominación masculina sobre un miembro del hogar, usualmente sobre las mujeres, como es el caso de Nicaragua (Ellsberg, Peña, Herrera, Lilistrand, y Winkvist, 1998). Riquer y Castro (2004) definen violencia intrafamiliar como aquellas agresiones que ocasionan daños a miembros de la familia que poseen menos poder o autoridad en el hogar. Con lo anteriormente dicho, la presente investigación ubica la violencia conyugal como parte de la violencia intrafamiliar debido a que ésta acontece entre dos miembros específicos del hogar.

1.2.2 Violencia conyugal: causas, tipología y consecuencias

La forma de definir el fenómeno de la violencia conyugal ha variado en el tiempo, dependiendo de las experiencias estudiadas, y dependiendo desde los marcos teóricos desde los cuales el tema ha sido aproximado. Los primeros estudios sobre el tema en países desarrollados utilizaban conceptos como *wife abuse* (abuso de la esposa), violencia doméstica, *wife battering* (agresión física a la esposa), entre otros; sin embargo estos términos parecen enfocarse solamente en la violencia física experimentada por mujeres heterosexuales casadas (McHugh y Frieze, 2006). Existieron propuestas de calificaciones que fueron necesarias para añadir dimensiones al problema tales como como *women battering* (maltrato a las mujeres), *dating violence* (violencia en el noviazgo) y *lesbian battering* (maltrato a lesbianas). Pero diversos autores continuaban buscando un término un poco más general que satisficiera su objeto de estudio, tal como violencia íntima de pareja (o *intimate partner violence*, en inglés) (McHugh y Frieze, 2006). Johnson por su parte, argumenta que existe una forma de violencia a la que llamó “violencia situacional de pareja”, la cual no se concibe tanto como un producto del patriarcado, sino mas bien como consecuencia de situaciones tensas que escalan y se salen de control y resultan en formas menos graves de violencia (Johnson y Leone, 2005).

Sin embargo el presente estudio no utiliza violencia de pareja por ser un concepto amplio, ya que abarca experiencias de violencia entre todo tipo de pareja, así como también violencia en el noviazgo y de ex parejas (Castro, Ríquer, y Medina, 2004). Por lo anterior, para el presente estudio se tomó en consideración el concepto de violencia conyugal, el cual supone aquellas agresiones derivadas de la asimetría de la pareja que en el momento del estudio están unidas y cohabitando (Castro y Riquer, 2004).

Diversas investigaciones dan cuenta de que la violencia conyugal es un problema que puede ocurrir a través de diversos grupos sociales, regionales, étnicos y ocupacionales (McHugh y Frieze, 2006). La alta incidencia y prevalencia encontradas por la mayoría de los estudios no pueden responder únicamente a la perspectiva de que las mujeres son maltratadas por su pareja como resultado de una patología individual (McHugh y Frieze, 2006). Es aquí donde toman importancia las teorías que postulan que

existen factores en distintos niveles que operan dentro de una estructura social, los cuales podrían brindar una explicación sobre las posibles causas de la violencia conyugal. A continuación, siguiendo la lógica del modelo multinivel de Heise (1998) se proponen algunas explicaciones sobre las causas de la violencia conyugal desde distintas dimensiones:

Dimensión individual

Muchos estudios sobre el tema operacionalizan las variables de violencia a nivel individual lo cual minimiza el problema así como sus soluciones. Algunas de estas soluciones se centran en resolver las actitudes personales del victimario. Otras se centran en la víctima, delegándole por ejemplo, la responsabilidad a la mujer de alejarse de la situación de violencia asumiendo que de esta forma pararán las agresiones, lo cual es una medida que implica su desplazamiento físico y psicológico. Además muchas mujeres son económicamente dependientes de sus parejas, o bien la separación puede implicar el rechazo social y familiar (McHugh y Frieze, 2006), razones por las cuales no son soluciones reales.

Por otra parte, relacionar el uso de alcohol y drogas con episodios de violencia en la pareja también es arriesgado, puesto que algunos estudios apuntan a que no existe una relación causal directa entre uso de sustancias y comportamiento agresivo hacia la pareja, sino que el uso de alcohol más bien funciona como detonador en relaciones tensas, con baja tendencia a solucionar conflictos. Algunas variables que sí han sido predictoras del comportamiento violento de algunos hombres son tanto la historia personal, como el hecho de ser testigos de episodios de violencia doméstica cuando se era niño (McHugh y Frieze, 2006).

Dimensión familiar

Es necesario establecer un nivel intermedio para evitar una “falacia metodológica” (Castro, Ríquer, y Medina, 2004, p. 14) donde un fenómeno estructural de nivel macro se reduce a variables sociodemográficas o individuales del victimario y la víctima. Por ello algunos autores como Fassler *et al* (2005) han establecido otras dimensiones dentro de este nivel intermedio para entender la *violencia conyugal*, la más oportuna en este caso es la familia. Esto ha conllevado a interpretar dicho fenómeno no

solo como un problema conductual del hombre o de la estructura social, sino como una forma en que se asume la relación de pareja, o bien, como mecanismos de expresión de percepciones, necesidades, pensamientos y sentimientos que son comunicados de manera violenta (Castro, Ríquer, y Medina, 2004). Diversos análisis empíricos demuestran que existe una mayor exposición a la violencia en relaciones basadas en la división sexual del trabajo y las emociones (Casique y Castro, 2012). Y si bien la flexibilización de las relaciones dentro del hogar, en especial de los roles dicotómicos hombre-proveedor y mujer-cuidadora de casa y niños, fue facilitada en parte por una mayor independencia de la mujer obtenida por medio de una creciente participación femenina en el mercado laboral (Casique y Ferreira, 2006), aún los roles dentro de la matoría de las sociedades latinoamericanas continúan siendo de corte patriarcal.

Dimensión estructural

Johnson (1995) argumenta que una de las formas de violencia, a la cual él denomina “terrorismo íntimo o patriarcal”, es el producto de tradiciones patriarcales que brindan al hombre el derecho de controlar a las mujeres, y que más allá de la violencia, incluye también el uso sistemático de subordinación económica, amenazas, aislamiento, y otras tácticas de control. Si bien el patriarcado es un elemento de la estructura social cuyo reconocimiento permite dar explicaciones a algunos fenómenos sociales, políticos y culturales, no permite responder por sí solo la interrogante de ¿por qué se da la violencia contra la mujer en la pareja? Bajo esta idea, toda mujer que viva en una estructura cultural permeada por el patriarcado es una posible víctima, así como todo hombre es un posible victimario (Castro, Ríquer, y Medina, 2004).

En su modelo, Heise (1998) argumenta que en el caso del conflicto marital el problema es cuando éste se presenta en un escenario donde existen estructuras de poder asimétricas, por lo que en este tipo de relaciones existe un mayor riesgo de violencia en comparación a aquellas parejas que experimentan conflictos en una relación igualitaria (Heise, 1998). Estas estructura asimétricas de poder pueden estar basadas en características de los niveles macro, como la adhesión a roles de género rígidos y a la definición cultural de “hombría”, la cual “suele estar ligada a concepciones de dominación, dureza y honor” (Heise, 1998, pág. 276). En Nicaragua las agresiones por

parte de la pareja son vistas por las propias mujeres como “normal”, o algo que “merecen”, tanto así que si la mujer llega a separarse de su pareja deberá afrontar en la mayoría de los casos, las sanciones sociales por haber sido “la culpable” de separar a la familia, cargando de esta forma la vergüenza de “haber fracasado” en su rol de esposa (Ellsberg, Peña, Herrera, Lilijstrand, y Winkvist, 1998).

Consecuencias de la Violencia Conyugal

Cabe destacar que no solamente las causas de la violencia conyugal son de carácter multidimensional, sino que también lo son sus consecuencias. Los efectos involucran problemas económicos para los Estados, primeramente porque la violencia conyugal contra las mujeres resulta en una pérdida del capital humano de un país, así como de su productividad (Buvinic, Morrison, y Shifter, 2003). Para 1996 se estimó en Nicaragua que las mujeres víctimas de violencia física percibían un 57% del total de ingresos que ganaron las mujeres que no fueron agredidas, y las mujeres que experimentaron violencia sexual percibían un 46% del total de ingresos que obtenían aquellas mujeres que no fueron agredidas sexualmente. Se calculó además que los ingresos que estas mujeres no percibieron, representó aproximadamente 1.6% del Producto Interno Bruto (PIB) para Nicaragua en 1996 (Morrison y Orlando, 1999).

Los costos directos de la violencia conyugal también implican una carga económica para los Estados, ya que causan presión sobre los sistemas judiciales y los servicios sanitarios que deben prestar atención a las víctimas. Las mujeres que experimentan violencia hacen mayor uso de los servicios de salud en comparación a las mujeres que no. Para 1996 se estimó que en Nicaragua 25% de las mujeres que fueron agredidas físicamente asistieron a un hospital, en comparación a 15% de las mujeres que no fueron maltratadas físicamente (Morrison y Orlando, 1999).

A nivel social la violencia conyugal resulta en una reducción de la calidad de vida de las mujeres víctimas. Debido a las consecuencias físicas y psicológicas, o bien, debido a una restricción a su libertad de movimiento, la víctima ve afectada su capacidad de participar en actividades fuera del hogar, las cuales incluyen acciones económicas que le generan ingresos, así como actividades políticas y ciudadanas (Buvinic, Morrison, y Shifter, 2003).

Por otro lado, las consecuencias de la violencia conyugal sobre la salud de la mujer abarcan desde el aspecto físico y fisiológico, hasta el psicológico. Para la década de los noventa se estimaba que la violencia de pareja representaba entre un cinco y un veinte por ciento de años de vida saludable perdidos en mujeres entre 15 y 44 años a nivel mundial (Ellsberg, Peña, Herrera, Lilijsstrand, y Winkvist, 1998). En casos de violencia física suelen presentarse afectaciones a la salud como lesiones, dolores crónicos y hasta complicaciones en el sistema nervioso central como convulsiones y desmayos; de igual forma están presentes los problemas gastrointestinales y síntomas de problemas cardiacos (Campbell, 2002).

En Nicaragua un estudio mostró que un estimado de 70% de los casos de desórdenes emocionales reportados por mujeres alguna vez unidas fue atribuido al abuso de pareja (Ellsberg, Caldera, Herrera, Winkvist, y Kullgren, 1999). Y es que a nivel mental o psicológico se han encontrado asociaciones entre la violencia conyugal y problemas como depresiones, desórdenes de estrés post-traumáticos, ansiedad e insomnio, por nombrar algunos. De igual forma también podrían suscitarse cambios conductuales como el uso y abuso de alcohol y/o drogas, con especial énfasis en mujeres que sufren de desórdenes traumáticos (Campbell, 2002).

La violencia sexual presenta efectos relacionados con enfermedades de transmisión sexual, infecciones vaginales o de la uretra, sangrados, reducción del deseo sexual, dolores pélvicos, entre otros. Estas afectaciones representan un alto riesgo para la salud de la mujer, tal como lo demuestra un estudio realizado en Estados Unidos el cual concluyó que “la probabilidad de tener un problema ginecológico es tres veces mayor que el promedio en víctimas del abuso de pareja” (Campbell, 2002, pág. 1332).

A nivel relacional también existen afectaciones sobre las mujeres víctimas de violencia conyugal porque se ve afectada su autonomía, libertad de movimiento, libertad de decisión, entre otras características. En ocasiones las mujeres que experimentan violencia conyugal se aíslan debido a sentimientos de culpa y vergüenza. Ello ocurre especialmente en sociedades como la nicaragüense, donde existen casos en los que las familias no aprueban la separación de la mujer de su pareja agresora, o bien intuye que el comportamiento de la mujer provocó el episodio violento. Esto provoca falta de apoyo

familiar, situación que se ve agravada por la falta de apoyo por parte de instituciones del Estado, lo que a su vez alarga la exposición a los abusos y maltratos (Ellsberg, Peña, Herrera, Lilijsstrand, y Winkvist, 1998). Cabe señalar que en muchas ocasiones las secuelas físicas y psicológicas pueden durar mucho tiempo aun cuando la relación abusiva haya terminado (Ellsberg, Peña, Herrera, Lilijsstrand, y Winkvist, 1998).

El presente estudio, por lo tanto, se plantea como uno de sus objetivos investigar los efectos que tienen las consecuencias a nivel relacional y de salud de madres abusadas por sus parejas, sobre el bienestar de sus hijos e hijas. Es por esta razón que para interpretar la violencia conyugal como una causa indirecta de morbi-mortalidad en la niñez menor a cinco años, se ubicará como una característica de la estructura familiar, al ser éste el escenario donde ocurre el fenómeno estudiado.

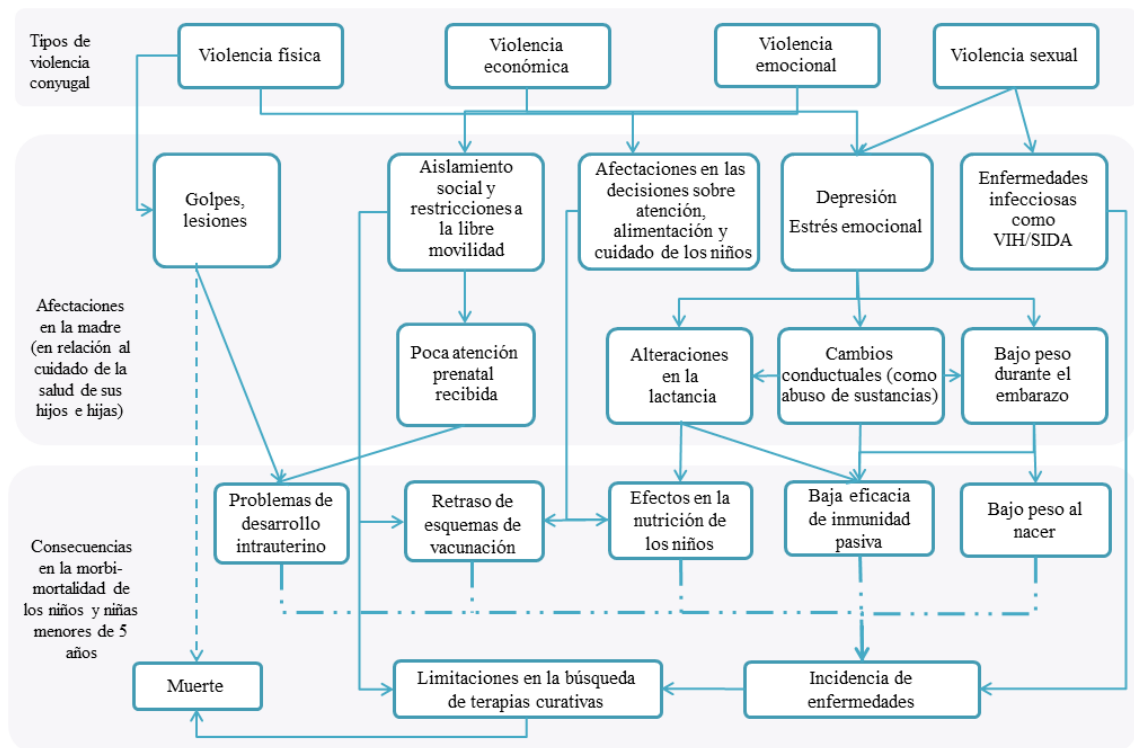
1.3 Consecuencias de la violencia conyugal sobre características de las madres relacionadas al cuidado de sus hijos e hijas

1.3.1 Evidencias empíricas

Existen diversos estudios que han encontrado asociaciones entre la violencia conyugal y la morbi-mortalidad en niños y niñas menores de cinco años. Una investigación realizada en una localidad de Nicaragua sostiene que el riesgo de muerte en la niñez antes de los cinco años cumplidos es seis veces mayor en niños y niñas cuyas madres han estado expuestas tanto a violencia física como sexual por parte de su pareja actual o pasada (Asling-Monemi, Peña, Ellsberg, y Persson, 2003). Las causas de muerte directa suelen deberse usualmente a diarreas, fiebres y enfermedades respiratorias según una investigación realizada en Uganda, la cual concluye que los hijos e hijas cuyas madres reportaron haber experimentado violencia conyugal son dos veces más propensos a padecer alguna enfermedad en comparación con aquellos cuyas madres no reportaron lo mismo (Karamagi, Tumwine, Tylleskar, y Heggenhougen, 2003). De manera similar la violencia conyugal también puede tener un impacto sobre el estado nutricional de los niños y niñas menores de cinco años (Heaton y Forste, 2008), que suele estar relacionado directamente con la incidencia de enfermedades.

Con el objetivo de ilustrar las asociaciones entre los tipos de violencia conyugal y las afectaciones sobre las madres en relación al cuidado de sus hijos e hijas, se elaboró el siguiente esquema (Ilustración no.1) derivado del modelo conceptual a ser utilizado en esta investigación.

Ilustración 1: Modelo conceptual de la relación entre violencia conyugal y la salud en la niñez menor a cinco años



Fuente: Elaboración propia a partir de: Asling-Monemi *et al.*, 2003; Bloom *et al.*, 2001; Echarrri, 2003; Karamagi *et al.*, 2003 y Rico *et al.*, 2011.

El tipo de violencia conyugal perpetrado contra la madre se asocia de formas distintas con la morbi-mortalidad de los niños y niñas menores de cinco años. En el caso de violencia física, los golpes y las lesiones generan daños a nivel fisiológico, así como afectaciones a nivel psicológico en la víctima. Algunas afectaciones podrían incluso provocar incapacidad de algún tipo, como fracturas, heridas, daños crónicos en los órganos y hasta la muerte de la madre.

La violencia física durante el embarazo podría ocasionarle al feto un limitado desarrollo intrauterino el cual está asociado a un bajo peso al nacimiento u otros

problemas relacionados al desarrollo fetal (Shayesteh , Howard, y Medley, 2014). En otros casos incluso se han observado asociaciones entre defunciones fetales y post-neonatales y violencia durante el embarazo⁸ (Sharon Pool, Otupiri, Owusu-Dabo, de Jonge, y Agyemang, 2014; (Saifuddin, Koenig, y Stephenson, 2006)).

Asimismo, pueden ocurrir otros problemas durante el embarazo como consecuencias de episodios de violencia sexual. Ante esto se ha demostrado que existe una relación entre abuso sexual por parte de la pareja y un significativo porcentaje de embarazos no deseados (Salazar y San Sebastian, 2014). A su vez uno de los mayores riesgos es el contagio de VIH-SIDA directo de la madre y la posible transmisión del virus al feto por medio del canal umbilical (Rico, Fenn, Abramsky, y Watts, 2011).

El estrecho vínculo entre la madre y la salud de sus hijos e hijas no es exclusivo del periodo de gestación y neotenia en la mayoría de las sociedades latinoamericanas, donde tradicionalmente a las mujeres se les ha sido adjudicado el rol de cuidadoras de los miembros dependientes de la familia (Echarri Cánovas, 2003). Por ello cuando las madres se ven impedidas de tomar decisiones sobre las actividades y la economía del hogar, o se ven restringidas del acceso a recursos y servicios necesarios para salvaguardar su salud y la de sus hijos e hijas, las probabilidades de afectaciones en la salud (como la atención a la salud y aprovisionamiento de alimentos) de los menores de edad aumentan (Asling-Monemi, Peña, Ellsberg, y Persson, 2003; Heaton y Forste, 2008). Estas decisiones dependen en gran medida del rol o el status de la madre en el hogar, lo cual puede estar determinado por su nivel de instrucción, su grado de autonomía o su nivel de ingreso, las cuales son características de la madre que también se asocian a resultados positivos de la salud en los menores de edad (Caldwell y Caldwell, 1993).

La violencia de tipo emocional por su parte se asocia al aislamiento social de la madre pudiendo afectar sus relaciones interpersonales y sus redes familiares o comunitarias (Rico, Fenn, Abramsky, y Watts, 2011). Por tanto las madres que se

⁸ Situación que ha sido ilustrada con una línea continua debido a que estos eventos no fueron considerados dentro del presente estudio, el cual se ha limitado a observar consecuencias en nacidos vivos. Por nacido vivo se entiende toda expulsión o extracción completa del cuerpo del bebé de la madre, el cual después de la separación presente señales de vida (Ministerio de la salud de Nicaragua, 2008).

encuentran bajo un estricto control de sus parejas encuentran dificultades para acceder a los servicios sanitarios cuando ella o sus hijos e hijas lo requieran. Ya sea en pro de buscar tratamientos de carácter preventivo contra enfermedades, como las vacunas, o tratamientos curativos una vez que la enfermedad o el padecimiento se presentan. De igual manera la atención al embarazo se ve afectada por esta situación. En un estudio realizado en una ciudad ubicada en el norte de la India, se demostró que a mayor libertad de movimiento de la madre, mayor es el porcentaje de atención prenatal recibida, en relación con la cantidad de asistencia a controles prenatales y con las condiciones del parto (Bloom, Wypij, y das Gupta, 2001). El número total de asistencias de atención prenatal en mujeres que experimentan violencia conyugal se relaciona con el hecho de que ellas suelen iniciar la atención al embarazo tardíamente (Ellsberg, Peña, Herrera, Lilijsstrand, y Winkvist, 1998). Como se mencionó en el apartado de los determinantes próximos de la morbi-mortalidad de los niños y niñas menores de cinco años, la atención al embarazo y atención al parto implica una vigilancia continua sobre la salud de la madre y del bebé, lo cual se relaciona con intervenciones tempranas cuando se presentan problemas como anemia e hipertensión en la madre y bajo peso en el feto (Echarri Cánovas, 2003).

La violencia conyugal en todas sus manifestaciones se asocia a desórdenes psicológicos como depresión o estrés emocional pudiendo ocasionar cambios fisiológicos como pérdida de peso y alteraciones en los niveles de oxitocina⁹ (Rico, Fenn, Abramsky, y Watts, 2011). También se ha observado que el estrés se asocia a cambios conductuales en las madres que podrían implicar estilos de vida no saludables como abuso de sustancias (tabaco, alcohol u otras drogas) (Rico, Fenn, Abramsky, y Watts, 2011). Todo ello causaría una deficiencia en la lactancia materna la cual es de suma importancia para el estado nutricional e inmunológico del bebé, y podría convertirse en una situación aún más delicada en casos donde existe poca disponibilidad de alimentos para los niños y las niñas (Karamagi, Tumwine, Tylleskar, y Heggenhougen, 2003)

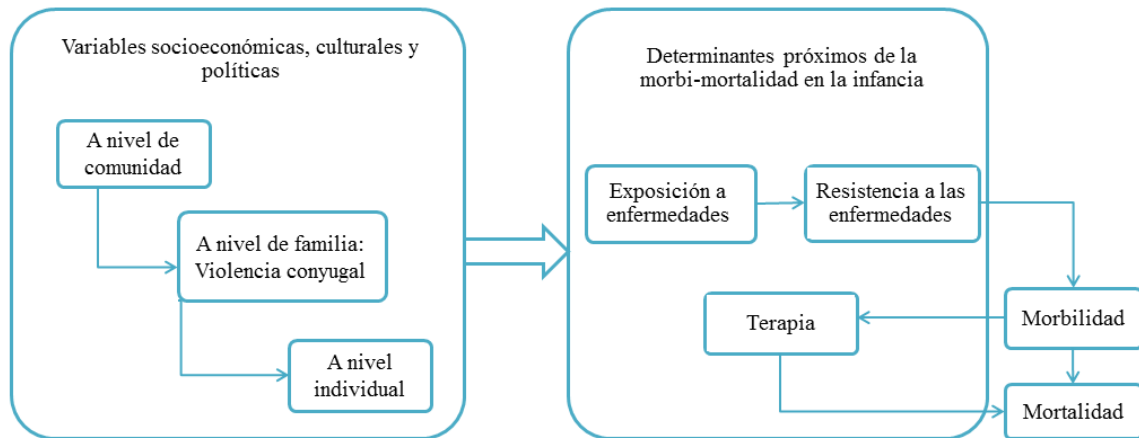
⁹ La oxitocina es una de las hormonas implicadas en el proceso de producción de leche materna (Rico, Fenn, Abramsky, & Watts, 2011).

Cabe señalar que la severidad y la periodicidad de los episodios de violencia conyugal son de importante consideración ya que actos violentos sistemáticos podrían generar secuelas psicológicas y físicas de mayor duración en comparación a los actos que ocurren una única vez. Pero a su vez la severidad de un único acto podría provocar un fuerte impacto en la salud de la víctima. Algunos estudios han encontrado un solapamiento entre violencia física y sexual, y que usualmente “un evento reportado era un indicador de un patrón de abusos y no solamente un incidente aislado” (Rico, Fenn, Abramsky, y Watts, 2011, p. 360). También el tipo de violencia experimentado por la madre podría ocasionar mayores o menores consecuencias en la salud de sus hijos e hijas. Ante esto un estudio realizado en India encontró que, a diferencia de la violencia conyugal de tipo física, la violencia sexual y la psicológica muestran una menor relación con la mortalidad en infantes (Ackerson, 2009).

Además de lo anteriormente dicho, se debe tener en cuenta que existen otras consecuencias en niños y niñas pequeños como producto de la violencia en el hogar. Así pues el ambiente de violencia puede generar en los niños y niñas estrés, ansiedad u otros desórdenes emocionales, puede también causar bajo rendimiento escolar o problemas de socialización (Cunningham y Baker, 2007). También se ha encontrado que los niños y niñas de mujeres que experimentan violencia conyugal, son más propensos a sufrir agresiones violentas que afectan directamente su salud y bienestar (Ellsberg, Peña, Herrera, Lilistrand, y Winkvist, 1998). Asimismo, los menores de edad podrían estar expuestos a aprender y repetir roles de género rígidos y discriminantes, ya que aprenderían que la violencia parece ser una forma “normal” de solucionar conflictos interpersonales por lo cual son más propensos a desarrollar comportamientos violentos a lo largo de sus vidas (Buvinic, Morrison, y Shifter, 2003).

1.3.2 Propuesta conceptual

Ilustración 2: Modelo conceptual



Fuente: Elaboración propia a partir de: Barbieri (1991), Echarri Cánovas (2003) y Heise (1998)

La presente investigación se acerca al estudio de la morbi-mortalidad en los niños y niñas a partir de la forma en que el modelo de Barbieri (1991) expone los determinantes próximos del fenómeno. Así pues se tomarán en cuenta el proceso de salud y enfermedad en el cual primeramente el niño o niña entra en contacto con el agente de enfermedad debido a la contaminación del ambiente en que se encuentra y de la infraestructura de servicios y materiales de su vivienda. Acto seguido se observa si el niño o niña logra mostrar resistencia ante la enfermedad, lo cual está medido según las características biodemográficas que le brindan un estado de salud óptimo para enfrentar al agente, o bien aquellas terapias de carácter preventivo que inciden de forma positiva en la inmunidad del menor. En caso de que no lo logre, se presta atención al acceso a terapias de curación y rehabilitación que determina el resultado del proceso epidemiológico.

El presente estudio reconoce que las variables socioeconómicas, culturales y políticas clasificadas de forma jerárquica inciden sobre los determinantes próximos de la salud en infantes. Las características individuales de la madre relacionadas con el cuidado de los niños componen las variables que estarían estrechamente relacionadas

con el proceso de salud y enfermedad de los menores de edad, bajo el supuesto de que la madre es el miembro de la familia a quien se le ha atribuido la principal responsabilidad del cuidado de los niños y las niñas.

Pero también son variables explicativas aquellas pertenecientes a los niveles macro y medio. En este caso el nivel familiar no se aborda desde su dimensión material, ya que las características relacionadas con la infraestructura de la vivienda fueron reconocidas como parte de los determinantes próximos de la salud en menores de cinco años que inciden sobre la exposición a las enfermedades. Por tanto el nivel familiar se aborda desde su dimensión sociológica, reconociéndola como una estructura social. Por ello la propuesta conceptual asume la definición de estructura familiar propuesta por Echarri Cánovas (2003) y que remite a entenderla como formas de organización y normas que subyacen las relaciones entre los miembros del hogar.

El presente estudio añadirá en este nivel la violencia conyugal perpetuada contra madres por parte de sus parejas con las que estuviesen en unión libre o en matrimonio. Si bien es cierto que este fenómeno no es explicado únicamente por variables institucionales o culturales sino por elementos de un sistema multi-nivel (Heise, 1998), su correspondencia en este nivel para este estudio se debe a que será estudiada como una característica más del hogar ya que es éste el contexto en el que se desarrolla. Para ello se observarán tres tipos de violencia: emocional, física o sexual, así como el nivel de control ejercido sobre una mujer por parte de su pareja.

Finalmente, se le llamó nivel de comunidad a aquel que integra los factores institucionales y culturales concebidos en el modelo de Echarri Cánovas (2003) debido a que presenta una explicación más amplia sobre los elementos macros y la forma en que inciden sobre la estructura familiar.

Capítulo 2: Diseño del estudio

A pesar de que los niños y las niñas crecen y se desarrollan generalmente en hogares donde además de la madre existen otros miembros de la familia, (Heaton, Huntsman, & Flake, 2005), en Nicaragua predomina una estructura familiar en la que las madres son las principales responsables del cuidado de los miembros dependientes, y sobre todo de los menores de edad (Jiménez, 2015). Es por ello que el presente trabajo se pregunta si la violencia conyugal experimentada por algunas mujeres, incide negativamente sobre los cuidados preventivos de la salud de los menores de cinco años, los cuales son considerados a su vez como determinantes próximos de la salud, y que por ende están estrechamente relacionados con episodios de morbilidad durante la niñez. También surge la interrogante si los menores de cinco años cuyas madres experimentan algún tipo de violencia conyugal presentan mayor probabilidad de fallecer, en comparación a los hijos e hijas menores de cinco años de madres que no experimentan la misma situación.

2.1 Objetivos

2.1.1 Objetivos generales

Investigar si en Nicaragua la mortalidad y los factores de control de la salud en menores de cinco años se ven afectados negativamente cuando sus madres experimentan violencia conyugal.

2.1.2 Objetivos específicos

1. Determinar si la violencia conyugal experimentada por las madres afecta el cumplimiento del esquema de vacunación de los niños y niñas menores de cinco años.
2. Comprobar si la atención al embarazo no se cumple adecuadamente cuando se presentan experiencias de violencia conyugal.
3. Examinar si la violencia conyugal representa un factor de riesgo para la mortalidad en menores de cinco años.

2.2 Hipótesis de estudio

De acuerdo con el planteamiento del problema y la revisión de antecedentes, el estudio presenta las siguientes hipótesis con la finalidad de contribuir a continuar explorando aspectos poco estudiado sobre el tema.

2.2.1 Hipótesis General

En Nicaragua los factores de control de la salud considerados como determinantes próximos de la morbi-mortalidad en los menores de cinco años, se ven afectados negativamente en casos donde las madres experimentan violencia conyugal.

2.2.2 Hipótesis específicas

1. El riesgo de que un menor de cinco años no complete el esquema de vacunación incrementa cuando las madres experimentan violencia emocional, violencia física, violencia sexual o control de pareja.
2. Las madres que experimentan violencia emocional, violencia física, violencia sexual o control de pareja tienen menor probabilidad de obtener una atención completa del embarazo, en comparación a aquellas madres que no experimentan violencia conyugal.
3. El riesgo de que un niño o niñas menor a cinco años fallezca, aumenta en casos donde las madres experimentan violencia emocional, violencia física, violencia sexual o control de pareja.

2.3 Fuente de información

La fuente de información primaria será la Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud (ENDESA) de 2011-2012 la cual tiene representatividad a nivel nacional y departamental. Los datos recolectados responden a intereses en temas como: el estado de la salud materna e infantil, prevalencia anticonceptiva, fecundidad, mortalidad infantil, conocimiento del VIH/SIDA, características de violencia intrafamiliar, e información nutricional sobre lactancia y vacunación en niños menores de cinco años (INIDE y MINSA, 2013).

La encuesta se divide en cuestionarios dirigidos a recolectar información sobre los datos del hogar y sus miembros, así como cuestionarios individuales a hombres y mujeres en edad fértil, historia de nacimientos y registros de nupcialidad. Según el documento metodológico (INIDE y MINSA, 2013), fue aplicada a 21,960 hogares. Para el caso del cuestionario de mujeres en edades fértiles se aplicó la encuesta a una mujer por hogar que tuviera entre 15 y 49 años de edad.

2.4 Submuestra del estudio

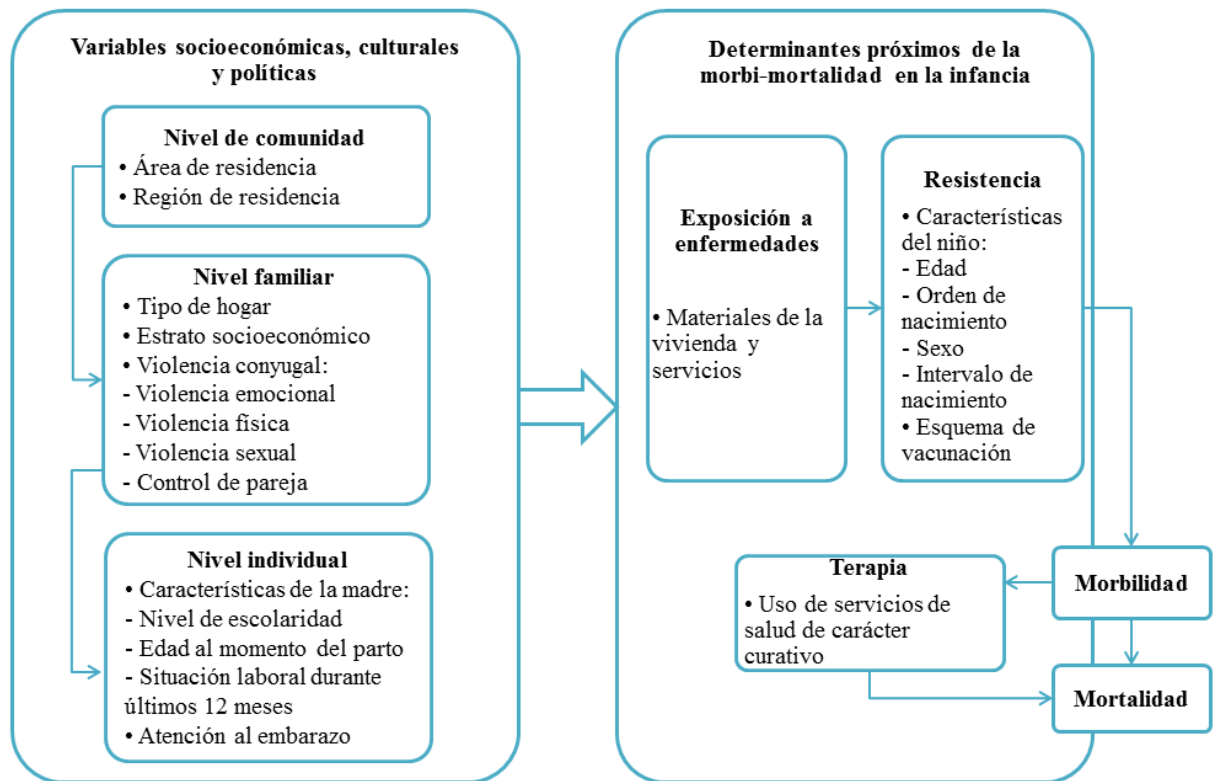
Dado el interés de observar las consecuencias de la violencia conyugal en menores, la submuestra del estudio retiene a aquellos niños y niñas entre cero y cinco años de edad al momento de la entrevista. De éstos, se eligieron únicamente a aquellos cuyas madres reportaron estar unidas al momento de la entrevista, o bien, que no estando unidas al momento de la entrevista, reportaron haber tenido al menos una unión cuya fecha de separación sucedió en algún momento durante los 12 meses previos. Esto se realiza con la finalidad de recuperar la temporalidad de los eventos de violencia conyugal, los cuales se circunscriben al año previo. Por tal razón del total de 31,815 casos de niños y niñas que contiene la base de *historia de nacimiento*, se consideran para la presente investigación a 5,590, los que a su vez son hijos e hijas de 5,063 mujeres en edad fértil (entre 15 y 49 años) y que reportaron estar unidas durante el año previo a la encuesta o al momento de la misma.

2.5 Variables de estudio

El presente estudio supone que la violencia conyugal en sus distintas manifestaciones, incide sobre características de la madre en relación con el cuidado de sus hijos e hijas, por lo cual la salud en menores de cinco años se ven afectados. En concordancia con el marco conceptual propuesto en el apartado anterior y junto con la disponibilidad de información de la ENDESA 2011-2012, se construyó la siguiente propuesta de modelo operativo para el caso de Nicaragua en el período comprendido entre 2011 y 2012 (Ilustración no. 3):

Primeramente se muestran las variables socioculturales, políticas de acuerdo al nivel en que están ubicadas. Luego los de determinantes de la salud sub-divididos de acuerdo al proceso de salud-enfermedad de los menores.

Ilustración 3: Modelo operativo



Fuente: Elaboración propia con base en Barbieri (1991), Echarri Cánovas (2003) y Heise (1998)

2.5.1 Variables socioeconómicas, políticas y culturales

2.5.1.1 A nivel de comunidad

- *Área de residencia*

De acuerdo con el Manual de Conceptos y Definiciones básicas correspondiente al último Censo de Población de Nicaragua levantado en 2005 (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2005), se consideran como zonas urbanas a las cabeceras departamentales y cualquier otra localidad con una concentración de 1000 o más

habitantes que cuenten con características como trazado de calles, servicio de energía eléctrica, establecimientos comerciales o industriales, entre otros. Las zonas rurales comprenden los poblados con menos de 1000 habitantes que no reúna las condiciones urbanísticas mínimas y cuya población se encuentre dispersa.

- *Región de residencia*

En Nicaragua se distinguen tres macro-regiones naturales que de forma administrativa se dividen en los siguientes departamentos (Instituto Nicaragüense de Estudios Territoriales (INETER) , 2005):

- *Región del Pacífico*: Carazo, Chinandega, Granada, León, Masaya, Mangua (capital) y Rivas.
- *Región Central*: Boaco, Chontales, Estelí, Jinotega, Madriz, Matagalpa, Nueva Segovia y Río San Juan.
- *Región del Caribe*: Región Autónoma Atlántico Norte y Región Autónoma Atlántico Sur.

Dichas regiones también muestran diferencias sociales, culturales y económicas. La *región del Pacífico* es la más densamente poblada y la de mayor dinamismo económico mientras que la *región Central* concentra menor cantidad de ciudades y sus principales actividades económicas se relacionan con la agricultura y ganadería. Por otro lado, la *región del Caribe* está conformada por mayoría de población afrodescendiente, con minorías perteneciente a comunidades indígenas, y es también la zona con menor acceso a la salud y con una mayor dispersión geográfica de población lo cual explica en parte la insuficiencia de infraestructura vial y falta de acceso a servicios básicos (OPS, 2006).

2.5.1.2 A nivel familiar

- *Tipo de hogar*

Es una variable categórica que consiste en distintas clasificaciones según la estructura familiar. En base a la tipificación de hogares brindada por Rabell Romero y

Gutiérrez Vázquez (2012) y a partir de la base de datos *miembros del hogar* que contiene la ENDESA 2011-2012, se construyeron los siguientes tipos de hogar:

- *Unipersonales*: en los casos en que solamente vive una persona.
- *Parejas solas*: hogares formados por el o la jefa de hogar y su cónyuge.
- *Nucleares*: hogares constituidos por ambos padres y sus hijos o hijas (ya sean biológicos, hijastros/as o adoptados).
- *Monoparentales*: hogares formados por uno de los padres y sus hijos o hijas.
- *Extensos*: Hogares constituidos por el o la jefa de hogar, independientemente si vive con su pareja y/o sus hijos e hijas, pero que también viva con uno o más parientes. Se consideraron dentro de esta categoría también los hogares multinucleares y los hogares de corresidentes emparentados.
- *Corresidentes*: es un tipo de hogar no familiar ya que a diferencia del resto, no existen lazos filiales o de parentesco entre los residentes.

- *Estrato socioeconómico según bienes*

Es una variable tipo categórica que pretende especificar los hogares en una escala socioeconómica basada en la cantidad de bienes enumerados por los miembros del hogar. En total se tomaron en consideración 21 bienes: Radiograbadora, equipo de sonido, televisor, cocina, refrigerador, microondas, plancha, abanico, lavadora, aire acondicionado, máquina de coser, computadora, *dvd*, videojuego, teléfono, celular, cable de T.V, internet, carro, moto y bici. Se realizó un índice de sumatoria simple, y según la distribución mostrada por la variable se elaboró una escala¹⁰ con las categorías *estrato bajo*, *estrato medio*, *estrato alto* (Cuadro no.2).

¹⁰ Ver Anexo no.5 en aparato de “Anexos de cuadros, gráficas e ilustraciones”

- *Violencia emocional*

Tomando como referencia el trabajo de (Castro y Ríquer 2004), la variable fue elaborada con aquellas preguntas que hacían alusión a insultos, amenazas, burlas, actitudes discriminatorias o intimidaciones¹¹: *Alguna vez su pareja:*

- ¿La ha menospreciado o humillado frente a otras personas?*
- ¿Ha hecho cosas a propósito para asustarla o intimidarla, (por ejemplo de la manera como la mira, como le grita o rompiendo cosas)?*
- ¿La ha amenazado con hierla a Ud. o a alguien que a usted le importa?*

Se generó una variable llamada *violencia emocional durante el último año*, cuyo valor 0 agrupa a aquellas mujeres que en todas las preguntas contestaron que “no” a las preguntas expuestas anteriormente, así como también a aquellas mujeres que contestaron “si” pero cuyas experiencias sucedieron antes del año previo a la encuesta. Con el valor 1 se agruparon únicamente a las mujeres que experimentaron violencia emocional durante el año previo.

- *Control de pareja*

Hace referencia al nivel de dominio que tiene una persona sobre las relaciones interpersonales, la libertad de movimiento, la libertad de decisión y los celos de su pareja. Se optó por distinguir esta variable de la *violencia emocional* debido a que las siguientes preguntas están mayormente relacionadas a prohibiciones, condicionamientos y coacciones.

- ¿Él trata de impedir que vea a sus amistades?*
- ¿Él trata de restringir el contacto con su familia?*
- ¿Él insiste en saber dónde está usted en todo momento?*
- ¿Se molesta si usted habla con otro hombre?*
- ¿Sospecha a menudo que usted le es infiel?*

¹¹ Se excluyó la pregunta 817a *¿La ha insultado o la ha hecho sentir mal con usted misma?* debido a la falta de especificidad sobre el tipo de agresión.

f) *¿Exige que usted le pida permiso antes de buscar atención para su salud?*

Para la construcción del índice primeramente se realizó una prueba de fiabilidad con el alfa de Cronbach, se aplicó análisis factorial y posteriormente se construyó un índice por medio de la técnica Dalenius-Hodges¹² cuyas categorías fueron: ningún control, bajo control, control medio, control alto.

- *Violencia física*

Con esta variable se pretende observar los eventos de violencia que impliquen una agresión física hacia la víctima, ya sea utilizando un objeto o una parte del cuerpo (Castro y Ríquer, 2004). La construcción de esta variable se realizó integrando las siguientes preguntas:

Alguna vez su pareja la ha:

- ¿Abofeteado o tirado cosas que pudieran herirla?*
- ¿Empujado, arrinconado o jalado el pelo?*
- ¿Golpeado con su puño o con alguna otra cosa que pudiera herirla?*
- ¿Pateado, arrastrado o dado una golpiza?*
- ¿Intentado estrangularla o quemarla a propósito?*

Para la variable violencia física durante el último año se codificó como 0 “no experimentó violencia física en el año previo” a aquellas mujeres que nunca habían sufrido experiencias de violencia física, o bien, cuyas experiencias sucedieron anterior al año previo de la encuesta. Se asignó el valor 1, “si experimentó violencia física en el año previo” a aquellos casos donde la mujer respondió “si” a al menos una de las preguntas sobre agresiones físicas durante los últimos doce meses.

¹² Consultar mayor información en apartado 2.5 “Técnicas y modelos estadísticos”

- *Violencia sexual*

Para captar la prevalencia de violencia sexual se recabó en la información recolectada a través de las siguientes preguntas:

Alguna vez su pareja:

- a) ¿La ha forzado físicamente a tener relaciones sexuales cuando usted no lo deseaba?*
- b) ¿Usted ha aceptado tener relaciones sexuales sin desearlas por miedo a su pareja?*

La variable construida se llamó “experiencia de violencia sexual alguna vez en su vida”, y se le asignó el valor 0 llamado “no experimentó violencia sexual durante el año previo” a los casos en que las mujeres reportaron nunca haber sufrido este tipo de violencia en su vida, así como también aquellos casos en que las agresiones sexuales sucedieran antes del año previo a la encuesta. En casos en las mujeres hayan sido agredidas sexualmente por su pareja durante el año previo se le asignó el valor 1 llamado “experiencia de violencia sexual durante el último año”.

Cabe señalar que a pesar de que se reconoce la importancia de incluir *violencia económica*, no fue posible estimar experiencias sobre este tipo de violencia debido a las limitaciones de las preguntas contenidas en la base de datos. Desafortunadamente tampoco se consiguió distinguir la severidad de los actos de violencia ni su temporalidad exacta. La fuente de información solamente permitió identificar si los eventos relacionados con violencia sexual, emocional o física ocurrieron durante los doce meses previos al momento de la encuesta o en un período de tiempo anterior.

2.5.1.3 A nivel individual de la madre

- *Años de escolaridad*

Es una variable continua presentada por la misma base de datos. En Nicaragua la educación formal se distribuye de la siguiente manera: los primeros 6 años corresponden a primaria, 9 años en total equivalen a secundaria básica mientras que 11 años es

secundaria completa, más allá de 11 años equivale a educación superior, la cual abarca desde una carrera técnica o universitaria, hasta posgrados.

- *Edad al momento del parto*

Esta variable se toma en sus valores continuos. Fue estimada por medio de un cálculo de fechas que permitió conocer la edad exacta que tenían las madres al momento del nacimiento de los menores de edad.

- *Situación laboral durante los doce meses previos a la encuesta*

Con lo cual se conoce si las mujeres de la sub-muestra trabajaron o no durante el año anterior a la fecha de la encuesta.

- *Atención al embarazo*

Esta es una variable dicotómica a la que el presente estudio tratará como dependiente, debido a la estrecha relación entre la vigilancia prenatal y el nacimiento de recién nacido sano. Su elaboración fue realizada en base a la información obtenida en el cuestionario *historia de nacimiento* de la ENDESA 2011-2012 y en base a la normativa 001 “*Normas y Protocolos para la Atención Prenatal, Parto, Puerperio y Recién Nacido/a de Bajo Riesgo*” del Ministerio de la Salud de Nicaragua (MINSa). Esta normativa establece que la atención prenatal deberá ser realizada por personal médico o de enfermería. En total la mujer embarazada deberá obtener un mínimo de cuatro controles prenatales, presentándose el primero antes de las 12 semanas de gestación. Los siguientes lineamientos marcados por la Normativa 001 fueron escogidos en base al alcance de la información proporcionada por la ENDESA 2011-2012:

- Primera atención prenatal realizado por profesional de la salud: Según las opciones de la persona que realizó el primer control prenatal, se clasificaron como *profesionales de salud* a los ginecólogos, médicos generales, otros médicos y enfermeras. A los brigadistas de salud, promotores de salud, comadronas, parteras y otros se les clasificó como *no profesionales de salud*. De esta forma se observó el cumplimiento de lo estipulado por la Normativa 001.

- Primera atención prenatal antes de las 12 semanas de gestación: Continuando con lo estipulado por la Normativa 001, se clasificó a aquellos embarazos en que las madres reportaron haberse realizado la primera atención antes de las 12 semanas en un primer grupo, y en un segundo grupo los embarazos que recibieron su primera atención prenatal después de las 12 semanas de gestación.
- Cantidad total de atenciones prenatales: Ya que la Normativa 001 establece un mínimo de cuatro atenciones prenatales por embarazo, la variable en cuestión dividió en dos grupos: por un lado a aquellos que obtuvieron las cuatro atenciones mínimas o más y por otro a los embarazos que tuvieron menor cantidad que la estipulada.
- Aplicación de la vacuna del tétano: Según el esquema de vacunación del MINSA, a todas las mujeres embarazadas se les debe aplicar la vacuna contra el tétano. En base a ello se construyó una variable para observar la cantidad de mujeres a quienes les fue aplicada la vacuna y la cantidad de mujeres a las que no.

Sobre esta base, para medir la atención al embarazo se elaboró una variable denominada atención al embarazo, cuyo valor 1 fue asignado a la categoría de “atención al embarazo completa” si es que la madre presentó los cuatro lineamientos anteriormente mencionados. En caso contrario se asignó el valor 0 correspondiente a la categoría “atención al embarazo incompleta”.

2.5.2 Determinantes próximos de la morbi-mortalidad en la niñez menor a cinco años

En base a los marcos interpretativos expuestos en el primer capítulo (Barbieri, 1991; Echarri Cánovas, 2003; Mosley y Chen, 1984) a continuación se nombran las variables próximas consideradas para el presente estudio:

2.5.2.1 Exposición a las enfermedades

- *Condiciones de la vivienda, según la salubridad de los materiales de construcción*

Tal como se explicaba en el Capítulo 1, la exposición a las enfermedades es un determinante próximo de la salud en menores de cinco años, y el riesgo ante la misma puede ser medido a través de la observación del ambiente ecológico, los materiales e infraestructura de servicios de la vivienda. Por tanto se formuló la variable llamada Condiciones de la vivienda según materiales, tomándose en consideración las siguientes características:

- Materiales de las paredes
- Materiales del techo
- Materiales del piso
- Tipo de alumbrado
- Tipo de servicio higiénico
- Posesión de un cuarto aparte del resto de la casa para cocinar
- Tipo de abastecimiento de agua
- La forma en que el agua es almacenada
- Tratamiento para potabilizar el agua en casos en que sea pertinente

Con la información brindada por la ENDESA 2011-2012, se procesaron variables para cada una de las características anteriormente mencionadas, y se les asignó el valor 0 en caso de que el material o el tipo de servicio se considerara adverso a condiciones higiénicas, o 1 cuando si se consideró higiénico o salubre. Seguidamente se construyó un índice a partir de una sumatoria simple del total de condiciones salubres que presenta la vivienda, dividido entre el total de variables que se tomaron en consideración (es decir nueve variables en total). Las categorías se asignaron según la distribución que presenta la variable resultando en una variable con las siguientes categorías: *salubridad óptima, salubridad media, salubridad baja*¹³.

¹³ Ver Anexo no.6 en aparato de “Anexos de cuadros, gráficas e ilustraciones”

2.5.2.2 Resistencia a las enfermedades

- *Edad de los niños y niñas*

Esta variable expresada en años se construyó con un cálculo entre la fecha de nacimiento reportada por la madre y la fecha de la entrevista en caso en que el menor estuviese vivo, o la fecha de defunción, en casos donde el niño o niña hubiesen fallecido.

- *Orden de nacimiento*

La cual es una variable ordinal cuyos valores representan el orden de los menores de edad según su fecha de nacimiento. De esta manera el 1er orden corresponde al primer nacido vivo.

- *Sexo*

Variable categórica cuyo valor 0 corresponde a la categoría de “mujer” y 1 a la categoría “hombre”.

- *Intervalo de nacimiento protogenésico*

Dicha variable posee valores continuos que expresan en meses el espaciamiento temporal entre nacimientos consecutivos de una misma madre. Se formuló por medio de un cálculo de fechas entre un parto y el parto anterior de una misma madre, considerando únicamente aquellos donde los menores fueron declarados vivos al nacer¹⁴.

- *Esquema de vacunación*

Con el propósito de medir la eficacia de la aplicabilidad de vacunas en niñas y niños, se creó una variable que permitió clasificar a los menores de edad entre aquellos que poseen la inmunización artificial completa y aquellos que no. Para ello el estudio se basó en el esquema de vacunación¹⁵ del Gobierno de Nicaragua, el cual consiste en la cantidad de dosis de determinadas vacunas que deberá ser aplicada a los niños y niñas

¹⁴ Se considera como “nacido vivo” a la expulsión o extracción completa del cuerpo de la madre, de un producto de concepción que de alguna señal de vida, como respiración o latidos del corazón, luego de esta separación. Independientemente si se haya cortado o no el cordón umbilical o si la placenta se haya desprendido o no (Ministerio de la salud de Nicaragua, 2008).

¹⁵ Ver Anexo no.7 en apartado de “Anexos de cuadros, gráficas e ilustraciones”.

durante determinada edad. La información contenida en la encuesta fue captada por medio de una serie de preguntas sobre la aplicación de las dosis, por lo que se le pedía a la madre la tarjeta de vacunación, y en caso de que ésta no estuviera al alcance, se le preguntaba directamente a la madre si al niño o niña le había sido aplicada determinada vacuna o no. La variable construida es de carácter dicotómica, cuyo valor 0 corresponde a la categoría de “*vacunas incompletas*” y el 1 a la categoría de “*vacunas completas*”. De esta forma se intentó distinguir entre aquellos menores que al momento de la encuesta presentaban todas las vacunas y las dosis correspondientes acorde a su edad, con aquellos menores que no poseían ninguna de las vacunas acorde a su edad, o bien, que le hiciera falta al menos una de las vacunas correspondientes. Cabe señalar que la construcción de esta variable presenta un sesgo puesto a que en el cuestionario de la ENDESA 2011-2012 se formuló un filtro ante las preguntas de vacunación, limitando las respuestas únicamente a aquellos casos en que los niños y las niñas estuviesen vivos al momento de la encuesta. Es por ello que no fue posible observar el comportamiento de la variable *esquema de vacunación* en menores que fallecieron antes del momento de la encuesta.

2.5.2.3 Terapias de salud

Si bien la *atención a la salud* en los casos en que los niños o niñas enfermaron es un factor de importancia para el estudio, las preguntas de este módulo contenidas en el cuestionario, estaban dirigidas únicamente a un hijo o hija por mujer escogido aleatoriamente. Por lo cual no fue posible establecer relaciones tomando como observación a todos los menores de cinco años de la submuestra.

2.5.2.4 Morbilidad y Mortalidad en menores de cinco años

- *Mortalidad*

La variable mortalidad fue elaborada de acuerdo a la información contenida en el cuestionario de *historia de nacimiento*. Se le asignó el valor de 0 a aquellos menores de cinco años que en el momento de la encuesta estaban vivos, y 1 a aquellos menores que fueron reportados como fallecidos.

- *Morbilidad*

Al igual que lo acontecido con las observaciones respecto a las *terapias de salud*, el presente estudio se encontró una limitación de la fuente de información, debido a que ésta no recaba datos respecto a los episodios de morbilidad de los menores de edad.

2.6 Técnicas estadísticas y modelos

En este apartado se enlistan las técnicas estadísticas utilizadas durante los procesos de construcción de variables y comprobación de hipótesis.

- *Alfa de Cronbach*

Es una medida de asociación cuyo valor se encuentra entre cero y uno, y mide la consistencia interna de las variables seleccionadas para construir un índice compuesto. En el caso del *índice de control de pareja* se obtuvo un coeficiente de 0.83, por lo tanto se puede afirmar que la construcción de un índice con las variables seleccionadas es confiable.

- *Análisis factorial*

Para la formulación de la variable de *control de pareja* se utilizó análisis factorial, la cual es una técnica multivariante que consiste en una aproximación estadística usada para analizar interrelaciones entre varias variables, con el propósito de explicarlas en términos de sus dimensiones subyacentes comunes (Hair, Jr., Anderson, y Tatham, 1999). De modo que la información es condensada en un conjunto más pequeño de variables con un mínimo de pérdida de información (Hair *et al.*, 1999). En el caso de variables categóricas se generaron matrices de correlación llamada *tetracóricas* antes de aplicar el análisis factorial.

- *Dalénius-Hodges*

Para obtener una escala que permitiera medir el nivel de control que ejerce la pareja sobre las mujeres de la submuestra, se utilizó la técnica Dalénius-Hodges. Ésta consiste en una estratificación multivariada cuyo objetivo es obtener una medida unidimensional con la información resumida de las variables seleccionadas (INEGI,

2010). De esta manera para la construcción de la variable *control de pareja*, se fijaron cinco intervalos de confianza en la definición del punto de corte, con lo cual se crearon tres categorías correspondientes al nivel de control de pareja, ya fuera *bajo*, *medio* o *alto*. Una cuarta categoría fue añadida para agrupar a todas aquellas mujeres de la submuestra que reportaron no haber experimentado ningún tipo de control por parte de sus parejas durante el último año.

- *Pruebas de independencia*

En el Capítulo 3 se incluye un apartado de análisis bivariado, donde se presentan los resultados de las pruebas de independencia entre las variables dependientes y las independientes. Para los casos de variables independientes categóricas se realizaron pruebas de *Chi* cuadrada la cual mide el nivel de asociación entre ambas variables. En casos donde el *P* valor de la prueba resultara menor a 0.05, se infiere que al menos una de las categorías de las variables independientes se asocia positivamente con las variable dependiente. En casos de variables nominales, se utilizaron pruebas de medias.

Dado que la ENDESA 2011-2012 es una muestra probabilística, por conglomerados, estratificada y polietápica (INIDE y MINSa, 2013) para los análisis descriptivos, bivariados y para los modelos de multinivel de regresión logística, las estimaciones se realizaron dando de alta la base de datos en la versión de Stata 14 y utilizando datos ponderados. Esto se llevó a cabo con el objetivo de ajustar los estimadores, los cuales podrían estar sesgados y por ende darían como resultado cálculos con sobreestimaciones o subestimaciones.

- *Matriz de correlación de Pearson y matriz policórica*

La correlación de Pearson fue aplicada entre variables independientes de carácter continua para observar de esta forma el nivel de asociación entre ellas. Debido a que esta técnica no es aplicable para variables ordinales o categóricas, se aplicó una matriz de correlación policórica entre el resto de variables, con el mismo objetivo de medir las asociaciones entre ellas.

- *Modelo multinivel de efectos aleatorios*

Ya que la unidad de observación son los menores de edad, las características de las madres que tienen más de un hijo o hija se repiten, por lo cual al momento de incluir las variables en un modelo se estaría creando una sobre estimación de dichas características. Para evitar este problema se optó por analizar los posibles vínculos entre la *violencia conyugal* contra madres y *los determinantes de la morbi-mortalidad* en menores a partir de un modelo jerárquico lineal, el cual reconozca un nivel para los menores, y un nivel superior para las madres.

La técnica utilizada fue una regresión logística multinivel de efectos aleatorios, la cual se aplica cuando la distribución de la probabilidad de múltiples mediciones mantiene la misma forma para distintos grupos, pero los parámetros de esa distribución varían entre los grupos (Laird y Ware, 1982). En este caso el nivel de grupo está conformado por las madres de los menores de edad, las cuales, dada la metodología de muestreo de la ENDESA 2011-2012, fueron escogidas aleatoriamente de una población en general.

Capítulo 3: Incidencia de la violencia conyugal sobre determinantes próximos a la salud y morbilidad en menores de cinco años

El capítulo contiene las valoraciones obtenidas respecto a la distribución de las variables *esquema de vacunación* y *la atención al embarazo*, así como una aproximación a la *mortalidad* en niños y niñas menores de cinco años. De igual manera se presentan los resultados de la estimación de prevalencia de los tipos de violencia conyugal contra las madres de los niños y niñas que son parte de la sub-muestra del estudio.

Asimismo, se presenta un análisis descriptivo y bivariado de factores que inciden de manera directa o indirecta sobre la salud de los menores de edad y que fueron consideradas como variables de control. Mediante pruebas de independencia “*Chi cuadrada*” (en el caso de variables categóricas) o por pruebas de medias (en el caso de variables continuas), se realizaron análisis inferenciales entre las variables de control y las variables dependientes. Finalmente se muestran los resultados de las regresiones logísticas de efectos aleatorios, con los cuales se pondrán a prueba las hipótesis del estudio.

3.1 Análisis descriptivo de variables dependientes

Como parte de la sub-muestra de estudio se tomaron en consideración los niños y niñas que al momento de la encuesta tenían menos de cinco años, y cuyas madres reportaron haber estado unidas al momento de la encuesta, o bien, durante el año previo. La siguiente Ilustración muestra el recorte realizado a la base original. Una vez ponderados los datos, los 5,950 casos representan 9,853 niños y niñas.

Ilustración 4: Nicaragua, 2011-2012 Sub-muestra de los niños y niñas menores de cinco años, (datos sin ponderar)



Fuente: Elaboración propia a partir de ENDESA Nicaragua 2011-2012

3.1.1 Esquema de vacunación

El Ministerio de Salud de Nicaragua (MINSa) estipula que las vacunas obligatorias para los menores de cinco años son la BCG (que previene formas graves de tuberculosis), la Pentavalente (previene la difteria, la tos ferina, el tétano, hepatitis B y la neumonía tipo B), la MMR (contra el sarampión, la rubéola y la parotiditis), la DPT (que previene difteria y tétano), la vacuna contra la poliomielitis, la vacuna contra el neumococo (para prevenir neumonías y meningitis provocada por el neumococo) y la vacuna contra el rotavirus (que causa diarreas). Estas son administradas de acuerdo a la edad de los niños y niñas y en determinadas dosis.

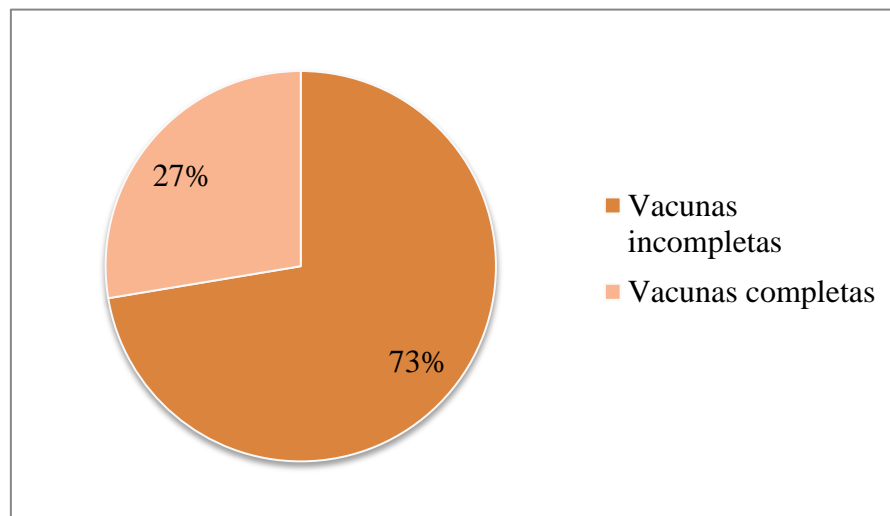
La Gráfica no.1 a continuación muestra que del total de niños y niñas de la submuestra la mayoría no posee el *esquema de vacunación* completo. Si bien la proporción de menores de cinco años sin ninguna vacuna es baja, en comparación a la proporción a la que le hace falta entre una o tres vacunas para completar el esquema¹⁶, el hecho de no poseer el *esquema completo* representa un riesgo para la salud de los menores. Es importante recordar que las vacunas no solamente previenen enfermedades para los usuarios de las mismas, sino que también controlan las epidemias previniendo el

¹⁶ Ver histograma en Anexo no. 8 en apartado de “Anexos de cuadros, gráficas e ilustraciones”.

contagio (CDC), 2014). Incluso un país puede llegar a erradicar una enfermedad, como sucede con Nicaragua donde no se registran casos de poliomielitis desde 1982 (OPS, 2016), cabe recordar que los virus y otros agentes de enfermedad no necesariamente se extinguen, por lo que este tipo de resultados se mantienen en la medida en que los programas de inmunización se mantengan constantes y comprometiéndose a lograr una cobertura completa.

Téngase en cuenta que esta variable presenta un sesgo ya que por limitaciones de la base de datos, no se lograron observar los casos de inmunización artificial en menores de cinco años que fallecieron.

Gráfica 1: Nicaragua 2011-2012, distribución de los niños y niñas menores de 5 años según esquema de vacunación



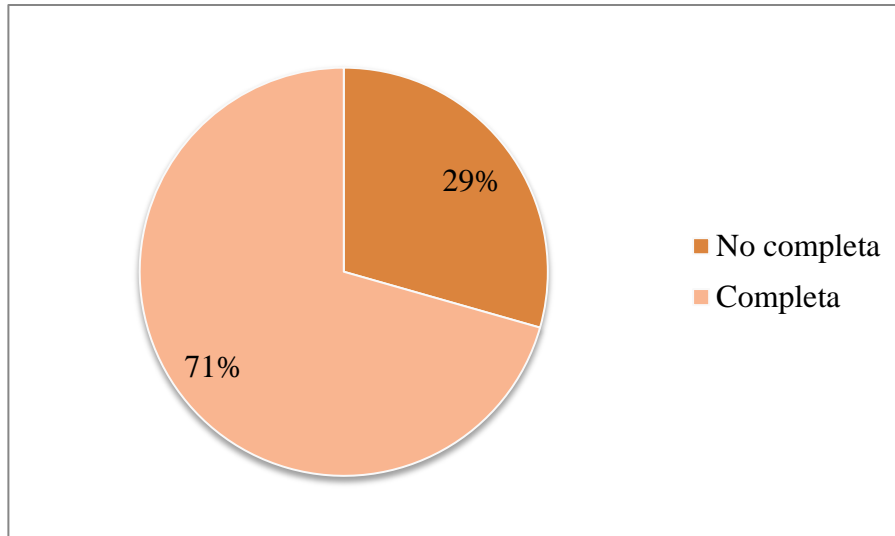
Fuente: elaboración propia a partir de la ENDESA 2011-2012

3.1.2 Atención al embarazo

De los niños y niñas de la submuestra se observó que 71% de los embarazos correspondientes tuvieron una atención prenatal completa, es decir, cumplieron con los cuatro puntos expuestos en el capítulo anterior de acuerdo a la normativa del MINSA. En Nicaragua existe una brecha significativa entre áreas urbanas y rurales en relación a la cobertura de atención prenatal, siendo las mujeres de zonas rurales las que menos

acuden a los chequeos prenatales. Sin embargo existe una considerable cobertura de la vacuna antitetánica, resultando en avances importantes como el hecho de que no se haya registrado ningún caso de tétano neonatal desde 1997 (Pérez Argüelles, 2010).

Gráfica 2: Nicaragua 2011-2012, distribución de los niños y niñas menores de 5 años según atención al embarazo

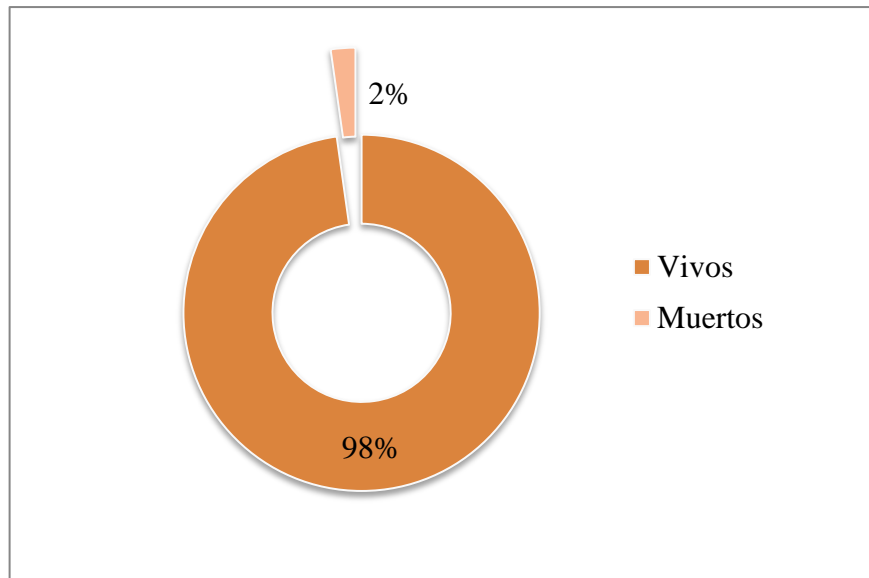


Fuente: elaboración propia a partir de la ENDESA 2011-2012

3.1.3 Mortalidad en menores de cinco años

De los niños y niñas de la submuestra, se observó que 98% sobrevivió al momento de la encuesta, mientras que 2% falleció. Datos de la ENDESA 2006-2007 mostraba una tasa de mortalidad en la niñez ($5q_0$) de 35 fallecidos por cada 1,000 nacidos vivos, mientras que el informe preliminar de la ENDESA 2011-2012 ubica dicha tasa en 21 (INIDE y MINSa, 2013). Esta reducción se explica en parte por la ejecución de políticas sanitarias que responden a un mejoramiento de la alimentación y atención de la salud para los menores de edad, así como las jornadas de vacunación que han permitido reducir la incidencia de enfermedades infecciosas como el sarampión (Dirección de Relaciones Internacionales de Nicaragua, 2011).

Gráfica 3: Nicaragua, 2011-2012. Proporción de niños y niñas nacidas vivas durante los 5 años previos a la encuesta que fallecieron



Fuente: elaboración propia a partir de la ENDESA 2011-2012

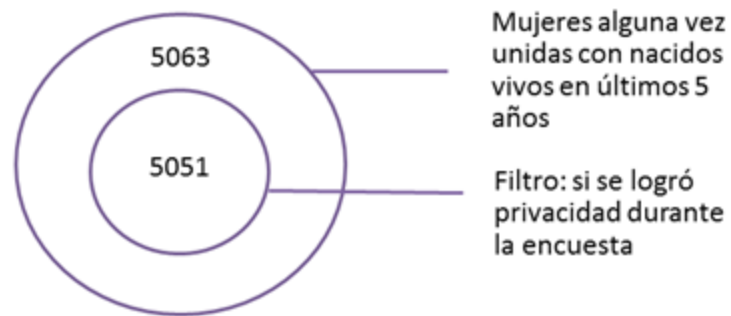
3.2 Análisis de la variable independiente *Violencia conyugal*

La estimación de prevalencia¹⁷ de violencia emocional, física o sexual contra las madres (entre 15 y 49 años) de los menores de cinco años que estaban unidas al momento de la encuesta, o estuvieron unidas durante el año previo, se realizó entre aquellas mujeres que cumplieron con el filtro de privacidad que incluye el cuestionario de MEF de la ENDESA 2011-2012. Por tanto, de las 5,063¹⁸ mujeres de la sub-muestra, para los siguientes resultados solo se consideraron 5,051 mujeres con quienes sí se logró tener privacidad al momento de la entrevista.

¹⁷ La prevalencia es entendida como la proporción de personas (madres de menores de 5 años en este caso) de una población determinada que sufre violencia (Ellsberg, Peña, Herrera, Lilijsstrand, y Winkvist, 1998)

¹⁸ Al ponderar los datos, el total de mujeres equivale a 6223.

Ilustración 5: Nicaragua, 2011-2012. Sub-muestra de estudio para abordar el tema de violencia conyugal



Fuente: elaboración propia a partir de la ENDESA 2011-2012

De acuerdo a los resultados (Gráfica no.4 número.) un cuarto de las madres nicaragüenses entre 15 y 50 años que estaban unidas durante la fecha de la encuesta o durante el año previo han sufrido violencia emocional, física o sexual durante algún momento de sus vidas. El tipo de violencia conyugal con mayor prevalencia es la violencia emocional, lo cual coincide con resultados en otras regiones de mundo donde también se ha evidenciado una mayor prevalencia de violencia emocional (Casique y Castro, 2012).

Cerca de un 20% de las madres ha experimentado alguna agresión considerada como *violencia física* -bofetadas, empujones, golpes, patadas, estrangulaciones, quemaduras, golpizas o amenazas- durante algún momento de sus vidas. De ellas, 22% experimentó agresiones físicas durante algún embarazo que haya tenido lugar entre el 2006 y la fecha de la entrevista¹⁹ por parte de sus parejas. Si bien el presente estudio no logró asociar la violencia durante el embarazo con los determinantes de la salud de menores debido a limitaciones con la base de datos, se advierte que infortunadamente es un evento frecuente y altamente relacionado a mortalidad materna, abortos, infertilidad, nacimientos prematuros, muerte perinatal, bajo peso al nacer, entre otras consecuencias graves para la salud materna y la salud infantil (Cokkinides, Coker, Sanderson, Addy, y Lesa, 1999; Datner y Ferroggiaro, 1999; Alhusen, Ray, Sharps, y Bullock, 2015). Por

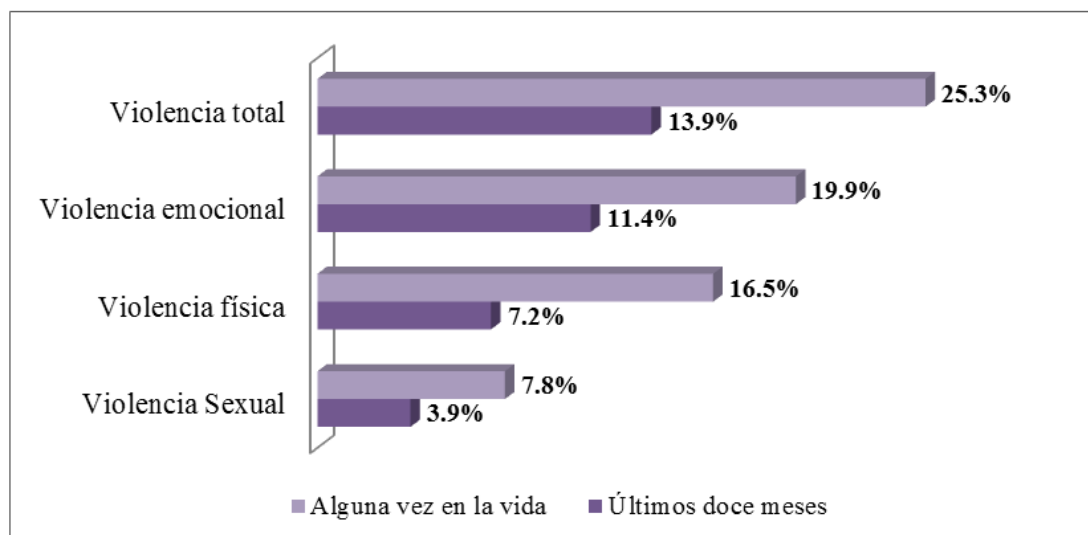
¹⁹ Dato obtenido a partir de la ENDESA 2011-2012.

otro lado, el tipo de *violencia conyugal* con menor prevalencia es la de tipo *sexual* (7.8%).

Durante los doce meses previos a la fecha de la encuesta, 13.9% del total de las madres experimentaron alguno de los tres tipos de violencia. Se observa que se mantiene la tendencia en cuanto a que la *violencia emocional* presenta mayor prevalencia, seguida de la *violencia física* y finalmente por la *violencia sexual*. Estos resultados coinciden con los mostrados por en el informe preliminar de la ENDESA 2011-2012 (INIDE y MINSA, 2013), así como también con resultados mostrados por la CEPAL (2015), los cuales evidencian que si bien Nicaragua no se encuentra entre los países con mayor porcentaje de mujeres víctimas de violencia conyugal, la situación es preocupante si se asume que de las 3,049,968 mujeres nicaragüenses, aproximadamente 762,000 han sufrido algún tipo de violencia por parte de su pareja.

Vale recalcar que la interpretación de estos resultados se debe tomar con cautela, ya que las estimaciones obtenidas toman en consideración tanto a aquellos reportes de violencia episódica, así como eventos sistemáticos. De igual manera no se logró observar la severidad de los eventos violentos, por lo que al referirnos a *violencia conyugal* podría inferirse desde un acto de violencia verbal hasta agresiones con armas de fuego.

Gráfica 4: Nicaragua, 2011-2012. Prevalencia de violencia conyugal contra madres de menores de 5 años unidas al momento de la encuesta o durante el año previo

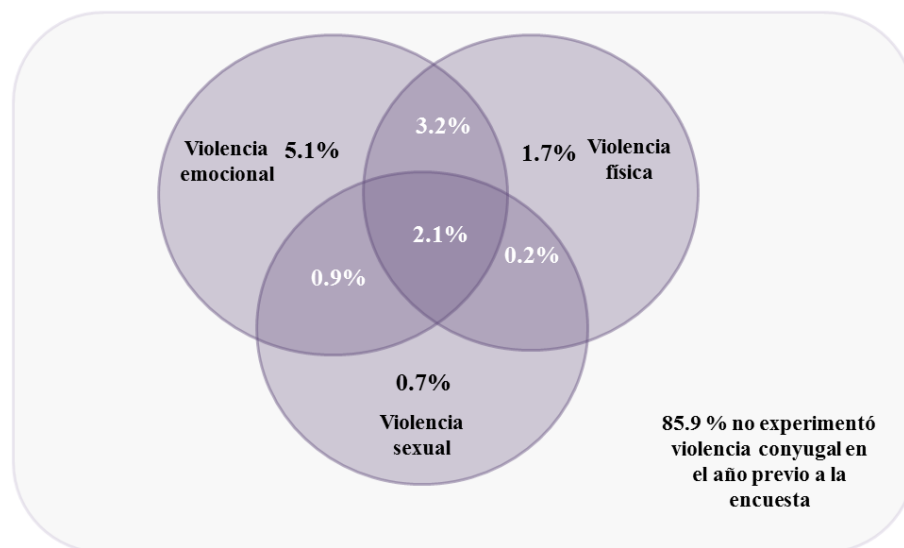


Fuente: elaboración propia a partir de la ENDESA 2011-2012

La Ilustración no.6 a continuación muestra que existen solapamientos entre los distintos tipos de *violencia conyugal*, y se advierte que 2.3% de las madres experimentaron *violencia emocional, física y sexual* durante los 12 meses previos a la entrevista. Investigaciones anteriores (Ellsberg, Peña, Herrera, Lilistrand, y Winkvist, 1998) evidenciaron que en Nicaragua gran parte de los abusos sexuales se entrelazan con actos de *violencia física y violencia emocional*.

Asimismo 5.1% de las madres sufrieron *violencia emocional y violencia física*, lo cual refleja que la distinción entre distintas categorías de *violencia conyugal* sea tomada con cautela. Si bien las preguntas del cuestionario de la ENDESA 2011-2012 fueron elaboradas para distinguir entre tipos de violencia, los eventos no suelen estar desvinculados, resultando complicado concebir la *violencia física* sin que implique *violencia emocional*, por ejemplo (Castro y Ríquer, 2004).

Ilustración 6: Nicaragua, 2011-2012. Prevalencia de violencia conyugal contra madres de menores de 5 años unidas al momento de la encuesta o durante el año previo, experimentada durante los 12 meses previos

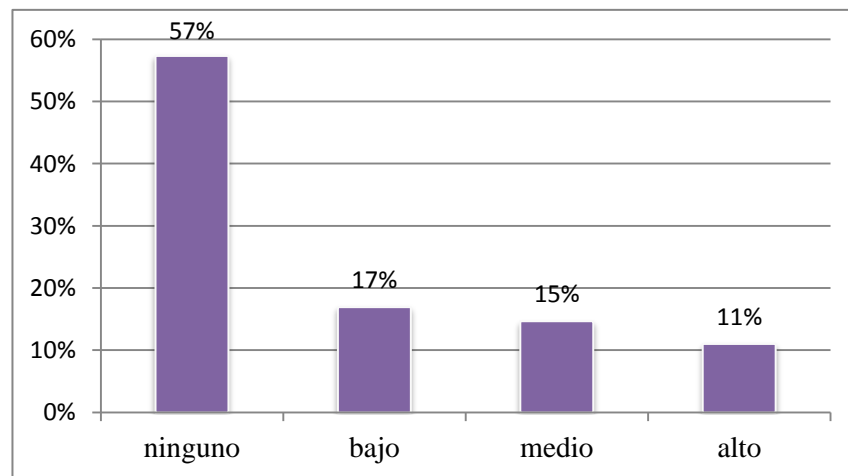


* 0.2 % de no respuesta

Fuente: Elaboración propia a partir de la ENDESA Nicaragua 2011-2012

El *índice de control de la pareja* mostrado a continuación fue construido con el propósito de medir que tanto control (*ninguno, bajo, medio o alto*) ejerce la pareja de una madre sobre su libertad de movimiento, sus amistades y decisiones. Se observó (Gráfica no.5) que la mayoría de madres no experimentó *ningún control por parte* de su pareja, sin embargo 43% si experimentó algún grado de control. Si bien estas tácticas de control pueden ser interpretadas “no violentas” (Johnson y Leone, 2005, p. 329), podrían ser reflejo de un sistemático control por parte de las parejas circunscrito en lo que Johnson denominó como terrorismo patriarcal

Gráfica 5: Nicaragua, 2011-2012 Índice de control de la pareja sobre madres de menores de cinco años unidas durante el año previo a la encuesta



Fuente: Elaboración propia a partir de la ENDESA 2011-2012

3.2.1 Análisis bivariado entre violencia conyugal y variables dependientes

El análisis bivariado brinda una primera aproximación a las posibles asociaciones entre dos variables. El cuadro siguiente (Cuadro no. 1) muestra los resultados de las pruebas de independencia realizadas entre las variables dependiente y las independientes. Solamente se analizarán las variables que mostraron asociaciones significativas (es decir, con *P.* valor menor a 0.05) con las variables dependientes.

Cuadro 1: Análisis bivariado entre las variables dependientes Esquema de Vacunación, Atención al Embarazo y Mortalidad, y las variables independientes, Nicaragua 2011-2012

Variables independientes	Categorías	Esquema vacunación		Atención al embarazo		Mortalidad	
		Incompleto	Completo	Incompleta	Completa	Muerto	Vivo
		n = 9,853		n = 9,853		n = 9853	
Violencia emocional	no ocurrió	72.0%	28.0%	28.8%	71.2%	2.3%	97.7%
	ocurrió	77.5%	22.5%	32.9%	67.1%	1.7%	98.3%
	Prob > F		0.03		0.12		0.42
Control de Pareja	Ninguno	71.0%	29.0%	28.4%	71.6%	2.3%	97.7%
	Bajo	71.0%	29.0%	26.1%	73.9%	2.0%	98.0%
	Alto	77.3%	22.7%	33.7%	66.3%	2.3%	97.7%
	Prob > F		0.00		0.00		0.90
Violencia física	no ocurrió	72.2%	27.8%	29.3%	70.7%	2.2%	97.8%
	ocurrió	79.3%	20.7%	30.9%	69.1%	2.7%	97.3%
	Prob > F		0.01		0.61		0.59
Violencia sexual	no ocurrió	72.3%	27.7%	29.3%	70.7%	2.2%	97.8%
	ocurrió	81.8%	18.2%	31.9%	68.1%	3.2%	96.8%
	Prob > F		0.02		0.57		0.41
Algún tipo de violencia conyugal	no ocurrió	72.0%	28.0%	28.8%	71.2%	1.1%	98.9%
	ocurrió	76.9%	23.1%	32.9%	67.1%	1.9%	98.1%
	Prob > F		0.03		0.10		0.55

Fuente: Elaboración propia a partir de la ENDESA 2011-2012

Nótese que la proporción de niños y niñas menores de cinco años que no tienen un esquema de vacunación completo es mayor en casos donde sus madres experimentaron *violencia de tipo emocional, física o sexual durante los 12 meses previos a la encuesta*, en comparación a aquellos menores cuyas madres no experimentaron estos tipos de violencia. Cuando estas tres categorías se resumen en una sola (*algún tipo de violencia conyugal*) se observa un resultado similar: en casos donde la madre sufrió algún tipo de violencia, la proporción de menores sin un *esquema de*

vacunación completo es menor, en comparación a casos donde sus madres no sufrieron ningún tipo de violencia.

En el caso del *control de pareja*, las proporciones de niños y niñas menores de cinco años que no tenían un *esquema de vacunación* completo, o que no recibieron una *atención al embarazo* completa, es mayor en casos donde las madres experimentaron un alto grado de control de pareja, en comparación a casos donde las madres experimentaban bajo o ningún tipo de *control de pareja*. Nótese que una de las preguntas tomadas en cuenta para la construcción del índice de *control de pareja* es si la pareja exige que la madre le pida permiso antes de buscar atención para su salud, lo cual estaría obstaculizando la asistencia a chequeos prenatales, entre otros servicios de atención a la salud.

3.3 Análisis descriptivo y bivariado de las variables de control

A continuación se muestra la descripción de la distribución de las variables independientes consideradas como *variables de control*, es decir, variables que mantienen un efecto sobre las variables dependientes, pero cuya relación no es parte de los objetivos de este estudio. El apartado también incluye el análisis de los resultados de las pruebas de independencia realizadas entre las variables dependientes y las variables de control.

En relación a las variables **a nivel de comunidad** se observa que la proporción de niños y niñas menores de cinco años que viven en áreas rurales es muy similar a la proporción que habita en zonas urbanas. A pesar de ello, existen algunas diferencias entre ambas zonas (Anexo no. 9), siendo el área rural la que muestra mayor porcentaje de niños y niñas menores de cinco años con un *esquema de vacunación* completo en relación a la zona urbana. Por otro lado, el área rural muestra menor porcentaje de embarazos que obtuvieron atención prenatal completa, lo cual podría estar reflejando desigualdades en la cobertura de servicios sanitarios. La prueba *Chi cuadrada* reveló que existe una asociación estadísticamente significativa el *área* y la *atención al embarazo*. De manera similar también se muestra una asociación significativa con la variable

mortalidad, cuya distribución según el *área* no evidenció una diferencia sustancial entre zonas rurales y urbanas, a pesar que el *área urbana* continua mostrando mayor porcentaje de menores de cinco años que sobreviven.

La distribución porcentual de menores de cinco años por *regiones* se muestra acorde a la densidad poblacional nacional, siendo la *región del Pacífico* la más poblada, siguiéndole la *región Central* y finalmente la *región Atlántica*. Cabe señalar que el análisis bivariado mostró que la variable *región* evidencia relaciones significativas con todas las variables dependientes. Se observa (Anexo no.9) que en la *región del Pacífico* existe menor proporción de niños y niñas que fallecieron, al igual que un menor porcentaje de embarazos que reportaron una atención incompleta en relación al resto de las regiones. Sin embargo el porcentaje de menores de cinco con *esquema de vacunación* completo es mayor en la *región Central*, seguida de la *región de Caribe*.

En el nivel familiar se constata (Cuadro no.2) que los niños y niñas de la submuestra habitaban mayormente en *hogares nucleares* y *extensos*. Y si bien el porcentaje de quienes habitan en un *hogar monoparental* es muy bajo en relación a los otros tipos, estos existen y deberían ser visibles ante las leyes del país. Sin embargo, La Ley no. 870: “Código de la Familia” de Nicaragua aprobada en el año 2014, ha sido objeto de muchas críticas ya que reconoce únicamente como “familia” a aquellas estructuras donde existe una pareja heterosexual. Lo cual invisibiliza y excluye del reconocimiento legal a las familias monoparentales, las familias extensas donde no están presentes ambos padres, los corresidentes emparentados y los hogares conformados por padres con orientación sexual distinta a la heterosexual (Jiménez, 2015). Nótese (Anexo no. 9) que al aplicar la prueba de independencia, no se encontró para este caso, asociaciones significativas entre el *tipo de hogar* y las variables dependientes.

Referente a las *condiciones materiales del hogar*, tres cuartas partes del total de los menores de cinco años de la submuestra habitaban en viviendas con *condiciones medias* o *condiciones óptimas de salubridad*, mientras un cuarto del total habita en viviendas con *condiciones higiénicas mínimas*. Para aquellos que habitan en condiciones desventajosas el riesgo de contraer enfermedades infecciosas es mayor. Los hábitos de higiene y preparación de alimentos, así como la limpieza personal, son tareas domésticas

que pueden verse afectadas por la disponibilidad de servicios básicos como agua y electricidad. De igual forma, algunas características de la vivienda como el techo de paja o piso de tierra representan un riesgo ante accidentes y contagio de enfermedades infecciosas. Pueden incluso facilitar la proliferación de insectos que son vectores de enfermedades como el dengue, los cuales suelen abundar en ambientes de por sí contraproducentes como el clima trópico húmedo de gran parte de Nicaragua (Athens, 2004).

Otras características de la vivienda dada su infraestructura, se relacionan con la disponibilidad del tiempo de los miembros del hogar para su mantenimiento, ya que la actividad doméstica requiere más tiempo en hogares donde por ejemplo el agua necesita ser recolectada, no existe energía eléctrica o los materiales de la vivienda ameritan una limpieza constante del hogar (Busso, 2002). Dicha disponibilidad varía también según el sexo de la persona. Para el año 2000 en Nicaragua las mujeres dedicaban 2.9 horas más al mantenimiento del hogar que los hombres en el área rural, mientras que en el área urbana la relación era de 2.7 horas dedicadas por los hombres frente a 5.1 horas dedicadas al hogar por parte de las mujeres (INIDE , 2000).

En Nicaragua, el acceso a una vivienda de calidad está ligado a los ingresos y activos de los miembros de la familia. Son los hogares más pobres aquellos que tienen más limitaciones para enfrentar desastres naturales frecuentes en el país como huracanes, terremotos e inundaciones, y por tanto quienes presentan mayor vulnerabilidad ante las fuerzas de la naturaleza y ante las crisis epidemiológicas que comúnmente se desatan luego de una calamidad (Busso, 2002). Para el año 2011, 44.11% de la población se consideraba pobre y si bien para el año 2015 dicho porcentaje se calcula en un 39%, las dificultades y desigualdades de las familias más pobres continúan siendo un gran reto para el país (FIDEG, 2015).

El análisis bivariado evidencia que existe una relación estadísticamente significativa entre el *estrato del hogar* y la *mortalidad en menores de cinco años*, así como también con la *atención al embarazo*. El Cuadro no.2 muestra que apenas 6.8% de los menores de cinco años se ubican en un estrato alto de acuerdo al *estrato de hogares según bienes*. Las inequidades sociales respecto a la salud son marcadas entre los

nicaragüenses, tanto así que en el año 2011 la tasa de mortalidad infantil (menores de un año) en el quintil más pobre representó el doble de la tasa de mortalidad infantil en el quintil más rico (Muiser, Sáenz, y Bermúdez, 2011).

Para el año 2011, 40% de la población de Nicaragua no tenía acceso a ningún servicio público de salud y del 60% restante a quienes el Ministerio de Salud ofrece un paquete básico de servicios de salud, solamente 22% poseía seguro social el cual incluye paquetes más amplios de atención a la salud, tales como atención prenatal y atención al parto (Muiser, Sáenz, y Bermúdez, 2011). Estos datos evidencian que una *atención al embarazo* completa, entre otras necesidades de salud, difícilmente puede ser obtenida por mujeres de *estratos socioeconómicos bajos*. No es de sorprenderse por tanto, que la mayor proporción de muertes maternas y defunciones perinatales y neonatales ocurran en las zonas rurales y en comunidades aisladas, como las regiones autónomas del Atlántico (UNICEF, 2013) .

Cerca de un tercio de las muertes maternas en el país ocurren en edades adolescentes, la mayoría por problemas relacionados a los primeros partos y la inmadurez de los órganos reproductivos, aunque también entre las causas de muerte materna adolescente se encuentran distintas formas de suicidio como el envenenamiento (Amnistía Internacional, 2009). Los efectos adversos de los embarazos adolescentes también se presentan en la salud de los recién nacidos, los cuales tienen mayores riesgos de bajo peso al nacer u otras complicaciones (OPS, 2015). Nicaragua se ubica como el segundo país en Latinoamérica con la tasa de fecundidad adolescente más alta de acuerdo al Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA por sus siglas en inglés, (2013).

Cuadro 2: Distribución de las variables de control asociadas a la morbi-mortalidad en niños y niñas menores de cinco años, Nicaragua 2011-2012

Frecuencia Porcentaje n= 9853			
A nivel de comunidad			
Área	Urbano	4741	48.1%
	Rural	5112	51.9%
Región	Pacífico	4970	50.4%
	Central	3149	32.0%
	Caribe	1734	17.6%
A nivel familiar			
Tipo de hogar	Nuclear	5941	60.3%
	Monoparental	277	2.8%
	Extenso	3635	36.9%
Condiciones higiénicas de la vivienda	Poca salubridad	2529	25.7%
	Media	4067	41.3%
	Óptima	3257	33.1%
Estrato socioeconómico del hogar según bienes	Bajo	3760	38.2%
	Medio	5422	55.0%
	Alto	671	6.8%
Características individuales de las madres			
Edad al momento del parto	Media		25.2
	Error estándar		0.063
Características individuales de los niños y niñas			
Sexo	Femenino	4983	50.6%
	Masculino	4870	49.4%
Edad	Media		2.0
	Error estándar		0.026
Orden de nacimiento	1ro	3249	33.0%
	2do	2916	29.6%
	3ro	1571	15.9%
	4to hasta 13avo	2117	21.5%
Intervalo de nacimientos en meses	Media		36.2
	Error estándar		0.621

Fuente: Elaboración propia a partir de la ENDESA 2011-2012

Según el informe preliminar de la ENDESA 2011-2012 la edad media de fecundidad materna se ubica entre los 20 y los 29 años, lo cual coincide con la *edad media de la madre al momento del parto* de las mujeres de la submuestra. Obsérvese (Anexo no.9) que en el **nivel de características individuales de las madres**, tanto el *esquema de vacunación* como la *atención al embarazo* muestran asociaciones significativas con la variable *edad de la madre al momento del parto*.

Cuadro 3: Distribución de las variables de control asociadas a características de las madres de niños y niñas menores de cinco años, Nicaragua 2011-2012

Frecuencia Porcentaje n=6223			
Años de escolaridad	Media		7.1
	Error estándar		0.056
Trabajó durante último año	Si	2462	39.6%
	No	3761	60.4%

Fuente: Elaboración propia a partir de la ENDESA 2011-2012

El Cuadro no.3 muestra dos variables cuya unidad de observación no está dada por los menores de cinco años, sino por las madres, razón por la cual la “n”, o número total de casos, varía respecto al cuadro anterior. Dado esto, los *años promedio de escolaridad* de las mujeres entre 15 y 50 años de la submuestra es de 7.1, lo cual en la educación formal nicaragüense equivale al primer año de la secundaria básica. Respecto a la situación laboral, del total de mujeres de la submuestra cerca de dos tercios no trabajó durante los 12 meses previos a la fecha de la encuesta. Dicha variable mostró asociaciones estadísticamente significativas con el esquema de vacunación y la atención al embarazo.

Sobre las variables al **nivel de características individuales de los niños y niñas** el Anexo no.9 refleja que la *edad media* de los menores nacidos vivos que fallecieron

luego del parto es de mes y medio. Este resultado coincide con las observaciones mundiales y nacionales que evidencian una mayor tasa de mortalidad en el primer año de vida, y aún mayor durante el primer mes, en comparación al resto de las edades. Esta variable mostró asociaciones estadísticamente significativas con el *esquema de vacunación y mortalidad en menores*.

El *orden de nacimiento* probó estar asociado de forma significativa con el *esquema de vacunación* y la *atención al embarazo* de acuerdo a los resultados obtenidos (Anexo no.9). Se observa de igual manera que el tiempo promedio en meses transcurrido entre un nacimiento y el anterior es menor para la proporción de niños y niñas que presentan el *esquema de vacunación incompleto* si se compara con la proporción de menores que poseen el *esquema completo*.

Respecto a la *mortalidad*, para la proporción de niños y niñas que fallecieron, transcurrieron seis meses menos en promedio entre su nacimiento y el anterior, en comparación a la proporción de niños y niñas que sobrevivieron a la fecha de la encuesta. El *sexo del menor* se distribuye de forma similar entre niños y niñas, aunque la proporción de defunciones de niños que nacieron vivos es mayor a la proporción de defunciones de niñas.

3.4 Asociación entre variables dependientes y violencia conyugal, entre otras: modelos multiniveles

El presente apartado contiene los resultados de los modelos de regresión logística multinivel aplicados con el fin de identificar si la violencia conyugal contra las madres en el caso de Nicaragua, es un factor que incide sobre los factores de control de la salud y la mortalidad en menores de cinco años.

Para los modelos se tomaron en cuenta criterios conceptuales en concordancia con los modelos teóricos sobre los determinantes próximos de la morbi-mortalidad infantil, así como también con base en resultados de estudios e investigaciones previas de expertos en el tema. También se tomaron como requisitos que las variables independientes mostraran una correlación de *Pearson* menor a un valor de 0.7, tal como se muestran en los Anexo no.10, y menor a 0.7 en casos de variables categóricas en el Anexo no.11, y que además éstas variables presentaran una asociación estadísticamente

significativa menor a un valor de 0.05 con al menos una de las variables dependientes, tal como se puede observar en el Anexo no.9.

Dado estos criterios, los modelos no incluyen la variable *estrato del hogar* debido a que mostró una alta correlación con las variables *área y condiciones de la vivienda* (ver Anexo no.9). Por otro lado, a pesar que el *tipo de hogar* no mostró asociaciones significativas con ninguna de las variables dependientes, el presente trabajo considera -en base a la teoría expuesta en el primer capítulo- que es una variable importante que incide sobre los determinantes próximos de la salud, y por lo tanto merece ser incluida en las regresiones. Para el caso de *esquema de vacunación* no se consideró la *edad del menor* por un problema de endogeneidad, dado que la variable *esquema de vacunación* fue construida utilizando la *edad del menor*. Por otra parte, para el modelo de *mortalidad* se consideró la *atención al embarazo* como una variable explicativa cuya relación de dependencia es estadísticamente significativa (Anexo no.9).

Téngase en cuenta que para evitar problemas de multicolinealidad (Anexo no.11) se tomó la decisión de agrupar los tres tipos de *violencia conyugal* en una sola categoría, y por aparte mantener la variable *control de pareja*²⁰. Además del cuadro que se presenta a continuación, se probaron otros modelos con las mismas técnicas, pero los cuales incluyeron los tres tipos de violencia conyugal como variables independientes, y no agrupadas en una misma categoría. Estos modelos tuvieron como finalidad identificar si los resultados cambiaban cuando se analizan los tipos de *violencia conyugal* como variables diferenciadas entre sí.

Es de esta forma que el cuadro a continuación (Cuadro 4) muestra en términos de razón de momios, la influencia que tiene la violencia de pareja y el control de pareja sobre la mortalidad en menores y sobre los determinantes próximos de la salud de carácter preventivo. A su vez, controlando simultáneamente la injerencia de las demás variables que han sido añadidas al modelo, por lo cual en la interpretación que le sigue al cuadro, se ha omitido la frase “controlando por las demás variables” para evitar una saturación de lectura en los resultados.

²⁰ Frente a un desafío metodológico de la variable *control de pareja* ante el cual la categoría *alto* representaba muy pocos casos, se optó por fusionar en una misma categoría los niveles *medio* y *alto*.

Cabe destacar que todos los modelos fueron estadísticamente significativos, lo cual se comprobó con una prueba de hipótesis cuyos resultados están ubicados en la parte inferior de los cuadros de los modelos. Esta prueba (*Chi cuadrada*) muestra si existe o no correlación entre-clase, y por tanto si vale la pena o no realizar un modelo multi-nivel. Cuando el resultado es menor a 0.05 se interpreta que el modelo es estadísticamente significativo.

Cuadro 4: Nicaragua 2011-2012, Factores asociados a cuidados preventivos de la salud y a la mortalidad en menores de cinco años

Variables independientes		Variables dependientes		
		Esquema de vacunación	Atención al embarazo	Mortalidad
		Razón de momios		
<i>A nivel de comunidad</i>				
Área	Urbano(ref)			1.00
	Rural	1.11	0.75***	1.20
Regiones	Pacífico (ref)			1.00
	Central	3.84***	1.00	1.48**
	Caribe	1.71***	0.45***	1.01
<i>A nivel de familia</i>				
Tipo de hogar	Nuclear (ref)			1.00
	Monoparental	0.96	0.88	1.07
	Extenso	1.29***	0.64***	0.94
Condiciones higiénicas de la vivienda (según sus materiales)	Baja (ref)			1.00
	Media	1.21**	1.26***	0.61**
	Óptima	1.18*	1.25**	0.67**

Prevalencia de violencia emocional, física o sexual	No violencia (ref)			1.00
	Si violencia	1.00	0.76***	0.72
Control de pareja	Ninguno (ref)			1.00
	Bajo	0.98	0.16	0.93
	Alto	0.75***	0.84**	1.18
<i>Características de la madre</i>				
Total grados de escolaridad		1.08***	1.10***	0.89***
Edad al momento del parto		0.99	1.06***	0.96
Situación laboral en el último año	No trabajó (ref)			1.00
	Si trabajó	0.64	1.12	1.79***
<i>Características de los niños</i>				
Sexo	Femenino (ref)			1.00
	Masculino	1.01	-	1.36**
Orden de nacimiento	1ro (ref)			1.00
	2do	1.34***	0.47***	0.55**
	3ro	1.38***	0.26***	0.68
	4to hasta 13avo	1.33**	0.18***	1.14
Edad		-	-	0.10***
Intervalo protogenésico		1.00***	1.00***	0.99
Atención al embarazo	Incompleta (ref)	-	-	1.00
	Completa	-	-	0.38***
<i>Constante</i>		0.00***	0.89	0.27**
Número de observaciones		5,906	5,906	5,906
Número de grupos (nivel 2)		5,024	5,023	5,023
Prob >= chi2 =		0.00	0.00	0.04
*p<0.10; **p<0.05; ***p<0.01				

Fuente: Elaboración propia con base en la ENDESA 2011-2012

3.4.1 A nivel de comunidad

En este apartado se presentan y analizan las asociaciones de los determinantes próximos de la salud en menores de cinco años, respecto a características en relación a la zona de residencia, con lo cual se pretende demostrar la incidencia del entorno.

Primeramente en relación al *área* se observa que hay casi cuatro veces mayores posibilidades de que los niños y niñas menores de cinco años completen el *esquema de vacunación* si residen en la *región del Caribe*, en comparación a aquellos que residen en la *región del Pacífico*. Este es un resultado interesante dado que el Caribe de Nicaragua ha sido históricamente la región que presenta los indicadores de salud más bajos, sin embargo la presente investigación infiere que las jornadas de inmunización masivas que acompañaron a la implementación del Modelo de Salud Familiar y Comunitario impulsado por la actual administración en 2010, se focalizaron mayormente en atender comunidades aisladas como en las del Caribe.

Por otro lado se advierte que el riesgo de una madre de no obtener una *atención al embarazo* completa aumenta en un 55% cuando reside en la *región del Caribe*, respecto a quienes residen en la *región del Pacífico o Central*. Estos resultados evidencian las limitaciones de las regiones autónomas del Atlántico respecto a al acceso de servicios sanitarios, el cual suele verse obstaculizado ya sea por una ineficiente cobertura de servicios sanitarios, o por los problemas de infraestructura vial (OPS/OMS, 2005). De manera similar, la propensión a obtener una *atención al embarazo* completa se reduce en un 25% cuando las mujeres viven en *áreas rurales*, en comparación a cuando residen en *áreas urbanas*.

Respecto a la *mortalidad en menores de cinco años* se observó que la probabilidad de fallecer en las *regiones Pacífico y Central* es similar (15%), Estos resultados son consistentes con otras investigaciones que evidencian las inequidades en salud que presenta la *región Central*, donde en algunos de sus departamentos la tasa de mortalidad en menores de cinco años se encuentran entre las más altas de todo el país (OPS/OMS, 2012).

3.4.2 A nivel familiar

Respecto al *tipo de hogar* los resultados muestran una situación particular: por un parte, si los niños y niñas menores de cinco años residen en un *hogar tipo extenso* la propensión a que completen el *esquema de vacunación* aumenta en un 29% en comparación a los niños y niñas que habitan en hogares nucleares. Por otro lado, para las madres que habitan en *tipo de hogar extenso*, la posibilidad de obtener una *atención completa al embarazo* decrece en un 36% en comparación a madres que habitan en *hogares nucleares*. Estos resultados responden posiblemente al hecho de que en los hogares extensos nicaragüenses suele existir mayor número de miembros dependientes, lo que añade carga de trabajo doméstico particularmente a las mujeres, quienes suelen ser vistas como encargadas del hogar (Barahona, 2006). Por tanto quizás ello afecte la asistencia de algunas mujeres a los chequeos prenatales, pero por otro lado, una mayor densidad ocupacional de la vivienda implica que otros miembros podrían en algunas circunstancias funcionar como redes de apoyo (Barahona, 2006), facilitando la aplicación de vacunas a los menores de edad.

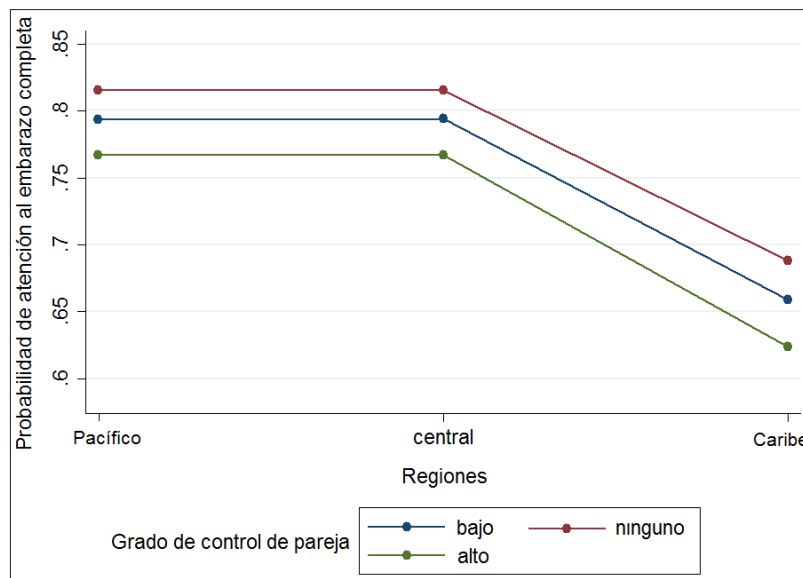
El efecto de la variable *condiciones de la vivienda* muestra asociaciones estadísticamente significativas con todas las variables dependientes. Se evidencia por tanto, que viviendas con acceso a servicios básicos como agua potable y electricidad, y con materiales que reduzcan la contaminación del ambiente y el contacto con agentes de enfermedad, reduce en un 33% la posibilidad de que los niños y niñas menores de cinco años fallezcan, frente a viviendas con condiciones precarias. De manera similar, viviendas con condiciones *óptimas* aumentan los momios de poseer un *esquema de vacunación completo* en 18% y en 25% de obtener una *atención al embarazo completa* en comparación a viviendas con condiciones *bajas* o mínimas. Estos resultados quizás respondan en cierta medida, al hecho de que una proporción importante de hogares con condiciones físicas precarias se encuentran en zonas periféricas, aisladas o con alto índice de marginación, donde existe poca y casi ninguna infraestructura vial, así como poca cobertura de servicios sanitarios, dificultando el acceso a la salud.

Ahora bien, la probabilidad de obtener una *atención al embarazo completa* es mayor para las madres que no experimentaron *violencia emocional, física o sexual*

durante el año previo a la entrevista. Asimismo, las regresiones de los modelos que consideraron los tipos de *violencia conyugal* como categorías desagregadas (Ver Anexo no.12) evidencian que el hecho de experimentar *violencia emocional* representa un factor de riesgo al reducir en un 32% la propensión de las madres obtengan una *atención al embarazo* completa.

De manera similar, un *alto* grado de *control de pareja* ejercido contra las madres, representa un factor de riesgo. Los resultados de la Gráfica no.6 muestran que las madres con mayores probabilidades de obtener una *atención al embarazo* completa son aquellas que no experimentan ningún grado de control por parte de sus parejas. En contraste, las madres con menores probabilidades de acceder a atenciones prenatales son las que sufren un *alto* grado de *control de pareja*. De ellas, las que reflejan un mayor riesgo son las que residen en el Caribe, con una probabilidad de 63%, en comparación a un 76% de madres de la *región del Pacífico* que también experimentan un *alto* grado de *control de pareja*.

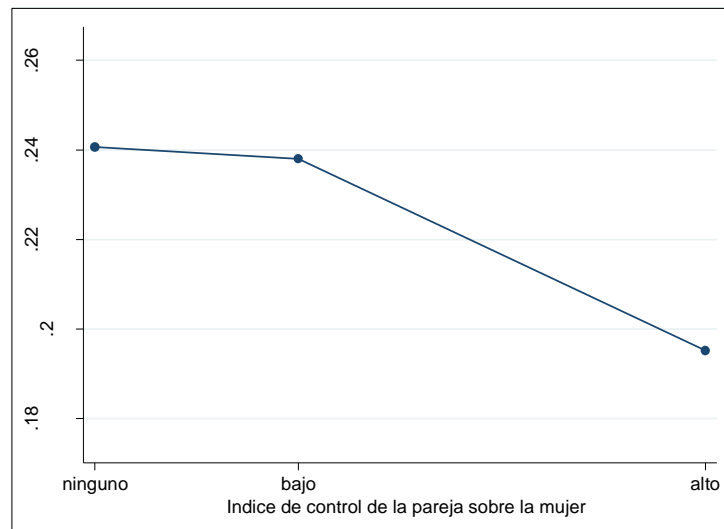
Gráfica 6: Nicaragua 2011-2012, probabilidad de obtener atención al embarazo completa para mujeres unidas o casadas durante el año previo, según grado de control de la pareja y de acuerdo a la región de residencia



Fuente: Elaboración propia a partir de la ENDESA 2011-2012

Este tipo de violencia conyugal también afecta la inmunización artificial de los menores de cinco años, ya que para aquellos niños cuyas madres no sufren ningún grado de control por parte de su pareja la probabilidad de completar el *esquema de vacunación* es mayor (24%) en comparación a los menores cuyas madres experimentan un *alto* grado de *control de pareja* (19%) (Gráfica no. 7).

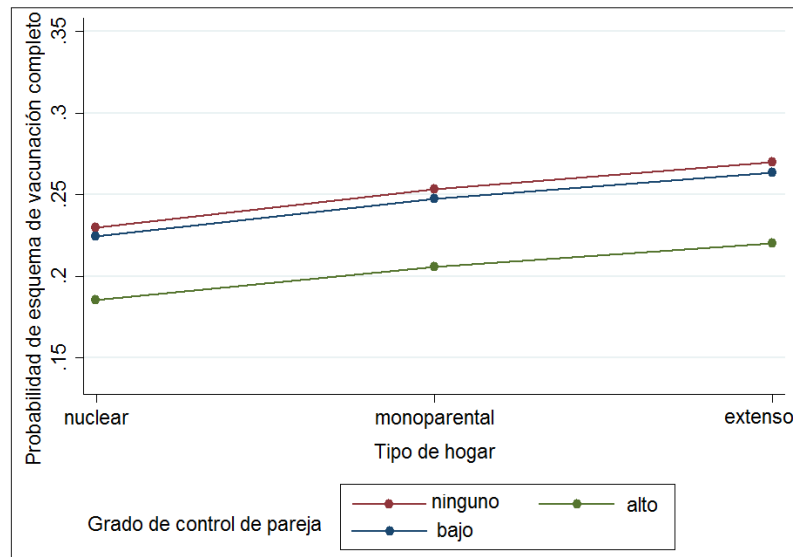
Gráfica.7: Nicaragua 2011-2012, Probabilidad de completar el esquema de vacunación de acuerdo al grado de control de pareja experimentado por madres que estuvieron unidas durante los últimos 12 meses



Fuente: Elaboración propia a partir de la ENDESA 2011-2012

La siguiente Gráfica (Gráfica no.8) refleja que la tendencia de un aumento en la probabilidad de completar el *esquema de vacunación* a menor grado de *control de pareja* se mantiene. Pero que al interactuar con el *tipo de hogar*, la probabilidad aumenta si la composición del hogar es *extensa*. Por el riesgo de no obtener el programa de inmunización completo es mayor cuando las madres sufren un *alto grado de control de pareja* y cuando la estructura familiar es de tipo nuclear, es decir, conformada por ambos padres y sus hijos e hijas.

Gráfica 8: Nicaragua 2011-2012, Probabilidad de completar el esquema de vacunación de acuerdo al tipo de hogar y al grado de control de pareja experimentado por madres que estuvieron unidas durante los últimos 12 meses



Fuente: Elaboración propia a partir de la ENDESA 2011-2012

Si bien es cierto que la agrupación de tres tipos de *violencia conyugal* responde más a una construcción estadística, se debe ser cauteloso cuando con la interpretación de estos resultados, ya que en ella se incluyen distintas experiencias de *violencia* según el tipo y según la severidad de los actos. Cabe señalar que en ninguno de los modelos se encontraron asociaciones estadísticamente significativas entre *mortalidad* y *violencia conyugal*.

3.4.3 A nivel de características individuales de las madres

Las características de las madres tomadas en consideración responden a elementos que podrían modificar las variables intermedias en relación con la salud de los niños y niñas (Echarri Cánovas, 2003). Una de las variables cuyo efecto en la morbi-mortalidad ha sido muy bien documentado es la educación. En este sentido se observó que por cada año más de escolaridad que alcancen las mujeres aumenta en 10% la propensión a recibir una *atención al embarazo completa*. Incluso, un año más de *escolaridad* para las madres aumenta en 8% la propensión de que sus hijos e hijas

menores de cinco años obtengan un *esquema de vacunación completo*, así como también disminuye un 11% la posibilidad de que éstos mueran.

Efectos positivos en la salud de los niños y niñas se vinculan también a la *edad de las madres al momento del parto*. Ya sea por factores biológicos –madres adolescentes suelen presentar mayores complicaciones durante el embarazo y el parto- o por mecanismos sociales –madres jóvenes, madres con poco apoyo familiar o madres con bajos ingresos reportan menor asistencia a los servicios sanitarios- (Finlay, Özaltın, y Canning, 2011; Selemani *et al.*, 2014). Los resultados muestran que la posibilidad de que la madre reciba una *atención al embarazo completa* aumenta en 6% por cada año adicional que ella tenga de edad. Por otro lado, la *situación laboral de la madre*, es decir, si estuvo empleada en algún momento durante los doce meses previos a la encuesta, se asoció de forma significativa con la *mortalidad en menores*, aumentando los momios de fallecer en un 79%.

3.4.4 A nivel de características individuales de los niños y niñas menores de cinco años

En este nivel los resultados de los modelos demuestran que la probabilidad de fallecer para los niños menores de cinco años es de 19%, mientras que para las niñas dicha probabilidad es de 14%. Esto coincide con observaciones universales que reflejan una sobremortalidad masculina –específicamente en el período neonatal- vinculada a factores biológicos (Echarri Cánovas, 2003).

Otro factor asociado de forma significativa a la *mortalidad* es la *edad de los menores*, lo cual se evidencia en los resultados que indican que por cada año adicional que tenga un niño o una niña, el riesgo de fallecer disminuye en un 90%. O visto desde otra forma, su probabilidad de sobrevivir aumenta a medida que aumenta la edad.

La variable *orden de nacimiento* de los menores refleja que los momios de poseer un *esquema de vacunación completo* es mayor en los órdenes más elevados, en comparación a cuando es el primero en nacer. También resulta interesante como incrementa el riesgo de no obtener una *atención al embarazo completa* a medida que aumenta el orden de nacimiento, lo cual quizás esté reflejando que madres con mayor número de nacimientos asisten en menor medida a chequeos prenatales. En contraste se

evidenció que los menores que nacen de segundo presentan menor propensión a fallecer antes de los cinco años en comparación a los menores del primer orden, probablemente debido a problemas asociados a los primeros partos como bajo peso o complicaciones durante el alumbramiento, así como quizás por una menor experiencia de cuidados para con el niño o niña (Echarri Cánovas, 2003). Otro factor relacionado a la salud de los menores de cinco años es *el intervalo protogenésico de nacimientos*, sin embargo los resultados no muestran cambios en los riesgos relacionados a las variables dependientes por cada mes adicional de espaciamiento entre partos de nacidos vivos.

Por último se evidenció que el riesgo de fallecer disminuye cuando la madre recibió una *atención completa al embarazo*, y por tanto la probabilidad de fallecer de los niños y niñas cuyas madres accedieron a una atención prenatal incompleta es menor frente a aquellos cuyas madres recibieron una atención completa. Este resultado es significativo porque coincide con lo planteado por la OPS (2015) y UNICEF, (2008) y otras investigaciones (Asling-Monemi *et al.*, 2003; Bloom, Wypij, y das Gupta, 2001; Ellsberg, Peña, Herrera, Lilistrand, y Winkvist, 1998) que respaldan la promoción a políticas de atención prenatal inclusivas y cuya cobertura abarque los sectores más aislados.

Capítulo 4: Conclusiones

4.1 Resultados

Con el propósito de continuar comprendiendo el proceso de salud-enfermedad en niños y niñas de no más de cinco años como un evento complejo, y no meramente epidemiológico, la presente investigación ha dado cuenta que un factor importante en la escena familiar como lo es la violencia conyugal, representa un factor de riesgo para la salud de los menores. A continuación se presentan las conclusiones del estudio, empezando por los resultados de las regresiones logísticas de acuerdo al orden de las hipótesis planteadas, continuando con otros hallazgos que se consideraron como más relevantes. Seguidamente se realiza un recuento de las limitaciones encontradas a nivel metodológico, operativo y teórico. Finalmente, se muestra un análisis de posibles recomendaciones en materia de políticas públicas.

4.1.1 Comprobación de hipótesis

Esquema de vacunación

Las vacunas son una preparación biológica usada para prevenir enfermedades que actúan como elementos artificiales que refuerzan la inmunidad pasiva de las personas (Barbieri, 1991). A su vez, alivian la carga de morbi-mortalidad en una población al reducir las probabilidades de contagio de enfermedades infecciosas, por lo que son consideradas como un determinante próximo -de carácter preventivo- de la salud de infantes (Echarri Cánovas, 2003).

En el caso de Nicaragua los resultados descriptivos y bivariados muestran que la proporción de menores de cinco años que no tienen ninguna vacuna es muy baja, en comparación a aquellos que están cerca de completar el esquema de inmunizaciones. De acuerdo a los resultados de las regresiones logísticas no existen brechas entre las áreas rurales y urbanas en relación al *esquema de vacunación*.

Sin embargo, se evidencia que la probabilidad de que un niño o niña menor de cinco años complete el *esquema de vacunación* decrece a medida que aumenta el grado de *control de pareja* experimentado por su madre. De esta forma se confirma la primera

hipótesis propuesta por el estudio, la cual plantea que los niños y niñas menores de cinco años cuyas madres experimentan *violencia conyugal* tienen menor posibilidad de alcanzar la inmunización artificial completa según su edad. Asimismo, se observó que la *violencia física* decrece la posibilidad de presentar un *esquema de vacunación completo*.

Se advierte que el *control de pareja* afecta emocional y psicológicamente a las mujeres, así como también afecta su libertad de movimiento, sus relaciones interpersonales y su autonomía. Todo ello podría incidir en el hecho de que la madre, quien suele ser la responsable de los cuidados de los miembros más pequeños de la familia, acceda o no a los servicios sanitarios, o bien, permita el ingreso al hogar de brigadistas de salud durante jornadas de vacunación. Con lo cual se pone en riesgo la inmunización completa de los niños y niñas, y por ende, la resistencia de los menores ante las enfermedades.

A nivel de comunidad se encontraron resultados alentadores sobre la cobertura del programa de vacunación respecto a las áreas urbanas y rurales, así como por regiones, observándose que las jornadas de vacunación han alcanzado zonas aisladas como las que se encuentra en el Caribe. Sin embargo a nivel familiar se observa que los niños y niñas cuyas madres sufren un *alto grado de control de pareja*, la probabilidad de completar el *esquema de vacunación* es aún menor si estos habitan en *hogares nucleares* en comparación a los que habitan en *hogares extensos*.

Esto podría indicar que quizás los arreglos familiares distintos al nuclear amortiguan el efecto negativo del *control de pareja sobre la madre*, ya sea porque reaccionan como un apoyo que facilita la aplicación de vacunas, o porque un *hogar extenso* implica en ocasiones una mayor tasa ocupacional, la cual se asocia al reparto de tareas domésticas entre las cuales podría incluirse el cuidado de los menores. Dichas deducciones demuestran que es necesario abrir nuevamente el debate sobre la “familia” en Nicaragua, primeramente, facilitando y actualizando herramientas que permitan identificar los distintos arreglos domésticos que existen en un país multiétnico. Por tanto, no es posible que el Código de la Familia se circunscriba a una postura teórica de corte conservador que no refleja la realidad nacional, bajo el cual no se reconocen las

familias monoparentales, las familias extensas, los corresidentes emparentados y cualquier otro tipo de hogar donde no exista una pareja heterosexual (Jiménez, 2015).

Atención al embarazo

Estudios anteriores demostraron que las mujeres que experimentan violencia conyugal y que sufren limitaciones a su libertad de movimiento encuentran mayores limitaciones para recibir atenciones prenatales (Bloom, Wypij, y das Gupta, 2001; Ellsberg, Peña, Herrera, Lilijsstrand, y Winkvist, 1998). La segunda hipótesis del presente estudio plantea que las madres que experimentan episodios de *violencia conyugal* tienen menor probabilidad de obtener una *atención completa del embarazo*.

Los resultados muestran que las madres nicaragüenses entre 15 y 50 años que estuvieron unidas durante los doce meses previos a la entrevista y que experimentaron *violencia emocional, física o sexual* durante el año previo a la encuesta, tienen menor probabilidad de obtener una *atención completa al embarazo* en comparación a aquellas madres que no experimentaron dichos tipos de violencia. Al momento de desagregar los tipos de violencia se observa que existe una significancia estadística con la *violencia emocional*, la cual reduce la propensión a recibir una *atención al embarazo* completa.

La vigilancia continua al embarazo implica mayores oportunidades de anticipar resultados perjudiciales para el bienestar de la madre y el bebé. Asimismo involucra un vínculo entre la institución de salud y la madre que resulta en mayores porcentaje de partos atendidos por profesionales de la salud (BID, 2015). De manera similar este acercamiento permite que el personal de salud aborde con la madre temas en torno a la lactancia, a su alimentación y la del bebé, a la anticoncepción, a las vacunas, entre otros elementos orientados a la salud materna al desarrollo infantil (Ziaei, Contreras, Zelaya, Persson, Hjern, y Ekström, 2014).

Tanto la disponibilidad como el acceso a servicios sanitarios depende de otros factores, entre ellos la segregación espacial y social nacional debido a su efecto discriminador que influye en la conformación de zonas aisladas, zonas con alto nivel de marginación, con insuficiente oferta de servicios básicos o con infraestructuras viales precarias (Barbieri, 1991; Echarri Cánovas, 2003). El hecho de vivir en la *región del*

Caribe y experimentar un *alto control de pareja* reduce la probabilidad de obtener una *atención al embarazo completa*, en comparación al hecho de vivir en la *región del Pacífico* y no experimentar ningún grado de *control de pareja*.

En este sentido los resultados apuntan a una marcada desigualdad de atención a la salud materna de acuerdo a la división geopolítica siendo el Caribe el área más afectada, posiblemente por las limitaciones en la vinculación con el resto del país dado su autonomía y sus características étnicas, lingüísticas y culturales. Se estima que el nivel de inaccesibilidad a los servicios de salud en poblaciones pobres alcanza a más del 75% de las personas que se identifican con algún grupo étnico propio de la Costa Caribe, tales como creole/negro, miskitos o mayagnas (OPS/OMS, 2005).

Mortalidad

Por último, la tercera hipótesis plantea que el riesgo de que un niño o niña menor a cinco años fallezca es mayor en casos donde sus madres experimentan algún tipo de *violencia conyugal*. Ante ello los resultados muestran que no se encontraron asociaciones estadísticamente significativas, por lo cual no se puede afirmar que la *violencia conyugal* sea un factor de riesgo ante la *mortalidad* en menores de cinco años. Estos resultados no fueron contundentes con postulados de investigaciones previas (Asling-Monemi, Peña, Ellsberg, y Persson, 2003; Rico, Fenn, Abramsky, y Watts, 2011). Sin embargo el presente estudio considera que existen evidencias suficientes como para continuar explorando las posibilidades de este tema, y quizás con otro tipo de herramientas y técnicas, examinar si realmente en el país la violencia conyugal no incide directamente sobre la mortalidad en menores.

A pesar de ello, los resultados también señalan que la probabilidad de fallecer para un menor de cinco años disminuye si durante el embarazo su madre recibió atención prenatal, en comparación a niños y niñas cuyas madres no obtuvieron una *atención al embarazo completa*.

Por definición, la *atención al embarazo* como parte de los determinantes próximos, incide directamente sobre los niveles de morbi-mortalidad en los niños y niñas (Echarri Cánovas, 2003). Por tanto se infiere que políticas y recursos orientados a

cumplir con todos los lineamientos estipulados en la Normativa 001 del MINSA, podría derivar en resultados positivos sobre los indicadores de salud, e incluso reducir la actual brecha entre la tasa de mortalidad en menores de cinco años que habitan en áreas rurales (28 defunciones por cada mil nacidos vivos) y aquellos que habitan en áreas urbanas (14 defunciones por cada mil nacidos) (INIDE y MINSA, 2013).

Se puede afirmar que a pesar de no encontrar asociaciones estadísticamente significativas entre la *mortalidad* en menores de cinco años y la *violencia conyugal* experimentada por las madres, las evidencias apuntan a que el fenómeno de *violencia conyugal* representa un factor de riesgo ante elementos de cuidados de la salud – *esquema de vacunación y atención al embarazo*-. Estos a su vez son variables intermedias, que de forma indirecta generan cambios en los niveles de morbilidad y mortalidad en los niños y niñas, y cuyo estudio es relevante para conocer y comprender de qué manera se puede incidir para promover la salud en menores.

4.1.2 Otros resultados

Como parte de otros hallazgos, se evidenció que por cada año de escolaridad adicional que presentaran las madres nicaragüenses entre 15 y 50 años y que estuvieron unidas o casadas durante los doce meses previos, aumentan las probabilidades de que sus hijos e hijas menores de cinco años presenten un *esquema de vacunación completo* y de que ellas obtengan una *atención al embarazo completa*. De manera similar, por cada año adicional de educación de la madre, la probabilidad de que sus hijos e hijas menores de cinco años fallezcan se reduce. Estos resultados son consistentes con investigaciones previas (Caldwell J. C., , 1994; Echarri Cánovas, 2003; UNICEF, 2007; Mosley y Chen, 1984; Gakidou, Cowling, y Lozano, 2010).

La UNESCO (2013) señala que una mejora en la educación de las mujeres, incide en reducir las tasas de mortalidad infantil, logra mejoras en la alimentación de los bebés y reduce las probabilidades de ser madres precoces. El análisis descriptivo indica que el promedio de años de escolaridad para las madres en edad fértil de menores de cinco años es de 7.1, lo cual coincide con otras estimaciones que ubican a Nicaragua como uno de los países de Latinoamérica con menor cantidad de años de escolaridad promedio (Gakidou, Cowling, y Lozano, 2010).

Por otra parte el análisis descriptivo sobre *violencia conyugal* mostró que del total de madres entre 15 y 50 años que estuvieron unidas o casadas durante los doce meses previos a la encuesta, 2.3% experimentó *violencia emocional, física y sexual*. A finales de la década de los 90s, se advertía que en Nicaragua gran parte de los abusos sexuales contra mujeres por parte de sus parejas se entrelazaban con actos de *violencia física y violencia emocional* (Ellsberg, Peña, Herrera, Lilistrand, y Winkvist, 1998).

Dichas estimaciones infieren que la *violencia conyugal* contra mujeres en Nicaragua no se manifiesta únicamente como una serie de eventos desarticulados entre sí, y que quizás la forma en que la ENDESA 2011-2012 capta la información, no alcanza a mostrar el panorama completo. Para Johnson y Leone (2005), las encuestas responden a un enfoque teórico sobre la *violencia intrafamiliar* que intenta medir la violencia situacional de pareja. Por tanto bajo esta perspectiva la *violencia conyugal* se podría entender como la forma en que se asume la relación de pareja, o bien, como mecanismos de expresión de percepciones, necesidades, pensamientos y sentimientos que son comunicados de manera violenta (Castro, Ríquer, y Medina, 2004). Sin embargo, los datos de prevalencia de dos o más tipos de *violencia conyugal* estarían reflejando un uso sistemático de la violencia como método de control y subordinación de las mujeres que podría a su vez ser producto de tradiciones patriarcales. A este tipo de *violencia conyugal* Johnson y Leone (2005) lo consideran como terrorismo íntimo o terrorismo patriarcal, y es el que ha sido mayormente documentado bajo el enfoque de la teoría feminista.

No obstante la medición de la *violencia conyugal* contra las mujeres amerita una profunda revisión la cual permita conocer bajo otros enfoques teóricos, los factores de riesgo, las distintas formas en que se manifiestan y sus consecuencias. Algunas de estas limitaciones se mencionan en el apartado siguiente.

4.2 Limitaciones del estudio

A pesar de que se intuye que las experiencias de *violencia emocional, física o sexual* reportadas por las mujeres no responden únicamente a una escalada del conflicto de pareja -violencia situacional de pareja-, sino que también responden a una

construcción social de roles de corte patriarcal -terrorismo íntimo-, dicha diferenciación no fue observada debido a que la ENDESA 2011-2012 no recoge detalles sobre elementos esenciales en torno a los episodios de *violencia conyugal*.

Uno de estos elementos es la severidad de la agresión, con lo cual se presenta un sesgo en la construcción de las variables al incluir dentro de una misma categoría a mujeres que han sufrido agresiones “menores” como gritos por parte de su pareja, así como mujeres que han recibido amenazas con armas de fuego. Otra dimensión importante a tomar en consideración es la temporalidad de los eventos violentos, y es que a pesar que la ENDESA 2011-2012 permite diferenciar entre la violencia acontecida *alguna vez en la vida* y la que ocurrió *durante los doce meses previos a la entrevista*, no fue posible diferenciar entre violencia *crónica* y violencia *episódica*. Para Casique y Castro (2012), esta clasificación es necesaria porque incrementa el entendimiento del problema al discriminar en distintas categorías a aquellas mujeres que reportan haber tenido una experiencia de violencia en toda su vida, de aquellas que sufren agresiones de forma sistemática.

Por otro lado, la ENDESA 2011-2012 no recaba información respecto a experiencias de *violencia económica*, la cual es una dimensión importante para conocer otras tácticas de control y abuso de pareja como la subordinación económica, el control de los recursos del hogar y del patrimonio de la pareja, entre otros factores que posiblemente también se relacionen con la salud de los menores de cinco años.

Téngase en cuenta que la obtención de datos e información sobre *violencia conyugal* suelen estar sub-registrados debido a la privacidad y estigma en torno al tema, o bien porque algunas mujeres tienden a minimizar el tema como consecuencia de sentimientos de vergüenza, culpa, o lealtad al agresor (Ackerson, 2009; Ellsberg, Peña, Herrera, Lilistrand, y Winkvist, 1998). De manera similar, se reconoce que las normas y percepciones socioculturales influyen en la forma en que se percibe la violencia, y por tanto la subjetividad de la definición de violencia de las propias víctimas genera variaciones en los reportes sobre el fenómeno (Lafta, 2008).

Otro evento que suele mostrar sesgos en sus estimaciones es la mortalidad en los niños y niñas, ya que en ocasiones detalles sobre las defunciones como la fecha y causas

de muertes suelen presentar un sub-registro debido al impacto de este evento en términos de sufrimiento personal para aquellas personas que lo experimentan. La variable *esquema de vacunación* no contiene información sobre inmunización a aquellos niños y niñas que fallecieron, ya que la ENDESA 2011-2012 consideró únicamente a los menores que estaban vivos durante la fecha de la encuesta para recabar información sobre las vacunas. De haber sido el caso contrario, los resultados no presentarían un sesgo en sus coeficientes y además se hubiese podido estimar la asociación entre el *esquema de vacunación* y la *mortalidad* en menores.

El presente estudio tampoco logró estimar los episodios de morbilidad de los menores de cinco años debido a que el filtro para dichas preguntas tomó en consideración por cada madre a solamente uno de los últimos nacidos vivos durante los cinco años previos a la encuesta. Por tanto no fue posible medir la asociación entre la violencia conyugal y la atención de carácter curativo o terapéutico de los niños y niñas que presentaron episodios de morbilidad. A pesar de esto, la ENDESA es una herramienta importante para medir y observar las dinámicas familiares y su posible asociación con otros eventos, por lo cual la continuidad y mejoramiento de la misma debería ser tomado en cuenta por las autoridades e instituciones pertinentes.

4.3 Implicaciones para la agenda pública

En Nicaragua, las políticas y leyes que se acercan a la salud de los niños y niñas reconocen la importancia del binomio madre-hijos debido a la incidencia de la madre sobre la salud de ellos, sin embargo esta idea suele limitarse al periodo de embarazo, parto y puerperio. Por lo cual la mayoría de acciones están orientadas a la atención prenatal, la atención durante el parto, la promoción de la lactancia materna, al cumplimiento de vacunas y a la alimentación de los pequeños.

No obstante, las políticas públicas también reconocen que existe un contexto de violencia intrafamiliar, y que este se traduce en un problema de salud pública debido a las consecuencias que genera, y que por tanto el Estado debe crear mecanismos de prevención y eliminación de la misma. Efectivamente la ley 779 de Nicaragua: *La ley integral contra la violencia hacia las mujeres*, reconoce que los casos de violencia doméstica considerados como “delitos” los niños y niñas deben recibir atención por

parte de las autoridades, además de la proporcionada a las víctimas directas. Como medida cautelar se estipula que las Comisarías de la Mujer y la Niñez “deberán ordenar un examen médico, psicológico y social a niños y niñas víctimas directas o indirectas de hechos de violencia”, e incluso contactar al Ministerio de la Familia “en casos de denuncias de vulneración de derechos de los menores”.

La presente investigación sostiene que esta Ley no está encaminada a “destruir a las familias nicaragüenses”²¹ (tal como han señalado sectores de la sociedad como las iglesias –católicas y evangélicas- y partidos conservadores). Y a pesar de que el artículo citado anteriormente es la única referencia sobre atención a menores en casos de violencia conyugal, éste brinda una ventana de protección tanto para las mujeres como para sus hijos e hijas expuestos a episodios de violencia en el hogar.

Para concluir, es importante considerar que las políticas y acciones enfocadas a erradicar la violencia conyugal no solamente deben partir desde un enfoque familiar. También deberán tomar en consideración los elementos del macro-nivel que por una parte justifican la violencia de los hombres hacia las mujeres, y que por otro lado permiten y normalizan los abusos (Grose y Grabe, 2014; Casique y Castro, 2012). De forma similar, la promoción de salud en menores de cinco años debe ser de forma integral, en donde también los elementos del entorno familiar se consideren variables que inciden sobre los determinantes próximos de la morbi-mortalidad.

²¹ Artículos de opinión respecto al tema pueden ser consultados en: Agencia Fides. (2012, Octubre 2). *Aleteia*. Consultado en Julio 17, 2013, desde <http://es.aleteia.org/2013/10/02/nicaragua-combatir-la-violencia-machista-sin-destruir-la-familia/>. Y Excelsior. (2013, mayo 7). Consultado en Julio 17, 2016, desde <http://www.excelsior.com.mx/global/2013/05/07/897949>.

Bibliografía

- Acheson, D. (1998). *Independent Inquiry into Inequalities in Health Report*. London: The Stationery Office.
- Ackerson, L. (2009). Intimate Partner Violence and Death Among Infants and Children in India. *Pediatrics*(124), 878-889.
- Agencia Fides. (2012, Octubre 2). *Aleteia*. Consultado en Julio 17, 2013, desde <http://es.aleteia.org/2013/10/02/nicaragua-combatir-la-violencia-machista-sin-destruir-la-familia/>
- Alhusen, J. L., Ray, E., Sharps, P., y Bullock, L. (2015). Intimate Partner Violence During Pregnancy: Maternal and Neonatal Outcomes. *Journal of Women's Health, 24*(1).
- Amnistía Internacional. (2009). *La prohibición total del aborto en Nicaragua. La vida y la salud de las mujeres en peligro, los profesionales de la medicina, criminalizados*. Londres, Reino Unido: Amnesty International Publications.
- Asling-Monemi, K., Peña, R., Ellsberg, M., & Persson, L. (2003). Violence against women increases the risk of infant and child mortality: a case referent study in Nicaragua. *Bulletin of the World Health Organization*.
- Athens, J. (2004). *Vivienda Saludable en Nicaragua. Una mirada intersectorial para mejorar la calidad de la vivienda*. Consejo de Coordinador de Winsconsin con Nicaragua .
- Banco Interamericano de Desarrollo (BID) (2015). *Asuntos de familia. Estudio cualitativo sobre las redes sociales durante el embarazo y parto en Mesoamérica. Chiapas-México, Guatemala, Panamá, Honduras y Nicaragua* . División de Protección Social y Salud .
- Barahona, M. (2006). Familias, hogares, dinámica demográfica, vulnerabilidad y pobreza en Nicaragua. *Población y Desarrollo - CELADE, 69*.
- Barbieri, M. (1991). Les Determinants de la Mortalite des Enfants dans le tiers-monde. *Les Dossiers Du Ceped* (18).
- Bloom, S. S., Wypij, D., y das Gupta, M. (2001). Dimensions of Women's Autonomy and the Influence on Maternal Health Care Utilization in a North Indian City . *Demography, 38*(1), 67-78.
- Busso, G. (2002). *Vulnerabilidad sociodemográfica en Nicaragua: un desafío para el crecimiento económico y la reducción de la pobreza*. Santiago de Chile: CELADE-ECLAC.
- Buvinic, M., Morrison, A., y Shifter, M. (2003). Violence in Latin America and the Caribbean: A Framework For Action. In *Crime and Violence in Latin America: Citizen Security, Democracy, and the State* (pp. 93-123). Washington, D.C.
- Caldwell, P., y Caldwell, J. C. (1993). Women's position and child mortality and morbidity in less developed countries. In *Women's position and demographic change* (pp. 122-139). Oxford: Clarendon.
- Campbell, J. C. (2002). Health consequences of intimate partner violence. *The Lancet, 359*(9314), 1331–1336.
- Casique, I., y Castro, R. (2012). Capítulo 1. Claroscuros en el conocimiento sobre la violencia contra las mujeres. En I. Casique, & R. Castro (Eds.), *Retratos de la violencia contra las mujeres en México. Análisis de Resultados de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares, 2011* (pp. 9-39). México, Df: Instituto Nacional de las Mujeres.
- Casique, L., & Ferreira, A. (2006). Violencia contra la mujer: reflexiones teóricas. *Latino-am, 14*(6).
- Castro, R., Ríquer, F., & Medina, M. (2004). *Violencia de género en las parejas mexicanas. Resultados de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares*. México, D.F. : Instituto Nacional de Mujeres.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2014, Mayo 19). *Centers for Disease Control and Prevention*. Consultado en Julio 14, 2016, desde <http://www.cdc.gov/vaccines/vac-gen/whatifstop.htm>

- CEPAL. (2015). *Informe anual 2013-2014. El enfrentamiento de la violencia contra las mujeres en América Latina y el Caribe*. Santiago de Chile: Publicación de las Naciones Unidas.
- CEPAL. (2016). *Redatam celade-cepal*. Consultado en octubre siete, 2015, desde http://celade.cepal.org/redatam/PRYESP/SISPP/Wehhelp/helpsispi.htm#tasa_de_mortalidad_ninez.htm
- Cokkinides, V. E., Coker, A. L., Sanderson, M., Addy, C., & Lesa, B. (1999). Physical Violence During Pregnancy: Maternal Complications and Birth Outcomes. *Obstetrics & Gynecology*, 93(5), 661-666.
- Corsi, J. (1994). *Violencia familiar, "Una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social"*. Buenos Aires: Paidós.
- Cunningham, A., & Baker, L. (2007). *Little eyes, little ears. How violence against a mother shapes children as they grow*. London ON: Centre for Children & Families in the Justice System.
- Datner, E. M., & Ferroggiaro, A. A. (1999). Violence during pregnancy. *Emergency Medicine Clinics of North America*, 17(3), 645-656.
- Dirección de Relaciones Internacionales de Nicaragua. (2011). Análisis del objetivo no.4 de Desarrollo Del Milenio: Reducción de la mortalidad infantil. Managua.
- Echarri Cánovas, C. J. (2003). *Hijo de mi hija. Estructura familiar y salud de los niños en México* (Primera ed.). Ciudad de México: Colegio de México (COLMEX).
- Ellsberg, M., Caldera, T., Herrera, A., Winkvist, A., & Kullgren, G. (1999). Domestic violence and emotional distress among Nicaragua women: Results from a population based study. *American Psychologist*, 1(54), 30-36.
- Ellsberg, M., Peña, R., Herrera, A., Lilijsstrand, J., & Winkvist, A. (1998). *Confites en el infierno. Prevalencia y características de la violencia conyugal hacia mujeres en Nicaragua*. Red de Mujeres contra la Violencia.
- Excelsior. (2013, mayo 7). Consultado en Julio 17, 2016, desde <http://www.excelsior.com.mx/global/2013/05/07/897949>
- Fassler, I. R., Amodeo, M., Griffin, M. L., Clay, C. M., & Ellis, M. E. (2005). Predicting longterm outcomes for women sexually abused in childhood: contribution of abuse severity versus family environment. *Child Abuse & Neglect*, 29, 269-284.
- Finlay, J. E., Özaltın, E., & Canning, D. (2011). The association of maternal age with infant mortality, child anthropometric failure, diarrhoea and anaemia for first births: evidence from 55 low- and middle-income countries. *BMJ Open*, 1-24.
- Fisas, V. (1998). *Cultura de paz y gestión de conflictos* (UNESCO ed.). Barcelona: Icaria.
- Fundación Internacional para el Desafío Económico Gloval (FIDEG). (2015). *Encuesta de Hogares para medir la Pobreza en Nicaragua · Informe de resultados 2015*. Managua, Nicaragua.
- Gakidou, E., Cowling, K., & Lozano, R. (2010). Increased educational attainment and its effect on child mortality in 175 countries between 1970 and 2009: a systematic analysis. *The Lancet*, 376(9745), 959-974.
- Galtung, J. (2003). *Paz por medios pacíficos. Paz y conflicto, desarrollo y civilización* (7 ed.). Bilbao: Red Gernika.
- Gelles, R., & Strauss, M. (1988). *Intimate Violence. The causes and consequences of abuse in the american family*. New York: Simon & Schuster Inc.
- Gobierno de Nicaragua. (2011). *Política Nacional: La primera infancia. Amor para los más Chiquitos y Chiquitas*. Managua, Nicaragua.
- Grose, R., & Grabe, S. (2014). The Explanatory Role of Relationship Power and Control in Domestic Violence Against Women in Nicaragua: A Feminist Psychology Analysis. *Violence Against Women*, 20(8), 972-993.

- Hair, Jr., J. F., Anderson, R. E., & Tatham, W. C. (1999). *Análisis Multivariante* (5ta edición ed.). Madrid: Prentice Hall Iberia.
- Heaton, T. B., & Forste, R. (2008). Domestic Violence, Couple Interaction and Children's Health in Latin America. *Journal of Family Violence*, 23(1), 183-193.
- Heaton, T. B., Huntsman, T. J., & Flake, D. F. (2005). The effects of status on women's autonomy in Bolivia, Peru, and Nicaragua. *Population Research and Policy Review*, 24, 283-300.
- Heise, L. L. (1998). Violence Against Women: An Integrated, Ecological Framework. *Sage Journals*, 4(3), 262-290.
- INEGI. (2010). *Nota técnica: estratificación multivariada*.
- Instituto Nacional de Información de Desarrollo (NIDE) . (2000). *Informe General. Encuesta Nacional de Hogares*. Managua, Nicaragua: Proyecto MECOVI.
- Instituto Nacional de Información y Desarrollo (INIDE). (2006). *VIII Censo de Población y IV de Vivienda. Cifras oficiales* . Managua, Nicaragua.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2005). *Conceptos, Definiciones Básicas y Nota Técnica* .
- Instituto Nacional de Información y Desarrollo (INIDE) y Ministerio de Salud (MINSA). (2013). *Encuesta nicaraguense de demografía y salud 2011/12: Informe Preliminar*. Managua.
- Instituto Nacional de las Mujeres. (2012). *Violencia feminicida en México. Características, tendencias y nuevas expresiones en las entidades federativas, 1985-2010*. México.
- Instituto Nicaragüense de Estudios Territoriales (INETER) . (2005). *División política administrativa del país*. Managua, Nicaragua.
- Jiménez, J. (2015). El Código de la Familia es el último eslabón de un proyecto de control social. *Revista Envío*(398).
- Johnson, M. P. (1995). Patriarchal Terrorism and Common Couple Violence: Two Forms of Violence against Women . *Journal of Marriage and the Family*, 57(2), 283-294.
- Johnson, M. P., & Leone, J. M. (2005). The Differential Effects of Intimate Terrorism and Situational Couple Violence. Findings From the National Violence Against Women Survey. *Journal of Family Issues*, 26(3), 322-349.
- Karamagi, C. A., Tumwine, J. K., Tylleskar, T., & Heggenhougen, K. (2003). Intimate partner violence and infant morbidity: evidence of an association from a population-based study in eastern Uganda in 2003. *BMC Pediatrics*.
- Lafta, R. K. (2008). Intimate-partner violence and women's health. *The Lancet*, 371, 1140-1141.
- Lamas, M. (1996). Usos, dificultades y posibilidades de la categoría género. En *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual* (pp. 327-366). Ciudad de México: Porrúa-Programa Universitario de Estudios de Género de la Universidad Nacional Autónoma de México (PUEG-UNAM).
- McHugh, M. C., & Frieze, I. H. (2006). Intimate Partner Violence. New Directions. *ANNALS NY*, 10, 121-141.
- McHugh, M., & Frieze, I. H. (2006). Intimate Partner Violence. New Directions. *Annals New York Academy of Sciences*, 1087, 121-141.
- Ministerio de la salud de Nicaragua. (2008). *Normativa-010.1 Normas y protocolo para la atención prenatal, parto, puerperio y recién nacido/a de bajo riesgo*.
- Morrison, A. R., & Orlando, M. (1999). Capítulo 3: El impacto socioeconómico de la violencia doméstica: Chile y Nicaragua . En *El costo del silencio: Violencia doméstica en las Américas* (pp. 49-80). Washington, D.C: Sección de publicaciones del Banco Interamericano de Desarrollo (BID).
- Mosley, H. W., & Chen, L. (1984). An Analytical Framework for the Study of Child Survival en Developing Countries . *Population and Development Review*, 10, 25-45.

Muiser, J., Sáenz, M., & Bermúdez, J. (2011). Sistema de Salud en Nicaragua. *Salud Pública de México*, 53(2), 233-242.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (1986). *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*.

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2006). *Análisis de Situación de Salud y Recomendaciones para el Desarrollo Sanitario de Nicaragua*.

Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2016, mayo 16). *Inmunization monitoring* . Consultado en Julio 14, 2016, desde http://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary/timeseries/tsincidencepolio.html

Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2015). *El embarazo en adolescentes*.

OPS/OMS. (2005). *Estrategia de cooperación con el país. Nicaragua 2004-2008*. Oficina Regional de la Organización mundial de la Salud .

OPS/OMS. (2012). *Health in the Americas* .

Pérez Argüelles, M. (2010). *Cinco miradas sobre el derecho a la salud. Estudios de caso en México, El Salvador y Nicaragua*. México D.F: Fundar, Centro de Análisis e Investigación, A.C.

Piédrola, G. G. (2001). Capítulo 1: La salud y sus determinantes. En *Medicina Preventiva y Salud Pública* (pp. 3-14). Barcelona: Masson.

Rabell Romero, C., & Gutiérrez Vázquez, E. Y. (2012). ¿Con quién vivimos los mexicanos? *Coyuntura Demográfica*(2), 35-39.

Rico, E., Fenn, B., Abramsky, T., & Watts, C. (2011). Associations between maternal experiences of intimate partner violence and child nutrition and mortality: findings from Demographic and Health Surveys in Egypt, Honduras, Kenya, Malawi and Rwanda. *Emergency Medicinal Journal*(65), 360-367.

Riley, N. E. (2005). Demography of Gender. *Handbook of Population/ Handbooks of Sociology and Social Research*, 109-141.

Saifuddin, A., Koenig, M. A., & Stephenson, R. (2006). Effects of domestic violence on perinatal and early-childhood mortality: evidence from north India. *Am J Public Health*, 96(8).

Salazar, M., & San Sebastian, M. (2014). Violence against women and unintended pregnancies in Nicaragua: a population-based multilevel study. *BMC Women's Health*, 14, 14:26.

Scott, J. W. (1986). Gender: A Useful Category of Historical Analysis. *The Americal Historical Review* , 91(5), 1053-1075.

Secretaría de la Convención de Génova. (2015). *Global Burden of Armed Violence 2015: Every Body Counts*.

Selemani, M., Mwanyangala, M. A., Mrema, S., Shamte, A., Kajungu, D., Mkopi, A., et al. (2014). The effect of mother's age and other related factors on neonatal survival associated with first and second birth in rural, Tanzania: evidence from Ifakara health and demographic surveillance system in rural Tanzania. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14(240).

Sharon Pool, M., Otupiri, E., Owusu-Dabo, E., de Jonge, A., & Agyemang, C. (2014). Physical Violence during Pregnancy and Pregnancy Outcomes in Ghana. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14.

Shayesteh , J., Howard, L. M., & Medley, N. (2014). Interventions for preventing or reducing domestic violence against pregnant women . *Cochrane Database of Systematic Review*, 11(3).

Shonkoff, J. P., Richter, L., Van der Gaag, J., & Bhutta, Z. A. (2012). An Integrated Scientific Framework for Child Survival and Early Childhood Development. *Pediatrics*, 129(460), 460-472.

United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (UN - IGME). (2015). *Levels and Trends in Child Mortality Report 2015* .

UNESCO. (2013). *Informe de Seguimiento de la Educación "La educación de las niñas: los datos"*.

UNICEF . (2013). *Documento del Programa del País (Nicaragua) 2013-2017*.

UNICEF. (2007). *Estado Mundial de la infancia 2007: La mujer y la infancia El doble dividendo de la igualdad de género*.

UNICEF. (2008). *Informe de UNICEF de sobrevivencia infantil para 2008* .

UNICEF. (2013). *Nicaragua. Documento del programa del país 2013-2017*.

United Nations Children's Foundation (UNICEF). (1989). *Convención sobre los Derechos del Niño*.

Whitehead, A. (1994). Wives and mothers: female farmers in Africa. En A. Adepoju, & C. Oppong, *Gender, work and population in sub-Saharan Africa*. London: James Currey .

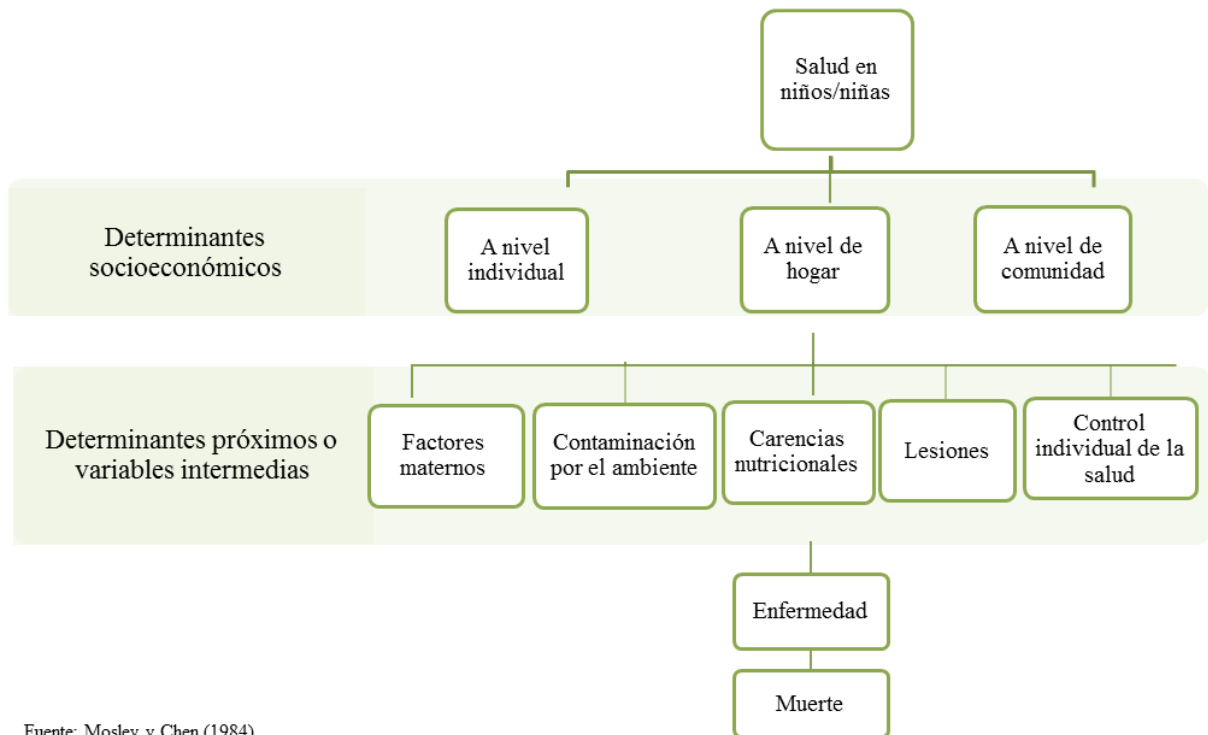
Yates, E. (2008). *Violencia en América Central una mirada desde la prevención*.

Yllo, K.A & Strauss, M, A. (1990). Patriarchy and violence against wives. The impact of structural and normative factors.

Ziaei, S., Contreras, M., Zelaya , E., Persson, L.-Å., Hjern, A., & Ekström, E.-C. (2014). Women's autonomy and social support and their associations with infant and young child feeding and nutritional status: community-based survey in rural Nicaragua. *Public Health Nutrition*, 18(11), 1979-1990

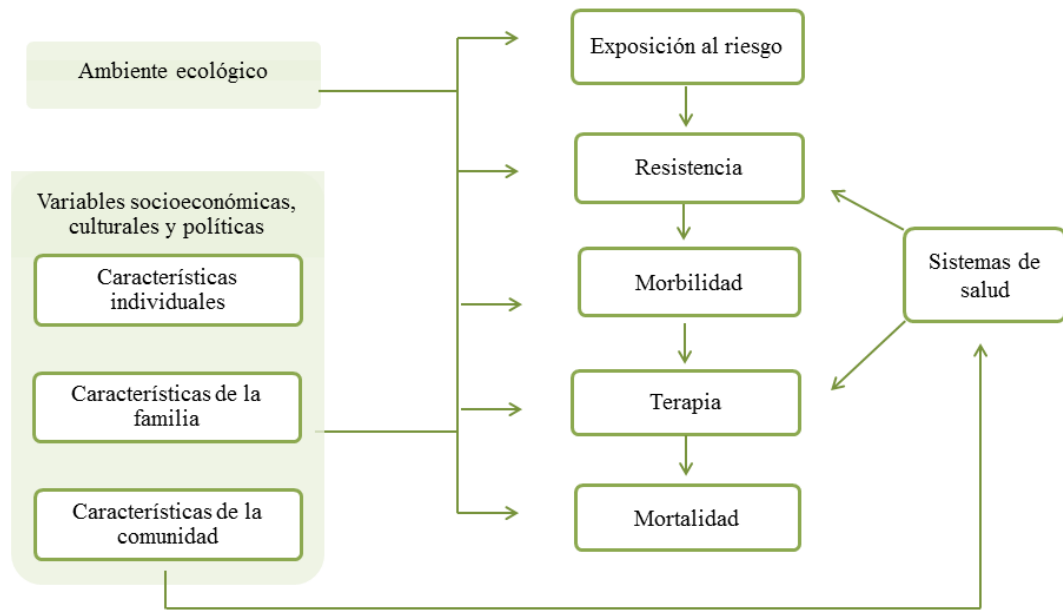
Anexos de cuadros, gráficas e ilustraciones

Anexo 1: Modelo de determinantes de la sobrevivencia infantil según Mosley y Chen (1984)



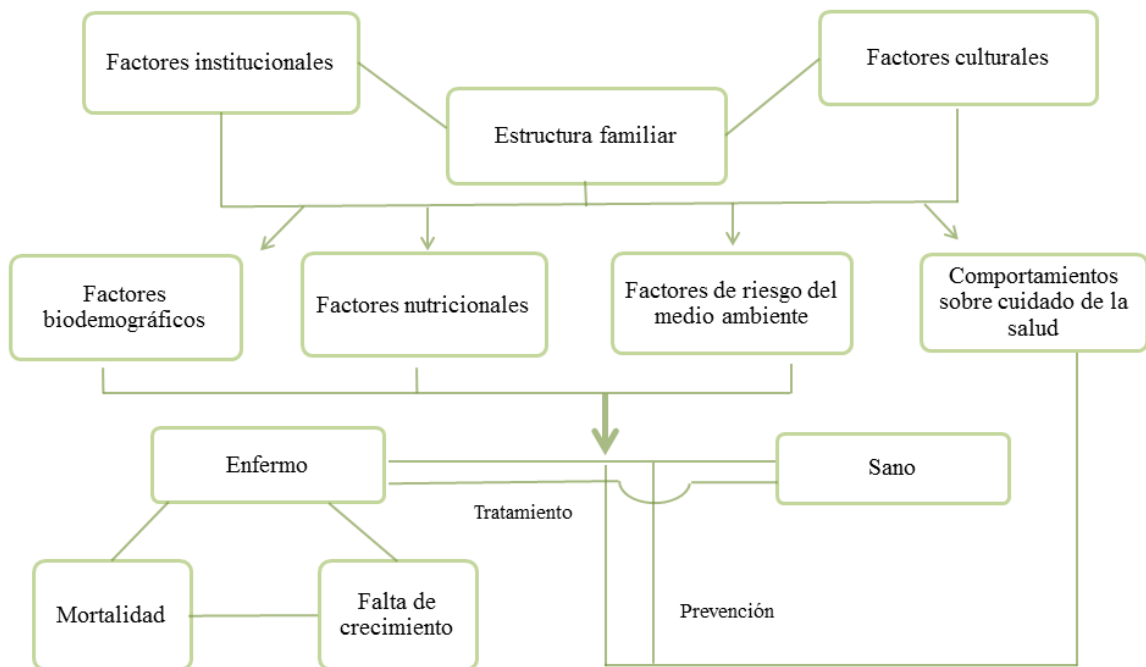
Fuente: Mosley y Chen (1984)

Anexo 2: Modelo de determinantes de la sobrevivencia infantil según Barbieri (1991)



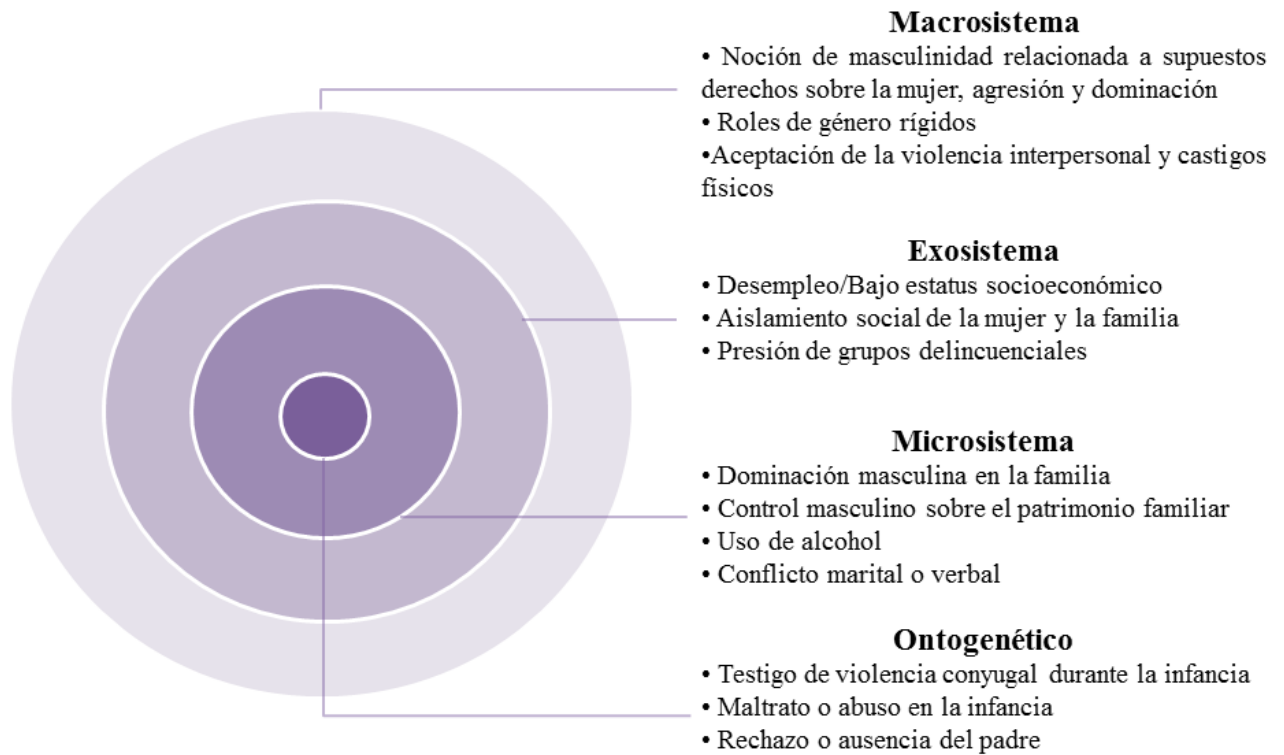
Fuente: Barbieri (1991)

Anexo 3: Modelo de determinantes de la sobrevivencia infantil según Echarri (2003)



Fuente: Echarri Cánovas (2003)

Anexo 4: Modelo ecológico sobre la violencia contra las mujeres según Heise (1998)



Fuente: Lori Heise (1998)

Anexo 5: Estratificación socioeconómica de las viviendas según pertenencia de bienes

Cantidad de bienes	Clasificación
Entre 0 y 2	Bajo
Entre 3 y 11	Medio
Entre 12 y 21	Alto

Fuente: Elaboración propia con base en la ENDESA 2011-2012

Anexo 6: Clasificación de las condiciones de las viviendas según el nivel de salubridad de los materiales y de los servicios básicos

Número de materiales o servicios de la vivienda considerados como salubres	Clasificación
Menos de 5	Bajo
Entre 5 y 7	Medio
Mayor a 8	Alto

Fuente: Elaboración propia a partir de ENDESA 2011-2012

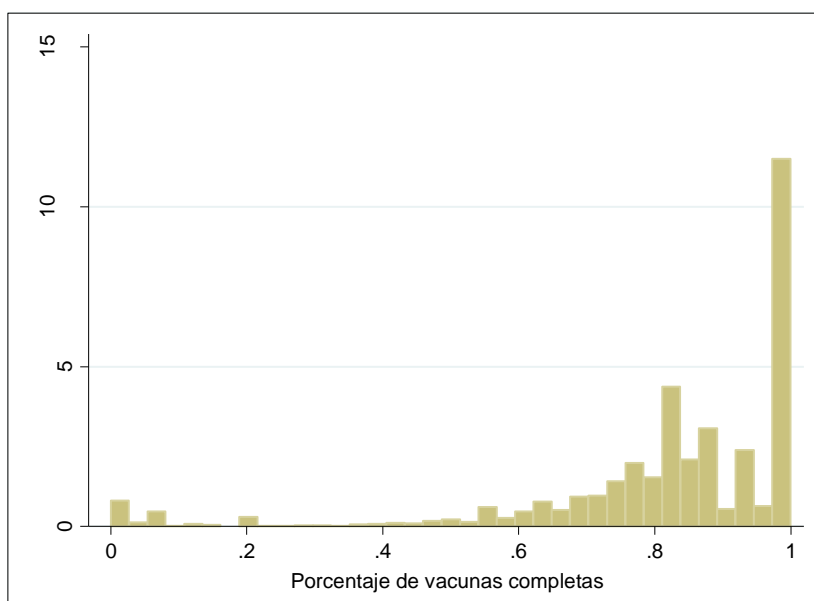
Anexo 7: Cuadro no.1: Esquema de vacunación de Nicaragua para niños y niñas según dosis y edad

Vacuna	Dosis	Edad	Refuerzos	Dosis	Edad
BCG	1	0 mes		1	
Poliomelitis	1	2 meses	Polio	2	Una dosis adicional durante cada jornada de vacunación, niños entre 2 y 48 meses
	2	4 meses		3	
	3	6 meses		4	
Pentavalente	1	2 meses		MMR	
	2	4 meses			
	3	6 meses			
Rotavirus	1	2 meses			
	2	4 meses			
	3	6 meses			
Neumococo	1	2 meses			
	2	4 meses			
	3	6 meses			
MMR	1	12 meses			
DPT	1	18 meses			
	2	6 años			

Fuente: Programa Nacional de Inmunizaciones, Ministerio de la Salud de Nicaragua

□

Anexo 8: Distribución de la variable vacunas



Fuente: Elaboración propia a partir de la ENDESA 2011-2012

Anexo 9: Distribución de variables de control asociadas a madres de niños y niñas menores de cinco años, Nicaragua 2011-2012

		Esquema vacunación		Atención al embarazo		Mortalidad	
		n = 9,853		n = 9,853		n = 9853	
Variables independientes	Categorías	Incompleto	Completo	Incompleta	Completa	Muerto	Vivo
		A nivel de comunidad					
Área	Urbano	74.1%	25.9%	22.2%	77.8%	1.5%	98.5%
	Rural	71.4%	28.6%	36.1%	63.9%	2.9%	97.1%
	Prob > F		0.06		0.00		0.00
Región	Pacífico	79.6%	20.4%	23.6%	76.4%	1.5%	98.5%
	Central	61.0%	39.0%	29.7%	70.3%	2.9%	97.1%
	Atlántico	74.1%	25.9%	45.7%	54.3%	3.1%	96.9%
	Prob > F		0.00		0.00		0.00
A nivel familiar							
Tipo de hogar	Nuclear	73.6%	26.4%	29.5%	70.5%	2.3%	97.7%
	Monoparental	75.7%	24.3%	27.3%	72.7%	2.0%	98.0%
	Extenso	71.0%	29.0%	29.5%	70.5%	2.2%	97.8%
	Prob > F		0.17		0.89		0.96
Condiciones higiénicas de la vivienda	Poca salubridad	74.8%	25.2%	39.5%	60.5%	2.7%	97.3%
	Media	72.1%	27.9%	28.3%	71.7%	2.3%	97.7%
	Óptima	71.9%	28.1%	23.0%	77.0%	1.7%	98.3%
	Prob > F		0.24		0.00		0.27
Estrato socioeconómico del hogar según bienes	Bajo	72.5%	27.5%	40.8%	59.2%	3.0%	97.0%
	Medio	73.0%	27.0%	28.3%	71.7%	2.0%	98.0%
	Alto	71.4%	28.6%	14.8%	85.2%	0.1%	99.9%
	Prob > F		0.83		0.00		0.00
Características individuales de la madre							
Años de escolaridad	Media	6.6	7.0	5.2	7.4	5.0	6.8
	Error estándar	0.091	0.128	0.148	0.083	0.428	0.075
	Prueba de medias		0.00		0.00		0.00
Edad al parto	Media	25.1	25.4	24.5	25.4	24.9	25.2
	Error estándar	0.130	0.180	0.219	0.118	0.786	0.107
	Prueba de		0.00		0.00		0.11

medias							
Trabajó durante último año	Si	76.2%	23.8%	24.2%	75.8%	1.9%	98.1%
	No	70.6%	29.4%	32.5%	67.5%	2.4%	97.6%
	Prob > F		0.00		0.00		0.29
Características individuales de los niños y niñas menores de 5 años							
Edad	Media	2.2	1.3	-	-	0.1	2.0
	Error estándar	0.030	0.043	-	-	0.038	0.026
	Prueba de medias		0.00		-		0.01
Orden de nacimiento	Media	2.5	2.5	2.9	2.4	2.8	2.5
	Error estándar	0.030	0.055	0.068	0.034	0.032	0.228
	Prob > F		0.03		0.00		0.09
Sexo	Femenino	72.9%	27.1%	-	-	1.7%	98.3%
	Masculino	72.6%	27.4%	-	-	2.8%	97.2%
	Prob > F		0.82		-		0.01
Intervalo de nacimientos en meses	Media	34.9	39.7	32.4	37.6	30.4	36.3
	Error estándar	0.754	1.057	1.050	0.750	3.197	0.630
	Prueba de medias		0.00		0.00		0.00
Atención al embarazo	Completa	-	-	-	-	1.4%	98.6%
	Incompleta	-	-	-	-	4.4%	95.6%
	Prob > F		-		-		0.00

Fuente: Elaboración propia a partir de la ENDESA 2011-2012

Anexo 10: Matriz de correlación de Pearson entre variables independientes de tipo continua

	Grados escolaridad de la madre	Edad al momento del parto	Edad de los niños	Intervalo de nacimiento
Grados escolaridad de la madre	1			
Edad al momento del parto	-0.0103	1		
Edad de los niños	-0.0232	-0.0261	1	
Intervalo de nacimiento	-0.0815	0.5989	-0.0395	1

Fuente: Elaboración propia en base a ENDESA 2011-2012

Anexo 11: Matriz de correlación policórica entre variables independientes de tipo categórica

	Área	Región	Tipo de hogar	Índice salubridad de vivienda	Estrato del hogar	Algún tipo de violencia conyugal	Violencia emocional
Área	1						
Región	0.43141	1.00000					
Tipo de hogar	-0.27833	-0.07087	1.00000				
Índice salubridad de vivienda	-0.56588	-0.26753	0.29691	1.00000			
Estrato del hogar	-0.77979	-0.47993	0.26841	0.70397	1.00000		
Algún tipo de violencia	-0.18288	-0.09638	0.08613	0.09429	0.11367	1.00000	
Violencia emocional	-0.18473	-0.08091	0.08488	0.08278	0.10872	0.99989	1.00000
Violencia física	-0.15824	-0.09514	0.09360	0.07686	0.06730	0.99873	0.85597
Violencia sexual	-0.09581	-0.10665	0.01595	0.00827	0.05954		0.77348
Control de pareja	-0.12532	-0.04957	0.10479	-0.01763	0.01725	0.61751	0.60721
Nivel de escolaridad	-0.62948	-0.36071	0.22836	0.52348	0.66851	0.03621	0.02238
Estado laboral	0.43143	0.26386	-0.10172	-0.27239	-0.42239	-0.19135	-0.20200
Sexo del niño	-0.02045	-0.00864	0.01517	0.03933	-0.00715	-0.04112	-0.03426

	Violencia física	Violencia sexual	Control de pareja	Nivel de escolaridad	Estado laboral	Sexo del niño
Violencia física	1.00000					
Violencia sexual	0.77457	1.00000				
Control de pareja	0.61191	0.65137	1.00000			
Nivel de escolaridad	0.00784	-0.00293	-0.06198	1.00000		
Estado laboral	-0.14190	-0.08234	-0.09167	-0.35043	1.00000	
Sexo del niño	-0.04271	-0.03217	-0.01859	0.01259	-0.02348	1.00000

Fuente: Elaboración propia en base a ENDESA 2011-2012

Anexo 12: Nicaragua 2011-2012, Factores asociados a cuidados preventivos de la salud y a la mortalidad en menores de cinco años, contemplando los tres tipos de violencia conyugal

Variables independientes		Variables dependientes		
		Esquema de vacunación	Atención al embarazo	Mortalidad
Razón de momios				
<i>A nivel de comunidad</i>				
Área	Urbano (ref)			1.00
	Rural	1.13	0.78**	1.17
Regiones	Pacífico (ref)			1.00
	Central	3.93***	0.93	1.64**
	Caribe	1.74***	0.40***	0.89
<i>A nivel de hogar</i>				
Tipo de hogar	Nuclear (ref)			1.00
	Monoparental	1.14	1.21	1.36
	Extenso	1.26***	0.61***	0.96
Condiciones higiénicas de la vivienda (según sus materiales)	Baja (ref)			1.00
	Media	1.20**	1.25**	1.29
	Óptima	1.14	1.23**	1.04
Prevalencia de violencia emocional	No violencia (ref)			1.00
	Si violencia	0.91	0.68**	0.70
Prevalencia de violencia física	No violencia (ref)			1.00
	Si violencia	0.14*	0.18	1.38
Prevalencia de violencia sexual	No violencia (ref)			1.00
	Si violencia	0.70	1.04	1.44
Control de pareja	Ninguno (ref)			1.00
	Bajo	1.03	1.16	0.78
	Alto	0.77***	0.78**	0.85

<i>Características de la madre</i>				
Total grados de escolaridad		1.09***	1.10***	0.93***
Edad al momento del parto		0.99	1.07***	0.91***
Situación laboral en el último año	No trabajó (ref)			1.00
	Si trabajó	0.63***	1.20**	1.81***
<i>Características de los niños</i>				
Sexo	Femenino (ref)			1.00
	Masculino	1.080	-	1.62***
Orden de nacimiento	1ro			1.00
	2do	1.49***	0.45***	0.46**
	3ro	1.42***	0.26***	0.65
	4to hasta 13avo	1.44**	0.17***	1.04
Edad		-	-	0.10***
Intervalo protogenésico		1.00**	1.00*	0.99
Atención al embarazo	Incompleta (ref)	-	-	1.00
	Completa	-	-	0.37***
<i>Constante</i>		0.05***	0.85**	0.21***
Número de observaciones		5,213	5,210	5,210
Número de grupos (nivel 2)		4,436	4,433	4,433
Prob >= chi2 =		0.00	0.00	0.00
*p<0.10; **p<0.05; ***p<0.01				

Fuente: Elaboración propia a partir de la ENDESA 2011-2012