

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE MEDICINA



**“PREVALENCIA DE VIOLENCIA DOMÉSTICA EN
ADOLESCENTES EMBARAZADAS.”**

POR

DR. CÉSAR FAUSTO CANTÚ YRUEGAS

**COMO REQUISITO PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

FEBRERO 2019

**PREVALENCIA DE VIOLENCIA DOMÉSTICA EN
ADOLESCENTES EMBARAZADAS**

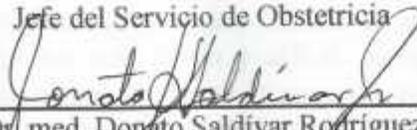
Aprobación de la Tesis:

PREVALENCIA DE VIOLENCIA DOMÉSTICA EN
ADOLESCENTES EMBARAZADAS

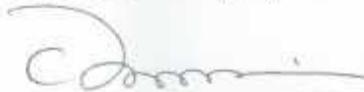
Aprobación de la Tesis:



Dr. med. Abel Guzmán López
Director de Tesis
Jefe del Servicio de Obstetricia



Dr. med. Donato Saldívar Rodríguez
Jefe del Departamento de Ginecología y Obstetricia



Dr. med. Felipe Arturo Morales Martínez
Subdirector de Estudios de Posgrado

AGRADECIMIENTOS

A mi esposa Paulina, su amor incondicional se convirtió en el soporte más grande.

A mis hermanos Angélica, Cristina, Mariana, Marco, Marcelo y Roberto porque sin su amistad, consejos y apoyo éste camino hubiera sido más difícil.

A mis maestros, por sus enseñanzas.

DEDICATORIA

A mis padres por su sacrificio que permitió brindarme una carrera para mi futuro, aunque el camino ha sido largo y difícil, siempre han estado de manera incondicional. Me formaron como la persona que soy, con valores, carácter, principios y las ganas de salir adelante para convertirme en mejor persona.

GRACIAS POR CREER EN MI.

TABLA DE CONTENIDO

Capítulo I. Resumen	8
Capítulo II. Introducción	10
1. Antecedentes	10
2. Planteamiento del problema	19
3. Justificación	19
Capítulo III. Objetivos	20
Capítulo IV. Material y métodos	21
1. Diseño del estudio	21
2. Consideraciones éticas	22
3. Cálculo de tamaño de muestra	23
4. Plan de análisis	24
5. Financiamiento	24
Capítulo V. Resultados	25
Capítulo VI. Discusión	33

Capítulo VII. Conclusiones	38
Capítulo VIII. Referencias bibliográficas	39
Capítulo IX. Abstract	45
Capítulo X. Resumen Autobiográfico	47
Capítulo XI. Anexos	48
1. Carta de Comite de Etica	49
2. Abuse Assesment Screen	50

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Datos sociodemográficos y económicos de la población.	26
Tabla 2. Antecedentes gineco-obstétricos de la población	27
Tabla 3. Factores de riesgo para violencia doméstica en adolescentes embarazadas	28
Tabla 4. Tipos de violencia doméstica	29
Tabla 5. Tipos de violencia doméstica más comunes	30
Tabla 6. Localizaciones más frecuencias de las agresiones/lesiones físicas por violencia	31
Tabla 7. Principales comorbilidades asociadas al embarazo en la población estudiada	32

Capítulo I.

Resumen

Introducción: La violencia hacia la mujer es un grave problema de salud pública mundial y una violación a los derechos humanos de las mujeres; se define según la ONU como todo acto de violencia de género que resulte, o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer”. La prevalencia a nivel mundial tiene una enorme variación, sin embargo, se sabe que en nuestro país va del 33 al 57% en mujeres. Según la OMS, el embarazo en adolescentes es uno de los principales factores que contribuye al círculo de enfermedades y pobreza y disminuye el progreso personal, social y profesional de las madres.

Objetivo: Se determinó la prevalencia de violencia doméstica en pacientes adolescentes embarazadas en un hospital de tercer nivel de atención

Material y método: Se realizó un estudio observacional, retrospectivo, transversal y descriptivo en el Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González” de octubre de diciembre de 2018. Se encuestaron adolescentes de 10 a 19 años embarazadas o puérperas con el cuestionario Abuse Assessment Screen (AAS) y se determinaron variables sociodemográficas.

Factibilidad y aspectos éticos: Basado en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, esta investigación se considera como riesgo mínimo.

Resultados: Encontramos una prevalencia del 10.1% de violencia doméstica en nuestra población. Además, al analizar los factores de riesgo de violencia doméstica en las pacientes, encontramos que la mala convivencia con la pareja y la violencia frecuente en el último año son factores de riesgo elevados (OR 9.933, IC 95% 1.304-75.679 y OR 26.909, IC 95% 5.914-122.448, respectivamente) y que la buena convivencia familiar y la ausencia de violencia durante el último año son factores protectores (OR 0.248, IC 95% 0.068-0.898 Y OR 0.091, IC 95% 0.030-0.273, respectivamente). La violencia psicológica es más prevalente sobre la violencia física y los sitios de mayor agresión fueron cara anterior y abdomen.

Conclusiones: Una de cada diez mujeres adolescentes embarazadas sufren de violencia doméstica en nuestra población. La prevalencia de violencia doméstica en adolescentes embarazadas de nuestra región es menos prevalente a la reportada en otros lugares, pero similar a la de mujeres embarazadas mayores de edad en nuestro Hospital. Sin embargo, a pesar de que las cifras sean menores, no deben dejar de ser alarmantes y deben tomarse medidas preventivas por parte de las autoridades y el equipo profesional de la salud.

Palabras claves: Violencia doméstica, adolescentes embarazadas, noreste de México

Capítulo II.

Introducción

1. Antecedentes

La violencia contra la mujer es un problema social que tiene gran impacto en la salud de las mujeres en México y el resto del mundo. Este tipo de violencia encuentra sus raíces en la desigualdad de género, es decir, en cómo se construyen los modelos de masculinidad y feminidad y en las relaciones sociales entre hombres y mujeres, que implican la subordinación de estas últimas (1).

Un aspecto que ha llamado la atención de los especialistas de la salud recientemente en México es la expresión de la violencia contra las mujeres embarazadas (1). Este fenómeno ha sido ampliamente reconocido como un problema de salud pública de considerable impacto en la salud tanto de la mujer como en la del feto por las consecuencias físicas y emocionales que tiene, por la demanda que representa en los servicios de salud público-privados y por su alta prevalencia en nuestro país (2).

La violencia según la OMS es “el uso intencional de la fuerza física, amenazas contra uno mismo, otra persona, un grupo o una comunidad que tiene como consecuencia (o es muy probable que tenga como consecuencia) un traumatismo, daños psicológicos, problemas de desarrollo o la muerte” (3).

Así mismo existe la violencia hacia la mujer lo cual es un grave problema de salud pública mundial y una violación a los derechos humanos de las mujeres (4).

La Organización de las Naciones Unidas (ONU) definen la violencia contra la mujer como "todo acto de violencia de género que resulte, o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, que abarcan desde amenazas de dichos actos hasta la privación de la libertad" (4).

La violencia contra la mujer puede clasificarse en violencia física, psicológica, sexual, patrimonial o económica, y suele ocurrir dentro del matrimonio, en las relaciones íntimas de corta o larga duración, e incluso puede perpetrarse por la pareja anterior ("**violencia de pareja**") (4-5). Cienfuegos y Díaz-Loving (2010) refieren que la violencia que se perpetra en el contexto de una relación de pareja, comprende cualquier conducta activa o pasiva que dañe o tenga la intención de dañar, herir o controlar a la persona con la que se tiene o se tuvo un vínculo íntimo (6).

La violencia de pareja es un problema social y de salud pública, por su magnitud y por las consecuencias negativas que ocasiona para los individuos, las familias y el estado y que pueden depender de la frecuencia, intensidad y severidad con la que se inflige (7). Este fenómeno que trasciende naciones, culturas y estratos sociales tiene efectos inmediatos, acumulativos e irreversibles sobre el bienestar y la salud física, mental, sexual y reproductiva, por lo que repercute en la calidad de vida y afecta el desarrollo de quienes la padecen (8).

La "**violencia sexual**" es cualquier acto sexual, la tentativa de consumir un acto sexual u otro acto dirigido contra la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de su relación con la víctima, en cualquier ámbito. Comprende la

violación, que se define como la penetración mediante coerción física o de otra índole, de la vagina o el ano con el pene, otra parte del cuerpo u objeto (4).

La violencia física se define como cualquier acto que inflige daño no accidental, usando la fuerza física o algún tipo de arma u objeto que pueda provocar o no lesiones, ya sean internas, externas o ambas. La violencia psicológica, en cambio, ocurre cuando se daña la estabilidad psicológica, que puede consistir en negligencia, abandono, descuido, devaluación, marginación, indiferencia, infidelidad, comparaciones destructivas, rechazo, restricción a la autodeterminación y amenazas, que pueden hacer que la víctima llegue a tener depresión, aislamiento, devaluación de su autoestima, e incluso el suicidio. La violencia patrimonial afecta la supervivencia de la víctima, en ella existen sustracción, destrucción, retención o distracción de objetos, documentos personales, bienes y valores, de derecho patrimoniales o recursos económicos destinados a satisfacer sus necesidades. La violencia económica es toda acción u omisión del agresor que afecta la supervivencia económica de la víctima, manifestada a través de limitaciones encaminadas a controlar el ingreso de sus percepciones económicas, así como la percepción de un salario menor por igual trabajo, dentro de un mismo centro laboral (9).

Incidencia y prevalencia de violencia doméstica

De acuerdo con el informe “Las Mujeres del Mundo 2015” (ONU, 2015) se estima que una tercera parte de las mujeres en el planeta, han experimentado situaciones de violencia física o sexual, tanto en países desarrollados, como en vías de desarrollo y las proporciones más altas se reportan en mujeres en edad reproductiva; y en los casos más extremos, alrededor de dos tercios de los casos de violencia severa, que culminan en homicidios,

corresponde a las mujeres; mientras que menos del 10% de las mujeres que padecen violencia acuden a instituciones gubernamentales o legales para solicitar apoyo (10).

La mayoría de estos casos corresponden a violencia infligida por la pareja. En todo el mundo, casi un tercio (30%) de las mujeres que han tenido una relación de pareja refieren haber sufrido alguna forma de violencia física y/o sexual por parte de su pareja en algún momento de su vida. El 38% de los asesinatos de mujeres que se producen en el mundo son cometidos por su pareja masculina (4).

Un estudio internacional reportó prevalencias de violencia de pareja hacia las mujeres del 15 al 71% (10). En África, las proporciones oscilan entre el 13% a 72% (12); en Asia, son del 7.2 al 68% (13); en Europa, fluctúan entre 10 y 35% (14); mientras que en América Latina, encuestas poblacionales refieren proporciones entre el 20 al 55% (15).

La prevalencia y las características de la violencia contra las embarazadas varían dependiendo de la población estudiada y de la metodología utilizada. En los Estados Unidos de América y en Canadá, algunos informes señalan prevalencias desde 0.9 a 21.1% (16-19).

En México, en las encuestas nacionales se estimaron prevalencias de violencia de pareja del 33% en mujeres derechohabientes de los servicios de salud y de 46% en mujeres mayores de 15 años provenientes de población abierta (16). En ambos estudios, el Estado de México reportó las prevalencias más elevadas con cifras del 45.6% y 57% respectivamente. Ávila, Montañez, Cahuana y Aracena (2014) estimaron que durante el año

2013, del total de los recursos destinados al gasto en salud reproductiva y equidad de género, el 2% se empleó en programas de violencia intrafamiliar, que incluye asistencia curativa hospitalaria, así como servicios de prevención y de salud pública (17).

En el estado de Morelos, se notificó una prevalencia de violencia en el embarazo de 33.5% en mujeres usuarias de un hospital público, y que tuvieron cuatro veces más riesgo de dar a luz a productos de bajo peso al nacer, que las que no sufrían de violencia (20). En otro estudio realizado con mujeres embarazadas usuarias del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y de hospitales pertenecientes a la Secretaría de Salud (SSA) en Cuernavaca y Cuautla, Morelos, se encontraron prevalencias de 24.6%. Al analizarla por institución, se encontró que la prevalencia fue más alta para las mujeres de la SSA (33%) que para las del IMSS (15%), lo cual pareciera establecer una asociación directa entre la violencia hacia la mujer y condiciones económicamente desfavorables en diversos estratos sociales (21).

En un estudio realizado en el 2011 en el Hospital Universitario se determinó una prevalencia de 12.5% de violencia doméstica en embarazadas (en pacientes de edad indistinta), encontrando que los factores de riesgo asociados a sufrir violencia en estas mujeres son el tabaquismo, alcoholismo y uso de drogas de la mujer, así como haber sido testigo de violencia entre los padres y el uso de drogas por parte de la pareja. En cuanto a los factores protectores, se encontraron el cursar con un embarazo deseado y una percepción adecuada de la convivencia con la pareja (22).

Factores de Riesgo

Los factores de riesgo de violencia de pareja y violencia sexual son de carácter individual, familiar, comunitario y social. Algunos se asocian a la comisión de actos de violencia, otros a su padecimiento, y otros a ambos. Entre los factores de riesgo de ambas, violencia de pareja y violencia sexual, se encuentran los siguientes (23):

- Bajo nivel de instrucción (autores de violencia sexual y víctimas de violencia sexual);
- Historial de exposición al maltrato infantil (autores y víctimas);
- Experiencia de violencia familiar (autores y víctimas);
- Trastorno de personalidad antisocial (autores);
- Uso nocivo del alcohol (autores y víctimas);
- Tener muchas parejas o de inspirar sospechas de infidelidad en la pareja
- Actitudes que toleran la violencia.

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

- Antecedentes de violencia;
- Discordia e insatisfacción marital;
- Dificultades de comunicación entre los miembros de la pareja;
- Conducta dominadora masculina hacia su pareja.

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

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

Las desigualdades entre hombres y mujeres y la aceptación de la violencia contra la mujer son la causa principal de la violencia ejercida contra estas.

Entre los factores asociados a un mayor riesgo de cometer actos violentos se encuentran el bajo nivel de educación, maltrato infantil o exposición a escenas de violencia doméstica, uso nocivo de alcohol, actitudes de aceptación de la violencia y desigualdades de géneros (4).

Consecuencias para la Salud.

La violencia de pareja (física, sexual y emocional) y la violencia sexual ocasionan graves problemas de salud física, mental, sexual y reproductiva a corto y largo plazo a las mujeres. También afecta a sus hijos y tiene un elevado costo social y económico para la mujer, su familia y la sociedad (4).

En el caso concreto de la violencia física hacia la mujer embarazada, se ha documentado que puede provocar ruptura uterina, hepática o esplénica, fractura de pelvis y hemorragias. Las mujeres que han sufrido golpes presentan un riesgo dos veces mayor de abortar, tener desprendimiento prematuro de placenta, presentar corioamnionitis, partos pretermino, complicaciones post-parto y, como consecuencia fatal, la muerte. Además de las lesiones físicas, las mujeres desarrollan un cuadro de estrés permanente que se acompaña de síntomas de depresión, ansiedad, fobias, angustia y se perciben a sí mismas como enfermas, tienden a aislarse, presentan una baja autoestima y un alto riesgo de desarrollar adicción a drogas, alcohol o ambos (24).

Los fetos también tienen serias repercusiones como consecuencia de la violencia; pueden sufrir diversos traumatismos durante la gestación, como fracturas o muerte fetal. Algunos estudios notifican que los fetos presentan cuatro veces más riesgo de tener bajo peso al nacer, anemia e hipovolemia fetal, hipoxia aguda y crónica y acidosis fetal. Asimismo, son 40 veces más propensos a morir en el primer año de vida (25-26).

Costos sociales y económicos

Los costos sociales y económicos de este problema son enormes y repercuten en toda la sociedad. Las mujeres pueden llegar a encontrarse aisladas e incapacitadas para trabajar, perder su sueldo, dejar de participar en actividades cotidianas y ver menguadas sus fuerzas para cuidar de sí mismas y de sus hijos (27).

Uno de los aspectos principales del problema de la violencia durante el embarazo se relaciona con la respuesta de los servicios de salud ante el problema, ya que está ampliamente documentado que las mujeres embarazadas que sufren violencia demoran o no asisten a la consulta prenatal por la dinámica que existe entre la pareja, lo cual obstaculiza la vigilancia adecuada de los embarazos y dificulta la detección y el tratamiento oportuno de posibles complicaciones.

En este sentido, algunos estudios señalan que las parteras intervienen de manera más exitosa en casos de mujeres maltratadas en comparación con su contraparte médica. Se ha informado que, debido a factores culturales, las parteras identifican con mayor facilidad a las mujeres que son víctimas de violencia.

En un contexto de alta marginación, el aspecto de la detección y atención de las mujeres embarazadas que son violentadas se torna de suma importancia para los servicios de salud, ya que estudios como el de Freyermuth han documentado la relación entre violencia doméstica y la mortalidad materna (24).

El embarazo en adolescentes se ha vuelto un problema público en México, debido a las consecuencias que ponen en riesgo a la madre y el producto al ser un embarazo temprano (aumento de peso, hipertensión, preeclampsia, enfermedades de transmisión sexual y desproporciones céfalo-pélvicas). Según la OMS (2014) entre más joven sea la madre, mayor el riesgo para el bebé. (4)

Según la OMS el embarazo en adolescentes es uno de los principales factores que contribuye al círculo de enfermedades y pobreza, disminuye el progreso personal, social y profesional de las madres factores muy similares a los causantes de violencia doméstica. (4)

A partir de estos antecedentes, se consideró pertinente realizar este estudio para determinar la incidencia de la violencia contra la mujer embarazada en la población adolescente y los factores que pueden afectar la incidencia en pacientes dentro del hospital universitario “Dr. José Eleuterio González”

2. Planteamiento del problema

La violencia familiar durante el embarazo reporta a nivel mundial una prevalencia de 4 al 25%. En nuestro país encontramos una prevalencia del 15 al 32.1%, y en el Instituto Nacional de Perinatología se reporta una incidencia del 21.5% (5).

3. Justificación

Es importante realizar este estudio para determinar la incidencia de la violencia contra la mujer embarazada en la población adolescente y los factores que pueden afectar la incidencia en pacientes dentro del hospital universitario. La población de embarazadas adolescentes es una población con un incremento exponencial por lo que es importante determinar su prevalencia.

Capítulo III.

Objetivos

Objetivo principal

Determinar la prevalencia de violencia doméstica en pacientes adolescentes embarazadas en un hospital de tercer nivel de atención.

Objetivos específicos

- Determinar los factores de riesgo asociados a la violencia doméstica durante el embarazo en pacientes adolescentes.
- Evaluar los factores protectores de violencia doméstica durante el embarazo en pacientes adolescentes.
- Describir la prevalencia de comorbilidades en las adolescentes embarazadas que sufren o no violencia doméstica.
- Definir el tipo más frecuente de violencia que presentan las adolescentes embarazadas agredidas.
- Describir las localizaciones más frecuentes de agresión en las adolescentes embarazadas.

Capítulo IV.

Material y métodos.

1. Diseño del estudio

Se realizó un estudio observacional, retrospectivo, transversal y descriptivo en el Hospital Universitario “Dr. José E. González” ubicado en Monterrey, Nuevo León, México, en el Departamento de Ginecología y Obstetricia de octubre a diciembre de 2018, con la clave de aceptación ante el Comité de Ética en Investigación de GI18-00013.

Se incluyeron en este estudio a adolescentes de 10 a 19 años embarazadas o puérperas sin discapacidad visual o auditiva, cuyo idioma nativo fuese el español. Se excluyeron a aquellas pacientes que no aceptaron participar en el estudio o cuyos padres se negaron a que participara, así como a aquellas pacientes con alteración en el estado cognitivo en el momento del reclutamiento. Se eliminaron a aquellas pacientes que retiraron su asentimiento informado, o cuyos padres hayan retirado el consentimiento informado, así como a aquellas encuestas contestadas inapropiadamente o con más del 5% de datos incompletos.

Las pacientes se sometieron al cuestionario Abuse Assessment Screen (AAS), el cual se encontraba traducido del inglés al idioma castellano y previamente validado en otros estudios para la determinación de la prevalencia de violencia doméstica en esta población. El cuestionario consta de 3 preguntas y un diagrama de lesiones, en las cuales se interroga violencia en el último año, violencia durante en el embarazo y si hay o no abuso sexual, cada pregunta se interroga sobre quien es el agresor. La prueba funciona únicamente como un tamiz en el cual en caso de existir violencia se procede al diagrama en donde las

pacientes marcan el sitio de lesión en un modelo anatómico y se enumera del 1-6 de acuerdo a la gravedad.

Se determinaron variables sociodemográficas, como el inicio de vida sexual activa (IVSA), origen de las pacientes, edad de la paciente, edad de la pareja, estado civil, escolaridad de la paciente, escolaridad de la pareja, embarazo de alto o bajo riesgo, toxicomanías, planeación gestacional, número de parejas sexuales e IMC, dependencia económica (ingresos), empleos, tatuajes.

El consentimiento informado y/o el asentimiento informado se obtuvo en el área de Sala de Espera de la consulta #4, 5 y 6 del Departamento de Ginecología y Obstetricia mientras la paciente esperaba la consulta prenatal. Además, se obtuvieron los consentimientos en la sala de maternidad y en la sala de labor de Tococirugía.

2. Consideraciones éticas:

El estudio estuvo en acuerdo con las normas internacionales: Declaración de Helsinki y la Conferencia Internacional de Armonización. Además, siguió las regulaciones nacionales (NOM-012-SSA3-2012 y Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud); y la regulación institucional. El presente protocolo fue sometido para su evaluación al Comité de Ética en Investigación y el Comité de Investigación de la Facultad de Medicina, UANL del Hospital Universitario “José Eleuterio González”. El número de aprobación ES GI18-00013. Para el mantenimiento de la confidencialidad, los datos de cada paciente se resguardaron en anonimato, las encuestas fueron identificadas con las iniciales de los nombres y apellidos y un número de folio. Los

datos solo fueron de conocimiento únicamente por el equipo de investigación y no serán utilizados para futuras investigaciones.

3. Cálculo de tamaño de muestra

Se realizó un cálculo de tamaño de muestra por medio de una fórmula de estimación de una proporción en una población infinita:

$$N = \frac{(Z\alpha)^2 (p)(q)}{\delta^2}$$

Esperando una prevalencia (p) del 13% de pacientes de 10-19 años que presentan datos de violencia domestica durante el embarazo (p=0.13, q=0.87), con una confianza bilateral (Z) del 95%, una significancia del 0.05 y una potencia de 95% con una precisión () del 5% bilateral, se requirieron al menos 168 sujetos de estudio (N=168).

4. Plan de análisis:

En la estadística descriptiva, las variables cualitativas fueron resumidas mediante frecuencias y porcentajes, mientras para las cuantitativas se utilizaron media y su desviación estándar o mediana y rango intercuartil, según corresponda. En las variables numéricas se evaluó la normalidad de la distribución de los datos con la prueba de Kolmogorov-Smirnoff. En el análisis de variables cuantitativas entre grupos pareados se utilizaron las pruebas de Chi cuadrada de Pearson y test exacto de Fisher en caso de grupos independientes. Se calcularon los factores de riesgo (razón de momios, odds ratio) de violencia doméstica en algunas variables. Se consideró una $p < 0.05$ y un intervalo de 95% de confianza para establecer significancia estadística. Los datos fueron procesados por medio de Microsoft Excel 2017 y se utilizó el paquete estadístico SPSS (IBM, Armonk, NY, USA) versión 23.0 para Windows 10 para el procesamiento y análisis de los datos.

5. Financiamiento

Los gastos para la realización del proyecto corrieron por parte del Departamento de Ginecología y Obstetricia. Los investigadores declaramos no tener ningún conflicto de interés para la realización del estudio.

Capítulo V

Resultados

Estudiamos 168 adolescentes embarazadas, de 17.6 (1.5) años de edad promedio. Los datos sociodemográficos de la población son reportados en la **tabla 1**. La mayoría fueron provenientes del área metropolitana de Monterrey (n=143, 85.1%), en unión libre (n=109, 64.9%), de religión católica (n=112, 66.7%), dependientes económicamente de sus padres o algún tercero en el 97.6% de los casos.

La mayor parte de las pacientes fueron estudiadas mientras cursaban su primer embarazo (n=144, 85.7%), planeado (n=99, 58.9%) y deseado (n=152, 90.5%) (**Tabla 2**). La mediana de consultas de control prenatal de la población estudiada fue de 6 (5-9) citas; en las pacientes que sufrieron violencia doméstica fue de 6 (3-8) citas y en las que no, de 6 (5-9) citas (p=0.276).

Tabla 1. Datos sociodemográficos y económicos de la población.

		n (%)
Edad (años)	17.6 (1.5)	
Lugar de nacimiento	n= 168	
	Nuevo León	149 (88.6)
	Área metropolitana de Monterrey	143 (85.1)
	Otro	19 (11.3)
Estado civil	n= 168	
	Unión libre	109 (64.9)
	Soltera	42 (25)
	Casada	15 (8.9)
	Separada/divorciada	2 (1.2)
Religión	n= 168	
	Católica	112 (66.7)
	Cristiana	21 (12.5)
	No creyente	34 (20.2)
	Testigo de Jehová	1 (0.6)
Casa	n= 167	
	Propia	81 (48.2)
	Prestada	47 (28)
	Rentada	39 (23.2)
Material	n= 168	
	Cemento	159 (94.6)
	Otro	9 (5.4)
Piso	n= 168	
	Azulejo	90 (53.6)
	Cemento	76 (45.2)
	Otro	2 (1.2)
Número de cuartos	2.9 (1.2)	
Escolaridad	n= 168	
	Primaria	14 (8.3)
	Primaria incompleta	3 (1.8)
	Secundaria	94 (56)
	Secundaria incompleta	21 (12.5)
	Preparatoria	18 (10.7)
	Preparatria incompleta	12 (7.1)
	Bachillerato técnico	1 (0.6)
	Universidad	5 (3)
Trabajan	n= 167	
	Sí	3 (1.8)
	No	164 (97.6)

Tabla 2. Antecedentes gineco-obstétricos de la población.

Antecedentes gineco-obstétricos n=168 (%)

Número de hijos	
0	143 (85.1)
1	22 (13.1)
2	3 (1.8)
Gestas	
1	144 (85.7)
2	22 (13.1)
3	2 (1.2)
Partos	
0	155 (92.3)
1	13 (7.7)
Cesáreas	
0	157 (93.5)
1	10 (6)
2	1 (0.6)
Abortos	
0	167 (99.4)
1	1 (0.6)
MPF	
Sí	44 (26.2)
No	124 (73.8)
Embarazo planeado	99 (58.9)
Embarazo deseado	152 (90.5)

Encontramos una prevalencia de 10.1% (17 de 168 pacientes) de violencia doméstica en nuestra población. Posteriormente, fueron analizados los factores de riesgo de las principales variables que pudieran influir en la presencia de violencia doméstica en adolescentes embarazadas (**Tabla 3**).

La Buena convivencia familiar es un factor protector de violencia doméstica ($p=0.036$, OR 0.248, IC 95% 0.068-0.898), mientras que la mala convivencia con la pareja es un factor de riesgo elevado de violencia doméstica ($p=0.05$, OR 9.933, IC 95% 1.304-75.679). Si en el último año la violencia doméstica se reportó como frecuente, este hecho

representa un factor de riesgo elevado de la existencia de la misma actualmente ($p < 0.001$, OR 26.909, IC 95% 5.914-122.448), sin embargo si ha sido nada frecuente, se manifiesta como factor protector en las familias ($p < 0.001$, OR 0.091, IC 95% 0.030-0.273).

Tabla 3. Factores de riesgo para violencia doméstica en adolescentes embarazadas.

Factores de riesgo familiares y del hogar para violencia doméstica				
Variable	Violencia	No violencia	<i>P</i>	OR (IC 95%)
Estado civil				
Soltera	6	36	0.301	1.742 (0.602-5.043)
Casada	1	14	1.000	0.612 (0.074-4.964)
Unión libre	10	99	0.581	0.750 (0.270-2.086)
Religión				
Católica	10	102	0.469	0.686 (0.246-1.911)
Cristiana	4	17	0.235	2.425 (0.719-8.290)
No creyente	3	31	1.000	0.829 (0.224-3.068)
Padres				
Mamá	4	25	0.499	1.551 (0.467-5.149)
Papá	1	7	0.582	1.286 (0.149-11.126)
Ambos	6	53	0.987	1.009 (0.353-2.880)
Ninguno	6	65	0.540	0.722 (0.259-2.053)
Pareja	12	94	0.499	1.455 (0.487-4.346)
Hijos	1	6	0.533	1.510 (0.717-13.349)
Hermanos	7	53	0.620	1.294 (0.466-3.597)
Casa				
Propia	7	74	0.540	0.728 (0.263-2.014)
Rentada	4	35	0.974	1.020 (0.313-3.328)
Prestada	6	41	0.478	1.463 (0.508-4.213)
Material de cemento	15	144	0.227	0.365 (0.069-1.916)
Dependencia económica				
Papá(s)	14	123	1.000	1.062 (0.286-3.948)
Propio	1	1	0.193	9.375 (0.559-157.178)
Papá(s) de pareja	1	25	0.477	0.315 (0.040-2.485)
Convivencia familiar				
Muy buena	3	70	0.036	0.248 (0.068-0.898)
Buena	10	68	0.280	1.744 (0.630-4.824)
Regular	3	11	0.155	2.727 (0.679-10.947)
Mala	0	2	1.000	

Muy mala	1	0	0.101	
Convivencia con pareja				
Muy buena	5	72	0.152	0.457 (0.154-1.361)
Buena	6	58	0.802	0.875 (0.307-2.493)
Regular	2	11	0.624	1.697 (0.343-8.388)
Mala	2	5	0.150	3.893 (0.695-21.825)
Muy mala	2	2	0.050	9.933 (1.304-75.679)
Frecuencia de violencia en el último año				
Muy frecuente	1	1	0.193	9.375 (0.559-157-178) 26.909 (5.914-
Frecuente	6	3	<0.001	122.448)
Poco frecuente	2	10	0.348	1.880 (0.376-9.394)
Nada frecuente	8	137	<0.001	0.091 (0.030-0.273)
Actividad extracurricular	2	8	0.267	2.383 (0.463-12.265)
Toxicomanías	1	5	0.588	1.825 (0.201-16.606)
Enfermedad psiquiátrica				
Depresión	1	2	0.275	4.656 (0.400-54.240)
Ansiedad	0	2	1.000	
Depresión y ansiedad	1	2	0.275	4.656 (0.400-54.240)
Ninguna	16	147	0.417	4.656 (0.400-54.240)
Embarazo planeado	7	92	0.117	0.449 (0.162-1.245)
Embarazo deseado	14	138	0.209	0.440 (0.112-1.731)
Uso de método de planificación familiar	6	38	0.389	1.622 (0.562-4.684)

En las pacientes que reportaron sufrir violencia doméstica en el último año, los principales agresores fueron la pareja (n=7 41.2%), ex pareja (n=2, 11.8%), ex novia de la pareja (n=2, 11.8%) y la madre de la paciente (n=1, 5.9%). Observamos que 3 (17.6%) pacientes manifestaron haber sido forzadas a tener relaciones sexuales, principalmente de la ex pareja (n= 2, 66.6%) y la pareja actual (n= 1, 33.3%) (**Tabla 4**).

Tabla 4. Tipos de violencia doméstica.

Violencia doméstica n=17 (%)	
Por parte de:	
Pareja	7 (41.2)
Ex pareja	2 (11.8)
Ex novia de pareja	2 (11.8)
Madre	1 (5.9)
No menciona	5 (29.4)
Relaciones sexuales forzadas	3 (17.6)
Por parte de:	
Pareja	1 (33.3)
Ex pareja	2 (66.6)

De los tipos de violencia que sufrían las pacientes estudiadas (**Tabla 5**), observamos una mayor presencia de agresión física y/o verbal (n= 7, 41.1% y n= 7, 41.1%, respectivamente), seguido de control o prohibición (n=5, 29.4%), chantaje, engaño y/o culpabilización (n=4, 23.5%), y abandono u otros (n=1, 5.8%).

Tabla 5. Tipos de violencia doméstica más comunes.

Tipos de violencia n=17 (%)	
Chantajear, engañar y/o culpabilizar	4 (23.5)
Controlar o prohibir	5 (29.4)
Agresión física	7 (41.1)
Agresión psicológica	7 (41.1)
Abandono y otros	1 (5.8)

Se aplicó la agresión física manifestada como patadas, moretones, heridas y/o dolor continuo (n=7 58.3%) (**Tabla 6**). Las principales zonas agredidas fueron la cara y abdomen (n=3 17.6% y n=3 17.6%, respectivamente).

Tabla 6. Localizaciones más frecuentes de las agresiones/lesiones físicas por violencia doméstica (n=17).

	Cara anterior	Tórax anterior	Extremidad superior anterior	Abdomen	Dorso	Extremidad superior posterior	Total (de agresiones)
Bofetadas, empujones, sin lesiones físicas o dolor permanente	1 (5.9)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (5.9)	0 (0)	2 (16.6)
Patadas, moretones, heridas y/o dolor continuo	1 (5.9)	1 (5.9)	2 (11.8)	2 (11.8)	0 (0)	1 (5.9)	7 (58.3)
Heridas en la cabeza, lesiones internas, lesiones permanentes	1 (5.9)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (5.9)	0 (0)	2 (16.6)
Uso de armas, heridas por armas	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (5.9)	0 (0)	0 (0)	1 (8.3)
Ninguna	14 (82.4)	16 (94.1)	14 (82.4)	14 (82.4)	15 (88.2)	16 (94.1)	12 (100)

Referente a la realización de actividades extracurriculares, 10 (6%) pacientes reportaron practicar alguna de ellas, siendo las más frecuentes el deporte (60%), la danza

(20%) e ir a la iglesia (20%); sin embargo, no encontramos que realizar actividades extracurriculares fuese algún factor protector para existencia de violencia doméstica en nuestra población.

Las principales comorbilidades asociadas al embarazo en adolescentes embarazadas fueron diabetes gestacional (4.8%) y amenaza de aborto (3.6%). En las pacientes que sufrieron violencia doméstica, las comorbilidades detectadas durante el embarazo fueron amenaza de aborto (11.8%), diabetes gestacional (11.8%), pielonefritis (5.9%), intoxicación alimentaria (5.9%) e hipotiroidismo (5.9%) (**Tabla 7**). Diecisiete (10.1%) adolescentes embarazadas tuvieron que ser hospitalizadas durante el embarazo; 4 (23.5%) de ellas, sufrieron violencia doméstica.

Tabla 7. Principales comorbilidades asociadas al embarazo en la población estudiada.

Comorbilidad asociada al embarazo	Adolescentes embarazadas (n=168)	Adolescentes embarazadas que sufren violencia (n=17)
	n (%)	n (%)
Artritis reumatoide juvenil	1 (0.6)	-
Pielonefritis	4 (2.4)	1 (5.9)
Amenaza de aborto	6 (3.6)	2 (11.8)
Amenaza de parto	4 (2.4)	-
Preeclampsia	4 (2.4)	-
Diabetes gestacional	8 (4.8)	2 (11.8)
Restricción de crecimiento intrauterino	2 (1.2)	-
Hipertensión arterial	2 (1.2)	-
Colecistolitiasis	2 (1.2)	-
Vaginosis	1 (0.6)	-
Infección de vías urinarias	3 (1.8)	-
Intoxicación alimentaria	1 (0.6)	1 (5.9)
Púrpura trombocitopénica inmune	1 (0.6)	-
Quiste de ovario	1 (0.6)	-
Hipotiroidismo	1 (0.6)	1 (5.9)
Placenta previa	1 (0.6)	-

Capítulo VI

Discusión

La violencia doméstica que se presenta durante el embarazo es un grave problema de salud pública y causa trascendental de morbilidad y mortalidad a nivel mundial (28-31). La violencia en el embarazo es un patrón de coacción y control, que engloba la agresión emocional, física, sexual o mezcla de estas, y amenazas contra una mujer, por su pareja o expareja, antes, durante y hasta un año posterior del nacimiento de un hijo (32).

Se ha reportado que la prevalencia de violencia doméstica en mujeres durante su etapa prenatal es del 8-17% en Norteamérica (33), y alcanza hasta el 50.1% en poblaciones marginadas, como la estudiada en Nigeria (34). En la Encuesta Nacional de Violencia contra las Mujeres realizada en 2003, se encontró que 13% de las mujeres encuestadas manifestaron haber sido víctimas de violencia doméstica durante uno de sus embarazos (24). Otro estudio realizado por Cervantes-Sánchez et al. (35) reportó una prevalencia de violencia intrafamiliar durante la etapa perinatal en mujeres mexicanas de 20-35 años del 18.6%.

En nuestro estudio, encontramos que la prevalencia de violencia doméstica durante el embarazo en mujeres adolescentes fue del 10.1%, resultando menor a lo reportado en la literatura y que, a pesar de ser mayormente una población de un centro de referencia de atención obstétrica, que atiende mayormente a pacientes de escasos recursos y bajo nivel educativo, no alcanzó a manifestarse cerca de la prevalencia de la población estudiada en Nigeria (34).

Lutgendorf et al. (36) encontraron en mujeres embarazadas tamizadas para violencia doméstica que las mujeres con historia familiar de abuso físico tienen mayor riesgo de violencia doméstica que las que no (60% contra 24.6%, $P=0.025$). Además, según Cuevas et al. (24), en mujeres con antecedente de violencia durante la niñez, tenían mayor riesgo de presentar violencia doméstica durante el embarazo (OR 3.2, IC 95% 1.9-5.4). A pesar de que en nuestro estudio no evaluamos la existencia de historia familiar de abuso físico, encontramos que una muy buena convivencia familiar es un factor protector de violencia doméstica (OR 0.248, IC 95% 0.068-0.898).

La revisión de literatura revela que, si la paciente tiene el antecedente de abuso sexual antes de los 15 años, tiene mayor riesgo de violencia doméstica durante la etapa prenatal (OR 2.4, IC 95% 1.3-4.4); lo que resulta importante ya que las pacientes estudiadas se encuentran en una etapa de la adolescencia inmediata a la existencia de este antecedente.

Otros resultados de nuestro estudio elucidaron que la mala convivencia con la pareja representa un factor de riesgo elevado para violencia doméstica (OR 9.93, IC 95% 1.304-75.679), y que, en el caso de que la violencia doméstica ya se presentara de manera frecuente antes del embarazo, ésta tendría mayor riesgo de presentarse durante el embarazo actual vs a que no haya tenido el antecedente.

A pesar de que en la literatura se reporta que una escolaridad muy baja o nula (24) representa mayor riesgo para violencia doméstica durante el embarazo (OR 2.2, IC 95% 1.1-4.4), no se encontró evidencia de esto, ya que de todas las pacientes sólo un 3% no ha completado la primaria y la mayoría de las pacientes han cursado, de manera satisfactoria o insatisfactoria la secundaria (68.5%), y en segundo lugar, educación superior y/o media

superior (21.4%). Lutgendorf et al. (36) no encontraron que el nivel de educación, estado civil y empleo se asocien al riesgo de violencia doméstica en este grupo de pacientes. Casi la totalidad de nuestras pacientes (97.6%) no trabajan y dependen económicamente de sus padres o los padres de su pareja (98.7%).

Según la Encuesta Nacional de Violencia en las Mujeres 2003 (24), el mayor agresor fue el cónyuge (91.4%). En nuestro estudio, a pesar de tener una prevalencia relativamente baja de violencia, en 7 (41.2%) de las pacientes que reportaron haber sido agredidas se reportó que el agresor fue el cónyuge y, en segundo lugar, 2 (11.8%) casos por parte de la ex pareja de la paciente, al igual que por la ex novia de la pareja. De manera inesperada, encontramos que 1 (5.9%) caso se presentó por parte de la madre de la paciente. Por otro lado, se reportaron 3 (17.6%) casos de relaciones sexuales forzadas, en su mayoría por la ex pareja, 2 (66.6%), y el resto por parte de la pareja; sin embargo, debido a las cifras muy bajas, es difícil extrapolar estos datos a la población general.

Las agresiones físicas y psicológicas se presentaron por igual en cantidad de casos en nuestro estudio (41.1% en ambos). Cervantes-Sánchez et al. (35) encontraron que la violencia física se encuentra más frecuente, seguido de la violencia psicológica y la violencia sexual. En aquellas parejas con antecedente de consumo diario de alcohol, se encontró mayor riesgo de violencia doméstica (OR 6.5, IC 95% 3.3-12.9) (24).

Los resultados de este trabajo reflejan que cuando se aplica agresión física, es más frecuente en forma de patadas, moretones, heridas y/o dolor continuo. Las principales zonas agredidas en nuestra población fueron cara y abdomen. Según Cuevas et al (24), se

encontró que 1 de cada 3 mujeres que sufrieron violencia física durante el embarazo padecieron de golpes en el abdomen.

Chilsholm et al (37) hallaron que la violencia doméstica en general tiene un enorme impacto en la salud mental de las pacientes, las cuales tienen mayor riesgo de presentar depresión, ansiedad, síndrome de estrés postraumático y suicidio, y además puede verse amplificado durante el embarazo, condicionando embarazo pretérmino, bajo peso al nacer y estado pequeño para edad gestacional. Nuestra población tuvo una prevalencia muy baja de depresión, ansiedad o ambas, y debido a esto no fue posible evaluar el riesgo que representa esta condición psiquiátrica para la violencia doméstica, o si esto se explica mediante la existencia de violencia doméstica o a un factor externo.

El tamizaje de violencia doméstica en mujeres obstétricas es muy importante y recomendado (34, 38, 39). Se ha visto que aquellas mujeres tamizadas tienen menor riesgo de tener un producto con bajo peso al nacer (4.5% contra 10.3% en mujeres no tamizadas, OR 0.41, IC 95% 0.23-0.73), de tener un producto pretérmino (9.9% contra 14.9%, OR 0.62, IC 95% 0.41-0.96) o de tener alguna complicación materna (30% contra 41.2%, OR 0.67, IC 95% 0.50-0.88). Además, aquellos productos cuya madre fue tamizada obtuvieron puntajes mayores en su APGAR (35). Renker et al. (39) encontraron que el 60.1% de las pacientes obstétricas fueron tamizadas por algún proveedor de salud y 38.7% por un proveedor de atención prenatal. De las pacientes tamizadas, 97% manifestó que no se sintieron avergonzadas, ofendidas o enojadas por la realización del mismo. De las 66 de 519 mujeres agredidas (12.7%), 11 (16.6%) reportaron haber sido tamizadas y manifestaron el abuso y 29 (43.9%) que hubieran cambiado su respuesta de haber sabido que revelar su

caso de violencia no sería reportado ante las autoridades en su Estado, a menos que la víctima fuese severamente herida o lesionada por medio de un arma letal.

Por otro lado, en un estudio que evaluó a niños que viven con parejas violentas durante el embarazo presentan mayor riesgo de padecer depresión y/o ansiedad en los 24 meses posteriores al nacimiento (40), por lo que las consecuencias de la violencia doméstica en mujeres embarazadas no son exclusivas de ellas y deben ser prevenidas.

Por último, es importante mencionar que el personal de salud y trabajo social comunitario son un recurso potencial para mujeres afectadas por violencia de pareja íntimas, y que es un objetivo de salud pública la educación en estas personas hacia la defensa de la mujer y de la referencia adecuada de mujeres hacia los recursos (41).

Capítulo VII

Conclusión

La prevalencia de adolescentes embarazadas que sufren violencia doméstica es del 10.1%. La convivencia con pareja muy mala y violencia doméstica frecuente durante el último año son factores de riesgo de violencia doméstica durante el embarazo, y la convivencia familiar muy buena y la inexistencia de violencia doméstica en el último año son factores protectores.

El personal de salud y trabajo social comunitario son un recurso potencial para mujeres afectadas, y es un objetivo importante para la salud pública la educación de estos profesionales hacia la defensa de la mujer y la referencia adecuada de mujeres hacia los recursos.

El tamizaje de estas pacientes durante la etapa prenatal podría ser de utilidad para la prevención de violencia doméstica y sus complicaciones.

Capítulo VIII

Referencias bibliográficas

1. Carlessi C. Mujeres, violencia y alternativas. En: Mujer y violencia (Documento de trabajo). ¿México, D.F.? : Centro de Planificación y Estudios Sociales, 1986: 53-66.
2. Heise L. Violencia contra la mujer. La carga oculta sobre la salud. Washington D.C.: Banco Mundial/OPS, 1994.
3. OMS | Violencia. (2015, November 18). Recuperado desde <http://www.who.int/topics/violence/es/>
4. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica. La anticoncepción: implicaciones en el embarazo adolescente, fecundidad y salud reproductiva en México: Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014 : ENADID / Instituto Nacional de Estadística y Geografía.-- México : INEGI, c2017.
5. Diario Oficial de la Federación. (2007). Ley General de Acceso a las Mujeres a una Vida Libre de Violencia 2007. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Secretaría General. Secretaría de Servicios Parlamentarios. Estados Unidos Mexicanos, 2009.
6. Cienfuegos, M. Y., & Díaz-Loving, R. (2010). Violencia en las relaciones de pareja. En R. Díaz-Loving & S. Rivera (Eds.), *Antología psicosocial de la pareja* (pp. 647-688). México: Miguel Ángel Porrúa.
7. Heise, L., Ellsberg, M., & Gottemoeller, M. (1999). Ending violence against women. Population Reports, series L, no 11. Baltimore: Johns Hopkins University

- School of Public Health, 1999. Recuperado de <http://www.k4health.org/pr/111/violence.pdf>
8. Boira, S., Carbajosa, P., & Méndez, R. Miedo, conformidad y silencio. La violencia en las relaciones de pareja en áreas rurales de Ecuador. *Psychosocial Intervention* 2016;25(1):9-17.
 9. Inmujeres Vida Sin Violencia. Clasificación y modalidades de la violencia, 2018. Recuperado el 29 de marzo de 2018 de <http://vidasinviolencia.inmujeres.gob.mx/?q=clasificacion>
 10. Naciones Unidas (2015). Las mujeres del mundo 2015: Tendencias y estadísticas. Nueva York: Naciones Unidas. Recuperado de <http://unstats.un.org/unsd/gender/chapter6/chapter6.html>
 11. García-Moreno, C., Jansen, H. A., Ellsberg, M., Heise, L., & Watts C. On behalf of the WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women Study Team. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *The Lancet* 2006; 368, 1260-69
 12. Abeya, S.G., Afework, M.F., & Yalew, A. W. Intimate partner violence against women in western Ethiopia: prevalence, patterns, and associated factors. *BMC Public Health* 2011; 9(11), 913. doi:10.1186/1471-2458-11-913
 13. Chandra, P., Satyanarayana, V., & Carey, M. Women reporting intimate partner violence in India: Associations with PTSD and depressive symptoms. *Archives of Women's Mental Health* 2009; 12(4), 203-209

14. Rees, S., Silove, D., Chey, T., Ivancic, L., & Steel, Z. Lifetime Prevalence of Gender-Based Violence in Women and the Relationship with Mental Disorders and Psychosocial Function. *JAMA* 2011; 306(5), 513-521
15. Gómez, L. C., Murad, R., & Calderón, M. Historias de violencia, roles, prácticas y discursos legitimadores. *Violencia contra las mujeres en Colombia 2000-2010*. Colombia, 2013.
16. Olaiz, G., Uribe, P., & del Río, A. Encuesta Nacional de Violencia contra las Mujeres, ENVIM 2006. Instituto Nacional de Salud Pública. México: Secretaría de Salud 2009.
17. Ávila, B. I., Montañez, H. J., Cahuana, H. L. & Aracena, G. B. *Cuentas en salud reproductiva y equidad de género. 10 años de análisis. Estimación 2012 y comparativo 2003-2012*. México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2004.
18. Gazmararian JA, Lazorick S. Prevalencia de violencia contra mujeres embarazadas. *JAMA* 1996; 275(24):1915-1920.
19. Parker B, Mac Farlane J. Abuse during pregnancy: Effects on maternal complications and birth weight in adult and teenage women. *Obstetric Gynecology* 1994; 84(3): 323-328.
20. Valdez-Santiago R, Sanin-Aguirre LH. La violencia doméstica durante el embarazo y su relación con el peso al nacer. *Salud Publica Mex* 1996;38:352-362.
21. Castro R, Peek-Asa C, Ruiz A. Violence against women in México: A study of abuse before and during pregnancy. *Am J Public Health* 2003; 93(7):1110-1116.
22. Pierdant González G. *Violencia doméstica en mujeres embarazadas: prevalencia y factores de riesgo [disertación]*. Monterrey (México): Universidad Autónoma de Nuevo León; 2013.

23. OMS. Violencia contra la mujer, 2017. Recuperado el 25 de febrero de 2018, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
24. Cuevas, Sofía, Blanco, Julia, Juárez, Clara, Palma, Oswaldo, & Valdez-Santiago, Rosario. Violencia y embarazo en usuarias del sector salud en estados de alta marginación en México. *Salud Pública de México* 2006; 48(Supl. 2), s239-s249. Recuperado el 03 de enero de 2018, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342006000800004&lng=es&tlng=es.
25. Rachana C, Suraiya K, Hisham AS, Abdulaziz AM. Prevalencia y complicaciones de la violencia física durante el embarazo. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2002 ; 103(1):26-9.
26. Kramek J, Grzymala-Krzymostaniak A, Celewicz Z, Ronin-Walknowska E. Violencia hacia la mujer embarazada. *Ginecologia Polska (Ginnecol Pol)* 2001; 72 (12):1042-1048.
27. Visión CEVECE. Consecuencias de la violencia contra la mujer. Gobierno del Estado de México Secretaria de Salud (2017). Recuperado el 7 de febrero de 2018, de <http://salud.edomex.gob.mx/cevece/documentos/difusion/tripticos/2017/Semana%2047.pdf>
28. Finnbogadottir H, Dejin E, Karin A. A multi-centre cohort study shows no association between experience violence and labour dystocia in nulliparous women at term. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2011, 11:14.

29. Stöckl H, Fillipi V, Watts C, Mbwambo J. Induced abortion, pregnancy loss and intimate partner violence in Tanzania. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2012; 12(1):12
30. Yoshikawa K, Agrawal N, Pudel K, Jimba M. A lifetime experience of violence and adverse reproductive outcomes: finding from population surveys in India. *Biosci Trends* 2012; 6:115-21
31. Kouyomdjian F, Calzavara L, Bondy S, Ocampo P, Serwadda D, Nalugoda F, et al. Risk factors intimate partner violence in women in the Rakai Community Study, Uganda, from 2000 to 2009. *BMC Public Health* 2013; 1:566.
32. Pérez M, López G, León A. Violencia contra la mujer embarazada: un reto para detectar y prevenir un daño en el recién nacido. *Acta Pediatr Mex* 2008; 29(5):267-72.
33. Espíndola J, Morales F, Henales C, Brull A, Sánchez C, Carreño J, et al. Una propuesta psicoterapéutica para la mujer con embarazo de alto riesgo y víctima de violencia doméstica. *Perinatol Reprod Hum* 2008; 22:261-9
34. Onwere, SN, Chigbu B, Kamanu, CI, Okpani, A, Ndukwe, PE, Onwere, AC. Domestic violence in an African Obstetric Population. *Obstetr Gynecol* 2014;123:16S.
35. Cervantes-Sánchez, P, Delgado-Quiñones, EG, Nuño-Donlucas, MO, Sahagún-Cuevas, MN, Hernández-Calderón, J, Ramírez-Ramos, JK. Prevalencia de violencia intrafamiliar en embarazadas de 20 a 35 años de una unidad de medicina familiar. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2016;54(3):286-91.

36. Lutgendorf, MA, Snipes, MA, O'Boyle, AL. Prevalence and Predictors of Domestic Violence in a Military Urogynecology Clinic. *Am Col Obstetr Gynecol* 2014;123(5):113S.
37. Chisholm, MA, Bullock, L, Ferguson II, JE. Intimate partner violence and pregnancy: epidemiology and impact. *Am J Obstetr Gynecol* 2017;217(2):141-4.
38. Coker, AL, Garcia, LS, Williams, CM, Crawford, TN, Clear, ER, McFarlane, J, et al. Universal Psychosocial Screening and Adverse Outcomes in an Academic Obstetric Clinic. *Obstetr Gynecol* 2012; 119(6):1180-9.
39. Renker, PR, Tonkin, P. Women's Views of Prenatal Violence. *Obstetr Gynecol* 2006;107(2):348-54.
40. McFarlane, J, Maddoux, J, Cesario, S, Koci, A, Liu, F, Gilroy, H, Bianchi, AL. Effect of Abuse During Pregnancy on Maternal and Child Safety and Functioning for 24 Months After Delivery. *Am Col Obstetr Gynecol* 123(4):839-47.
41. Shiraziam, T, Afzal, O, Viswanathan, N. Community Health Workers Understanding and Attitudes Regarding Intimate Partner Violence in the Dominican Republic. 2015;125:64S.

Capítulo IX.

Abstract

Introducción: La violencia hacia la mujer es un grave problema de salud pública mundial y una violación a los derechos humanos de las mujeres; se define según la ONU como todo acto de violencia de género que resulte, o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer”. La prevalencia a nivel mundial tiene una enorme variación, sin embargo, se sabe que en nuestro país va del 33 al 57% en mujeres. Según la OMS, el embarazo en adolescentes es uno de los principales factores que contribuye al círculo de enfermedades y pobreza y disminuye el progreso personal, social y profesional de las madres.

Objetivo: Se determinó la prevalencia de violencia doméstica en pacientes adolescentes embarazadas en un hospital de tercer nivel de atención

Material y método: Se realizó un estudio observacional, retrospectivo, transversal y descriptivo en el Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González” de octubre de diciembre de 2018. Se encuestaron adolescentes de 10 a 19 años embarazadas o puérperas con el cuestionario Abuse Assessment Screen (AAS) y se determinaron variables sociodemográficas.

Factibilidad y aspectos éticos: Basado en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, esta investigación se considera como riesgo mínimo.

Resultados: Encontramos una prevalencia del 10.1% de violencia doméstica en nuestra población. Además, al analizar los factores de riesgo de violencia doméstica en las pacientes, encontramos que la mala convivencia con la pareja y la violencia frecuente en el último año son factores de riesgo elevados (OR 9.933, IC 95% 1.304-75.679 y OR 26.909, IC 95% 5.914-122.448, respectivamente) y que la buena convivencia familiar y la ausencia de violencia durante el último año son factores protectores (OR 0.248, IC 95% 0.068-0.898 Y OR 0.091, IC 95% 0.030-0.273, respectivamente). La violencia psicológica es más prevalente sobre la violencia física y los sitios de mayor agresión fueron cara anterior y abdomen.

Conclusiones: Una de cada diez mujeres adolescentes embarazadas sufren de violencia doméstica en nuestra población. La prevalencia de violencia doméstica en adolescentes embarazadas de nuestra región es menos prevalente a la reportada en otros lugares, pero similar a la de mujeres embarazadas mayores de edad en nuestro Hospital. Sin embargo, a pesar de que las cifras sean menores, no deben dejar de ser alarmantes y deben tomarse medidas preventivas por parte de las autoridades y el equipo profesional de la salud.

Palabras claves: Violencia doméstica, adolescentes embarazadas, noreste de México

Capítulo X.
RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO

César Fausto Cantú Yruegas
Candidato para el Grado de
Especialista en Ginecología y Obstetricia

Tesis: **“PREVALENCIA DE VIOLENCIA DOMÉSTICA EN
ADOLESCENTES EMBARAZADAS.”**

Campo de Estudio: Ciencias de la Salud

Biografía: Datos Personales: Nacido en Monterrey, Nuevo León
el 15 de junio de 1987, hijo de César Fausto Cantú Solís y Sylvia
Yruegas Buentello

Educación: Egresado de la Universidad Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Monterrey como Médico Cirujano en 2013.

Capítulo XI.

Anexos



DR. MED. ABEL GUZMAN LOPEZ

Investigador principal
Departamento de Ginecología y Obstetricia
Presente.

Estimado Dr. Guzmán:

Les informo que nuestro **Comité de Ética en Investigación** del Hospital Universitario "Dr. Jose Eleuterio Gonzalez", ha **evaluado y aprobado** el proyecto de investigación titulado: "**Prevalencia de violencia doméstica en adolescentes embarazadas**", registrado con la clave **GI18-00013**, participando además el Dr. César Fausto Cantu Yruegas, Dra. S. Geraldina Guerrero González y la Est. Sindy Melissa Sánchez Romo como Co-Investigadores. Además del siguiente documento.

- Protocolo en extenso, versión 2.0 de fecha 30 de Agosto del 2018.
- Consentimiento Informado para padres, versión 3.0 de fecha 20 de Septiembre del 2018.
- Consentimiento Informado para pacientes, versión 2.0 de fecha 30 de Agosto del 2018.
- Asentimiento Informado, versión 2.0 de fecha 08 de Agosto del 2018.
- Cuestionario sociodemográfico y factores obstétricos, versión 2 de fecha Mayo 2018.
- Encuesta sobre el maltrato abuse Assessment Screen (A.A.S.) de fecha 21 Agosto 2012.

Le pedimos mantenernos informados del avance o terminación de su proyecto.

Sin más por el momento, me despido de ustedes.

Atentamente,
"Alere Flamman Veritatis"
Monterrey, N.L. 28 de Septiembre del 2018

DR. med. JOSE GERARDO GARZA LEAL
Presidente del Comité de Ética en Investigación

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN



COMITÉ DE ÉTICA
COMITÉ DE INVESTIGACIÓN

Comité de Ética en Investigación

Av. Francisco I. Madero y Av. González Sáiz, Col. Mitras Centro, C.P. 64460, Monterrey, N.L., México.
teléfono: 8183294050. Fax: 267042674. Correo Electrónico: investigacion@med.uanl.com

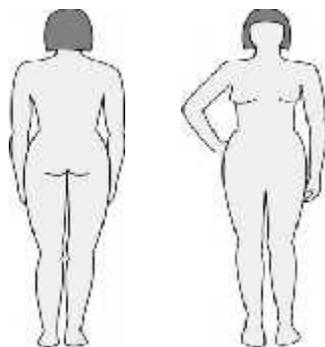


Investigación 10/10/18

**Encuesta Sobre El Maltrato
(Abuse Assessment Screen (A.A.S.) – Spanish Version)**

1. Durante el ultimo ano, fue golpeada, bofeteada, pateada, o lastimada fisicamente de alguna otra manera por alguien? SI NO
Si la respuesta es "si" por quien(es) _____
2. Desde que salio embarazada, ha sido golpeada, bofeteada, pateada, o lastimada fisicamente de alguna otra manera por alguien? SI NO
Si la respuesta es "si" por quien(es) _____

En el diagrama anatomico marque las partes de su cuerpo que han sido lastimadas. Valore cada incidente usando las siguiente escala:

	GRADO	
1 = Amenazas de maltrato que incluyen el use de un arma	_____	
2 = Bofeteadas, empujones sin lesiones fisicas o dolor permanente	_____	
3 = Moquetas, patadas, moretones, heridas, y/o Dolor continuo	_____	
4 = Molida a palos, contusiones severa, quemaduras fracturas de huesos	_____	
5 = Heridas en las cabeza, lesiones internal, lesiones permanentes	_____	
6 = Uso de armas; herida por arma	_____	

Si cualquiera de las situaciones valora un numero alto en la escala.

3. Durante el ultimo ano, fue forzada a tener relaciones sexuales? SI NO
Si la respuesta es "si" por quien(es) _____
Cuantas veces? _____

8-21-2012