



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
**FACULTAD DE MEDICINA**

**Instituto Nacional de Perinatología**  
ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES

**“VARIABLES ASOCIADAS A LA VIOLENCIA DE GÉNERO Y DE PAREJA EN LA POBLACIÓN OBSTÉTRICA ATENDIDA EN EL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA”**

**T E S I S**

para obtener el Título de  
**ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

**PRESENTA**

DRA. SANDRA IVONNE PACHECO RUIZ

DR. MARIO ROBERTO RODRIGUEZ BOSCH  
Profesor Titular del Curso de Especialización  
en Ginecología y Obstetricia

DRA. ALEJANDRA BEATRIZ SELIGSON RIOS

Asesora de Tesis

DRA. ROSA GABRIELA HERNÁNDEZ CRUZ

Asesora Metodológica



**CIUDAD DE MÉXICO**

**2023**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

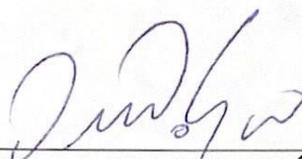
**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

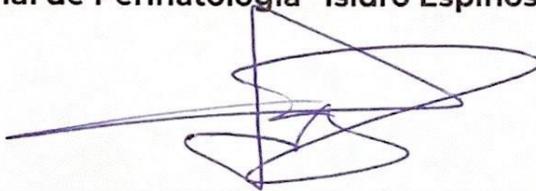
**AUTORIZACIÓN DE TESIS:**

**VARIABLES ASOCIADAS A LA VIOLENCIA DE GÉNERO Y DE PAREJA EN LA  
POBLACIÓN OBSTÉTRICA ATENDIDA EN EL INSTITUTO NACIONAL DE  
PERINATOLOGÍA**



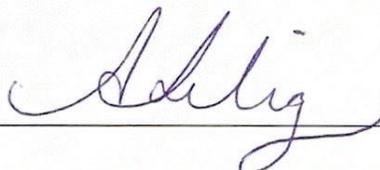
---

**DRA. VIRIDIANA GORBÉA CHÁVEZ**  
Directora de Educación en Ciencias de la Salud  
Instituto Nacional de Perinatología "Isidro Espinosa de los Reyes"



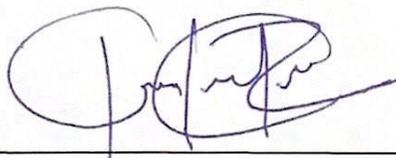
---

**DR. MARIO ROBERTO RODRÍGUEZ BOSCH**  
Profesor Titular del Curso de Especialización en Ginecología y Obstetricia  
Instituto Nacional de Perinatología "Isidro Espinosa de los Reyes"



---

**DRA ALEJANDRA BEATRIZ SELIGSON RIOS**  
Asesora de Tesis  
Instituto Nacional de Perinatología "Isidro Espinosa de los Reyes"



---

**DRA ROSA GABRIELA HERNÁNDEZ CRUZ**  
Asesora metodológica de Tesis  
Instituto Nacional de Perinatología "Isidro Espinosa de los Reyes"

## Dedicatoria

A mi familia: Licha, Isma, Ara, Ely y Mary quienes a lo largo de mi vida han sido mi motor, siempre han sostenido mi mano, me han apoyado y siempre creyeron en todo lo que me propuse incluso cuando parecía irreal para mí. Esto es por y para ustedes, los amo.

Para ti Mary a quien extraño cada día, te dedico este y todos mis logros hasta el cielo.

A mis amigos y compañeros de la residencia quienes sin saberlo me salvaron en más de una ocasión incluso en los momentos más oscuros.

A todas aquellas mujeres que en silencio y dolor viven cualquier tipo de violencia.



## ÍNDICE

RESUMEN .....	4
ABSTRACT .....	5
INTRODUCCIÓN .....	6
JUSTIFICACIÓN .....	7
METODOLOGÍA.....	8
RESULTADOS.....	9
DISCUSIÓN .....	19
CONCLUSIONES .....	22
RECOMENDACIONES .....	23
REFERENCIAS .....	25
ANEXOS .....	28

**Introducción:** La violencia de género es un fenómeno social altamente perjudicial en diversos aspectos en la vida de la mujer que la padece. En México, de acuerdo con la última encuesta nacional sobre dinámica familiar (2016) 66.1 % de las mujeres mayores de 15 años han padecido en algún momento de su vida un incidente de violencia psicológica, económica, física o sexual en al menos un ámbito y ejercida por cualquier agresor. La cifras en mujeres embarazadas son igual de alarmantes, alrededor del 60%, refieren haber presentado cualquier tipo de violencia antes del embarazo por parte de su pareja; las consecuencias de la misma se pueden medir a corto, mediano y largo plazo entre las que se incluyen enfermedades ginecológicas, complicaciones durante el embarazo, enfermedades de transmisión sexual, trauma emocional, discapacidad e incluso la muerte. El propósito del presente estudio es revisar las principales características sociodemográficas de las pacientes embarazadas víctimas de violencia de género y de pareja e identificar el grado de correlación, así como describir los resultados perinatales obtenidos.

**Métodos:** Se realizó un análisis retrospectivo tipo analítico con revisión de expedientes de pacientes embarazadas las cuales dieron positivo a tamiz de violencia realizado en el Instituto Nacional de Perinatología en el periodo comprendido entre Junio 2016 y Junio 2022

**Resultados:** Se obtuvo un total de 210 pacientes. Se obtuvo una frecuencia de presentación mayor en el rango de edad de 20-25 años (26.6%), seguido del grupo de 15-20 años (19.05%), predomina la ocupación ama de casa con 61.43%. Se encontró una prevalencia de comorbilidades psiquiátricas en el 63.3% dentro del cual predominó el consumo de sustancias en un 39.10%. El año con mayor detección fue el 2018 con un total de 43 casos. 40% de las pacientes refirieron haber presentado violencia durante su infancia, 20.9% sufrió violencia por 3eras personas y un 80% refiere antecedente de violencia por parte de su pareja actual en cualquier momento de la relación con un 69.5% de violencia antes del embarazo. La violencia de pareja más prevalente fue la psicológica en un 70.9%. Se encontró asociación estadísticamente significativa con antecedente de violencia en la infancia con la presentación de violencia física durante el embarazo OR 2.78 (IC 95% 1.0543-7.24) así como el consumo de sustancias en la pareja OR 3.45 (IC 95% 2.4-16.43). El antecedente de violencia física en la infancia demostró una asociación con la violencia sexual de pareja durante el embarazo OR 3.31 (IC 95 1.58-6.93) así como la violencia por 3eras personas OR 2.718 (IC 95% 1.079-6.85). Para todos los tipos de violencia durante el embarazo se encontró asociación con el antecedente de violencia en la pareja actual La media de edad gestacional al ingreso fue de 14.2 semanas, con un promedio de consultas prenatales de 4. Con respecto a los resultados perinatales 66.1% tuvo una resolución a término con una media de peso neonatal de 2833.5 gramos.

**Conclusiones:** La presentación de la violencia de género durante cualquier etapa de la vida de una mujer en la población observada es tan alta como la obtenida en registros nacionales e internacionales; entre los principales factores que la involucran son los antecedentes de haber sufrido violencia en la infancia o haber sufrido violencia previamente por parte de la pareja. Entre las comorbilidades asociadas la presentación de enfermedades psiquiátricas conlleva un gran porcentaje de las mismas, así mismo se observa que la presencia de violencia de género y de pareja disminuye la adherencia al control prenatal y al inicio del mismo de manera oportuna.

**Introduction:** Gender violence is a highly detrimental social phenomenon in various aspects in the life of the woman who suffers it. In Mexico, according to the latest national survey on family dynamics (2016) 66.1% of women over 15 years of age have suffered at some point in their lives an incident of psychological, economic, physical or sexual violence in at least one area by any aggressor. For pregnant women the statistics are equally alarming: around 60% report having experienced any type of violence by their partner before pregnancy; the consequences of this violence can be measured in short, medium and long term it includes gynecological diseases, complications during pregnancy, sexually transmitted diseases, emotional trauma, disability and even death. The purpose of the present study is to review the main sociodemographic characteristics of pregnant patients who are victims of gender and intimate partner violence and to identify the degree of correlation, as well as to describe the perinatal outcomes obtained.

**Methods:** Retrospective analytical analysis with review of records of pregnant patients who tested positive for violence screening performed at the National Institute of Perinatology in the period between June 2016 and June 2022.

**Results:** A total of 210 patients were obtained. A higher frequency of presentation was obtained in the age range of 20-25 years (26.6%), followed by the group of 15-20 years (19.05%), predominantly housewife occupation with 61.43%. A prevalence of psychiatric comorbidities was found in 63.3% within which substance use predominated in 39.10%. The year with the highest detection was 2018 with a total of 43 cases. 40% of the patients reported having experienced violence during childhood, 20.9% suffered violence by third parties and 80% reported a history of violence by their current partner at any time during the relationship, with 69.5% of violence before pregnancy. The most prevalent intimate partner violence was psychological violence (70.9%). A statistically significant association was found with a history of violence in childhood with the occurrence of physical violence during pregnancy OR 2.78 (95% CI 1.0543-7.24) as well as substance use in the partner OR 3.45 (95% CI 2.4-16.43). History of physical violence in childhood showed an association with intimate partner sexual violence during pregnancy OR 3.31 (95% CI 1.58-6.93) as well as 3rd person violence OR 2.718 (95% CI 1.079-6.85). For all types of violence during pregnancy an association was found with a history of violence in the current partner. The mean gestational age at admission was 14.2 weeks, with an average number of prenatal visits of 4. About perinatal outcomes 66.1% had a term resolution with a mean neonatal weight of 2833.5 grams.

**Conclusions:** The presentation of gender violence during any stage of a woman's life in the observed population is as high as that obtained in national and international registries; among the main factors that involve it are a history of having suffered violence in childhood or having previously suffered violence by a partner. Among the associated comorbidities, the presentation of psychiatric diseases accounts for a large percentage of them, and the presence of gender and intimate partner violence decreases adherence to prenatal care and the timely initiation of prenatal care.

## VARIABLES ASOCIADAS A LA VIOLENCIA DE GÉNERO Y DE PAREJA EN LA POBLACIÓN OBSTÉTRICA ATENDIDA EN EL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA

### INTRODUCCIÓN

Distintos organismos internacionales reconocen a la violencia de género como una violación a los derechos humanos, un obstáculo para la equidad y un problema de justicia con graves implicaciones para la salud, libertad, seguridad y vida de las mujeres y niñas por esto debe de ser considerada como una prioridad de la salud pública (1). La violencia contra las mujeres y niñas es definida por la Organización Mundial de la Salud como aquella que cause daño físico, sexual o psicológico, incluyendo agresión física, coerción sexual, abuso psicológico y control de bienes, en cualquiera de sus formas en el ámbito privado y público. Se reconoce como un problema social y de salud producido a través de la ideología, instituciones y tendencias sociales y grupales (2). Por lo que la violencia contra la mujer abarca pero no se limita a la violencia física, sexual y psicológica que tenga origen en la familia incluyendo golpes, abuso sexual, violación marital, mutilación genital y otras prácticas lesivas, violencia relacionada con la explotación y conyugal sino también a la violencia física, sexual y psicológica que ocurra dentro de la comunidad, trabajo e instituciones educativas(3). Por otro lado la violencia de pareja es la forma de violencia más frecuente alrededor del mundo y está definida como aquella que se inflige entre dos personas en una relación estrecha ya sea cónyuges actuales o anteriores o noviazgos que causen daño físico, sexual, económico y psicológico (4)

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud en su último informe publicado en el año 2021: Alrededor de 641 a 753 millones de mujeres mayores de 15 años han sido víctimas de violencia física o sexual por parte de su pareja por lo menos una vez en la vida dando un total del 27% ( IC 95% 23-31%), 1 de cada 4 mujeres ( 24% IC 95% 21-28%) entre los 15 y 19 años confirmó ya haber sufrido violencia física o sexual por su pareja, La región con mayor índice de violencia a lo largo del mundo corresponde a 3 subregiones de Oceanía con un promedio de 37% , mientras que América Latina posee un 25%. A nivel mundial un 6% (IC 95% 4-9%) de las mujeres de más de 15 años han presentado violencia física y sexual por terceras personas , sin embargo en la región de Latinoamérica y el Caribe es de 11 % (IC 95% 7- 16%), En México 24 % de las mujeres han sido víctimas de violencia física o sexual en alguna etapa de su vida y 10% del total presentó violencia en el último año.(5)

A nivel nacional el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) en el 2021 realizó un comunicado reportando los siguientes datos: 10.8% Del total de los delitos cometidos en contra de mujeres son de carácter sexual, entre el año 2018 y 2019 se realizaron un total de 96,374 denuncias por delitos sexuales, en el año 2021 casi un 23% declaró haber enfrentado intimidación sexual y un 7.3% indicó haber sido víctima de abuso sexual, durante la primera mitad del año 2021 la principal causa de violencia en los hogares contra mujeres fue la psicológica(6)

Mientras que en el Instituto Nacional de Perinatología se tiene reportada una prevalencia de presentación de violencia contra las usuarias en 18.8% (7).

Un tema importante que ha cobrado relevancia y ha sido motivo de nuevos análisis y nuevos planteamientos sobre la situación de la violencia contra la mujer es la pandemia secundaria a COVID 19 , en donde los periodos prolongados de estancia en domicilio incrementaron los índices de violencia en el entorno familiar. De acuerdo a la Encuesta Nacional de la Salud al comparar el primer semestre del año 2020 ( año de mayor confinamiento) con el del año 2021, se observa una prevalencia del doble durante el año 2020 (2.3% vs 1.1%) (8)

## **Violencia de género en población obstétrica**

La prevalencia de la violencia durante el embarazo varía del 1.2% hasta el 27.6% de acuerdo a la población y definiciones utilizadas (9) en México se ha reportado hasta un 11% (10).

Entre el 60 a 96% de las mujeres han experimentado violencia de pareja antes del embarazo; lo que sugiere que la violencia en sí durante el periodo gestacional es una continuación de la ya percibida en la mayoría de las mujeres(11)Entre los principales factores sociodemográficos de riesgo para la presentación de violencia durante el embarazo se encuentran la edad materna en donde grupos entre 14 a 19 años presentan un 26.8% (IC95% 18.3-37.5) de probabilidad de padecer violencia psicológica, 12.2 % (IC 95% 6.6-21.3) violencia física y 6.1% (IC 95% 2.5-13.9) de violencia sexual en comparación con el grupo mayor de 20 años (12). La ocupación materna y los años de estudio también han demostrado incrementar la prevalencia de la violencia con un PR de 1.56 (IC 95% 1.09-2.24) para grupos dedicados al hogar y PR 1.78 (IC 95% 1.28-2.49) en grupos que presentan niveles educativos equiparables a nivel primaria o menor (13.)También se han encontrado factores asociados a la historia de violencia presentada en la mujer siendo el principal factor de riesgo el antecedente de presentar cualquier tipo de violencia antes del embarazo PR 9.47 (IC 95% 7.13-12.57), violencia física en la infancia PR 2.33 (IC 95% 1.70-3.19), violencia psicológica en la infancia PR 2.75 (IC 95% 2.14-3.53) (13) así como el antecedente de haber presenciado violencia física o psicológica contra su madre OR 2.90 (IC 95% 1.03-8.24) (14)

Cualquier tipo de violencia durante el embarazo puede conllevar a consecuencias directas para desarrollar un embarazo de alto riesgo secundarias a respuestas fisiológicas al estrés incluyendo el incremento de factores vasoconstrictores o cortisol, lo cual puede resultar en fetos pequeños para edad gestacional o incremento en niveles de prostaglandinas con el subsecuente desarrollo de amenazas de parto pretérmino; así como comorbilidades psiquiátricas incluyendo estrés, ansiedad, depresión, estrés postraumático, baja autoestima, autolesiones, trastornos alimentarios.(11) Adicionalmente de manera indirecta puede incrementarse o iniciar el consumo de sustancias ,disminución de su autonomía en la toma de decisiones, conllevando a un control prenatal tardío o a falta de búsqueda de atención médica en caso de urgencias (9)

La afectación también se da a nivel social y económica, se calcula que en los Estados Unidos el costo de la atención de la violencia de pareja de manera directa involucra más de 8.3 billones de dólares anuales, sin contar el costo asociado a tratamientos de comorbilidades indirectas como tratamiento de consumo de sustancias, intentos de suicidio, sintomatología psiquiátrica y problemas pediátricos asociados al presenciarse .Dentro de los costos que no pueden ser medidos se encuentran la disminución de la calidad de vida, disminución del autoestima, destrucción del núcleo familiar (15).

## **JUSTIFICACIÓN**

Con base en lo anterior se ha realizado la presente investigación con los objetivos primarios de precisar las principales características sociodemográficas de las pacientes víctimas de violencia y describir detalladamente la información sobre la presentación de la violencia de género y de pareja en la población obstétrica del Instituto Nacional de Perinatología durante periodo comprendido Junio 2016-Junio 2022.Posteriormente nos planteamos analizar la relación entre el tipo de violencia de pareja durante el embarazo y la correlación que tiene con los antecedentes de violencia y las características sociodemográficas, así como la descripción del impacto de la violencia de género en los resultados perinatales y el seguimiento prenatal .

Se llevó a cabo un estudio retrospectivo tipo analítico en pacientes obstétricas atendidas en el Instituto Nacional de Perinatología en el periodo comprendido entre Junio 2016 a Junio 2022. Los datos se obtuvieron a través del expediente médico electrónico y de cuestionario validado en población mexicana por Castro R. en 2004 (16) el cual evalúa en 27 preguntas dirigidas la violencia de pareja física, sexual y psicológica ( Anexo 1) Se estableció el diagnóstico de violencia cuando la paciente respondía de manera afirmativa a alguna de las preguntas y se corroboró el mismo mediante una entrevista y realización de historia clínica por parte del departamento de Psicología, adicionalmente se realizó la revisión de expedientes electrónicos en el periodo comprendido entre Junio 2016 y Junio 2022 utilizando como palabras claves en historia clínica psicológica o médica: Violencia y abuso sexual .

Los casos incluidos en el estudio fueron embarazadas identificadas con violencia de género en cualquier etapa de su vida incluyendo el embarazo actual, no se incluyeron pacientes con tamices positivos las cuales no acudieron a la realización de entrevista e historia clínica

### **Análisis estadístico**

Se utilizó estadística descriptiva para las variables demográficas y la identificación de grupos. Para las variables cualitativas se utilizaron medidas de frecuencia expresadas en porcentajes y para las cuantitativas medidas de tendencia central y de dispersión. Para las cuales se utilizó la hoja de cálculo de EXCEL del programa Microsoft Office para Windows

Para el análisis de los datos se utilizó una base de datos en Google sheets que posteriormente fue exportada a SPSS V25. Se realizaron pruebas de R de Pearson para excluir aquellas variables que presentaran multicolinealidad con las variables dependientes de interés. Para la búsqueda de asociación entre los tipos de violencia y las variables se realizó regresión logística binaria con una aproximación stepwise hacia atrás por razón de verosimilitud. Para violencia física en el embarazo se creó un modelo de 8 pasos hasta llegar a uno que tuviera las variables con mayor capacidad predictiva. Así, con violencia psicológica, sexual y económica se crearon 6, 8 y 10 pasos para cada modelo respectivamente. El nivel de significancia para incluir una variable en el modelo se fijó en 0,15 y el nivel de significancia para excluir una variable se fijó en 0,1. Es necesario mencionar que en los tres modelos se consideraron estadísticamente significativos los valores de probabilidad menores a 0.05.

**Descripción de la muestra**

El estudio se llevó a cabo en un periodo de 6 años en donde se obtuvo un total de 210 pacientes con antecedente de violencia de género y presentación de violencia durante el embarazo. De nuestro grupo estudiado la media para la edad materna de diagnóstico fue de 26.92, con una mayor presentación en el grupo de 20-25 años con un 26.6% (n= 56); así mismo es de resaltar la presentación de violencia en población pediátrica de menos de 15 años con un 5.23% (n=11) y población adolescente/adulto joven con una presentación total de 19.05% (n=40).(Tabla 1)

El estado civil predominante es soltera con 51.9% (n=109), seguido de unión libre con 26.67% (n=56) y casada con 10.95% (n=23).La ocupación principal reportada es ama de casa con 61.43% (n=129).

Del total de pacientes se encontró una predominancia en 12 años de estudios con 28.10% (n=59) correspondiente a un nivel de escolaridad bachillerato, en segundo lugar, 9 años de estudios correspondientes a nivel secundaria con un total de 52 pacientes (24.7%)

Dentro de las comorbilidades mayormente observadas se identificó 133 pacientes (63.3%) con una o varias enfermedades catalogadas como psiquiátricas (consumo de sustancias, trastorno de personalidad, trastorno alimenticio, ansiedad, depresión, ideas suicidas, intento de suicidio).

**Tabla 1****Características sociodemográficas**

<b>Variable</b>	<b>Frecuencia ( %)</b>
<b>Grupo de edad</b>	
10-15 años	11 (5.23)
15-20 años	40 (19.05)
20-25 años	56 (26.67)
25-31 años	36 (17.14)
31-36 años	26 (12.38)
36-41 años	28 (13.3)
41-46 años	12 (5.71)
46-50 años	1 (0.48)
<b>Estado civil</b>	
Soltera	109 (51.90)
Casada	23 (10.95)
Unión libre	56 (26.67)
Divorciada	2 (0.95)
Separada	19 (0.05)
Viuda	1 (0.48)
<b>Ocupación</b>	
Ama de casa	129 (61.43)
Empleada	21 (10)
Profesionista	4 (1.90)

Comerciante	23 (10.95)
Otros	33 (15.71)
<b>Años de estudios</b>	
0	2 (0.95)
6 años	10 (4.76)
7 años	4 (1.90)
8 años	8 (3.81)
9 años	52 (24.76)
10 años	8 (3.81)
11 años	12 (5.71)
12 años	59 (28.10)
13 años	7 (3.33)
14 años	9 (4.29)
15 años	10 (4.76)
16 años	7 (3.33)
17 años	22 (10.48)
<b>Comorbilidades</b>	
Amenaza de aborto	9 (4.92)
Amenaza de parto pretérmino	16 (7.62)
Diabetes	5 (2.38)
Hipertensión arterial sistémica	13 (6.19)
Hipotiroidismo	15 (7.14)
Diabetes mellitus gestacional leve	5 (2.38)
Diabetes mellitus gestacional	10 (4.76)
COVID 19	11 (5.24)
Psiquiátricas	133 (63.3)

### **Presentación de violencia**

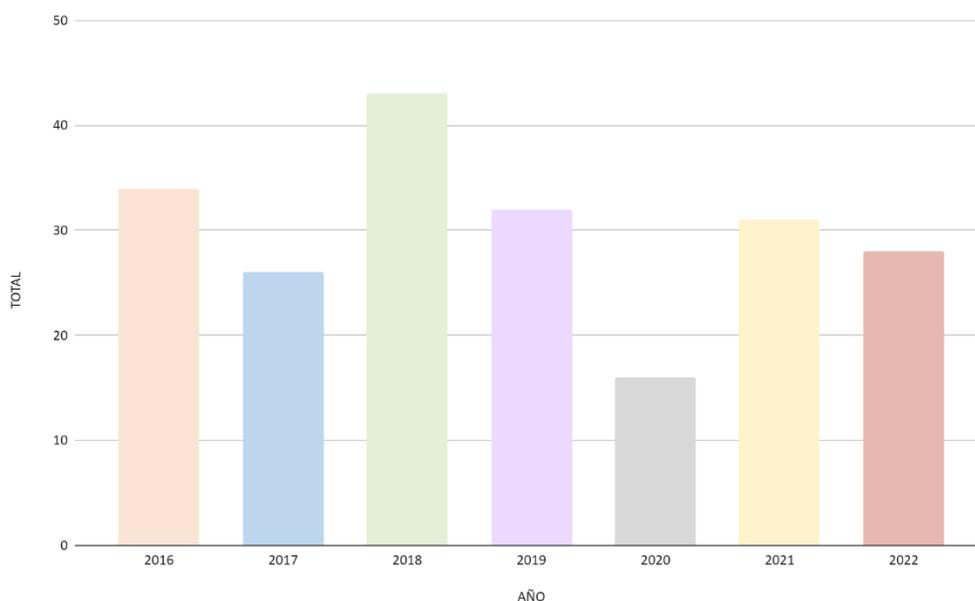
Dentro de este rubro se encontró una mayor prevalencia de detección de la misma en el año 2018 con 43 pacientes (20.48), mientras que en el año 2020 únicamente se realizó la detección en 16 casos (7.62%).(Tabla 2 y Gráfica 1)

Tabla 2

Presentación de violencia en pacientes embarazadas

Variable	Frecuencia (%)
<b>Año de detección</b>	
2016	34 (16.19)
2017	26 (12.38)
2018	43 (20.48)
2019	32 (15.24)
2020	16 (7.62)
2021	31 (14.76)
2022	28 (13.33)

Total de pacientes identificadas por año con violencia de género



Gráfica 1. Relación de pacientes identificadas con violencia de género por año

Así mismo fue valorada la presentación en todas las pacientes con tamices positivos de violencia en la infancia (menos de 15 años) correspondiendo un 40% (n=84) a aquellas que si la presentaron y un 60% (n=126) para quienes otorgaron respuesta negativa . Dentro de este subgrupo la violencia sexual fue reportada en 50 pacientes, la violencia psicológica en 33, la violencia física en 20 y la psicológica en 33. (Tabla 3)

Se realizó interrogatorio dirigido sobre violencia de género por 3ras personas (no familiar de primera o segunda línea) encontrando una prevalencia de 20.95% (n=44) para aquellas pacientes con respuesta afirmativa, dentro de las cuales la violencia sexual ocupó el primer lugar de presentación (72.3%, n=32).

Se evaluó la exposición de las pacientes a la violencia de pareja ya sea con parejas anteriores o con la pareja actual, del total, 10.9% (n=23) reportaron haber padecido cualquier tipo de violencia en relaciones anteriores, mientras que 168 pacientes (80%) informaron la presentación de cualquier tipo de violencia con la pareja actual incluyendo a 146 (69.5%) mujeres que comunicaron haberla padecido incluso antes del embarazo en curso. Finalmente, un total de 37 mujeres reportaron no haber padecido violencia de pareja (17.6%)

Tabla 3

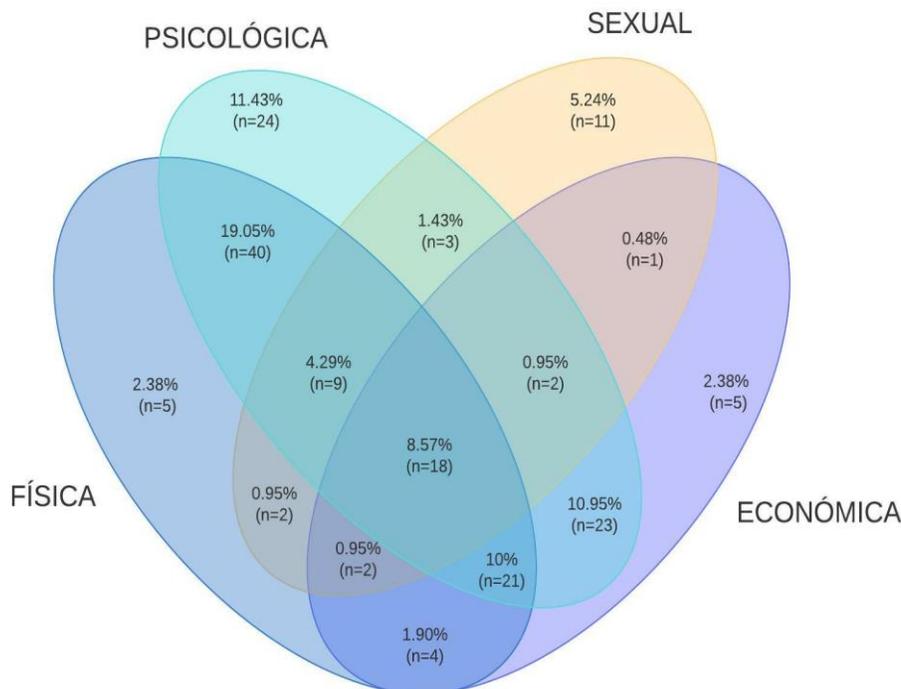
**Antecedentes de presentación de la violencia de género**

<b>Variable</b>	<b>Frecuencia (%)</b>
<b>Violencia en la infancia</b>	
SI	84 (40)
NO	126 (60)
<b>Tipo de violencia en la infancia</b>	
Física	20
Sexual	50
Económica	8
Psicológica	33
<b>Violencia por 3eras personas</b>	
SI	44 (20.9)
NO	166 (79.0)
<b>Tipo de violencia por 3eras personas</b>	
Física	2 (4.5)
Sexual	32 (72.3)
Psicológica	5 (11.3)
Económica	1 (2.2)
2 o más	4 (9.0)
3 o más	0 (0)
<b>Violencia antes del embarazo</b>	
SI	146 (69.5)
NO	64 (30.4)
<b>Violencia en parejas anteriores</b>	
SI	23 (10.9)
NO	187 (89.0)
<b>Antecedente de violencia por parte de pareja Actual</b>	
SI	168 (80)
NO	42 (20)

Se llevo a cabo especial énfasis en el tipo de violencia de pareja durante el embarazo observada, dividiendo esta misma en cada una de las categorías previamente descritas (psicológica, sexual, económica, física). Reportando hasta un 48.5% (n=102) de presentación de violencia física, 39.5% (n=83) para la violencia económica, 70.9% (n=149) para la psicológica y 23.3% (n=49) para la sexual. (Tabla 4 y Gráfica 3)

Variable	Frecuencia (%)
<b>Tipo de violencia de pareja</b>	
<b>FISICA</b>	
SI	102 (48.5)
NO	108 (51.4)
<b>PSICOLÓGICA</b>	
SI	149 (70.9)
NO	61 (29.0)
<b>SEXUAL</b>	
SI	49 (23.3)
NO	131 (76.6)
<b>ECONÓMICA</b>	
SI	83 (39.5)
NO	127 (60.4)

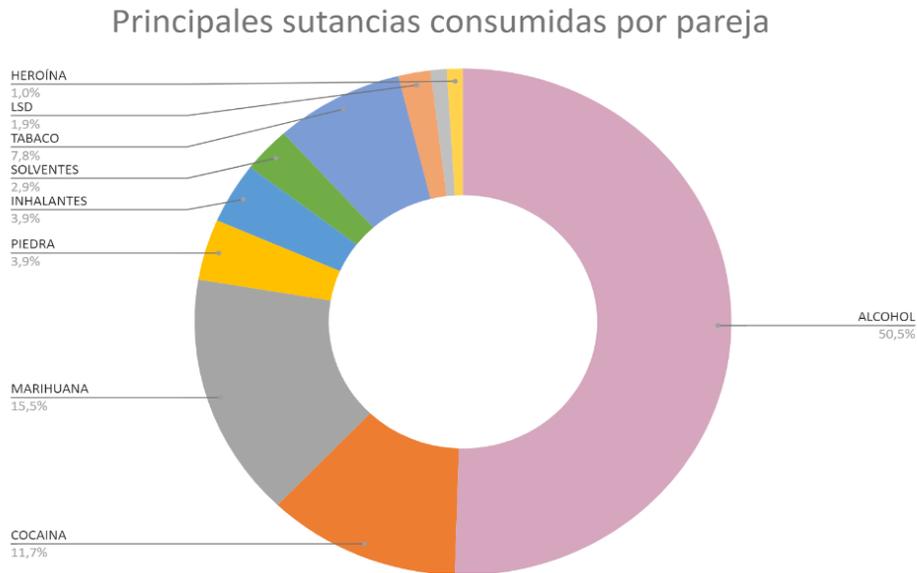
Tabla 4 Tipo de violencia de pareja durante el embarazo reportada por pacientes con tamiz positivo



Se identificó la sobreposición de los distintos tipos de violencia de pareja siendo más prevalente el conjunto de violencia física y psicológica en un 19.05% (n=40) seguido del conjunto psicológica y económica con un 10.96% (n=23). La presentación de los 4 tipos de violencia se dio en 18 pacientes (8.57%) (Imagen 1)

Imagen 1. Diagrama de Venn sobre la relación de los diferentes tipos de violencia de pareja reportados en mujeres embarazadas

El consumo de sustancia en la pareja es uno de los principales factores involucrados en la violencia, en este estudio se encontró un 28.5% (n=60) de prevalencia del consumo siendo el alcohol la principal sustancia abusada con un total de 52, seguida de marihuana (n=16) y cocaína (n=12) (Tabla 5 , Gráfico3)



**Gráfico 3 .Sustancias consumidas por pareja**

**Factores asociados a los cuatro tipos de violencia de pareja durante el embarazo**

Se analizó la relación de la violencia física con diversos factores y se encontró con significancia ( $p > 0.05$ ) que las mujeres que sufrieron violencia psicológica en la infancia tienen 2.78 veces más probabilidades de sufrir violencia física durante el embarazo en comparación con aquellas mujeres que no la presentaron (OR=2.78, IC 95%, 1.04-7.42). Además, se encontró asociación con el haber presentado antecedente de violencia por parte de la pareja actual (OR=6.38 IC 95%, 2.47-16.43) y consumo de sustancias en la pareja (OR=3.45, IC 95%, 1.72-6.93). En cuanto a la violencia psicológica durante el embarazo las mujeres que tienen antecedente de violencia por parte de la pareja actual tiene 17.5 veces más riesgo de presentar la variable de interés (OR=17.53, IC 95%, 5.28-58.12). El análisis de los factores asociados a violencia sexual se encontró que el haber sufrido violencia física en la infancia (OR=3.31, IC 95%, 1.58-6.93), violencia por terceras personas (OR=2.71, IC 95%, 1.07-6.85) y el antecedente de violencia por parte de la pareja actual (OR=12.55, IC 95%, 3.17-49.69) tiene relación significativa con esta variable. Para la variable de violencia económica durante el embarazo el antecedente de violencia por parte de la pareja actual se encontró como único factor asociado (OR=30.2, IC 95%, 4.01-228.82) (Tabla 6)

## Tipo de violencia presentada durante el embarazo

Variable		FÍSICA		PSICOLÓGICA		SEXUAL		ECONÓMICA	
		OR (IC 95%)	p	OR (IC 95%)	p	OR (IC 95%)	p	OR (IC 95%)	p
VIOLENCIA EN LA INFANCIA	No	1	1	1	1	1	1	1	1
	Si	1.211 (0.229-6.396)	0.822	0.942 (0.055-16.07)	0.967	3.967 (0.611-25.778)	0.149	1.079 (0.145-8.021)	0.941
VIOLENCIA FÍSICA EN LA INFANCIA	No	1	1	1	1	1	1	1	1
	Si	1.412 (0.364-5.483)	0.618	0.596 (0.062-5.696)	0.653	<b>3.31</b> <b>(1.58-6.936)</b>	<b>0.002</b>	3.72 (0.916-15.112)	0.066
VIOLENCIA SEXUAL EN LA INFANCIA	No	1	1	1	1	1	1	1	1
	Si	0.546 (0.11-2.72)	0.46	0.126 (0.009-1.776)	0.125	1.17 (0.188-7.276)	0.866	0.405 (0.056-2.95)	0.373
VIOLENCIA PSICOLÓGICA EN LA INFANCIA	No	1	1	1	1	1	1	1	1
	Si	<b>2.783</b> <b>(1.043-7.426)</b>	<b>0.041</b>	1.915 (0.198-18.481)	0.574	0.441 (0.078-2.482)	0.353	0.359 (0.052-2.473)	0.298
VIOLENCIA POR 3ERAS PERSONAS	No	1	1	1	1	1	1	1	1
	Si	0.867 (0.377-1.995)	0.737	0.149 (0.05-0.447)	0.24	<b>2.718</b> <b>(1.079-6.85)</b>	<b>0.034</b>	0.718 (0.29-1.778)	0.473
ANTECEDENTE DE VIOLENCIA CON LA PAREJA ACTUAL	No	1	1	1	1	1	1	1	1
	Si	<b>6.38</b> <b>(2.477-16.433)</b>	<b>.000**</b>	<b>17.531</b> <b>(5.287-58.128)</b>	<b>0</b>	<b>12.55</b> <b>(3.17-49.695)</b>	<b>0**</b>	<b>30.295</b> <b>(4.011-228.826)</b>	<b>0.001**</b>
DEPRESIÓN	No	1	1	1	1	1	1	1	1
	Si	1.031 (0.357-2.979)	0.954	1.944 (0.366-10.326)	0.435	0.573 (0.143-2.304)	0.433	0.783 (0.245-2.502)	0.68
CONSUMO DE SUSTANCIAS DE PAREJA	No	1	1	1	1	1	1	1	1
	Si	<b>3.455</b> <b>(1.72-6.937)</b>	<b>.000**</b>	2.756 (0.83-9.15)	0.098	0.76 (0.332-1.739)	0.516	1.283 (0.657-2.507)	0.465
EDAD	14 a 19 años	1	1	1	1	1	1	1	1
	19 años o más	1.062 (0.478-2.358)	0.882	2.666 (0.867-8.2)	0.087	0.297 (0.126-0.705)	0.62	0.912 (0.396-2.099)	0.829
AÑOS ESTUDIADOS	0 a 4 años de estudio	1	1	1	1	1	1	1	1
	5 años o más de estudio	2.37 (0.393-3.9)	0.912	2.96 (0.989-8.857)	0.052	0.271 (0.002-30.964)	0.59	3.12 (0.81-7.91)	0.999

\*\*p<0.01

Tabla 6 Tipo de violencia de pareja durante el embarazo y su asociación con los factores estudiados

### Comorbilidades psiquiátricas en pacientes con presentación de violencia de género

Previamente se demostró la presencia de comorbilidades psiquiátricas en un 63.3% (n=133), por lo que se buscó de manera intencionada la distribución de cada una de ellas, encontrando consumo de sustancias en el 39.10% (n=52), depresión en 19.5% (n=26), trastorno límite de personalidad en 10.5% (n=14), ansiedad e intentos suicidas en 9.77% cada uno (n=13) y pacientes con ideas suicidas y trastornos de conducta alimentaria en 9.0% (n=12) y 2.26% (n=3) respectivamente (Tabla 7)

Tabla 7

Comorbilidades psiquiátricas asociadas a la violencia de género

Variable	Frecuencia (%)
Consumo de sustancias	52 (39.10)
Ansiedad	13 (9.77)
Depresión	26 (19.55)
Intento suicida	13 (9.77)
Ideas suicidas	12 (9.02)
Trastorno de conducta alimentaria	3 (2.26)
Trastorno límite de personalidad	14 (10.53)

El consumo de sustancias en las paciente debido a la alta prevalencia también fue evaluado encontrando como principales sustancias consumidas: marihuana en 27 pacientes, tabaco en 29 y alcohol en 19 .( Tabla 8 y Gráfico 4)

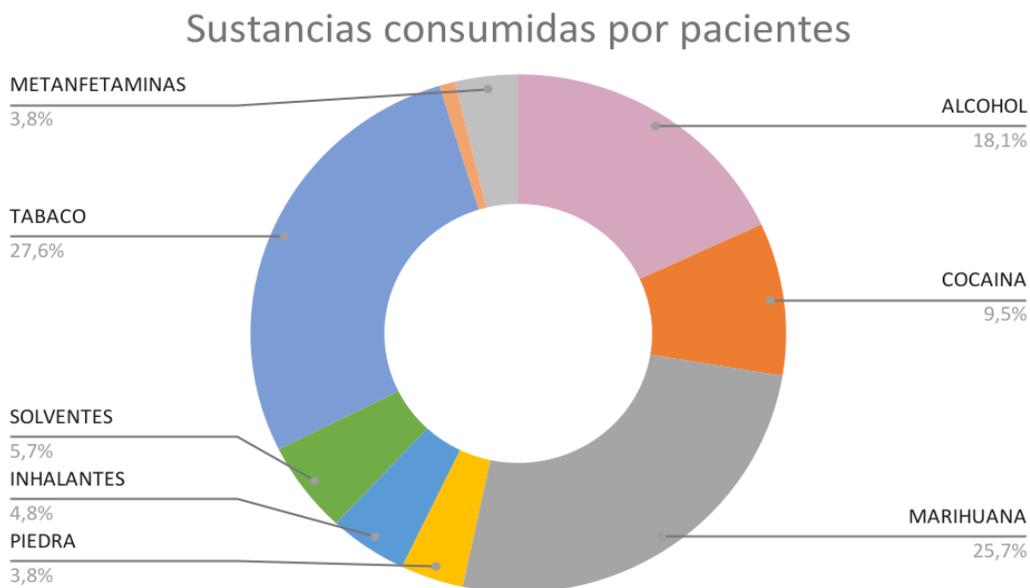


Gráfico 4 .Sustancias consumidas por pacientes

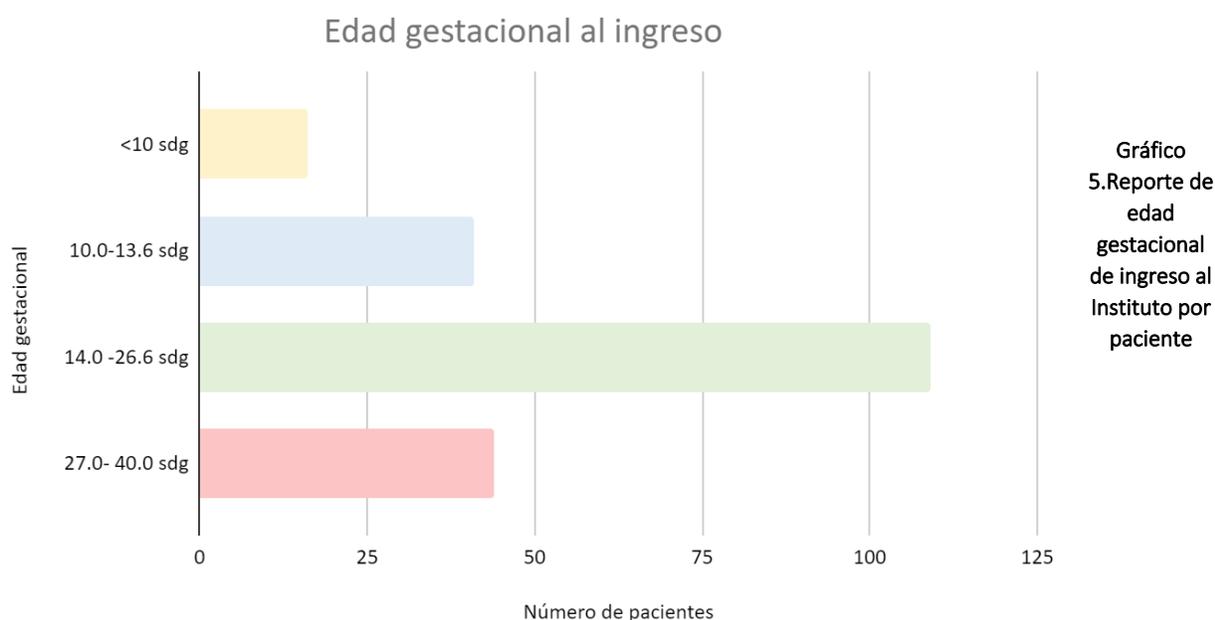
### Enfermedades infecciosas presentes

En cada paciente durante la realización de la historia clínica se le interrogó el antecedente de infecciones de transmisión sexual, reportando una presencia de vph/condilomatosis en 14.2% (n=30), VIH y sífilis en 0.95% (n=2) cada una, clamidia y molusco contagioso en 1.43% (n=3) cada una. (Tabla 9). Con respecto a los resultados de cultivos y panel viral tomados durante el embarazo se encontró la presencia de mycoplasma en 51 pacientes, gardnerella en 7, cándida en 8 y se reportó 25 pacientes con presencia de 2 infecciones en conjunto; así mismo se reportaron 2 casos nuevos de hepatitis B, uno de hepatitis C y uno de Sífilis (con prueba confirmatoria positiva). En los resultados de papanicolau se observó 6 pacientes con lesión intraepitelial de bajo grado, 1 paciente con lesión intraepitelial de alto grado y 3 pacientes con células escamosas atípicas de significado incierto (ASCUS).

### Seguimiento prenatal

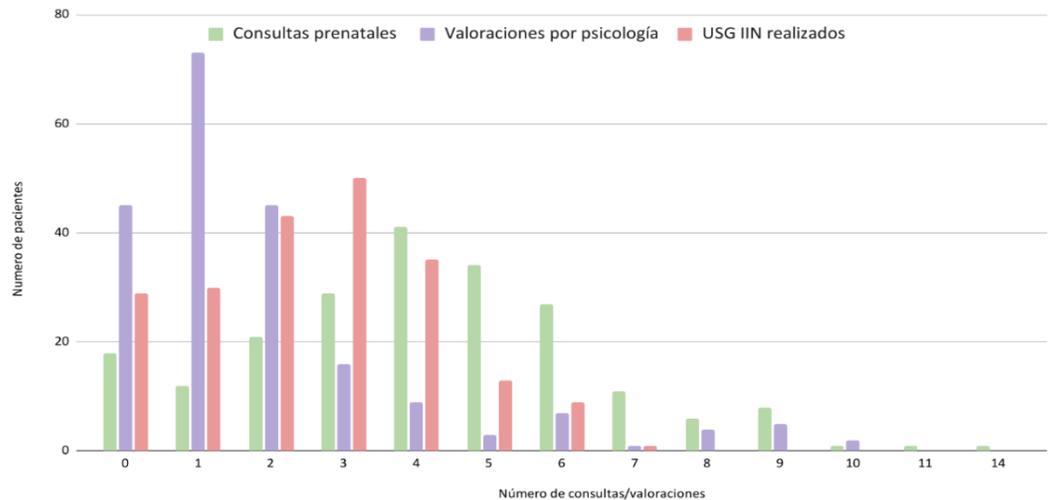
La tabla 10 muestra el seguimiento prenatal otorgado dentro de los cuales se identificó una media de 14.2 semanas de gestación de inicio de control prenatal, siendo el segundo trimestre (14.0 a 26.6) en donde se encontró una mayor población con un total de 52.9% (n=109) (Gráfico 5). La media para el total de consultas prenatales fue de 4.13 con una mediana de 4, con respecto al total de ultrasonidos realizados por medicina materno fetal (II nivel) se observó una media de 2.54.

Dentro de las valoraciones otorgadas por servicios como psicología y psiquiatría la media fue de 1.94 y 0.27 para cada uno respectivamente. (Gráfico 6)



## Seguimiento prenatal

Gráfica 6.  
Comparación entre  
los totales de  
valoraciones  
realizadas durante  
seguimiento  
prenatal



### Resultados perinatales

En un 66.19% (n=139) se realizó la resolución del embarazo a partir de la semana 37.0, un total de 106 pacientes se resolvieron mediante resolución vía abdominal (58.8%), con respecto a la morbilidad neonatal únicamente se reportó APGAR bajo recuperado (calificación de APGAR al minuto < 6) en 16 neonatos, con una media en el peso de 2833.5 gramos y en la talla de 46.49 cm; con 125 de ellos con destino a alojamiento conjunto. (Tabla 11)

Con respecto a la morbilidad materna, 10 pacientes presentaron hemorragia obstétrica, 4 lesión a esfínter anal, en 2 se reportó infección de sitio quirúrgico y 1 se complicó con hematoma vulvar.

Finalmente se hace énfasis en la pérdida de seguimiento en 13 pacientes y 17 que continuaban gestantes al momento de la descripción de estos resultados.

Cualquier tipo de presentación de violencia de género es una de las manifestaciones más evidentes de la desigualdad que existe entre hombres y mujeres. Nuestro estudio representa una de las series más grandes de pacientes mexicanas con violencia detectadas en el embarazo y demuestra que ésta continúa siendo un problema directo que afecta por lo menos alguna vez en su vida a más de  $\frac{2}{3}$  partes de la población estudiada mayor de 15 años; lo cual es equiparable a los resultados obtenidos en la última (17). Los factores sociodemográficos que influyen en los espacios de participación, acceso a los recursos y autonomía de las mujeres son un pilar importante en la presentación de los roles de género y con ello al no existir un equilibrio entre los mismos se expone a la mujer a una vulnerabilidad mayor; con respecto a la población mexicana Ávila-Burgos en el año 2009 encontró una frecuencia de presentación de violencia en el grupo de 25 a 34 del 33.7%, el nivel de educación de la mujer más frecuente fue 9 años o menos con 69.1% y como ocupación principal labores del hogar (ama de casa) en un 51.4% (18) se obtuvieron resultados similares en nuestra población obstétrica a diferencia del total de años de estudios; sin embargo esta medida puede estar modificada por la accesibilidad de los servicios educativos en la Ciudad de México en comparación con otros estados.

### Presentación de violencia

De acuerdo a datos obtenidos por diversas organizaciones a nivel mundial la pandemia por COVID 19 y el confinamiento secundario, incrementó los casos de violencia hacia la mujer especialmente aquellos perpetrados por la pareja (19), en México, tres semanas posteriores al inicio de la jornada de sana distancia se reportó un incremento del 60% en las llamadas al 911 relacionadas con violencia de género (8). La tendencia en nuestro Instituto parecería no demostrar un incremento en la presentación de la misma durante los años de mayor confinamiento, de hecho, se observa una prevalencia baja en el año 2020, sin embargo, es importante recalcar que no se trata de una ausencia de violencia sino más bien de una disminución y ausencia de detección derivado del cierre de diversos hospitales y atención únicamente en servicio de urgencias; llama la atención que para el primer semestre del año 2022 la frecuencia (13.3%) ha casi igualado a la total presentada en el año 2019 (15.24); pudiendo inferir que la cifra actual probablemente logre duplicarse.

### Antecedentes de presentación de la violencia de género

Tanto hombres como mujeres pueden ser perpetradores o víctimas de la violencia, sin embargo las características en las que se da la violencia hacia la mujer difiere en muchos aspectos de la cometida contra el hombre, por ejemplo, existe un mayor riesgo de ser abusada sexualmente en cualquier etapa biológica (20) (por cada 9 delitos sexuales cometidos contra mujeres hay un delito cometido contra hombres (8)). En nuestro estudio más de la mitad de las pacientes que presentaron violencia en la infancia fue de índole sexual ( $n=50$ ), así mismo casi  $\frac{3}{4}$  partes de las pacientes que refirieron antecedente de violencia por 3ras personas también fue de carácter sexual (72.3%), por tal motivo es importante hacer énfasis en que el personal de salud debe de estar adecuadamente capacitado para la atención de las consecuencias de la misma tanto a corto como largo plazo.

La presentación de la violencia de género durante el embarazo, específicamente la derivada de la pareja, ha sido motivo de estudio con la búsqueda intencionada de demostrar la existencia o no del embarazo como factor protector, Castro en el 2004 evaluó estos factores encontrando una prevalencia no significativa con respecto a la presentación de los 3 tipos de violencia evaluados (física, sexual y emocional) antes y durante el embarazo (33.6% vs 32.1% respectivamente) 89 (16); en nuestra población incluso se encontró una presentación de violencia de más del doble antes del embarazo del 69.5%. Castro únicamente demostró variaciones

significativas al estudiarlas de manera individual y obtener el índice de severidad encontrando únicamente una disminución en el índice de violencia física de 2.5 antes del embarazo a 1.75 durante el mismo, sin embargo, la violencia emocional incrementó de 7.02 a 7.89 (16); por lo que se concluye que el embarazo no confiere ningún efecto protector sobre la mujer.

Durante el embarazo, la violencia de pareja en su subtipo psicológica, representó el primer lugar lo cual es equiparable a los resultados obtenidos en poblaciones mexicanas (Castro R. 2004, Castro F. 2014) (4,16). Sin embargo, es importante enfatizar la prevalencia alta del 70.9%, lo cual puede deberse a la falta de homogenización de definiciones, al tipo de encuesta realizada o método de recolección de muestra. Así mismo, el predominio puede estar relacionada con la dificultad por parte de la víctima para reportar tipos más severos de violencia y al miedo de ser el blanco de juicios sociales.

Al examinar las tendencias en las experiencias de la violencia de pareja durante el embarazo es primordial resaltar que en su mayoría coexisten entre sí mostrando patrones interesantes y potencialmente importantes: Primero, la violencia psicológica y la sexual son las formas violencia de pareja que tienden a ocurrir aisladamente con cierta regularidad (11.43% y 5.24%), mientras que la económica y la física rara vez ocurren de manera solitaria como se observa en otros estudios (14, 21). Segundo la violencia física en su mayoría lleva una connotación psicológica por lo que estas coexisten en un alto porcentaje.

Diversos estudios internacionales han encontrado ciertas características sociodemográficas que incrementan el riesgo de violencia durante el embarazo, por ejemplo, edad menor a 15 años y la intención tanto de pareja como de víctima del embarazo (22) Algunos otros factores de riesgo como el estrato socioeconómico, el nivel educativo y el estatus marital, aún son inconsistentes y se requiere de una mayor investigación para autentificar su nivel de asociación(11), independientemente de estos hechos. . Está bien establecido que los mejores predictores para la violencia durante el embarazo es la historia de violencia antes del mismo, lo cual es comparable con los resultados obtenidos en nuestro estudio en donde podemos observar que el antecedente de haber tenido violencia con la pareja actual incrementa de manera significativa el riesgo de padecer cualquiera de los 4 principales tipos de violencia durante el embarazo

Es importante comprender el ciclo de la violencia, aunque no fue objetivo de este estudio se puede demostrar que la violencia psicológica y física en la infancia se asociaron con la presentación a alta exposición a violencia de pareja durante el embarazo incluso con violencia reportada como grave (18). Los datos obtenidos en este y otros artículos, demuestra la importancia del acceso médico a los antecedentes de violencia durante la infancia (23,24) y la realizada por terceras personas; para poder realizar intervenciones a tiempo y dirigidas .

### **Características de la pareja**

Otro de los factores ampliamente estudiados es la presencia o no del consumo de sustancias en la pareja; un metaanálisis realizado en China el cual incluyó alrededor de 30,665 mujeres evidenció una prevalencia del 15.2% (11,703 varones) (25) Así mismo se ha encontrado una asociación inversa con respecto a la frecuencia del consumo de alcohol y el grado de violencia en donde aquellas parejas que consumen alcohol de manera casi diaria tienen 14 veces más posibilidades de agredir de manera grave ( OR 14.77 IC 95% 13.25-16.46) (18). Tampoco está bien demostrado que factores socioeconómicos como la edad de la pareja, los años de estudio y la ocupación estén directamente relacionados con la violencia durante el embarazo, sin embargo, Yüksel en el 2019 evidenció que el ciclo de la violencia con una exposición directa durante la infancia incremento 1.7 veces más la probabilidad de ser el perpetrador de violencia en el embarazo (RR 2.77 IC 95% 1.85-4.14) (26), mientras que si la exposición fue indirecta (haber presenciado violencia hacia la madre) el riesgo de perpetrar violencia en el embarazo es de 2.56 (IC 95% 1.54-4.26). Por lo que nuevamente se hace énfasis en la importancia

de realizar una historia clínica con antecedentes completos no solamente a la paciente embarazada si no también a su pareja a manera de comprender mejor los rasgos que lo llevan a violentar.

### **Comorbilidades psiquiátricas en pacientes con presentación de violencia de género**

La acumulación de la violencia y la ausencia de amortiguadores en la vida de la mujer (soporte social o familiar) (27) confieren un alto riesgo para la presentación de comorbilidades mentales como depresión (AOR 2.84 IC 95 2.13-3.78) y ansiedad ( AOR 3.10 IC 95% 2.12-4.53) (28). La violencia de pareja, así mismo está directamente relacionada a la presencia de comorbilidades mentales en la mujer tales como depresión, ansiedad, síndrome de estrés postraumático, suicidio y consumo de sustancias; aunque es clara la asociación que representa y la conversión de este grupo a uno de alto riesgo irónicamente es menos probable que al presentarlas utilicen servicios de salud mental (29).

En un estudio el cual incluyó 166 mujeres de bajos recursos, se evaluó la asociación de la violencia durante el embarazo y la relación con la presencia de la ideación suicida encontrando que las pacientes que experimentaban violencia presentaban 9 veces más las probabilidades de ideas suicidas (30). En nuestro estudio se pudo observar una alta prevalencia de las comorbilidades psiquiátricas, sin embargo, debido al método de recolección de datos no fue posible determinar en la totalidad si estas se trataban de una consecuencia a los antecedentes de violencia o tuvo su presentación por primera vez durante el embarazo secundario a la violencia de pareja, a pesar de eso no se puede restar importancia a la coexistencia de trastornos psiquiátricos en más del 50% de la población estudiada; lo cual puede conllevar a diversos resultados perinatales adversos.

### **Seguimiento prenatal y resultados perinatales**

La Organización Mundial de la salud recomienda al menos 4 consultas prenatales en mujeres sin complicaciones ni comorbilidades, así como al menos una consulta en los primeros 4 meses de gestación; se reconoce que el poco apego a las seguimiento prenatal y el bajo uso de los servicios de salud contribuye a un incremento en la morbimortalidad materna y neonatal; de acuerdo a nuestros resultados podemos observar que el promedio de edad gestacional de la primer consulta prenatal se ubica en el segundo trimestre del embarazo e incluso corresponde a más de la mitad de la población estudiada, disminuyendo así el total de consultas prenatales y la oportunidad de realizar tamizajes durante el primer trimestre de gestación; en nuestra población se reportó un 6 % de pérdida de seguimiento prenatal y la media para el total de las consultas prenatales fue de 4.13 que podrían ser aceptadas ante organizaciones internacionales, sin embargo, es fundamental establecer el hecho de que las pacientes que acuden a hospitales de 3er nivel tienen comorbilidades de base que hacen insuficiente un control prenatal completo con 4 consultas. Se sabe que existen, además de los factores interpersonales, factores de tipo sociodemográficos que influyen en la atención prenatal oportuna; sin embargo, en México no existen estudios que nos permitan determinar la relación de la atención prenatal con la violencia de pareja se han realizado los mismos en países en los cuales la prevalencia de es tan alta como la presentada en México y sus resultados pueden ser extrapolables a la situación actual. Se ha establecido que, en un sistema social patriarcal, la subsecuente dominación masculina apoya la creencia de que el hombre debe de ser el jefe de familia, conlleva de manera implícita a la toma de responsabilidades y privilegios por ejemplo en diversos países asiáticos las mujeres con violencia de pareja tienen menos probabilidad de tomar decisiones de manera autónoma, mayor dependencia económica y menos libertad de movimiento(31)Y como consecuencia se presenta una disminución en la habilidad para la toma de decisiones en la familia incluyendo el recibir atención

prenatal oportuna, adicionalmente como se mencionó previamente los desórdenes psiquiátricos pueden ser consecuencia de la presentación de la violencia hacia la mujer y la presencia de estos pueden comprometer y limitar la energía de la paciente para buscar adecuado seguimiento prenatal.

Con respecto a los resultados perinatales diversos estudios han demostrado la asociación de la violencia de pareja (específicamente física y sexual) a la presentación de parto pretérmino y recién nacido de bajo peso (definido como aquel menor a 2500g). En el Instituto Nacional de Perinatología una cohorte realizada con 240 pacientes embarazadas se demostró que la violencia física durante el embarazo incrementa 12.07 veces más las probabilidades de presentar un recién nacido con peso bajo (IC 95% 1.08-3.95). Esta asociación tiene sus indicios en la respuesta fisiológica al estrés presentado por la madre en donde existe la liberación de vasoconstrictores como beta endorfinas, catecolaminas y cortisol seguidas de una respuesta neuroendocrina la cual resultará en hipoxia fetal; además existe una mala regulación en el sistema inmune secundario a la presentación de estrés materno con la subsecuente liberación de prostaglandinas y el incremento en la actividad uterina que conlleva a amenazas de parto pretérmino o el parto pretérmino per se. Otra de las formas en las que la violencia de pareja durante el embarazo puede causar de manera directa resultados perinatales adversos es el daño placentario otorgado por trauma abdominal repetido; adicionalmente como se ha mencionado el factor social en el que se presenta la violencia hacia la mujer disminuye de forma notoria su autonomía e incrementa el riesgo de depresión y ansiedad lo cual puede afectar las decisiones sobre su nutrición resultando en fetos pequeños para edad gestacional y recién nacidos de bajo peso (9).

## CONCLUSIONES

A nivel internacional y nacional no hay regulaciones suficientes y existen pocas instancias con respecto a materia de salud pública para la atención de mujeres víctimas de violencia que puedan otorgar atención especializada y empática ;se reconoce que para un adecuado manejo y detección de los mismos es importante el conocimiento de la afectación, tendencias y alcance que la violencia hacia la mujer posee en la población regional específica para que de esta manera se puedan realizar intervenciones dirigidas. Los antecedentes de violencia de género en nuestra población obstétrica son equiparables a los resultados obtenidos en encuestas nacionales, se observó una mayor prevalencia de presentación en el grupo de 20 a 25 años seguido del grupo de 15 a 20, se encontraron también similitudes con respecto al estado civil y ocupación reportada en nuestro estudio, así como la reportada a nivel internacional. En esta investigación se resalta el alto porcentaje de pacientes que presentan o han presentado alguna comorbilidad psiquiátrica hasta en un 63% entre las cuales destacan el consumo de sustancias y la depresión, lamentablemente no fue posible encontrar una asociación directa con la violencia en el embarazo, no pudiendo determinar si la presentación de la misma fue la causa o si existió algún otro factor desencadenante. No así con el consumo de sustancias en la pareja en donde si se observó una relación directa con el riesgo de presentar violencia física en el embarazo.

Existió una mayor detección de violencia de género mediante el tamiz durante el año 2018, sin embargo, las cifras del primer semestre del año 2022 ya se encuentran casi en la misma proporción que en el año prepandemia por lo cual es esperado que el número presentado se incremente al doble al finalizar el año en curso.

Es importante realizar una historia clínica completa incluyendo la presentación o no de violencia en la infancia y la ejercida por terceras personas debido a la asociación encontrada con estas y la violencia de pareja durante el embarazo.

La violencia de pareja durante el embarazo rara vez se asocia a un solo tipo de manera aislada; en nuestro estudio encontramos la relación entre los diferentes tipos de violencia hasta en un 78% de la población estudiada, por lo cual, al realizar la detección de cualquiera de las presentadas, se sugiere investigar si la paciente presenta o no algún otro tipo de violencia con el propósito de otorgarles un manejo multidisciplinario completo.

El seguimiento prenatal e incluso la edad gestacional al ingreso se ven ampliamente afectadas encontrando a más de la mitad de la población con un ingreso tardío (durante el segundo trimestre) al control prenatal disminuyendo así la calidad de atención de las mismas, de igual manera el seguimiento prenatal en su mayoría se ve disminuido con un promedio de 4 consultas prenatales y un promedio de 1.9 valoraciones por psicología y 0.27 para las valoraciones por psiquiatría, si tomamos en consideración el gran porcentaje de pacientes con comorbilidades psiquiátricas podemos observar que tanto la detección como el seguimiento de las mismas no es adecuado.

En cuanto a los resultados perinatales en nuestro estudio no se encontró diferencias con respecto a la morbilidad materna y neonatal.

## RECOMENDACIONES

La violencia contra las mujeres y las niñas es inaceptable, se puede prevenir y se le debe poner fin, es un problema de salud pública poco reconocido en el ámbito de la salud femenina, aunque se conocen las implicaciones que esta posee en los diferentes aspectos de la vida de una mujer a nivel nacional e internacional no se ha logrado la disminución de la misma a pesar de las creaciones de diferentes políticas públicas; en su mayoría derivado del hecho de la falta de educación de la prevención y detección a la sociedad y al personal de salud .

La violencia contra la mujer tiene efectos significativos a corto, mediano y largo plazo , en los ámbitos de salud mental y bienestar de las mujeres mismas , niños y sus familias . Así mismo también tiene consecuencias graves en aspectos sociales y económicos. Es urgente la creación de más centros de referencia especializada para la atención integral de los casos.

Como médicos ginecólogos nos encontramos en una posición única para evaluar y proveer un adecuado manejo a todas aquellas pacientes que son víctimas de violencia de género, debido a la naturaleza de la relación que podemos entablar con ellas tenemos distintas oportunidades para entrevistarlas durante la planificación familiar, exámenes anuales, consultas prenatales etc. El colegio americano (ACOG) recomienda realizar una evaluación sobre la violencia de género en la primer consulta prenatal, 1 vez por trimestre y 1 vez durante el puerperio, reconociendo la validez de la realización de las entrevistas mediante medios electrónicos o cuestionarios de auto llenado. Se sugiere que el interrogatorio se realice en un ambiente de privacidad (sin la presencia de familiares, amigos, etc), asegurándole confidencialidad de la información, al inicio de la entrevista siempre determinar que la búsqueda se hace de manera universal y no intencionada porque se sospeche de su presencia. Así mismo recomienda a los médicos e instituciones mantener una relación directa con recursos comunitarios que apoyen a las víctimas así como hacer uso de material visual tanto educativo como de ayuda y referencia institucional o de asociaciones en espacios privados dentro del hospital (15).

La Federación internacional de ginecología y obstetricia en el año 2018 lanzó la declaración global para la eliminación de la violencia contra las mujeres en donde las principales recomendaciones están enfocadas a garantizar que la violencia contra las mujeres se incluya en programas educativos de todos los proveedores de salud y en programas de educación permanente en especialistas así como fortalecer la disponibilidad y el acceso a servicios integrales de salud reproductiva y sexual que incluyan atención de sobrevivientes de violencia doméstica y posterior a violación ; brindar apoyo a pacientes que sufran violencia a través de apoyo psicológico y servicios legales ; asumir la responsabilidad de identificar y proporcionar atención respetuosa y confidencial para las mujeres que sufren violencia incluidos brindar apoyo de primera línea .

Por último durante la entrevista se aconseja una escucha activa mostrando siempre neutralidad, empatía y respeto, evitando la revictimización y respetar sus decisiones con respecto a su actuar médico y jurídico.

## REFERENCIAS

- 1) Análisis e interpretación de datos estadísticos sobre violencia contra las mujeres en la CAPV, Datos estadísticos 2016 y primer semestre 2017. Servicio de Investigación Social de Fundación EDE. 2017.
- 2) Del Río Zolezzi A, . Santaella Solís A. Modelo Integrado para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y Sexual • Manual Operativo. 2nd ed. México: Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva; 2009.
- 3) Ellsberg M, Heise L. Researching violence against women,: A Practical Guide for Researchers and Activists. Geneva: World Health Organization (WHO); 2005.
- 4) Castro F, Place J, Hinojosa N. Violencia de pareja durante el embarazo y depresión postnatal: Prevalencia y asociación en mujeres mexicanas. Revista Nacional de Salud pública. 2015;:13-22
- 5) World Health Organization (WHO), Violence against women prevalence estimates, 2018: global, regional and national prevalence estimates for intimate partner violence against women and global and regional prevalence estimates for non-partner sexual violence against women. Geneva: World Health Organization; 202.
- 6) Comunicado de prensa núm 689. ESTADÍSTICAS A PROPÓSITO DEL DÍA INTERNACIONAL DE LA ELIMINACIÓN DE LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER (25 DE NOVIEMBRE) [Internet]. Inegi.org.mx. 2021 [cited 1 April 2022]. Available from: [https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/EAP\\_Elimviolmujer21.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/EAP_Elimviolmujer21.pdf)
- 7) Henalez-Almaraz C, Sánchez-Bravo C, Carreño-Meléndez J, Espíndola-Hernández G. Guía clínica de intervención psicológica de mujeres con violencia doméstica. Perinatología y Reproducción Humana. 2007;21.
- 8) ENCUESTA NACIONAL DE SEGURIDAD PUBLICA Y URBANA SEPTIEMBRE 2020 Y 2021 [Internet]. Inegi.org.mx. 2022 [cited 6 April 2022]. Available from: <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/ensu/ensu2021>
- 9) Hill A, Pallitto C, McCleary-Sills J, Garcia-Moreno C. A systematic review and meta-analysis of intimate partner violence during pregnancy and selected birth outcomes. International Journal of Gynecology & Obstetrics. 2016;133(3):269-276.
- 10) Campbell J, García-Moreno C, Sharps P. Abuse During Pregnancy in Industrialized and Developing Countries. Violence Against Women. 2004;10(7):770-789.
- 11) Baird K. Intimate Partner Violence in Pregnancy and the Post-partum Period: A Research and Practice Overview. Understanding Gender-Based Violence. 2021;:115-132.
- 12) Silva R, Leite F. Violências por parceiro íntimo na gestação. Revista de Saúde Pública. 2020;54:97.
- 13) Castro R, Peek-Asa C, Ruiz A. Violence Against Women in Mexico: A Study of Abuse Before and During Pregnancy. American Journal of Public Health. 2003;93(7):1110-1116.
- 14) Conceição H, Coelho S, Madeiro A. Prevalence and factors associated with intimate partner violence during pregnancy in Caxias, state of Maranhão, Brazil, 2019-2020. Epidemiologia e Serviços de Saúde. 2021;30(2).
- 15) Frances R. Committee Opinion No. 518: Intimate Partner Violence. Yearbook of Psychiatry and Applied Mental Health. 2013;2013:161-162.

- 16) Castro R, Ruíz A. Prevalencia y severidad de la violencia contra mujeres embarazadas, México. *Revista de Salud Pública*. 2004;38(1):62-70.
- 17) (INEGI) I. Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2016 [Internet]. Inegi.org.mx. 2017 [cited 18 July 2022]. Available from: <https://www.inegi.org.mx/programas/endireh/2016/>
- 18) Avila-Burgos L, Valdez-Santiago R, Híjar M, del Rio-Zolezzi A, Rojas-Martínez R, Medina-Solís C. Factors Associated with Severity of Intimate Partner Abuse in Mexico: Results of the First National Survey of Violence Against Women. *Canadian Journal of Public Health*. 2009;100(6):436-4
- 19) De Berardis D, Gianfelice G, Fornaro M, Vellante F, Ventriglio A, Marini G et al. A Possible Next Covid-19 Pandemic: The Violence Against Women and Its Psychiatric Consequences. *Frontiers in Psychiatry*. 2021;12
- 20) Morrison A, Ellsberg M, Bott S. Addressing Gender-Based Violence: A Critical Review of Interventions. *The World Bank Research Observer*. 2007;22(1):25-51
- 21) Islam M, Broidy L, Mazerolle P, Baird K, Mazumder N. Exploring Intimate Partner Violence Before, During, and After Pregnancy in Bangladesh. *Journal of Interpersonal Violence*. 2018;36(7-8):3584-3612.
- 22) Taillieu T, Brownridge D. Violence against pregnant women: Prevalence, patterns, risk factors, theories, and directions for future research. *Aggression and Violent Behavior*. 2010;15(1):14-35.
- 23) Globevnik Velikonja V, Lučovnik M, Premru Sršen T, Leskošek V, Krajnc M, Pavše L et al. Violence before pregnancy and the risk of violence during pregnancy. *Journal of Perinatal Medicine*. 2017;46(1):29-33.
- 24) Barnett W, Halligan S, Heron J, Fraser A, Koen N, Zar H et al. Maltreatment in childhood and intimate partner violence: A latent class growth analysis in a South African pregnancy cohort. *Child Abuse & Neglect*. 2018;86:336-348.
- 25) Wang T, Liu Y, Li Z, Liu K, Xu Y, Shi W et al. Prevalence of intimate partner violence (IPV) during pregnancy in China: A systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE*. 2017;12(10):e0175108.
- 26) Yüksel-Kaptanoğlu İ, Adalı T. Intimate Partner Violence During Pregnancy in Turkey: Determinants From Nationwide Surveys. *Journal of Interpersonal Violence*. 2019;36(15-16):7802-7831.
- 27) Satyanarayana V, Chandra P, Vaddiparti K. Mental health consequences of violence against women and girls. *Current Opinion in Psychiatry*. 2015;28(5):350-356.
- 28) Brabant M, Hébert M, Chagnon F. Predicting Suicidal Ideations in Sexually Abused Female Adolescents: A 12-Month Prospective Study. *Journal of Child Sexual Abuse*. 2014;23(4):387-397.
- 29) Kulwicki A, Ballout S, Kilgore C, Hammad A, Dervartanian H. Intimate Partner Violence, Depression, and Barriers to Service Utilization in Arab American Women. *Journal of Transcultural Nursing*. 2014;26(1):24-30.
- 30) Stewart D. The importance of intimate partner violence and suicidal ideation in pregnant women. *Archives of Women's Mental Health*. 2015;18(4):571-572.

- 31) Islam M, Broidy L, Baird K, Mazerolle P. Exploring the associations between intimate partner violence victimization during pregnancy and delayed entry into prenatal care: Evidence from a population-based study in Bangladesh. *Midwifery*. 2017;47:43-52.
- 32) Ley de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia , Gobierno de México, Publicada en el periódico oficial el 26 de Enero del 2022
- 33) Jiménez Hernández D. Prevalencia de la violencia en mujeres embarazadas que acuden a control prenatal en la unidad de medicina familiar Num 17. Universidad Nacional Autónoma de México. 2021,;

## ANEXO 1

**DEFINICIONES (31):**

**Acoso sexual:** Sin consentimiento y sin propósito de llegar a cópula, ejecute acto sexual, obligue a observarlo o ejecutarlo

**Abuso sexual:** Solicitar favores sexuales o realice conducta sexual indeseable, cause daño o sufrimiento psicoemocional

**Violencia contra la mujer:** Acciones u omisiones basadas en su género , entre las que se incluyen discriminación y cualquier otra acción que atente en contra de su dignidad o cause daño físico , patrimonial , económico , físico , sexual o muerte .

**Misoginia :** Conductas de odio hacia mujeres manifestada en actos violentos y crueles por el hecho de ser mujeres

**Desarrollo integral de las mujeres:** Proceso en el que las mujeres transitan de situaciones como desigualdad, opresión , discriminación , exclusión o explotación hacia un estado de autodeterminación , autonomía y estado de conciencia que les permite alcanzar goce total de sus libertades y derechos

**Violencia psicológica:** Omisión u acto que trascienda la estabilidad psicológica o integridad emocional y que puedan causar en la víctima síntomas depresivos , aislamiento , devaluación de autoestima o suicidio .

**Violencia física :** Acto que conlleva a un daño corporal no accidental , usando fuerza física o algún otro medio que pueda provocar o no lesiones externas, internas o ambas .

**Violencia sexual :** Acto que degrada o daña la sexualidad de la víctima atentando contra la libertad, integridad física y dignidad , configurando una expresión de abuso de poder sobre la mujer , denigrándola y considerándola como de menor valía o como objeto

**Violencia económica :** Omisión u acción que afecta la supervivencia económica de la víctima a través de limitaciones para controlar ingresos y precepciones económicas o , percepción de un salario menor por igual trabajo en un mismo centro laboral

**Violencia feminicida :** Forma más extrema de violencia de género contra las mujeres , producto de violación de sus derechos humanos en el ámbito privado y público , conformada por el conjunto de conductas misóginas que pueden culminar en homicidio

**Violencia Familiar:** Acto de poder dirigido a dominar , controlar , someter o agredir de manera física , verbal , psicológica , patrimonial . sexual, económica , hacia las mujeres fuera o dentro del domicilio familiar , en donde la persona que la ejerce tiene parentesco por consanguinidad , civil o afinidad o en cualquier otra relación afectiva .

**Violencia laboral :** Negativa ilegal a la contratación de la víctima o a respetar su permanencia y/o condiciones generales de trabajo , realizar descalificación del mismo , amenazas , humillaciones , intimidaciones , exploración . Así mismo impedimento de ejercer periodo de lactancia de dos reposos extraordinarios por día de hora y media cada uno hasta por seis meses. También incluye el hostigamiento y acoso sexual .

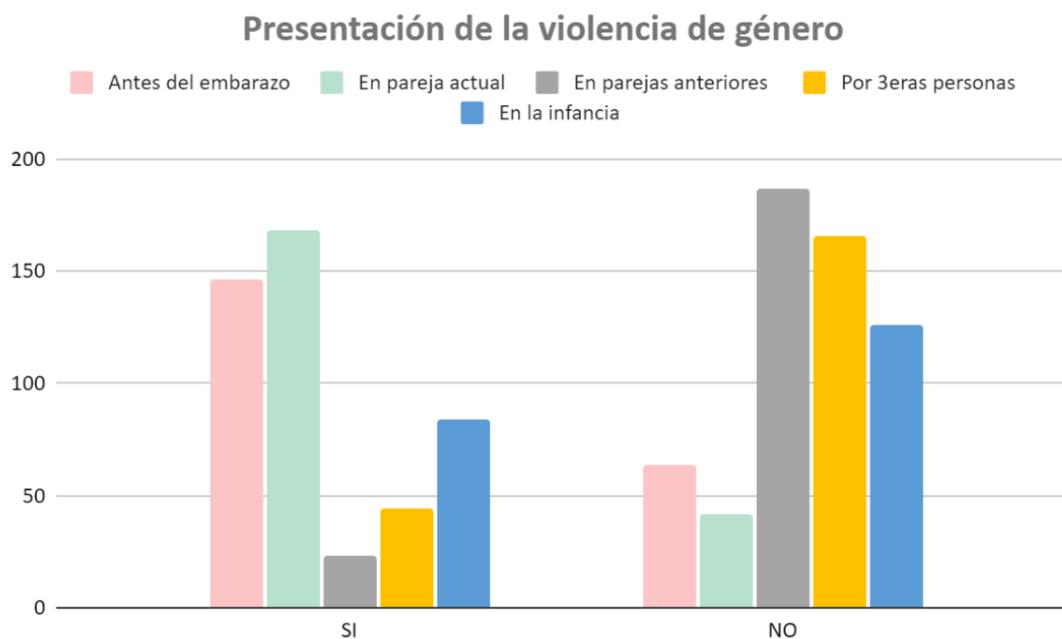
**Violencia en la comunidad:** Actos individuales o colectivos que transgreden derechos humanos de las mujeres y propician su discriminación , denigración , exclusión o marginación en el ámbito público o privado

## ANEXO 2

### Preguntas incluidas en tamiz de violencia del Instituto Nacional de Perinatología

<i>Su esposo o pareja:</i>	SI	NO
¿La ha empujado a propósito?		
¿La ha sacudido, zarandeado o jaloneado?		
¿Le ha torcido el brazo?		
¿Le ha golpeado con la mano o con el puño?		
¿La ha pateado?		
¿Le ha golpeado en el estomago?		
¿Le ha aventado algún objeto?		
¿Le ha golpeado con algún palo o cinturón o algún objeto doméstico?		
¿Le ha quemado con cigarro?		
¿Le ha tratado de ahorcar o asfixiar?		
¿Le ha agredido con alguna navaja, cuchillo o machete?		
¿Le ha disparado con una pistola o rifle?		
¿Le ha atacado con alguna otra cosa?		
¿La ha rebajado o menospreciado?		
¿La ha insultado?		
¿Se ha puesto celoso o a sospechar de sus amistades		
¿Le ha dicho cosas como que usted sea poco atractiva o fea?		
¿Se ha puesto a golpear o patear la pared o algún mueble?		
¿Se ha puesto a destruir algunas de las cosas de usted?		
¿La ha amenazado con golpearla?		
¿La ha amenazado con alguna navaja, cuchillo o machete?		
¿La ha amenazado con alguna pistola o rifle?		
¿Le ha hecho sentir miedo de él?		
¿Le he amenazado con matarla o matarse él a sí mismo o matar a los niños?		
¿Le ha exigido tener relaciones sexuales aunque usted no esté dispuesta?		
¿Le ha amenazado con irse con otras mujeres si no accede a tener relaciones sexuales con él?		
¿Ha usado la fuerza física para tener relaciones sexuales con usted contra su voluntad?		

Tablas y gráficas de resultados



Gráfica 2. Antecedentes de presentación de la violencia de género

Tabla 5

Tipo y consumo de sustancias en pareja

Variable	Frecuencia (%)
<b>Consumo de sustancias en pareja</b>	
SI	60 (28.5)
NO	150 (71.4)
<b>Tipo de sustancia</b>	
Alcohol	52
Cocaína	12
Marihuana	16
Piedra	4
Inhalantes	4
Solventes	3
Tabaco	8
LSD	2
Metanfetaminas	1
Heroína	1

Tabla 8

Tipo de sustancias consumidas en pacientes

Tipo	Frecuencia (%)
Alcohol	19 (18.10)
Cocaína	10 (9.52)
Marihuana	27 (25.71)
Piedra	4 (3.81)
Inhalantes	5 (4.76)
Solventes	6 (5.71)
Tabaco	29 (27.62)
LSD	1 (0.95)
Metanfetaminas	4 (3.81)

Tabla 9

Enfermedades infecciosas presentes

Variable	Frecuencia (%)
<b>Antecedentes reportados</b>	
VPH / Condilomatosis	30 (14.29)
VIH	2 (0.95)
Sífilis	2 (0.95)
Hepatitis B	0
Hepatitis C	0
Gonorrea	1 (0.48)
Clamidia	3 (1.43)
Molusco contagioso	3 (1.43)
<b>Resultados de cultivos durante embarazo</b>	
Cándida	8
Gardnerella	7
Mycoplasma	51
Ureaplasma	0
Estreptococo del grupo B	1
Trichomona	1
>2	25
>3	0
<b>Resultados panel viral</b>	
VIH	2**
VDRL	1
HEP B	2
HEP C	1
<b>Resultados Papanicolau</b>	
LEIGB	6
LEIAG	1

ASCUS	3
CA INSITU	0

Tabla 10

Seguimiento prenatal

Variable	Frecuencia (%)	Media	Mediana
<b>Edad gestacional al ingreso</b>			
<10 sdg	16 (7.62)		
10.0-13.6 sdg	41 (19.52)		
14.0 -26.6 sdg	109 (52.90)	14.2	26.3
27.0- 40.0 sdg	44 (20.95)		
<b>Consultas prenatales</b>			
0	18 (8.57)		
1	12 (5.71)		
2	21 (10)		
3	29 (13.81)		
4	41 (19.52)		
5	34 (16.19)		
6	27 (12.86)	4.13	4
7	11 (5.24)		
8	6 (2.86)		
9	8 (3.81)		
10	1 (0.48)		
11	1 (0.48)		
14	1 (0.48)		
<b>Total de USG II nivel realizados</b>			
0	29		
1	30		
2	43		
3	50	2.54	3
4	35		
5	13		
6	9		
7	1		
<b>Número de Valoraciones por Psicología</b>			
0	45 (21.43)		
1	73 (34.76)		
2	45 (21.43)		
3	16 (7.62)	1.94	1
4	9 (4.29)		
5	3 (1.43)		
6	7 (3.33)		
7	1 (0.48)		
8	4 (1.90)		
9	5 (2.38)		
10	2 (0.95)		
<b>Número de Valoraciones por Psiquiatría</b>			
0	181 (86.19)		
1	10 (4.76)		

		0.27	0
2	16 (7.62)		
3	0		
4	3 (1.43)		

Tabla 11

Resultados perinatales

Resultado	Frecuencia
<b>Semana de gestación a la resolución</b>	
<28 sdg	10 (4.76)
28-31.6	4 (1.90)
32-33.6	5 (2.38)
34-36.6	22 (10.48)
>37.0	139 (66.19)
Sin resultado	30 (14.29)
<b>Vía de resolución</b>	
Aborto	9 (5)
Parto	57 (31.67)
Cesárea	106 (58.89)
Fórceps	8 (4.4)
Pérdida de seguimiento	13 (6.1)
Embarazada	17 (8.10)
<b>Morbilidad neonatal</b>	
APGAR bajo recuperado	16
Hiperbilirrubinemia	2
Síndrome de dificultad respiratoria	1
Taquipnea transitoria del recién nacido	1
Asfixia neonatal	0
Otros	1
<b>Morbilidad materna</b>	
Hemorragia Obstétrica	10
Desgarro 3er o 4to grado	4
Lesión vía urinaria	0
Infección sitio quirúrgico	2
Hematoma vulvar	1
<b>Feto obtenido</b>	
Vivo	168
Muerto	12
<b>Peso</b>	
Media	2833.55 g
Mediana	2900.5 g
<b>Talla</b>	
Media	46.494 cm

---

Mediana	49 cm
<b>Destino Recién nacido</b>	
Alojamiento	125
Cunero de transición	20
TIMIN	5
UCIREN	10
UCIN	7
Patología	13

---