



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

SECRETARÍA DE SALUD

HOSPITAL DE LA MUJER

**“VIOLENCIA FÍSICA Y PSICOLÓGICA DURANTE EL EMBARAZO Y SU ASOCIACIÓN A
NACIMIENTO PRETÉRMINO Y PESO BAJO AL NACER.”**

T E S I S

PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE
ESPECIALISTA EN NEONATOLOGÍA

P R E S E N T A:

DRA. SOFÍA DEL ROCÍO RÍOS JIRÓN

ASESORES

DR. OMAR MENCHACA RAMÍREZ

MÉDICO ADSCRITO DEL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA.

HOSPITAL DE LA MUJER

DRA. EN C. GABRIELA IBÁÑEZ CERVANTES.

MAESTRÍA EN CIENCIAS DE LA SALUD ESM-IPN

HOSPITAL DE LA MUJER

CIUDAD DE MÉXICO, SEPTIEMBRE 2020



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.

AUTORIZACIONES

DR. MANUEL CASILLAS BARRERA
DIRECTOR MÉDICO DEL HOSPITAL DE LA MUJER

DR. MAURICIO PICHARDO CUEVAS
JEFE DE LA DIVISION DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN DEL
HOSPITAL DE LA MUJER

DRA. DORA RESENDIZ HERNANDEZ
JEFA DE LA DIVISION DE NEONATOLOGÍA
HOSPITAL DE LA MUJER

DR. OMAR MENCHACA RAMÍREZ
MÉDICO ADSCRITO DEL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA.
HOSPITAL DE LA MUJER

AGRADECIMIENTO

Gracias a mi madre por ser mí pilar, mí fuerza, mí motivación, gracias por serlo todo.

Una guerrera que nunca se dio por vencida ante cualquier adversidad; y cuando yo necesitaba ahí estaba ella dándome ánimos, dándome fuerzas para levantarme y continuar; y ahora estoy aquí en otro país cumpliendo un sueño, lejos de ella pero segura de que está conmigo en cada decisión y en cada logro obtenido.

Gracias a mis maestros Nicaragüenses por iniciar mis pasos en la neonatología; por inculcarme el amor, respeto y dedicación a cada paciente.

México que puedo decir; estoy infinitamente agradecida con cada persona que fue parte de mi crecimiento como profesional; al personal de enfermería que son el apoyo incondicional, a mis profesores que día a día me enriquecían con su intelecto y a mis compañeros de residencia por ser más que compañeros, si no amigos, hermanos de residencia.

INDICE

ABREVIATURAS.....	05
RESUMEN.....	06
ANTECEDENTES.....	08
MARCO TEORICO.....	14
JUSTIFICACIÓN.....	17
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	18
OBJETIVOS.....	19
HIPÓTESIS.....	19
MATERIAL Y METODOS.....	20
VARIABLES.....	21
ANÁLISIS ESTADISTICO.....	22
ASPECTOS ETICOS.....	22
RECURSOS Y BIOSEGURIDAD.....	23
RESULTADOS.....	24
DISCUSION.....	28
CONCLUSION.....	30
BIBLIOGRAFIA.....	31
ANEXOS.....	36

ABREVIATURAS

CDC: CENTERS FOR DISEASDE CONTROL

DEPT: DESORDEN DE ESTRÉS POSTRAUMATICO

ENDIREH: ENCUESTANACIONAL SOBRE LA DINAMICA DE LAS RELACIONES EN LOS HOGARES

HHA: HORMONA LIBERADORA DE CORTICO- TROPINA

INEGI: INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA GEOGRAFICA E INFORMATICA

LGDAMVLV: LEY GENERAL DE ACCESO DE LAS MUJERES A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA

NOM: NORMA OFICIAL MÉXICANA

OMS: ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

PBEG: PESO BAJO PARA EDAD GESTACIONAL

PRM: RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA

RNT: RECIEN NACIDO DE TERMINO

RNPT: RECIEN NACIDO PRETERMINO

SGA: SMALL FOR GESTACIONAL AGE

SFA: SUFRIMIENTO FETAL AGUDO

RESUMEN

INTRODUCCION: La violencia de pareja, familiar y social contra la mujer durante el embarazo constituye un problema de salud pública que trasciende la esfera social con consecuencias graves a la madre y su recién nacido; en México se tiene un registro de hasta 38% de violencia asociada al parto prematuro. Tomando en cuenta que el estrés asociado a la violencia física y psicológica en el periodo prenatal está muy vinculado con el parto prematuro y al nacimiento con peso bajo, se decide realizar este protocolo con el propósito de evaluar la relación de la violencia física y psicológica como desencadenante de parto pretérmino y la presencia de neonatos con peso bajo para la edad gestacional. Con el fin de implementar estrategias diagnósticas y tratamiento en el periodo prenatal, así disminuyendo la incidencia de partos prematuros y recién nacidos bajo peso. Los riesgos a la salud de la madre que sufre violencia pueden ser: Pobre incremento de peso, infecciones, sangrados en primer y segundo trimestres, trabajo de parto prematuro, presión arterial elevada, infección de vías urinarias, así como hospitalizaciones relacionadas a dichas condiciones; también se ha visto una relación significativa con el nacimiento de neonatos con Peso Bajo y nacimiento Prematuro. Otros problemas reportados son ruptura uterina, muerte fetal y muerte materna.

OBJETIVO: Analizar la relación entre la violencia en el embarazo, el nacimiento pretérmino y el peso bajo para la edad gestacional (SGA o PBEG) en el Hospital de la Mujer.

MATERIAL Y MÉTODOS: Es un estudio Transversal, Descriptivo. Se realizó en Hospital de la mujer, servicio de Neonatología. Población estudiada: Las madres y sus recién nacidos pretérminos o con peso bajo para la edad gestacional. El análisis estadístico se realizará con el programa spss v19 con un valor de significancia estadística de referencia de 0.05 se determinarán medidas de tendencia central, dispersión y distribución (prueba de smirnov- kolmogrov). Se aplicará a las pruebas de Chi cuadrada o exacta de Fisher para variables cualitativas, t de Student o U de Mann Whitney, Anova o Kruskal Wails para variables cuantitativas, dependiendo de la distribución de los datos.

RESULTADOS: El porcentaje total de violencia encontrada en la muestra del estudio, se dividió en sin violencia, con violencia moderada y violencia severa; en donde el 63.7% refirió no presentar ningún tipo de violencia, el 31.6% violencia moderada y un 4.7% víctima de violencia severa. En relación de la violencia en el embarazo y los recién nacidos con bajo peso según edad gestacional con 16 casos de PBEG cuales madres sufrieron violencia en el embarazo de tipo moderada, que equivale a un 18.6%, sin mostrar datos relacionados con violencia severa, por lo que no es significativo. Con respecto a la prematurez un 27.9% de las embarazadas que dieron a luz antes de la semana 37 de gestación fueron víctimas de violencia moderada y un 5.8% de violencia severa. Siendo el grupo más afectado el de las 30 a 33 semanas de gestación; pero no significativo estadísticamente. Con relación a la violencia provocada por la pareja actual en el momento del embarazo se encuentra una diferencia significativa es entre problemas de agresión y escolaridad de la mama, presentándose mayormente en las que solo tienen escolaridad primaria.

CONCLUSIONES: Este estudio no encuentra asociación estadísticamente significativita entre violencia física y/o psicológica durante el embarazo y el nacimiento pretérmino o con Peso Bajo. Sin embargo los porcentajes de violencia moderada y severa están presentes en todos los ámbitos del estudio aunque no sean estadísticamente significativo. Los problemas de agresión a la madre se presentan mayormente cuando la escolaridad es de primaria.

PALABRAS CLAVE: Violencia, prematurez, bajo peso al nacer, victimas, emocional, física.

ANTECEDENTES:

De acuerdo a la Organización de la Naciones Unidas, (ONU), la Violencia contra la Mujer es “...todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o a privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada”. Se reconoce también que dicha violencia es un problema de índole social que “... constituye una manifestación de relaciones de poder históricamente desiguales entre el hombre y la mujer que han conducido a la dominación de la mujer y a la discriminación en su contra por parte del hombre e impedido el adelanto pleno de la mujer”. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define Violencia como “El uso intencional de la fuerza o el poder físico de hecho, o como amenaza, contra uno mismo, otra persona, un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones”. La OMS también refiere que a nivel global el 35% de las mujeres han sufrido algún tipo de violencia; propone que, aunque la violencia de tipo emocional es la menos estudiada, hay estudios donde es significativa la relación de gestantes que desencadenan parto pretérmino¹.

Hace 37 años, en la ciudad de Bogotá, Colombia se llevó a cabo el Primer Encuentro Feminista de Latinoamérica y el Caribe, para analizar la situación de las mujeres en la región; en ese evento se propuso realizar actos en América Latina contra la violencia a la mujer y declarar el 25 de noviembre día Internacional de la No Violencia contra la mujer. Posteriormente la ONU el día 17 de diciembre de 1999 en su resolución A/RES/54/134, declaró el 25 de noviembre día Internacional de la Eliminación de la Violencia contra la Mujer. La violencia además de ser un problema social y de derechos humanos, es también un problema de salud pública que genera muchos costos al país donde se encuentra. En el ámbito social la violencia contra las mujeres impacta negativamente en distintas etapas de su vida, siendo la más vulnerable en el periodo gestacional, con afectaciones graves en la salud de la Madre y su hijo².

En México, el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI), en su comunicado de noviembre del 2019 de Estadísticas a propósito del día internacional de la eliminación de la violencia contra la mujer, tomando datos de la Encuesta Nacional Sobre la

Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH 2016)³ la cual es la fuente básica para el diseño y seguimiento de las políticas públicas para prevenir, atender y sancionar la violencia contra las mujeres, da información relevante para entender la magnitud del problema de la violencia contra la mujer mayor de 15 años conociendo su prevalencia. De esta encuesta se observa entre otros datos de interés, que de 46.5 millones de mujeres de 15 años y más que hay en el país, 66.1 % (30.7 millones) ha enfrentado violencia de cualquier tipo y de cualquier agresor alguna vez en su vida; el 43.9% ha enfrentado agresiones del esposo o pareja actual a lo largo de su relación; en el año 2018 se registraron 3718 defunciones por homicidio contra mujeres, promediando 10 muertes al día por agresiones intencionales².

Comprender el origen de la Violencia en general y en particular la violencia de género constituye un reto de grandes dimensiones y múltiples caminos. La OMS propone para comprender y estudiar la violencia contra la mujer el Modelo Ecológico, en el cual se considera que la violencia es multicausal e integra las diferentes dimensiones del problema.

El modelo supone que la realidad social y cultural puede entenderse organizadas como un todo articulado, compuesto por diferentes subsistemas que se relacionan entre sí de manera dinámica. Para su estudio el modelo considera cuatro esferas.

La primera es el Macrosistema, que son los patrones generalizados que impregnan los distintos estamentos de una sociedad. La segunda esfera es el Exosistema, que es la comunidad más cercana a los individuos y donde se localizan las diversas instituciones que reproducen un modelo vertical y autoritario. La tercera esfera es el Microsistema, referido como las relaciones cara a cara que constituyen la red de vinculación más próxima a la persona; en ella se da la socialización temprana y los aprendizajes de género. La cuarta esfera es la Persona, que se subdivide a su vez en cuatro dimensiones, conocidas como la cognitiva, conductual, psicodinámica y la interaccional. El modelo ecológico es útil porque posibilita la observación simultánea de las diferentes esferas donde se desarrollan las personas y permite interrelacionarlas para conseguir una visión global de la Violencia contra la Mujer.³

En el año 2007 se aprobó la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (LGDAMVLV), que da el compromiso al Estado Mexicano de prevenir, atender, sancionar y erradicar este problema. Esta ley identifica varios tipos de violencia, (física, sexual, económica/patrimonial, emocional y feminicida)⁴.

Respecto a las fuentes de información de la violencia, la podemos encontrar básicamente en dos fuentes, que son las encuestas y los registros administrativos, cada una con sus ventajas y limitaciones; en el caso de México la ENDIREH ha evolucionado desde sus primeras encuestas en 2003 hasta la de 2016, ofreciendo información más completa respecto a la violencia en mujeres mayores de 15 años en México⁴.

En el Marco Normativo en el año 1999 la secretaria de la salud y comité consultivo nacional de normalización de regulación y fomento sanitario extiende la Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999. Criterios para la atención médica de violencia familiar, la cual fue posteriormente modificada y publicada en abril de 2009 quedando como Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005. Violencia Familiar, Sexual y Contra las Mujeres. Criterios para la Prevención y Atención.⁵ Se establecen las definiciones de violencia, Maltrato, Abandono e indicadores de violencia física, psicológica y sexual, y que como norma oficial constituye un documento legal a cumplir en los servicios de salud. Dicha norma en su apartado 6.8 Para la Investigación, y 6.8.1 establece promover y realizar, en las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud, investigaciones clínicas, epidemiológicas y de salud pública sobre violencia familiar o sexual que permitan tanto la cuantificación como la identificación de sus causas y determinantes sociales, culturales y económicas, los factores asociados, así como sus repercusiones en la salud individual.

De acuerdo al Centro de Control de Enfermedades de Estados Unidos (CDC), el embarazo puede ser la única oportunidad para una mujer vulnerable, de tener contacto con un proveedor de salud, siendo éste un momento importante para la detección de violencia durante y después del embarazo^{6,7}.

Existen múltiples estudios a nivel mundial donde se miden diferentes variables para evaluar la presencia de violencia en la mujer embarazada y las repercusiones en su salud, así como el pronóstico para el paciente Neonato. En el año 2018 se publicó un estudio por Yu, llevado a cabo en Wuhan, China a 900 mujeres embarazadas que participaron en la realización de una encuesta para evaluar presencia de abuso durante el periodo de un año, comprendido entre 2013 a 2014; del total, 797 fueron elegidas para su análisis. Se encontró una prevalencia de 18.3 % de violencia de pareja, y prevalencias de abuso psicológico, físico, económico y sexual de 14.3%, 2.1%, 2.0% y 0.3 % respectivamente.

En cuanto al pronóstico adverso al nacimiento la prevalencia general fue de 18.44%, correspondiendo a 147 pacientes; de éstas se presentó Asfixia en 12.3%, Nacimiento Pretérmino 8.3% y Bajo Peso al Nacer en 5.3%. Las mujeres que tuvieron recién nacidos con pronóstico adverso al nacimiento presentaron las frecuencias más altas de violencia de pareja durante el embarazo en comparación con mujeres sin violencia (32.5 % vs 15.4%). También se pudo observar que la depresión durante el periodo prenatal y la violencia de pareja tienen una asociación significativa con un pronóstico adverso del recién nacido. La presencia de abuso psicológico aunado a la presencia de abuso económico y físico se asocia de manera significativa con depresión materna⁸.

En el estudio de Urquia realizado en Canadá durante el año 2006-2007, donde se investigó la presencia de violencia antes y durante el embarazo y la presencia de pronóstico adverso en embarazo entre un grupo seleccionado de 6,421 mujeres mayores de 15 años, no se observó una asociación entre experiencias de abuso o violencia en embarazo y el nacimiento pretérmino o con peso bajo para la edad gestacional, pero sí con la presencia de depresión materna postparto, particularmente cuando hay violencia física antes y que continúa durante el embarazo⁹.

En Australia, Meuleners investigó los pronósticos maternos y fetales entre 468 mujeres hospitalizadas por la presencia de violencia interpersonal durante el embarazo, comparando con otro grupo de 3744 mujeres embarazadas con un evento de embarazo similar, pero sin historia de violencia interpersonal. Los eventos de estudio fueron amenaza de aborto, abrupto placentario, placenta previa, parto pretérmino, ruptura prematura de membranas y hemorragia postparto; a nivel fetal se investigó sufrimiento fetal, peso bajo al nacimiento (< 2500 g), muerte fetal y Neonatal. Se encontró que la violencia en embarazo aumentó 1.7 veces el riesgo de complicaciones maternas referidas (95% IC 1.34 a 2.18, $p < 0.001$) y aumentó al doble el riesgo de pronóstico fetal adverso (95% IC 1.50 a 2.76, $p < 0.001$)¹⁰.

De acuerdo a la OMS, se estima que la prevalencia de depresión antes del parto es de 15.56%, en países de ingreso o desarrollo bajo y medio, y de 12% en países de alto ingreso¹¹.

En ese sentido Nasreen realiza un estudio en Malasia sobre el impacto que tienen los síntomas de Ansiedad y Depresión en mujeres antes del parto en el Nacimiento Pretérmino, Bajo peso al nacer y el nacimiento instrumentado o vía cesárea, obteniendo información de 799 nacimientos,

encontrando una asociación significativa entre los síntomas de depresión y el nacimiento con Peso Bajo, pero no con el nacimiento Pretérmino. Los síntomas de Ansiedad se asociaron tanto al Nacimiento con Peso Bajo como el nacimiento Pretérmino; el nacimiento vía cesárea fue más evidente en mujeres con síntomas de depresión¹³.

Chen, en New Jersey EUA publica su estudio sobre el pronóstico al nacimiento y su relación con la violencia de pareja, haciendo una selección aleatoria de 1438 expedientes clínicos, seleccionando a 109 mujeres con criterios de violencia y 1329 sin violencia; en este estudio se concluye que existe una asociación de historia de abuso o violencia en la mujer con sus principales variables a estudiar que fueron el Nacimiento Pretérmino, Bajo peso al nacer, y uso de Terapia Intensiva Neonatal¹⁴.

En Latinoamérica, Sánchez realizó en Perú un estudio para medir la relación entre la violencia de pareja y la presencia de Nacimiento Pretérmino espontáneo, en un estudio con 479 embarazos con nacimiento pretérmino y tomando como controles a 480 nacimientos a término. Encontró que el abuso emocional en ausencia de violencia física se asoció a un incremento de 1.6 veces para la presencia de un Parto pretérmino; cuando se presenta abuso emocional y físico durante el embarazo el riesgo de parto pretérmino se incrementa 4.7 veces¹⁵.

En Sao Paulo Brasil, Ferraro realizó un estudio para medir la asociación de violencia doméstica y la presencia de desórdenes mentales con el pronóstico al nacimiento. Las alteraciones mentales investigadas en una población de 775 mujeres fueron, desórdenes anímicos, de ansiedad; desorden obsesivo compulsivo, abuso de sustancias, desorden psicótico y desorden antisocial de la personalidad. Se observó que 27.15% tuvieron violencia doméstica, y 38.2% de ellas fueron diagnosticadas con algún desorden mental. La violencia doméstica estuvo muy relacionada a la presencia de algún trastorno mental; en los Recién Nacidos, 9.29% tuvieron peso bajo para la edad gestacional, 5.81% con peso bajo al nacer y 7.11% fueron prematuros. La principal asociación fue la encontrada entre la combinación de Ansiedad y Violencia Física, con el nacimiento con peso bajo para la edad gestacional¹⁶.

En China, Zhu Y. Realizó un estudio del 2013-2014 donde incluyó 928 mujeres embarazada en el tercer trimestre, evaluadas por cuestionario, donde concluye que la violencia psicológica y el parto prematuro no es significativo; sin embargo, la violencia psicológica más la violencia física si aumentan el riesgo de manera significativa¹⁷.

En Nepal, Pun, KD estudió a 2004 embarazadas durante su atención prenatal en el periodo 2015-2016, donde el haber experimentado violencia y miedo se asoció con los nacimientos prematuros¹⁸.

Otro estudio en Brasil, Ribeiro. Realizó un estudio con 982 embarazadas, observando una prevalencia de violencia psicológica exclusiva en un 41.6%, asociándose con trastornos de la gestación y perinatales ¹⁹.

En México Parada-Ramírez, realizó un estudio prospectivo en el Hospital Regional General Ignacio Zaragoza en el periodo 2008- 2009, en el que concluyó que un 38% de la población sufrió violencia intrafamiliar de tipo emocional, con relación a partos prematuros. La violencia en las distintas etapas de la vida de las mujeres se encuentra altamente extendida y es de naturaleza multicausal, lo que permite que muchas veces pase desapercibida o que no se tome en cuenta su real dimensión e impacto. La violencia en una de las etapas más importantes y vulnerables de una mujer, como es durante el embarazo, puede tener alcances mortales, tanto para la madre como para el feto causando hemorragias, abortos, infecciones, anemias, partos prematuros y bajo peso del producto al nacer; lo que implica altos costos para los sistemas de salud pública²⁰. El embarazo no es factor protector contra la violencia, por el contrario, se puede constituir en una etapa crítica en donde la mujer es vulnerable al abuso, dado que existen resultados adversos para las madres y sus niños²¹. Las mujeres embarazadas que experimentan violencia de pareja durante el embarazo pueden tener aproximadamente 3 veces más probabilidades de sufrir muerte perinatal en comparación con las mujeres que no experimentan violencia de pareja. Debería ser una prioridad incluir exámenes de violencia de pareja íntima u otras estrategias de detección en los programas de monitoreo del embarazo o planificación familiar porque podrían ayudar a evitar muertes perinatales prevenibles^{22, 23}.

El Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos ha promovido la detección universal de la violencia de pareja, también la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Canadá ha recomendado desde 1996 la evaluación e identificación de mujeres víctimas de abuso. Son alentadores los datos recientes que muestran que las intervenciones realizadas después de la detección de violencia de pareja íntima son efectivas para reducir los síntomas de depresión y los episodios de violencia, así como para mejorar algunos resultados del embarazo^{24, 25}.

MARCO TEÓRICO

De acuerdo a la Dirección General de Información en Salud, en 2018 se registraron en México 1, 935,165 nacimientos, y en ellos los trastornos relacionados con la duración de la Gestación y el Crecimiento Fetal fueron la patología más frecuente, con un registro de 31,626 casos²⁶. A nivel mundial hay 13 millones de nacimientos prematuros o antes de las 37 semanas de gestación; el nacimiento pretérmino sigue siendo la principal causa de mortalidad y morbilidad^{27,28,29}. De los Recién Nacidos prematuros, 13 a 20% son Pequeños o de Peso Bajo para la Edad Gestacional (SGA)^{30,31}. Girsén reporta una asociación significativa de SGA con muerte fetal y neonatal en pacientes pretérmino, siendo consistente este hallazgo con otros estudios^{32,33}. Boghossian reporta mayor riesgo relativo de mortalidad y morbilidades comparando neonatos de 22 a 29 semanas de gestación, con SGA y sin SGA. Los neonatos con SGA tienen mayor riesgo de mortalidad, Síndrome de dificultad Respiratoria, Enterocolitis Necrosante, Sepsis Tardía, Retinopatía severa y Enfermedad Pulmonar Crónica³⁴. Ray en Canadá, encontró que la mortalidad es 100 veces más alta entre neonatos pretérmino con SGA severo, comparado con neonatos a término con peso por arriba del percentil 5, siendo un patrón de riesgo especialmente importante antes de las 29 semanas de gestación³⁵. El consumo de drogas ilícitas también es un factor a considerar en el ámbito de la violencia a la mujer embarazada, como lo demuestra Alhusen que observa una alta prevalencia de violencia de pareja y uso de sustancias como tabaco, marihuana, crack, cocaína, heroína, que contribuyen a un pronóstico adverso neonatal. Lo anterior hace necesario que los pediatras hagan evaluaciones para identificar el impacto que tienen ambas situaciones en el pronóstico neonatal y en la infancia³⁶.

Los riesgos a la salud de la madre que sufre violencia pueden ser: Pobre incremento de peso, anemia, infecciones, sangrados en primer y segundo trimestres, trabajo de parto prematuro, edema, presión arterial elevada, náusea severa, vómito, deshidratación, infección de vías urinarias, así como hospitalizaciones relacionadas a dichas condiciones; también se ha visto una relación significativa con el nacimiento de neonatos con Peso Bajo y nacimiento Prematuro. Otros problemas reportados son ruptura uterina, muerte fetal y muerte materna³⁸.

Además de lo anterior se debe tener presente que los riesgos a la salud no se limitan al periodo perinatal o neonatal, sino que hay repercusiones en la salud a largo plazo; los Neonatos con peso bajo al nacimiento tienen más probabilidades de desarrollar Diabetes no insulino dependiente, Hipertensión Arterial, Infartos o Enfermedad Coronaria, Obesidad, Síndrome Metabólico y Desórdenes Mentales en la edad adulta^{39, 40}.

El peso o tamaño al nacer es un reflejo de las condiciones en el ambiente intrauterino, que a su vez son un reflejo del ambiente materno durante el embarazo⁴¹. Lo anterior se favorece también por el hecho de que las mujeres que experimentan violencia de pareja es probable que se olviden de realizar el control prenatal adecuado, o lo inicien en etapas tardías del embarazo^{42,43}. La mala nutrición materna, con pobre ganancia ponderal y violencia también se ha visto en varios estudios^{44, 45}. Respecto a la salud mental, la Depresión ha sido reportada como la patología más común en mujeres violentadas, con hasta 40% con sintomatología depresiva^{47,48}.

El abuso de pareja también se encuentra muy relacionado con el e desorden de Estrés postraumático (DEPT) el cual se observa con un rango de frecuencias de 19% a 84%, y ambas condiciones pueden coexistir en un 49% a 85% de los casos^{49, 50, 51}. La muerte perinatal (después de la semana 20 de embarazo y hasta los 28 días de vida postnatal) es también una consecuencia de la violencia durante el embarazo, y varios estudios han observado esta asociación^{38, 54}.

Los mecanismos propuestos para ayudar a comprender o explicar la asociación entre violencia a la mujer embarazada, ya sea por la pareja, o sociales-ambientales, y el pobre o mal pronóstico al recién nacido y la mujer, implican los efectos físicos directos, los relacionados a la salud mental, efectos ambientales y biológicos. Así entonces, las consecuencias pueden explicarse inicialmente por el daño directo ocasionado por lesión traumática a la madre. Un dato muy importante a considerar es que el trauma físico predice mortalidad en la mujer joven y es la principal causa de muerte en el embarazo^{55, 56}. El abuso físico o sexual durante el embarazo aumenta el riesgo de muerte perinatal, Nacimiento prematuro, nacimiento con peso bajo para la edad gestacional, a través de uno o más alguno de los siguientes mecanismos: mecanismos de sobrevivencia materna inadecuados o pobre nutrición materna, aislamiento y limitado acceso al cuidado prenatal, y altos niveles de estrés físico o psicológico⁵⁷.

De forma indirecta, el estrés impacta exacerbando patologías preexistentes como diabetes gestacional, hipertensión, o favorecer complicaciones como preeclampsia y trabajo de parto prematuro⁵⁸. Las madres con eventos de estrés psicosocial significativos, como es la violencia de pareja, es más probable que se expongan a conductas de riesgo como fumar, uso de alcohol y sustancias ilícitas, los cuales a su vez son de riesgo para un embarazo no atendido y para enfermedades de transmisión sexual; en caso de depresión, esta funciona como factor de riesgo para el consumo de sustancias tóxicas ilícitas, además de que altos niveles de síntomas depresivos se observan asociados al nacimiento pretérmino y nacimiento con peso bajo. El estrés resultado del abuso físico o psicológico altera el eje Hipotálamo-Hipofisario-Adrenal (HHA). En modelos animales el estrés perinatal ocasiona un aumento de la secreción hormonal del HHA, tanto en la madre como en su descendencia, los altos niveles hormonales, como la Hormona Liberadora de Corticotropina (HLC) pueden iniciar el trabajo de parto, además de restringir la circulación útero-placentaria⁵⁹. Hay evidencia que sugiere que la HLC puede funcionar como un reloj placentario que puede acelerarse por estrés psicológico o físico. Se ha visto que los niveles de HLC maternos se encuentran elevados significativamente a mitad del embarazo en mujeres que posteriormente tuvieron un parto prematuro, y que el estrés psicosocial materno a mitad del embarazo predice de manera significativa la magnitud del incremento de HLC entre la mitad y el final del embarazo⁵⁹.

Un tamizaje o evaluación metódica o de rutina para la detección de la presencia de Violencia de pareja en la atención de la salud durante el embarazo puede favorecer a la identificación de las mujeres en riesgo de violencia o abuso y permitiría hacer intervenciones que reduzcan la violencia y mejoren el pronóstico materno y neonatal.⁵⁷

JUSTIFICACIÓN

La violencia de pareja, familiar y social contra la mujer durante el embarazo constituye un problema de salud pública que trasciende la esfera social con consecuencias graves a la madre y su recién nacido; en México se tiene un registro de hasta 38% de violencia asociada al parto prematuro. Tomando en cuenta que el estrés asociado a la violencia física y psicológica en el periodo prenatal está muy vinculado con el parto prematuro y al nacimiento con peso bajo, se decide realizar este protocolo con el propósito de evaluar la relación de la violencia física y psicológica como desencadenante de parto pretérmino y la presencia de neonatos con peso bajo para la edad gestacional. Con el fin de implementar estrategias diagnósticas y tratamiento en el periodo prenatal, así disminuyendo la incidencia de partos prematuros y recién nacidos bajo peso.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La violencia en general a la mujer es un problema grave en México, donde de 46.5 millones de mujeres de 15 años y más que hay en el país, 66.1 % (30.7 millones) ha enfrentado violencia de cualquier tipo y de cualquier agresor alguna vez en su vida; el 43.9% ha enfrentado agresiones del esposo o pareja actual a lo largo de su relación. Las consecuencias negativas en la salud de la madre han asociado a amenazas de aborto, hemorragias, infecciones, problemas placentarios, hipertensión arterial, preeclampsia, síntomas depresivos y hasta muerte por suicidio; en su hijo se han reportado repercusiones en su desarrollo intrauterino, nacimiento pretérmino y/o con bajo peso para la edad gestacional, con el aumento en la morbilidad asociada a estas condiciones. En el Hospital de la Mujer es cada vez más frecuente atender el nacimiento por parto o cesárea de neonatos pretérmino o con PBEG como consecuencia de la presencia de trabajo de parto pretérmino u otras condiciones, como el retraso de crecimiento intrauterino y problemas hipertensivos en la madre, además de la presencia de infecciones maternas o ruptura prematura de membranas; sin embargo, no es práctica habitual que el personal médico, ya sea obstétrico o Neonatal investigue de forma intencional la presencia de violencia física, sexual o psicológica durante el embarazo que pudiese estar relacionado a la condición materna que favorece el nacimiento pretérmino o con peso bajo. La literatura tiene amplia información que apoya que esto puede ser así, y considerando que somos un hospital que atiende aproximadamente 7 a 8 mil nacimientos al año, con un alto porcentaje de prematuros, se hace evidente hacer estudios que permitan posteriormente implementar medidas de prevención y atención a la mujer violentada y mejorar su salud en el embarazo y el pronóstico al nacer de sus recién nacidos.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿La violencia en el embarazo es un factor de riesgo para desencadenar el parto pretermino y recién nacidos bajo peso?

OBJETIVOS

GENERAL:

–Analizar la relación entre la violencia en el embarazo, el nacimiento pretérmino y el peso bajo para la edad gestacional (SGA o PBEG) en el Hospital de la Mujer

ESPECÍFICOS O PARTICULARES

- Identificar los factores sociodemográficos vinculados con la violencia en el embarazo.
- Determinar los tipos de violencia que hay en las mujeres embarazadas atendidas en el Hospital de la Mujer.
- Identificar la presencia de violencia obstétrica en las pacientes atendidas en el Hospital de la Mujer

HIPÓTESIS

Si La mujer embarazada es víctima de violencia física o psicológica, se observará que aumenta el riesgo para tener un parto pretérmino o un neonato con peso bajo al nacer.

MATERIAL Y MÉTODOS

- Clasificación: Original.
- Tipo de investigación: Observacional.
- Características: Se trata de un estudio Transversal, Descriptivo
- Lugar de realización: Hospital de la mujer, Secretaria de Salud, servicio de Neonatología.
- Población estudiada: Las madres y sus recién nacidos pretérminos o con peso bajo para la edad gestacional atendidos durante el periodo de Marzo- Agosto del año 2020.

Selección de participantes:

- Se incluirán todas las madres de los recién nacidos prematuros mayores de 24 semanas de gestación y menores de 37 semanas, así como los recién nacidos con Peso Bajo para la Edad Gestacional que nazcan en el Hospital de la mujer en el periodo de marzo-agosto del año 2020.

Criterios de inclusión:

- Madre y su Recién Nacido pretérmino mayor a 24 semanas y menor de 37 semanas de gestación con peso adecuado, peso bajo o peso elevado para la edad gestacional.
- Madre y su Recién Nacido Pretérmino o a Término, con peso bajo para la edad gestacional
- Nacimiento atendido en el Hospital de la Mujer.
- Firma de consentimiento informado de ficha recolectora de datos.

Criterios no inclusión:

- Que rehúse a participar la entrevista del estudio.
- Que su hijo sea a término y con peso adecuado o elevado para la edad gestacional.
- Nacimiento fuera de la institución médica.

Criterios de eliminación:

- Pacientes que decidan no continuar en el estudio.

MÉTODO:

A todo paciente que cumpla los criterios de inclusión se le aplicará el cuestionario “Violencia física y psicológica durante el embarazo y su asociación a nacimiento pretérmino y peso bajo al nacer”. La información se vaciará en una base de datos para su análisis posterior.

VARIABLES ESTUDIADAS

Variable	Definición	Tipo de variable	Escala de medición	Definición operacional
Edad gestacional	Tiempo transcurrido a partir de la fecundación al nacimiento de un individuo	Cuantitativa discreta	<28 semanas 28-31 semanas 32-36 semanas	Edad del producto al momento del alumbramiento
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo	Cuantitativa discreta	Intervalo de años: 15-19 20-24 25-29 30-34 35 o más	Edad al momento de la entrevista
Escolaridad	Nivel de estudios Formal que tiene una persona.	Cualitativa nominal ampliada	Analfabeta Primaria secundaria preparatoria más..	Nivel de estudios en el Momento de la entrevista.
Ocupación	Actividad laboral con o sin remuneración económica	Cualitativa nominal ampliada	Ama de casa Empleada Profesionista Estudiante	Actividad laboral que desempeña en el periodo que la gestación
Violencia física	Acción generada de manera voluntaria y que por lo mismo ocasiona daños no accidentales, utilizando la fuerza física y que tiene como fin fundamental generar un impacto directo en el cuerpo.	Cualitativa nominal	--Si -No	Preguntas formuladas según escala de violencia física- acontecimientos ocurridos en el periodo prenatal.
Violencia emocional	Agresión de manera verbal a otra persona, estableciendo algún tipo de daño a nivel psicológico y emocional, sin que medie el contacto físico.	Cualitativa nominal	-Si -No	Preguntas formuladas según escala de violencia emocional- acontecimientos ocurridos en el periodo prenatal.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

El análisis estadístico se realizará con el programa spss v19 con un valor de significancia estadística de referencia de 0.05 se determinarán medidas de tendencia central, dispersión y distribución (prueba de smirnov- kolmogrov). Se aplicará a las pruebas de Chi cuadrada o exacta de Fisher para variables cualitativas, t de Student o U de Mann Whitney, Anova o Kruskal Wails para variables cuantitativas, dependiendo de la distribución de los datos.

ASPECTOS ÉTICOS

- Clasificación: Investigación sin riesgo.
- De acuerdo con los Artículos 16, 17 y 23 del CAPÍTULO I, TÍTULO SEGUNDO: De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos, del REGLAMENTO de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.
- El presente proyecto es prospectivo, documental sin riesgo, que amerita del Consentimiento Informado para el llenado de la ficha recolectora de datos.
- Los investigadores confirmamos que la revisión de los antecedentes científicos del proyecto justifica su realización. Nos comprometemos a mantener un estándar científico elevado que permita obtener información útil para la sociedad y a salvaguardar la confidencialidad de los datos personales de los participantes en el estudio.
- Pondremos el bienestar y la seguridad de los pacientes sujetos de investigación por encima de cualquier otro objetivo, y nos conduciremos de acuerdo con los estándares éticos aceptados nacional e internacionalmente según lo establecido por la Ley General de Salud, Las Pautas Éticas Internacionales Para la Investigación y Experimentación Biomédica en Seres Humanos de la OMS, así como la Declaración de Helsinki.

RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD

El recurso utilizado en este protocolo es el llenado de entrevista dirigida a las madres de los recién nacidos prematuros, cual será llenada con el apoyo de personal de salud; y datos del recién nacido al nacer.

Recursos financieros: No aplica.

BIOSEGURIDAD

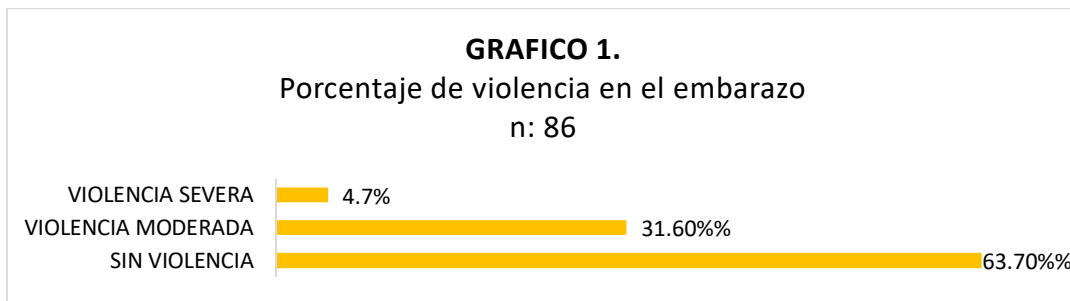
No aplica.

RESULTADOS

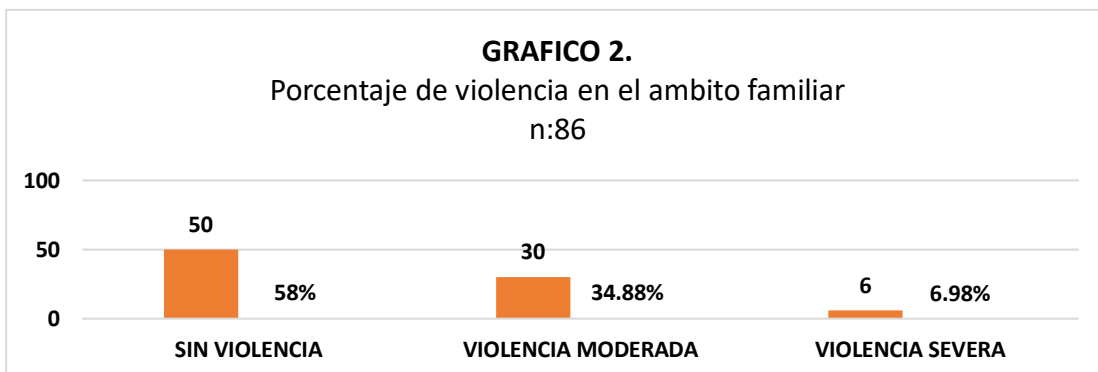
En este estudio participaron 86 madres de recién nacidos pretérminos, realizándose una encuesta de manera voluntaria con la debida autorización y datos de nacimiento del recién nacido.

En esta encuesta se dividió en 5 acápite:

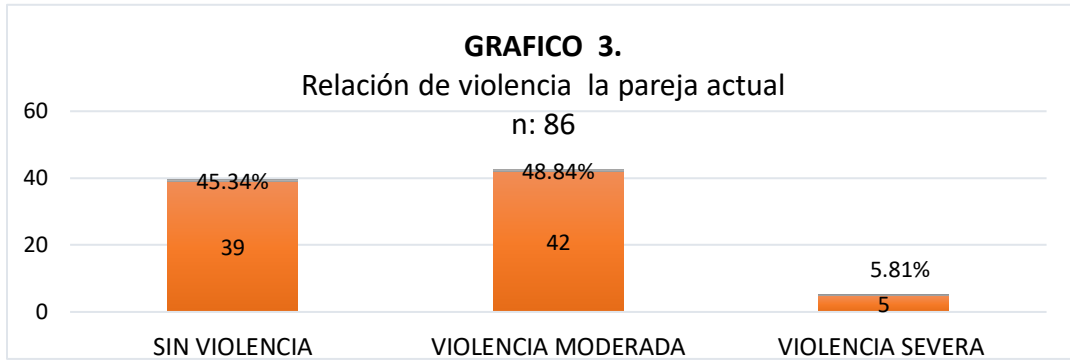
1. Violencia en el embarazo relacionado en el ámbito familiar
2. Violencia en el embarazo relacionado con la pareja actual
3. Problemas ocurridos en relación a la violencia en el embarazo
4. Violencia relacionada en la atención obstétrica
5. Datos del nacimiento pretermino y bajo peso.



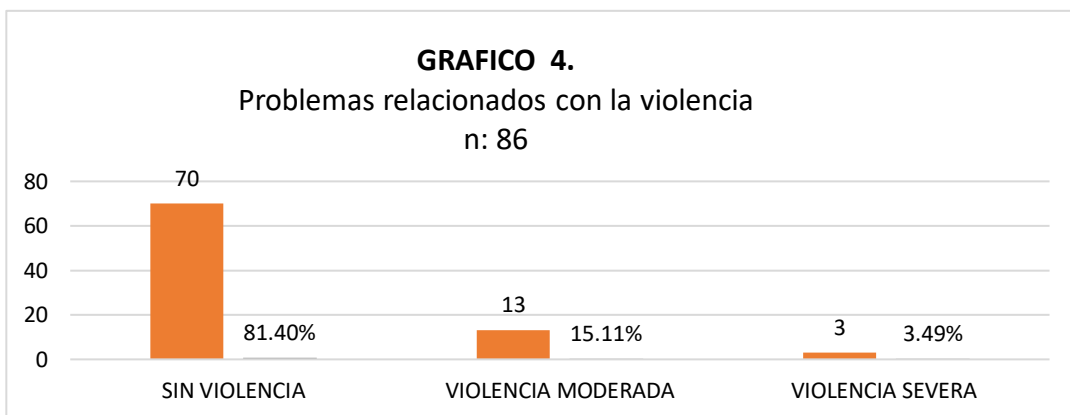
En esta grafica se muestra el porcentaje total de violencia encontrada en la muestra del estudio, en la que se dividió en sin violencia, con violencia moderada y violencia severa; en donde el 63.7% refirió no presentar ningún tipo de violencia, el 31.6% violencia moderada y un 4.7% víctima de violencia severa en el embarazo. Por lo que nos lleva a que un 36.3% de las mujeres encuestadas sufren algún tipo de violencia.



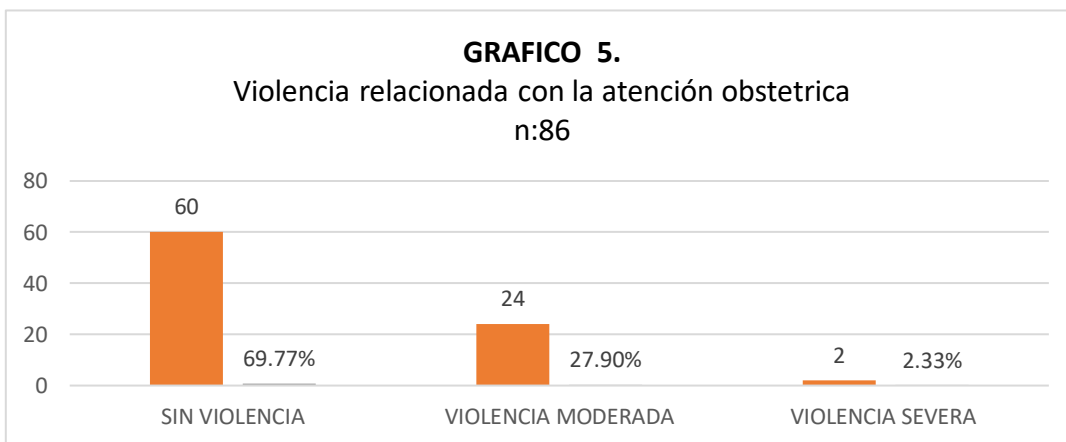
En el ámbito familiar con una relación del 58% sin evidencia de violencia sin embargo se presenta evidencia de violencia moderada y severa en menor porcentaje.



Con relación a la violencia recibida en el embarazo por la pareja actual, se encuentra un mayor porcentaje de violencia en un 54.65%, siendo mayor la violencia moderada en un 48.84%.



Siendo los problemas ocasionados por la violencia en el embarazo (traumas, fracturas, lesión física), con un menor grado de evidencia, con un 18.6 %, moderadas 15.1% y severas en el 3.49%.



Con relación a la violencia recibida por las embarazadas por parte de la atención obstetra se muestra un 69.77% sin violencia y un 30.23% reportando violencia en su mayoría moderada.

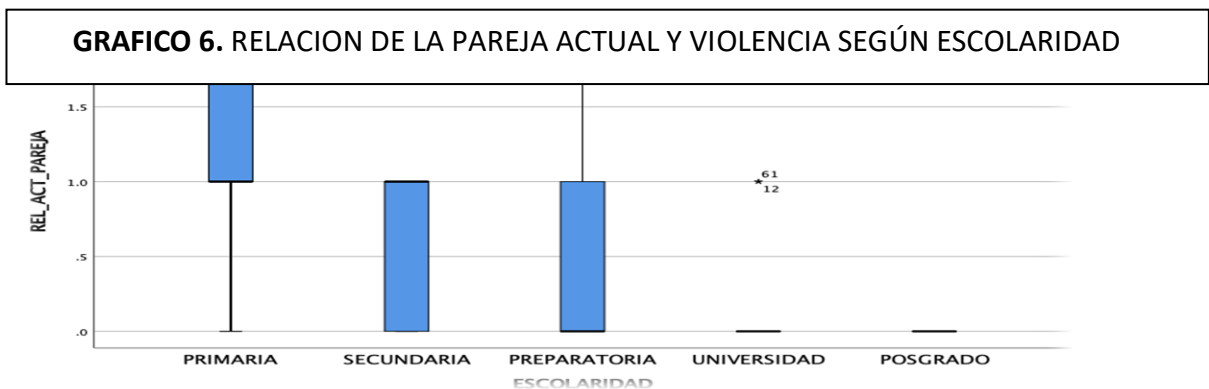
TABLA 1. EDAD

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	MENOR DE 19	17	19.8	19.8	19.8
	ENTRE 20 Y 29	46	53.5	53.5	73.3
	ENTRE 30 Y 39	21	24.4	24.4	97.7
	MAYOR DE 40	2	2.3	2.3	100.0
	Total	86	100.0	100.0	

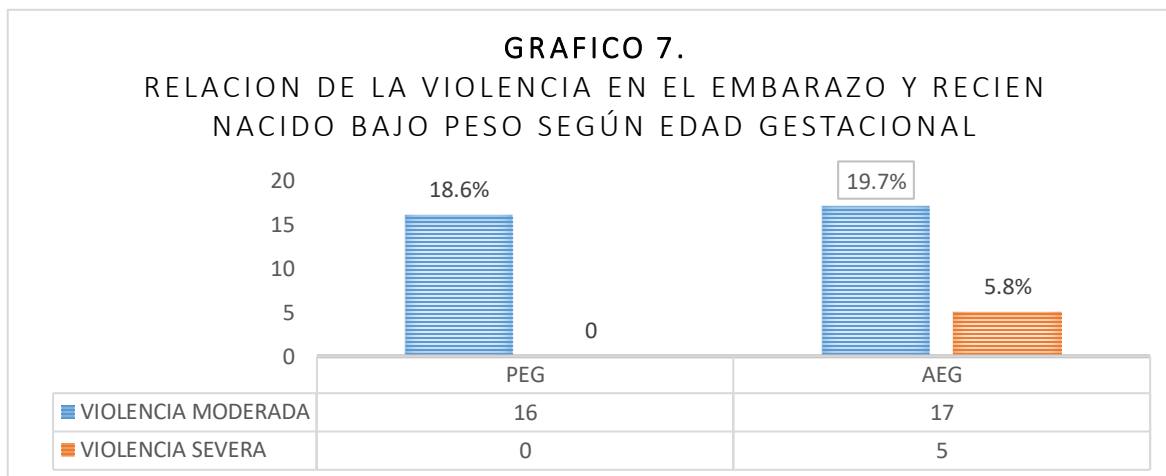
Con respecto a la edad de las madres de los recién nacidos pretérminos se encontró un porcentaje mayor en el rango de 20 a 29 años de edad con un 53.5%, posterior el grupo de 30 a 39 con un 24.4%, luego las adolescente con el 19.8% y mayores de 40 años 2.3%. No siendo significativo la edad en relación a la violencia en el embarazo.

TABLA 2. ESCOLARIDAD

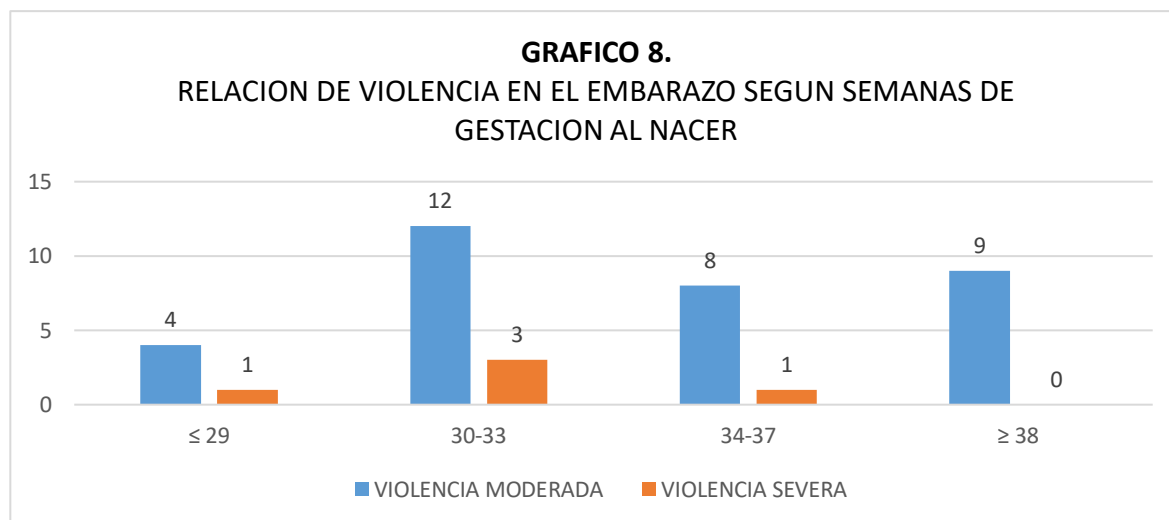
		frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	porcentaje acumulado
Válido	PRIMARIA	10	11.6	11.6	11.6
	SECUNDARIA	36	41.9	41.9	53.5
	PREPARATORIA	29	33.7	33.7	87.2
	UNIVERSIDAD	10	11.6	11.6	98.8
	POSGRADO	1	1.2	1.2	100.0
	Total	86	100.0	100.0	



Con relación a la violencia provocada por la pareja actual en el momento del embarazo se encuentra una diferencia significativa es entre problemas de agresión y escolaridad de la mama, presentándose mayormente en las que solo tienen escolaridad primaria.



En esta grafica refleja la relación de la violencia en el embarazo y los recién nacidos con bajo peso según edad gestacional con 16 casos de PEG cuales madres sufrieron violencia en el embarazo de tipo moderada, que equivale a un 18.6%, sin mostrar datos relacionados con violencia severa, por lo que no es significativo.



Con relación a la violencia en el embarazo y la prematuridad un 27.9% de las embarazadas que dieron a luz antes de la semana 37 de gestación fueron víctimas de violencia moderada en alguna etapa del embarazo, y un 5.8% de violencia severa. Siendo el grupo más afectado el de las 30 a 33 semanas de gestación; pero no significativo estadísticamente.

DISCUSION

El nacimiento Pretérmino es una condición cada vez más frecuente en la atención médica neonatal en el Hospital de la Mujer y es la principal causa de muerte en recién nacidos. La violencia física y/o psicológica durante el embarazo aumenta la incidencia de nacimiento pretérmino o de bajo peso bajo al nacer, por lo cual el médico Neonatólogo debe conocer la presencia de dicha violencia y las morbilidades asociadas a la madre que repercuten en el feto, para establecer mejores prácticas de atención.

En México, la Norma Oficial Mexicana NOM 007⁶⁰ establece la siguiente definición de embarazo de Alto riesgo: Aquel en el que se tiene la certeza o la probabilidad de estados patológicos o condiciones anormales concomitantes con la gestación y el parto, que aumentan los peligros para la salud de la madre o del producto, o bien, cuando la madre procede de un medio socioeconómico precario. Así mismo, la Norma Oficial Mexicana 046⁵ tiene por objeto establecer los criterios a observar en la detección, prevención, atención médica y la orientación que se proporciona a las y los usuarios de los servicios de salud en general y en particular a quienes se encuentren involucrados en situaciones de violencia familiar o sexual, así como en la notificación de los casos.

A pesar de la normatividad vigente y de que se entiende que dicha normatividad se aplica también a la mujer en el embarazo, no existe un procedimiento orientado para la detección de la mujer violentada y su atención médica consecuente. Lamentablemente los esfuerzos en caso de violencia sexual se han enfocado o limitado a la interrupción del embarazo como solución final, sin ofrecer opciones de atención integral a la mujer o de considerar el derecho a la vida, y lo que se observa en la atención cotidiana es que la violencia en la mujer embarazada no es investigado en un interrogatorio dirigido, no hay un formato en la historia clínica perinatal que aborde específicamente este problema y sea detectado oportunamente por el médico o personal de salud involucrado en la atención perinatal. (Médico, trabajo social, enfermería, psicología, estudiantes). La alta prevalencia de violencia familiar³ y de nacimientos Pretérmino (con o sin causa aparente detectable) son áreas de oportunidad para investigar y profundizar en estos serios problemas de salud.

En el hospital de la Mujer, se registraron en el año 2019 un total de 4374 nacimientos, de los cuales 574 fueron Pretérmino (13%). El presente estudio se realizó en un tiempo de 6 meses (Abril-Agosto 2020), donde se registraron 2090 nacimientos y de ellos 275 (13.1 %) fueron Pretérmino, sin embargo en ese mismo periodo sólo se logró realizar el interrogatorio para este proyecto de investigación a 86 pacientes, que corresponde a 31.27 % de los nacimientos pretérmino nacidos en este periodo.

El análisis realizado fue la prueba de t de student para la comparación de dos grupos y para la comparación de tres grupos se realizó ANOVA. Todos los datos tienen distribución normal según la prueba de Kolmogorov-Smirnov.

El porcentaje total de violencia encontrada en la muestra del estudio, se dividió en sin violencia, con violencia moderada y violencia severa; en donde el 63.7% refirió no presentar ningún tipo de violencia, el 31.6% violencia moderada y un 4.7% víctima de violencia severa en el embarazo. Se encontró un porcentaje mayor en el rango de 20 a 29 años de edad con un 53.5%, posterior el grupo de 30 a 39 con un 24.4%, luego las adolescente con el 19.8% y mayores de 40 años 2.3%. Por lo que nos lleva a que un 36.3% de las mujeres encuestadas sufren algún tipo de violencia. En el ámbito familiar con una relación del 58% sin evidencia de violencia. Y violencia recibida por la pareja actual en un 54.65%, siendo mayor la violencia moderada en un 48.84%. Encontrándose problemas ocasionados por la violencia en el embarazo (traumas, fracturas, lesión física) en un 18.6 %, moderadas 15.1% y severas en el 3.49%. Con respecto a la atención obstetra se muestra un 69.77% sin violencia. En relación de la violencia en el embarazo y los recién nacidos con bajo peso según edad gestacional con 16 casos de PBEG cuales madres sufrieron violencia en el embarazo de tipo moderada, que equivale a un 18.6%, sin mostrar datos relacionados con violencia severa, por lo que no es significativo. Con respecto a la prematurez un 27.9% de las embarazadas que dieron a luz antes de la semana 37 de gestación fueron víctimas de violencia moderada y un 5.8% de violencia severa. Siendo el grupo más afectado el de las 30 a 33 semanas de gestación; pero no significativo estadísticamente. Con relación a la violencia provocada por la pareja actual en el momento del embarazo se encuentra una diferencia significativa es entre problemas de agresión y escolaridad de la mama, presentándose mayormente en las que solo tienen escolaridad primaria.

CONCLUSIONES

1. Este estudio no encuentra asociación estadísticamente significativa entre violencia física y/o psicológica durante el embarazo y el nacimiento pretérmino o con Peso Bajo.
2. Sin embargo los porcentajes de violencia moderada y severa están presentes en todos los ámbitos del estudio aunque no sean estadísticamente significativo.
3. Los problemas de agresión a la madre se presentan mayormente cuando la escolaridad es de primaria.
4. Los tipos de violencia identificados fueron: sin violencia 63.7%, el 31.6% violencia moderada y un 4.7% víctima de violencia severa.
5. La violencia física y psicológica debe considerarse como una morbilidad más durante el embarazo que debe investigarse igual a otras morbilidades.

PERSPECTIVAS

1. Implementar interrogatorio dirigido a la violencia en el embarazo como parte de la Historia Clínica Perinatal de Nuestro hospital.
2. Toda mujer violentada debe considerarse Embarazo de Alto riesgo y debe recibir la atención médica recomendada de acuerdo a la normatividad vigente y la literatura reciente.
3. Brindar consejerías a embarazadas en sus controles prenatales sobre el alto riesgo complicaciones provocadas por lo violencia física y psicológica en el embarazo.

De esta forma disminuyendo el número de embarazos pretérminos y recién nacido con bajo peso para su edad e incremento de la morbi- mortalidad neonatal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). Comunicado de prensa núm. 592/19. 21 de noviembre 2019.
2. INEGI. Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2016. SNIEG.
3. Organización de las Naciones Unidas (ONU). A/RES/54/134, Asamblea General de las Naciones Unidas, Resolución 48/104 “Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer”.
4. Fuentes y Datos sobre la violencia contra la mujer en México. Revista Internacional de Estadística y Geografía. 2017; 8(1). Enero-abril.
5. Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA-2005. Violencia Familiar, Sexual y contra las Mujeres. Criterios para la prevención y atención.
6. E. Berhanie. Intimate Partner Violence during Pregnancy and adverse birth outcomes: a case-control study. Reproductive Health 2019.
7. Donovan BM, Spracklen CN, Schweizer ML, et al. Intimate partner violence during pregnancy and the risk for adverse infant outcomes: a systematic review and meta-analysis. BJOG. 2016.
8. Yu H. Jiang X. Association of intimate partner violence during pregnancy, prenatal depression, and adverse birth outcomes in Wuhan, China. 2018. (18)469.
9. Urquia M. Ocampo P. Experiences of Violence before and during Pregnancy and adverse Pregnancy outcomes: An analysis of the Canadian maternity experiences survey. Pregnancy and Childbirth 2022;11:42
10. Meuleners L. Lee A.H. Maternal and foetal outcomes among pregnant women hospitalised due to interpersonal violence: A population based study in Western Australia, 2002-2008. 2011; (11)70
11. Fisher J, Cabral de Mello M, Pate V, et al Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low- and lower-middle-income countries: a systematic review. Bull World Health Organ. 2012;90:139–49

12. Bennett HA, Einarson A, Taddio A, Koren G, Einarson TR. Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. *Obstet Gynecol.* 2004; 103:698–708.
13. E. Nasreen. Pasi H.B. Impact of maternal antepartum depressive and anxiety symptoms on birth 2019; (19)201
14. Chen. Rovi MD. Birth outcomes in relation to intimate partner Violence. *Med Assoc* 2017.
15. Sanchez, S. E., Alva, A. V., Diez Chang, G., Qiu, C., Yanez, D., Gelaye, B. Williams, M. A. 2012
16. Risk of Spontaneous Preterm Birth in Relation to Maternal Exposure to Intimate Partner Violence during Pregnancy in Peru. *Maternal and Child Health Journal*, 17(3), 485–49
17. Ferraro A. Rohde L. The specific and combined role of domestic violence and mental Health disorders during pregnancy on new-born Health. 2017; 17:25
18. Zhu Y, Duan Y, Zhang Q, Xu L, Zhu P. Prevalence of intimate partner violence during pregnancy and association with spontaneous preterm birth .2016;45(5):789-79
19. Pun, KD, Rishal, P., Darj, E. y col. Violencia doméstica y resultados perinatales: un estudio de cohorte prospectivo de Nepal *BMC Public Health*.219;19, 671
20. Ribeiro, M.R.C., da Silva, A.A.M., e Alves, M.T.S.S..B. *BMC Pregnancy Childbirth*.2014;14:66
21. Parada-Ramírez ÓJ, Guerra Ulloa P, Vázquez-López A. Violencia emocional como factor de riesgo en la amenaza de parto pretérmino. *Rev Esp Med Quir* 2012;17 (1):39-43
22. Heise L. *Violencia contra la mujer, La carga oculta a la salud* Washington, D.C.:Organización Panamericana de la Salud.2010
23. Pastor-Moreno. IPV and risk of fetal and neonatal death. *Am J Obstet Gynecol* 2019.
24. Arcos G, Estela. Impacto de la violencia doméstica sobre la salud reproductiva y neonatal. *Rev Med Chile*. Santiago. 2001; (129)12:1413-1424.
25. Chisholm, C., Bullock, L., Ferguson, J.E. II. Intimate partner violence and pregnancy: epidemiology and impact. *Am J Obstet Gynecol*.2017; 217: 141-145.
26. Chisholm, C., Bullock, L., Ferguson, J.E. II. Intimate partner violence and pregnancy: screening and intervention. *Am J Obstet Gynecol*.2017; 217:145-149.
27. Dirección General de información en Salud. www.gob.mx.SALUD.
28. March of Dimes. White paper on preterm birth: the global and regional toll. 2009

29. Saigal S, Doyle LW. An overview of mortality and sequelae of preterm birth from infancy to adulthood. *Lancet*. 2008; 371:261–269.
30. Girsan Do. Association between small-for-gestational age and neurocognitive impairment at two years of corrected age among infants born at preterm gestational ages. 2017.
31. De Jesus LC, Pappas A, Shankaran S, Li L, Das A, Bell EF, et al. Outcomes of small for gestational age infants born at < 27 weeks' gestation. *J Pediatr*. 2013; 163(55–60): e1–e3.
32. Lee AC, Katz J, Blencowe H, Cousens S, Kozuki N, Vogel JP, et al. National and regional estimates of term and preterm babies born small for gestational age in 138 low-income and middle-income countries in 2010. *Lancet Glob Health*. 2013; 1:e26–36.
33. Grobman WA, Lai Y, Rouse DJ, Spong CY, Varner MW, Mercer BM, et al. The association of cerebral palsy and death with small-for-gestational-age birthweight in preterm neonates by individualized and population-based percentiles. *Am J Obstet Gynecol*. 2013;
34. Sharma P, McKay K, Rosenkrantz TS. Comparisons of mortality and pre-discharge respiratory outcomes in small-for-gestational-age and appropriate-for-gestational-age premature infants. *BMC Pediatr*. 2004; 4:9.
35. Boghossian N, Geraci M. Morbidity and Mortality in Small for Gestational Age Infants at 22 to 29 week's Gestation. *PEDIATRICS* 2018; 141(2):e20172533
36. Ray J, Park A. MD. Mortality in Infants affected by Preterm Birth and Severe Small for Gestational Age Birth Weight. *PEDIATRICS* 2017; 14 (6) December.
37. Alhusen J. PhD. Lucea M. PhD. Intimate partner violence, substance use, and adverse neonatal outcomes among urban women. *J Pediatr*. 2013 August; 163(2): 471–476
38. Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada. Policy statement: Violence against women. *Soc Obstet Gynecol Can* 1996;18:803-7
39. El Kady D. MD. Gilvert W. MD. Maternal and Neonatal Outcomes of Assaults During Pregnancy- *Obstet Gynecol* 2005;105:357– 63
40. Gluckman PD, Hanson MA, Bateson P, et al. Towards a new developmental synthesis: adaptive developmental plasticity and human disease. *Lancet*. 2009; 373(9675):1654–7.
41. Fall CH. Fetal programming and the risk of non-communicable disease. *J Pediatric*. 2013.
42. Gluckman PD, Hanson MA. Living with the past: evolution, development, and patterns of disease. *Science*. 2004; 305(5691):1733

43. Subramanian S, Katz KS, Rodan M, et al. An integrated randomized intervention to reduce behavioral and psychosocial risks: Pregnancy and neonatal outcomes. 2012.
44. Chambliss LR. Intimate partner violence and its implication for pregnancy. *Obstetric Gynecology* 2008; 51: 385–397.
45. Beydoun HA, Tamim H, Lincoln AM, Dooley SD, Beydoun MA. Association of physical violence by an intimate partner around the time of pregnancy with inadequate gestational weight gain, 2011.
46. Kearney MH, Munro BH, Kelly U, Hawkins JW. Health behaviors as mediators for the effect of partner abuse on infant birth weight. *Nurs Res* 2004; 53:36–45.
47. Coker AL. Does physical intimate partner violence affect sexual health? A systematic review. *Trauma Violence Abuse* 2007; 8: 149–177.
48. Connelly CD, Hazen AL, Baker-Ericzen MJ, Landsverk J, Horwitz SM. The co-occurrence of depression, substance abuse, and intimate partner violence in culturally diverse pregnant women. *J Women's Health* 2013; 22: 844–852.
49. Witt WP, Wisk LE, Cheng ER, et al. Poor pre pregnancy and antepartum mental health predicts postpartum mental health problems among US women: A nationally representative population-based study. *Women's Health Issues* 2011; 21:304–313.
50. Hellmuth JC, Jaquier V, Swan SC, Sullivan TP. Elucidating posttraumatic stress symptom profiles and the correlates among women experiencing bidirectional intimate partner violence. 2014 Apr.
51. Huth-Bocks AC, Krause K, Ahlfs-Dunn S, Gallagher E, Scott S. Relational trauma and posttraumatic stress symptoms among pregnant women. *Psychodyn Psychiatry* 2013; 41:277–301.
52. Woods SJ, Hall RJ, Campbell JC, Angott DM. Physical health and posttraumatic stress disorder symptoms in women experiencing intimate partner violence. *J Midwifery Women's Health* 2008.
53. Nixon RD, Resick PA, Nishith P. An exploration of comorbid depression among female victims of intimate partner violence with posttraumatic stress disorder. *Journal of Affective Disorders*. 2004.

54. Palladino CL, Singh V, Campbell J, Flynn H, Gold KJ. Homicide and suicide during the perinatal period: Findings from the national violent death reporting system. *Obstetric Gynecology* 2011.
55. Coker AL, Sanderson M, Dong B. Partner violence during pregnancy and risk of adverse pregnancy Out comes. *Paediatr Perinat Epidemiology* 2004;18:260–269
56. Ikossi DG, Lazar AA, Morabito D, Fildes J, Knudson MM. Profile of mothers at risk: An analysis of injury and pregnancy loss in 1,195 trauma patients. *J Am Coll Surg* 2005.
57. Alhusen J. PhD. Ray E. DNP. Intimate Partner Violence During Pregnancy: Maternal and Neonatal Outcomes. *J. Women's Health*. 2015; 24(1):100-106.
58. Coker AL, Sanderson M, Dong B. Partner violence during pregnancy and risk of adverse pregnancy outcomes. *Pediatric Perinatal Epidemiology* 2004; 18: 260–269.
59. Takahashi LK, Turner JG. Prolonged stress induced elevation in plasma corticosterone during pregnancy in the rat: Implications for prenatal stress studies. 1998.
60. Norma Oficial Mexicana NOM-007- SSA2/1993 "Atención a la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido"

ANEXOS

a. HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Tema del protocolo: Violencia en el embarazo como factor predisponente a partos prematuros y recién nacidos bajo pesos en el Hospital de la Mujer en el periodo de Marzo-Agosto año 2020.

Fecha de entrevista: _____

Expediente materno: _____ Expediente Neonatal _____

Edad materna: _____ Ocupación: _____ Escolaridad: _____

Durante este embarazo.

Ámbito familiar. SI.....1 NO.....2

1. ¿La han ignorado o no la han tomado en cuenta?		
2. ¿La han manoseado, tocado, besado sin su consentimiento?		
3. ¿La han obligado a tener relaciones sexuales?		
4. ¿La han pateado o golpeado?		
5. ¿Le han roto o escondido algún objeto personal?		
6. ¿La han ofendido o humillado por el hecho de estar embarazada?		
7. ¿Le han impedido trabajar o estudiar?		
8. ¿Le han obligado a poner a nombre de otra persona alguna propiedad?		
9. ¿Le han atacado o agredido con un cuchillo, navaja o arma de fuego?		
10. ¿La han pellizcado, jalado el cabello, jaloneado, empujado, abofeteado?		
11. ¿La han amenazado con hacerle daño?		
12. ¿La han corrido de su casa o amenazado con correrla?		
13. ¿Le han quitado su dinero o lo han usado sin su permiso?		
14. ¿Le han quitado bienes o propiedades?		
15. ¿La han encerrado o impedido salir de su casa?		

Relación actual con su pareja o esposo(a) SI1 NO.....2

Edad:_____ Ocupación:_____ Escolaridad:_____

1. ¿La ha empujado o jalado el cabello?		
2. ¿La ha abofeteado?		
3. ¿La ha amarrado?		
4. ¿La ha pateado?		
5. ¿Le ha aventado algún objeto?		
6. ¿La ha golpeado con el puño o algún objeto?		
7. ¿La ha tratado de ahorcar o asfixiar?		
8. ¿La ha agredido con un cuchillo o navaja?		
9. ¿Le ha disparado con arma de fuego?		
10. ¿La ha avergonzado, ofendido, menospreciado o humillado?		
11. ¿La ha ignorado, no la toma en cuenta o no le brinda cariño?		
12. ¿Le ha dicho que usted lo engaña?		
13. ¿Le ha hecho sentir miedo?		
14. ¿La ha amenazado con dejarla/abandonarla, hacerle daño, o correrla?		
15. ¿La ha encerrado, le ha prohibido salir o recibir visitas?		
16. ¿La ha vigilado, espiado, la ha seguido cuando sale de casa?		
17. ¿La llama o manda mensajes por teléfono todo el tiempo para saber dónde está?		
18. ¿La ha amenazado con algún arma o con quemarla?		
19. ¿La ha amenazado con matarla, matarse él o matar a los niños?		
20. ¿Le ha destruido, tirado o escondido cosas de usted o del hogar?		
21. ¿Le ha dejado de hablar?		
22. ¿Le revisa su correo o celular y le exige las contraseñas?		

23. ¿Ha hecho que los hijos o parientes se pongan en su contra?		
24. ¿Se ha enojado mucho porque no está listo el quehacer, porque la comida no está como él quiere o cree que usted no cumplió con sus obligaciones?		
25. ¿Le ha exigido con amenazas o chantajes tener relaciones sexuales, aunque usted no quiera?		
26. ¿la ha obligado a hacer cosas que no le gustan en el acto sexual?		
27. ¿Ha usado su fuerza física para obligarla a tener relaciones sexuales?		
30. ¿Le ha prohibido trabajar o estudiar?		
31. ¿le ha quitado su dinero o lo ha usado sin su consentimiento?		
32. ¿Se ha adueñado o le ha quitado bienes?		
33. ¿Se ha gastado el dinero que se necesita para la casa?		
34. ¿No ha cumplido con dar el gasto o ha amenazado con no darlo?		
35. ¿Aunque tenga dinero no da para los gastos de la casa?		
36. ¿Le ha reclamado por cómo gasta usted el dinero?		

DEBIDO A LOS PROBLEMAS O AGRESIONES CON SU ESPOSO, PAREJA O FAMILIA...

USTED: SI.....1 NO.....2

1. ¿Tuvo que hospitalizarse u operarse?		
2. ¿Tuvo moretones o hinchazón?		
3. ¿Tuvo cortadas, quemaduras o pérdida de dientes?		
4. ¿Tuvo hemorragias o Sangrado?		
5. ¿Tuvo fracturas?		
6. ¿Tuvo amenaza de aborto?		
7. ¿Tuvo amenaza de parto prematuro?		
8. ¿Tuvo ardor o sangrado vaginal?		
9. ¿No puede mover alguna parte de su cuerpo?		

ATENCIÓN OBSTETRICA. SI..... 1

NO.....2

1. Durante el trabajo de parto, ¿la obligaron a permanecer en una posición incómoda o molesta para usted?		
2. ¿Le gritaron o regañaron?		
3. ¿Le dijeron cosas ofensivas o humillantes?		
4. ¿La ignoraban cuando preguntaba cosas sobre su parto o su bebé?		
5. ¿Se negaron a darle anestesia o a aplicarle un bloqueo para disminuir el dolor, sin darle explicaciones?		
6. ¿Se tardaron mucho tiempo en atenderla porque le dijeron que estaba gritando o quejándose mucho?		
7. ¿Le colocaron algún método anticonceptivo o la operaron para ya no tener hijos, sin avisarle o preguntarle?		
8. ¿La presionaron para que usted aceptara que le pusieran un dispositivo uterino o la operaran para ya no tener hijos?		
9. ¿La obligaron o la amenazaron para que firmara algún papel sin informarle qué o para qué era?		
10. ¿Le impidieron ver a su bebé por más de 5 horas sin causa alguna o sin que le informaran la causa de la tardanza?		
11. ¿Le informaron de manera que usted pudiera comprender, por qué era necesario hacer la cesárea?		
12. ¿Usted dio el permiso o autorizó para que le hicieran Cesárea?		
13. ¿Tuvo que pedir permiso a su pareja o familiar para autorizar la cesárea?		

RECOLECCIÓN DE DATOS RECIÉN NACIDO.

Expediente del recién nacido _____ fecha de nacimiento _____

Peso: _____ g 1(600-1000g) 2.(1001-1500g) 3.(1501-2000g) 4(2001-2500g)

Semanas de gestación. _____ ballard. _____ Capurro _____

Restricción de crecimiento intrauterino _____ 1 (si). 2(no)

Simétrico ____ (1) asimétrico _____ (2)

Pretermino con peso bajo _____ (1)

Pretermino con peso adecuado _____ (2)

Pretermino con peso elevado _____ (3)

Sufrimiento fetal agudo _____ 1 (si). 2 (no)

Falta de progreso en trabajo de parto _____ 1(si) 2(no)

Cesárea ____ (1). Parto eutócico ____ (2). Parto distócico con uso fórceps _____ (3)

Asfixia perinatal _____ 1 (si). 2 (no).

Depresión respiratoria al nacer _____ 1(si). 2 (no)

Corioamnionitis _____ 1(si). 2(no)

Sepsis neonatal temprana. _____ 1(si). 2(no).

Uso de ventilación no invasiva al nacer _____ 1(si) 2 (no)

Uso de ventilación mecánica al nacer _____ 1(si) 2(no)

Lesiones asociadas a vía de nacimiento _____

Muerte neonatal temprana _____ 1 (si). 2(no)

Realizó: _____.