



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**MAESTRÍA EN CIENCIAS MÉDICAS,
ODONTOLÓGICAS Y DE LA SALUD**

FACULTAD DE MEDICINA

CAMPO DE CONOCIMIENTO:

CIENCIAS DE LA SALUD - SALUD MENTAL PÚBLICA

PREVALENCIA DE VIOLENCIA DE PAREJA Y SU RELACIÓN CON
FACTORES PSICOSOCIALES Y DE SALUD MENTAL EN MUJERES
QUE INTERRUMPEN EL EMBARAZO EN LA CIUDAD DE MÉXICO.

T E S I S

QUE PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE:
MAESTRO EN CIENCIAS DE LA SALUD

P R E S E N T A

MAURICIO RAMOS CRUZ

TUTORA PRINCIPAL:

DRA. LUCIANA RAMOS LIRA (INPRFM)

COMITÉ:

DRA. TECELLÍ DOMÍNGUEZ MARTÍNEZ (INPRFM)

MTRA. DIANA PIMENTEL NIETO (INPER)

CIUDAD DE MÉXICO

NOVIEMBRE 2023



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

AGRADECIMIENTOS

Quiero expresar mi más profundo agradecimiento:

A mi familia, quien me ha apoyado en cada elección y emprendimiento de mi vida, a ustedes que con su cariño incondicional me han impulsado a seguir adelante en todo momento. Gracias por todo su sacrificio que ha sido como una luz en mi camino, por ello y más es un gran honor compartir un logro más con ustedes.

A la Dra. Luciana Ramos Lira, directora de esta tesis, quien me brindó la gran oportunidad y dicha de ser su alumno, transmitiéndome toda su experiencia, entusiasmo, fortaleza y paciencia en el complejo camino de la investigación, sin su apoyo no hubiese podido llegar a esta instancia tan anhelada. Con usted encontré una gran maestra, pero sobre todo un gran ejemplo de vida.

A la Mtra. Diana Pimentel Nieto, quien ha sido una constante guía en mi camino profesional, forjando mis primeros pasos desde mi aceptación en el servicio social, momento en el cual, aprendí de sus excelentes conocimientos, valores y soluciones precisas. Su ayuda constante y su fe inquebrantable en mis habilidades me han motivado a alcanzar alturas que nunca imaginé. No tengo palabras para agradecer su compañía en toda esta trayectoria.

A la Dra. Tecellí Domínguez Martínez, quien por su invaluable apoyo, su profundo conocimiento en la investigación, su amabilidad y disposición para ayudar en todo momento, me ha permitido consolidar uno más de mis sueños.

A mis demás profesores, que han sido parte de este camino les agradezco por transmitirme sus conocimientos, por depositar su confianza en mis capacidades, por enseñarme a enfrentar los obstáculos con determinación y optimismo. Su influencia será siempre recordada y apreciada.

A la Universidad Nacional Autónoma de México "UNAM" por haberme recibido nuevamente con los brazos abiertos para ser parte de su comunidad estudiantil.

Al Consejo Nacional de Humanidades, Ciencias y Tecnologías "CONAHCYT" por haberme apoyado al otorgarme la beca para mi estudio de posgrado, gracias por apoyar siempre a la formación de investigadores y científicos en el país.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a todas las mujeres valientes que han soportado el peso insoportable de la violencia. A aquellas que, a pesar de las sombras que oscurecen su camino, han encontrado la fortaleza para seguir adelante. A las que han alzado la voz, rompiendo el silencio con determinación. A aquellas que han tenido el coraje de cuestionar y resistir los estrechos confines del machismo.

Este trabajo no solo es un tributo a la lucha contra la violencia hacia la mujer, sino también un compromiso personal hacia mi madre, tías, primas, amigas y a todas las mujeres que han compartido sus historias y cicatrices conmigo, ustedes son mi inspiración.

Que estas páginas sirvan como un pequeño paso hacia un mundo donde el respeto, la igualdad y la dignidad sean la norma, no la excepción. Que podamos contribuir, cada uno desde nuestro lugar, a construir un futuro donde ninguna mujer tenga que temer por su seguridad ni sentirse menospreciada.

Por un futuro en donde los mismos hombres entendamos las consecuencias y limitaciones que nos generan los estereotipos y roles de género restrictivos, que este trabajo sea un recordatorio de que la liberación del machismo es una senda que beneficia a todos, y que entendamos lo expresado por Chimamanda Ngozi Adichie:

“El problema del género es que prescribe como tenemos que ser, en vez de reconocer como somos realmente”

Con gratitud y esperanza, Mauricio Ramos Cruz.

Resumen

La violencia de pareja (VP) se ha entendido como un problema de salud pública el cual afecta a una de cada tres mujeres en el mundo, independientemente del tiempo de relación y/o etapa de la vida de las mujeres. Estudios internacionales realizados en mujeres que han solicitado un aborto, muestran que un número importante de ellas están o han estado en relaciones violentas, y además destacan que uno de los principales motivos por el cual interrumpieron el embarazo fue por la presión de la pareja.

En vista de la carencia de datos al respecto en nuestro país, la presente tesis reporta el análisis secundario de una base de datos de 274 mujeres que accedieron a servicios de Interrupción Legal del Embarazo (ILE) en la CDMX, esto con el fin de conocer la prevalencia de VP, así como algunos factores de riesgo/protección asociados.

Para evaluar la prevalencia se realizaron las fórmulas epidemiológicas correspondientes, que dieron por resultado un 19.34% de VP; además se realizó una regresión logística múltiple ajustada por 5 modelos, dentro los cuales, solamente se encontró al apoyo social como factor protector estadísticamente significativo ($p < .001$). Los resultados dan cuenta de la necesidad de profundizar en este fenómeno, con el fin de contar con mayor evidencia para la toma de decisiones en cuanto al monitoreo y detección de la VP en distintas poblaciones de mujeres. Además, se destaca la importancia del acompañamiento social para disminuir la posibilidad de experimentar violencia en la relación de pareja o de permanecer mayor tiempo en este tipo de situación.

ÍNDICE

Introducción	6
1. Violencia de Pareja desde una perspectiva de género	9
1.1. Consecuencias en la salud de las mujeres	11
1.1.1. Salud Física	12
1.1.2. Salud Mental	12
2. Interrupción voluntaria del embarazo	15
2.1. Epidemiología de la violencia de pareja en mujeres que interrumpieron voluntariamente el embarazo.....	15
2.1.1. Violencia de pareja en mujeres que buscan interrumpir o han interrumpido un embarazo.....	16
2.1.2 Interrupción del embarazo en mujeres que experimentan o han experimentado Violencia de pareja.....	18
2.2 Factores asociados con la violencia de pareja en mujeres que han interrumpido un embarazo	21
Planteamiento del problema	24
Justificación	25
Preguntas de investigación	26
Objetivo general.....	27
Objetivos específicos.....	27
Hipótesis.....	27
Método.....	28
Diseño.....	28
Variables.....	28
Participantes.....	33
Análisis estadístico	34
Consideraciones éticas	34
3. Resultados	35
Discusión	61
Conclusión	69
Referencias.....	71

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022) define a la violencia de pareja (VP) como aquellos comportamientos ejercidos por la pareja o expareja que tengan la intención de causar algún daño físico, sexual o psicológico; estos incluyen la agresión física, la coacción sexual, el maltrato psicológico y las conductas de control.

Al respecto, la Organización de las Naciones Unidas (ONU, 2021) reporta que aproximadamente 736 millones de mujeres son víctimas de violencia por parte de su pareja, es decir, una de cada tres mujeres en el mundo experimenta estos actos de violencia; y se destaca que el inicio del maltrato ocurre en edades cada vez más tempranas. Aunado a ello, se reconoce que las prevalencias más altas de VP se reportan en países menos desarrollados, mientras que las prevalencias más bajas, por el contrario, se presentan en los países más desarrollados. Por ejemplo, Oceanía, Asia meridional y África subsahariana encabezan las más elevadas (33% - 51%), seguidas de las América Latina y el Caribe (25%) y finalmente de las Europa, Asia central y el sureste Asiático (16%-21%).

A nivel nacional se ha reportado que el 70.1% de la población de 50.5 millones de mujeres de 15 años en adelante, ha experimentado algún tipo de violencia a lo largo de su vida. Mientras que de las 47.3 millones de mujeres que reportaron tener o haber tenido una relación de pareja, el 39.9% señaló haber recibido algún tipo de violencia, destacando la violencia psicológica (35.4%), seguida de la violencia económica o patrimonial (19.1%), la violencia física (16.8%) y por último la violencia sexual (6.9%). Los estados que reportan prevalencias más elevadas en México son: Guerrero, Hidalgo y Yucatán; mientras

que los estados de Baja California Sur, Chiapas y Baja California reportan las prevalencias más bajas (INEGI,2022).

Por otra parte, es necesario mencionar que la VP puede ocurrir en cualquier periodo de la relación y/o etapa de la vida de las mujeres, que incluye un contexto intimidatorio, de devaluación, hostilidad y miedo, que puede conllevar a diversas afectaciones físicas, psicológicas, discapacidades temporales o permanentes, y en casos extremos, al asesinato (feminicidio) (Ramos & Saltijeral 2008).

Las afectaciones en la salud mental han sido documentadas ampliamente desde hace varios años, entre ellas destacan: malestar psicológico, baja autoestima, depresión, ansiedad, ideación e intento suicida, trastorno por estrés postraumático (TEPT), abuso de alcohol y drogas, trastornos de la alimentación y trastornos del sueño, entre otras. (Chishom et al., 2017; Spencer et al., 2022; White et al., 2023).

Dado que la VP es un fenómeno complejo, universal, multicausal y multidimensional, se ha intentado abordar desde diversas perspectivas teóricas. Una de las más importantes es la perspectiva de género, que propone que existen factores socioculturales que sostienen a las relaciones de poder en función del género y que son un elemento fundamental desencadenante de ésta (Ramos, 2002). Asimismo, la perspectiva de salud pública y con enfoque ecológico, ha investigado los diversos factores de riesgo y/o protección asociados con la presencia de VP en el ámbito social, comunitario, interpersonal e individual (Heise, 1988; Oram et al., 2022).

Los estudios de VP se han llevado a cabo en poblaciones de todo tipo, tanto en comunidad como en servicios de salud. Algunos como el de Motta et al.

(2014) se han realizado específicamente en clínicas a las que mujeres acuden para solicitar la interrupción de un embarazo, donde encuentran que uno de los principales motivos de las mujeres para abortar ha sido la presión de la pareja. Aunado a ello, Saftlas et al. (2010) señalan que la prevalencia de la violencia de pareja será mayor entre mujeres que terminaron un embarazo que en aquellas mujeres que lo continúan.

Por lo anterior, habría que preguntarse si las mujeres que abortan pueden considerarse una población en riesgo al desafiar uno de los atributos más valorados de la feminidad: “ser madre”, lo que puede desencadenar múltiples problemas psicosociales como la estigmatización, los sentimientos de culpa o vergüenza y por supuesto situaciones de violencia. A su vez, acudir a estos servicios pone a las mujeres en contacto con potenciales atenciones, pues son espacios que pueden ser útiles para preguntar acerca de la presencia de VP, ofrecer información, atender dichas problemáticas de forma temprana y en su caso, referir a otros servicios (Sánchez & Veldhuis, 2022).

En comparación con otras poblaciones, para esta tesis se encontraron relativamente pocos estudios que reportaran la prevalencia de VP en mujeres que acuden a un servicio a solicitar un aborto. Los disponibles provienen mayoritariamente de alguno de los dos siguientes extremos: los países de altos ingresos o aquellos de muy bajos ingresos. Mucho menos información existe en el caso de América Latina al respecto. Por ello, la presente investigación se enfoca en explorar la prevalencia de VP y conocer algunos factores psicosociales y de salud mental asociados, en mujeres que decidieron realizar una interrupción del

embarazo en clínicas de la CDMX; esto se abordará desde un enfoque ecológico, de género y con vistas en la salud mental.

1. Violencia de Pareja desde una perspectiva de género

La violencia de pareja (VP) es un fenómeno complejo, universal, multicausal y multidimensional que se manifiesta en el seno de las relaciones amorosas y no solo en aquellas uniones de hecho (Ocampo y Amar, 2011); esto conlleva a que se presenten numerosas definiciones a partir de diferentes estudios e instituciones, como se observa a continuación.

La Organización Mundial de la Salud “OMS” (2022) refiere este fenómeno como aquellos comportamientos de la pareja o expareja que causen algún daño físico, sexual o psicológico; lo que concuerda con la definición de la Oficina para la Salud de la Mujer de los Estados Unidos (OASH por sus siglas en inglés, 2021) quien señala a la violencia de pareja como aquella acción de abuso físico, emocional o de coerción sexual que es llevada a cabo por la persona con la cual se mantiene o se ha mantenido una relación sexual o afectiva.

Mientras tanto, la American Psychological Association (“APA” por sus siglas en inglés, 2022) menciona que dentro del fenómeno de VP coexisten varios tipos de violencia, todos ellos igualmente graves; además, enfatiza que se podrá presentar en cualquier grupo de edad, étnico, género, estatus económico o condición de discapacidad, así como entre parejas heterosexuales o del mismo sexo.

Por su parte, el Instituto Nacional de la Juventud (2022) en México señala a la violencia de pareja como el uso del poder para ejercer intimidación, amenazar o

forzar a una pareja o expareja, mediante actos sexuales, emocionales, patrimoniales/económicos o mediante agresiones físicas, en algún momento de la vida, independientemente de la preferencia sexual y en cualquier etapa de la relación; donde la expresión más grave será el asesinato intencional.

Pese a sus similitudes, algunas de las conceptualizaciones que se tienen de la VP estas han ido cambiando a lo largo del tiempo, incluso actualmente se puede presentar una visión y abordaje contextual distinto que abre el panorama de estudio a diferentes poblaciones a las tradicionalmente investigadas (Aládrate-Aguilar et al., 2021).

Así, hoy en día se reconoce que sufrir un acto violento por parte de la pareja no es una situación exclusiva de las mujeres, sino que los hombres también pueden experimentar VP. Sin embargo, este tema se ha comportado de forma distinta debido al mismo estereotipo hegemónico de la masculinidad, que permea entre los mismos hombres e instituciones, ya que dictan asumir comportamientos duros e insensibles (Navarro, 2019).

Otras investigaciones han abordado la violencia bidireccional, es decir la ejecución de actos violentos del hombre en contra de la mujer y de la mujer en contra del hombre dentro de las relaciones íntimas, lo que revela, que el fenómeno existe tanto en hombres (6.58%-48.3%) como en mujeres (1.16%-72.4%); pese a ello, se observa que las mujeres seguirán siendo las más afectadas por la gravedad y consecuencias de dichos actos (Natera et al. 2021; Garrido et al., 2020; Fernández-Montalvo et al. 2020; Katz et a. 2020; Ferraresso, 2020; Fernández, 2019; Holmes et al. 2019; Trillingsgaard et al. 2019).

En la presente tesis la violencia de pareja es reconocida como una forma de violencia en contra de las mujeres que presenta distintas características a partir del trasfondo, histórico, ideológico, sistémico y cultural, que puede presentarse en cualquier entorno, edad, nivel socioeconómico, grupo religioso y/o cultural. (OPS, 2013). Se parte del hecho de que las mujeres han vivido en una situación histórica de subordinación por el hecho de ser mujeres, a partir de la concepción dominante sobre los roles, funciones y valoraciones impuestos a cada sexo, la cual es reforzada por la ideología, la cultura y las instituciones patriarcales, quienes asignan tradicionalmente los roles con base en la masculinidad y feminidad (Medina y Medina, 2019).

Por lo tanto, la violencia de pareja no puede considerarse como un problema individual, sino un problema social-multicausal basado en la desigualdad del poder; bajo este entendido se permite reducir los sesgos en la conceptualización, el tratamiento y la atención al abuso experimentado (Ramos, 2002).

1.1. Consecuencias en la salud de las mujeres

Los efectos de la VP en la salud de las mujeres son diversos y dependerán en gran medida del tipo de maltrato presentado -ya sea psicológico, físico o sexual-, así como la frecuencia y el tiempo de exposición al mismo, lo que podrá ocasionar consecuencias moderadas hasta extraordinariamente graves como la muerte. Ante esto, algunas mujeres llegan a recurrir a los servicios médicos formales o informales, y en algunos otros casos recurrirán a la automedicación, lo que podrá propiciar a su vez otro tipo de afectaciones (ENVIM, 2006).

1.1.1. Salud Física

El Instituto Nacional de las Mujeres “INMUJERES” (2021) indica que las principales afecciones físicas en la mujer incluyen las lesiones - especialmente en la cabeza, cuello o cara- así como riesgos elevados de padecer asma, trastornos gastrointestinales, dolores de cabeza, dolor crónico, enfermedades cardiovasculares, enfermedades coronarias, accidentes cerebrovasculares, enfermedades crónico-degenerativas, neuroendocrinas, etc. Estas afectaciones concuerdan con las encontradas en los estudios de Cabrera (2019); Bacchus et al. (2018); Behnken et al. (2018); Castro (2017) y Dilton et al. (2013).

Investigaciones más recientes reportan afectaciones como: hemorragias, rotura de algunas extremidades, roturas en la dentadura, hematomas en el cuerpo (Elçin et al., 2021), trastornos funcionales (Alfaro & Janampa, 2021), peor adherencia terapéutica en la medicación por VIH (Wetzel et al., 2021), disminución de las células CD4+ en pacientes con VIH, agravamiento de los síntomas de la menopausia (Stubbs & Szoek, 2021), lesiones abdominales (Toaquiza & Guarate, 2023), entre otras afecciones que se derivan a partir de este diagnóstico primario.

1.1.2. Salud Mental

Los efectos sobre la salud mental en mujeres víctimas de VP ha sido un tema relativamente reciente, en comparación al estudio por afecciones físicas, pero se ha intentado ampliar los últimos años. La principal dificultad radica en el reconocimiento, pues estas afectaciones suelen presentarse de

una forma discreta y paulatina, pero esto no deberá restar importancia respecto a las actuaciones físicas.

Méndez et al. (2022) mencionan que existe una relación significativa en entre la VP y diversas reacciones emocionales y psicológicas. Estas se van a caracterizar principalmente por estados de depresión (Lara-Caba & Pérez-Estévez, 2023; Aguilar et al. 2022; Guzmán-Rodríguez et al., 2021; Chandan et al. 2020; Lara et al., 2019), ansiedad (Aguilar et al. 2022; Chandan et al. 2020; Lara et al., 2019) ideación suicida (Sanz-Fuentes & Ruiz-Lorenzo, 2023; Inostroza et al., 2022; Llosa & Canetti, 2018), estrés postraumático, trastorno obsesivo compulsivo, fobias específicas, entre otros (Lara-Caba & Pérez-Estévez, 2023; Costales & Argüello, 2023; Saquinaula-Salgado et al. 2020; Véliz-Espinoza & Terán-Espinoza, 2020; González-Torres, 2020). De mismo modo, se han observado otras afectaciones conductuales como reajustes sociales (Méndez et al., 2022) y consumo de drogas (Rivera-Rivera et al. 2021; Stubbs & Szoek, 2021; Yalch & Rickman, 2021).

1.1.3. Salud sexual y reproductiva

La Organización Mundial de la Salud “OPS” (2013), señala a partir de estudios realizados a nivel internacional, que los embarazos no deseados, las infecciones de transmisión sexual (ITS), incluido el VIH, y los abortos espontáneos son más frecuentes en las mujeres que han vivido actos de violencia en algún momento de su vida.

En concordancia, Krung et al. (2003) señalan que vivir con un compañero violento propiciará dificultades para protegerse de embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual, complicaciones durante un embarazo

cursado ya sea para la mujer o el feto mediante: abortos espontáneos, inicio tardío de atención prenatal, mortinatalidad, parto y nacimiento prematuro, lesiones fetales, bajo peso al nacer, puerperio e inicio tardío de la lactancia.

Castro (2017), Velasco et al. (2020) y Elçin et al. (2021) de igual forma, indican que el aborto espontáneo, las hemorragias preparto, el parto prematuro y la presencia de más cesáreas, pueden ser consecuencias de la VP.

Pastor-Moreno et al. (2020) señalan a partir de su revisión sistemática, que también se encuentran asociadas a la VP las infecciones de las vías urinarias, afecciones en la lactancia inicial, mayores niveles de dolor y duración en el parto, ingreso tardío a la atención prenatal, ruptura prematura de membrana, aumento inadecuado de peso, distocia, mayores hospitalizaciones pre y postparto, preeclampsia, hemorragias, anemia, programación de cesáreas de emergencia, desprendimiento de placenta, perforación de útero, entre otras.

Chero (2020) indica que también se podrá presentar una actitud indiferente hacia los temas de salud sexual y reproductiva en personas víctimas de violencia. Esta situación revela un grave problema en la sociedad y en la percepción que se tiene al autocuidado que puede ser explicado a su vez por las acciones coaccionadas, las dificultades diferenciales y estructurales, así como por aquellos pensamientos desesperanzadores producto de las mismas dinámicas de violencia.

2. Interrupción voluntaria del embarazo

Bajo la misma línea del capítulo anterior, entendemos que una de las consecuencias más frecuentes de la violencia de pareja son los embarazos no intencionales. Donde uno de los procedimientos más controversiales y premeditados ha sido la interrupción del mismo embarazo; práctica que, al contrario del imaginario colectivo, tiene la misma antigüedad que el mismo ser humano y es legislada en diferentes países (Bautista, 2021).

Actualmente la OMS (2023) reconoce que el aborto es un proceso médico habitual y seguro que se puede realizar de manera farmacológica o quirúrgica durante las primeras 12 semanas de gestación; así mismo, calcula que aproximadamente 73 millones de abortos se realizan en el mundo cada año, de los cuales el 61% son por embarazos no deseados. En conjunto, el 29% del total de embarazos se interrumpen voluntariamente.

En México, estados como: Ciudad de México, Oaxaca, Hidalgo, Veracruz, Baja California y Colima reconocen la viabilidad de este proceso y lo identifican como una práctica voluntaria que debe realizarse bajo una normatividad higiénica, tecnológica y de métodos propicios, lo que resulta en una maternidad libre, informada y responsable (Suprema Corte de Justicia de la Nación, 2022).

2.1. Epidemiología de la violencia de pareja en mujeres que interrumpieron voluntariamente el embarazo

Como se ha visto, la violencia de pareja continúa presentándose como un problema desproporcionado hacia las mujeres, lo que a su vez impacta en su salud sexual y reproductiva, reflejada en las altas tasas de embarazos no

deseados, abortos y otras afecciones a la salud previamente descritas. Esto ha llevado a cuestionar si aquellas mujeres que deciden recurrir a un aborto o se encuentran en un proceso de búsqueda del mismo, podrían tener un mayor riesgo de violencia que la población en general.

Los hallazgos internacionales se dividen en dos grandes grupos: uno en los que se reporta la magnitud de la VP en mujeres que buscan realizar o han realizado una interrupción del embarazo; y el otro que muestra la prevalencia de abortos inducidos en mujeres que han experimentado o experimentan VP.

2.1.1. Violencia de pareja en mujeres que buscan interrumpir o han interrumpido un embarazo

Hall et al. (2014) a partir de su revisión sistemática sobre interrupción del embarazo y VP, reportan que a nivel mundial las prevalencias por VP en el último año oscilaron entre el 2.5% y el 30%; mientras que la prevalencia a lo largo de la vida según su metaanálisis fue del 24.9%. Además, reportan que las mujeres en relaciones violentas tenían más probabilidades de haber ocultado la interrupción del embarazo a su pareja que aquellas que no lo estaban.

Saftlas et al. (2010) en un estudio transversal con 986 usuarias de una clínica de planificación familiar que ofrece aspiración y aborto con medicamentos, encontraron que el 10% de ellas habían sido lastimadas físicamente por la pareja actual o anterior y que el 2.5% había experimentado violencia sexual. De aquellas mujeres que denunciaron

violencia de pareja, 74% identificaron a una expareja como el perpetrador, mientras que 27% identificaron a la pareja actual como el perpetrador. La prevalencia combinada de cualquier abuso físico o sexual de la pareja fue del 10.8%. Es interesante denotar que las exparejas perpetraron más agresiones que las parejas actuales, lo que sugiere que muchas habían disuelto su relación íntima con la pareja abusiva antes de llegar al servicio.

En la misma línea, Öberg et al. (2013) mencionan que el 29% de mujeres que buscaron interrumpir el embarazo y el 22% de mujeres que buscaron una consejería anticonceptiva reportaron haber experimentado violencia por parte de su pareja; esto en una población de estudio de 1,226 mujeres que acudieron a una unidad de planificación familiar del hospital universitario de Uppsala/Suecia. Entre aquellas mujeres que buscaron interrumpir el embarazo, el 4% ($n = 24$) informó que alguien las había presionado u obligado a tomar la decisión de abortar y otro 4% ($n = 26$) que el miedo a la violencia futura había determinado su decisión de abortar.

En Italia, Citernes et al. (2015) encontraron en su estudio con 1,030 mujeres que acudieron a solicitar un aborto, que el 22.3% de aquellas con antecedente de interrupción del embarazo reportaron haber sido víctimas de violencia de pareja, mientras que el 14.8% de las mujeres que se sometían por primera vez al procedimiento también reportaron VP.

Pearson et al. (2017) por su parte, mencionan en su estudio una prevalencia de violencia de pareja del 25% en aquellas mujeres que buscaban servicios de aborto en Bangladesh.

Leung et al. (2017), señalan que la violencia intrafamiliar es un problema significativo entre las pacientes ginecológicas, particularmente entre aquellas que buscan abortar, llegando a presentar una prevalencia por VP del 27.3%, situación que se mantiene posterior al proceso de aborto.

La prevalencia de VP en un estudio reciente en España concuerda con esta cifra, pues en su caso encontraron que el 25% de las mujeres que solicitaron una interrupción voluntaria del embarazo había experimentado esta violencia (Gómez-Fernández et al., 2021).

Finalmente, Crouthamel et al. (2022) señalan en su estudio realizado con 2,679 mujeres que acudieron a clínicas de atención terciaria en la ciudad de Bangladesh que el 54.1% de quienes realizaron un aborto autogestionado habían sido víctimas de violencia de pareja alguna vez en la vida y el 8.7% lo habían sido en los últimos 3 meses; lo que resulta en una prevalencia del 9.5% alguna vez en la vida y de 1.5% en los últimos 3 meses.

Por lo tanto, las investigaciones internacionales revisadas en esta población reportan una prevalencia de VP que varía entre 9.5% y 30%.

2.1.2 Interrupción del embarazo en mujeres que experimentan o han experimentado Violencia de pareja.

Para este caso, las investigaciones reportan una prevalencia de 26% a 65% de abortos inducidos en mujeres víctimas de VP, aunque cabe señalar que muchas de ellas se han realizado en países de bajos ingresos, sobre todo africanos.

En Camerún, Alio et al. (2011) con base en una Encuesta de salud demográfica en el 2004 con 2,570 mujeres, encontraron que el 65.1% de las mujeres víctimas de VP habían presentado un aborto voluntario. Además, enfatizan un aumento del riesgo de aborto de cualquier tipo, en aquellas mujeres víctimas de violencia.

Lukman (2016) reporta que aquellas mujeres víctimas de violencia emocional por parte del cónyuge, tenían 33% de probabilidad de experimentar un aborto, esto en una población de Nigeria.

Afiaz et al. (2020) en su estudio concluyen que 1 de cada 4 mujeres que informaron violencia de pareja también reportaron haber tenido uno o más abortos, ya sean mortinatos, espontáneos o inducidos; aumentando en un 35% el riesgo de este desenlace bajo una situación de violencia.

En Armenia, Samad et al. (2021) indican que las mujeres que alguna vez sufrieron de violencia por parte de su pareja, tenían un 26% más de probabilidades de experimentar la interrupción de un embarazo, en comparación con las mujeres sin antecedentes de violencia; enfatizándose que esto fue 10 veces más en aquellas que vivieron violencia sexual.

Vinnakota et al. (2022) indican que entre las mujeres casadas que sufrieron violencia física, el 34% experimentó la interrupción de un embarazo y de manera similar, entre las mujeres que sufrieron violencia sexual y emocional, aproximadamente el 30% de ellas tenían más probabilidades de interrumpirlo. La prevalencia por violencia física fue del 23.2%, la de violencia emocional, 15,5 % y del 1,8% por violencia sexual.

Khan et al. (2019) reportan que mujeres víctimas de violencia de pareja tienen 1.4 más probabilidades de experimentar una interrupción del embarazo. Grose et al. (2021) por su parte realizaron una revisión de revisiones de estudios en mujeres y niñas en países de bajos ingresos, en el cual se reporta que cualquier tipo de VP se asoció con el aborto inducido (78% de los análisis) y el embarazo no deseado/no planificado (64% de los análisis).

Goemans et al. (2021) analizaron los datos de 57,090 mujeres que fueron recolectados en la Encuesta Nacional de Salud Familiar realizada en India entre 2015 y 2016, e informaron que las mujeres víctimas de violencia presentan en promedio 2 veces más probabilidad de recurrir a la terminación del embarazo.

Mientras tanto, en África Subsahariana, Arthur-Holmes et al. (2023) reportaron una prevalencia de 40.8% por VP y 16.5% de interrupción del embarazo; 20.2% de las mujeres indicó haber sido víctima de violencia de pareja y haber realizado una interrupción del embarazo. La posibilidad de interrumpir el embarazo en esta población fue 2 veces mayor en mujeres que habían experimentado violencia de pareja.

Por su parte, Opoku (2021) en su estudio en 25 países de África Subsahariana, se encontró una prevalencia por VP de 19%, en donde se consideró se presentaba en menor escala en adolescentes y mujeres jóvenes respecto a las mujeres adultas.; mientras que la interrupción del embarazo fue del 10,1 %. También se encontró una asociación significativa

en 15 países entre la interrupción del embarazo y la violencia por parte de su pareja íntima.

Stockl et al. (2012) mencionan en su estudio realizado en Tanzania, que aquellas mujeres víctimas de violencia de pareja tenían 1.9 más posibilidad de informar un aborto intencional, en comparación a quienes no había sufrido actos de violencia.

En México, solamente se encontró un estudio, el de Cortés et al. (2015), quienes reportan en mujeres residentes del municipio de Ecatepec en el Estado de México que el antecedente de un aborto se asoció con la posibilidad de presentar violencia de pareja, aunque no se especifica si fue inducido o no.

2.2 Factores asociados con la violencia de pareja en mujeres que han interrumpido un embarazo

Los factores que pueden conducir a la VP son diversos, lo que imposibilita caracterizar una sola causa. Por ello, se elige el modelo ecológico planteado por Heise (1998), como marco epistemológico, al abordar el fenómeno de la violencia en contra de la mujer desde un punto de vista multifactorial y bajo un enfoque de género. La autora retoma la perspectiva ecológica de la OMS (Krug et al., 2003), que engloba 4 niveles de explicación interrelacionados (social, comunitario, relacional e individual), en los cuales también se pueden ubicar los factores de protección con base en los hallazgos de las investigaciones.

El nivel social se refiere al conjunto de valores y creencias culturales que permean las estructuras de la sociedad, y que para el caso de la violencia contra las mujeres incluye creencias patriarcales, pensamientos rígidos de roles basados

en género, sentido de propiedad masculina sobre las mujeres, aprobación de los castigos físicos, aprobación de la violencia para la solución de conflictos, entre otros. Estos promueven comportamientos violentos como los que ocurren en la violencia de pareja, y pueden llegar a ser legitimados por las instituciones, incidiendo además en los demás niveles del modelo. En este nivel no se encontraron factores explorados en la revisión de literatura.

El nivel comunitario abarca los contextos en los que se desarrollan las relaciones sociales, como las escuelas, los lugares de trabajo y el vecindario, y se intenta identificar las características de estos ámbitos que aumentan el riesgo de actos violentos. Algunos de los factores de riesgo que reporta la literatura en cuanto a la violencia de pareja son la falta de acceso a métodos anticonceptivos, prohibiciones religiosas (Pearson et al., 2017), barrios con alto estrés económico, baja economía del hogar (Afiaz et al., 2020; Lukman, 2016) y vivir en zona rural (Afiaz et al., 2020).

El nivel relacional considera aquellos aspectos en los cuales las personas se relacionan con su sistema más próximo, así como los significados subjetivos asignados a dichas interacciones, donde la familia será el sistema principal. Entre los factores de riesgo vinculados con VP se han reportado la intención de fecundidad de la familia, la oposición al uso anticonceptivo, la falta de apoyo social (Pearson et al., 2017), baja escolaridad de la pareja, consumo de alcohol de la pareja, dominación masculina en las decisiones del hogar (Lukman, 2016), dominación femenina en las decisiones del hogar (Afiaz et al., 2020), y promover o

restringir la búsqueda del aborto por parte de la pareja (Silverman et al., 2010).

El nivel individual abarca la historia personal, aquí se incluirán aquellos factores psicológicos, biopsicosociales y características como la edad, el sexo, el nivel educativo, y los ingresos, entre otros aspectos. La investigación en VP ha reportado como factores de riesgo la educación de la mujer, las experiencias de violencia en la infancia (Lukman, 2016), ser más joven que la pareja (Afiaz et al., 2020), la edad en el primer matrimonio, el uso de anticonceptivos, los roles estereotipados (Antai & Adaji, 2012), y la planificación familiar (Emenike et al., 2008).

Los factores protectores estudiados en la literatura son muy escasos, sin embargo, se destacan: ser mayor que la pareja, vivir en zona urbana, tener un mayor ingreso económico (Afiaz et al., 2020) y contar con apoyo social (Pearson et al., 2017).

También en estos estudios se ha encontrado una asociación significativa entre el reporte de VP y problemas tales como depresión, ideación suicida, estrés y pensamientos perturbadores, sin que sea clara la asociación temporal. Mientras los factores demográficos como la edad, el origen étnico, la educación, el estado civil, los ingresos, el empleo y el consumo de drogas y alcohol no mostraron un efecto mediador fuerte o consistente. Finalmente podemos referir que se han estudiado poco los resultados a largo plazo.

Planteamiento del problema

Existe evidencia de que las mujeres tienen un mayor riesgo de tener un embarazo no deseado, embarazos repetidos y abortos voluntarios o coaccionados cuando experimentan violencia en las relaciones íntimas (Gómez-Fernández et al., 2021; Stockman et al., 2013; Saftlas et al., 2010; Roberts, et al., 2012; Cripe et al., 2008). Esto visibiliza la dificultad de establecer políticas públicas que regulen las acciones dirigidas a disminuir los actos de violencia hacia los diversos colectivos de mujeres, que aborden la salud sexual y reproductiva, y que también atiendan e intervengan en su salud mental.

El Senado de la República de México (2021) en su iniciativa de reforma de los artículos 329, 330, 331 y 333, declara que en muchos estados las legislaciones aún no se encuentran presentes o se aplican de manera ineficiente, lo que se justifica en gran parte, en nombre de las tradiciones, las costumbres, la religión o algún otro tipo de idea fundamentalista que debilita las acciones frente a la violencia en contra de la mujer.

Esto por supuesto afecta diversos ámbitos a lo largo de toda su vida, donde la salud sexual y reproductiva es una de las dimensiones más afectadas, al generar múltiples violaciones a sus derechos a partir de esterilizaciones forzadas, abortos forzados, embarazos forzados, matrimonios forzados, negación o postergación de los servicios para abortos seguros, de la atención postaborto, y negación al uso de

anticonceptivos, entre otros rubros que constituyen una tortura o trato cruel, inhumano y degradante.

Como señala el Grupo de Información en Reproducción Elegida “GIRE” (2023): “En México persiste un fuerte estigma en torno al aborto, basado en la idea de que la maternidad es la función obligatoria de las mujeres. Esta idea continúa permeando no sólo la cultura sino todas las instituciones del Estado y sus leyes, y representa una violación a los derechos humanos. Dicho estigma constituye la base para la criminalización legal y social del aborto, que afecta de manera concreta a mujeres y otras personas gestantes...”¹.

Este contexto de desinformación y prejuicios socioculturales dificulta conocer la ocurrencia de fenómenos como la violencia de pareja en mujeres que optan por realizar un aborto, en razón de su invisibilización y ocultamiento; por lo que al contar la CDMX con un sistema de servicios instalado desde 2007 al aprobarse la interrupción legal del embarazo (ILE), puede realizarse un acercamiento a esta problemática con usuarias de estos servicios de manera anónima y confidencial.

Justificación

Es necesario profundizar en el estudio de la VP en diferentes colectivos de mujeres para poder entender la multiplicidad de sus posibles causas (Secretaría de Salud del Gobierno del Estado de Nuevo León, 2022). Las mujeres que deciden interrumpir el embarazo son un grupo de interés para su investigación por la escasa información que existe al respecto en nuestro país en cuanto a su

¹ <https://gire.org.mx/aborto/>

asociación con la VP, en gran medida por considerarse como un tema tabú en la sociedad.

Los procesos de aborto inducido forman parte de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, en los cuales se especifica que se tiene la capacidad de decidir el número e intervalo de hijos que se deseen (CNDH, 2022). Debido a que la violencia puede comenzar o intensificarse durante el embarazo, algunos países recomiendan preguntas rutinarias sobre la violencia de pareja durante toda la atención prenatal.

Sin embargo, a las mujeres que buscan la interrupción del embarazo (aborto inducido) no se les pregunta rutinariamente sobre la violencia de pareja. Dada la evidencia internacional de la asociación entre aborto y VP, se requieren nuevos enfoques de salud pública para prevenir y atender esta violencia, y los servicios de interrupción del embarazo pueden ser un entorno oportuno para diseñar y aprobar intervenciones, pero para ello en primer término es fundamental conocer su magnitud.

Preguntas de investigación

¿Cuál es la prevalencia actual de violencia de pareja en mujeres que realizaron una ILE con medicamentos en un servicio público de la CDMX?

¿Cuáles son los factores psicosociales que se encuentran asociados a la violencia de pareja en mujeres que realizaron una ILE con medicamentos en un servicio público de la CDMX?

¿Cuáles son los problemas de salud mental que se encuentran asociados a la violencia de pareja en mujeres que realizaron una ILE con medicamentos en un servicio público de la CDMX?

Objetivo general

Determinar la prevalencia de VP en mujeres que interrumpieron legalmente un embarazo

Analizar su asociación con factores psicosociales tales como maltrato infantil, roles de género estereotipados, estigma por abortar y apoyo social; así como con problemas de salud mental tales como sintomatología depresiva y sintomatología ansiosa.

Objetivos específicos

Estimar la prevalencia de VP en el último año en las mujeres que realizaron una ILE.

Identificar la asociación entre los factores psicosociales -maltrato infantil, roles de género estereotipados, estigma por abortar y apoyo social- con la VP.

Identificar la asociación entre la sintomatología depresiva y ansiosa y la VP.

Hipótesis

La prevalencia de VP será de 25%.

La VP se asociará positivamente con el maltrato infantil, los roles de género estereotipados, el estigma por abortar y se asociará de manera negativa con el apoyo social.

La VP se asociará positivamente con la presencia de sintomatología depresiva y/o sintomatología ansiosa.

Método

Diseño

Se realizó un análisis secundario de una investigación más amplia titulada “Interrupción legal del embarazo y factores psicosociales asociados con el desarrollo de problemas de salud mental”. Para esta investigación se trabajó bajo un diseño exploratorio, analítico, transversal y correlacional.

Variables

- Variables descriptivas:
 - ❖ Sociodemográficas.
 - Edad: tiempo cronológico de vida cumplido al momento de la entrevista, en años cumplidos. (Razón, cuantitativa).
 - Lugar de residencia: estado y municipio en el que reside. (Nominal, cualitativa).
 - Escolaridad: grados completados en sistema escolar. (Ordinal, cualitativa).
 - Nivel socioeconómico: nivel 1 (bajo o de alta marginalidad), nivel 2 (medio) y Nivel 3 (alto o de baja marginalidad), según criterios asignados por el sistema de administración médica e información hospitalaria, con base en el diagnóstico social realizado por trabajo social del hospital. En este se suman las condiciones de vida de las usuarias (ingreso familiar, cobertura de necesidades básicas, lugar y entorno de residencia, derechohabiencia, condiciones de vivienda y estado de salud de la familia). (Ordinal, cualitativa).

❖ Antecedentes gineco-obstétricos.

- Número de embarazos previos. (Razón, cuantitativa).
- Número de periodos de gestación previos al actual que finalizaron en parto. (Razón, cuantitativa).
- Número de descendientes directos nacidos vivos. (Razón, cuantitativa).
- Edad del primer embarazo. (Razón, cuantitativa).
- Autoreporte del número de interrupciones previas inducidas del embarazo, legales o no. (Razón, cuantitativa).
- Autoreporte de interrupciones espontáneas previas del embarazo ocurridas antes de la semana 21 de gestación (Razón, cuantitativa).

❖ Características de la relación de pareja actual.

- - Tiempo de relación: autoreporte del tiempo transcurrido de la relación con la pareja actual en meses (Intervalo, cuantitativa).
- - Edad de la pareja en años cumplidos. (Razón, cuantitativa).
- Cohabitación: autoreporte sobre si vive en la misma casa de la pareja (no, si). (Nominal-dicotómica).
- Matrimonio: autoreporte sobre la situación civil al momento de la entrevista (no, si). (Nominal-dicotómica).

● Variable Dependiente.

- Violencia de pareja.

Definición conceptual: situaciones de agresión intencional de tipo emocional, física, sexual, y económica experimentadas en los 12 meses previos a acudir al servicio de ILE y ejercidas por la última pareja o la pareja actual, con base a reactivos elaborados por Ramos y Saltijeral (2008).

Definición operacional: sumatoria de siete reactivos respondidos de manera dicotómica, de la escala de Violencia de Pareja de Ramos y Saltijeral (2008).

Violencia emocional: autoreporte de insultos por parte de la última pareja o la pareja actual. Violencia emocional con amenaza de daño físico: autoreporte de amenazas de daño físico por parte de la última pareja o la pareja actual. Violencia física: autoreporte de jalones, cachetadas, patadas o puñetazos por parte de la última pareja o la pareja actual. Violencia sexual: autoreporte de relaciones sexuales por la fuerza por parte de la última pareja o la pareja actual. Violencia económica: autoreporte de reclamos sobre la manera de gastar dinero por parte de la última pareja o la pareja actual. A mayor puntaje, mayor violencia de pareja.

- Variables Independientes.

- Maltrato Infantil.

Definición conceptual: situaciones de agresión intencional física o emocional directa o indirectamente experimentadas en la familia de origen antes de los 18 años con base en reactivos utilizados en la ENDIREH 2016 (INEGI, 2017).

Definición operacional: sumatoria de cuatro reactivos respondidos de manera dicotómica, de la escala de la ENDIREH (2016). Autoreporte de haber presenciado golpes entre integrantes adultos de la familia de origen antes de los 18 años. Autoreporte de haber presenciado frecuentes insultos u ofensas entre integrantes de la familia de origen antes de los 18 años. Autoreporte de golpes por parte de integrantes de la familia de origen antes de los 18 años. Autoreporte de frecuentes insultos o humillaciones por parte de integrantes de la familia de origen antes de los 18 años. A mayor puntaje, mayor maltrato infantil.

- Roles de Género Estereotipados.

Definición conceptual: nivel de acuerdo respecto a las expectativas sociales de comportamientos femeninos y masculinos correspondientes a una de dos tipos de orientaciones: tradicional o igualitaria (Moya et al., 2006).

Definición operacional: se medirá a partir de las respuestas de reactivos que componen a la escala de ideología de género (EIG) (Moya et al., 2006) que se derivan de la escala de racismo moderno de McConahay (1986) y de elementos de la teoría del sexismo moderno de Swim et al. (1955). La escala cuenta con 12 items, siendo una escala de tipo likert de cuatro puntos (1= totalmente en desacuerdo, hasta 4= totalmente de acuerdo). El rango de calificación va de 0 a 48, donde a mayor puntaje se relaciona con una orientación más tradicional, mientras que un bajo puntaje se relaciona con una orientación igualitaria (Moya et al., 2006).

- Estigma por abortar.

Definición conceptual: sentimiento de preocupación por ser juzgada, aislada, criticada o generar una autocrítica y/o rechazada dentro de la comunidad por haber tenido un aborto (Cockrill et al., 2013).

Definición operacional: se medirá a partir de las respuestas a la Escala individual de estigma por abortar (ILAS por sus siglas en inglés) de Cockrill et al. (2013), que consta de 20 reactivos, divididos en 4 tipos de preocupación: ser juzgada, aislamiento, autocrítica y rechazo comunitario. Cuenta con cuatro opciones de respuesta en una escala likert (1= totalmente en desacuerdo, hasta 4= totalmente de acuerdo) para las primeras 2 dimensiones, mientras que en la tercera y cuarta

cuenta con 5 opciones de respuesta (1= totalmente en desacuerdo, hasta 5= totalmente de acuerdo), (1= ninguna, hasta 5= la mayoría de las personas). El rango de calificación va de 10 a 87.

- Apoyo social.

Definición conceptual: situaciones en las que la participante podría contar con algún tipo de soporte emocional, cognitivo, de interacción positiva, tangible y/o afectivo durante el proceso del embarazo o la ILE (Sherbourne y Stewart, 1991).

Definición operacional: Sumatoria de los tipos de soporte con base en el Cuestionario MOS de 19 reactivos elaborado por Sherbourne y Stewart (1991) y adaptado en español por Revilla et al. (2005), respondido con una escala de frecuencia de 5 opciones, de 0 a 4, que dan un total de 0 a 76.

- Sintomatología Depresiva.

Definición conceptual: nivel de severidad de síntomas (ánimo depresivo, disminución del interés en todas las actividades, aumento o pérdida importante de peso, insomnio o hipersomnias, agitación o enlentecimiento, fatiga, sentimientos de inutilidad o culpa, dificultad para concentrarse y pensamiento de muerte o ideación suicida sin un plan específico), por dos semanas, con base en el puntaje del CESD-R de 35 reactivos (González-Forteza et al., 2008).

Definición operacional: se medirá a partir de las respuestas del instrumento Center for Epidemiologic Studies of Depression Scale, CES-D, diseñado por Radloff en 1977, que cuenta con 35 reactivos que indagan por los 9 síntomas caracterizados en el DSM y si han estado presentes las últimas dos semanas (versión de (González-Forteza et al., 2008). Las opciones de respuesta son cinco que van de

“0 días” a “de 8 a 14 días”. Sumatoria de los 35 reactivos, respondidos con una escala de frecuencia de 5 opciones, de 0 a 4, que dan un puntaje total de 0 a 140.

- **Sintomatología Ansiosa.**

Definición conceptual: nivel de severidad de los síntomas (tensión, aprehensión y aumento de actividad del sistema nervioso autónomo en el momento de la entrevista) (Sanz, 2014).

Definición operacional: se medirá a partir del inventario de ansiedad de Beck de 21 reactivos (Beck et al., 1988), en la versión en español adaptada por Sanz (1993, 2014). Sumatoria de los 21 reactivos, respondidos con una escala de frecuencia percibida de 4 opciones, de 0 a 3, que dan un total de 0 a 63.

Participantes

Se analizó una base de datos conformada por información proporcionada por 274 mujeres que regresaron para un examen médico de seguimiento dos semanas después de un aborto médico realizado en un servicio público de Interrupción Legal del Embarazo (ILE) en la Ciudad de México de noviembre de 2018 a noviembre de 2019. La elegibilidad para el estudio incluyó tener mínimo 15 años y aceptar participar en una entrevista. Los criterios de exclusión incluyeron mujeres: a) que habían realizado el procedimiento con aspiración manual endouterina (AMEU), b) tener una discapacidad intelectual o motora grave que no les permitía responder el cuestionario, o c) que hubieran asistido al servicio por alguna otra razón legal.

Análisis estadístico

Para explorar la información de los datos recabados se utilizó lo siguiente: análisis univariado descriptivo (medidas de tendencia central y dispersión); análisis bivariados para datos categóricos (Chi^2) y datos cuantitativos (regresión logística simple); prevalencia de violencia (media ± 1 desviación estándar); análisis multivariado para modelos lineales generalizados (regresión logística múltiple).

Consideraciones éticas

Este proyecto de investigación fue evaluado y aprobado por el Comité de Ética del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (CEI/C/001/2015), y por el Subcomité de Investigación y Bioética de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México (SSDF/DGPCS/DEI/SECI/JUDI/1279/18).

3. Resultados

Descripción de las participantes

Como se puede observar en la tabla 1, las 274 usuarias que realizaron un aborto con medicamentos en el servicio de ILE en la CDMX, se caracterizaron por tener en promedio 25 años con un intervalo de 14 a 43 años y una desviación estándar de 6 años. Así mismo, se indica que la mitad de ellas contaba con estudios de preparatoria o bachillerato concluido, mientras que porcentajes similares (24% y 21%) reportaron estudios de secundaria y profesional respectivamente. El 50% de las usuarias también realizaba algún tipo de actividad remunerada y una de cada cinco eran estudiante. En relación con el nivel socioeconómico, la muestra se pudo caracterizar principalmente en un nivel I (59%) y tan solo el 0.2% (1 mujer) se caracterizó en un nivel III.

Respecto de las características de pareja, el 78% de las mujeres se encontraba en una relación, con un promedio de 23 meses de relación, un promedio de edad de la pareja de 42 años. De las mujeres con pareja, casi la mitad (49.7%) cohabitaba con ella, pero solo el 8.9% se encontraba en matrimonio. Finalmente cabe destacar que solo el 6% de las parejas no había participado en el embarazo que había sido abortado, y solo el 6.9% de las parejas desconocían de este embarazo.

Por su parte, los datos gineco-obstétricos indican que el 34.3% no había reportado un embarazo previo, mientras que más de la mitad (65.6%) reportó haber tenido de 1 a 6 embarazos previos. El embarazo que había sido interrumpido contaba con una media de 7 semanas de gestación y un intervalo de 2 a 11.4 semanas. Alrededor de la semana 6.8 las mujeres se percataron del

embarazo y el proceso de ILE fue realizado cercano a la semana 6.9. La decisión de abortar fue tomada por el 56% de los casos por la mujer y su pareja, en el 40.2% por ella sola, mientras que el 2.2% fue decidido solo por la pareja.

De igual modo, cabe mencionar que para el 74.6% de las mujeres era su primera experiencia al realizar un aborto voluntario, donde solo el 36.7% quería embarazarse a esa edad. Así mismo, el 9.3% reportó haber tenido un aborto espontáneo, mientras que más de la mitad no reportó ninguno (90.7%). En lo que respecta al uso anticonceptivo, se reporta que solo el 28.4% llegaba hacer uso de estos, principalmente por métodos de barrera (68.5%) y de emergencia (16.6%).

Tabla 1. Datos Sociodemográficos, De la pareja y Gineco-obstétricos de 274 mujeres que accedieron a servicios de ILE en CDMX

Sociodemográficos		Pareja		Gineco-obstétrico			
Edad	25(6.02)	No	60(21.90)	Embarazo previo (si/no)	94(34.31) / 180(65.69)		
<i>Escolaridad</i>		Sí	214(78.10)	SMG	7(1.57)		
Primaria	10(3.65)	Meses de relación	23(35.20)	SMG Conocimiento	6.80(11.38)		
Secundaria	66(24.09)	Edad de la pareja	42(26.25)	SMG ILE	6.96(1.51)		
Preparatoria o bachillerato	138(50.36)	Cohabitación (sí/no)	106(49.77) / 107(50.23)	<i>Decisión ILE</i>			
Profesional	58(21.17)	Matrimonio (sí/no)	19(8.92) / 194(91.08)	Suya	110(40.29)		
Posgrado	2(0.73)	Participación embarazo actual (sí/no)	200(93.4) / 13(6.07)	Suya y pareja	153(56.04)		
				Suya y otra persona	4(1.47)		
<i>Ocupación</i>		Conocimiento embarazo (sí/no)	255(93.07) / 19(6.93)	De la pareja	6(2.20)		
Actividad Remunerada	137(50)			Interrupción previa (si/no)	65(25.39) / 191(74.61)		
Actividad No Remunerada	81(29.56)			Deseo de embarazo (si/no)	64(36.72) / 112(63.28)		
Estudiante	56(20.44)			Aborto espontaneo (si/no)	24(9.30) / 234(90.70)		
<i>Nivel socioeconómico</i>				<i>Anticoncepción</i>			
Cero	143(31.09)			Anticonceptivos (si/no)	50(28.41) / 126(71.59)		
Uno	271(58.91)			Barrera	37(68.52)		
Dos	45(9.78)			Hormonal	6(11.11)		
Tres	1(0.22)			Emergencia	9(16.67)		
				Definitivo	1(1.85)		
				Otro	1(1.85)		

Nota: Las variables cuantitativas se reportan en Md y DE, mientras que las variables cualitativas reportan frecuencias y porcentajes.
SMG= semanas de gestación

Datos descriptivos de las variables

En esta sección se muestran las medidas de tendencia central y dispersión de los reactivos de cada variable, de su calificación total -ya sea como cuantitativa o cualitativa- y de la confiabilidad de la medición. Al final de la misma, se muestra un resumen para facilitar la lectura de estos resultados.

Violencia de pareja

Construida a partir de la sumatoria de seis reactivos, calificados con 0 (no) y 1 (sí) de la Escala de Violencia de Pareja de Ramos y Saltijeral (2008), y cuya distribución se observa en la Tabla 2. Destaca que la violencia psicológica fue la más prevalente, pues una de cada tres mujeres reportó gritos e insultos, y en menor medida (12.45%) amenazas de daño o muerte; casi dos de cada 10 había sido violentada físicamente por la pareja actual. La violencia sexual y la patrimonial fueron las menos reportadas.

Tabla 2. Distribución de los reactivos y de la sumatoria de la Escala de Violencia de pareja (Alfa de Cronbach de 0.77)		
Durante el último año, su pareja actual:	F	%
1. ¿Le ha gritado o insultado? (<i>violencia psicológica</i>)	97	35.40
2. ¿Le ha amenazado con hacerle daño físico, por ejemplo: lastimarla o incluso matarla? (<i>violencia psicológica</i>)	34	12.45
3. ¿Le ha maltratado físicamente (esto incluye cachetadas, patadas o puñetazos)? (<i>violencia física</i>)	51	18.61
4. ¿Ha tenido relaciones sexuales con usted por la fuerza, aunque usted no quería tenerlas? (<i>violencia sexual</i>)	15	5.47
5. ¿Se ha adueñado o le ha quitado dinero o bienes? (<i>violencia patrimonial</i>)	13	4.74
6. ¿Le ha reclamado cómo gasta el dinero? (<i>violencia económica</i>)	68	24.91
	M	DE
Sumatoria	1.21	1.67
Prevalencia	F	%
Con al menos un reactivo	128	47.06
Con al menos dos reactivos	53	19.34

Como se observa, se obtuvo una media total de 1.21 y una DE=1.67. La prevalencia de al menos uno de los comportamientos violentos por parte de la pareja fue 47.06% (n=128), mientras que la prevalencia de al menos dos comportamientos violentos experimentados fue de 19.34% (n=53). Esta última se consideró al tomar como criterio la media más una puntuación estándar, $1.21 + 1.67 = 2.88$, de modo que los casos de VP son aquellas mujeres representadas en el extremo de la curva según la propia distribución de la muestra.

Maltrato infantil

Construida a partir de la sumatoria de cuatro reactivos, calificados con 0 (no) y 1 (sí), seleccionados de la ENDIREH (2016), y cuya distribución se observa en la Tabla 3; en la cual se observa que prácticamente la mitad de las mujeres (48.9%) reportó haber sido testigo de violencia psicológica en su entorno primario y 4 de cada 10 testigo de violencia física. Por otra parte, 1 de cada 3 reportó haber sido maltratada físicamente y poco más de una cuarta parte haber sido maltratada psicológicamente.

Tabla 3. Distribución de los reactivos y sumatoria total de Maltrato Infantil (Alfa de Cronbach de 0.80)		
	F	%
1. Entre las personas adultas con las que vivía ¿había golpes?	107	39.05
2. Entre las personas adultas con las que vivía ¿se insultaban u ofendían?	133	48.90
3. Las personas con las que vivía ¿le pegaban?	97	35.40
4. Las personas con las que vivía ¿la insultaban?	76	27.84
	M	DE
Sumatoria	1.50	1.51

La media total obtenida fue de 1.50 y una DE =1.51, que indica que las mujeres experimentaron más de un acto de maltrato durante la infancia por parte del grupo primario de apoyo; siendo el 60 % (n=165) quienes reportaron estas experiencias adversas.

Roles de género estereotipados

Construida a partir de la sumatoria de 12 reactivos, calificados con una escala de tipo likert de cuatro puntos, donde se obtiene un puntaje máximo de 48 (1= totalmente en desacuerdo, hasta 4= totalmente de acuerdo) de la Escala de ideología de género (EIG) de Moya et al., (2006), y cuya distribución se observa en la Tabla 4.

Se observan medias bajas en aquellas afirmaciones referentes a ideas más conservadoras, por ejemplo: una mujer debe dejar de lado su propia carrera profesional y apoyar a su marido en la suya ($\bar{X}= 0.53$), cuando las mujeres trabajan fuera del hogar las tareas domésticas deberían estar repartidas de forma equitativa entre el hombre y la mujer ($\bar{X}= 0.44$). El único reactivo en que las participantes mostraron estar de acuerdo fue la afirmación: es natural que hombres y mujeres desempeñen diferentes tareas ($\bar{X}= 3.04$).

La media total fue de 13.42 y una DE =6.48, lo que indica que las mujeres mantienen ideas igualitarias respecto a los roles de género, ya que, a mayor puntaje en la escala se observa una orientación más tradicional.

Tabla 4. Media y Desviación Estándar de los reactivos y la sumatoria de la Escala de Ideología de género (Alfa de Cronbach de 0.79)

	<i>Mín Totalmente en desacuerdo</i>	<i>Máx Totalmente de acuerdo</i>	<i>Media</i>	<i>DE</i>
1. Aunque algunas mujeres les guste trabajar fuera del hogar, debería ser responsabilidad última del hombre suministrar el sostén económico a su familia	0	4	1.30	1.16
2. Es natural que hombres y mujeres desempeñen diferentes tareas	0	4	3.04	1.08
3. Si un niño está enfermo y ambos padres están trabajando debe ser preferentemente la madre quien pida permiso en el trabajo para cuidarlo	0	4	1.39	1.16
4. Es mejor que una mujer deje de lado su propia carrera profesional y apoye a su marido en la suya	0	4	0.53	0.58
5. Es más importante para una mujer que para un hombre llegar virgen al matrimonio.	0	4	0.91	0.98
6. La relación ideal entre marido y esposa es la de interdependencia, en la cual el hombre ayuda a la mujer con su soporte económico y ella satisface las necesidades domésticas y emocionales	0	4	1.17	1.10
7. Es más apropiado que la madre y no el padre cambie los pañales del bebé	0	4	0.76	0.82
8. Considero bastante más desagradable que una mujer diga malas palabras y groserías a que las diga un hombre	0	4	1.18	1.11
9. Las relaciones fuera del matrimonio son más condenables para las mujeres	0	4	1.21	1.20
10. Hay muchos trabajos en los cuales los hombres deberían tener preferencia sobre las mujeres a la hora de los ascensos	0	4	0.84	0.92
11. Los hombres, en general, están mejor preparados que las mujeres para el mundo de la política	0	4	0.61	0.72
12. Cuando la mujer trabaja fuera del hogar las tareas domésticas (NO) deberían estar repartidas de forma equitativa entre el hombre y la mujer	0	4	0.44	0.62
			<i>M</i>	<i>DE</i>
Sumatoria			13.42	6.48

Estigma por abortar

Construida a partir de la sumatoria de 20 reactivos de la Escala Individual de Estigma por Abortar (ILAS) de Cockrill et al. (2013), que presentan dos diferentes opciones de respuesta que van de 1 a 4 en 13 reactivos, y en el resto de 1 a 5 (Alfa de Cronbach de 0.84), y cuya distribución se observa en la Tabla 5.

Las participantes se preocuparon algo de que otras personas se enteraran de su aborto (\bar{X} = 2.88), y habían hablado poco con alguien más acerca del aborto (\bar{X} entre 1.51 y 2.10); y no estaban de acuerdo ni en desacuerdo con afirmaciones como sentirse mala persona, avergonzadas o egoístas; reportaron que cerca de la mitad de las personas en su comunidad creen que el aborto siempre está mal (\bar{X} = 3.04) o que es un asesinato (\bar{X} = 2.98).

A mayor puntaje mayor estigma percibido. La sumatoria de los reactivos arrojó una media de 45.18 (DE 12.57) en un rango de 20 a 87, lo que muestra una percepción baja de estigma por abortar en las participantes.

Tabla 5. Media y Desviación Estándar de los reactivos y sumatoria de la escala ILAS (Alfa de Cronbach de 0.84)

	<i>Mín Total desacuerdo</i>	<i>Máx Total acuerdo</i>	<i>Media</i>	<i>DE</i>
1. Me preocupaba...Que otras personas se enteraran de mi aborto.	1	4	2.88	1.22
2. Me preocupaba...Que mi aborto afectara negativamente mi relación con alguien a quien amo.	1	4	2.12	1.27
3. Me preocupaba...Que alguien a quien amo se decepcionara de mí.	1	4	2.44	1.33
4. Me preocupaba...Que me humillaran.	1	4	1.59	1.06
5. Me preocupaba...Que la gente chismeara sobre mí.	1	4	2.07	1.21
6. Me preocupaba...Que fuera rechazada por alguien a quien amo.	1	4	1.92	1.20
7. Me preocupaba...Que la gente me juzgara negativamente.	1	4	2.01	1.16
8. (No) He conversado con alguien cercano acerca de mi aborto.*	1	4	2.10	1.14
9. (No) Le conté mis sentimientos acerca de mi aborto a alguien cercano*	1	4	2.04	1.19
10. (No) Sentí el apoyo de alguien cercano en el momento de mi aborto. *	1	4	1.51	0.96
11. (No) Puedo hablar acerca de mi aborto con personas cercanas a mí*	1	4	2.16	1.16
12. (No) Puedo confiarle información sobre mi aborto a las personas cercanas a mí. *	1	4	2.11	1.15
13. Cuando tuve el aborto, (no) me sentí apoyada por las personas cercanas a mí. *	1	4	1.59	0.98
14. Me sentía como una mala persona.	1	5	2.88	1.49
15. (No) Confiaba en que había tomado la decisión correcta.	1	5	1.64	0.93
16. Me sentí avergonzada a causa de mi aborto.	1	5	2.35	1.38
17. Me sentí egoísta.	1	5	2.71	1.49
18. Me sentí culpable.	1	5	2.96	1.52
19. Cuántas personas en su comunidad piensan que... El aborto siempre está mal.	1 Ninguna	5 Mayoría	3.04	1.35
20. Cuántas personas en su comunidad piensan que...El aborto es lo mismo que asesinato	1 Ninguna	5 Mayoría	2.98	1.40
			<i>M</i>	<i>DE</i>
Sumatoria			45.18	12.57

Apoyo social

Construida a partir de los 19 reactivos del cuestionario MOS de Apoyo Social adaptado por Revilla et al. (2005), calificados con cuatro opciones de respuesta (0= nunca, hasta 4= siempre), y cuya distribución se observa en la Tabla 7. La sumatoria total indica a mayor puntaje mayor apoyo social percibido. Destacan medias elevadas, es decir, un reporte alto apoyo social en prácticamente todos los reactivos. Los aspectos en los que se percibió menos apoyo fueron la realización de actividad física en compañía, el apoyo doméstico y el compartir temores y problemas más íntimos ($\bar{X}= 2.80$, $\bar{X}= 2.95$ y $\bar{X}= 2.99$, respectivamente).

Se obtuvo una media de 63.57 (DE=13.46), de un rango entre 0 y 76, que indica que las participantes percibían un elevado apoyo social.

**Tabla 7. Media y Desviación Estándar de los reactivos y sumatoria de la escala
MOS (Alfa de Cronbach de 0.93)**

	Mín Nunca	Máx Siempre	Media	DE
1. Le han ayudado cuando ha tenido que estar en cama	0	4	3.30	1.16
2. Ha contado con alguien cuando necesita hablar	0	4	3.50	0.87
3. Le han aconsejado cuando ha tenido problemas	0	4	3.54	0.82
4. La han llevado al médico cuando ha sido necesario	0	4	3.50	1.02
5. Le han mostrado amor y afecto	0	4	3.68	0.72
6. Le han hecho pasar un buen rato	0	4	3.71	0.66
7. Le han informado y ayudado a entender mejor una situación	0	4	3.50	0.80
8. Ha confiado en alguien para hablar de sí misma y sus preocupaciones	0	4	3.23	1.13
9. Le han abrazado	0	4	3.50	0.96
10. Se ha podido relajar con alguien	0	4	3.36	1.01
11. Le han preparado la comida si no puede hacerlo	0	4	3.15	1.28
12. Le han dado un consejo que realmente necesitaba	0	4	3.43	0.91
13. Ha hecho alguna actividad con alguien para olvidar sus problemas	0	4	2.80	1.36
14. Le han ayudado con el quehacer si lo necesitaba	0	4	2.95	1.34
15. Ha compartido sus temores y problemas más íntimos	0	4	2.99	1.22
16. Le han aconsejado cómo resolver sus problemas personales	0	4	3.15	1.04
17. Ha hecho algo que realmente disfruta con alguien	0	4	3.38	0.97
18. Han comprendido sus problemas	0	4	3.23	1.02
19. Le han hecho sentir querida	0	4	3.63	0.79
			M	DE
Sumatoria			63.57	13.46

Sintomatología Depresiva

La distribución de los 35 reactivos del CES-D, versión de González-Forteza et al. (2008), con opciones de respuesta de 0 a 4 (0= 0 días a 4=8-14 días), se observan en la tabla 8. Para la sumatoria de los 35 reactivos, se recodificaron de manera inversa los reactivos: 22,24, 27, 31 y 33. Se consideraron casos con sintomatología depresiva a aquellas mujeres que reportaron un puntaje de 66 o más, con base en el puntaje de la media (38.26) + una desviación estándar (28.16), que fue de = 66.42 en un rango de 0 a 140. De esta manera, la prevalencia de sintomatología depresiva en las últimas dos semanas fue de 16.91% (n=46).

Por tanto, las medias obtenidas en general fueron bajas, particularmente en los reactivos referentes a ideas suicidas (\bar{X} = 0.29) y a una visión negativa de sí, por ejemplo: ¿Ha pensado que su vida es un fracaso? (\bar{X} = 0.54), No he podido seguir adelante (\bar{X} = 0.59) y ¿Ha sentido que usted le desagrada a la gente? (\bar{X} = 0.59). Los que se presentaron más frecuentemente se asociaron con tristeza (\bar{X} = 1.71), no sentirse feliz (\bar{X} = 1.74), dormir sin descansar (\bar{X} = 1.75) y no haberse divertido mucho (\bar{X} = 2.26) en las últimas dos semanas. En cuanto a los resultados obtenidos por la Moda y la Mediana, se puede señalar que las mujeres obtuvieron puntajes bajos respecto a los síntomas depresivos, en donde solo se destaca el no divertirse o no poder descansar en 1 o 2 ocasiones y no sentirse felices de 1 a 2 semanas, sin embargo, no se consideran concluyentes para especificar una sintomatología depresiva.

Tabla 8. Media y Desviación Estándar de los reactivos y sumatoria del CES-D
(Alfa de Cronbach de 0.94)

Durante las últimas dos semanas usted...	Mín 0 días	Máx 8-14 días	Media	DE	Mo	Me
1. ¿Ha tenido poco apetito?	0	4	1.44	1.44	0	1
2. ¿No podía quitarse la tristeza?	0	4	1.23	1.41	0	1
3. ¿Tenía dificultad para mantener su mente en lo que hacía?	0	4	1.30	1.44	0	1
4. ¿Se ha sentido deprimida?	0	4	1.56	1.45	0	1
5. ¿Ha dormido sin descansar?	0	4	1.75	1.53	0	1.5
6. ¿Se ha sentido triste?	0	4	1.71	1.45	0	1
7. ¿No ha podido seguir adelante?	0	4	0.59	1.17	0	0
8. ¿Nada le ha hecho feliz?	0	4	0.64	1.13	0	0
9. ¿Ha sentido que era una mala persona?	0	4	1.15	1.37	0	1
10. ¿Ha perdido interés en sus actividades diarias?	0	4	0.94	1.37	0	0
11. ¿Ha dormido más de lo habitual?	0	4	1.08	1.38	0	0
12. ¿Ha sentido que sus movimientos eran muy lentos?	0	4	0.97	1.35	0	0
13. ¿Se ha sentido agitada?	0	4	0.86	1.29	0	0
14. ¿Ha sentido deseos de estar muerta?	0	4	0.29	0.89	0	0
15. ¿Ha querido hacerse daño?	0	4	0.11	0.56	0	0
16. ¿Se ha sentido cansada todo el tiempo?	0	4	1.58	1.51	0	1
17. ¿Ha estado a disgusto consigo misma?	0	4	1.10	1.33	0	1
18. ¿Ha perdido peso sin intentarlo?	0	4	0.86	1.41	0	0
19. ¿Le ha costado mucho trabajo dormir?	0	4	1.15	1.37	0	1
20. ¿Ha sido difícil concentrarse en las cosas importantes?	0	4	0.99	1.36	0	0
21. ¿Se ha molestado por cosas que generalmente no le molestaban?	0	4	1.14	1.36	0	1
22. ¿(No) se ha sentido tan valiosa como los demás?	0	4	1.40	1.60	0	1
23. ¿Ha sentido que todo lo que hacía le costaba mucho trabajo?	0	4	0.87	1.26	0	0

24. ¿(No) se ha sentido con esperanza hacia el futuro?	0	4	0.94	1.34	0	0
25. ¿Ha pensado que su vida era un fracaso?	0	4	0.54	1.12	0	0
26. ¿Se ha sentido temerosa?	0	4	1	1.28	0	0
27. ¿(No) se ha sentido feliz?	0	4	1.74	1.49	0	2
28. ¿Ha hablado menos de lo usual?	0	4	0.90	1.33	0	0
29. ¿Se ha sentido sola?	0	4	1.28	1.48	0	1
30. ¿Ha sentido que las personas eran poco amigables?	0	4	0.76	1.24	0	0
31. ¿(No) ha disfrutado de la vida?	0	4	1.25	1.45	0	1
32. ¿Ha tenido ataques de llanto?	0	4	1.44	1.38	0	1
33. ¿(No) se ha divertido mucho?	0	4	2.26	1.52	4	2
34. ¿Ha sentido que iba a darse por vencida?	0	4	0.78	1.27	0	0
35. ¿Ha sentido que usted le desagradaba a la gente?	0	4	0.59	1.16	0	0
			M	DE		
Sumatoria			38.26	28.16		
			F	%		
Prevalencia con base a la media más una DE (> 66)			46	16.91		

Sintomatología Ansiosa

Se calculó a partir de la sumatoria de los 21 reactivos, calificados en un rango de 0 a 3, de la Escala de ansiedad de Beck, en la versión en español adaptada por Sanz (1993, 2014). Como se muestra en la tabla 9, las mujeres reportaron puntajes mínimos en la mayoría de los reactivos, en particular desvanecimientos ($\bar{X}= 0.20$), temor a morir ($\bar{X}= 0.27$), y rubor facial ($\bar{X}= 0.34$). Los que mostraron medias mayores fueron sentirse acaloradas ($\bar{X}= 0.96$), incapaces de relajarse ($\bar{X}= 0.94$) y nerviosas ($\bar{X}= 1.17$).

La media obtenida fue de 13.54 y una DE 12.82, en un rango de 0 a 63. La prevalencia de sintomatología ansiosa se construyó tomando en cuenta aquellas mujeres que reportaran un puntaje de 26 o mayor, es decir, igual o más que la media más una DE, esto dio por resultado una prevalencia de 15.50% (n=42) en la última semana. Respecto a la Moda y la Mediana de esta escala, se considera que las mujeres reportaron bajos niveles de ansiedad, considerando en pocas ocasiones sentirse acaloradas, con incapacidad para relajarse, mareadas, nerviosas, inseguras o inquietas (Me=1).

Tabla 9. Media y Desviación Estándar de los reactivos de la escala de Beck						
<i>(Alfa de Cronbach de 0.93)</i>						
Durante la última semana usted se ha sentido...	Mín	Máx	Media	DE	Mo	Me
1. Torpe o entumecida	0	3	0.52	0.89	0	0
2. Acalorada	0	3	0.96	1.08	0	1
3. Con temblor en las piernas	0	3	0.51	0.90	0	0
4. Incapaz de relajarse	0	3	0.94	1.11	0	1
5. Con temor a que ocurra lo peor	0	3	0.58	0.98	0	0
6. Mareada	0	3	0.88	0.97	0	1
7. Con latidos en el corazón fuertes y acelerados	0	3	0.52	0.88	0	0
8. Inestable	0	3	0.76	1.02	0	0
9. Atemorizada o asustada	0	3	0.65	0.94	0	0
10. Nerviosa	0	3	1.17	1.05	0	1
11. Con sensación de bloqueo	0	3	0.63	0.98	0	0
12. Con temblores en las manos	0	3	0.40	0.84	0	0
13. Inquieta, insegura	0	3	0.97	1.04	0	1
14. Con miedo a perder el control	0	3	0.54	0.93	0	0
15. Con sensación de ahogo	0	3	0.37	0.82	0	0
16. Con temor a morir	0	3	0.27	0.75	0	0
17. Con miedo	0	3	0.84	1.03	0	0
18. Con problemas digestivos	0	3	0.87	1.10	0	0
19. Con desvanecimientos	0	3	0.20	0.58	0	0
20. Con rubor facial	0	3	0.34	0.77	0	0
21. Con sudores, fríos o calientes	0	3	0.54	0.94	0	0
			M	DE		
Sumatoria			13.54	12.82		
			F	%		
Prevalencia con base a la media más una DE >26			42	15.50		

Para finalizar, en la Tabla 10 se presenta un resumen los valores totales de cada variable y su consistencia interna.

Tabla 10. Resumen de valores totales por variable			
Variable	Media (DE)	F (%)	α
Violencia de Pareja (si / no)	-	53(19.34) / 221 (80.66)	0.77
Maltrato Infantil	1.50(1.51)	-	0.80
Roles de género	13.42 (6.48)	-	0.79
Estigma por abortar	45.18 (12.57)	-	0.84
Apoyo social	63.57(13.46)	-	0.93
Sintomatología Depresiva (si / no)	-	46(16.91) / 226(83.09)	0.94
Sintomatología Ansiosa (si / no)	-	42(15.50) / 229(84.50)	0.93
<p>Nota: Para los casos de violencia de pareja se consideraron aquellas mujeres que experimentaron 2 o más actos violentos; para los casos de sintomatología depresiva y ansiosa se consideraron los puntajes > 66 y >26 respectivamente.</p>			

Análisis bivariados

Variables Cualitativas

Como se puede observar, en la tabla 11, entre aquellas mujeres que reportaron violencia de pareja, el 26.4% se consideró con sintomatología depresiva y el 73.5% no se consideró con sintomatología depresiva. En tanto, aquellas mujeres que no reportaron violencia de pareja, el 14.6% reportó sintomatología depresiva y el 85.3% no reportó sintomatología depresiva.

Para el análisis bivariado se realizó un análisis de χ^2 , ya que, para la tabla de contingencia entre estas variables, se presentaron valores esperados mayores

a 5. Los resultados mostraron un valor $p=0.040$, revelando una asociación estadísticamente significativa entre la violencia de pareja y la sintomatología depresiva.

Tabla 11. Prueba Chi² Violencia de Pareja vs Sintomatología Depresiva		
	Sintomatología Depresiva	
Violencia de Pareja	No caso	Caso
No caso	187(85.39)	32(14.61)
Caso	39(73.58)	14(26.42)
		Prob > chi2 = 0.040

En la tabla 12 se reporta que, entre aquellas mujeres que reportaron violencia de pareja, el 26.4% se consideró con sintomatología ansiosa y el 73.5% no se consideró con sintomatología ansiosa. En tanto, aquellas mujeres que no reportaron violencia de pareja, el 12.8% reportó sintomatología ansiosa y el 87.1% no reportó sintomatología ansiosa.

Para el análisis bivariado se realizó un análisis de Chi², al cumplir el mismo criterio de los valores esperados. Los resultados reportaron un valor $p=0.014$, lo que resulta en una asociación estadísticamente significativa entre la violencia de pareja y la sintomatología ansiosa.

Tabla 12. Prueba Chi² Violencia de Pareja vs Sintomatología Ansiosa		
	Sintomatología Ansiosa	
Violencia de Pareja	No caso	Caso
No caso	190(87.16)	28(12.84)
Caso	39(73.58)	14(26.42)
		Prob > chi2 = 0.014

Variables Cuantitativas

Respecto al análisis de las variables cuantitativas como se puede observar en la tabla 13, se realizaron bajo regresiones logísticas simples.

La variable maltrato infantil indica que la posibilidad de sufrir violencia de pareja incrementa en un 26% por cada incremento en el puntaje de la escala, es decir, a mayor antecedente de maltrato infantil, mayor posibilidad de sufrir un acto violento. Se obtiene un $p=0.01$, por lo que se considera una asociación estadísticamente significativa.

La variable roles de género estereotipados indica que la posibilidad de sufrir violencia de pareja incrementa en un 3% por cada incremento en el puntaje de la escala, es decir, a mayor orientación tradicional, mayor posibilidad de sufrir un acto violento. Sin embargo, se obtiene un valor $p=0.13$, por lo que no se consideró significativa.

La variable estigma por abortar indica que la posibilidad de sufrir violencia de pareja incrementa en un 3% por cada incremento en el puntaje de la escala, es decir, a mayor estigma por abortar percibido, mayor posibilidad de sufrir un acto violento. Se obtiene un $p<0.01$, por lo que se considera una asociación estadísticamente significativa.

Finalmente, la variable de apoyo social indica que la posibilidad de sufrir violencia de pareja incrementa en un 5% por cada decremento en el puntaje de la escala, es decir, a menor apoyo social, mayor posibilidad de sufrir un acto violento.

Se obtiene un $p < 0.01$, por lo que se considera una asociación estadísticamente significativa.

Tabla 13. Regresión logística simple: Violencia de Pareja vs Maltrato Infantil, Roles de Género, Estigma, Apoyo social				
Violencia de Pareja	Odds Ratio	DE	$P > z $	IC
Maltrato Infantil	1.26	0.12	0.01	1.04 - 1.54
Roles de Género	1.03	0.02	0.13	0.98 - 1.08
Estigma por abortar	1.03	0.01	0.003	1.01 - 1.06
Apoyo social	0.95	0.010	0.0001	0.93 - 0.97

Análisis Múltiple

Una vez realizados los análisis bivariados, se procedió a realizar el análisis múltiple con las variables más asociadas, excluyendo por ende a la variable Roles de género estereotipados al considerar un $p > 0.05$.

Se realizaron 5 modelos logísticos. En ellos se incorporó cada variable en función de la significancia estadística de los modelos bivariados. Se dejó al último la variable estigma por abortar al ser considerada como una variable control. Los resultados se pueden observar de la tabla 14 a la 18, junto con sus respectivas interpretaciones.

El primer modelo logístico, presentado en la tabla 14, es idéntico al modelo simple entre violencia de pareja y apoyo social.

Tabla 14. Violencia de Pareja vs Apoyo Social (Modelo 1)				
				$R_2 = 0.0579$
Violencia de Pareja	Odds Ratio	DE	$P > z $	IC
Apoyo Social	0.95	0.010	0.0001	0.93 - 0.97

El segundo modelo como se observa en la tabla 15, se incorpora la variable por sintomatología ansiosa, mostrando un valor de $R_2 = 0.067$. En cuanto a la variable por apoyo social se indica que la posibilidad de sufrir violencia de pareja incrementa en un 4% por cada decremento en el puntaje de la escala, es decir, a menor apoyo social, mayor posibilidad de sufrir un acto violento, esto ajusto por la sintomatología ansiosa. El valor p mantiene un valor <0.01 , por lo que aún se considera significativa.

En cuanto a la variable por sintomatología ansiosa ajustada por apoyo social, señala que la posibilidad de sufrir violencia de pareja en aquellas mujeres con sintomatología ansiosa es de un 90% más en comparación con quienes no presentan sintomatología ansiosa. Sin embargo, se obtiene un valor $p=0.11$ por lo que no se llega a considerar significativa.

Tabla 15. Violencia de Pareja vs Apoyo Social, Sintomatología Ansiosa (Modelo 2)				
				$R_2 = 0.0671$
Violencia de pareja	Odds Ratio	DE	$P> z $	IC
Apoyo Social	0.96	0.10	<0.01	0.94 – 0.98
Sintomatología Ansiosa	1.90	0.77	0.116	0.85 – 4.24

El tercer modelo como se observa en la tabla 16, se incorpora la variable maltrato infantil, mostrando un valor de un valor de $R_2 = 0.071$. En cuanto a la variable por apoyo social mantiene la misma interpretación que el modelo anterior, ahora ajustado por las variables de sintomatología ansiosa y maltrato infantil.

En cuanto a la variable por sintomatología ansiosa ajustada por apoyo social y maltrato infantil, indica que la posibilidad de sufrir violencia de pareja en

aquellas mujeres con sintomatología ansiosa es de un 71% más en comparación con aquellas mujeres que no presentaron sintomatología ansiosa. Sin embargo, se obtiene un valor $p=0.20$ por lo que no se llega a considerar significativa.

Para la variable maltrato infantil, se indica que la posibilidad de sufrir violencia de pareja incrementa en un 12% por cada incremento en el puntaje de la escala, es decir, a mayor experiencia de maltrato infantil, mayor posibilidad de sufrir un acto violento, esto ajusto por apoyo social y sintomatología ansiosa. Sin embargo, se obtiene un valor $p=0.27$ por lo que no se llega a considerar significativa.

Tabla 16. Violencia de Pareja vs Apoyo Social, Sintomatología Ansiosa, Maltrato Infantil (Modelo 3)				
				$R_2 = 0.0717$
Violencia de pareja	Odds Ratio	DE	$P > z $	IC
Apoyo social	0.96	0.01	0.001	0.94 – 0.98
Sintomatología Ansiosa	1.71	0.71	0.20	0.75 – 3.89
Maltrato Infantil	1.12	0.12	0.27	0.90 – 1.40

En el cuarto modelo, como se observa en la tabla 17, se incorpora la variable de sintomatología depresiva, y continúa con un valor de $R_2 = 0.071$. En cuanto a la variable apoyo social, mantiene la misma interpretación que el segundo modelo, ahora ajustado por las variables de sintomatología ansiosa, maltrato infantil y sintomatología depresiva.

Respecto a la variable por sintomatología ansiosa ajustada por apoyo social, maltrato infantil y sintomatología depresiva, indica que la posibilidad de sufrir violencia de pareja en aquellas mujeres con sintomatología ansiosa es de un 77% más en comparación con aquellas mujeres que no presentaron

sintomatología ansiosa. Sin embargo, se obtiene un valor $p=0.25$ por lo que se sigue sin considerarse significativa.

Para la variable maltrato infantil, se indica que la posibilidad de sufrir violencia de pareja incrementa en un 13% por cada incremento en el puntaje de la escala, es decir, a mayor experiencia de maltrato infantil, mayor posibilidad de sufrir un acto violento, esto ajusto por apoyo social, sintomatología ansiosa y sintomatología depresiva. Sin embargo, se obtiene un valor $p=0.27$ por lo que se sigue sin considerarse significativa.

En tanto la variable por sintomatología depresiva ajustada por apoyo social, maltrato infantil y sintomatología ansiosa, indica que la posibilidad de sufrir violencia de pareja incrementa en un 7% por cada decremento en el puntaje de la escala, es decir, a menor sintomatología depresiva, mayor posibilidad de sufrir un acto violento. Sin embargo, se obtiene un valor $p=0.90$ por lo que no se considerara significativa.

Tabla 17. Violencia de Pareja vs Apoyo Social, Sintomatología Ansiosa, Maltrato Infantil, Sintomatología Depresiva (Modelo 4)				
				$R_2 = 0.0718$
Violencia de Pareja	Odds Ratio	DE	$P > z $	IC
Apoyo Social	0.96	0.01	0.001	0.94 – 0.98
Sintomatología Ansiosa	1.77	0.89	0.25	0.65 – 4.78
Maltrato Infantil	1.13	0.12	0.27	0.90 – 1.40
Sintomatología Depresiva	0.93	0.47	0.90	0.34 – 2.54

Como se observa en la tabla 18, en el quinto modelo se incorpora la variable de estigma por abortar. Dicho modelo presentó un valor de $R_2 = 0.076$. En

cuanto a la variable apoyo social mantiene la misma interpretación que en el segundo modelo, ahora ajustado por las variables de sintomatología ansiosa, maltrato infantil, sintomatología depresiva y estigma por abortar.

En cuanto a la variable sintomatología ansiosa ajustada por apoyo social, maltrato infantil, sintomatología depresiva y estigma por abortar, indica que la posibilidad de sufrir violencia de pareja en aquellas mujeres con sintomatología ansiosa es de un 67% más en comparación con aquellas mujeres que no presentaron sintomatología ansiosa. Sin embargo, se obtiene un valor $p=0.31$ por lo que se sigue sin considerarse significativa.

Para la variable maltrato infantil, se indica que la posibilidad de sufrir violencia de pareja incrementa en un 12% por cada incremento en el puntaje de la escala, es decir, a mayor experiencia de maltrato infantil, mayor posibilidad de sufrir un acto violento, esto ajusto por apoyo social, sintomatología ansiosa y sintomatología depresiva. Sin embargo, se obtiene un valor $p=0.29$ por lo que se sigue sin considerarse significativa.

La variable por sintomatología depresiva ajustada por apoyo social, maltrato infantil, sintomatología ansiosa y estigma, indica que la posibilidad de sufrir violencia de pareja incrementa en un 18% por cada decremento en el puntaje de la escala, es decir, a menor sintomatología depresiva, mayor posibilidad de sufrir un acto violento. Sin embargo, se obtiene un valor $p=0.70$ por lo que no se considerarse significativa.

Finalmente, la variable estigma por abortar indica que la posibilidad de sufrir violencia de pareja incrementa en un 1% por cada incremento en el puntaje de la escala, es decir, a mayor estigma por abortar, mayor posibilidad de sufrir un acto violento, esto ajusto por apoyo social, sintomatología ansiosa, maltrato infantil y sintomatología depresiva. Sin embargo, se obtiene un valor $p=0.29$ por lo que no se considera significativa.

Tabla 18. Violencia de Pareja vs Apoyo Social, Sintomatología Ansiosa, Maltrato Infantil, Sintomatología Depresiva, Estigma por abortar (Modelo 5)				
				$R_2 = 0.0761$
Violencia de Pareja	Odds Ratio	DE	$P > z $	IC
Apoyo Social	0.96	0.01	0.005	0.94 – 0.98
Sintomatología Ansiosa	1.67	0.85	0.31	0.61 – 4.53
Maltrato Infantil	1.12	0.12	0.29	0.90 – 1.40
Sintomatología Depresiva	0.82	0.43	0.70	0.29 – 2.29
Estigma por Abortar	1.01	0.1	0.29	0.98 – 1.04

Discusión

Los hallazgos en este estudio confirman que la violencia de pareja se presenta en diferentes colectivos de mujeres, ya sean rurales, urbanas o de diferentes grupos étnicos, tal y como reportan los trabajos de Wang et al. (2022), Goemans et al. (2021), Jatta et al. (2021), Zhang et al (2021), Sasseville et al. (2020) y Alhusen et al. (2019), quienes han estudiado el fenómeno en mujeres embarazadas, que han abortado, con alguna discapacidad o enfermedad, mayores de edad, infértiles, inmigrantes, entre otras. Esto confirma la extensión y gravedad del problema, así como la necesidad de diseñar acciones focalizadas a responder a la demanda real que impone la VP en contextos específicos.

Como señalamos previamente, una revisión sistemática (Hall et al., 2014) encontró que mundialmente las prevalencias de VP en el año anterior en mujeres que habían tenido un aborto oscilaron entre el 2.5% y el 30%, y que la prevalencia a lo largo de la vida era del 24.9%. Por ello, en esta tesis se planteó la hipótesis de encontrar una prevalencia del 25% en la población estudiada. Los hallazgos de este estudio mostraron una prevalencia de 19.3% en el último año, lo que es inferior a lo reportado por Hall et al. (2014), así como por una reciente revisión sistemática de estudios sobre VP, que mostró una prevalencia mundial de 24.2% (White et al., 2023). Sin embargo, es similar a la reportada en la ENDIREH 2021, donde un 20.7% de las mujeres de 15 años o más reportaron VP en los últimos doce meses.

Ahora bien, cabe señalar no se consideró a la sumatoria de al menos un reactivo de los seis incluidos la medición de VP como el indicador de prevalencia,

como se mencionó. Cuando se hizo dicha sumatoria, el resultado fue una prevalencia de 47.06%, superior a las reportadas por Saftlas et al. (2010) y Goemans et al. (2021) en muestras similares, pero dentro del rango señalado por los estudios de Alio et al. (2011), Öberg et al. (2013), Citernes et al. (2015), Pearson et al. (2017), Leung et al. (2017), Crouthamel et al. (2022) y Arthur-Holmes et al. (2023) que van del 25% al 54%.

Respecto a los tipos de VP, en el presente estudio destacó que 35.4% de las mujeres reportaron haber recibido alguna vez gritos o insultos por parte de la pareja, seguidos por un 18.61% que había sido maltratada físicamente y un 5.47% forzada a tener relaciones sexuales. Dichos hallazgos concuerdan con la revisión de White et al. (2023) quienes también encuentran que la violencia psicológica es la más prevalente en el último año (27%), seguida de la violencia física (15.7%); y finalmente de la violencia sexual (10.1%).

En cuanto a los factores investigados en relación a la VP en mujeres que han inducido un aborto, existe muy poca literatura al respecto, por lo que los resultados serán discutidos a la luz de estudios realizados no solamente en mujeres que han interrumpido un embarazo.

Los hallazgos en el análisis bivariado muestran que los roles de género no jugaron papel en relación a la VP, mientras que las mujeres que reportaron VP en el último año, sí tuvieron mayor probabilidad de señalar maltrato en la infancia, mayor percepción de estigma por abortar, y más síntomas depresivos y ansiosos. Asimismo, este análisis mostró que el reporte de VP en el último año se asoció con una menor probabilidad de contar con apoyo social.

El maltrato en la infancia y el riesgo mayor de experimentar victimización de pareja en la adultez es una asociación que ha sido ampliamente reportada. Se ha estimado que entre el 24 y el 90% de las personas que experimentan maltrato infantil, padecen algún tipo de victimización en la adultez (Walker & Wamser-Nanney, 2023), y que en particular el haber sido víctima de múltiples violencias en la familia durante la infancia, es un factor muy relevante en las mujeres para sufrir VP (Song et al., 2022). El estudio de Bressard et al. (2020), reportó que el haber experimentado abuso psicológico en la infancia se presentó más frecuentemente en 34% de las mujeres que habían experimentado VP alguna vez en la vida respecto a las que no (7.8%), y que el haber sido testigo de violencia parental en la infancia también fue más frecuente en ellas (47.1% vs 9.7%) al igual que el haber sido víctima de maltrato físico (35.3% y 9.4%). Todas estas diferencias fueron estadísticamente significativas.

El estigma por abortar fue una variable incluida por ser un factor que se encuentra siempre asociado con la presencia de problemas de malestar psicológico y depresión en las mujeres que abortan (Moreno et al., 2019; Hanschmidt, et al., 2016; Norris et al., 2011), de modo que su relación con la VP probablemente responde a este fenómeno, más que a la existencia de una asociación directa entre ambos.

Respecto a los indicadores de salud mental, existe evidencia de la asociación entre la VP en el último año y la depresión; particularmente, la violencia física incrementa el riesgo de depresión, sobre todo en muestras clínicas en comparación con las comunitarias. Asimismo, se ha encontrado asociación entre la VP de tipo sexual alguna vez en la vida y ansiedad (White et al., 2023). En

México, Navarrete et al. (2021) encontraron que la VP incrementa el riesgo de experimentar síntomas depresivos y ansiosos en mujeres embarazadas y hasta seis meses después del parto.

De los pocos estudios realizados con mujeres que interrumpieron voluntariamente un embarazo, destaca el de Taft et al. (2008), quienes examinaron la asociación entre depresión y las experiencias de violencia de pareja, la interrupción del embarazo, los nacimientos y las características sociodemográficas en una muestra poblacional de mujeres jóvenes australianas, y encontraron que la violencia de pareja se asoció significativamente con la depresión; la regresión lineal mostró un efecto de la violencia cuatro veces mayor que la interrupción del embarazo o los partos.

En el caso de la ansiedad, destaca el estudio prospectivo de Toffol et al. (2016) quienes encontraron que la interrupción voluntaria de un embarazo se asocia con la reducción de la ansiedad al año de haberse realizado, aunque desafortunadamente no preguntaron sobre VP.

Ahora bien, al ajustar los modelos por cada variable, se observó una disminución en su significancia, con excepción de la variable de apoyo social, donde se consideró al quinto modelo como el mejor, a la vez que incorporó la variable control de estigma por abortar. Con este modelo, se contestan las segundas y terceras preguntas de investigación, y a su vez se refuta la tercera hipótesis, al no observarse una asociación significativa entre la violencia de pareja y la sintomatología ansiosa, el maltrato infantil y la sintomatología depresiva.

El apoyo social fue medido considerando la percepción de las mujeres entorno al proceso de interrupción del embarazo, y se realizaron preguntas respecto a la frecuencia en que consideraban que personas familiares o no, las habían apoyado, ya fuera a nivel emocional (como demostrando amor y afecto, o contar con alguien si necesita hablar, compartir temores y problemas), instrumental (como llevarla al médico, le ha preparado comida o ayudado al quehacer de la casa) o informativo (como apoyarle a entender mejor la situación).

El apoyo social es un factor importante para mediar, amortiguar y mejorar las condiciones de salud mental de las supervivientes de la violencia, mientras que el aislamiento social y la falta de apoyo social están relacionados con malos resultados de salud para ellas (Ogbe et al., 2020). Más allá de ello, el bajo apoyo social puede ser una consecuencia de la VP, o alternativamente un factor de riesgo para VP, y la direccionalidad de esta relación no está bien establecida, aunque se asocien consistentemente entre sí en investigaciones transversales y en las pocas longitudinales los hallazgos no sean consistentes (Richardson et al., 2022).

El estudio de Navarrete et al. (2021), encontró que el bajo apoyo social durante el embarazo y/o durante el posparto fue un fuerte predictor de la violencia de pareja. Esto es consistente con estudios previos que muestran que las parejas abusivas a menudo intentan aislar a la víctima de las relaciones personales o sociales, como la familia y los amigos, lo que les dificulta salir de la situación abusiva. Además, el estigma anticipado o el miedo al rechazo social como consecuencia del abuso pueden ser una barrera para revelar el abuso y pueden inhibir la búsqueda de ayuda lo que lleva a un mayor aislamiento. El bajo apoyo

social también puede aumentar causalmente el riesgo de las mujeres de sufrir violencia de pareja. Es posible que las mujeres con redes de apoyo débiles no reciban una retroalimentación adecuada sobre la idoneidad de las parejas potenciales, lo que puede aumentar el riesgo de iniciar relaciones inseguras. En el caso de las mujeres que han estado expuestas a la violencia de pareja, el bajo apoyo social puede exacerbar la gravedad de los comportamientos violentos (Richardson et al., 2022).

El apoyo social puede ser un recurso importante que amortigua varios eventos adversos y desafiantes de la vida, como lo es el caso de un aborto; y puede proteger de la violencia futura y su escalada a través de intervenciones protectoras de familiares y amigos, facilitando el apoyo instrumental (por ejemplo, prestar dinero, transporte) para ayudar a las mujeres a salir de relaciones abusivas, u ofreciendo nuevas estrategias para mitigar la violencia

Algunos estudios longitudinales realizados en países de altos ingresos, como el de Escribà-Agüir et al. (2013) en España, encuentran que los niveles más altos de apoyo social afectivo (por ejemplo, mostrar amor y afecto) durante el primer trimestre del embarazo predicen niveles más bajos de abuso psicológico en el período posparto. Otro, realizado en Estados Unidos encontró que las mujeres que informaron niveles más altos de apoyo social percibido tenían un menor riesgo de sufrir abuso un año después (Goodman et al., 2005).

Un tercer estudio, investigó la relación bidireccional entre el apoyo emocional e instrumental percibido (combinado en una sola medida) y las experiencias de VP de las mujeres. Lo encontrado fue que la mayor frecuencia de violencia de pareja condujo a niveles más bajos de apoyo social un año después.

Sin embargo, contrariamente a la hipótesis de las autoras, el estudio no encontró evidencia de una relación bidireccional pues el bajo apoyo social no una frecuencia mayor de violencia de pareja un año después. La falta de asociación puede deberse a la combinación de diferentes tipos de violencia de pareja y de apoyo social en medidas resumidas, lo que puede oscurecer las relaciones entre tipos específicos de apoyo y abuso (Staggs et al., 2007).

Un estudio longitudinal reciente encontró una relación bidireccional y de refuerzo mutuo entre la violencia de pareja y el apoyo social entre las mujeres pakistaníes (Richardson et al., 2022), en la que el alto apoyo social de la familia redujo la gravedad de la violencia de pareja, y esa alta gravedad de la violencia de pareja condujo a reducciones en el apoyo social tanto de amigos como de familiares.

Así pues, se reconoce el impacto que presenta el apoyo social como factor protector, lo que valida parte de la segunda hipótesis y permite plantear el impacto positivo que presenta el establecimiento de redes de apoyo para el afrontamiento de cuestiones adversas, incluso para atenuar estados de salud mental como la depresión, depresión postparto, ansiedad, ideación suicida, estrés postraumático, y situaciones médicas como diagnósticos de cáncer o VIH, abortos espontáneos, y muerte fetal, entre otros (Domeyko-Prieto et al., 2022; Hernández et al., 2021; Polo-Payares et al., 2021; Mota et al., 2021; deMontigny et al., 2020; Moreno, 2020; Lara et al., 2019).

Por lo tanto, para disminuir la violencia de pareja y los efectos que puede conllevar en la salud mental, es necesario crear espacios en los cuales se pueda verbalizar y reformular la condición vivida, fortalecer los vínculos con las

instituciones para la búsqueda de apoyo y mejorar la calidad de vida de las mujeres (Dos Santos et al. 2022; Richardson et al. 2022; Stoff et al., 2021; Rodríguez & Ortiz, 2018).

Así mismo es importante recalcar que el estigma en torno al aborto voluntario puede ser una limitante al momento de la búsqueda de apoyo o establecimiento de nuevas redes, lo que dificulta la consolidación de entornos favorables y propicia que se convierta de un factor de protección a uno de riesgo, especialmente en las adolescentes, quienes se encuentran en entornos de constantes sanciones morales (Ituarte & Lopéz-Gómez, 2021).

Aunado a ello, el personal de las instituciones de salud reproductiva también podría fungir como una red de apoyo para estas mujeres, al ser personas que acompañan gran parte del proceso, permitiéndoles monitorear, informar o apoyar ante cualquier situación de violencia; además, el contar con un personal sensibilizado evitará a su vez caer en otro tipo de violencias como la estructural y la obstétrica, las cuales podrán repercutir en estados emocionales como ansiedad, depresión, y estrés postraumático, entre otros (Laínez et al., 2022; Jaramillo-Bolívar & Canaval-Erazo, 2020) .

Para finalizar, es necesario señalar las limitaciones de este estudio. En primer término, el diseño fue transversal, por lo que la naturaleza causal de las relaciones examinadas no puede determinarse. Un estudio prospectivo podría proporcionar mejor información para discriminar la magnitud de los diferentes factores considerados en presencia de la VP. En segundo, no fue una muestra probabilística, y los datos provienen de un solo servicio de ILE, lo que no significa

necesariamente que esta población sea representativa de otras clínicas. Tercero, no hubo grupo de comparación.

Pese a ello, el estudio presenta fortalezas significativas, al continuar la expansión y visibilización de la VP en otras poblaciones de estudio, y aperturar la posibilidad de encontrar factores de riesgo y/o protecciones diferenciales a la población general como fue llevado por la sintomatología depresiva; además, se ajustaron los modelos por distintas covariables reportadas usualmente como factores de riesgo en las mujeres, lo que puede estimar mejor los efectos en la variable de resultado.

En suma, esta investigación aporta un panorama más amplio respecto de la problemática de la violencia de pareja dentro de una población poco investigada y estigmatizada como lo es la de mujeres que abortan. Es un tema que aún genera controversia y desacuerdo frente a las normas heteropatriarcales sociales e institucionales, así como personales por parte de algunos trabajadores de salud objetores de conciencia.

Conclusión

La violencia de pareja es un importante problema de salud pública que afecta muchas dimensiones de la salud de la mujer, así como a diferentes grupos poblacionales, donde las mujeres que acuden a servicios de interrupción legal del embarazo no son la excepción. En los debates internacionales, algunas autoridades recomiendan examinar a todas las mujeres en edad fértil para detectar la violencia de pareja, ya que los servicios de salud reproductiva y sexual proporcionan un entorno oportuno para las intervenciones interinstitucionales. Otras señalan cautela por a la falta de evidencia de mejores resultados para las

mujeres, aunque recomiendan capacitar a los profesionales de la salud para que estén alertas a sus signos, provean entornos seguros para que las mujeres sientan confianza de divulgar su situación y puedan ponerse en marcha vías de atención sanitaria y social (Kekana et al., 2016).

Los resultados dan cuenta de la necesidad de profundizar en el problema de la VP en mujeres que acuden a servicios de interrupción del embarazo, y aporta evidencia para la toma de decisiones en cuanto a su monitoreo y detección. Además, permiten reconocer la importancia del acompañamiento social para disminuir la posibilidad de experimentar violencia en la relación de pareja o de permanecer mayor tiempo en este tipo de situación.

Referencias

- Afiaz, A., Biswas, R., Shamma, R. y Ananna, N. (2020). Intimate partner violence (IPV) with miscarriages, stillbirths and abortions: Identifying vulnerable households for women in Bangladesh. *PLoS ONE*, 15(7). e0236670.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0236670>
- Aguilar, A., Sánchez, M., Medina, R. y Torres, M. (2022). Ansiedad y depresión en mujeres víctimas de violencia en relación de pareja. *Reciamuc*, 6(2). DOI: 10.26820/reciamuc/6.(2).
- Aládrate- Aguilar, C., Robles-García, R., Ramos-Lira, L., Benjet, C., Alvarado-Sánchez, N. y Lazcano-Ramirez, M. (2021). Factores psicosociales asociados con la violencia de pareja entre hombres homosexuales mexicanos con VIH. *Psicología y Salud*, 31(2), 255-265.
<https://doi.org/10.25009/pys.v31i2.2694>
- Alfaro, K. y Janampa, D. (2021). Violencia de género contra la mujer y consecuencias en la salud física y psicológica centro poblado de mollepatá – ayacucho. agosto a diciembre 2021. Tesis de Licenciatura no publicada. Escuela profesional de obstetricia.
<http://repositorio.unsch.edu.pe/handle/UNSCH/5216>
- Alhusen, J., Bloom, T., Anderson, L. y Hughes, R. (2019). Intimate partner violence, reproductive coercion, and unintended pregnancy in women with disabilities. *Disabil health J.*, 13(2). Doi: 10.1016/j.dhjo.2019.100849.
- Alio, M., Salihu, H., Nana, P., Clayton, H., Mbah, A. y Marty, P. (2011). Association between intimate partner violence and induced abortion in Cameroon.

International Journal of Gynecology and Obstetrics, 112, 83–87.

DOI: 10.1016/j.ijgo.2010.08.024.

American Psychological Association “APA” (2022). Violencia en Contra de la Pareja. Recuperado de: <https://www.apa.org/topics/gun-violence-crime/violencia-pareja>.

Antai, D. y Adaji, S. (2012). Community-level influences on women's experience of intimate partner violence and terminated pregnancy in Nigeria: a multilevel analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 12 (128).

<http://www.biomedcentral.com/1471-2393/12/128>

Arthur-Holmes, F., Aboagye, R., Dadzie, L., Agbaglo, E., Okyere, J., Seidu, A. y Opoku, B. (2023). Intimate Partner Violence and Pregnancy Termination Among Women in Sub-Saharan Africa. *Journal of Interpersonal Violence* 38(1-2), 2092–2111. DOI: 10.1177/08862605221098405

Bacchus, L., Ranganathan, M., Watts, C. y Devries, K. (2018). Recent intimate partner violence against women and health: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. *BMJ Open*, 8(7), e019995. DOI: 10.1136/bmjopen-2017-019995.

Bautista, H. (2021). Creencias sobre los roles de género y estigma por abortar en mujeres que han interrumpido un embarazo. Tesis de licenciatura no publicada. UNAM.

<https://ru.dgb.unam.mx/handle/20.500.14330/TES01000810552>

Behnken, M., Duan, Y., Temple, J. y Wu, Z. (2018) Injury and Psychiatric Disorder in Low-Income Women Experiencing Bidirectional Intimate Partner Violence. *Violence Vict*, 33(2), 259-274. DOI: 10.1891/0886-6708.VV-D-15-00066.

- Brassard, A., Tourigny, M., Dugal, C., Lussier, Y., Sabourin, S., & Godbout, N. (2020). Child maltreatment and polyvictimization as predictors of intimate partner violence in women from the general population of Quebec. *Violence Against Women, 26*(11), 1305-1323.
- Cabrera, N. (2019). Violencia y su asociación con diagnósticos psiquiátricos en pacientes del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Tesis de especialidad. Universidad Nacional Autónoma de México.
https://repositorio.unam.mx/contenidos/violencia-y-su-asociacion-con-diagnosticos-psiquiatricos-en-pacientes-del-instituto-nacional-de-psiquiatria-ramon-d-3427753?c=pQ8wXB&d=false&q=*&i=234&v=0&t=search_0&as=0
- Castro, G. (2017). Violencia de género en el embarazo. Tesis de Licenciatura no publicada. Universidad de Cantabria.
<https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/11700/Castro%20Renero%20Gema.pdf?sequence=4>
- Chandan, J., Thomas, T., Bradbury-Jones, C., Russell, R., Bandyopadhyay, S., Nirantharakumar, K. y Tylor, J. (2020). Female survivors of intimate partner violence and risk of depression, anxiety and serious mental illness. *The British Journal of Psychiatry, 217*. 562–567. DOI: 10.1192/bjp.2019.124
- Chero, J. (2020). Influencia de la violencia basada en género en las actitudes hacia la salud sexual y reproductiva de los adolescentes del 5to de secundaria de la I.E. Santa Rosa de Tarapoto. Julio-diciembre 2017. Tesis de licenciatura no publicada. Universidad de San Martín.
<https://repositorio.unsm.edu.pe/handle/11458/3833>

- Chisholm, C., Bullock, L. y Ferguson, J. (2017). Intimate partner violence and pregnancy: Epidemiology and impact. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 217(2), 141-144. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2017.05.042>
- Citernes, A., Dubini, V., Uglietti, A., Ricci, E., Cipriani, S., & Parazzini, F. (2015). Intimate partner violence and repeat induced abortion in Italy: A cross sectional study. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 20(5), 344–349. <https://doi.org/10.3109/13625187.2014.992516>
- Cockrill, K., Upadhyay, U., Turan, J. y Greene, D. (2013). The Stigma of Having an Abortion: Development of a Scale and Characteristics of Women Experiencing Abortion Stigma. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 45(2), 79-88. <https://doi.org/10.1363/4507913>.
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos “CNDH”. (2022). Pronunciameineot DGDDH/071/2022. 20 de Mayo de 2023. Recuperado de: https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2022-09/PRONUNCIAMIENTO_2022_071.pdf
- Cortés, C., Aragón, S., De Castro, E. & Rivera, L. (2015). Violencia de Pareja en Mujeres: Prevalencia y Factores Asociados. *Acta De Investigación Psicológica*, 5(3), 2224 – 2239. <https://www.redalyc.org/pdf/3589/358943649010.pdf>
- Costales, A. y Argüello, E. (2023). Somatización, ansiedad y depresión en mujeres víctimas de violencia de pareja íntima. *Revista de psicología y ciencias afines*, 40(1). <https://doi.org/10.16888/interd.2023.40.1.11>.

- Cripe, S., Sanchez, S., Perales, M., Lam, N., Garcia, P. y Williams, M. (2008). Association of intimate partner physical and sexual violence with unintended pregnancy among pregnant women in Peru. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 100(2), 104-108. DOI: 10.1016/j.ijgo.2007.08.003.
- Crouthamel, B., Dixit, A., Pearson, E., Menzel, J., Dipika, P., Shakhider, M., Silverman, J. y Averbach S. (2022). The association between intimate partner violence and self-managed abortion: a cross-sectional study among women in urban Bangladesh. *Sexual and Reproductive Health Matters*, 29(2). 2107078, DOI:10.1080/26410397.2022.2107078.
- deMontigny, F., Verdon, C., Meunier, S., Gervais, C. y Coté, I. (2020). Factores de protección y de riesgo para la salud mental de las mujeres después de un aborto espontáneo. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 28. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3382.3350>
- Dilton, G., Hussain, R., Loxton, D. y Rahman, S. (2013). "Mental and Physical Health and Intimate Partner Violence against Women: A Review of the Literature", *International Journal of Family Medicine*, 2013, Article ID 313909. <https://doi.org/10.1155/2013/313909>
- Domeyko-Prieto, M., Aracena, M., Vergés, A. y Gómez-Pérez, L. (2022). Antecedente de depresión, síntomas de estrés postraumático, apoyo social percibido: prediciendo la depresión posparto. *Rev. chil. obstet. Ginecol*, 87(5). Doi.org/10.24875/rechog.22000063
- Dos Santos, C., Vasconcelos, M., Olivera, I., Azevedo, A., Nascimento, M., Garcia, L., Cordelro, E. y Silva, D. (2022). Social support networks for

- women in situation of intimate partner violence. *Rev Bras Enferm*, 75(2).
<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0830>.
- Elçin, N., Günaydın, S., Keser, N. & Dinç, H. (2021). Intimate partner violence during pregnancy in turkey: A systematic review and meta-analysis. *Perspect Psychiatric Care* 57(3), 1515-1527. DOI: 10.1111/ppc.12879.
- Elghossain, T., Bott, S., Akik, C. y Makhoul, C. (2019). Prevalence of intimate partner violence against women in the Arab world: a systematic review. *BMC Int Health Rights*, 19(1). Doi: 10.1186/s12914-019-0215-5.
- Emenike, E., Lawoko, S. y Dalal, K. (2008). Intimate partner violence and reproductive health of women in Kenya. *International Nursing Review*, 55, 97–102. DOI: 10.1111/j.1466-7657.2007.00580.x
- Encuesta Nacional Sobre La Dinámica De Las Relaciones En Los Hogares “ENDIREH” (2021). Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Recuperado de:
https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2022/endireh/Endireh2021_Nal.pdf
- Encuesta Nacional Sobre Violencia Contra las Mujeres “ENVIM” (2006). Instituto Nacional de Salud Pública. Recuperado de:
http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/ENVIM_2006.pdf
- Escribà-Agüir, V., Royo-Marqués, M., Artazcoz, L., Romito, P., Ruiz-Pérez, I., & Martín-Baena, D. (2013). Personal and psychosocial predictors of psychological abuse by partners during and after pregnancy: A longitudinal cohort study in a community sample. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 120(5), 576-582.

- Fernández-Montalvo J., López-Goñi J., Arteaga, A. y Haro, B. (2020). Gender differences in unidirectional and bidirectional intimate partner violence in addictions. *Am J Drug Alcohol Abuse*, 46(2), 194-202. DOI: 10.1080/00952990.2019.1660886.
- Fernández, A. (2019). Apego en relaciones de pareja con agresión bidireccional: una revisión sistemática. Trabajo final de grado en psicología. Universidad Francisco de Vitoria.
<http://ddf.v.ufv.es/bitstream/handle/10641/1810/TFG%2C%20Aroa%20Valencia%209.4.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Ferraresso, R. (2020). Risk and Protective Factors Associated With Intimate Partner Violence in a Nationally Representative Sample of Korean Men. *J Prev Med Public Health*, 53(2),135-142. DOI: 10.3961/jpmph.19.292.
- Garrido, M., Arribas, A., De miguel, J. y García-Collantes, A. (2020). La violencia en las relaciones de pareja jóvenes: prevalencia, victimización, perpetración y bidireccionalidad. *Revista Logos, Ciencia & Tecnología*. 12(2), 8-19.
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2422-42002020000200008
- Goemans, S., Singh, A., Yadav, A., McDougal, L., Raj, A. y Averbach, S. (2021). The association between intimate partner violence and recent self-managed abortion in India. *Am J Obstet Gynecol Glob Rep*, 1.
DOI: [10.1016/j.xagr.2021.100029](https://doi.org/10.1016/j.xagr.2021.100029).
- Gómez-Fernández, M., Payá-Sánchez, M., Cunillera-Puértolas, O., Cabrera-García, P., Vidal-Ventura, C. & Goberna-Tricas, J. (2021). Violencia de género durante la gestación: asociación con la interrupción voluntaria del

- embarazo y complicaciones de salud neonatales. *Matronas Prof*, 22(1), 20-26. <https://medes.com/publication/164029>.
- González-Forteza, C., Jimenez-Tapia, J., Ramos-Lira, L. y Wagner, F. (2008). Aplicación de la Escala de Depresión del Center of Epidemiological Studies en adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Publica Mex*, 50(4). <https://scielosp.org/pdf/spm/2008.v50n4/292-299/es>
- González-Torres, C. (2020). Trastornos mentales en mujeres expuestas a violencia de pareja que acuden a la consulta externa del Centro Comunitario de Salud Mental Tierra y Libertad y a la Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica: enero 2020 - octubre 2020. Tesis de especialidad no publicada. Tecnológico de Monterrey. <https://repositorio.tec.mx/handle/11285/639374?show=full>.
- Goodman, L., Dutton, M. A., Vankos, N., & Weinfurt, K. (2005). Women's resources and use of strategies as risk and protective factors for reabuse over time. *Violence against women*, 11(3), 311-336.
- Grose, R., Chen, J., Techo, K., Rquel, S. y Yount, K. (2021). Sexual and Reproductive Health Outcomes of Violence Against Women and Girls in Lower-Income Countries: A Review of Reviews. *Journal of sex research*, 58(1). <https://doi.org/10.1080/00224499.2019.1707466>.
- Grupo de Información en Reproducción Elegida "GIRE". (2023). Aborto. Recuperado de: <https://gire.org.mx/aborto/>
- Guzmán-Rodríguez, C., Cupul-Uicab, L., Guimaraes. G., Salazar-Martínez, E., Salmerón, J. y Reynales-Shigamatsu, L. (2021). Violencia de pareja y

- depresión en mujeres que trabajan en una institución de salud de México. *Gac Sanit.*, 35(2).161–167. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.09.005>.
- Hall, M., Chappell, L. C., Parnell, B. L., Seed, P. T., & Bewley, S. (2014). Associations between Intimate Partner Violence and Termination of Pregnancy: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS Medicine*, 11(1), e1001581. DOI:10.1371/journal.pmed.1001581.
- Hanschmidt, F., Linde, K., Hilbert, A., Riedel-Heller, S. G., & Kersting, A. (2016). Abortion stigma: a systematic review. *Perspectives on sexual and reproductive health*, 48(4), 169-177.
- Heise, L. (1998). Violence against women: An integrated, ecological framework. *Violence against women*, 4(3), 262-290. DOI: 10.1177/1077801298004003002.
- Hernández, M., Ruiz, A., González, S. y González-Celis, A. (2021). Afrontamiento, apoyo social y resiliencia asociados a la calidad de vida de mujeres con cáncer de mama Coping, social support and resilience associated with quality of life in women with breast cancer. *Patología Mamaria*, 34(3). [Doi.org/10.1016/j.senol.2020.09.007](https://doi.org/10.1016/j.senol.2020.09.007)
- Holmes, S., Johnson, N., Rojas-Ashe E., Ceroni, T., Fedele, K. y Johnson, D. (2019). Prevalence and Predictors of Bidirectional Violence in Survivors of Intimate Partner Violence Residing at Shelters. *J Interpers Violence*. 34(16), 3492-3515. DOI: 10.1177/0886260516670183.
- Ituarte, M y López-Gómez, A. (2021). Las adolescentes frente a la decisión de interrumpir un embarazo en un contexto de aborto legal. *Cad. Saúde Pública*, 37 (2). <https://doi.org/10.1590/0102-311X00235219>

Inostroza, C., Cova, F. y Ballesteros, M. (2022). Conducta suicida y violencia contra la mujer: estudio en universitarias y consultantes de salud mental chilenas. *Revista Punto Género*, 17, 8-44. <https://doi.org/10.5354/2735-7473.2022.67650>.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía "INEGI". (2017). *Estadísticas a propósito del día de la eliminación de la violencia contra la mujer (30 de Agosto)*. [Comunicado de prensa] Recuperado de: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2017/violencia2017_Nal.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Geografía "INEGI". (2022). Encuesta nacional sobre la dinámica de las relaciones en los hogares (ENDIREH) 2021 (30 de Agosto). [Comunicado de prensa] Recuperado de: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2022/ndireh/ENDIREH2021_Nal.pdf

Instituto Nacional de la Juventud. (2022). Hablemos de todo, Hablemos de Violencia en la pareja y de género. Recuperado de: <https://hablemosdetodo.injuv.gob.cl/hablemos-de-violencia-en-la-pareja-y-de-genero/>

Instituto Nacional de las Mujeres "INMUJERES" (2021). Portal Vida Sin Violencia. Recuperado de: <http://vidasinviolencia.inmujeres.gob.mx/?q=repercusiones#>

Jaramillo-Bolívar, C. & Canaval-Erazo, J. (2020). Violencia de género: Un análisis evolutivo del concepto. *Univ. Salud.*, 22(2), 178-185. DOI: <https://doi.org/10.22267/rus.202202.189>

- Jatta, J., Baru, A., Fawole, O. y Ojengbede, O. (2021). Intimate partner violence among pregnant women attending antenatal care services in the rural Gambia. *Plos One*, 16(8). Doi: 10.1371/journal.pone.0255723.
- Katz, C., Courtney, M. y Sapiro, B. (2020). Emancipated Foster Youth and Intimate Partner Violence: An Exploration of Risk and Protective Factors. *J Interpers Violence*, 35(23-24), 5469-5499. DOI: 10.1177/0886260517720735.
- Kekana, L. P., Hall, M., Motta, S., & Bewley, S. (2016). Should violence services be integrated within abortion care? A UK situation analysis. *Reproductive Health Matters*, 24(47), 104–117. <https://doi.org/10.1016/j.rhm.2016.04.001>.
- Khan, S., Dibgarwar, D., Aliyu, M. y Salihu, H. (2019). Multicountry analysis of pregnancy termination and intimate partner violence in Latin America using Demographic and Health Survey data. *Int J Gynecol Obstet*, 146, 296–301. DOI:10.1002/ijgo.12876.
- Krung, E., Daglberg, L., Mercy, J., Zwi, A. y Lozano, R. (2003). Informe mundial sobre la violencia y salud. *Organización Panamericana de Salud*. 588.
Recuperado de:
<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/725/9275315884.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Laínez, N., Martínez, G., Portillo, D., Alvarenga, A. y Véliz, A. (2022). Consecuencias físicas y psicológicas de la violencia obstétrica en países de Latinoamérica. *Alerta*, 6(1), 70-77. DOI: 10.5377/alerta.v6i1.15231.
- Lara, E., Aranda, C., Zapata, R., Bretones, C. y Alarcón, R. (2019). Depresión y ansiedad en mujeres víctimas de violencia en la relación de pareja. *Revista*

Argentina de Ciencias del Comportamiento, 11(1), 1-8.

DOI: <https://doi.org/10.32348/1852.4206.v11.n1.21864>.

Lara, E., Aranda, C., Zapata, R., Bretones, C. y Alarcón, R. (2019). Ideación suicida y apoyo social en mujeres maltratadas. *UCE Ciencia. Revista de postgrado*, 7(1). <http://uceciencia.edu.do/index.php/OJS/article/view/155>

Lara-Caba, E. y Pérez-Estévez, L. (2023). Afección psicopatológica de la mujer víctima de violencia. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 15(1), 117-129. DOI: <https://doi.org/10.32348/1852.4206.v15.n1.33128>.

Leung, T., Leung, W., Chan, P. y Ho, P. (2017). A comparison of the prevalence of domestic violence between patients seeking termination of pregnancy and other general gynecology patients. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 77, 47-54. DOI: 10.1016/s0020-7292(01)00596-3.

Llosa, S. y Canetti, A. (2018). Depresión e ideación suicida en mujeres víctimas de violencia de pareja. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 9(1), 178-204. DOI:10.26864/pcs.v9.n1.1.

Lukman, S. (2016). Spousal violence and pregnancy termination among married women in Nigeria. *Afri Health Sci*, 16(2): 429-440. <http://dx.doi.org/10.4314/ahs.v16i2.11>.

Medina, I. y Medina, A. (2019). Violencias contra las mujeres en las relaciones de pareja en México. *Intersticios Sociales*, 18. DOI: <https://doi.org/10.55555/IS.18.261>.

Méndez, M., Barragán, A., Peñaloza, R. y García, M. (2022). Severidad de la violencia de pareja y reacciones emocionales en mujeres. *Psicumex*, 12. DOI: <https://doi.org/10.36793/psicumex.v12i1.400>.

- Mota, C., Cilleja, N., Sánchez, C., Carreño, J. y Balbuena, J. (2021). Resiliencia y Apoyo Social como Predictores del Duelo Perinatal en Mujeres Mexicanas: Modelo Explicativo. *Revista iberoamericana de diagnóstico y evaluación psicológica*, 58(1). DOI:[10.21865/RIDEP58.1.03](https://doi.org/10.21865/RIDEP58.1.03)
- Motta, S., Penn-Kekana, L., & Bewley, S. (2014). Domestic violence in a UK abortion clinic: anonymous cross-sectional prevalence survey. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 41(2), 128–133. <https://doi.org/10.1136/jfprhc-2013-100843>.
- Moreno, L. E. (2020). Depresión y apoyo social en gestantes de un centro materno infantil del distrito de Comas (Tesis de licenciatura). Repositorio de la Universidad Privada del Norte. Recuperado de <http://hdl.handle.net/11537/24031>
- Moreno, M., Flores, K., González-Forteza, C., Saltijeral, M., Schiavon, R., Collado, M., ... & Ramos, L. (2019). Relationship between perceived stigma and depressive symptomatology in women who legally interrupt pregnancy in Mexico City. *Salud mental*, 42(1), 25-32.
- Moya, M., Exposito, F. y Padilla, J. (2006). Revisión de las propiedades psicométricas de las versiones larga y reducida de la Escala sobre Ideología de Género. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(3), 709-727. <https://www.redalyc.org/pdf/337/33760312.pdf>
- Natera, G., Moreno, M., Toledano-Toledano, F., Juárez, F. y Villatoro, J. (2021). Intimate-partner violence and its relationship with substance consumption by Mexican men and women: National Survey on Addictions. *Salud Mental*, 44(3), 135-143. DOI:10.17711/SM.0185-3325.2021.018.

- Navarrete, L., Nieto, L., & Lara, M. A. (2021). Intimate partner violence and perinatal depression and anxiety: Social support as moderator among Mexican women. *Sexual & Reproductive Healthcare, 27*, 100569.
<https://doi.org/10.1016/j.srhc.2020.100569>
- Navarro, N., Salguero, M., Torres, L. y Figueroa, J. (2019). Voces silenciadas: hombres que viven violencia en la relación de pareja. La ventana, *Revista de estudios de género, 6*(50).
https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-94362019000200136.
- Norris, A., Bessett, D., Steinberg, J. R., Kavanaugh, M. L., De Zordo, S., & Becker, D. (2011). Abortion Stigma: A Reconceptualization of Constituents, Causes, and Consequences. *Women's Health Issues, 21*(3), S49–S54.
- Öberg, M., Stenson, K., Skalkidou, A. y Heimer, G. (2013). Prevalence of intimate partner violence among women seeking termination of pregnancy compared to women seeking contraceptive counseling. *Acta Obstet Gynecol Scand, 93*, 45–51. DOI: 10.1111/aogs.12279.
- Ocampo, L. y Amar, J. (2011). Violencia en la pareja, las caras del fenómeno. *Salud Uninorte, 27*(1), 108-123.
<https://www.redalyc.org/pdf/817/81722530013.pdf>
- Oficina para la Salud de la Mujer de los Estados Unidos "OASH". (2021). Relaciones y seguridad. Violencia doméstica o de pareja. Recuperado de:
<https://espanol.womenshealth.gov/relationships-and-safety/domestic-violence>

Ogbe, E., Harmon, S., Bergh, R. y Degomme, O. (2020). A systematic review of intimate partner violence interventions focused on improving social support and/ mental health outcomes of survivors. Plos One.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0235177>

Opoku, B. (2021). Intimate partner violence against adolescent girls and young women and its association with miscarriages, stillbirths and induced abortions in sub-Saharan Africa: Evidence from demographic. *Population health*, 13. DOI: 10.1016/j.ssmph.2021.100730.

Oram, S., Fisher, H. L., Minnis, H., Seedat, S., Walby, S., Hegarty, K., ... & Howard, L. M. (2022). The Lancet Psychiatry Commission on intimate partner violence and mental health: advancing mental health services, research, and policy. *The Lancet Psychiatry*, 9(6), 487-524. DOI: 10.1016/S2215-0366(22)00008-6.

Organización de las Naciones Unidas “ONU”. (2021). Una de cada tres mujeres en el mundo sufre violencia física o sexual desde que es muy joven.

Recuperado de: <https://news.un.org/es/story/2021/03/1489292>

Organización Mundial de la Salud “OMS”. (2022). Violencia contra la mujer.

Recuperado de: [https://www.who.int/es/news-room/fact-](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women#:~:text=La%20violencia%20de%20pareja%20se,y%20las%20conductas%20de%20control)

[sheets/detail/violence-against-](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women#:~:text=La%20violencia%20de%20pareja%20se,y%20las%20conductas%20de%20control)

[women#:~:text=La%20violencia%20de%20pareja%20se,y%20las%20condu](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women#:~:text=La%20violencia%20de%20pareja%20se,y%20las%20conductas%20de%20control)

[ctas%20de%20control](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women#:~:text=La%20violencia%20de%20pareja%20se,y%20las%20conductas%20de%20control)

Organización Mundial de la Salud “OMS”. (2023). Aborto. Recuperado de:

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/abortion>

Organización Panamericana de la Salud “OPS”. (2013). Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Violencia infligida por la pareja. Departamento de Salud Reproductiva de la OMS. Recuperado de:

https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/rhr12_36/es

Pastor-Moreno, G., Ruiz-Pérez, I., Henares-Montiel, J., Escribà-Agüir, V. y Ricci-Cabello, I. (2020). Intimate partner violence and perinatal health: a systematic review. *BJOG*, 127, 537-547. DOI: 10.1111/1471-0528.16084 3

Pearson, E., Andersen, K., Biswas, K., Chowdhury, R., Sherman, S., Decker, M. (2017). Intimate partner violence and constraints to reproductive autonomy and reproductive health among women seeking abortion services in Bangladesh. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 136, 290-297. DOI: 10.1002/ijgo.12070.

Polo-Payares, E., Adila-Hernández, A. y Ibáñez-Polo, D. (2021). Apoyo social y tipología familiar en mujeres diagnosticadas con vih. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 39(1). [Doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e340517](https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e340517)

Ramos, L. (2002). Reflexiones para la comprensión de la salud mental de la mujer maltratada por su pareja íntima. *La ventana*, 16.

DOI: <https://doi.org/10.32870/lv.v2i16.640>

Ramos, L. y Saltijeral, M. (2008). ¿Violencia episódica o terrorismo íntimo? Una propuesta exploratoria para clasificar la violencia contra la mujer en las relaciones de pareja. *Salud Mental*, 31(6), 469-478.

<http://repositorio.inprf.gob.mx/handle/123456789/7486>.

- Revilla, L., Luna, J., Bailón, E., & Medina, I. (2005). Validación del cuestionario MOS de apoyo social en Atención Primaria. *Medicina de familia*, 6(1), 10-18.
- Richardson, R., Haight, S., Hagaman, A., Sikander, S., Masalko, J. y Bates, L. (2022). Social support and intimate partner violence in rural Pakistan: A longitudinal investigation of the bi-directional relationship. *Population Health* 19, 101173. DOI: 10.1016/j.ssmph.2022.101173.
- Rivera-Rivera, L., Natera-Rey, G., Séris-Martínez, M., Leyva-López, A., Zavala-Arciniega, L., Ortega-Ceballos, P. y Reynales-Shigematsu, L. (2021). Encodat 2016: violencia de pareja y uso de tabaco, alcohol y drogas. Nuevos retos para la salud mental. *Salud pública de México*, 63(5).
- Roberts, S., Avalos, L., Sinkford, D. y Foster, D. (2012). Alcohol, tobacco and drug use as reasons for abortion. *Alcohol and Alcoholism*, 47(6), 640–648. DOI: 10.21149/12288.
- Rodríguez, R. y Ortiz, L. (2018). Violencia de pareja, apoyo social y conflicto en mujeres mexicanas. *Trabajo Social Hoy*, 83, 7-26. DOI: 10.12960/TSH.2018.0001.
- Saftlas, A. F., Wallis, A. B., Shochet, T., Harland, K. K., Dickey, P., & Peek-Asa, C. (2010). Prevalence of intimate partner violence among an abortion clinic population. *American journal of public health*, 100(8), 1412-1415. DOI: 10.2105/AJPH.2009.178947.
- Samad, N., Das, P., Opoku, B., Seidu, A., Boadu, J., Okyere, J., Hagan, J., Nabi, M. y Hossain, M. (2021). Intimate Partner Violence and Pregnancy Termination in Armenia: Evidence from Nationally-Representative Survey

Data Eur. *J. Investig. Health Psychol. Educ.*, 11, 294–302.

<https://doi.org/10.3390/ejihpe11020022>.

Sánchez, G. & Veldhuis, S. (2022). Realidades y retos del aborto con medicamentos en México. El Colegio de la Frontera Sur.

Sanz, J. (2014). Recomendaciones para la utilización de la adaptación española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en la práctica clínica. *Clínica y Salud*, 25, 39-48. DOI: <http://dx.doi.org/10.5093/cl2014a3>

Sanz-Fuentes, A. y Ruiz-Lorenzo, V. (2023). Pensamiento e intento suicida en mujeres y su relación con la violencia de género. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 181, 81-100. doi: 10.5477/cis/reis.181.81.

Saquinaula-Salgado, M., Castillo-Saavedra, E. y Rosales, C. (2020). Violencia de género y trastorno de estrés postraumático en mujeres peruanas. *Duazary*, 17(4), 23 – 31. DOI: <https://doi.org/10.21676/2389783X.3596>

Sasseville, N., Maurice, P., Montminy, L., Hassan, G. t St-Pierre, É. (2020).

Cumulative Contexts of Vulnerability to Intimate Partner Violence Among Women With Disabilities, Elderly Women, and Immigrant Women:

Prevalence, Risk Factors, Explanatory Theories, and Prevention. *Trauma*

Violence Abuse, 23(1). Doi: 10.1177/1524838020925773.

Secretaría de Salud del Gobierno del Estado de Nuevo León. (16 de Agosto de

2022). Violencia durante el embarazo. Recuperado de:

[https://www.saludnl.gob.mx/drupal/violencia-durante-el-](https://www.saludnl.gob.mx/drupal/violencia-durante-el-embarazo#:~:text=La%20violencia%20durante%20el%20embarazo,o%20cu)

[embarazo#:~:text=La%20violencia%20durante%20el%20embarazo,o%20cu](https://www.saludnl.gob.mx/drupal/violencia-durante-el-embarazo#:~:text=La%20violencia%20durante%20el%20embarazo,o%20cu)

[alquier%20otra%20complicaci%C3%B3n%20seria](https://www.saludnl.gob.mx/drupal/violencia-durante-el-embarazo#:~:text=La%20violencia%20durante%20el%20embarazo,o%20cu)

- Senado de la República de México. (2021). Iniciativa de reforma de los artículos 329, 330, 331 Y 333. 28 de Septiembre de 2021. Recuperado de: https://infosen.senado.gob.mx/sgsp/gaceta/65/1/2021-09-231/assets/documentos/Ini_Morena_Sen_Galaz_Art_332_334_CPF.pdf
- Sherbourne, C. y Stewart, A. (1991). The MOS social support survey. *Social Science & Medicine*, 32(6), 705-714. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(91\)90150-B](https://doi.org/10.1016/0277-9536(91)90150-B).
- Silverman, J., Decker, M., McCauley, H., Gupta, J., Miller, E., Raj, A. y Goldberg, A. (2010). Male Perpetration of Intimate Partner Violence and Involvement in Abortions and Abortion-Related Conflict. *American Journal of Public Health*, 100(8). DOI: 10.2105/AJPH.2009.173393
- Song, A., Yoon, Y., & Cho, Y. (2022). The association between polyvictimization in childhood and intimate partner violence and child abuse in adulthood. *Journal of interpersonal violence*, 37(9-10), 6009-6033.
- Spencer, C. M., Keilholtz, B. M., Palmer, M., & Vail, S. L. (2022). Mental and Physical Health Correlates for Emotional Intimate Partner Violence Perpetration and Victimization: A Meta-Analysis. *Trauma, Violence, & Abuse*. <https://doi.org/10.1177/15248380221137686>.
- Staggs, S. L., Long, S. M., Mason, G. E., Krishnan, S., & Riger, S. (2007). Intimate partner violence, social support, and employment in the post-welfare reform era. *Journal of interpersonal violence*, 22(3), 345-367.
- Steinberg, J. R., Tschann, J. M., Furgerson, D., & Harper, C. C. (2016). Psychosocial factors and pre-abortion psychological health: The significance

of stigma. *Social Science & Medicine*, 150 (67).

<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.12.007>

- Stockl, H., Filippi, V., Watts, C. y Mbwambo, J. (2012). Induced abortion, pregnancy loss and intimate partner violence in Tanzania: a population based study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 12(12). DOI: 10.1186/1471-2393-12-12.
- Stockman, J., Lucea, M. & Campbell, J. (2013). Forced sexual initiation, sexual intimate partner violence and HIV risk in women: a global review of the literature. *AIDS and behavior*, 17 (3), pp. 832-847. ISSN 1573-3254. DOI: 10.1007/s10461-012-0361-4.
- Stoff, L., Bates, L., Schuler, S., Renner, L., Erickson, D. y Osypuk, T. (2021). Intimate partner violence and social connection among married women in rural Bangladesh. *Epidemiol Community Health*, 75, 1202–1207. DOI: 10.1136/jech-2020-214843.
- Stubbs, A. y Szoeki, C. (2022). The Effect of Intimate Partner Violence on the Physical Health and Health-Related Behaviors of Women: A Systematic Review of the Literature. *Trauma, violence, & abuse*, 23(4) 1157–1172. DOI: 10.1177/1524838020985541.
- Suprema Corte de Justicia de la Nación. (2022). El aborto en México: avances y dificultades. Recuperado de: <https://www.sitios.scjn.gob.mx/cec/blog-cec/el-aborto-en-mexico-avances-y-dificultades>.
- Toaquiza, E. y Guarate, Y. (2023). Consecuencias de la violencia de pareja en mujeres del cantón pujilí. Tesis de licenciatura no publicada. Universidad técnica de Ambato.

<https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/38423/1/Toaquiza%20Ti%20gasi%20Evelyn%20Magaly.pdf>.

Toffol, E., Pohjoranta, E., Suhonen, S., Hurskainen, R., Partonen, T., Mentula, M., & Heikinheimo, O. (2016). Anxiety and quality of life after first-trimester termination of pregnancy: a prospective study. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 95(10), 1171-1180.

Trillingsgaard, T., Fentz, H., Simonsen, M. y Heyman, R. (2019). The prevalence of intimate partner violence among couples signing up for universally offered parent preparation. *PLOS ONE* 14(10)
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0223824>.

Velasco, M., Caño, A. y Martín, S. (2020). Guía de actuación ante la violencia de género durante el embarazo. Granada.
https://www.medicusmundi.es/storage/resources/publications/5ef3d06c18fee_guia-actuacion-violencia-embarazo.pdf.

Véliz-Espinoza, A. y Terán-Espinoza, J. (2020). Trastorno de estrés post-traumático en mujeres violentadas de la Fundación Nuevos Horizontes de Portoviejo. *Pol. Con.*, 48(5), 764-773. DOI: 10.23857/pc.v5i8.1622

Vinnakota, D., Parsa, A., Sivasubramanian, M., Mahmud, I., Sathian, B. y Kabir, R. (2022). Intimate Partner Violence and Pregnancy Termination among Tajikistan Women: Evidence from Nationally Representative Data. *Women*, 2, 102–114. <https://doi.org/10.3390/women2020012>.

Walker, H. E., & Wamser-Nanney, R. (2023). Revictimization risk factors following childhood maltreatment: A literature review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 24(4), 2319-2332.

- Wang, Y., Ghazu, P., Gao, Q., Tian, T., Kong, F., Zhan, S., Liu, C., Bloom, D. y Qiao, J. (2022). Prevalence of intimate partner violence against infertile women in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Health*, 10, e820–30. DOI: 10.1016/S2214-109X(22)00098-5.
- Wetzel, E., Tembo, T., Abrams, E., Mazenga, A., Chitani, M., Ahmed, S., Yu X. y Kim M. (2021). The relationship between intimate partner violence and HIV outcomes among pregnant women living with HIV in Malawi. *Malawi Medical Journal*, 33(4), 242-252. <https://dx.doi.org/10.4314/mmj.v33i4.4>.
- White, S., Sin, J., Sweeney, A., Salisbury, T., Wahlich, C., Montesino, C. y Mantovani, N. (2023). Global prevalence and mental health outcomes of intimate partner violence among women: a systematic review and meta-analysis. *Trauma, Violence, & Abuse*, 15248380231155529. DOI: 10.1177/15248380231155529.
- Yalch, M. y Rickman, S. (2021). Association Between Intimate Partner Violence Subtypes and Post-traumatic Stress Disorder Symptoms and Hazardous Substance Use. *Journal of Interpersonal Violence*, 37, 17-18. DOI: 10.1177/08862605211021963.
- Zhang, L., Dailey, R., Price, M., Misra, D. y Giurgescu, C. (2021). Intimate partner violence, prenatal stress, and substance use among pregnant black women. *Public health nurs*, 38(4). Doi: 10.1111/phn.12878.