



UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CUENCA

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE MEDICINA

**“VIOLENCIA DE PAREJA DURANTE EL EMBARAZO Y
POSTPARTO”**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE MÉDICO**

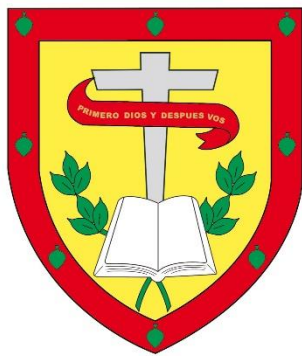
AUTOR: CARLOS ANDRÉS CÓRDOVA BELTRÁN

DIRECTOR: DRA. JEANNETH TAPIA CARDENAS

CUENCA - ECUADOR

2021

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE MEDICINA

**“VIOLENCIA DE PAREJA DURANTE EL EMBARAZO Y
POSTPARTO”**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE MÉDICO**

AUTOR: CARLOS ANDRÉS CÓRDOVA BELTRÁN

DIRECTOR: DRA. JEANNETH TAPIA CARDENAS

CUENCA - ECUADOR

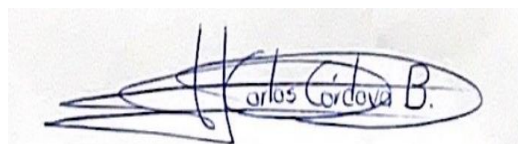
2021

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO

DECLARATORIA DE AUTORÍA Y RESPONSABILIDAD

Carlos Andrés Córdova Beltrán portador(a) de la cédula de ciudadanía N° **0302083464**. Declaro ser el autor de la obra: **“Violencia de pareja durante el embarazo y postparto”**, sobre la cual me hago responsable sobre las opiniones, versiones e ideas expresadas. Declaro que la misma ha sido elaborada respetando los derechos de propiedad intelectual de terceros y eximo a la Universidad Católica de Cuenca sobre cualquier reclamación que pudiera existir al respecto. Declaro finalmente que mi obra ha sido realizada cumpliendo con todos los requisitos legales, éticos y bioéticos de investigación, que la misma no incumple con la normativa nacional e internacional en el área específica de investigación, sobre la que también me responsabilizo y eximo a la Universidad Católica de Cuenca de toda reclamación al respecto.

Cuenca, **24 de Noviembre de 2021**



Carlos Andrés Córdova Beltrán
C.I. **0302083464**

CENTRO DE IDIOMAS

Resumen

ANTECEDENTES: La violencia de pareja (VP) durante el embarazo es un problema de salud pública que viola los derechos humanos y provoca efectos adversos en la salud materna y fetal.

OBJETIVO GENERAL: Compilar información actualizada sobre prevalencia, tipos, factores de riesgo y consecuencias de VP durante el embarazo y el posparto.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica. Incluyeron 27 artículos cuartil uno a cuatro, publicados en los últimos cinco años. La búsqueda de información se realizó en la base electrónica de Pubmed. La información se recolectó en base a la guía Prisma. Los datos fueron consolidados en tablas.

RESULTADOS: La prevalencia de VP durante la gestación varió en 4,5% a 64.6%; en el puerperio los valores oscilaron en 10.5% a 30%. La violencia psicológica, fue el tipo más frecuente en ambos periodos con cifras de 10.5% a 57.8%, aunque la violencia física y sexual también mostraron porcentajes representativos. Las adolescentes y adultas jóvenes, de áreas rurales, bajo nivel de instrucción y económico, el consumo de alcohol de la pareja, las malas relaciones familiares y antecedentes de violencia en la niñez, fueron factores que se relacionaron con VP en el embarazo y el posparto. El parto prematuro, bajo peso al nacer y óbito fetal y la depresión posparto fueron las consecuencias más comunes de VP.

CONCLUSIONES: Evidenciamos una elevada prevalencia de VP en el embarazo y el puerperio, las agresiones psicológicas fueron las más comunes y se asociaron a diversos factores de riesgo.

PALABRAS CLAVE: violencia de pareja, violencia doméstica, violencia de género.

CENTRO DE IDIOMAS

Abstract

Background: Intimate partner violence (IPV) during pregnancy is a public health problem that violates human rights and causes adverse effects on maternal and fetal health. Objective: To compile updated information on prevalence, types, risk factors, and consequences of IPV during pregnancy and postpartum.

Methodology: A literature review. It included 27 articles quartile one to four, published in the last five years. The search for information was carried out in the Pubmed electronic database. The information was collected based on the Prisma guide. The data were consolidated in tables.

Results: The prevalence of IPV during gestation ranged from 4.5% to 64.6%; in the puerperium, the values ranged from 10.5% to 30%. Psychological violence was the most frequent type of violence in both periods with figures ranging from 10.5% to 57.8%, although physical and sexual violence also showed representative percentages. Adolescent and young adult women, rural areas, low educational and economic level, alcohol consumption by the partner, poor family relationships and a history of violence in childhood were factors associated with IPV in pregnancy and postpartum. Preterm delivery, low birth weight, and fetal death, and postpartum depression were the most common consequences of IPV.

Conclusions: We evidenced a high prevalence of IPV in pregnancy and puerperium, psychological aggressions were the most common and were associated with several risk factors.

Keywords: intimate partner violence, domestic violence, gender violence

ÍNDICE DE CONTENIDOS

RESUMEN	3
ABSTRACT	4
1. INTRODUCCIÓN.....	5
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	6
3. JUSTIFICACIÓN	9
4. FUNDAMENTO TEÓRICO	11
4.1. Concepto de violencia de pareja	11
4.2. Características de la violencia de Pareja.....	11
4.3. Tipos de violencia de pareja.....	12
4.4. Marco legal de la violencia de pareja	12
4.5. Factores asociados a la violencia de pareja durante el embarazo y postparto.....	13
4.6. Consecuencias de la violencia de pareja durante el embarazo y postparto.....	13
4.7. Prevención de violencia de pareja durante el embarazo y postparto ...	14
5. OBJETIVOS	16
5.1. Objetivo general.....	16
5.2. Objetivos específicos:	16
6. METODOLOGÍA.....	17
6.1. Diseño metodológico.....	17
6.2. Criterios de elegibilidad	17
6.3. Criterios de exclusión	17
6.4. Fuentes de información.....	17
6.5. Estrategia de búsqueda de información.	17
6.6. Selección de estudios	17
6.7. Proceso de recopilación de información.....	17
6.8. Lista de datos.....	18
6.9. Síntesis de resultados.....	18
6.10. Aspectos éticos.....	18
6.11. Financiamiento	18
7. RESULTADOS	19
7.1. Caracterización de Resultados.....	19
7.2. Prevalencia de violencia de pareja en el embarazo y postparto	19

7.3. Tipos de violencia de pareja durante el periodo de embarazo y postparto.....	22
7.4. Factores Asociados a la violencia de pareja durante el periodo de embarazo y postparto.	24
7.5. Consecuencias de la violencia de pareja durante el periodo de embarazo y postparto.	28
8. DISCUSIÓN	30
9. CONCLUSIONES Y REMCOMENDACIONES	35
9.1. CONCLUSIONES	35
9.2. RECOMENDACIONES	35
10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	37

1. INTRODUCCIÓN

La violencia de pareja (VP) es un fenómeno complejo y multicausal que incluye amenazas y/o agresiones de orden verbal, físico, sexual, económico, perpetrado por una persona en el entorno de una relación de pareja (27).

La evidencia sugiere que la desigualdad de género, es la principal causa de violencia contra las mujeres y niñas, sumado a las normas discriminatorias impuestas por la sociedad, además de otros factores como: el consumo de alcohol y/o drogas, el bajo nivel de instrucción y socio-económico, el residir en áreas marginales, antecedentes previos de violencia o abuso sexual durante la niñez, entre otros (28–30).

El embarazo y el parto traen consigo una gran variedad de efectos fisiológicos y psicosociales, por lo que el ejercicio de violencia de pareja durante estos periodos ubica a las mujeres en extrema vulnerabilidad (31), puesto que puede acarrear graves consecuencias en la salud física y mental tales como: abuso de sustancias, parto prematuro, compromiso agudo del bienestar fetal, hemorragias obstétricas, bajo peso al nacer, depresión posparto e incluso la muerte de la madre y el feto (32).

Además las mujeres víctimas de relaciones abusivas creen erróneamente que la gestación ofrece protección contra la violencia, sin embargo, esta etapa puede ser un campo peligroso que incrementa las inseguridades de hombres que dudan de su paternidad y la fidelidad de su pareja, acentuando un círculo de violencia (32). Posteriormente durante el puerperio resulta poco probable que los actos de violencia se omitan, pues este ciclo de violencia se extiende a los niños con la instauración del abuso infantil (33).

Por lo expuesto, debido a que la violencia en cualquier ámbito puede afectar a la salud física, mental, sexual y reproductiva de las mujeres, peor aún en un periodo tan importante de la vida reproductiva como lo es el embarazo y el puerperio,

sumado al hecho de que son acontecimientos totalmente prevenibles, consideramos que es fundamental abordar la temática en mención, pues los médicos somos entes importantes del área de salud y tenemos un papel trascendental en la atención o integral de las mujeres víctimas de violencia y siendo un punto de entrada en la detección, manejo y oportuna derivación de estos casos.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La violencia de pareja es uno de los claros desafíos en salud pública a nivel mundial y una violación de derechos humanos, este fenómeno pone en evidencia una multiplicidad de comportamientos abusivos perpetrados generalmente por los varones en contra de las mujeres con la finalidad de mantener el poder y el control (34).

La Organización Mundial de Salud (OMS) en el año 2018, en un análisis realizado en 161 países encontró que en todo el mundo una de cada tres mujeres o sea el 30%, reportaron algún tipo violencia de pareja a lo largo de su vida, siendo la violencia física y sexual las comúnmente referidas (33). En cuanto a grupos etarios la cuarta parte de mujeres de 15 a 49 años que han estado en una relación han sido sometidas a alguna forma de violencia física y/o sexual por parte de su pareja íntima (35).

Según estimaciones de la OMS en las regiones del Pacífico Occidental la prevalencia de violencia infligida por el compañero íntimo a lo largo de la vida de una mujer bordea el 20%, a su vez en Europa y países de altos ingresos económicos la frecuencia de VP fue de alrededor del 22%, en América bordea el 25% y en África y Asia Oriental es de aproximadamente 33% para cada una de estas zonas geográficas (35).

Los Centros para el Control de Enfermedades (CDC), cada año en este país más de 300.000 mujeres embarazadas experimentan algún tipo de violencia que involucra la pareja íntima, y alrededor de una cuarta parte de ellas han informado haber sido agredidas sexual o físicamente por sus conyugues, pareja o novio en

algún momento de sus vidas, específicamente la VP es una de las principales causas de lesiones en las estadounidenses con rangos de edad entre 15 a 44 años y se estima que es responsable del 25% de atenciones en áreas de emergencia (36).

La prevalencia de VP en las Américas es variable, identificándose que la proporción de mujeres que informaron violencia física y sexual o ambas varió entre un 14% a 17% en Brasil, Panamá y Uruguay, elevándose significativamente al 58,5% en Bolivia. En catorce países la frecuencia de VP varió de un cuarto a un tercio, y en cinco países (Bolivia, Colombia, Costa Rica, Ecuador y Estados Unidos) superó el tercio y en cuanto a la violencia física y/o sexual en Canadá llegó al 1,1% y en Bolivia 27,1% (34).

Los datos de violencia de pareja durante el embarazo y el parto aún en la actualidad son muy reducidos, pues una gran cantidad de casos de violencia de pareja que no son registrados debido a que las mujeres se ocultan por vergüenza, culpa, dependencia financiera, miedo al divorcio y/o separación y a la revictimización y exclusión social (37). Sin embargo, pese a dicho panorama, se estima que su prevalencia es menor en países desarrollados en comparación con los de vías de desarrollo con un 13,3% y un 27,7% respectivamente (32).

En el 2010, un estudio realizado en 19 países identificó que la frecuencia de VP durante la gestación osciló entre el 3% al 14% en Filipinas y Uganda (38) y en Katmandú se reveló que alrededor del 33% de gestantes estuvieron expuestas a VP durante el embarazo. Por su parte la VP en la periodo de gravidez osciló en el 2% en Australia, Camboya, Dinamarca y Filipinas y el 13,5% en Uganda (38).

Informes reportados en varios estudios hace una década especifican que en seis países europeos de violencia experimentada en mujeres embarazadas mostró que en Suecia la prevalencia fue del 3%, la misma de Bélgica e Islandia, mientras que en Dinamarca fue del 3,3%, en Noruega 3,7% y en Estonia 6,5% (39). Entre las australianas el 17% experimentó abuso emocional durante el primer año posparto (40) y en Canadá la cifra de VP durante el puerperio fue del 1% en una corte

longitudinal y prospectiva de 5 a 14 meses después del parto (41). En Estados Unidos en una investigación en 16 ciudades identificaron que la violencia física se experimentó en un 3,1%, la emocional un 27%, conducta de control y coacción en un 41% de gestantes (42).

La violencia de pareja es sin duda el resultado de una multiplicidad de factores que interactúan para incrementar o mitigar este fenómeno, dichos determinantes ocurren en diferentes contextos de la vida de la mujer que incluyen: el individual, familiar, comunitario y de la sociedad en general. Sin embargo, en la actualidad la pandemia COVID-19 y su impacto en el campo de salud pública y económica a nivel mundial, han elevado la exposición de las mujeres a abusos por parte de sus parejas pues el confinamiento, situaciones de crisis humanitarias, migración, entre otros aspectos, ha limitado la accesibilidad a servicios de salud y de jurisdicciones encargadas de casos de violencia contra la mujer, lo cual como es evidente ha contribuido enormemente en estimular y/o exacerbar los escenarios de violencia (35).

En concreto, no existe un perfil concreto de víctimas de violencia de pareja, pues esta no discrimina, y afecta a personas de todos los grupos de edad, etnias, creencias religiosas, nivel educativo, orientación sexual y grupos socio-económicos (43). Pero la exposición de violencia de pareja en un periodo de gran vulnerabilidad en la vida reproductiva como lo es el embarazo y puerperio es sumamente peligroso pues trae grandes repercusiones en el binomio madre e hijo (44,45).

En esta línea de ideas la VP acarrea graves consecuencias en la salud física, mental, sexual y reproductiva a corto y largo plazo, además de la afectación de los hijos y los costos sociales y económicos para la sociedad. Este tipo de violencia incrementa la probabilidad de embarazos no deseados, abortos inducidos, problemas de índole ginecológica, infecciones de transmisión sexual, y en el embarazo genera abortos espontáneos, muerte fetal, parto prematuro y bajo peso al nacer (46). En los niños que crecen en familias donde se exponen a VP pueden sufrir una variedad de trastornos emocionales y de comportamiento, que

irremediablemente perpetúan la violencia, además de la asociación a altas tasas de morbi-mortalidad en lactantes y niños con patologías diarreicas, desnutrición y bajas tasas de inmunización (33).

Desafortunadamente aunque en la actualidad se ha intentado poner en evidencia la violencia de pareja en contra las mujeres como un tipo de violencia de género, la información referente a esta problemática en el embarazo y el posparto es aún limitada, por lo que pretendemos con esta investigación poner en contexto una problemática real y latente durante un periodo tan crítico como la gestación y el puerperio, por lo que nos hemos planteado la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es la prevalencia, tipos, factores de riesgo y consecuencias de la violencia de pareja durante el embarazo y el posparto?

3. JUSTIFICACIÓN

Tomando en consideración las implicaciones que tiene la VP tanto en el embarazo como en el posparto, pues afecta sinérgicamente tanto a la madre como al feto y/o recién nacido, nos hemos planteado esta revisión bibliográfica con el objetivo de contar con información actualizada y con alta calidad de evidencia referente a la problemática en mención.

Dentro de las prioridades locales el tema de violencia de pareja se encuentra enmarcado en las líneas de investigación del Ministerio de Salud Pública 2013-2017 en el área de lesiones autoinflingidas y violencia interpersonal, línea de violencia y sublínea de perfil epidemiológico y grupos vulnerables (47).

Los beneficiarios de esta investigación serán los prestadores de salud en la atención gineco-obstétrica, pues dichos profesionales dispondrán de información actualizada respecto a VP en un periodo tan crítico como es el embarazo y el posparto, de manera que no solo se pueda visibilizar las cifras alarmantes de la VP en estos periodos del ciclo reproductivo, sino que además se genere interés por el colectivo de profesionales en el abordaje de este problema complejo con graves repercusiones para la salud, debido a que el fenómeno de violencia va más allá de

una afectación de la pareja íntima sino de manera directa y/o indirecta genera secuelas palpables en toda la sociedad.

La información presentada en el presente informe de investigación será publicada en las plataformas virtuales de la Universidad Católica de Cuenca.

4. FUNDAMENTO TEÓRICO

4.1. Concepto de violencia de pareja

La violencia de pareja se define como “todo acto de violencia que genera un daño físico, sexual o psicológico”, considerándose también a las “amenazas o privaciones de libertad” como actos violentos ejercidos por la pareja íntima (14,48).

Bajo dicho concepto la violencia de pareja contra la mujer durante el embarazo y posparto, es considerada aquella que sucede durante este periodo y que como es evidente expone a un riesgo potencial tanto para la madre como para el feto, siendo considerado un grave problema de salud pública a nivel mundial y una violación de derechos humanos (49).

4.2. Características de la violencia de Pareja

La violencia de pareja es una forma común de violencia hacia la mujer y como mencionamos anteriormente este tipo de violencia la propicia el cónyuge, persona con relación de afectividad actual o pasada, con o sin convivir con la gestante implicada. Este tipo de violencia presenta un ciclo que consta de tres fases, el mismo que explica cómo se dan los comportamientos violentos de agresor y la respuesta de la víctima tales como:

- **Fase de Tensión:** se caracteriza por una escala gradual de tensión y conflictos de pareja, el hombre muestra hostilidad la misma que aumenta en intensidad mientras que la mujer intenta brindar calma a la situación, pero no (6,50).
- **Fase de Agresión:** en esta fase la mujer generalmente cuenta a alguien de confianza la situación por la que atraviesa, pues se incrementa aún más la violencia física, psicológica o sexual (6,50).
- **Fase de Luna de miel o Conciliación:** el agresor suele presentar señales de arrepentimiento, pide perdón o realiza promesas de cambio, aparece sentimiento de culpabilidad en la mujer e incluso niega los hechos sucedidos anteriormente (6,50).

4.3. Tipos de violencia de pareja

- **Violencia psicológica y/o emocional:** situación en la que el agresor brinda actos como insultos, humillaciones o denigraciones de manera constante a la mujer gestante o puérpera o a su entorno. Dentro de este tipo de violencia se suelen presentar los casos de víctimas de comportamientos controladores en los que el hombre le impide ver a sus amigas o a su familia o limita su contacto, además se han evidenciado situaciones en las que el hombre le impide utilizar el celular, redes sociales, le acusa de ser infiel, le solicita su ubicación en todo momento (51).
- **Violencia física:** se da en situaciones en las que el hombre presenta conductas de agresión física contra la mujer, en la que le propicia: golpes, abofeteadas, empujones, patadas, estrangulaciones, quemaduras e incluso puede utilizar pistolas o cuchillos para hacerle daño a su pareja (21).
- **Violencia sexual:** se define como la situación en la que la mujer es obligada a mantener relaciones sexuales contra su voluntad o realizar algún tipo de acto o actividad sexual que considere humillante e indigna de sí misma (10).
- **Violencia económica y patrimonial:** incluye situaciones en los que se generan limitaciones económicas a fin de llevar un control estricto del dinero o patrimonio, en este tipo de violencia la mujer pierde su autonomía debido a que usualmente el agresor le impide acceder a un empleo ocasionando que la mujer solicite dinero y le brinde información exacta acerca del gasto del mismo a su pareja (52).

4.4. Marco legal de la violencia de pareja

En un marco Legal Internacional la Carta de las Naciones Unidas, que es un instrumento público afirma que es prioritaria la igualdad de derechos entre ambos sexos, además dispone de medios para proteger y garantizar los derechos humanos de la mujer (7). Al igual que la Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer, que subraya que es necesario que los

estados garantice e incentiven a la creación de programas informativos y educativos acerca de la violencia de genero hacia la mujer (18).

A nivel nacional la Constitución de la República del Ecuador en su artículo 43 detalla medidas para garantizar el goce de los derechos de la mujer gestante o puérpera, conjuntamente con los artículos 70 y 81 que se orientan en el juzgamiento de delitos de violencia intrafamiliar (54). El Código Orgánico Integral Penal, contiene artículos orientados a sancionar actos como: femicidio, intimidación, violencia física, psicológica y sexual contra la mujer, incluyendo acoso, abuso sexual y violación, detallándose las situaciones aplicables en cada categoría y con penas privativas de libertad al agresor que oscilan entre uno y tres años, mientras que en casos graves que incluyen violación o abuso sexual hasta 19 años (55).

4.5. Factores asociados a la violencia de pareja durante el embarazo y postparto

Como tal no existe causas o razones establecidas para ser víctima de este tipo de maltrato, pero se han asociado una serie de factores de riesgo que pueden originar situaciones de violencia de pareja durante el embarazo o postparto tales como: madre adolescente o tener una diferencia mayor a 10 años con la pareja, embarazo no deseado, negación a la toma de anticonceptivos, bajo nivel educativo, dependencia económica, desempleo, encontrarse en una relación inestable o en unión libre, uso de sustancias tóxicas ya sea alcohol, cigarrillo o drogas por parte de la pareja (56). Así también el haber sido víctima de algún tipo de maltrato en etapas tempranas de la vida, la disfuncionalidad familiar y malas relaciones familiares, entre otros (51,57).

4.6. Consecuencias de la violencia de pareja durante el embarazo y postparto

Cualquier tipo de violencia ejercida sobre una persona tiene sin duda una serie de repercusiones en la salud de la víctima, sin embargo, durante la gestación o el puerperio como es evidente al ser etapas de gran vulnerabilidad la afectación no solo se da en la gestante sino también en el feto y/o recién nacido. Las expresiones de violencia y sus consecuencias dependen del momento de gestación en el que se ejerzan, el tipo de maltrato, la frecuencia, el periodo de exposición y si la gestación fue deseada o no; generalmente al no contar con apoyo puede ocasionar repercusiones en la salud física y mental, además de cambios en la conducta sexual y reproductiva de la víctima (14,20).

Las lesiones pueden visibilizarse clínicamente con sangrado vaginal, infecciones de vías urinarias a repetición e incluso hipertensión arterial, desnutrición, anemia o alguna infección de transmisión sexual (50). En algunos de los casos suelen reportarse graves complicaciones como: aborto, amenaza de parto pretérmino, bajo peso al nacer, ruptura prematura de membranas, óbito fetal e incluso muerte materna. Durante el puerperio se puede manifestar signos de maltrato infantil, interrupción en la lactancia materna, depresión postparto e ideación suicida (48,58).

4.7. Prevención de violencia de pareja durante el embarazo y postparto

- **Formación y sensibilización al personal sanitario:** acerca de la importancia de la detección e intervención temprana en los controles prenatales o citas médicas a la que acuda la gestante (56).
- **Conocer los recursos de sociedad civil:** mediante las asociaciones y organizaciones que brindan ayuda a las mujeres en situación de violencia.
- **Creación de guías y protocolos acerca de la violencia de pareja en el embarazo y puerperio:** para facilitar la detección temprana y las diversas pautas de actuación (59).
- **Difundir información acerca de la violencia de pareja en el embarazo:** mediante carteles, trípticos, charlas informativas que informen a las mujeres acerca de sus derechos, así también como los medios a los que acudir en caso de ser víctima de la misma (25).

- **Fomentar la investigación de la violencia:** en diversos ámbitos con el fin de conocer prevalencias, factores de riesgo y otras características de las poblaciones cercanas (56).

5. OBJETIVOS

5.1. Objetivo general: compilar información actualizada sobre prevalencia, tipos, factores de riesgo y consecuencias de la violencia de pareja durante el embarazo y el posparto.

5.2. Objetivos específicos:

- Identificar la prevalencia de violencia de pareja durante el embarazo y/o el posparto.
- Detallar los tipos de violencia de pareja durante la gestación y/o el posparto.
- Evaluar los factores de riesgo relacionados con la violencia de pareja durante la gestación y/o el posparto.
- Identificar las consecuencias de la violencia de pareja durante el embarazo y/o el posparto.

6. METODOLOGÍA

- 6.1. **Diseño metodológico:** revisión bibliográfica.
- 6.2. **Criterios de elegibilidad:** se incluyeron estudios cuantitativos, cuyas participantes fueron mujeres en periodo de gestación y en posparto, con diseños metodológicos transversales, retrospectivos, prospectivos y descriptivos con calidad de evidencia cuartil uno a cuatro según el portal de Scimago Journal Country Rank. No se discriminó idioma, pero se analizaron únicamente estudios con texto completo.
- 6.3. **Criterios de exclusión:** investigaciones cualitativas, trabajos de titulación, series de casos y guías de práctica clínica.
- 6.4. **Fuentes de información:** las bases electrónicas que se utilizaron para la compilación de artículos científicos descritos en el capítulo de resultados fueron: Pubmed, Cochrane, Scielo, LILACS.
- 6.5. **Estrategia de búsqueda de información:** en función a los criterios de inclusión y los objetivos de este trabajo de investigación, la búsqueda de información se realizó en las bases electrónicas expuestas en párrafos anteriores, para lo cual se aplicaron descriptores en ciencias de la salud (violencia de pareja, violencia doméstica, violencia de género) y en inglés según los medical subject headings (Intimate Partner Violence, Domestic Violence, Gender-Based Violence). Los operadores booleanos (and, or o not) fueron utilizados con el objetivo de limitar la información encontrada sobre violencia de pareja.
- 6.6. **Selección de estudios:** en concordancia con los criterios de elegibilidad y el cumplimiento ordenado de los objetivos de estudios, procedimos a elegir los estudios que se analizaron y se representaron en el capítulo de resultados. Se filtraron cuidadosamente los artículos donde participaron gestantes y/o puérperas que fueron expuestas a violencia de pareja.
- 6.7. **Proceso de recopilación de información:** para la recolección de la información de los artículos seleccionados nos basamos en los parámetros de la Guía Prisma de acuerdo a la estrategia PICO (participantes, intervenciones, comparaciones, resultados y diseño metodológico). Además

de cada artículo se registraron: año y lugar de publicación, autores y cuartil de evidencia científica según Scimago.

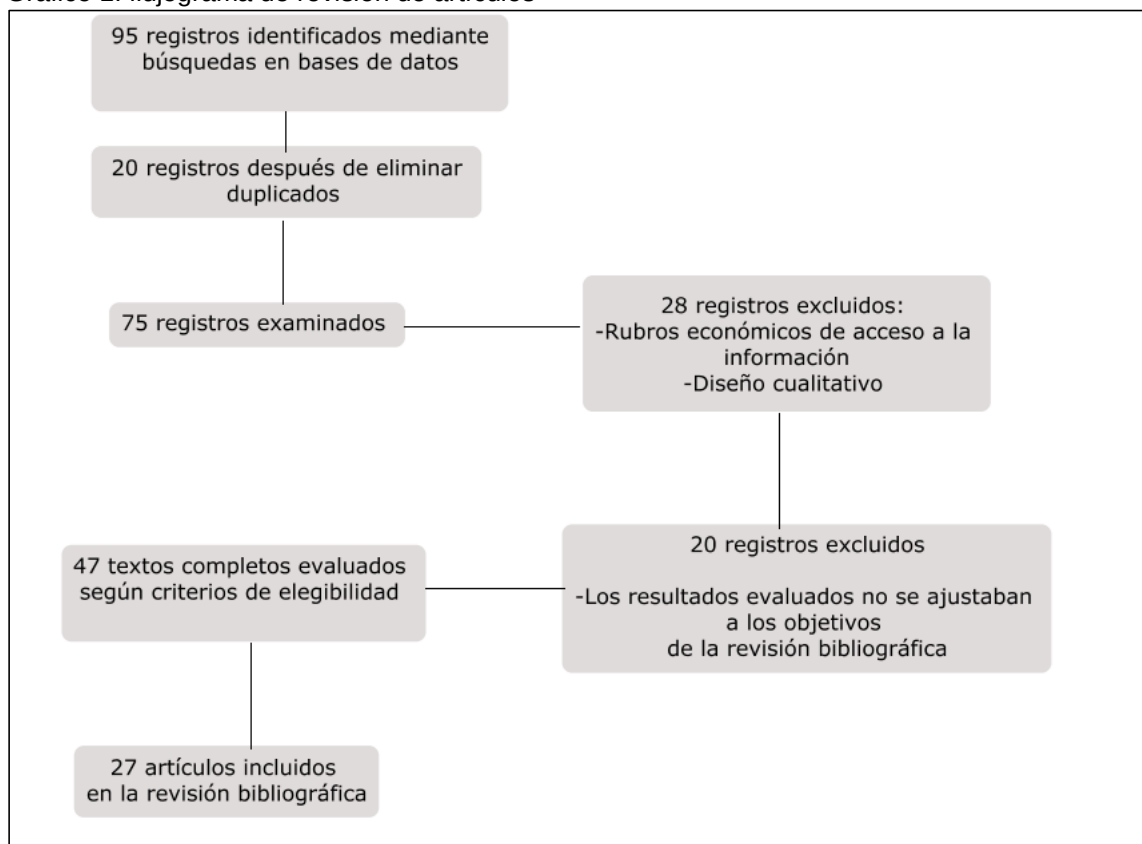
- 6.8. Lista de datos:** las variables que se extrajeron de los artículos analizados cumplieron con los objetivos de la presente revisión bibliográfica e incluyeron: prevalencia, tipos, factores asociados y consecuencias de la violencia de pareja durante la gestación y el puerperio.
- 6.9. Síntesis de resultados:** los resultados se consolidaron en tablas personalizadas y fueron presentados según los objetivos de la investigación. Se reportaron cifras de prevalencia, razón de momios, intervalos de confianza al 95% y valor de p.
- 6.10. Aspectos éticos:** el autor de la presente investigación declara no presentar conflicto de interés.
- 6.11. Financiamiento:** autofinanciado por el autor.

7. RESULTADOS

7.1. Caracterización de Resultados

La recolección de información se realizó por medio de la búsqueda sistemática en bases de datos electrónicas. La mayoría de estudios fueron extraídos de Pubmed, en idioma inglés, con cuartil uno a cuatro, por lo que de acuerdo a los criterios de elegibilidad se incluyeron 27 artículos (gráfico 1).

Gráfico 1: flujograma de revisión de artículos



Elaborado por: Carlos Córdova

7.2. Prevalencia de violencia de pareja en el embarazo y postparto

Identificamos catorce artículos con alta calidad de evidencia científica que cumplieron con los criterios de inclusión planteados para esta revisión bibliográfica, evidenciando que la mayoría de estudios que fueron de corte transversal obtuvieron información referente a VP durante la gestación más no en el puerperio. Entre ellos sobresalieron los estudios realizados por Yohannes et al., (1) y Fekadu et al., (2) en Etiopía quienes observaron que más de la mitad de mujeres participantes en estas

investigaciones fueron víctimas de violencia de pareja durante el embarazo (tabla 1).

Zheng et al., (3), Muzrif et al., (4) Stöckl et al., (5) revelaron que en países del continente asiático y africano la prevalencia de VP durante el embarazo osciló entre el 15.6% al 39.8%, mientras que otros autores en Estados Unidos, identificaron frecuencias de dicho fenómeno de 4.5%, 5.7% y 13.9% (6–8) y en España Román et al., (9) concluyeron que el 25% de gestantes sufrieron de VP (tabla 1).

Por su parte durante el periodo posparto pudimos identificar cuatro estudios que abordaron el fenómeno de violencia de pareja durante este periodo, encontrando según las conclusiones de dichas investigaciones que la VP en el puerperio fluctuó con valores de entre 10.5 % a 30% (10–13) (tabla 1).

Tabla 1: prevalencia de violencia de pareja durante el periodo de embarazo y postparto.

AUTOR	AÑO	LUGAR	DISEÑO	PARTICIPANTES	PERIODO	PREVALENCIA VP ^a (%)
Gebrezgi et al (17)	2017	Etiopía	Transversal	422	Embarazo	20.6
Fekadu et al (2)	2018	Etiopía	Transversal	450	Embarazo	58.7
Zheng et al (3)	2020	China	Transversal	813	Embarazo	15.6
Muzrif et al (4)	2018	Srilanka	Transversal	2088	Embarazo	38.6
Yohannes et al (1)	2019	Etiopía	Transversal	299	Embarazo	64.6
Bhatta (10)	2019	Nepal	Transversal	165	Posparto	26.2
Mahenge et al (11)	2016	Tanzania	Transversal	500	Posparto	18.8
Finnbogadottir et al(6)	2016	Estados Unidos	Transversal	1939	Embarazo	5.8
Thies et al (7)	2017	Estados Unidos	Transversal	731	Embarazo	4.5
Gibbs et al (12)	2017	Sudáfrica	Transversal	346	Posparto	10.5
Rogathi et al (13)	2017	Tanzania	Transversal	1013	Posparto	30.0
Stevenson et al (8)	2019	Estados Unidos	Transversal	5529	Embarazo	13.9
Stöckl et al (5)	2018	Tanzania	Transversal	500	Embarazo	39.8
Román et al (9)	2021	España	Metanálisis	126 estudios	Embarazo	25.0

Abreviaturas: VP ^a: Violencia de pareja

Elaborado por: Carlos Córdova

7.3. Tipos de violencia de pareja durante el periodo de embarazo y postparto

En lo referente a los tipos de violencia de pareja durante el embarazo y postparto analizamos nueve artículos, donde pudimos constatar que los diferentes autores señalaron a la violencia física, psicológica y sexual como los tipos más frecuentes de VP en ambos periodos del ciclo reproductivo.

La violencia psicológica y física fueron los tipos de violencia más comúnmente referidos durante el embarazo, concretamente las agresiones en la esfera psicológica expresadas por las mujeres durante el periodo de gestación fluctuaron entre un 10.5% a 57.8% (1,2,4,9,14,15). Con respecto a la violencia física en embarazadas se identificaron valores que oscilaron entre 6.0% al 44.1% (1,4,5,9,14,15) (tabla 2).

Muzrif et al., (4) Román et al., (9) Stöckl et al., (5) Yohanees et al., (1) y Chasweka et al., (15) evidenciaron que la violencia sexual tuvo también un papel protagónico en la VP durante el embarazo pues encontraron prevalencias de 2.8%, 5.5%, 9.0%, 23.7% y 28 % respectivamente (tabla 2). Durante el puerperio Meskele et al., (16) observaron que la violencia psicológica tuvo una frecuencia de 50.6% seguida de la física con 42,8%, a su vez Rogathi et al., (13) concluyeron que las agresiones en psicológicas y/o emocionales fueron las más comunes con 22,3% y las de tipo sexual mostraron porcentajes de 15.7% (tabla 2).

Tabla 2: tipos de violencia de pareja durante el periodo de embarazo y postparto.

AUTOR	AÑO	LUGAR	DISEÑO	PARTICIPANTES	PERIODO	TIPOS DE VIOLENCIA	FRECUENCIA (%)
Habib et al (14)	2018	Pakistán	Transversal	1000 Mujeres	Embarazo	Violencia psicológica	27.0
						Violencia física	6.0
Fekadu et al (2)	2018	Etiopía	Transversal	450 mujeres	Embarazo	Violencia psicológica	57.8
Muzrif et al (4)	2018	Srilanka	Transversal	2088 Mujeres	Embarazo	Violencia física	25.3
						Violencia sexual	2.8
						Violencia psicológica	10.5
Yohannes et al (1)	2019	Etiopía	Transversal	299 Mujeres	Embarazo	Violencia física	44.1
						Violencia psicológica	39.1
						Violencia sexual	23.7
Rogathi et al (13)	2017	Tanzania	Transversal	1013 Mujeres	Posparto	Violencia psicológica	22.3
						Violencia sexual	15.7
						Violencia física	6.2
Stöckl et al (5)	2018	Tanzania	Transversal	500 Mujeres	Embarazo	Violencia física	12.0
						Violencia sexual	9.0
						Violencia física y sexual	18.8
Román- Galvez et al (9)	2021	España	Metanálisis	126 Estudios	Embarazo	Violencia física	9.2
						Violencia psicológica	18.7
						Violencia sexual	5.5
Chasweka et al (15)	2018	Malawi	Transversal	292 Mujeres	Embarazo	Violencia psicológica	29.0
						Violencia sexual	28.0
						Violencia física	14.0
Meskele et al (16)	2019	Etiopía	Transversal	816 Mujeres	Posparto	Violencia psicológica	50.6
						Violencia física	42.8
						Violencia sexual	26.8

Elaborado por: Carlos Córdova

7.4. Factores Asociados a la violencia de pareja durante el periodo de embarazo y postparto.

Compilamos doce artículos que identificaron en sus conclusiones una variedad de factores de riesgo relacionados con la violencia de pareja durante el periodo de embarazo y postparto, con el objetivo de una mejor organización, clasificación y análisis de la información obtenida para la presente revisión bibliográfica, procedimos a agrupar dichos determinantes de acuerdo a variables sociodemográficas y grupos étnicos, hábitos tóxicos, relaciones de pareja y entorno familiar y antecedentes obstétricos.

En esta línea de ideas para Gebrezgi et al., (17) Muzrif et al., (4) las gestantes adolescentes y adultas jóvenes que residían en áreas rurales tuvieron una mayor probabilidad de sufrir VP (<0.001). Y en cuanto a la instrucción, aquellas mujeres que no alcanzaron ningún nivel de instrucción estuvieron más comúnmente expuestas a VP durante el embarazo (1,4,17) (tabla 3).

Algunas variables relacionadas con la pareja fueron trascendentales en la asociación de riesgo a VP, así el nivel educativo de la pareja fue factor analizado en los estudios de Gebrezgi et al., (17) y Shrestha et al., (18) estos autores concluyeron que el analfabetismo de los varones se asoció a VP durante el embarazo. Además Yohannes et al., (1) identificaron que si los compañeros de las gestantes eran agricultores y/o convictos también se presentó asociación de riesgo a VP (tabla 3).

En lo que respecta a los hábitos tóxicos el consumo de alcohol fue sin duda el compuesto químico que consumido por la pareja de la gestante incrementó el riesgo de ser víctima de violencia pues la razón de probabilidades fue superior a la unidad con relación estadísticamente significativa ($p < 0.05$) (1,2,17–19). Únicamente Lencha et al., (19) encontraron que la adicción a drogas y/o cigarrillo se asoció a VP en el embarazo.

El bajo nivel socioeconómico y la dependencia económica de la pareja según Fekadu et al., (2) y Shrestha et al., (18) Muzrif et al., (4) fueron determinantes en la exposición de VP durante el embarazo, pues estos autores identificaron una razón de probabilidades de superior a la unidad y relación

estadísticamente significativa ($p < 0.05$), con intervalos de confianza concluyentes. Sólo Zheng et al., (3) mencionaron la categorización de las gestantes en un nivel económico medio estuvo relacionado con la perpetración de violencia (tabla 3). Muzrif et al., (4), Shrestha et al., (18), Lencha et al., (19), Fekadu et al., (2), identificaron otras variables de riesgo de violencia relacionadas con la pareja de la gestante tales como: prácticas sexuales y/o comportamientos agresivos (tabla 3).

En cuanto a las relaciones familiares, Zheng et al., (3) concluyeron que la mala relación con la madre de su pareja, la disfuncionalidad y tensiones familiares incrementaron la posibilidad de padecer VP durante el embarazo. Además según Fekadu et al., (2) los embarazos no planificados y Lencha et al., (19) aquellas con antecedentes de aborto y gestaciones no deseadas mostraron una mayor probabilidad de ser víctima de violencia de pareja durante la gestación. Por su parte, Stöckl et al., (5) plantearon que el historial de abuso en la infancia fue factor de riesgo importante en la VP debido a la normalización de estas acciones por parte abusador (tabla 3).

Finalmente, encontramos cuatro investigaciones que incluyeron mujeres durante el posparto y la valoración de riesgo de VP, en este contexto, Bhatta et al., (20) y Wagman et al., (21) identificaron que aquellas gestantes cuya parejas que consumían alcohol tuvieron una mayor asociación a VP, y Rogathi et al., (13) y Mahenge et al., (11) evidenciaron que las mujeres adolescentes y adultas jóvenes fueron las puérperas con mayor probabilidad de exposición a VP (tabla 3).

Tabla 3: Factores de riesgo asociados a violencia de pareja durante el periodo de embarazo y postparto.

AUTOR	AÑO	LUGAR	DISEÑO	MUJERES	FACTOR DE RIESGO	OR ^a	IC ^b 95%	VALOR p	
Gebrezgi et al (17)	2017	Etiopía	Transversal	422 gestantes	Edad ≥17 años	4,42	2,07	9,42	0,001
					Analfabetas	2,78	1,1	7,08	0,001
					Residir en áreas rurales	2,63	1,24	5,58	0,001
					Pareja sin instrucción	2,78	1,1	7,08	0,001
					Pareja consume alcohol	3,9	1,85	7,82	0,001
Fekadu et al (2)	2018	Etiopía	Transversal	450 gestantes	Dependencia económica	3,37	2,14	7,95	0,001
					Pareja consume alcohol	4,59	1,82	11,5	0,001
					Embarazo no planificado	1,77	1,18	2,89	0,001
					Desobedecer a su pareja	2,36	1,37	4,07	0,001
Zheng et al (3)	2020	China	Transversal	813 gestantes	Mala relación con su suegra	2,85	1,29	6,3	0,001
					Tensiones familiares	3,3	1,57	6,93	0,001
					Nivel socioeconómico medio	2,17	1,18	4,00	0,001
					Disfuncionalidad familiar	4,01	2,09	7,69	0,001
Muzrif et al (4)	2018	SriLanka	Transversal	2088 gestantes	Residir en áreas rurales	2,24	1,87	2,7	0,001
					Edad entre 16 a 30 años	1,48	1,24	1,77	0,001
					Analfabetas	1,68	1,4	2,02	0,001
					Bajo nivel socioeconómico	1,35	1,1	1,67	0,001
Yohannes et al (1)	2019	Etiopía	Transversal	299 gestantes	Analfabetas	6,3	2,23	11,6	0,001
					Pareja consume alcohol	5,72	1,87	11,5	0,001
					Pareja exconvicto	2,59	1,15	5,88	0,001
					Pareja ocupación agricultor	3,26	1,29	8,25	0,001
Bhatta et al (20)	2021	Nepal	Transversal	165 puérperas	Pareja consume alcohol	2,12	1,4	3,2	0,001
Wagman et al (21)	2016	India	Transversal	1038 puérperas	Pareja consume alcohol	2,00	1,3	3,1	0,001
Mahenge et al (11)	2016	Tanzania	Transversal	500 puérperas	Tensiones familiares	2,2	1,24	4,03	0,001
					Edad < 25 años	4,4	1,24	15,6	0,001

Rogathi et al (13)	2017	Tanzania	Transversal	1013 puéperas	Edad 18 a 24 años	3,75	1,21	11,6	0,001
					Antecedente de VP	3,1	2,04	4,4	0,001
Stöckl et al (5)	2018	Tanzania	Transversal	500 gestantes	Historial de maltrato en la infancia	5,2	2,63	10,5	0,001
Shrestha et al (18)	2016	Katmandú	Transversal	404 gestantes	Pareja sin instrucción	5,6	1,38	22,7	0,001
					Dependencia económica	1,39	1,18	5,07	0,001
					Pareja consume alcohol	1,87	1,19	2,94	0,001
					Actitud controladora de la pareja	3,15	1,98	5,02	0,001
					Pareja con relación extramarital	10,8	2,97	39,8	0,001
					Actitud resignación al maltrato	3,32	1,38	7,99	0,001
					Negarse a tener relaciones sexuales	2,53	1,00	6,41	0,001
					Pareja consume alcohol	2,9	1,5	5,4	0,001
Lencha et al (19)	2019	Etiopía	Transversal	612 gestantes	Pareja consume drogas	1,7	1,1	2,6	0,001
					Pareja con adicción al cigarrillo	2,6	1,4	4,9	0,001
					Comportamiento agresivo y controlador de la pareja	2,8	1,7	4,6	0,001
					Pareja con edad ≥30 años	1,8	1,2	2,9	0,001
					Embarazo no deseado	3,3	1,9	5,5	0,001
					Antecedentes de aborto previo	2,1	1,2	3,6	0,001

Abreviaturas: OR ^a: odds ratio; IC ^b: intervalo de confianza

Elaborado por: Carlos Córdova

7.5. Consecuencias de la violencia de pareja durante el periodo de embarazo y postparto.

En cuanto a las complicaciones atribuidas a la violencia de pareja durante el periodo perinatal Gebreslasie et al., (22) Sigalla et al., (23) y Shamu et al., (24) identificaron contundentemente que la práctica de VP durante este ciclo reproductivo se relacionó con parto prematuro, bajo peso al nacer y óbito fetal, pues la razón de probabilidades en todos estos estudios fue mayor a la unidad, con intervalos de confianza concluyentes y relación estadísticamente significativa ($p < 0.05$).

Gibbs et al., (12) Tabb et al., (25) Rogathi et al., (13) Rogathi et al., (13) Lima et al., (26) mostraron una clara relación de riesgo de VP y la presencia de depresión posparto, con una razón de momios >1 y relación estadísticamente significativa. Aunque Tabb et al., (25), además de la DPP detectaron que las mujeres expuestas a violencia de pareja íntima presentaron también ideas suicidas en el periodo posparto (tabla 1).

Tabla 4: Consecuencias de la violencia de pareja durante el embarazo y postparto.

AUTOR	AÑO	LUGAR	DISEÑO	PARTICIPANTES	CONSECUENCIAS	OR ^a	IC ^b 95%		VALOR p
Gibbs et al (12)	2017	Sudáfrica	Transversal	346 puérperas	Depresión posparto	1,2	1,04	1,38	0,001
					Sentirse limitadas	2,96	1,15	7,57	0,001
Tabb et al (25)	2018	Brasil	Transversal	701 puérperas	Depresión posparto	13,2	3,43	50,81	0,001
					Ideaciones suicidas	7,25	3,23	16,27	0,001
Rogathi et al (13)	2017	Tanzania	Transversal	1013 puérperas	Depresión posparto	2,79	1,76	4,42	0,001
Stöckl et al (5)	2018	Tanzania	Transversal	500 puérperas	Depresión posparto	3,82	2,12	6,87	0,001
Gebreslasie et al (22)	2020	Etiopía	Transversal	648 gestantes	Bajo peso al nacer	16,70	6,00	46,00	0,001
					Óbito fetal	3,30	1,10	9,70	0,001
Sigalla et al (23)	2017	Tanzania	Transversal	1112 gestantes	Parto prematuro	4,50	1,50	13,70	0,001
					Bajo peso al nacer	4,80	1,60	14,80	0,001
Shamu et al (24)	2018	Zimbabue	Transversal	2042 gestantes	Bajo peso al nacer	1,78	1,26	2,52	0,001
					Cesárea de emergencia	1,38	1,03	1,83	0,001
					Óbito fetal	1,27	1,13	2,05	0,001
Lima et al (26)	2020	Brasil	Transversal	2125 puérperas	Depresión posparto	6,74	2,00	21,70	0,001

Abreviaturas: OR ^a: odds ratio; IC ^b: intervalo de confianza

Elaborado por: Carlos Córdova

8. DISCUSIÓN

La violencia de pareja (VP) durante el periodo de embarazo y posparto es un problema de salud pública cuya génesis es multifactorial e involucra a varios actores claramente identificados e incluyen: la víctima, el abusador, el sistema social y/o familiar (57). Este tipo violencia suscitada durante periodos de gran vulnerabilidad como lo son la gestación y el puerperio puede generar graves consecuencias en el binomio madre e hijo (52).

Dentro de los hallazgos del presente estudio observamos que la VP durante la gestación y postparto fue fenómeno común a la luz de las conclusiones de diversos autores, ello independientemente de la distribución por áreas geográficas; por lo que llamó nuestra atención la variación de valores de prevalencia de VP sobre todo al contrastar países industrializados y en vías de desarrollo. Este fenómeno sin duda se atribuyó a un contexto educacional y/o cultural, pues en naciones desarrolladas se reconoce que la mujer de manera general muestra un empoderamiento en sus derechos sexuales, reproductivos e igualdad de género, hechos que no ocurren en países con reducidos ingresos económicos (32).

Por otra parte las medidas de prevención de VP existentes en cada medio en el que se desenvuelve la mujer son trascendentales a fin de entender la prevalencia de VP en el embarazo y postparto, pues resulta indispensable poner en evidencia la carga emocional y psicológica de las gestantes expuestas a VP, ello sumado al miedo al fracaso, el amor, la dependencia, la escasez de recursos económicos, la vergüenza y la revictimización (32).

En un esfuerzo por identificar la prevalencia de VP pudimos observar de manera general que la mayoría de estudios consultados fueron realizados en gestantes, así Fekadu et al., (2) y Yohannes et al., (1) coincidieron en sus conclusiones que un porcentaje muy elevado de participantes de sus investigaciones estuvieron expuestas a VP durante la gravidez con el 58,7% y 64,6% respectivamente.

Contrariamente a lo expuesto, otros investigadores mostraron cifras inferiores de VP en el embarazo de entre 4.5% al 13,9% (6–8), pero Zheng et al., (3), Muzrif et al., (4) Stöckl et al., (5) Román et al., (9) concluyeron porcentajes superiores

de entre el 15.6% al 39.8%. Una proporción similar de puérperas según otros investigadores fueron catalogadas como mujeres expuestas a VP con prevalencias de entre 10.5 % al 30% (10–13).

En cuanto a los tipos de violencia identificados durante el periodo de la gestación, pudimos constatar que las agresiones de orden psicológico y físico fueron las más frecuentemente encontradas según consenso de varios investigadores (1, 2, 4, 5, 9, 14, 15); coincidentalmente durante el periodo posparto Meskele et al., (16) y Rogathi et al., (13) observaron que la violencia psicológica fue la que mostró una prevalencia más elevada con el 50.6% y 22,3% de casos.

Cabe señalar que los actos relacionados con violencia psicológica fueron descritos por las participantes de los estudios como: insultos, discriminaciones, gritos, amenazas, acciones de menosprecio, sentirse poco valoradas e poco significantes en su hogar (4,16), acciones que originaron pensamientos depresivos e incluso ideaciones suicidas debido al estado de vulnerabilidad del periodo de gestación o puerperio (52).

Muzrif et al., (4) Román et al., (9) Stöckl et al., (5) Yohanees et al., (1) y Chasweka et al., (15) mostraron en sus conclusiones que la violencia sexual mostró cifras representativas durante el embarazo. Este tipo de violencia fue percibida por las encuestadas, como situaciones en las que se les obligaba a tener relaciones sexuales o realizar algún tipo de acto sexual, a pesar de que haber expresado previamente la negativa a su pareja en realizar dichas prácticas (24).

Históricamente la violencia ejercida contra las mujeres supone varios factores y construcciones sociales, donde se demuestra una clara relación desigual e inequitativa de responsabilidades y poderes, hechos a los que se suma la subordinación de las mujeres. Los determinantes sociodemográficos tuvieron gran relevancia en la asociación de riesgo a VP durante el periodo de gestación y el posparto, pues según Gebrezgi et al., (17) Muzrif et al., (4) las mujeres adolescentes y adultas jóvenes residentes en áreas rurales tuvieron una mayor probabilidad de sufrir VP. Teóricamente, mientras menor edad tenga la gestante mayor es la probabilidad de ser víctima de su pareja, debido a los cambios

hormonales, su estado de vulnerabilidad y su situación de embarazo en edades tempranas (11).

Por su parte Yohannes et al., (1) Muzrif et al., (4) y Gebrezgi et al., (17) coincidieron en sus conclusiones que las mujeres sin ningún nivel de instrucción también presentaron un mayor riesgo de VP, pues el menor nivel educativo restringe el conocimiento y/o acceso a derechos humanos, sexuales y reproductivos de la mujer, los cuales juegan un rol indispensable en la identificación del abuso, además la falta de preparación académica conduce irremediamente a un estado de sumisión de la gestante frente a su pareja (57).

Varias investigaciones analizaron diferentes variables de la pareja y su relación con la VP, en primera instancia, respecto a la instrucción del conyugue o compañero sentimental Gebrezgi et al., (17) y Shrestha et al., (18) coincidieron que el analfabetismo se asoció con la perpetración de VP durante el embarazo. Por otro lado, el consumo de alcohol también se consideró como un factor con fuerte asociación a VP (1,2,17–19). Para Muzrif et al., (4), Shrestha et al., (18), Lencha et al., (19), Fekadu et al., (2), mostraron que ciertas prácticas sexuales y/o comportamientos agresivos también se relacionaron con VP.

Fekadu et al., (2) y Shrestha et al., (18) Muzrif et al., (4) encontraron en su análisis que el bajo nivel socioeconómico y la dependencia financiera también fueron factores de asociados a VP durante el embarazo. Contrariamente a lo observado por Zheng et al., (3) quienes identificaron que las gestantes con un nivel económico medio presentaron una mayor probabilidad de sufrir de VP.

En lo que respecta a las relaciones familiares Zheng et al., (3) concluyeron que la mala relación con la madre de su pareja, la disfuncionalidad y tensiones familiares incrementaron la posibilidad de padecer VP durante el embarazo. Esto puede atribuirse al hecho de que la gestante se desarrolla en un ambiente de ansiedad y miedo, debiendo contar con la supervisión y/o aprobación de su pareja o entorno familiar (3,11).

En cuanto a variables obstétricas e historial de violencia, Fekadu et al., (2) observaron que las mujeres con embarazos no planificados y Lencha et al., (19) identificaron que aquellas madres con antecedentes de aborto y gestaciones no

deseadas mostraron una mayor probabilidad de ser víctima de violencia de pareja durante la gestación; a su vez, Stöckl et al., (5) atribuyeron los antecedentes de abuso en la infancia fue factor de riesgo para exponerse a VP debido a la normalización del maltrato.

En el posparto los factores de riesgo fueron semejantes a los expuestos durante el embarazo, así Bhatta et al., (20) y Wagman et al., (21) coincidieron en que el consumo de bebidas alcohólicas predispuso a las participantes de sus estudios a sufrir VP. A su vez Rogathi et al., (13) y Mahenge et al., (11) señalaron que las mujeres adolescentes y adultas jóvenes fueron las puérperas con mayor probabilidad de exposición a VP.

Al llegar a este punto, es importante subrayar que pesar de la elevada prevalencia de la VP durante la gestación y puerperio, la detección de este tipo de violencia es aún insuficiente, convirtiéndose en un fenómeno invisible y desapercibido en la consulta prenatal, aunque puede sospecharse si se visibilizan lesiones físicas, por lo que la literatura médica menciona diversas consecuencias en torno a esta problemática que no solo afectan a la madre sino también al feto. Autores como Gebreslasie et al., (22) Sigalla et al., (23) y Shamu et al., (24) mencionaron que como consecuencia de la VP durante el embarazo identificaron una mayor probabilidad de complicaciones como: parto prematuro, bajo peso al nacer y óbito fetal.

Del mismo modo en el posparto, Gibbs et al., (12) Tabb et al., (25) Rogathi et al., (13) Rogathi et al., (13) Lima et al., (26) atribuyeron una clara asociación de la VP y la depresión posparto y Tabb et al., (25), identificaron la consecución de ideas suicidas.

LIMITACIONES

Las diferencias de orden cultural pudieron ser un problema al comparar las tasas de prevalencia, tipos y factores de riesgo de VP en los diferentes países, ello sumado a las variaciones metodológicas y definiciones utilizadas sobre VP.

Por otra parte, la accesibilidad a los artículos por sus costos representativos y la rigurosidad de los criterios de elegibilidad planteados para esta revisión bibliográfica, sumado a la deficiencia de estudios durante el embarazo y el

posparto, limitó el análisis de VP en estos periodos, especialmente con investigaciones realizadas en Latinoamérica.

IMPLICACIONES

La violencia de pareja durante el embarazo y postparto tiene gran impacto en la salud pública, por lo que los proveedores de atención médica desempeñan un rol crucial no solo en la prevención de VP sino también en la detección oportuna y prematura de estos casos, además del empoderamiento de mujeres violentadas y la rehabilitación física y/o psicológica. Por lo que el tema que hemos desarrollado no solo brinda información relevante respecto a la problemática de la VP, sino que además pone en contexto un tema que desde una visión médica resultaría “improbable” que suceda en un periodo de tanta vulnerabilidad como lo es la gestación y/o puerperio.

9. CONCLUSIONES Y REMCOMENDACIONES

9.1. CONCLUSIONES

- La prevalencia de violencia de pareja durante la gestación y puerperio fue más elevada en países en vías de desarrollo, los estudios mostraron porcentajes similares de VP tanto en la gestación como en el puerperio.
- La violencia psicológica fue el tipo de violencia más comúnmente referido tanto en el embarazo como el puerperio, seguida de la física y sexual.
- Entre los factores de riesgo relacionados con la VP pudimos identificar que las adolescentes y adultas jóvenes, el bajo nivel económico, residir en áreas rurales, la falta de instrucción de la mujer y su pareja, el consumo de alcohol, la disfuncionalidad familiar y las malas relaciones familiares, así como los antecedentes de abuso sexual fueron determinantes con asociación a VP durante la gestación. A su vez, en el puerperio el consumo de alcohol y los grupos etarios de adolescentes y adultas jóvenes fueron los factores que con mayor frecuencia se asociaron a VP.
- Las complicaciones relacionadas en el embarazo producto de la VP fueron: parto prematuro, bajo peso al nacer y óbito fetal; en el puerperio se atribuyeron a la VP a la depresión posparto y la ideación suicida.

9.2. RECOMENDACIONES

- Consideramos fundamental la confluencia de diversos actores que podrían sumar acciones integrales en la promoción y prevención de la VP, nos referimos a los servicios de salud y educación, la ciudadanía y las organizaciones comunitarias, pues como es evidente los esfuerzos sinérgicos y coordinados de todos estos grupos podrían generar un impacto positivo no solamente en la detección prematura de casos de VP, sino también promover la equidad de género, el empoderamiento de las mujeres, la prevención del maltrato y la rehabilitación de personas violentadas.
- Los servicios de sanitarios deberían ofrecer a la mujer violentada una atención continua y con enfoque en derechos, además de disponer de

equipos interdisciplinarios (médicos, gineco-obstetras, obstetras, enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales) que brinden a las gestantes una atención digna con calidez y confidencialidad, donde las mujeres se encuentren seguras y protegidas. Además es importante una articulación con otros sectores involucrados en el proceso de la denuncia de violencia, de manera que puedan darse respuestas oportunas y eficaces en los procesos de acogida y restitución de derechos de madres violentadas.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Yohannes K, Abebe L, Kisi T, Demeke W, Yimer S, Feyiso M, et al. The prevalence and predictors of domestic violence among pregnant women in Southeast Oromia, Ethiopia. *Reprod Health*. 2019;16(1):35-3.
2. Fekadu E, Yigzaw G, Gelaye KA, Ayele TA, Minwuye T, Geneta T, et al. Prevalence of domestic violence and associated factors among pregnant women attending antenatal care service at University of Gondar Referral Hospital, Northwest Ethiopia. *BMC Womens Health*. 2018;18(1):138-7.
3. Zheng B, Zhu X, Hu Z, Zhou W, Yu Y, Yin S, et al. The prevalence of domestic violence and its association with family factors: a cross-sectional study among pregnant women in urban communities of Hengyang City, China. *BMC Public Health*. 2020;20(1):620-9.
4. Muzrif MM, Perera D, Wijewardena K, Schei B, Swahnberg K. Domestic violence: a cross-sectional study among pregnant women in different regions of Sri Lanka. *BMJ Open*. 2018;8(2):21-8.
5. Stöckl H, Mizinduko M, Mazalale J, Jahn A, Mahenge, Bathsheba. Adverse childhood experiences and intimate partner violence during pregnancy and their association to postpartum depression. *J Affect Disord*. 2018;229:159-63.
6. Finnbogadóttir H. Increasing prevalence and incidence of domestic violence during the pregnancy and one and a half year postpartum, as well as risk factors: -a longitudinal cohort study in Southern Sweden. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016;16(1):327.
7. Thies-Lagergren L. Breastfeeding in the context of domestic violence-a cross-sectional study. *J Adv Nurs*. 2017;73(12):3209-19.
8. Stevenson AA, Bauman BL, Zapata LB, Ahluwalia IB, Tepper NK. Intimate Partner Violence around the Time of Pregnancy and Postpartum Contraceptive Use. *Womens Health Issues*. 2020;30(2):98-105.
9. Román-Gálvez RM, Martín-Peláez S, Fernández-Félix BM, Zamora J, Khan KS, Bueno-Cavanillas A. Worldwide Prevalence of Intimate Partner Violence in Pregnancy. A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front Public Health*. 2021;9:738-59.
10. Bhatta N. Patterns of domestic violence against women during pregnancy and the postpartum period in Kathmandu, Nepal. *Asia Pac Psychiatry*. 2019;11(1):41-9.
11. Mahenge B, Stöckl H, Abubakari A, Mbwambo J, Jahn A. Physical, Sexual, Emotional and Economic Intimate Partner Violence and Controlling

Behaviors during Pregnancy and Postpartum among Women in Dar es Salaam, Tanzania. *PLoS One*. 2016;11(10):71-80.

12. Gibbs A, Carpenter B, Crankshaw T, Hannass-Hancock J, Smit J, Tomlinson M, et al. Prevalence and factors associated with recent intimate partner violence and relationships between disability and depression in post-partum women in one clinic in eThekweni Municipality, South Africa. *PLoS One*. 2017;12(7):361-72.
13. Rogathi JJ, Manongi R, Mushi D, Rasch V, Sigalla GN, Gammeltoft T, et al. Postpartum depression among women who have experienced intimate partner violence: A prospective cohort study at Moshi, Tanzania. *J Affect Disord*. 2017;218:238-45.
14. Habib S, Abbasi N, Khan B, Danish N, Nazir Q. Domestic Violence Among Pregnant Women. *J Ayub Med Coll Abbottabad*. 2018;30(2):237-40.
15. Chasweka R, Chimwaza A, Maluwa A. Isn't pregnancy supposed to be a joyful time? A cross-sectional study on the types of domestic violence women experience during pregnancy in Malawi. *Malawi Med J*. 2018;30(3):191-6.
16. Meskele M, Khuzwayo N, Taylor M. Intimate partner violence against women living with and without HIV, and the associated factors in Wolaita Zone, Southern Ethiopia: A comparative cross-sectional study. *PLoS One*. 2019;14(8):901-18.
17. Gebrezgi BH, Badi MB, Cherkose EA, Weldehaweria NB. Factors associated with intimate partner physical violence among women attending antenatal care in Shire Endaselassie town, Tigray, northern Ethiopia: a cross-sectional study, July 2015. *Reprod Health*. 2017;14(1):76.
18. Shrestha M, Shrestha S, Shrestha B. Domestic violence among antenatal attendees in a Kathmandu hospital and its associated factors: a cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016;16(1):360.
19. Lencha B, Ameya G, Baresa G, Minda Z, Ganfure G. Intimate partner violence and its associated factors among pregnant women in Bale Zone, Southeast Ethiopia: A cross-sectional study. *PLoS One*. 2019;14(5):961-74.
20. Bhatta N, Assanangkornchai S, Rajbhandari I. Does husband's alcohol consumption increase the risk of domestic violence during the pregnancy and postpartum periods in Nepalese women? *BMC Public Health*. 2021;21(1):5.
21. Wagman JA, Donta B, Ritter J, Naik DD, Nair S, Saggurti N, et al. Husband's Alcohol Use, Intimate Partner Violence, and Family Maltreatment of Low-Income Postpartum Women in Mumbai, India. *J Interpers Violence*. 2018;33(14):2241-67.

22. Gebreslasie KZ, Weldemariam S, Gebre G, Mehari M-A. Intimate partner violence during pregnancy and risk of still birth in hospitals of Tigray region Ethiopia. *Ital J Pediatr*. 2020;46(1):107.
23. Sigalla GN, Mushi D, Meyrowitsch DW, Manongi R, Rogathi JJ, Gammeltoft T, et al. Intimate partner violence during pregnancy and its association with preterm birth and low birth weight in Tanzania: A prospective cohort study. *PloS one*. 2017;12(2).
24. Shamu S, Munjanja S, Zarowsky C, Shamu P, Temmerman M, Abrahams N. Intimate partner violence, forced first sex and adverse pregnancy outcomes in a sample of Zimbabwean women accessing maternal and child health care. *BMC Public Health*. 2018;18(1):595.
25. Tabb KM, Huang H, Valdovinos M, Toor R, Ostler T, Vanderwater E, et al. Intimate Partner Violence Is Associated with Suicidality Among Low-Income Postpartum Women. *J Womens Health (Larchmt)*. 2018;27(2):171-8.
26. Lima LS, Carmo TOA do, Brito Neto C de S, Pena JL da C, Lima LS, Carmo TOA do, et al. Síntomas depresivos en gestantes y violencia de pareja: un estudio transversal. *Enfermería Global*. 2020;19(60):1-45.
27. Durán-Segura M, Martínez-Pecino R. Cyberbullying trough Mobile Phone and the Internet in Dating Relationships among Youth People. *Comunicar [Internet]*. 1 de enero de 2015 [citado 7 de abril de 2019];22(44):159-67. Disponible en: <https://www.revistacomunicar.com/index.php?contenido=detalles&numero=44&articulo=44-2015-17>
28. Stanley S. Interpersonal Violence in Alcohol Complicated Marital Relationships (A Study from India). *J Fam Viol [Internet]*. 5 de agosto de 2008 [citado 28 de octubre de 2021];23(8):767. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s10896-008-9202-7>
29. Owusu Adjah ES, Agbemafle I. Determinants of domestic violence against women in Ghana. *BMC Public Health [Internet]*. 2 de mayo de 2016 [citado 28 de octubre de 2021];16(1):368. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3041-x>
30. Deuba K, Mainali A, Alvesson HM, Karki DK. Experience of intimate partner violence among young pregnant women in urban slums of Kathmandu Valley, Nepal: a qualitative study. *BMC Womens Health [Internet]*. 5 de marzo de 2016 [citado 28 de octubre de 2021];16:11. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4779579/>
31. Biaggi A, Conroy S, Pawlby S, Pariante CM. Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review. *J Affect Disord*. febrero de 2016;191:62-77.

32. Finnbogadóttir H, Dykes A-K, Wann-Hansson C. Prevalence and incidence of domestic violence during pregnancy and associated risk factors: a longitudinal cohort study in the south of Sweden. *BMC Pregnancy and Childbirth* [Internet]. 17 de agosto de 2016 [citado 29 de octubre de 2021];16(1):228. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12884-016-1017-6>
33. Organización Mundial de la Salud. Violence against women prevalence estimates, 2018: global, regional and national prevalence estimates for intimate partner violence against women and global and regional prevalence estimates for non-partner sexual violence against women. [Internet]. 2018. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/341338?locale-attribute=es&>
34. Bott S, Guedes A, Ruiz-Celis AP, Mendoza JA. La violencia por parte de la pareja íntima en las Américas: una revisión sistemática y reanálisis de las estimaciones nacionales de prevalencia. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 24 de marzo de 2021 [citado 29 de octubre de 2021];45:e34. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8007115/>
35. Organización Mundial de la Salud. Violence against women [Internet]. 2021. Disponible en: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
36. Centros para el Control y la prevención de Enfermedades. Violencia de Pareja Intima [Internet]. 2019. Disponible en: <https://www.cdc.gov/cdctv/spanish/recursos-sobre-violencia/partner-violence.html>
37. Finnbogadóttir H, Dykes A-K. Increasing prevalence and incidence of domestic violence during the pregnancy and one and a half year postpartum, as well as risk factors: -a longitudinal cohort study in Southern Sweden. *BMC Pregnancy Childbirth*. 26 de octubre de 2016;16(1):327.
38. Devries KM, Kishor S, Johnson H, Stöckl H, Bacchus LJ, Garcia-Moreno C, et al. Intimate partner violence during pregnancy: analysis of prevalence data from 19 countries. *Reprod Health Matters*. noviembre de 2010;18(36):158-70.
39. Lukasse M, Schroll A-M, Ryding E, Campbell J, Karro H, Kristjánsdóttir H, et al. Prevalence of emotional, physical and sexual abuse among pregnant women in six European countries. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*. 9 de abril de 2014;93.
40. Gartland D, Hemphill SA, Hegarty K, Brown SJ. Intimate partner violence during pregnancy and the first year postpartum in an Australian pregnancy cohort study. *Matern Child Health J*. julio de 2011;15(5):570-8.
41. Daoud N, Urquia ML, O'Campo P, Heaman M, Janssen PA, Smylie J, et al. Prevalence of Abuse and Violence Before, During, and After Pregnancy in a

- National Sample of Canadian Women. *Am J Public Health* [Internet]. octubre de 2012 [citado 29 de octubre de 2021];102(10):1893-901. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3490644/>
42. Charles P, Perreira KM. Intimate Partner Violence During Pregnancy and 1-Year Post-Partum. *J Fam Viol* [Internet]. 1 de octubre de 2007 [citado 29 de octubre de 2021];22(7):609-19. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s10896-007-9112-0>
 43. Mahenge B, Stöckl H, Abubakari A, Mbwapbo J, Jahn A. Physical, Sexual, Emotional and Economic Intimate Partner Violence and Controlling Behaviors during Pregnancy and Postpartum among Women in Dar es Salaam, Tanzania. *PLoS One*. 2016;11(10):e0164376.
 44. Shrestha M, Shrestha S, Shrestha B. Domestic violence among antenatal attendees in a Kathmandu hospital and its associated factors: a cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 21 de noviembre de 2016;16(1):360.
 45. James L, Brody D, Hamilton Z. Risk factors for domestic violence during pregnancy: a meta-analytic review. *Violence Vict*. 2013;28(3):359-80.
 46. Organización Mundial de la Salud. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence [Internet]. 2013. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/85239?locale-attribute=es&mode=full>
 47. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Prioridades de investigación en salud, 2013-2017 [Internet]. Disponible en: [https://www.ucuenca.edu.ec/images/facu_medicina/Investigacion/PRIORIDAD_DES_INVESTIGACION_SALUD2013-2017%20\(1\).pdf](https://www.ucuenca.edu.ec/images/facu_medicina/Investigacion/PRIORIDAD_DES_INVESTIGACION_SALUD2013-2017%20(1).pdf)
 48. Leal F. I, Molina G. T, Luttges D C, González A. E, Gonzalez A. D, Leal F. I, et al. Edad de inicio sexual y asociación a variables de salud sexual y violencia en la relación de pareja en adolescentes chilenos. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*. 2018;83(2):149-60.
 49. Gómez-Fernández MA, Goberna-Tricas J, Payá-Sánchez M. El saber experiencial de las matronas de Atención Primaria en la detección de violencia de género durante el embarazo. Estudio cualitativo. *Enfermería Clínica*. 2019;29(6):344-51.
 50. Fresco M del P, Arrom C, Orrego MAA de, Ruoti M, Suhurt CMA, Capurro MH. Hogares de madres embarazadas con niños, niñas y adolescentes testigos de violencia doméstica. *Revista Científica Estudios e Investigaciones*. 2018;7(1):92-100.

51. Monterrosa-Castro Á, Arteta-Acosta C, Ulloque-Caamaño L. Violencia doméstica en adolescentes embarazadas: caracterización de la pareja y prevalencia de las formas de expresión. *Iatreia*. 2017;30(1):34-46.
52. Gonzales EPZ, Gallegos WLA, Toia AM del C, Rivera R, Condori ML. Depresión postparto en mujeres víctimas de violencia doméstica en la ciudad de Arequipa. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. 2020;46(1).
53. Cunha Rodrigues FA, Gama Lira SV, Magalhães PH, Freitas AL e V, Silva Mitros VM da, Almeida PC. Violência obstétrica no processo de parturição em maternidades vinculadas à Rede Cegonha. *Reprodução & Climatério*. 2017;32(2):78-84.
54. Asamblea Nacional de la Republica de Ecuador. Constitución de la República del Ecuador. 2008; Disponible en: <http://biblioteca.defensoria.gob.ec/handle/37000/823>
55. Asamblea Nacional de la Republica de Ecuador. Código Orgánico Integral Penal. 2014;1(180):144.
56. Llosa Martínez S, Canetti Wasser A, Llosa Martínez S, Canetti Wasser A. Depresión e ideación suicida en mujeres víctimas de violencia de pareja. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*. 2019;9(1):138-60.
57. Mella M, Binfá L, Carrasco A, Cornejo C, Cavada G, Pantoja L, et al. Violencia contra la mujer durante la gestación y postparto infligida por su pareja en Centros de Atención Primaria de la zona norte de Santiago, Chile. *Revista médica de Chile*. abril de 2021;149(4):543-53.
58. Mori E, Contreras H, Hinostroza-Camposano W, Gil Guevara E, Chacón Torrico H. Relación con la pareja en madres de neonatos con bajo peso al nacer. *Revista Peruana de Epidemiología*. 2017;17:01-4.
59. Mejía CR, Delgado M, Mostto F, Torres R, Verastegui-Díaz A, Cárdenas MM, et al. Maltrato durante el embarazo adolescente: Un estudio descriptivo en gestantes que se atienden en un hospital público de Lima. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*. 2018;83(1):15-21.

TESIS CARLOS CORDOVA

por CORDOVA BELTRAN CARLOS ANDRES



INFORME DE ORIGINALIDAD

9%

INDICE DE SIMILITUD

9%

FUENTES DE INTERNET

1%

PUBLICACIONES

5%

TRABAJOS DEL
ESTUDIANTE

AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Carlos Andrés Córdova Beltrán portador(a) de la cédula de ciudadanía N° **0302083464**. En calidad de autor/a y titular de los derechos patrimoniales del trabajo de titulación **“Violencia de pareja durante el embarazo y postparto”** de conformidad a lo establecido en el artículo 114 Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, reconozco a favor de la Universidad Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos y no comerciales. Autorizo además a la Universidad Católica de Cuenca, para que realice la publicación de éste trabajo de titulación en el Repositorio Institucional de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, **24 de Noviembre de 2021**



Carlos Andrés Córdova Beltrán
C.I. 0302083464