

Violencia doméstica en adolescentes embarazadas: caracterización de la pareja y prevalencia de las formas de expresión

Álvaro Monterrosa-Castro¹, Cindy Arteta-Acosta², Liezel Ulloque-Caamaño²

RESUMEN

Introducción: el embarazo en adolescentes y la violencia doméstica (VD) son problemas mundiales, cuya prevalencia está influenciada por factores culturales.

Objetivo: caracterizar a las embarazadas adolescentes y a sus parejas sexuales y determinar la prevalencia de VD psicológica, física y sexual.

Metodología: estudio transversal en 406 adolescentes colombianas gestantes. Se registraron las características sociodemográficas y se aplicaron las escalas *Are you being abused?* y *Abuse Assessment Screen*. La primera establece la VD por la pareja y la segunda, la VD en alguna época, en el último año o en el embarazo.

Resultados: edad: 16,5 ± 1,5 años; 92,9 % en adolescencia tardía; promedio de escolaridad 9 años; deserción escolar al quedar en embarazo: 50,0 %; dependencia de los padres antes y después del embarazo: 70,0 %. Frecuencia de VD por la pareja 7,1 %; VD física 6,7 %; VD psicológica 3,7 % y VD sexual 2,2 %. VD por la pareja, el marido u otra persona: 12,4 %; maltrato físico o emocional por la pareja u otra persona: 21,7 %; miedo a la pareja: 3,4 %. El consumo de alcohol todos los fines de semana por la pareja fue un factor significativo de riesgo para VD.

Conclusión: es alta la frecuencia de VD contra las adolescentes embarazadas y el consumo de alcohol por parte de la pareja es un factor de riesgo importante para sufrirla.

PALABRAS CLAVE

Abuso de Pareja; Embarazo Adolescente; Maltrato Conyugal; Servicios de Salud del Adolescente; Violencia Doméstica

¹ Médico ginecólogo. Líder del Grupo de Investigación Salud de la Mujer. Profesor Titular, Facultad de Medicina, Universidad de Cartagena, Cartagena, Colombia.

² Médica general. Candidata a Magíster en Epidemiología. Grupo de Investigación Salud de la Mujer, Cartagena, Colombia.

Correspondencia: Álvaro Monterrosa-Castro; alvaromonterrosa@gmail.com

Recibido: noviembre 17 de 2015

Aceptado: febrero 02 de 2016

Cómo citar: 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 Ene-Mar;30(1):34-46. DOI 10.17533/udea.iatreia.v30n1a03.

SUMMARY

Domestic violence in pregnant adolescents: Characterization of the partners and prevalence of the different forms of expression

Introduction: Pregnancy in adolescents and domestic violence (DV) are worldwide problems. Their prevalence is influenced by cultural factors.

Objectives: To characterize pregnant adolescents and their sexual partners, and to determine the prevalence of psychological, physical and sexual DV.

Methodology: Cross-sectional study of 406 Colombian pregnant teenagers. Socio-demographic data were collected, and the scales "Are you being abused?" and "Abuse Assessment Screen" were applied. The former identifies domestic violence by the partner, and the latter, DV at any moment, the last year or during pregnancy.

Results: Age: 16.5 ± 1.5 years, 92.9 % were in late adolescence, average years of schooling: nine; 50 % dropped out from school when they became pregnant; 70 % depended on their parents, both before and after pregnancy. DV by the partner: 7.1 %; physical DV: 6.7 %; psychological DV: 3.7 %; sexual DV: 2.2 %. DV by partner/husband/other person: 12.4 %; physical or emotional abuse by partner/another person: 21.7 %; fear from the partner: 3.4 %. There was significant association between alcohol consumption by the partner every weekend and DV.

Conclusion: Frequency of DV against pregnant adolescents is high and alcohol consumption by the partner is an important risk factor for it.

KEY WORDS

Adolescent Health Services; Adolescent Pregnancy; Domestic Violence; Spouse Abuse

RESUMO

Violência doméstica em adolescentes grávidas: caracterização do casal e prevalência das formas de expressão

Introdução: A gravidez em adolescentes e a violência doméstica (VD) são problemas mundiais, cuja prevalência está influenciada por fatores culturais.

Objetivo: Caracterizar às grávidas adolescentes e a seus parceiros sexuais e determinar a prevalência de VD psicológica, física e sexual.

Metodologia: Estudo transversal em 406 adolescentes colombianas gestantes. Se registraram as características sócio-demográficas e se aplicaram as escalas are you being abused? e Abuse Assessment Screen. A primeira estabelece a VD pelo companheiro e a segunda, a VD em alguma época, no último ano ou na gravidez.

Resultados: Idade: $16,5 \pm 1,5$ anos; 92,9 % em adolescência tardia; média de escolaridade 9 anos; deserção escolar ao ficar grávida: 50,0 %; dependência dos pais antes e depois da gravidez: 70,0 %. Frequência de VD pelo companheiro 7,1 %; VD física 6,7 %; VD psicológica 3,7 % e VD sexual 2,2 %. VD pelo companheiro, o marido ou outra pessoa: 12,4 %; maltrato físico ou emocional pelo companheiro ou outra pessoa: 21,7 %; medo do companheiro: 3,4 %. O consumo de álcool todos os fins de semana pelo casal foi um fator significativo de risco para VD.

Conclusão: É alta a frequência de VD contra as adolescentes grávidas e o consumo de álcool por parte do companheiro é um fator de risco importante para sofrê-la.

PALABRAS CLAVE

Abuso do companheiro; Gravidez Adolescente; Maltrato Conyugal; Serviços de Saúde do Adolescente; Violência Doméstica

INTRODUCCIÓN

El embarazo en adolescentes es un problema de salud pública, con repercusiones médicas, psicológicas y sociales, al que se le señalan causas individuales, familiares y sociales (1). La Encuesta Nacional de Demografía y Salud de Colombia (ENDS-2010) (2) señaló que la prevalencia de adolescentes alguna vez embarazadas ha aumentado desde el 13,0 % en 1990, al 17,0 % en 1995, al 19,0 % en 2000, al 20,5 % en 2005 con reducción al 19,5 % en 2010. También estableció que en el departamento de Bolívar el porcentaje de adolescentes alguna vez embarazadas fue 20,0 % en 2005 y 21,3 % en 2010.

Otro importante problema es el abuso contra la mujer, denominado violencia doméstica (VD), que, a pesar de ser una condición social inaceptable, es común y con cifras crecientes, no siendo las adolescentes inmunes a dicha problemática (3). La Organización Mundial de la Salud define la VD como el comportamiento dentro de una relación íntima que causa daño físico, sexual o psicológico, incluyendo los comportamientos de control. Abarca el daño generado por la pareja actual y por la pasada (4). El término VD puede incluir también el maltrato causado a niños y ancianos, así como el maltrato infligido por cualquier integrante de la familia (3,4).

El nivel de ingresos de los países, aspectos socioculturales y el nivel educativo, entre otros, son factores que influyen en la VD (3,5). Es necesario identificar los factores asociados y precisar la magnitud de este problema en diferentes comunidades.

Las adolescentes embarazadas pueden estar en condiciones de mayor vulnerabilidad social (riesgo de abandono escolar, menos oportunidades de educación y carencia de apoyo de las redes familiares o sociales), que las pueden hacer más susceptibles a experimentar VD (6). Es necesario enfocar el embarazo en la adolescencia más allá de los aspectos médicos u obstétricos, para ubicarlo y comprenderlo en concordancia con otras problemáticas culturales y sociales que también son muy prevalentes, una de las cuales es la VD (4,5). Para poder hacer aportes en términos de salud sexual y reproductiva, se deben conocer las relaciones de acompañamiento y/o abuso de las gestantes adolescentes por parte de la pareja, sin dejar de lado otros aspectos de su propio entorno social de convivencia. El objetivo de este trabajo fue caracterizar a las embarazadas adolescentes y a sus parejas sexuales y conocer la prevalencia de VD psicológica, física y sexual.

METODOLOGÍA

Participantes

Estudio transversal en adolescentes gestantes residentes al norte del departamento de Bolívar, en el Caribe colombiano, que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión: tener entre 10 y 19 años, cursar gestación única, no haber tenido embarazos previos y

que desearan participar voluntariamente. Quedaron excluidas las que se retiraron durante la aplicación y las que tenían alguna limitación que les impidiera diligenciar el instrumento.

Se capacitó como encuestadores a médicos y enfermeras que, visitando puerta a puerta, identificaron a las gestantes adolescentes en las comunidades de Arjona, Sincerín, Gambote, Rocha, Puerto Badel y Cartagena. También se capturaron participantes en el control prenatal del Hospital Local de Arjona, la Clínica de Maternidad Rafael Calvo y la Fundación Juan Felipe Gómez Escobar, en Cartagena de Indias, Colombia.

Instrumentos

Con un cuestionario se evaluaron las características sociodemográficas de las embarazadas y sus parejas: edad, etnia, estrato socioeconómico, escolaridad, estado civil, núcleo familiar, hábitos, ocupación y dependencia económica. Se tuvieron en cuenta la historia ginecológica y obstétrica, el estado emocional con el embarazo, el apoyo familiar y de la pareja.

Para evaluar la VD y sus expresiones se utilizaron dos escalas, a saber: 1) *Are you being abused?* (¿Está usted sufriendo abuso?), herramienta autoaplicada para la detección de la violencia contra la mujer, creada por el *American Congress of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG), que consta de cinco preguntas a las que se responde sí o no. La respuesta afirmativa a una o más preguntas indica la existencia de una relación abusiva (7). 2) *Abuse Assessment Screen* (AAS) (Tamiz de evaluación del abuso), que permite identificar a las mujeres víctimas de violencia física, físico-emocional o sexual. Está compuesta de cinco preguntas dicotómicas. Si la respuesta es afirmativa, se indaga por la persona agresora. Explora la existencia de miedo a la pareja. Una respuesta positiva a los ítems 2, 3 o 4 indica que la mujer podría ser víctima de VD dentro del embarazo o en el último año. Tiene varias traducciones y ha sido validada en México y Estados Unidos (8).

Tamaño de la muestra

El último censo poblacional colombiano llevado a cabo en 2005 por el Departamento Administrativo

Nacional de Estadística (DANE) contó, en el departamento de Bolívar, 99.191 mujeres en el rango etario de 10-14 años y 90.070 en el de 15-19 años, para un total de 189.261 adolescentes de sexo femenino [www.dane.gov.co febrero-23-2013]. Para ese mismo año y para el mismo departamento, la prevalencia de adolescentes alguna vez embarazadas fue del 20,0 % según la ENDS-2010 de Colombia (2), lo que permite calcular un universo de 37.852 individuos. Se calculó como tamaño de la muestra 381 adolescentes embarazadas, con heterogeneidad del 50,0 %, error del 5,0 % y nivel de confianza del 95,0 %. Para compensar los formularios diligenciados incorrectamente y considerando que algunas rehusaran participar, se añadieron 38 (10,0 %) participantes. Se planeó identificar e involucrar a 420 adolescentes embarazadas. Se hizo muestreo aleatorio simple.

Análisis de los datos

Los instrumentos incompletos se eliminaron, los completos se tabularon en una base de datos, Microsoft Excel 2007©. El análisis estadístico se hizo con Epi-Info-7 (*Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, EE. UU.*). Los datos categóricos se expresaron en frecuencias absolutas y porcentuales con intervalos de confianza del 95,0 %. Los continuos, con medias y desviación estándar. Las diferencias de los datos continuos se calcularon con Anova para las variables con distribución paramétrica, y con el test de Kruskal-Wallis para las no paramétricas, de acuerdo con el test de Bartlett. Las diferencias porcentuales se evaluaron con χ^2 . Se consideró $p < 0,05$ como estadísticamente significativo. Se calculó la asociación estadística, *Odds Ratio* (OR), con intervalo de confianza del 95,0 % entre diferentes variables y la VD según la escala *Are you Being Abused?*

Aspectos éticos

Estudio aprobado por el Comité de Ética de la Universidad de Cartagena, Colombia. Se solicitaron al tutor y a la adolescente la participación voluntaria y la firma del consentimiento informado de acuerdo con

la declaración de Helsinki. El tutor fue siempre una persona de 18 años o más, o sea, mayor de edad según las disposiciones legales colombianas. El estudio fue anónimo sin impacto sobre la integridad física y general de la participante. Se tuvieron en cuenta las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, establecidas en la resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud de la República de Colombia.

RESULTADOS

Aceptaron participar 421 gestantes adolescentes y el estudio se hizo en 406. Se eliminaron por incompletos 15 formularios (3,5 %). Edad media: $16,5 \pm 1,5$ años. El 92,9 % se encontraban en la adolescencia tardía, la mayoría residían en áreas urbanas y 9 de cada 10 pertenecían al estrato socioeconómico bajo. El promedio del nivel educativo fue $9,1 \pm 1,9$ años y el 6,0 % tenían seis o menos años de escolaridad. La mitad suspendió la asistencia a la escuela al quedar en embarazo. "No hacer actividad alguna" cambió del 17,0 % antes del embarazo al 60,6 % durante el mismo.

Cinco de cada diez se embarazaron siendo menores de edad (antes de los 18 años) y 29 (7,1 %) menores de 15 años estaban embarazadas. Al 80,6 % las sostenían económicamente sus padres antes del embarazo, y 74,6 % continuaron con igual dependencia una vez iniciada la gestación; las demás pasaron a depender de familiares en segundo grado. Se halló una mínima dependencia de la adolescente de su pareja: 6,2 % antes del embarazo y 2,2 % durante él. La tabla 1 presenta las características sociodemográficas de todas las gestantes y distribuidas según que hubieran sido víctimas de VD, de acuerdo con la escala *Are you Being Abused?*, que explora la VD por la pareja. Veintinueve (7,0 %) de las participantes dieron al menos una respuesta positiva al evaluarlas con dicha escala. Se observó que la VD fue más frecuente en las áreas rurales, en los estratos socioeconómicos más bajos, en las que permanecían solteras y en las que al tiempo estudiaban y trabajaban ($p < 0,005$).

Tabla 1. Características sociodemográficas de las adolescentes gestantes

Variable		Todas n = 406	Víctimas de abuso n = 29 (7,1 %)	No víctimas de abuso n = 377 (92,9 %)	P
Años de edad (X ± DE)		16,5 ± 1,5	16,6 ± 1,4	16,5 ± 1,5	0,72
Años de estudio (X ± DE)		9,1 ± 1,9	9,1 ± 2,1	9,1 ± 1,9	1,00
n (%) [IC95 %]					
Adolescencia	Temprana	29 (7,1) [4,9-10,2]	1 (3,4) [0,1-17,8]	28 (7,4) [5,1-10,7]	0,41
	Tardía	377 (92,9) [89,7-95,1]	28 (96,6) [82,2-99,9]	349 (92,9) [89,3-94,9]	0,44
Etnia	Afrodescendiente	49 (12,1) [9,1-15,7]	4 (13,8) [3,9-31,7]	45 (11,9) [8,9-15,7]	0,74
	Indígena	27 (6,6) [4,5-9,6]	2 (6,9) [0,8-22,8]	26 (6,9) [4,6-10,1]	1,00
	Mestiza	330 (81,3) [77,1-84,8]	23 (79,3) [60,3-92,0]	306 (81,2) [76,8-85,0]	0,79
Residencia	Urbana	252 (62,1) [57,1-66,7]	11 (37,9) [20,7-57,7]	241 (63,9) [57,8-66,7]	0,00
	Rural	154 (37,9) [33,2-42,8]	18 (64,3) [44,1-81,4]	136 (36,0) [33,2-42,8]	0,00
Estrato socioeconómico	Bajo-bajo	4 (1,0) [0,3-2,6]	27 (93,1) [77,2-99,2]	4 (1,1) [0,3-2,9]	0,00
	Bajo	363 (89,4) [85,9-92,1]	2 (6,9) [0,8-22,8]	336 (89,1) [85,5-92,1]	0,00
	Medio	33 (8,1) [5,7-11,3]	0	31 (8,2) [5,7-11,6]	0,11
	Medio-alto	5 (1,2) [0,4-3,0]	0	5 (1,3) [0,5-3,2]	0,53
	Alto	1 (0,3) [0,0-1,5]	0	1 (0,3) [0,0-1,7]	0,76
Nivel de escolaridad	Primaria	23 (5,7) [3,7-8,5]	2 (6,9) [0,8-22,8]	22 (5,8) [3,8-8,8]	0,00
	Secundaria	373 (91,9) [88,6-94,2]	25 (86,2) [68,3-96,1]	347 (92,0) [88,7-94,5]	0,27
	Estudios técnicos	9 (2,2) [1,1-4,3]	2 (6,9) [0,8-22,8]	7 (1,9) [0,8-4,0]	0,08
	Estudios tecnológicos	1 (0,2) [0,0-1,5]	0	1 (0,3) [0,0-1,7]	0,76
Estado civil	Casada	12 (3,0) [1,6-5,2]	0	12 (3,2) [1,7-5,6]	0,73
	Unión libre	302 (74,4) [69,7-78,5]	19 (65,5) [45,7-82,1]	285 (75,6) [70,9-79,8]	0,23
	Divorciada	11 (2,7) [1,4-4,9]	0	11 (2,9) [1,5-5,3]	0,35
	Separada	23 (5,6) [3,7-8,5]	2 (6,9) [0,8-22,8]	21 (5,6) [3,6-8,5]	0,77
	Soltera	58 (14,3) [11,1-18,1]	8 (27,6) [12,7-47,2]	48 (12,7) [9,6-16,6]	0,02
Familiares con quienes reside	Pareja	77 (19,0) [15,3-23,1]	4 (13,8) [3,9-31,7]	73 (19,4) [15,6-23,8]	0,45
	Padres	97 (23,9) [19,8-28,4]	10 (34,5) [17,9-54,3]	86 (22,8) [18,7-27,4]	0,15
	Pareja y padres	103 (25,4) [21,2-29,9]	8 (27,6) [12,7-47,2]	96 (25,5) [21,2-30,2]	0,80
	Pareja y otro familiar	34 (8,4) [5,9-11,6]	2 (6,9) [0,8-22,8]	32 (8,5) [6,0-11,9]	0,00
	Familiar de la pareja	80 (19,7) [16,0-23,9]	3 (10,3) [2,2-28,4]	78 (20,7) [16,8-25,2]	0,17
	Otros familiares	14 (3,4) [1,9-5,8]	2 (6,9) [0,8-22,8]	11 (2,9) [1,5-5,3]	0,23
	Otras personas o amigos	1 (0,2) [0,0-1,5]	0	1 (0,3) [0,0-1,7]	0,34
Ocupación antes del embarazo	Estudiaba	311 (76,6) [72,1-80,5]	22 (75,9) [56,5-89,7]	290 (76,9) [72,3-81,1]	0,90
	Trabajaba	13 (3,2) [1,7-5,5]	2 (6,9) [0,8-22,8]	12 (3,2) [1,7-5,6]	0,37
	Estudiaba y trabajaba	13 (3,2) [1,7-5,5]	3 (10,3) [2,2-27,4]	9 (2,4) [1,2-4,6]	0,01
	No hacía nada	69 (17,0) [13,5-21,0]	2 (6,9) [0,8-22,8]	66 (17,5) [13,9-21,8]	0,14
Ocupación durante embarazo	Estudia	143 (35,2) [30,6-40,1]	0	133 (35,5) [30,5-40,5]	0,00
	Trabaja	5 (1,2) [0,4-3,0]	11 (37,9) [20,7-57,7]	4 (1,1) [0,3-2,9]	0,00
	Estudia y trabaja	12 (3,0) [1,6-5,2]	16 (55,2) [35,7-73,6]	10 (2,7) [1,4-5,0]	0,00
	No hace nada	246 (60,6) [55,6-65,3]	2 (6,9) [0,8-22,8]	230 (61,0) [55,9-65,9]	0,00
Dependencia antes del embarazo	De ella	5 (1,2) [0,4-3,0]	3 (10,7) [2,3-28,2]	2 (0,5) [0,0-1,7]	0,22
	De la pareja	25 (6,2) [4,1-9,1]	3 (10,7) [2,3-28,2]	21 (5,6) [3,6-8,5]	0,08
	Madre, padre, ambos	327 (80,6) [76,2-84,2]	18 (64,3) [44,1-81,4]	315 (83,5) [78,8-87,0]	0,00
	Hermanos, abuelos	29 (7,1) [4,9-10,2]	3 (10,7) [2,3-28,2]	26 (6,8) [5,6-9,5]	0,43
	Tíos	7 (1,7) [0,7-3,6]	2 (6,9) [0,8-22,8]	5 (1,3) [0,4-3,0]	0,02
	Padrastro, suegros	13 (3,2) [1,7-5,5]	0	13 (3,4) [1,9-6,0]	0,31
Dependencia durante el embarazo	De ella	0	0	0	=
	De la pareja	9 (2,2) [1,1-4,3]	0	9 (2,4) [1,2-4,6]	0,39
	Madre, padre, ambos	303 (74,6) [70,1-78,7]	29 (100,0)	368 (97,6) [95,4-98,8]	0,39
	Hermanos, abuelos	76 (18,7) [15,1-22,9]	0	0	=
	Tíos	14 (3,5) [1,9-5,8]	0	0	=
	Padrastro, suegros	4 (1,0) [0,3-2,6]	0	0	=

No se observaron diferencias significativas entre las que habían sufrido abuso y las que no lo habían sufrido con respecto a las siguientes variables: edad de la menarquia, edad de la primera relación sexual, edad gestacional al momento del estudio ($27,0 \pm 8,5$) y número de años desde la primera relación sexual. Tampoco entre los años desde la menarquia hasta la primera relación sexual. Para toda la población se halló un lapso de $1,2 \pm 1,0$ años entre el inicio de la actividad coital y el momento del estudio, y de $3,1 \pm 1,6$ años entre la menarquia y la primera actividad

coital. Solo el 15,0 % usaron algún método de planificación familiar antes de quedar en embarazo. Una de cada dos había tenido al menos cuatro controles prenatales. La mitad inició dicho control en el tercer trimestre, y no se observaron diferencias al respecto según la información de abuso: 58,6 % (38,9-76,5) con VD y 54,9 % (49,7-60,0) sin VD ($p = 0,699$). Ninguna de las que manifestaron VD acudió a control prenatal en el primer trimestre del embarazo. Solamente una adolescente informó que fumaba y consumía drogas psicoactivas y manifestó no haber sufrido VD (tabla 2).

Tabla 2. Características ginecológicas y obstétricas de las adolescentes gestantes

Variable	Todas n = 406	Víctimas de abuso n = 29 (7,1 %)	No víctimas de abuso n = 377 (92,9 %)	p
X ± DE				
Edad de la menarquia	12,2 ± 1,3	12,5 ± 1,3	12,2 ± 1,4	0,26
Edad de la primera relación sexual	15,2 ± 1,3	15,4 ± 1,1	15,2 ± 1,4	0,45
Años entre la edad actual y la primera relación sexual	1,2 ± 1,0	1,5 ± 1,0	1,5 ± 1,0	1,00
Años entre la menarquia y la primera relación sexual	3,1 ± 1,6	3,1 ± 1,2	3,1 ± 1,2	1,00
Número de controles prenatales	3,9 ± 2,1	4,0 ± 2,3	3,9 ± 2,2	0,81
n (%) [IC95 %]				
Planificación antes del embarazo				
Sí	61 (15,0) [11,7-18,6]	7 (24,1) [10,3-43,5]	54 (14,3) [11,0-18,4]	0,15
No	345 (85,0) [81,0-88,2]	22 (75,9) [56,5-89,7]	323 (85,7) [81,7-89,1]	0,15
Control prenatal				
Sí	397 (97,8) [95,6-98,9]	27 (93,1) [77,2-99,2]	370 (98,1) [96,4-99,0]	0,08
No	9 (2,2) [1,0-4,3]	2 (6,9) [0,8-22,8]	7 (1,9) [0,8-4,0]	0,08
Trimestre de inicio del control prenatal (n = 397)				
Primero	31 (7,6) [5,3-10,8]	0	31 (8,2) [5,7-11,6]	0,10
Segundo	147 (36,2) [31,6-41,1]	12 (41,4) [23,5-61,1]	135 (35,8) [31,0-40,9]	0,54
Tercero	224 (55,2) [50,2-60,1]	17 (58,6) [38,9-76,5]	207 (54,9) [49,7-60,0]	0,69
Sin datos	4 (1,0) [0,3-2,7]	0	4 (1,1) [0,3-2,9]	0,58
Hospitalización en el embarazo				
Sí	74 (18,2) [14,6-22,4]	9 (31,0) [15,3-50,8]	71 (18,8) [15,1-23,2]	0,11
No	332 (81,8) [77,5-85,3]	20 (69,0) [49,2-84,7]	306 (81,2) [76,8-85,0]	0,11
Comorbilidades				
No	322 (79,3) [74,9-83,0]	20 (69,0) [49,2-84,7]	302 (80,1) [75,7-84,0]	0,15
Sí	84 (20,7) [16,9-25,0]	9 (31,0) [15,3-50,8]	75 (19,9) [16,1-24,4]	0,15

La edad promedio de las parejas fue $21,0 \pm 3,3$ años; fue significativamente menor la edad promedio de las parejas de las víctimas de abuso que la de quienes no

lo habían sufrido: $19,7 \pm 2,8$ frente a $21,0 \pm 3,3$, respectivamente ($p = 0,03$). Es llamativo que 14 (3,4 %) de las participantes no conocían la edad del compañero.

El 60,8 % de las parejas tenían veinte o más años de edad; 82,3 % tenían escolaridad secundaria; 17,5 % fumaban; 73,2 % consumían licor algunos fines de semana y 6,9 % lo consumían todos los fines de semana; 5,4 % tenían adicción a drogas psicoactivas. El 9,6 %

de las gestantes ignoraban si su pareja tenía alguna actividad laboral. La tabla 3 presenta las características sociodemográficas de las parejas así como la distribución de acuerdo con la información de VD aportada por las adolescentes.

Tabla 3. Características sociodemográficas de la pareja

Variable	Todas n = 406 n (%) [IC95%]	Víctimas de abuso n = 29 (7,1%)	No víctimas de abuso n = 377 (92,9%)	p
Etapas vitales				
Adolescente (15 a 19 años)	145 (35,7) [31,1-40,6]	15 (51,7) [32,5-70,6]	130 (34,5) [29,7-39,6]	0,05
Adulto (20 a 36 años)	247 (60,8) [55,9-65,6]	13 (44,8) [26,4-64,3]	234 (62,1) [56,9-66,9]	0,06
No sabe	14 (3,4) [2,0-5,9]	1 (3,4) [0,1-17,8]	13 (3,4) [1,9-6,0]	1,00
Escolaridad				
Ninguna	3 (0,7) [0,1-2,3]	1 (3,4) [0,1-17,8]	2 (0,8) [0,1-3,0]	0,00
Primaria	9 (2,2) [1,0-4,3]	2 (6,9) [0,8-22,8]	7 (1,8) [1,2-3,5]	0,06
Secundaria	334 (82,3) [78,1-85,7]	20 (69,0) [49,2-84,7]	314 (83,2) [78,8-87,0]	0,05
Estudios técnicos	14 (3,4) [1,9-5,8]	0	14 (3,4) [1,9-5,8]	0,31
Estudios tecnológicos	6 (1,5) [0,6-3,3]	0	6 (1,5) [0,6-3,3]	0,50
Profesional	2 (0,5) [0,0-1,9]	0	2 (0,5) [0,0-1,9]	0,21
No sabe	38 (9,4) [6,7-12,7]	6 (20,6) [10,7-44,9]	32 (8,4) [5,7-11,6]	0,02
Consumo de cigarrillo				
Sí	71 (17,5) [13,9-21,6]	5 (17,2) [5,8-35,8]	66 (17,5) [15,1-22,3]	1,00
No	324 (79,8) [75,5-83,5]	22 (84,6) [65,1-95,6]	302 (80,1) [74,8-83,0]	0,55
No sabe	11 (2,7) [1,4-4,9]	2 (6,9) [0,8-22,8]	9 (2,3) [1,8-3,9]	0,13
Consumo de alcohol				
Nunca	67 (16,5) [13,1-20,5]	4 (13,7) [4,4-34,9]	65 (17,9) [14,1-22,3]	0,56
Todos los fines de semana	28 (6,9) [4,7-9,9]	7 (25,0) [10,7-44,9]	21 (5,8) [3,7-8,8]	0,00
Algunos fines de semana	297 (73,2) [68,5-77,3]	18 (64,3) [44,1-81,4]	264 (70,0) [68,7-80,6]	0,52
No sabe	14 (3,4) [1,9-5,8]	0	14 (3,7) [1,9-6,0]	0,29
Consumo de sustancias psicoactivas				
Sí	22 (5,4) [3,5-8,2]	4 (13,7) [4,4-34,9]	17 (4,8) [2,9-7,7]	0,04
No	360 (88,7) [85,0-91,5]	22 (84,6) [65,1-95,6]	338 (94,9) [92,0-96,9]	0,02
No sabe	24 (5,9) [3,9-8,7]	3 (10,7) [2,3-28,2]	1 (0,3) [0,0-1,8]	0,04
Tiene actividad laboral				
No	69 (17,0) [13,5-21,0]	5 (17,2) [5,8-35,8]	65 (17,2) [13,6-21,5]	1,00
Sí y es estable	131 (32,3) [27,7-37,0]	8 (27,6) [12,7-47,2]	125 (33,2) [28,5-38,2]	0,53
Sí, pero es ocasional	167 (41,1) [36,3-46,1]	14 (48,3) [29,4-67,5]	152 (40,3) [35,4-45,5]	0,41
No sabe	39 (9,6) [7,0-13,0]	2 (6,9) [0,8-22,8]	35 (9,3) [6,6-12,8]	0,66

No se observaron diferencias significativas de acuerdo con la escolaridad, el consumo de cigarrillo y la actividad laboral del compañero. El 89,3 % (IC95 %: 78,0-100,0) de las adolescentes víctimas de VD informaron que sus parejas consumían alcohol, lo cual también era costumbre en el 75,8 % (IC95 %: 71,4-80,1) de las parejas de quienes no habían sufrido abuso (p = 0,09). El

25,0 % de las víctimas de VD informaron que sus compañeros consumían alcohol todos los fines de semana, significativamente diferente de lo observado en las otras sin VD (p = 0,000). Igualmente, fue mayor, pero sin significancia estadística, el uso de sustancias psicoactivas por los compañeros de las víctimas de VD: 13,7 % (IC95 %: 4,4-34,9) frente a 4,8 % (IC95 %: 2,9-7,7).

El número de veces que las adolescentes manifestaron haber sido víctimas de VD fue $1,5 \pm 1,6$. La tabla 4 presenta las prevalencias encontradas de diferentes expresiones de VD, de acuerdo con las dos escalas, que consideran a la pareja/marido/otra persona importante y

en diferentes momentos. La frecuencia de VD física fue de 3,0 % a 10,1 %; la de VD psicológica, de 1,5 % a 3,7 %; la de VD física/psicológica alguna vez, de 21,7 %; la de VD sexual, de 1,7 % a 2,2 %; la de VD por la pareja, de 7,1 % y la de VD por la pareja/otra persona, de 12,4 %.

Tabla 4. Prevalencia porcentual de diferentes expresiones de violencia doméstica

Escala <i>Are you Being Abused?</i>	
Amenaza de la pareja para hacerle daño a la mujer o a sus hijos	1,5
La pareja le pega, le dice que la culpa es de ella y promete no hacerlo más, pero repite	3,2
La pareja la humilla en público o no la deja hablar con su familia o amigos	3,7
La pareja la tira al suelo, la empuja, le pega, trata de ahorcarla, patearla o le da bofetadas	3,0
La pareja la obliga a tener relaciones sexuales cuando no quiere	1,7
Existencia de algún tipo de relación abusiva con la pareja	7,1
Escala <i>Abuse Assessment Screen (AAS)</i>	
Alguna vez ha sufrido maltrato físico o emocional por su pareja/marido/otra persona importante	21,7
Durante el último año alguien la ha golpeado, abofeteado, pateado o lastimado físicamente de cualquier manera	10,1
Desde que está embarazada, alguien la ha golpeado, abofeteado, pateado o lastimado físicamente de cualquier manera	6,7
Durante el último año ha sido forzada a mantener actividades sexuales	2,2
Tiene miedo de su pareja/marido/otra persona importante	3,4
Víctimas de abuso doméstico por pareja/marido/otra persona importante, durante el último año o durante el embarazo	12,4

La escala ASS permitió establecer el victimario de la VD. Se encontró que 41 (10,1 %) informaron que durante el último año alguien las había golpeado, abofeteado, pateado o lastimado físicamente: en 19 casos (46,3 %) fue la pareja; en 12 (29,3 %), algún familiar; en 7 (17,1 %), la expareja; en 1 (2,4 %), un amigo y en 2 (4,8 %), un desconocido. Veintisiete (6,7 %) manifestaron que alguien las había golpeado, abofeteado, pateado o lastimado físicamente desde que estaban embarazadas: en 15 casos (55, 5%) fue la pareja; en 8 (29,6 %), algún familiar y en 4 (14,9 %), la expareja.

Nueve (2,2 %) manifestaron que en el último año fueron obligadas a actividades sexuales; cinco de ellas lo fueron por la pareja y cuatro, por la expareja.

La variable "consumo de alcohol todos los fines de semana por la pareja" estuvo asociada significativamente con la VD: (OR: 5,3; IC95 %: 2,0-14,0; $p < 0,05$). El consumo de drogas psicoactivas por la pareja (OR: 3,4; IC95 %: 1,0-10,9) y permanecer en estado civil soltera (OR: 2,4; IC95 %: 1,0-5,9) no tuvieron significancia estadística.

DISCUSIÓN

El embarazo no libera a la mujer de ser víctima de abuso, ya que la VD se puede iniciar, perpetuar e incluso incrementar durante el período gestacional (9). Influyen para ello, entre muchos otros factores, la pobreza, definida como insuficiente disponibilidad económica y presencia de necesidades básicas insatisfechas en términos de alimentación, vivienda, educación y atención en salud, así como la dependencia emocional, la carencia afectiva y la ausencia de redes de acompañamiento familiar, elementos todos que hacen parte del concepto de vulnerabilidad social (6), que pueden ser más frecuentes en gestantes y particularmente en gestantes adolescentes.

Se encontró una prevalencia importante de las distintas expresiones exploradas de VD. Las comparaciones son difíciles debido a que son diferentes las herramientas utilizadas universalmente para medir la VD, y a lo heterogéneo de las circunstancias en que las mujeres son violentadas (8). Además, la magnitud de la VD está fuertemente condicionada por patrones

e influencias culturales, por lo que se suele observar amplias diferencias entre distintas sociedades e incluso entre diferentes investigadores en una misma comunidad.

Se ha informado y es de aceptación general que la VD psicológica suele ser la más prevalente, seguida de la física y la sexual (10). En Brasil, la frecuencia de VD psicológica durante el embarazo fue 61,7 %, seguida de la física (18,2 %) y la sexual (7,8 %) (11). En el mismo orden se observó en las adolescentes estudiadas, cuando se evaluaron con la escala *Are you Being Abused?*, aunque los porcentajes fueron sustancialmente menores: VD psicológica: 3,7 %; VD física: 3,0 % y VD sexual: 1,7 %.

Las gestantes adolescentes informaron sufrir VD psicológica, cuando señalaron que su pareja las humillaba en público o no las dejaba hablar con su familia o con los amigos; el 3,7 % de prevalencia de VD psicológica es inferior a la observada en otros estudios de Brasil, que señalan 14,7 % (12) y 28,8 % (13). En un estudio (14) la dividen en VD psicológica exclusiva o recurrente, 41,6 % y 32,6 %, respectivamente. En Nigeria el abuso verbal en gestantes es excesivamente frecuente: 60,1 % (15), algo menor en Kenya: 29,0 % (16). La escala AAS no explora específicamente la VD psicológica en el embarazo, sino que explora en conjunto la VD psicológica/física en alguna ocasión y causada por la pareja/marido/otra persona conocida. De las mujeres estudiadas, 21,7 % manifestaron haber experimentado esa expresión de VD.

En una revisión reciente que incluyó varios tipos de estudios, llevados a cabo con distintas herramientas y en diferentes entornos (10), se hallaron varios factores asociados a la VD psicológica, a saber: edad materna temprana (OR: 1,32; IC95 %: 1,04-1,70); bajo nivel educativo de la mujer (OR: 1,50; IC95 %: 1,09-2,16); hábito de fumar por parte de la mujer (OR: 1,42; IC95 %: 0,98-2,07); elevado número de compañeros/parejas (OR: 1,52; IC95 %: 1,18-1,96); inadecuadas condiciones sociales (OR: 1,34; IC95 %: 1,11-1,62) y haber sufrido violencia doméstica en la infancia (OR: 15,7; IC95 %: 3,73-66,18). En el presente estudio ninguna de las tres primeras variables tuvo significancia estadística, al evaluar la VD físico-emocional que establece la escala ASS. No estudiamos las otras tres variables entre las características sociodemográficas.

En el presente estudio se encontró que la prevalencia de VD física desde que estaban embarazadas fue de 6,7 %, igual a la reportada en Brasil en mujeres de cualquier edad y en el puerperio inmediato (17), y similar a la encontrada en México donde se informó el 7,5 % de abuso físico en gestantes (9). Durante el último año, el 10,1 % de las adolescentes gestantes estudiadas informaron haber sido víctimas de golpes o maltrato físico por alguna persona conocida. En Guatemala se informó la VD física en el 10,0 % de las mujeres gestantes (18), y en Nicaragua una de cada cuatro manifestó haber sufrido algún tipo de VD física durante el embarazo (19). El 28,0 % de un grupo de mujeres bolivianas soportaron VD física durante su último embarazo, lo cual también informaron el 24,4 % de las mujeres de diferentes edades de República Dominicana, y el 33,9 % de Haití (20). En India (21) el 12,0 % de la VD fue física, se manifestó principalmente por bofetadas, golpes, patadas o quemaduras en mujeres de diferentes edades gestacionales. En un estudio llevado a cabo en Estados Unidos, 38,0 % de las adolescentes gestantes entre 13 y 14 años reportaron haber experimentado VD física (22).

También se han señalado algunos factores que se asocian a la VD física en gestantes de todas las edades (10): bajo nivel educativo de la mujer (OR: 2,00; IC95 %: 1,10-3,23); hábito de fumar del compañero (OR: 2,33; IC95 %: 1,26-4,68); consumo de alcohol por la mujer (OR: 2,41; IC95 %: 1,48-3,93); antecedente de embarazo no deseado (OR: 2,90; IC95 %: 2,07-4,08); ser de raza negra (OR: 1,65; IC95 %: 1,02-2,65) y desempleo de la gestante (OR: 5,10; IC95 %: 1,7-15,9).

En nuestro estudio, el 2,2 % de las adolescentes gestantes informaron haber sido forzadas a tener actividad sexual en el último año cuando se evaluaron con la ASS y el 1,7 % informaron que su pareja las obligaba a tener relaciones sexuales cuando no querían, lo cual se determina con la escala *Are you Being Abused?* Ambas circunstancias permiten dimensionar la VD sexual. Esta expresión de VD en el embarazo pareciera ser más frecuente en algunos países africanos (10): 8,7 % en Tanzania (23); 12,0 % en Kenya (16) y 38,9 % en Zimbabwe (24). En este último país, el 30,2 % de las mujeres informaron haber sufrido más de tres episodios de violencia sexual durante la gestación (25). Similar a la frecuencia encontrada por nosotros se ha reportado en Nigeria: 2,1 % (15). En Brasil la

prevalencia de violencia sexual en embarazadas varía desde 0,4 % (12) hasta 3,7 % (13). Los correspondientes datos de otros países son: 3,0 % en Guatemala (18); 9,3 % en Nicaragua (19); 3,6 % en Irán (26) y 2,7 % en Bangladesh (27). El 15,0 % de las adolescentes gestantes de Estados Unidos reportaron abuso sexual (22). Se ha señalado que el consumo de alcohol por la pareja es un factor asociado a la violencia sexual en gestantes (OR: 9,04; IC95 %: 2,64-32,75) (10).

El 12,4 % de las adolescentes estudiadas manifestaron haber sido víctimas de VD por parte de su pareja/marido/persona importante, durante el último año o durante el embarazo, mientras que el 7,1 % informaron la existencia de una relación abusiva con su pareja. En Estados Unidos, Curry (22) encontró que 37,0 % de las adolescentes reportaron VD durante el embarazo, mientras que Alhusen (28) halló 19,3 % en un grupo predominantemente afroamericano. Con diferentes herramientas de medición, la prevalencia reportada de VD en embarazadas es diferente en distintos contextos: 56,3 % en Irán: (29); 18,0 % en Guatemala (18) y 1,5 % en Suecia (30). La tasa global de VD contra las gestantes de diversas edades, en países de altos ingresos económicos, se ha estimado entre 1,0 % y 19,1 %, mientras que en países de medianos/bajos ingresos está entre 15,0 % y 63,1 % (10).

El 96,6 % de las mujeres de nuestro estudio que sufrieron abuso estaban en la adolescencia tardía. Curry (22) señaló que el 54,0 % de las jóvenes de 17 años y el 45,0 % de las de 16 años manifestaron haber sido víctimas de abuso. La VD está presente en todos los grupos de edad, aunque las cifras difieren. En Guatemala el 33,0 % de las mujeres entre 20 y 24 años fueron víctimas de VD física y el 25,0 % lo fueron de VD sexual, durante el embarazo (18). En México un tercio de las mujeres víctimas de abuso en el embarazo tenían entre 13 y 19 años (9). En el presente estudio se encontró que de las embarazadas en el rango de 10 a 14 años, el 3,5 % informaron haber sufrido alguna forma de abuso por parte de su pareja, mientras que en el rango de 15 a 19 años la cifra fue del 7,5 %.

Aunque las gestantes con VD estudiadas pertenecían a estratos socioeconómicos bajos/muy bajos y tenían $16,6 \pm 1,4$ años de edad, era moderadamente bueno el nivel de escolaridad: $9,1 \pm 2,1$ años, lo cual guarda relación con las políticas educativas colombianas; no

obstante, pareciera que el número de años cursados no tiene efecto sobre dos circunstancias personales importantes: el inicio de la actividad coital, que se presentó a solo tres años desde la menarquia, y la necesidad de usar métodos de planificación familiar al tener coitos, de ahí la ocurrencia de gestación antes del año de actividad coital. También es de resaltar que no se observó diferencia significativa en el nivel de escolaridad entre las mujeres víctimas o no de abuso, o sea, que la educación hasta ese momento recibida no blindó a las jóvenes contra la VD. La educación en general y en especial la sexual debiera ofrecer herramientas de liderazgo personal y madurez emocional que prevengan la vulnerabilidad social y todos sus desenlaces adversos como el embarazo en la adolescencia y la VD (6). En Brasil (11) la mitad de las mujeres víctimas de abuso tenían menos de ocho años de estudios y el 71,7 % de las mexicanas que habían sufrido abuso tenían nueve o menos años de educación (9). En Guatemala observaron niveles educativos más bajos: el 11 % no tenía ningún año de estudio y seis de cada 10 solo llegaban a la básica primaria (18).

Al igual que lo señalado ampliamente por otros autores (8,9), se observó falta de independencia en las gestantes adolescentes, lo que está relacionado con aspectos etarios y oportunidades sociales. Se observó una tasa alta de deserción escolar lo que está reconocido como un perpetuador importante de la pobreza, el subdesarrollo y la marginalidad (1,4). Fue elevada la convivencia con diferentes familiares y muy baja la convivencia independiente como pareja. Siete de cada diez adolescentes dependían de los padres tanto antes como después del embarazo. Las cifras encontradas en cuanto a convivencia, abandono escolar, efectividad educativa y su impacto en la salud sexual y reproductiva parecen respaldar las apreciaciones de vulnerabilidad social planteadas por Stern (6) a partir de un estudio cualitativo en embarazadas adolescentes mexicanas.

En el presente estudio se encontró que “la ingesta de alcohol todos los fines de semana” por parte del compañero se asoció a cinco veces más VD en las gestantes adolescentes (OR: 5,3; IC95 %: 2,0-14,0), la única variable estadísticamente significativa entre las consideradas. No obstante, se han identificado otros factores (10): edad materna temprana (OR: 1,80; IC95 %: 1,40-2,31); bajo nivel educativo del compañero (OR:

5,73; IC95 %: 1,40-23,41); hábito de fumar de la mujer (OR: 2,08; IC95 %: 1,04-4,15); antecedente de violencia doméstica (OR: 11,6; IC95 %: 8,3-16,2); tres o más eventos estresantes en el embarazo (OR: 26,48; IC95 %: 10,22-68,62) y estado civil soltera (OR: 6,60; IC95 %: 3,30-12,80). Entre las adolescentes estudiadas se encontró que permanecer soltera también fue un factor asociado, pero que no alcanzó significancia estadística (OR: 2,4; IC95 %: 1,0-5,9).

Los años de educación cursados por las adolescentes evaluadas parecieran no ser suficientes para concientizarlas de la importancia del inicio temprano del control prenatal; en el primer trimestre solo el 7,6 % de toda la población acudieron a dicho control y la mitad del total lo hicieron ya en el tercer trimestre. Ninguna de las adolescentes sometidas a abuso asistió a control prenatal en el primer trimestre del embarazo, aunque la diferencia no fue significativa frente a las que no lo sufrieron, por lo cual puede ser un comportamiento inherente al medio y no a la VD. No obstante, se ha señalado (10) que el inadecuado control prenatal es un factor asociado a la VD (OR: 3,52; IC95 %: 1,55-8,03). El embarazo en la adolescencia y la VD comparten la connotación del silencio, existe temor para abordar socialmente ambas problemáticas lo que incrementa las condiciones de vulnerabilidad social (6).

Ninguna de las gestantes víctimas de abuso manifestó ingesta de alcohol, hábito de fumar o consumo de sustancias psicoactivas. También fue baja la prevalencia observada por Díaz-Olavarrieta (9) al señalar que el 2,0 % fumaban y ninguna consumía alcohol. Tales resultados contrastan con los de Moraes (11) en cuyo estudio 49,0 % de las mujeres que sufrieron VD menor y 26,0 % de las que experimentaron VD severa consumían alcohol. En Guatemala (18) las gestantes víctimas de abuso consumían alcohol, tabaco y drogas en mayor magnitud que la población general. En Suecia, el 25,0 % de las mujeres con historia de VD tenían hábito tabáquico comparadas con el 12,0 % de las que no tenían tal historia; el consumo de drogas fue reportado por 7,1 % y 2,8 %, respectivamente (30).

Una de cada dos adolescentes gestantes señaló a la pareja como el victimario. Otros familiares lo fueron en el 30,0 % de los casos. En un estudio mexicano, 9 de cada 10 mujeres señalaron al esposo o compañero como el abusador (9). En la mayoría de los casos, el

agresor suele ser la pareja conyugal o de convivencia (3-5,9,29). Así se observó en el presente estudio efectuado en una población de estratos socioeconómicos bajos, circunstancia que también se presenta en poblaciones de alto nivel socioeconómico o en países desarrollados (10). En el presente estudio también fue importante la vinculación como agresor de la expareja/exmarido.

El número promedio de veces que las gestantes manifestaron haber sido víctimas de VD fue $1,57 \pm 1,6$. En México (9) encontraron que nueve de cada diez gestantes víctimas de VD física refirieron frecuencias entre 1 y 5 veces y que siete de cada diez entre las sometidas a VD sexual manifestaron ocurrencia de hasta cinco veces.

En el presente estudio no se evaluó la apreciación sobre la VD, pero en otros se ha señalado que mujeres de algunas comunidades o sociedades la consideran justificada debido a faltas de la mujer al irrespetar las leyes, refutar a la pareja, no preparar su comida favorita, no cumplir con el cuidado de la casa o de los niños e, incluso, salir sin permiso (21). En esos espacios, y en otros, puede haber sesgos debidos a la sumisión de la mujer y al temor a castigos, lo que puede generar subregistros y las cifras halladas pueden ser inferiores a las reales (27). Se encontró que el 3,4 % de las adolescentes estudiadas tenían miedo de su pareja. Todos estos hechos son, a todas luces, reprobables y en esas culturas se deben replantear el rol de la mujer y su interacción con la pareja y la familia.

Este trabajo tuvo las limitaciones propias de los estudios transversales y no puede medir causalidades. Puede ser importante el sesgo de memoria por parte de las entrevistadas y las cifras pueden estar influenciadas por el temor de las adolescentes al sentirse abordadas en temas que son penosos o míticos para sus comunidades de origen. Tiene como fortaleza aportar posiblemente las primeras cifras sobre distintas expresiones de VD, en el marco de otro problema importante como es el embarazo en la adolescencia, obtenidas con dos escalas de amplio uso mundial. Aporta que "el consumo de licor todos los fines de semana" por la pareja, incrementa hasta cinco veces el riesgo de VD en gestantes adolescentes, situación no anotada o descartada por otros investigadores. Se debe establecer más precisamente la magnitud del consumo rutinario de alcohol por la pareja; es

indispensable estudiar los factores asociados y causas de la VD en los programas de salud sexual y reproductiva de los adolescentes y en la problemática del embarazo en la adolescencia.

Se recomienda a las autoridades identificar la magnitud del consumo de licor todos los fines de semana por varones adolescentes y jóvenes, puesto que modificar sustancialmente esa costumbre podría prevenir la VD fuera y dentro del embarazo. Se han sugerido otras medidas en los llamados a planes de acción y prevención (3). Se necesitan campañas interinstitucionales, involucrando aspectos educativos que realmente impacten la VD (4) y el embarazo en la adolescencia. Hace falta una adecuada educación sexual desde la infancia que genere adolescentes sensibilizados, capaces de manejar su actividad coital sin exposición temprana al embarazo y blindados ante todas las influencias sociales y culturales favorecedoras de las distintas expresiones de la VD.

CONCLUSIÓN

Las características ginecológicas y obstétricas, así como las sociodemográficas en términos de edad, etnia, estado civil y convivencia familiar de gestantes adolescentes fueron similares independientemente de haber experimentado o no VD.

Nada justifica la violencia contra la mujer. Consideramos alta la prevalencia hallada de VD física, psicológica o sexual en embarazadas adolescentes, causada por la pareja/marido, sea durante el embarazo mismo, en el último año o en cualquier otro momento. La ingesta de alcohol todos los fines de semana por parte de la pareja estuvo asociada a una frecuencia cinco veces mayor de VD.

CONFLICTOS DE INTERESES

Ninguno que declarar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Monterrosa-Castro A. Causas e implicaciones médico - sociales del embarazo en la adolescencia. *Rev Colom Obstet Ginecol.* 1998 Oct-Dic;49(4):225-30.
2. Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud-2010 [Internet]. Bogotá: Profamilia; 2011 [Consultado 2015 Abr 12]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/Base%20de%20datos%20ENDS%202010%20informe.pdf>
3. Mikton C. Preventing intimate partner and sexual violence against women: taking action and generating evidence. *Inj Prev.* 2010 Oct;16(5):359-60. DOI 10.1136/ip.2010.029629.
4. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. Comprender y abordar la violencia contra las mujeres: Violencia infligida por la pareja [Internet]. Washington, DC : OPS; 2013. [Consultado 2015 Feb 23]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/98816/1/WHO_RHR_12.36_spa.pdf?ua=1
5. 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.* 2012 Oct;102(10):1893-901.
6. Stern C. Vulnerabilidad social y embarazo en adolescente en México. *Papeles de población.* 2004;39:129-58.
7. American Congress of Obstetricians and Gynecologists [Internet]. Washington, DC: 2010 [Cited 2013 Feb 12]. Are you being abused? Available from: http://www.acog.org/About_ACOG/ACOG_Departments/Violence_Against_Women/Are_you_Being_Abused
8. Rabin RF, Jennings JM, Campbell JC, Bair-Merritt MH. Intimate partner violence screening tools: a systematic review. *Am J Prev Med.* 2009 May;36(5):439-45.e4. DOI 10.1016/j.amepre.2009.01.024.
9. Díaz-Olavarrieta C, Paz F, Abuabara K, Martínez Ayala HB, Kolstad K, Palermo T. Abuse during pregnancy in Mexico City. *Int J Gynaecol Obstet.* 2007 Apr;97(1):57-64.
10. Arteta-Acosta C, Monterrosa-Castro Á, Ulloque-Caamaño L. Prevalencia de violencia doméstica gestacional según el ingreso económico de las naciones. En Prensa.
11. Moraes CL, Reichenheim ME. Domestic violence during pregnancy in Rio de Janeiro, Brazil. *Int J Gynaecol Obstet.* 2002 Dec;79(3):269-77.
12. Rodrigues DP, Gomes-Sponholz FA, Stefanelo J, Nakano AM, Monteiro JC. [Intimate partner violence against pregnant women: study about the repercussions]

on the obstetric and neonatal results]. *Rev Esc Enferm USP*. 2014 Apr;48(2):206-13. Portuguese.

13. Silva EP, Ludermir AB, Araújo TV, Valongueiro SA. Frequency and pattern of intimate partner violence before, during and after pregnancy. *Rev Saude Publica*. 2011 Dec;45(6):1044-53.
14. Costa Ribeiro MR, Moura da Silva AA, Seabra de Britto e Alves MT, Lucena Batista RF, Leitão Nunes de Rocha LM, Schraiber LB, et al. Psychological violence against pregnant women in a prenatal care cohort: rates and associated factors in Sao Luís, Brazil. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014 Feb;14:66. DOI 10.1186/1471-2393-14-66.
15. Onoh R, Umeora O, Ezeonu P, Onyebuchi A, Lawani O, Agwu U. Prevalence, pattern and consequences of intimate partner violence during pregnancy at abakaliki southeast Nigeria. *Ann Med Health Sci Res*. 2013 Oct;3(4):484-91. DOI 10.4103/2141-9248.122048.
16. Makayoto LA, Omolo J, Kamweya AM, Harder VS, Mutai J. Prevalence and associated factors of intimate partner violence among pregnant women attending Kisumu District Hospital, Kenya. *Matern Child Health J*. 2013 Apr;17(3):441-7. DOI 10.1007/s10995-012-1015-x.
17. Reichenheim ME, Moraes CL. Comparison between the abuse assessment screen and the revised conflict tactics scales for measuring physical violence during pregnancy. *J Epidemiol Community Health*. 2004 Jun;58(6):523-7.
18. Johri M, Morales RE, Boivin JF, Samayoa BE, Hoch JS, Grazioso CF, et al. Increased risk of miscarriage among women experiencing physical or sexual intimate partner violence during pregnancy in Guatemala City, Guatemala: cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2011 Jul;11:49. DOI 10.1186/1471-2393-11-49.
19. Salazar M, San Sebastian M. Violence against women and unintended pregnancies in Nicaragua: a population-based multilevel study. *BMC Womens Health*. 2014 Feb;14:26. DOI 10.1186/1472-6874-14-26.
20. Han A, Stewart DE. Maternal and fetal outcomes of intimate partner violence associated with pregnancy in the Latin American and Caribbean region. *Int J Gynaecol Obstet*. 2014 Jan;124(1):6-11. DOI 10.1016/j.ijgo.2013.06.037.
21. Das S, Bapat U, Shah More N, Alcock G, Joshi W, Pantvaidya S, et al. Intimate partner violence against women during and after pregnancy: a cross-sectional study in Mumbai slums. *BMC Public Health*. 2013 Sep;13:817. DOI 10.1186/1471-2458-13-817.
22. Curry MA, Doyle BA, Gilhooley J. Abuse among pregnant adolescents: differences by developmental age. *MCN Am J Matern Child Nurs*. 1998 May-Jun;23(3):144-50.
23. Stöckl H, Filippi V, Watts C, Mbwambo JK. Induced abortion, pregnancy loss and intimate partner violence in Tanzania: a population based study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2012 Mar;12:12. DOI 10.1186/1471-2393-12-12.
24. Shamu S, Abrahams N, Temmerman M, Musekiwa A, Zarowsky C. A systematic review of African studies on intimate partner violence against pregnant women: prevalence and risk factors. *PLoS One*. 2011 Mar;6(3):e17591. DOI 10.1371/journal.pone.0017591.
25. Shamu S, Abrahams N, Zarowsky C, Shefer T, Temmerman M. Intimate partner violence during pregnancy in Zimbabwe: a cross-sectional study of prevalence, predictors and associations with HIV. *Trop Med Int Health*. 2013 Jun;18(6):696-711. DOI 10.1111/tmi.12078.
26. Hajikhani Golchin NA, Hamzehgardeshi Z, Hamzehgardeshi L, Shirzad Ahoodashti M. Sociodemographic characteristics of pregnant women exposed to domestic violence during pregnancy in an Iranian setting. *Iran Red Crescent Med J*. 2014 Apr;16(4):e11989. DOI 10.5812/ircmj.11989.
27. Kamal SM. Domestic Violence, Unwanted Pregnancy and Pregnancy Termination among Urban Women of Bangladesh. *J Family Reprod Health*. 2013 Mar;7(1):11-22.
28. Alhusen JL, Frohman N, Purcell G. Intimate partner violence and suicidal ideation in pregnant women. *Arch Womens Ment Health*. 2015 Aug;18(4):573-8. DOI 10.1007/s00737-015-0515-2.
29. Jamshidimanesh M, Soleymani M, Ebrahimi E, Hosseini F. Domestic violence against pregnant women in Iran. *J Family Reprod Health*. 2013 Mar;7(1):7-10.
30. Finnbogadóttir H, Dykes AK, Wann-Hansson C. Prevalence of domestic violence during pregnancy and related risk factors: a cross-sectional study in southern Sweden. *BMC Womens Health*. 2014 May;14:63. DOI 10.1186/1472-6874-14-63.