



Original/*Pediatría*

Ganancia de peso durante la gestación y resultados perinatales en adolescentes embarazadas con antecedente de abuso sexual

Selene Sam-Soto¹, Reyna Sámano¹, Mónica Flores-Ramos², Mario Rodríguez-Bosch¹, Danae García-Salazar¹, Gabriela Hernández-Mohar³ y Verónica García-Espinosa⁴

¹Instituto Nacional de Perinatología "Isidro Espinosa de los Reyes". ²Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz". ³Universidad del Valle de México, Coyoacán. ⁴Universidad del Valle de México, Chapultepec. México.

Resumen

Introducción: la mayoría de las adolescentes con antecedente de abuso sexual inician su control prenatal tardíamente, incrementando el riesgo de eventos perinatales adversos.

Objetivo: analizar la ganancia de peso gestacional materna, peso y longitud neonatales de adolescentes con y sin el antecedente de abuso sexual.

Métodos: estudio observacional, retrolectivo con adolescentes embarazadas, entre 10 y 16 años, primigestas, con embarazo único y con al menos tres consultas prenatales. Las adolescentes fueron divididas en dos grupos: 55 casos con antecedente de abuso sexual (AAS) y 110 sin antecedente de abuso sexual (SAAS). Se obtuvieron datos: sociodemográficos, presencia de infecciones de transmisión sexual, toxicomanías, índice de masa corporal pregestacional y ganancia de peso gestacional maternos, así como peso y longitud del neonato. Se calcularon pruebas de asociación y comparación de medias.

Resultados: las adolescentes con AAS tuvieron mayor prevalencia de virus del papiloma humano. El peso y longitud de los neonatos del grupo SAAS fue mayor, con cerca de 200 g ($p = 0,002$) y 2 cm ($p = 0,001$) que el grupo con AAS. El aumento de peso gestacional fue 5 kg inferior en las adolescentes con AAS ($p = 0,005$). El consumo de drogas ilegales fue similar en ambos grupos y se asoció con menor peso de los recién nacidos.

Conclusiones: el antecedente de abuso sexual en adolescentes embarazadas se asoció con mayor frecuencia al virus del papiloma humano, menor peso y longitud en los recién nacidos y menor aumento de peso gestacional en la madre. El uso de drogas ilícitas fue similar en ambos grupos y se asoció con menor peso al nacer.

(Nutr Hosp. 2015;32:1075-1081)

DOI:10.3305/nh.2015.32.3.9377

Palabras clave: Embarazo en adolescencia. Abuso sexual. Ganancia de peso gestacional. Infecciones de transmisión sexual. Peso al nacer.

Correspondencia: Reyna Sámano.
Instituto Nacional de Perinatología. Torre de Investigación, 2.º piso.
Montes Urales 800. Lomas de Virreyes.
CP. 11000. Miguel Hidalgo, México DF.
E-mail: ssmr0119@yahoo.com.mx

Recibido: 9-VI-2015.
Aceptado: 29-VI-2015.

WEIGHT GAIN DURING PREGNANCY AND PERINATAL OUTCOMES IN PREGNANT ADOLESCENTS WITH A HISTORY OF SEXUAL ABUSE

Abstract

Objective: the purpose of the present study was to describe some perinatal outcomes in two groups of pregnant adolescents: one group with history of sexual abuse and one group without sexual abuse antecedent.

Methods: we designed an observational, retrolective study. Participants were primigravid adolescents between 10 to 16 years, with a singleton pregnancy, and at least three prenatal medical evaluations. Participants were grouped according to sexual abuse antecedent: 55 adolescents had sexual abuse antecedent, and 110 participants had not sexual abuse antecedent. We obtained the clinical data from medical records: socio-demographic characteristics, sexually transmitted infections, illicit drugs use, pre-gestational body mass index, gestational weight gain, and newborn weight. The data were analyzed using association tests and mean comparisons.

Results: the adolescents with sexual abuse history had higher prevalence of human papilloma virus infection. The newborns weight of mothers without sexual abuse antecedent was about 200 grams higher than the newborns of mothers with sexual abuse antecedent ($p = 0.002$); while the length of the first group was 2 centimeters longer than the length of the newborns on the second group ($p = 0.001$). Gestational weight increase was 5 kilograms lower in adolescents with sexual abuse antecedent compared to adolescent without the antecedent ($p = 0.005$). Illicit drug use was similar in the two groups and it was associated to low newborn weight.

Conclusions: the sexual abuse antecedent in pregnant adolescents was associated to higher frequency of human papilloma virus infections, lower newborn weight, and lower gestational weight increase on pregnant adolescents.

(Nutr Hosp. 2015;32:1075-1081)

DOI:10.3305/nh.2015.32.3.9377

Key words: Teenage pregnancy. Sexual abuse. Gestational weight gain. Sexually transmitted infections. Birth weight.

Abreviaturas

- IMC: Índice de masa corporal.
AAS: Antecedente de abuso sexual.
SAAS: Sin antecedente de abuso sexual.
ITS: Infecciones de transmisión sexual.
VDRL: Venereal Disease Research Laboratory.
PCR: Polymerase Chain Reaction.
VIH: Virus de inmunodeficiencia humana.
ELISA: Enzyme linked immunosorbent assay.
Anti-HB: Anticuerpo de superficie del virus de la hepatitis B.
AgS HB: Antígeno de superficie del virus de la hepatitis B.
VHB: Virus de la hepatitis B.
VHC: Virus de la hepatitis C.
VPH: Virus del papiloma humano.
LEIBG: Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado.

Introducción

La violencia contra las mujeres es un problema social y de salud pública que se manifiesta de diferentes formas: violencia física, emocional, psicológica o sexual¹. En México la violencia sexual se ha incrementado en los últimos años, con una prevalencia de 11 a 13% en mujeres entre los 10 a 19 años, siendo más frecuente entre los 12 a 14 años, con serios efectos a la salud física, psicológica y emocional².

Se ha reportado que de las mujeres que se embarazan de 7.4 y 26% son resultado de una violación. De acuerdo con la Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres en México, 25% de las mujeres han experimentado algún tipo de maltrato durante el embarazo, con mayor frecuencia resaltan las humillaciones (8.4%), relaciones sexuales forzadas (6.3%) y golpes (5.3%)². Otro estudio señala una prevalencia de 13.7% de violencia sexual en mujeres antes de un embarazo disminuyendo a 11.8% durante el embarazo^{3,4}.

El daño emocional es una consecuencia importante de la violencia durante el embarazo; que se ha relacionado con la presencia de trastornos como la depresión y ansiedad, además del abuso de alcohol y de drogas ilícitas⁵. Asimismo, se ha observado una asociación entre el abuso sexual infantil y alteraciones en los hábitos alimenticios como las dietas restrictivas, ayunos prolongados y abuso de laxantes. De hecho, del 10 al 30% de las víctimas de abuso sexual tienen diagnóstico de un trastorno alimentario. El embarazo representa un período de profundos cambios sociales, psicológicos y biológicos que influyen en la percepción del cuerpo y puede ser un período de mayor vulnerabilidad para exacerbar los síntomas de los trastornos de alimentación⁶.

Los efectos de la violencia sexual en la salud sexual y reproductiva son importantes e incluyen infecciones de transmisión sexual (ITS) y el virus de inmunodeficiencia humana (VIH)/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). A diferencia de otros países como Brasil que ha reportado que 2% de las mujeres violadas se convierten en seropositivas; en México no se cuenta con ese tipo de datos⁷. El riesgo de adquirir una infección de transmisión sexual se incrementa con la edad de la víctima y con la frecuencia del abuso sexual, siendo el riesgo menor en mujeres menores de 12 años (3.2%)⁸. Entre los microorganismos transmitidos más frecuentes durante un abuso sexual se incluyen *Chlamydia Trachomatis*, virus del papiloma humano (VPH), VIH, hepatitis B y *Gardnerella vaginalis*, que pueden causar mayor morbilidad durante el embarazo como ruptura prematura de membranas y prematuridad^{9,10}.

Las adolescentes con antecedente de abuso sexual inician su control prenatal en el tercer trimestre hasta en el 21% de los casos¹¹, incrementando aún más el riesgo de eventos perinatales adversos¹². Dentro de las principales complicaciones perinatales en mujeres víctimas de abuso sexual se incluyen: el parto prematuro, la baja ganancia de peso gestacional, mayor número de cesáreas¹³ y en el recién nacido menor peso, aunque esto no está del todo claro¹⁴.

Aún cuando la literatura muestra que las adolescentes embarazadas con antecedente de abuso sexual están en mayor riesgo de tener resultados perinatales negativos, en América Latina la información al respecto es escasa, es por esto que el objetivo del este artículo fue analizar la ganancia de peso gestacional materna, peso y longitud neonatales de dos grupos de adolescentes embarazadas: con y sin el antecedente de abuso sexual.

Las adolescentes con antecedente de abuso sexual inician su control prenatal en el tercer trimestre hasta en el 21% de los casos¹¹, incrementando aún más el riesgo de eventos perinatales adversos¹². Dentro de las principales complicaciones perinatales en mujeres víctimas de abuso sexual se incluyen: el parto prematuro, la baja ganancia de peso gestacional, mayor número de cesáreas¹³ y en el recién nacido menor peso, aunque esto no está del todo claro¹⁴.

Métodos

Estudio observacional, retrolectivo con adolescentes entre 10 y 16 años, embarazadas, primigestas, con embarazo único y con al menos tres consultas prenatales registradas en el servicio de obstetricia y que tuvieron su resolución del embarazo en el Instituto Nacional de Perinatología (México), de enero del 2010 a diciembre del 2013. Fueron clasificadas en dos grupos: 55 casos con antecedente de abuso sexual (AAS) y 110 casos sin antecedentes de abuso sexual (SAAS). Bajo un muestreo consecutivo, a conveniencia y no aleatorio se tomaron todos los casos con AAS presentados en este período, bajo la definición de abuso sexual infantil dado por la Organización Mundial de la Salud¹⁵:

“Participación de niños y adolescentes, física o psicológico, o ambos, inmaduros, en actividades sexuales que no comprenden a cabalidad, para las que no son capaces de dar su consentimiento o en las que se violan las estructuras sociales o familiares”. Se incluye dentro de esta definición la penetración vaginal y/o rectal, o abuso sexual de tipo penetrativo, modalidad que usamos en nuestro estudio.

Procedimientos

Para la identificación de abuso sexual: dos investigadores estandarizados se encargaron de la revisión de expedientes clínicos; el abuso sexual se diagnosticó cuando dentro de sus historias clínicas y/o de un cuestionario aplicado en la primera consulta obstétrica por psicólogos expertos, se identificó que habían sido obligadas a tener relaciones sexuales forzadas de tipo penetrativo con o sin violencia, independientemente de su relación con la víctima.

De la revisión de los expedientes clínicos se obtuvieron características sociodemográficas tales como edad cronológica, estado civil, escolaridad, ocupación, nivel socioeconómico, composición de la estructura familiar definiéndose como: nuclear –ambos padres e hijos–, extensa –hijos, ambos padres y otros familiares–, compuesta o reconstruida –hijos, padre y madrastra o madre y padrastro–, dona –sólo nietos y abuelos–, uniparental –hijos y padre ó madre–.

Antropometría: con el peso pregestacional y la estatura medida en la primer consulta se calculó el índice de masa corporal (IMC) pregestacional; de la diferencia del peso máximo gestacional y el peso pregestacional se calculó la ganancia de peso gestacional materna¹⁶. Los datos de los neonatos como peso, longitud y edad gestacional al nacimiento se obtuvieron de las actas de alumbramiento y registros de los expedientes clínicos.

Dentro de los estudios básicos solicitados a todas las pacientes, se incluyó glucosa en ayuno a la semana 24-28 de gestación. Se descartaron a las pacientes con diabetes gestacional o en quienes se diagnosticó otra patología asociada durante el control prenatal (cardiopatía, lupus eritematoso sistémico, preeclampsia, etc.) Cabe señalar que todas las adolescentes fueron referidas a los servicios de psicología y psiquiatría para su atención.

El consumo de alcohol y drogas ilícitas se investigó de forma intencionada en las participantes durante el interrogatorio en la consulta de primera vez y se tomó de los registros en los expedientes clínico-médicos.

Detección de infecciones de transmisión sexual. Todas las pacientes contaron con estudios de tamizaje para infecciones de transmisión sexual como parte de la evaluación clínica inicial; se les tomaron muestras para examen en fresco y cultivos para el diagnóstico de: *Cándida albicans*, *Gardnerella vaginalis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Mobiluncus sp* y otras especies anaerobias, así como cultivos especiales para *Ureaplasma urealyticum*, *Mycoplasma hominis*. Se realizó prueba de VDRL (*Venereal Disease Research Laboratory*) para sífilis, citología cervical para virus de papiloma humano y PCR (*Polymerase Chain Reaction*) para *Chlamydia trachomatis*.

Se recolectó suero de las participantes para determinación de anticuerpos IgG contra el antígeno central del virus de la hepatitis B (anti-HB), antígeno de superficie del virus de la hepatitis B (AgS HB), antígeno y anticuerpos totales contra el virus de la hepatitis B y C (VHC). Se utilizó el método ELISA (*Enzyme linked immunosorbent assay*) para detectar VIH en suero, y adicionalmente con la prueba de Western Blot como prueba alternativa confirmatoria.

Ética. Este estudio se realizó de acuerdo con la declaración de Helsinki, la confidencialidad se observó especialmente debido a la información obtenida de los expedientes¹⁷.

Análisis estadístico. Se calcularon medidas de tendencia central y dispersión, las comparaciones de grupos se realizaron mediante la prueba t y prueba de χ^2 . Se utilizó SPSS versión 12 para Windows.

Resultados

Ciento sesenta expedientes clínicos se revisaron en el grupo de adolescentes SAAS, de los que se excluyeron casos con inconsistencias en la información, ausencia de datos sociodemográficos, clínicos, falta del peso pregestacional, peso máximo gestacional, ausencia de información de sus neonatos o de algún resultado de laboratorio o cultivo. Se incluyeron en el análisis de este artículo 55

Tabla I
Características clínicas generales de las adolescentes

	Con AAS (n=55)	SAAS (n=110)	p
Edad (años)	15.4 ±2	15.4±1	0.999
Edad menarca (años)	11.6±1	11.4±1	0.800
Edad inicio vida sexual activa (años)	14±3	14±3	0.836
Glucosa ayuno (mg/dL)	85±15	78±8	0.069
Hemoglobina (g/dL)	12.3±1.4	12.6±1.4	0.052
Peso pregestacional (kg)	55.4±10	53.3±10	0.325
IMC pregestacional	23.8±4	21.5±3	0.015
Estatura (cm)	155±6	154.5±5	0.609

Datos expresados en promedio ± desviación estándar, p de T de Student.

AAS: Con antecedentes de abuso sexual, SAAS: sin antecedentes de abuso sexual.

adolescentes con ASS y 110 adolescentes SAAS. Las características sociodemográficas de las pacientes incluidas se pueden observar en la tabla I, en la que se ve que el IMC pregestacional fue inferior en el grupo SAAS. En el resto de las variables no se observaron diferencias.

En la mayoría de los casos la adolescente pudo identificar al agresor sexual: una tercera parte de los agresores fueron desconocidos (32%), del resto (68%) fueron personas cercanas o familiares de las víctimas; en mayor porcentaje el novio o pareja (32%), incluyendo la prostitución promovida por ésta (13%); el padre (7%) primo o tío (13%) y padrastro (3%).

La religión predominante de la presente muestra fue la católica (80%) las demás refirieron ser ateas, cristianas o testigos de Jehová, en la misma distribución en los dos grupos. En la tabla II se observa que la mayoría de las adolescentes con AAS eran solteras, de nivel socioeconómico bajo y con una mayor frecuencia que desconocía la ocupación del padre. El tipo de familia más frecuente en el grupo de AAS fue la monoparental, aunque no se reportó una diferencia significativa entre ambos grupos. Las pacientes que refirieron alguna toxicomanía reportaron haberla suspendido durante el embarazo.

En relación con las pacientes que presentaron infección vaginal o cervical, la *Cándida albicans* fue el agente etiológico más frecuente, seguido por *Gardnerella vaginalis* y la infección mixta en tercer lugar. Dentro de las infecciones de transmisión sexual, se observó una prevalencia de VPH de 11% en el grupo con AAS, con una diferencia significativa con el grupo SAS ($p < 0.015$). Por su parte, la presencia de infecciones en vías urinarias fue similar en ambos grupos con 76 y 79% ($p = 0.363$) de los casos de SAAS y SAS, respectivamente.

El aumento de peso gestacional materno; el peso y longitud del neonato no mostraron diferencia significativa por presencia de cérvico-vaginitis ($p = 0.686$), perfil viral para VIH, VHC, VHB ($p = 0.459$) ni en el caso de presencia de *Ureaplasma urealitycum*. La detección de sífilis resultó positiva en dos pacientes, con titulación máxima encontrada de 1:8 y en ningún caso la prueba confirmatoria (fluorescente de treponema de absorción de anticuerpos: ensayo FT-ABS) resultó positiva. La prevalencia de *Chlamydia trachomatis* en la muestra total fue de 8.4%, similar en ambos grupos y sin diferencia significativa por grupo. No hubo relación entre el peso al nacer neonatal y la presencia de vaginosis bacteriana, VIH o virus de hepatitis B.

No obstante, se observó que el peso y longitud de los neonatos fue menor entre las adolescentes con AAS, comparadas con el grupo SAAS. Asimismo se mostró una tendencia a más frecuencia de parto pretérmino entre las de ASS, (ver tabla III).

Hubo un aumento de peso gestacional mayor en el grupo SAAS y el peso máximo gestacional fluctuó entre los 63 y 65 kg en ambos grupos, sin diferencia significativa ($p = 0.230$), (ver figura 1). Por su parte, el consumo de drogas, alcohol y tabaco se asociaron con un menor peso y longitud neonatal, con la misma distribución en ambos grupos (Tabla IV).

Tabla II
Características sociodemográficas

	AAS (n=55)	SAAS (n=110)	P
Estado civil			
Soltera	45 (82)	57 (52)	<0.001
Casadas/unión libre	10 (18)	53 (48)	
Ocupación			
Estudiante	8 (15)	2 (2)	0.591
Empleada	1 (2)	11 (10)	
Hogar	46 (83)	97 (88)	
Nivel socioeconómico			
Bajo	51 (91)	64 (58)	0.002
Medio	4 (9)	46 (42)	
Tipo de familia			
Nuclear	14 (26)	31 (27)	0.098
Uniparental	24 (43)	26 (24)	
Dona	4 (7)	4 (4)	
Reconstruida	4 (7)	14 (13)	
Extensa	9 (17)	35 (32)	
Escolaridad			
Primaria incompleta	4 (7)	3 (3)	0.080
Primaria completa	10 (18)	19 (17)	
Secundaria incompleta	21 (39)	25 (23)	
Secundaria completa	15 (27)	41 (37)	
Prepa incompleta	5 (9)	22 (20)	
Ocupación madre			
Hogar	16 (29)	37 (33)	0.576
Sirvienta	10 (18)	25 (23)	
Empleada	22 (41)	27 (25)	
Comerciante	7 (12)	21 (19)	
Ocupación padre			
Empleado	22 (40)	106 (96)	0.001
Desempleado	4 (7)	2 (2)	
Convicto	4 (7)	0 (0)	
No sabe	25 (46)	2 (2)	
Ocupación pareja			
Empleado	31 (57)	64 (58)	0.097
Convicto	5 (9)	1 (1)	
Estudiante	10 (19)	30 (27)	
Desempleado	3 (5)	2 (2)	
No sabe	6 (10)	13 (12)	
Toxicomanías			
Alcohol	13 (24)	21 (19)	0.347
Tabaco	13 (24)	24 (22)	0.491
Drogas	7 (12)	11 (10)	0.482

χ^2 de Pearson datos expresados en casos (porcentaje).

AAS: Con antecedente de abuso sexual, SAAS: sin antecedente de abuso sexual.

Discusión

El abuso sexual es un problema importante en adolescentes que puede tener como consecuencia embarazos no deseados¹⁸. En nuestra muestra se observó que la mayoría de los agresores sexuales fueron reconocidos por la víctima, con más frecuencia el novio, segui-

Tabla III
Características de los desenlaces perinatales, según grupo

	Con AAS (n=55)	SAAS (n=110)	p
Edad gestacional (semanas) ^a	38.1±3	37.6±2	0.362
Peso (g) ^a	2707±468	2946±417	0.002
Longitud (cm) ^a	47.4±2	49.2±3	0.001
Perímetro cefálico (cm) ^a	33.3±1	33.7±1	0.365
Cesárea ^b casos (%)	33 (60)	61 (56)	0.415
Parto pretérmino (≤36 semanas) ^b casos (%)	16 (29)	15 (14)	0.063

^aT de Student, ^bχ² de Pearson.

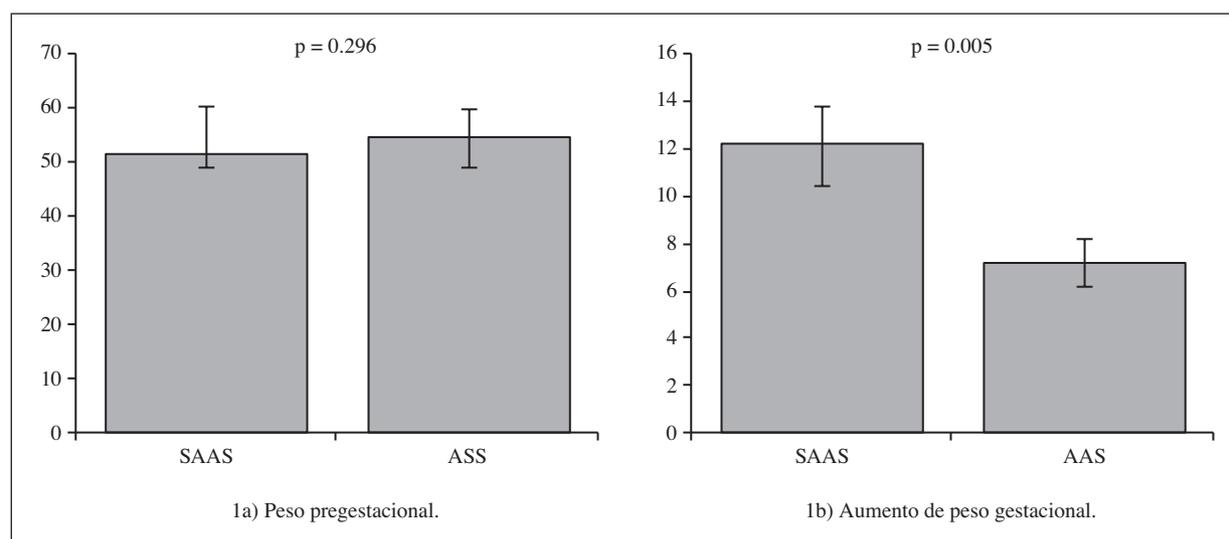


Fig. 1.—Peso pregestacional y aumento de peso gestacional en dos grupos de adolescentes, en kg.

Tabla IV
Peso y longitud del neonato según presencia de adicciones

	Peso (g)	Longitud (cm)
Drogas		
Droga (30)	2612±555*	47.7±3*
Sin droga (135)	2926±455	49.0±2
Alcohol		
Alcohol (31)	2761±555	47.8±2*
No alcohol (134)	2916±456	49.2±3
Tabaco		
Tabaco (39)	2688±564*	47.6±3*
No tabaco (126)	2932±447	49.1±3

*p<0.030

do de algún familiar como el padre, tío o padrastro; situación que previamente ha sido observada en otras publicaciones^{19,20}. Existen muchos factores que influyen en un sub-registro de los casos de abuso sexual; la

complejidad del problema se incrementa por algunas actitudes empleadas para hacer frente a esta situación incluyendo la estigmatización o silenciamiento de las personas que lo padecen por miedo a represalias del agresor²⁰; que en la mayoría de las ocasiones es un familiar o un conocido; en muchos casos no se denuncia por factores culturales y tradiciones familiares, que de acuerdo con la literatura son las que limitan la comunicación de este tipo de temas²¹. En algunos casos las costumbres de la población latina²², incluyendo la mexicana, el manejo del honor se sobrepone al peligro de las hijas, cuando la familia descubre el abuso sexual, se prefiere callar a denunciar, para evitar las críticas hacia los padres o tutores ante la evidencia del descuido²³.

Por otro lado el miedo y las amenazas son las principales razones por las que las víctimas no denuncian a los agresores, esto tiene que ver con una limitada autoestima y confianza de las víctimas, por la llamada autculpa postrauma²⁴. Una de las consecuencias sociales del abuso sexual es la deserción escolar, en nuestro estudio la mayoría de las mujeres se dedica-

ban al hogar y abandonaron la escuela. Además, en la presente investigación hubo una mayor frecuencia de solteras entre las de AAS y tuvieron un nivel socioeconómico más bajo, que las mujeres SAAS, como se ha reportado en otros estudios en población adolescente¹⁸.

No hubo diferencia en el consumo de drogas o alcohol entre las que tuvieron antecedentes de abuso sexual y las que no lo presentaron. Aún así el peso y longitud de los neonatos se ubicó 200 g y 2 cm menor en el grupo con AAS, similar a los datos presentados en adultas jóvenes mexicanas²⁵; esto se puede deber en primer lugar a que no fueron embarazos deseados^{26,27}, ni planeados, lo que en la mujer genera un rechazo hacia la gestación actuando con indiferencia sin un cuidado prenatal adecuado y sin una alimentación propia a sus necesidades, pudiendo estar relacionado a la tristeza o depresión sumado a una economía limitada²⁸. Por otro lado, la ausencia de pareja y/o padre, se asocia a una mayor vulnerabilidad económica, emocional y social²⁹; en nuestro estudio el contexto social de las mujeres con AAS fue que en su mayoría no contaban con el apoyo de su pareja y tenían un nivel socioeconómico más bajo que las adolescentes SAAS.

Algunos estudios han sustentado que el abuso sexual es un predictor de tabaquismo³⁰ o adicciones³¹, sin embargo, esos datos no coincidieron con nuestros hallazgos debido a que en la presente muestra las adolescentes con o sin AAS mostraron proporciones similares en el consumo de drogas, esto puede ser explicado por el hecho de las mujeres usualmente niegan el uso de drogas; nosotros preguntamos de forma directa por el médico experto en la atención de la adolescente y un cuestionario de autollenado para la detección de uso de drogas sin embargo, no realizamos estudios en sangre o en orina para la detección o confirmación. Aunque el consumo de drogas no se comprobó con métodos objetivos, las mujeres que reportaron el uso de drogas tuvieron hijos con menor peso y longitud comparados con los hijos de las que negaron su consumo. El bajo peso al nacer se considera uno de los riesgos del uso de drogas durante el embarazo³².

En relación con la vaginosis bacteriana se sabe que es un factor predisponente para el nacimiento pretérmino³³; nosotros observamos un alto porcentaje de vaginosis en la muestra comparada con otros reportes²⁴; sin embargo; no hallamos una relación con nacimientos pretérmino. Dentro de las principales infecciones de transmisión sexual que se han relacionado con abuso sexual sólo el virus de papiloma humano mostró una diferencia significativa en nuestro estudio y aunque *Ureaplasma urealyticum* no evidenció esta diferencia, fue el más frecuente en la muestra total, manifestando una transición epidemiológica entre los agentes etiológicos presentes en la actualidad transmitidos por vía sexual.

Independientemente de los factores asociados, el hallazgo más importante del presente estudio fue la observación de que el peso y longitud de los neonatos de madres adolescentes con AAS fueron más bajos que

los hijos de mujeres sin ese antecedente. Esto podría ser influenciado por las condiciones socioeconómicas de las madres que las hacen más vulnerables, pero también, deber ser considerado que las mujeres con AAS tuvieron un menor aumento de peso gestacional. El aumento de peso recomendado en el embarazo para las mujeres con un índice de masa corporal pregestacional normal según IMC es de 11.5 a 16 kg¹⁶. En nuestro estudio las adolescentes con AAS aumentaron en promedio 7.2 kg. Los factores que pueden influir en una ganancia de peso gestacional inadecuada en las madres con AAS debe ser investigada.

Dentro de las limitaciones de nuestro estudio es que fue retrospectivo, limitando la evaluación de otros factores que pudieran influir en la ganancia de peso gestacional como el consumo de energía, actividad física o la presencia de síntomas o desórdenes psiquiátricos que provocan la disminución o el aumento en la ingesta de alimentos o la distorsión de la imagen corporal³⁴, en el caso de un trastorno depresivo mayor con frecuencia se acompaña de variaciones en el apetito o un trastorno de ansiedad que por igual puede alterar la ingesta de alimentos, en ambos casos probablemente mediado por el sistema del estrés y los niveles de cortisol³⁵, que pueden influir en el peso del neonato.

Finalmente, consideramos que la observación del aumento de peso gestacional no fue la adecuada en madres con AAS, hallazgo importante, debido a las consecuencias en el neonato. La detección del abuso sexual, de infecciones de transmisión y de adicciones, particularmente en las mujeres adolescentes debe hacerse de forma rutinaria en los centros de atención prenatal a fin de vigilar con mayor precisión la ganancia de peso gestacional, que indiscutiblemente se asocia con los resultados perinatales y el bienestar del recién nacido.

Conclusión

El antecedente de abuso sexual en adolescentes embarazadas se asoció con un menor peso y longitud en los recién nacidos y menor aumento de peso gestacional materno, mayor frecuencia infección cervical por virus de papiloma humano. El uso de drogas ilícitas fue similar en ambos grupos y se asocio a menor peso al nacer.

Referencias

1. García-Moreno C, Watts Ch: Violencia contra las mujeres: una prioridad de salud pública urgente. Boletín de la Organización Mundial de la Salud, 2011; 89.
2. Olaiz G, Uribe P, Del Río A: Encuesta Nacional sobre de Violencia Contra las Mujeres 2006. México DF. Centro Nacional de Equidad y Género y Salud Reproductiva. México 2009.
3. Gutiérrez JP, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública.

4. Castro R, Ruiz A, prevalence and severity of domestic violence among pregnant women, Mexico. *Rev Saude Publica* 2004; 38(1): 62-70.
5. De Venter M, Demyttenaere K, Bruffaerts R. The relationship between adverse childhood experiences and mental health in adulthood. A systematic literature review. *Tijdschr Psychiatr* 2013; 55(4): 259-68.
6. Dyer A, Borgmann E, Kleindienst N, et al. Body image in patients with PTSD after childhood sexual abuse and co-occurring eating disorders. *Psychopathology* 2012; 46(3), 186-191.
7. Frías S, Ervin J. Experiences of sexual abuse of adolescents and children in Mexico generated. *Child Abuse and Neglect* 2014; 38: 776-787.
8. Coker AL: Does affect physical intimate partner violence sexual health? A systematic review. *Trauma Violence Abuse* 2007; 8(2): 149-77.
9. Nelson DB, Macones G. Bacterial vaginosis in pregnancy: current results and future directions. *Epidemiol Rev* 2002; 24(2): 102-8.
10. Olowe OA, OB Makanjuola, Olowe R, Adekanle DA. The prevalence of vulvovaginal candidiasis, trichomoniasis and bacterial vaginosis in pregnant women receiving prenatal care in southwestern Nigeria. *Eur J Microbiol Immunol (Bp)* 2014; 4(4): 193-7.
11. Van Parys AS, Verhamme A, Temmerman M, Verstraelen H. Intimate partner violence and pregnancy a systematic review of interventions. *PLoS One* 2014; 17: 9(1).
12. Yost NP, Bloom SL, McIntire DD, Leveno KJ. A prospective observational study of domestic violence During Pregnancy. *Obstet Gynecol* 2005; 106(1), 61-65.
13. Yang MS, Ho SY, Chou SJ, Chang SJ, Ko YC. Physical abuse during pregnancy and risk of low-birth weight infants among aborigines in Taiwan. *Public Health* 2006; 120(6), 557-562.
14. Méndez-Figueroa H, Dahle JD, Vrees RA, Rouse DJ. Trauma in pregnancy: an updated systematic review. *Am J Obstet Gynecol* 2013; 209(1): 1-10.
15. World Health Organization: Violence against women - in partner and sexual violence against women. Geneva, World Health Organization, 2011.
16. Rasmussen KM, Catalano PM, Yaktine AL. New guidelines for weight gain during pregnancy: what obstetrician/gynecologists should know. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2009; 21(6): 521-6.
17. World Medical Association, Inc. WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. Helsinki. 2014.
18. Gao W, Paterson J, Carter S, Iusitini L. Intimate partner violence and unplanned pregnancy in the Pacific Islands Families Study. *Int J Gynaecol Obstet* 2008; 100(2): 109-15.
19. Blake M de T, Drezett J, Vertamatti MA, Adami F, Valenti VE, Paiva AC, et al. Characteristics of sexual violence against adolescent girls and adult women. *BMC Womens Health* 2014; 22: 14-15.
20. Hernández DC, Marshall A, Mineo C. Maternal depression mediates the association between partner violence and food insecurity. *J Womens Health (Larchmt)* 2014; 23(1): 29-37.
21. Fontes LA, Plummer C. Cultural issues in the revelations of child sexual abuse. *J Sex Child Abuse* 2010; 19, 491-518.
22. Fontes, LA. Sin vergüenza: Addressing shame with Latino victims of sexual abuse and their families. *J Child Sex Abuse* 2007; 16(1): 61-83.
23. Caceres CF. Evaluation of nonconsensual experiences of young people. In SJ Jejeebhoy, I. Shah, and S. Thapa (Eds.), *Sex with out consent. Young people in developing countries*. New York, New York: Zed Books, 2005: 127-138.
24. Reich CM, Jones JM, Woodward MJ, Blackwell N, Lindsey LD, Beck JG. Does self-blame moderate psychological adjustment after dating violence? *J Interpers Violence* 2015; 30(9): 1493-1510.
25. Collado-Peña SP, Villanueva-Egan LA. Relación entre la violencia familiar durante el embarazo y el riesgo de bajo peso en el recién nacido. *Ginecol Obstet Mex* 2007; 75(5): 259-267.
26. Sarkar NN. The impact of intimate partner violence on women's reproductive health and pregnancy outcome. *J Obstet Gynaecol* 2008; 28(3): 266-271.
27. Kaye DK, Mirembe FM, Bantebya G, Johansson A, Ekstrom AM. Domestic violence during pregnancy and risk of low birthweight and maternal complications: a prospective cohort study at Mulago Hospital, Uganda. *Trop Med Int Health* 2006; 11(10): 1576-1584.
28. Hernández DC, Marshall A, Mineo C. Maternal depression mediates the association between partner violence and food insecurity. *J Womens Health (Larchmt)* 2014; 23(1): 29-37.
29. Tobey T, McAuliff K, Rocha C. Parental employment status and symptoms of children abused during a recession. *J Child Sex Abuse* 2013; 22(4): 416-428.
30. Hassan M, Kashanian M, Hassan M, Roohi M, Yousefi H. Maternal outcomes of partner violence during pregnancy: study in Iran. *Public Health* 2014; 128: 410-415.
31. Wilson DR. Health consequences of child sexual abuse. *Perspect Psychiatr Care* 2010; 46(1): 56-64.
32. Holbrook BD, Rayburn WF. Teratogenic risk of exposure to illicit drugs. *Obstet Gynecol Clin Nort Am* 2014; 41(2): 229-239.
33. Bretelle F, Rozenberg P, Pascal A, Favre R, Bohec C, Loundou A, et al. High Atopobium vaginae and Gardnerella vaginalis vaginal loads are associated with preterm birth. *Clin Infect Dis* 2015; 60(6): 860-867.
34. Dyer A, Borgmann E, Kleindienst N, Feldmann RE Jr, Vocks S, Bohus M. Body image in patients with posttraumatic stress disorder after childhood sexual abuse and co-occurring eating disorder. *Psychopathology* 2013; 46(3): 186-191.
35. D'Anna Hernández KL, Hoffman MC, Zerbe GO, Cousins-Read M, Ross RG, Laudenslager ML. Acculturation, maternal cortisol, and birth outcomes in women of Mexican descent. *Psychosom Med* 2012; 74(3): 269-304.