



Prevalencia de violencia intrafamiliar en embarazadas de 20 a 35 años de una unidad de medicina familiar

Paulina Cervantes-Sánchez,^a Edna Gabriela Delgado-Quiñones,^a María Olimpia Nuño-Donlucas,^b Minerva Natalia Sahagún-Cuevas,^a Jéssica Hernández-Calderón,^a Joana Karelí Ramírez-Ramos^a

Prevalence of domestic violence in pregnant women from 20 to 35 years in a family medicine unit

Background: Violence against women is one of the most important health problems in recent times. In Mexico, it is reported a prevalence of 21.5 % during pregnancy; however, it seems to be underdiagnosed. The objective is to determine the prevalence of domestic violence in pregnant women from 20 to 35 years at the Unidad de Medicina Familiar (UMF) 171 of the Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

Methods: It was performed a cross-sectional descriptive study with a sample of 102 pregnant women to which we applied a sociodemographic questionnaire and the Severity of Violence Against Women Scale (ISVP).

Results: 19 women (18.6 %) suffered violence; of these, 10.8 % ($n = 11$) experienced physical violence, 5.9 % ($n = 6$) psychological violence, and 4 % ($n = 4$) sexual violence. We used chi squared between the variable violence and each of the sociodemographic factors: 52.6 % women ($n = 10$) were married ($p = 0.005$), 26.3 % ($n = 5$) had a bachelor's degree ($p = 0.074$), 57.8 % ($n = 11$) had planned their pregnancy, 47.3 % ($n = 9$) were in the third trimester of pregnancy, and 78.95 % ($n = 15$) worked as laborers, shop-keepers or professionals ($p = 0.016$).

Conclusion: Among pregnant women belonging in UMF 171 of IMSS, domestic violence is a problem with a prevalence of 18.6 %.

Key words	Palabras clave
Domestic violence	Violencia familiar
Pregnant women	Mujeres embarazadas

Recibido: 27/12/2014

Aceptado: 11/03/2015

La violencia es un acto social y en la mayoría de los casos un comportamiento aprendido en un contexto permeado por inequidades sociales basadas en el género, la edad, la raza, etcétera, con imágenes de violencia y fuerza física como la manera prevaleciente de resolver conflictos.¹

Se define *violencia intrafamiliar* como toda situación que causa malestar o sufrimiento a uno o más miembros de la familia y comprende una o más de las siguientes formas: insultos, amenazas y agresión física.¹

La violencia contra la mujer constituye uno de los problemas sanitarios de mayor relevancia en los últimos tiempos; de acuerdo con la Organización de las Naciones Unidas, cada 18 segundos una mujer es maltratada en el mundo, mientras que en el Estado de México 54 de cada 100 mujeres son víctimas de algún tipo de violencia infligida por su pareja.²

La violencia es una causa de muerte e incapacidad tan grave como el cáncer entre mujeres en edad reproductiva. Cada 15 segundos una mujer es agredida (Organización Mundial de la Salud). Uno de cada tres hogares han vivido episodios de violencia continuos en forma de maltrato emocional, intimidación, abuso físico y sexual (ENVIF del INEGI). Se estima que alrededor del 50 % de las familias sufren o han sufrido alguna forma de violencia.³

La violencia familiar durante el embarazo reporta a nivel mundial una prevalencia del 4 al 25 %; en nuestro país encontramos una prevalencia del 15 al 32.1 % y en el Instituto Nacional de Perinatología se reporta una incidencia del 21.5 %.⁴

Algunos estudios realizados en América Latina y otras regiones del mundo han mostrado que la violencia doméstica es una amenaza importante contra la salud y el bienestar de las mujeres. Según la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), en colaboración con los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC, por sus siglas en inglés) en su estudio “Violencia contra la mujer latinoamericana, más allá de las estadísticas” publicado en el año 2012, se encontró que entre 17 y 53 % de las entrevistadas reportó haber sufrido abuso físico o sexual por parte de

^aCurso de Especialización en Medicina Familiar, Unidad de Medicina Familiar 171, Instituto Mexicano del Seguro Social

^bServicio de Ginecoobstetricia, Hospital General de Zona 89

Zapopan, Jalisco, México

Comunicación con: Edna Gabriela Delgado-Quiñones

Teléfono: (33) 3632 9608, extensión 31485

Correo electrónico: dra.ednagdq@hotmail.com

Introducción: la violencia contra la mujer es uno de los problemas sanitarios de mayor relevancia en los últimos tiempos. Durante el embarazo se reporta un 21.5 % de prevalencia en nuestro país y se cree que esta está subdiagnosticada. El objetivo fue conocer la prevalencia de violencia intrafamiliar en embarazadas de 20 a 35 años de la Unidad de Medicina Familiar 171 (UMF 171) del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Métodos: estudio transversal-descriptivo con pacientes embarazadas de 20 a 35 años con una muestra de 102 embarazadas a las cuales se les aplicó un cuestionario sociodemográfico y el instrumento índice de severidad de violencia de pareja (ISVP). Se utilizó media, porcentajes y chi cuadrada para los resultados.

Resultados: el 18.6 % de las participantes ($n = 19$) padeció violencia. De estas la violencia física se presentó en el 10.8 % ($n = 11$), seguida de la violencia psicológica en un 5.9 % ($n = 6$) y la violencia sexual en 4 % ($n = 4$). Se empleó chi cuadrada entre la variable violencia y cada uno de los factores sociodemográficos: 52.6 % ($n = 10$) eran casadas ($p = 0.005$), 26.3 % ($n = 5$) tenían licenciatura ($p = 0.074$), 57.8 % ($n = 11$) habían planeado su embarazo, 47.3 % ($n = 9$) cursaban el tercer trimestre de embarazo y 78.95 % ($n = 15$) tenían un trabajo entre obreras, comerciantes o profesionales ($p = 0.016$).

Conclusiones: la violencia intrafamiliar es un problema presente en las embarazadas de la UMF 171, con una prevalencia de 18.6 %.

Resumen

sus parejas y en siete de esas naciones la proporción fue de más de una por cada cuatro. La investigación también arrojó que entre 10 y 27 % de las mujeres en estos países declararon haber padecido violencia sexual en algún momento de sus vidas. Esta fue cometida por su pareja u otra persona y entre el 28 y el 64 % de las afectadas no buscó ayuda y no habló con nadie acerca de esta experiencia. Según este estudio en latinoamérica, el 40 % de las mujeres son víctimas de violencia física y la tasa de maltrato psicológico en las relaciones de pareja asciende a 50 %.⁵

La violencia de pareja produce a las víctimas y a sus hijos graves problemas físicos, psicológicos, sexuales y reproductivos; además, el problema se ve reflejado a nivel gubernamental, ya que genera un elevado costo económico y social. De todo esto resultan embarazos no deseados, problemas ginecológicos, abortos provocados e infecciones de transmisión sexual, entre ellas la infección por VIH/sida.⁶

Por otra parte, el embarazo es la etapa que marca la vida de una mujer. Representa una experiencia vital y en cierta medida su realización plena como tal. Se trata de una manifestación de cambios que toda mujer debe comprender y asimilar desde el momento en que su test de embarazo le indica positivamente su condición.⁷

El estado emocional de la mujer varía en función del periodo de gestación. Durante el primer y último trimestres de gestación los niveles de depresión y ansiedad son más bajos que durante el segundo trimestre de gestación. Una posible explicación al respecto es que durante el primer trimestre el estado de gestación es apenas perceptible y en la mayoría de los casos llega a ser a partir del segundo y tercer mes cuando la mujer es informada de su nuevo estado. Por otra parte, durante el segundo trimestre de gestación es cuando comienzan a tener lugar los cambios físicos como consecuencia del embarazo y la futura madre debe aceptar esos cambios y afrontar la nueva situa-

ción; ese afrontamiento suele ir acompañado de respuestas de ansiedad y conductas depresivas. Una vez habituada al nuevo estado, las respuestas de depresión y ansiedad disminuyen.^{8,9}

En cuanto a si la violencia ocurre durante el embarazo, encontramos que aumentan las probabilidades de sufrir abortos espontáneos, muerte fetal, parto prematuro y bajo peso al nacer, lo cual causa depresión, trastornos por estrés postraumático, insomnio, trastornos alimentarios, sufrimiento emocional e intento de suicidio. Esto repercute en el aumento de las tasas de morbilidad en los menores de cinco años (por ejemplo, por enfermedades diarreicas y malnutrición).⁶

La ansiedad durante el embarazo es un factor de riesgo de parto prematuro, bajo peso al nacer y otros efectos adversos para la madre y el neonato. Además, se ha asociado con gestaciones más cortas con repercusión en el desarrollo neurológico por prematuridad. Vrekuossis et al. sugieren que los estímulos adversos prenatales, como el estrés y la ansiedad en la madre, actúan en el embrión en su desarrollo *in utero*, lo que causa trastornos de salud a corto y largo plazo (parto prematuro, bajo peso al nacer y enfermedades en etapas adultas que van desde trastornos del desarrollo neurológico hasta el síndrome metabólico).^{10,11}

Actualmente ya se cita a la violencia como una complicación del embarazo con mayor frecuencia que la hipertensión, la diabetes o cualquier otra complicación como eclampsia, placenta previa, etcétera. Paradójicamente, la razón más comúnmente relacionada con el alto riesgo de la violencia doméstica durante el embarazo es el aumento de estrés que siente el padre o compañero con respecto al parto inminente; este estrés se manifiesta en el hombre como una frustración que dirige contra la madre y su niño no nacido.¹²

Sufrir violencia física durante el embarazo incrementa en 2.07 veces las probabilidades de tener recién nacidos de peso bajo al nacimiento, independiente-

mente de la comorbilidad presentada (intervalo de confianza [IC] al 95 % de 1.08 a 3.95). Se ha encontrado incrementada 5.11 veces la presencia de toxicomanías en las embarazadas que sufren violencia (IC al 95 % de 1.81 a 14.44) al igual que la incidencia de óbitos y trauma abdominal, esto comparado con embarazadas que no sufren violencia.¹³

Desde el principio de las investigaciones, han existido dificultades y desacuerdos en la conceptualización y la medición de la violencia. Sin embargo, se han desarrollado diversos instrumentos para medirla. En este estudio decidimos utilizar un instrumento, utilizado en población mexicana y con una consistencia interna de acuerdo al alfa de Cronbach de 0.99. El índice de severidad de violencia de pareja (ISVP) tiene como objetivo medir los niveles de severidad para cada tipo de violencia de pareja en mujeres; valora tres tipos de violencia (física, psicológica y sexual) y mide la frecuencia de las acciones violentas en los últimos 12 meses.¹⁴

Métodos

Se realizó un estudio transversal descriptivo con muestreo no probabilístico que incluyó mujeres embarazadas de 20 a 35 años que acudieron a control prenatal en la consulta externa, con la enfermera materna infantil (EMI) y a Medicina Preventiva en la Unidad de Medicina Familiar 171 (UMF 171) del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). El tamaño de la muestra fue calculado a partir de la población total de las pacientes embarazadas de esta UMF, compuesta por 1137 pacientes, en el periodo del 1 de enero al 31 de diciembre de 2013. Se utilizó el programa estadístico Epi Info, versión 6 y se empleó un promedio de prevalencia nacional de la prueba rápida del 21.5 %, con un nivel de confianza del 99 %. Se obtuvieron un total de 102 individuos. Despues de que el comité

local de investigación autorizó el estudio, se procedió a aplicar las encuestas a las embarazadas que acudieron a control prenatal y que reunieron los siguientes criterios de inclusión: pacientes de 20 a 35 años, que tuvieran adscripción a la UMF 171 del IMSS, que estuvieran cursando periodo de gestación y que autorizaran su participación por escrito mediante consentimiento informado.

Se obtuvo la información necesaria, que incluyó presencia de violencia, tipos de violencia, edad, estado civil, ocupación, escolaridad, semanas de gestación, número de gestas y si el embarazo fue planeado. Una vez recolectada la información se continuó con su análisis estadístico con el programa SPSS, versión 19. De la estadística descriptiva se echó mano de frecuencias y porcentajes para variables cualitativas, mientras que de la estadística inferencial se utilizó la media en variables cuantitativas y para variables cualitativas la prueba de chi cuadrada.

Resultados

Los resultados obtenidos muestran que las edades de las 102 embarazadas a las que se les aplicó el cuestionario sociodemográfico variaron entre los 20 y los 34 años con una media de 27.4 años. De estas pacientes, el 66.7 % eran casadas ($n = 68$), un 35.3 % tenía como escolaridad secundaria ($n = 36$), el 39.2 % eran obreras ($n = 40$) y el 51 % ($n = 52$) eran multigestas. El 62.7 % de las embarazadas ($n = 64$) se encontraban cursando el tercer trimestre de embarazo y el 68.6 % de estos embarazos ($n = 70$) fueron planeados.

Del total de participantes a las que se les aplicó el cuestionario Índice de Severidad de Violencia de Pareja, el 18.6 % ($n = 19$) padeció violencia. De este porcentaje, 5.9 % presentó violencia psicológica ($n = 6$), 10.8 % padeció violencia física ($n = 11$) y la violencia sexual se presentó en el 4 % ($n = 4$) (cuadro

Cuadro I Tipos de violencia que padecieron las pacientes incluidas en el estudio

Tipos de violencia	Frecuencia	%
Violencia psicológica	6	5.9
Violencia física	3	2.9
Violencia física severa	1	1.0
Violencia psicológica + violencia sexual	2	2.0
Violencia psicológica + violencia física	3	2.9
Violencia psicológica severa + violencia física severa + violencia sexual severa	2	2.0
Violencia psicológica severa + violencia física severa	2	2.0
Total	19	18.6

I). De las 19 participantes que padecieron violencia 10 eran casadas, seis solteras y tres vivían en unión libre ($p = 0.005$). Cinco de estas mujeres tenían como nivel de estudios licenciatura, dos tenían educación técnica, cuatro bachillerato, el nivel secundaria lo tuvieron cuatro participantes, tres nivel primaria y solo una participante sabía leer y escribir ($p = 0.074$) (cuadro II). De estas 19 embarazadas que padecieron violencia el 57.8 % habían planeado su embarazo ($n = 11$) y el 42.1 % ($n = 8$) tuvieron embarazos no planeados ($p = 0.264$). El 47.3 % de las embarazadas con violencia ($n = 9$) cursaban el tercer trimestre de embarazo. El 21.05 % de estas embarazadas con violencia ($n = 4$) eran amas de casa y el 78.95 % ($n = 15$) tenían un trabajo de obreras, comerciantes o profesionistas ($p = 0.016$) (cuadro III).

Discusión

Algunos estudios sugieren que la sola interrogación acerca de la violencia, provista de validación y apoyo, reduce los incidentes violentos. Con esto se lograría de manera paulatina conocer la incidencia de este problema en nuestra localidad, lo cual favorecería la implementación de estrategias y líneas de acción en su abatimiento.

Las revisiones publicadas sobre violencia doméstica o relaciones violentas hacia la mujer reconocen la seriedad del problema desde las perspectivas de la salud y la justificación incluye la inquisición rutinaria sobre la violencia doméstica como parte del cuidado de la salud, aun cuando las evidencias no motiven la justificación.

La falta de equidad atenta contra el bienestar y contra la vida misma de la mujer. Se logró detectar que 18.6 de cada 100 embarazadas mediante el auto-diagnóstico fueron capaces de reconocer que sufren de violencia intrafamiliar.

Cuadro II Escolaridad y violencia intrafamiliar

Escolaridad	Violencia Intrafamiliar		Total
	Con violencia	Sin violencia	
Sabe leer y escribir	1	0	1
Primaria	3	3	6
Secundaria	4	32	36
Bachillerato	4	22	26
Educación técnica	2	9	11
Licenciatura	5	17	22
Total	19	83	102

En el presente estudio pudimos observar que la violencia intrafamiliar es un problema de salud presente en la mujer embarazada de 20 a 35 años que es derechohabiente de la UMF 171 del IMSS. Detectamos una prevalencia de 18.6 %, muy similar a lo registrado en otros medios hospitalarios y a lo publicado por el Instituto Nacional de Perinatología en el 2006, con una incidencia del 21.5 %.¹⁵

En este trabajo el tipo de violencia más frecuente fue la violencia física con un 10.8 %. Estos resultados no son compatibles con lo publicado por Fontanil *et al.* en el 2005 en su estudio “Prevalencia del maltrato de pareja contra las mujeres”. En él reportaron que la violencia psicológica se generó con mayor frecuencia en un 45.5 %. Fernández *et al.*, en su trabajo “Características psicopatológicas de mujeres víctimas de violencia de pareja”, también reportaron que el maltrato psicológico se presentó entre 20 y 75 % de las 24 mil mujeres participantes.

Entre los mitos que se manejan en la sociedad, los hijos, se piensa, funcionan como protectores contra la violencia, pero en la vida familiar cotidiana son un elemento estresor importante, por lo que si tomamos en cuenta los resultados de nuestro trabajo, donde encon-

Cuadro III Tipos de violencia intrafamiliar padecida por las pacientes incluidas en la investigación

Ocupación	Tipos de violencia intrafamiliar								Total
	Violencia psicológica	Violencia física	Sin violencia	Violencia física severa	Violencia psicológica + violencia sexual	Violencia psicológica + violencia física	Violencia psicológica severa + violencia física severa + violencia sexual severa	Violencia psicológica severa + violencia física severa	
Ama de casa	0	1	30	0	0	2	1	0	34
Obrera	3	1	32	0	0	1	1	2	40
Comerciante	0	0	4	1	0	0	0	0	5
Profesionista	3	1	17	0	2	0	0	0	23
Total	6	3	83	1	2	3	2	2	102

tramos que el mayor porcentaje de las embarazadas con violencia sí planearon su embarazo (57.8 %), comparado con lo que publicaron Morales *et al.* en el 2006, donde citan que el 67.3 % de las embarazadas violentadas no planean su embarazo.¹⁵ Pudiésemos pensar que entonces este no es un factor protector contra la violencia.

En controversia con lo publicado por Cepeda *et al.*, donde la escolaridad que predominó entre las mujeres violentadas fue la secundaria,¹³ en este trabajo el mayor porcentaje con violencia lo obtuvieron las embarazadas que tenían como nivel de estudios licenciatura en un 26.3 %. Estos autores también afirman en su trabajo que las embarazadas dedicadas al hogar fueron las que presentaron el mayor porcentaje de violencia (71.2 %), factor de riesgo que en nuestro trabajo estadísticamente es contrario, ya que el 78.95 % tenía un trabajo entre obreras, comerciantes y profesionistas.

En la UMF se atienden pacientes con niveles socioculturales de diferentes proporciones; predominan poblaciones con bajo nivel de estudio y clase obrera, con igualdad de ingresos económicos, lo que no nos permitió estudiar el fenómeno de la violencia durante el embarazo en los diferentes estratos y nos impidió hacer asociaciones para considerar esto como un factor de riesgo.

Encontramos un patrón clásico de las mujeres mexicanas, pues solo el 66.67 % de nuestras pacientes eran casadas y el resto se distribuyó entre solteras y mujeres que vivían en unión libre, lo que evidencia un cambio social y familiar importante en evolución.

En relación con el grado de escolaridad, llama la atención que el mayor porcentaje de las mujeres violentadas de nuestro estudio tenían como grado de escolaridad licenciatura y que la mayoría tenían un empleo, con lo que se reporta un porcentaje menor de dedicación exclusiva a las labores del hogar. Estos resultados son opuestos a lo que pensábamos en torno a que esta situación podría comprometer la autoestima de las mujeres y permitir o perpetuar los círculos de violencia.

La violencia doméstica en sí misma es un problema grave que merece atención y si a esto se agrega la atención de un evento reproductivo de alto riesgo, no solo está en peligro la paciente sino la salud o la vida del producto.

El panorama presentado hace evidente la necesidad de considerar la violencia familiar como un problema emergente de salud pública por su alta prevalencia y por el daño que produce a la salud. Sin embargo, cabe insistir en que la violencia intrafamiliar sobrepasa los límites del ámbito de salud e involucra necesariamente el marco de los derechos humanos, pues cualquier acto de violencia en contra de una persona es un hecho violatorio de los derechos y las garantías individuales. Esto significa que las estrategias para enfrentar la

violencia intrafamiliar deberán contemplar intervenciones multidisciplinarias y no solo desde el ámbito de la salud. Como parte de esta estrategia, en este trabajo a las embarazadas detectadas con violencia se les canalizó al servicio de trabajo social, donde se les brindó apoyo con asesoría en cuanto a protección legal y búsqueda de grupos de autoayuda, además se pasó un reporte a su médico familiar con la sugerencia de manejo con el apoyo de psicología y vigilancia estrecha por el servicio de obstetricia.

Conclusiones

Se identificó la violencia intrafamiliar como un problema presente en las embarazadas derechohabientes de la UMF 171 del IMSS, con una prevalencia de 18.6 %.

En este trabajo concluimos que las embarazadas casadas, con escolaridad licenciatura que habían planeado su embarazo, fueron las más violentadas y padecieron agresión física.

La violencia intrafamiliar es una afección poco detectada y tratada en el primer nivel de atención, ya que generalmente es subdiagnosticada y por lo tanto todas aquellas mujeres que la padecen la sufren en silencio, por lo que su detección oportuna mediante la aplicación del cuestionario Índice de Severidad de Violencia de Pareja hará que las pacientes que contesten positivo para violencia puedan ser tratadas oportunamente de una manera multidisciplinaria y con ello se evite un desequilibrio familiar.

Urge que los profesionales de la salud, tanto del sistema público como del privado que trabajan con embarazadas, se involucren en el diagnóstico y tratamiento de la violencia intrafamiliar en estas pacientes. Es importante incorporar a la rutina de trabajo la búsqueda activa de signos y síntomas, así como factores de riesgo para violencia intrafamiliar. Para esto lo más conveniente es la capacitación en el uso de instrumentos de pesquisa, como el Índice de Severidad de Violencia de Pareja ya validado en mujeres mexicanas.

Agradecimientos

Este trabajo se pudo realizar gracias al apoyo del personal de los diferentes departamentos de la Unidad de Medicina Familiar 171 del IMSS.

Declaración de conflicto de interés: las autoras han completado y enviado la forma traducida al español de la declaración de conflictos potenciales de interés del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas, y no fue reportado alguno en relación con este artículo.

Referencias

1. Soler E, Barreto P, González R. Cuestionario de respuesta emocional a la violencia doméstica y sexual. *PsicoTHERMA (España)*. 2005;17(2):267-74.
2. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2006 (ENDIREH), Tabuladores básicos. México: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Disponible en <http://www.inegi.org.mx>
3. Instituto Nacional de las Mujeres. Vida sin violencia. México: Instituto Nacional de las Mujeres; 2011. Disponible en <http://www.inmujeres.gob.mx>
4. Henales-Almaraz MC, Sánchez-Bravo C, Carreño-Meléndez J, Espíndola-Hernández G. Guía Clínica de intervención psicológica de mujeres con violencia doméstica. *Perinatal Reprod Hum*. 2007;21:88-99.
5. Collazo-Montano V, Soto-Mayedo I, Saborit-Mora R. Violencia contra la mujer latinoamericana, más allá de las estadísticas. Bolpress [sitio web] [Bolivia], 05/02/2013. Disponible en <http://www.bolpress.com/art.php?Cod=2013020501>
6. Organización Mundial de la Salud. Violencia contra la mujer. Estadísticas OMS sobre la violencia contra la mujer. 09/02/2012 03:03. Disponible en <http://www.perufans.com/f34/violencia-contra-mujer-datos-oms-309/>
7. Alcolea F, Mohamed D. Guía de cuidados en el embarazo. Hospital Universitario de Cueta, Instituto Nacional de Gestión Sanitaria. Madrid, España: INGESA; 2008.
8. Ávila E, Cid M, García I, González A, Rodríguez P. Aspectos psicosociales del embarazo en la adolescencia. *Revista Cuba Pediatría*. 2002;74:3-4.
9. Engels R, Vermulst A, Dubas J, Bot S, Gerris J. Long-term effects of family functioning and child characteristics on problem drinking in young adulthood. *Eur Addiction Res*. 2005;11:32-7.
10. Herrera-León LI, Catásus-Cervera S. La fecundidad en Cuba entre 1970 y 2008: una reflexión a partir de escenarios y coyunturas socioeconómicas. *Población y Salud en Mesoamérica*. 2010; 8(1). Disponible en dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3259469.pdf
11. Colombo G, Ynoub R, Veneranda L, Iglesias M, Viglizzo M. Violencia familiar contra la mujer en las etapas de embarazo, parto y puerperio: la mirada de los profesionales de un servicio público de maternidad y obstetricia. *Revista Argentina de Sociología*. 2006;4(7):73-98.
12. Sánchez N, Galván H, Reyes U, Reyes U, Reyes K. Factores asociados al maltrato durante el embarazo. *Boletín Clínico Hospital Infantil [Sonora, México]*. 2013;30:8-15.
13. Cepeda-Silva A, Morales-Carmona F, Henales-Almaraz MC, Méndez-Cabello S. Violencia familiar durante el embarazo como factor de riesgo para complicaciones maternas y recién nacidos de peso bajo. *Perinatal Reprod Hum*. 2011;25(2):81-7.
14. Valdez-Santiago M, Hijar-Medina MC, Salgado-de Snyder VN, Rivera-Rivera L, Ávila-Burgos L, Rojas R. Escala de Violencia e Índice de Severidad: una propuesta metodológica para medir la violencia de parejas en mujeres Mexicanas. *Salud Pública de México*. 2006;48 Supl 2 S221-S231.
15. Morales CF, Henales AC, Espíndola JG, Brull-Jiménez A. Estudio de prevalencia de la violencia doméstica en mujeres con evento reproductivo. Protocolo de Investigación, INPer No. de registro: 21225-48531. México, Distrito Federal: Instituto Nacional de Perinatología (datos no publicados); 2006.