

# Una propuesta psicoterapéutica para la mujer con embarazo de alto riesgo y víctima de violencia doméstica

JOSÉ GABRIEL ESPÍNDOLA HERNÁNDEZ,<sup>a</sup> FRANCISCO MORALES CARMONA,<sup>b</sup>  
CONSUELO HENALES ALMARAZ,<sup>a</sup> ANA BRULL JIMÉNEZ,<sup>c</sup> CLAUDIA SÁNCHEZ BRAVO,<sup>a</sup>  
JORGE CARREÑO MELÉNDEZ,<sup>a</sup> ALEJANDRA WATTY MARTÍNEZ<sup>a</sup>

## RESUMEN

**Objetivo:** Explorar los resultados de una intervención psicoterapéutica breve (ocho sesiones), grupal e interpersonal, sobre los síntomas de ansiedad, depresión y malestar general asociados a la violencia doméstica en mujeres mexicanas que cursan con un embarazo de alto riesgo.

**Método:** Se diseñó un estudio de intervención, abierto y exploratorio; para lo cual se recolectó una muestra de mujeres, víctimas de violencia doméstica durante el embarazo, pacientes del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes (INPerIER) en la Ciudad de México y que firmaron consentimiento informado. El total de la muestra fue de 12 mujeres, a las que se les evaluó antes y después de un tratamiento psicoterapéutico de ocho sesiones supervisadas por un grupo de expertos, mediante una batería de pruebas compuesta por: El Cuestionario General de Salud (30) (CGS-30), La Escala de Depresión Perinatal de Edimburgo (EPDS) y El Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE). Todos los instrumentos fueron estandarizados para la población institucional. Los resultados se analizaron mediante estadística no paramétrica.

**Resultados:** La primera aplicación mostró puntajes por arriba del punto de corte en todas las escalas para daño psicológico, en al menos la mitad de la muestra. La evaluación posterior al tratamiento sugirió una disminución considerable de los casos positivos a daño psicológico en todas las escalas, particularmente en el CGS y la EPDS.

**Conclusiones:** La intervención breve y grupal se propone como una posibilidad de intervención en la mujer embarazada y víctima de violencia, la cual en este estudio mostró un impacto favorable en la sintomatología asociada y sus motivaciones. Se trata de un estudio exploratorio, lo que abre la posibilidad de una línea de trabajo e investigación.

**PALABRAS GUÍA:** Embarazo, violencia doméstica, psicoterapia.

<sup>a</sup> Investigadores adscritos al Departamento de Psicología del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes (INPerIER), Ciudad de México.

<sup>b</sup> \*\* Jefe del Departamento de Psicología del INPerIER.

<sup>c</sup> Licenciada en Psicología de la UNAM. Prácticas profesionales INPerIER.

Correspondencia:

Dr. Francisco Morales Carmona

Correo electrónico: [fmoralesc@servidor.inper.edu.mx](mailto:fmoralesc@servidor.inper.edu.mx)

Recibido: 23 de enero de 2008.

Aceptado: 25 de enero de 2008.



## INTRODUCCIÓN

El embarazo de alto riesgo es un fenómeno complejo que implica importantes cambios en la esfera de lo fisiológico, psicológico y social.<sup>1</sup> En el ámbito de lo psicológico, los cambios en el funcionamiento mental de la mujer embarazada apuntan a la producción de una respuesta ante un factor estresante poderoso, que es capaz de afectar considerablemente su estado emocional y reorganizar sus recursos psicológicos.<sup>2,3</sup> Las manifestaciones clínicas de reacción al estresor como ansiedad, ambivalencia, fatiga y sueño, entre otras; exigen, en ocasiones, una intervención psicológica oportuna y específica, la cual debe dirigirse a la prevención de las alteraciones afectivas y ansiosas de la paciente, para lo cual se han informado resultados alentadores cuando se utilizan esquemas terapéuticos breves.<sup>1-7</sup>

La mujer embarazada se enfrenta psicológicamente al evento causal de estrés mediante múltiples estrategias de ajuste y adaptación, algunas de ellas pueden ser intensas y disruptivas.<sup>2,7,8</sup> La presencia de otros factores de riesgo que afectan la salud mental en el periodo gestacional, como la violencia doméstica,<sup>4-6</sup> pueden repercutir en la salud de la mujer gestante. Diversos autores<sup>9-15</sup> señalan que algunas de las repercusiones de la violencia en la salud mental son: ansiedad, depresión, estrés postraumático, trastornos del comportamiento alimentario, abuso de alcohol, drogas y psicofármacos, así como intento de suicidio. En cuanto a los efectos en la salud física y su atención, se reportan alteraciones importantes en la nutrición, acceso a los servicios y conductas preventivas.<sup>16</sup>

La prevalencia de violencia doméstica y embarazo, en países de Norteamérica se ha reportado que es de 8 a 17%,<sup>17,18</sup> y tiene un incremento considerable durante el primer trimestre del embarazo.<sup>19</sup> En México,<sup>20-25</sup> la violencia se señala como uno de los principales problemas sociales en el entorno nacional; sin embargo, no existen estudios contundentes de su asociación durante el embarazo.

La sumatoria de los factores estresantes producto del evento gestacional y de la violencia

doméstica (en cualquiera de sus manifestaciones e intensidades) exigen una intervención de las instituciones de salud. Sin embargo, la literatura es pobre en cuanto a la salud mental de las mujeres víctimas de violencia antes, durante o después del evento reproductivo. Algunos de los estudios existentes, muestran la influencia de este factor durante el embarazo y su asociación con complicaciones obstétricas y el desarrollo de sintomatología depresiva.<sup>26</sup>

Las Investigaciones dirigidas a la evaluación de los tratamientos psicoterapéuticos breves orientados a la intervención psicológica de la mujer víctima de violencia doméstica, enfatizan sus hallazgos alrededor de la sintomatología asociada con dicha condición y señalan que las variables estudiadas con mayor frecuencia son: estado de ánimo, apoyo social, *locus* de control, autoestima, ansiedad, hostilidad, satisfacción marital, actitudes hacia el matrimonio y la familia, autoeficacia, miedo al agresor, conductas de evitación, estrés postraumático y vergüenza.<sup>27-35</sup>

Las estrategias terapéuticas de diversas orientaciones psicológicas han demostrado resultados variables, por ejemplo, la psicopedagógica (modalidad grupal) mostró mejoría en la autoestima y acertividad de las participantes, así como una reducción importante del grado de ansiedad, hostilidad y depresión en relación con el grupo control.<sup>27</sup> Los grupos de apoyo de Holiman & Schilit (1991)<sup>29</sup> reportaron mejoría respecto de las mediciones de ira y satisfacción, no así con la variable autoestima. Por su parte, Tutti, Bridgood & Rothery (1993)<sup>30</sup> informaron una disminución en el grado de estrés. Las estrategias cognitivo conductuales en su modalidad individual de Kubany, Hill & Owens (2003)<sup>35</sup> demostraron una mejoría de todas las mediciones evaluadas en las participantes, especialmente en el trastorno de estrés postraumático, sintomatología depresiva, autoestima, vergüenza y culpa. Espíndola (2006)<sup>36</sup> reportó resultados alentadores en el control de las conductas de riesgo como autolesiones y actos suicidas en un grupo de embarazo de alto riesgo y trastorno mental.

La intervención de tipo institucional exige brevedad y especificidad. Morales Calatayud (1999)<sup>37</sup> propone cuatro objetivos centrales de la intervención psicológica en instituciones de salud, resaltando la investigación, docencia, asistencia y evaluación de resultados. En cuanto al tratamiento de la mujer embarazada víctima de violencia que asiste a instituciones de salud no especializadas en el tratamiento de la salud mental, la metodología de intervención es inexistente. Es por esto que se torna esencial la descripción y análisis de diversas estrategias en salud mental, de tipo breve, ancladas a las necesidades poblacionales e institucionales, las cuales emergen como una respuesta clara a las complicaciones propias de la salud física y mental secundarias a eventos emocionales de tipo disruptivo.

Con base en lo anterior se diseñó una propuesta psicoterapéutica breve y grupal para mujeres con embarazo de alto riesgo que asisten al Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes (INPerIER) en la Ciudad de México, que han sido víctimas de violencia doméstica durante el embarazo, con la intención de evaluar las alteraciones emocionales, producto del embarazo y la violencia y prevenir las alteraciones a la salud física de la madre y su producto.

## MÉTODO

Se realizó un estudio de intervención, abierto y exploratorio, en una muestra no representativa de mujeres embarazadas del INPerIER. El tipo de muestreo fue por cuota, mediante la inclusión de mujeres víctimas de violencia doméstica en cualquier modalidad (física, económica, sexual, emocional) o intensidad (leve, moderada, severa) durante el embarazo, la cual fue determinada mediante entrevista clínica y auto-reporte. La definición de violencia doméstica utilizada como criterio de inclusión, se operacionalizó con base en la Encuesta Nacional de Violencia contra las Mujeres (2003).<sup>38</sup>

La recolección de la muestra se efectuó durante el periodo de marzo a septiembre del 2006, los criterios de inclusión fueron: paciente del INPerIER con edad gestacional de entre

12 y 28 semanas, escolaridad mínima de seis años, haber sido o ser objeto de violencia doméstica durante el embarazo y firmar la carta consentimiento informado. Los criterios de exclusión aludían a la presencia de síntomas positivos tipo "A" para esquizofrenia, retraso mental o contar con tratamiento psico-farmacológico. Los criterios de eliminación incluyeron: pérdida del producto, inasistencia al tratamiento o dejar inconclusas respuestas de los instrumentos.

En una primera sesión se aplicaron los siguientes instrumentos:

1. Cuestionario General de Salud de Goldberg (CGS)<sup>39</sup> en su versión de 30 reactivos.
2. Escala de Depresión Perinatal de Edimburgo (EPDS).<sup>40</sup>
3. Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE).<sup>41</sup>

Todas estas pruebas ya han sido estandarizadas para la población institucional con la finalidad de evaluar la sintomatología depresiva y ansiosa, así como el estado general de salud mental de las pacientes. En la misma sesión se realizó una entrevista diagnóstica a cargo de un especialista en salud mental y la historia clínica para ingreso al Servicio de Psicología y para atención psicoterapéutica grupal, en un modelo breve, interpersonal, de tipo abierto, con regularidad de una vez por semana, con duración de 90 minutos por sesión, la cual se focalizó a la atención de mujeres violentadas durante el embarazo. Posterior a la octava sesión de psicoterapia, se realizó una aplicación idéntica de los instrumentos referidos;<sup>39-41</sup> subsecuentemente a esta aplicación, las mujeres continuaron bajo tratamiento hasta el término del embarazo.

Paralelamente al tratamiento grupal, se realizaron observaciones y relatorías de cada una de las sesiones, supervisadas por un grupo de expertos, con la intención de evaluar el progreso de la contención de la sintomatología y la condición de violencia. La respuesta grupal ante las intervenciones y la puesta en marcha de alternativas diversas para afrontar dicha condición, se diseñaron a partir de la resig-



nificación de las representaciones asociadas con el conflicto.

Posterior a la recolección de los datos se realizó un análisis estadístico comparando los puntajes obtenidos por la misma muestra, antes y después de las ocho sesiones de psicoterapia. Para el análisis de resultados las pacientes se dividieron en caso y no caso, siendo definido el grupo de casos como las pacientes en quienes se identificó sintomatología de depresión, ansiedad o malestar general asociados a la violencia doméstica. También se analizaron las variables sociodemográficas y de tipo obstétrico, obtenidas en la primera entrevista. El análisis estadístico se realizó con el *Programa Estadístico para Ciencias Sociales (SPSS)*, versión 11.

## RESULTADOS

Se incluyeron 12 mujeres embarazadas, con una edad promedio de 28 años (DE 6.5) y una edad gestacional promedio de 20 sdg (DE 6.3). La escolaridad de las pacientes osciló entre los nueve y 16 años de estudio; dos de ellas contaban con estudios de enseñanza superior, ocho con estudios de bachillerato y las otras dos sólo tuvieron secundaria terminada. De las 12 mujeres de la muestra, siete se encontraban casadas y cinco en unión libre; nueve de ellas reportaron alcoholismo de la pareja. El total de la muestra presentó violencia durante el embarazo ejercida por la pareja. En cuanto al tipo de la misma, siete reportaron violencia emocional, cuatro mixta (más de un tipo de violencia) y una económica. Las cuatro mujeres que reportaron violencia mixta refirieron maltrato físico como uno de los tipos recibidos.

Al ingreso al grupo de psicoterapia, las condiciones emocionales de las participantes en la muestra se caracterizaron por ideas de minusvalía y pasividad, percepción de encierro e impotencia, distorsión de la estima de sí mismas, pobre participación en tratamientos médicos y pobre conocimiento respecto del tipo de intervención médica a la cual eran sujetas, este patrón de interacción reflejado en la relación médico-paciente se presenta como una repetición de relaciones interpersonales

donde la mujer adjudica la responsabilidad de su cuidado en la pareja violenta. Las mujeres de la muestra manifestaron ánimo bajo, afecto deprimido, abulia, alteraciones en el ciclo sueño-vigilia, aislamiento, irritabilidad, llanto y pobre planeación de futuro para la solución de la dinámica de violencia; reportaron también, una percepción generalizada de resignación ante el conflicto.

Durante el proceso grupal, la representación de violencia y las asociaciones cercanas a la misma, se transformaron en dirección de la responsabilidad de elegir esa y no otra condición; lo cual permitió observar una intensificación de los sentimientos de culpabilidad en el inicio, secundario a sentirse parte del conflicto y no sólo víctimas del mismo. Al percibir el conflicto como propio, las mujeres pudieron tomar decisiones en dirección del restablecimiento de vínculos interpersonales y familiares que representaron opciones de solución a su condición con la correspondiente disminución de la percepción de encierro, una mejor percepción de sí mismas y, particularmente, la sensación de que existían alternativas a su alcance para decidir la dirección que mejor conviniera a sus intereses. La posibilidad de elegir y la confrontación con su participación en el conflicto impactaron la sintomatología secundaria a éste en dirección de la salud mental y mejores condiciones de vida.

Al comparar los resultados de las variables medidas por los instrumentos empleados de evaluación, según si se trató de caso y no caso, se obtuvo una inversión de las frecuencias de datos positivos, después de la intervención psicoterapéutica, para el caso del CGS-30<sup>39</sup> y la escala EPDS<sup>40</sup> (Tabla 1).

En cuanto al IDARE, los resultados obtenidos sugirieron una disminución de los casos positivos durante la segunda aplicación, tanto para el rubro de Ansiedad Estado como de Ansiedad Rasgo. Para la Ansiedad Estado disminuyeron a cuatro el número de casos positivos, respecto de la primera aplicación; mientras que para el tipo Ansiedad Rasgo, hubo una disminución de los casos positivos a dos (Tabla 1).

**Tabla 1**  
**Frecuencia de casos positivos (síntomas de ansiedad, depresión y malestar general asociados a la violencia doméstica) y negativos, antes y después de las sesiones de psicoterapia**

	CGS (No. de pacientes)	EPDS (No. de pacientes)	IDARE RASGO (No. de pacientes)	IDARE ESTADO (No. de pacientes)
<b>Primera aplicación</b>				
Positivo	10	8	8	9
Negativo	2	4	4	3
Total	12	12	12	12
<b>Segunda aplicación</b>				
Positivo	2	4	6	5
Negativo	10	8	6	7
Total	12	12	12	12

El tipo de violencia y su relación con ser caso positivo en los diversos instrumentos, no mostró una asociación significativa; siendo el mismo resultado obtenido para la asociación entre las variables de alcoholismo en la pareja y ser caso en cualquiera de los instrumentos.

## DISCUSIÓN

El embarazo por sí mismo constituye un evento reorganizador del psiquismo, ya que se erige como una situación de estrés capaz de producir manifestaciones psicológicas agudas, no necesariamente patológicas. En tanto que la violencia doméstica es un potencializador del estrés propio del embarazo, sus manifestaciones se caracterizan por la presencia de ansiedad y depresión en el rubro afectivo, así como minusvalía, irritabilidad y sensación de encierro e impotencia en los contenidos del pensamiento. Estas manifestaciones pudieran explicar la incidencia de puntajes por arriba del punto de corte en la primera aplicación de los instrumentos, particularmente en los rubros de depresión (EPDS),<sup>40</sup> malestar psicológico (CGS-30)<sup>39</sup> y ansiedad estado (IDARE).<sup>41</sup>

Las manifestaciones afectivas de tipo agudo se caracterizan por su condición reactiva, la intervención psicoterapéutica breve y oportuna, previo a la cronificación de dichos estados afectivos mediante la ampliación de representaciones internas que a su vez permitan la modificación de modelos de conducta y relación en lo externo, parecen disminuir la

condición de malestar psicológico y las manifestaciones depresivas y ansiosas secundarias a un detonador externo como el embarazo y/o la violencia.

El rubro de ansiedad rasgo (IDARE)<sup>41</sup> mostró el menor decremento en cuanto a la comparación, producto de la primera y segunda aplicación. La construcción conceptual de ansiedad rasgo, alude a un rasgo caracterológico permanente antes que a la medición de estrategias de enfrentamiento de una situación de estrés, lo que permite suponer una menor probabilidad de cambio en un esquema psicoterapéutico breve.

Los resultados arrojados por la Escala de Depresión Perinatal de Edimburgo, el Cuestionario General de Salud y La escala de Ansiedad Estado corroboraron en cuanto a la primer aplicación los resultados de investigaciones previas que sugieren un incremento de la ansiedad y la depresión, así como el malestar emocional ante la exposición a condiciones de violencia y embarazo. A su vez, los resultados arrojados en una segunda aplicación, particularmente en la EPDS y CGS, proponen la posibilidad de implementar estrategias terapéuticas breves y grupales en la atención de la sintomatología asociada con la violencia doméstica durante el embarazo.

Los factores de riesgo reportados en la literatura internacional asociados con la violencia doméstica, como alcoholismo por parte de la pareja, fueron reportados por las mujeres

que componían la muestra y jugaron un papel importante en el contexto del conflicto; sin embargo, el origen del mismo pareciera derivarse de esos factores y la interpretación que la mujer hace de los mismos. Es por esto que sugerimos un trabajo terapéutico dirigido a las representaciones del conflicto y no a la exclusiva modificación de las condiciones circundantes.

Las observaciones y relatorías realizadas de manera paralela a las sesiones del grupo de psicoterapia, supervisadas por expertos; arrojaron propuestas alrededor del tipo de intervención para este grupo etario víctima de violencia doméstica; de las cuales se desprenden algunas consideraciones de relevancia tales como:

1. La intervención dirigida a la modificación de las representaciones internas de la dinámica violenta permite: que la mujer retome contacto con diversas relaciones interpersonales de las cuales se había aislado.
2. La posibilidad de percibir alternativas de solución como: la separación de la pareja violenta, búsqueda de ayuda profesional, planteamiento de límites o reconsideración del tipo de comunicación y características de las relaciones interpersonales fundamentales, inicio de vida laboral: disminuyen el temor al perpetrador del abuso.
3. La sintomatología depresiva y ansiosa parece asociarse a la representación interna de encierro, aislamiento e impotencia.
4. La institución es un factor de contención para la víctima y confrontación al agresor.
5. La violencia doméstica es al menos un fenómeno bidireccional, donde el evento violento es la culminación de un proceso cíclico y crónico y no la causa del mismo.

La intervención dirigida a la modificación de lo externo, pareciera responsabilizar a los otros de la condición actual y de la dinámica

violenta, siendo el agresor el único culpable de una relación multifactorial. Las estrategias psicoterapéuticas que se dirigen a la modificación de las representaciones internas, muestran a la víctima su participación en el fenómeno devolviéndole también la posibilidad de decidir y actuar; impactando de forma inmediata en los estados afectivos derivados de la percepción de descontrol e impotencia.

El embarazo y el impacto del periodo gestacional sobre el psiquismo de la mujer es terreno fértil para el desarrollo de la dinámica de violencia doméstica, la percepción de debilidad respecto del agresor pareciera acentuarse ante las condiciones fisiológicas propias de la mujer gestante; la mujer ahora se percibe como binomio, las reacciones de defensa y huida parecieran sujetas a la temporalidad de la gestación y su desenlace. Sin embargo, es también una posibilidad de anclaje en dirección a la salud mental y física, cuando la intervención de los servicios de salud es oportuna.

Debido al tamaño de muestra, no es posible generalizar los resultados a otras poblaciones fuera de las pacientes estudiadas; sin embargo; al tratarse de un estudio exploratorio, sugiere diversas líneas de investigación sobre grupos de variables, las cuales pudieran ser evaluadas con el objetivo de delimitar una estrategia clara de intervención, de tipo breve y anclada a las instituciones de salud como respuesta a una problemática social que impacta en el psiquismo de los individuos y en los servicios de salud. La posibilidad de establecer tratamientos grupales breves, permite a las instituciones cumplir con su función asistencial y al paciente retomar la percepción de control sobre su problemática, orientándolo a la puesta en marcha de acciones que a su parecer otorguen mayor calidad de vida y la sensación de poder responsabilizarse de su participación en la construcción de una condición de vida.

## ABSTRACT

**Objective:** To explore the results of brief (8 sessions), individual and group psychotherapeutic intervention intended to treat anxiety, depression and general discomfort symptoms associated with domestic violence in Mexican women during a high risk pregnancy.

**Method:** An exploratory open interevention study was designed; for which, a sample of women victims of domestic violence during pregnancy in Mexico City at Instituto Nacional de Perinatología (INPer) was gathered, they agreed to sign an informed authorization form. The whole sample included 12 women, who before, and after they received psychotherapeutic treatment, lasting for 8 sessions supervised by a group of experts, answered a battery of standardized tests, including: General Health Questionnaire (GHQ), Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) and the trait- state anxiety inventory (IDARE). The results were statistically analyzed through non-parametric tests.

**Results:** The first application displayed scores above the cut point in all scales for psychologic damage at least half of the sample group. The application following the treatment, suggests a considerable decay of positive cases in every scale, particularly in the CGS and EPDS scales.

**Discussion:** The brief group intervention is proposed as a possible intervention for pregnant woman victim of violence, as this study shows a favorable impact in the associated symptoms and its motivations. This is an exploratory study, which opens the possibility to produce work lines and research.

**KEY WORDS:** *Pregnancy, domestic violence, psychotherapy.*

### REFERENCIAS

1. Bjelica A, Kapor-Stanulovic N. Pregnancy as a psychological event. Medicin Sky Pregled 2004; 57(3-4): 144-8.
2. Morales CF. Reproducción Humana en Psicología de la Reproducción Humana. Un enfoque integral. Manual Moderno. Instituto Nacional de Perinatología; 2002, p. 11-29; 157-62.
3. Espíndola HG, Morales CF, Mota GC, Díaz FE, Meza RP, Rodríguez PL. Calibración en un punto de corte para la Escala de Depresión Perinatal de Edimburgo. Perinatol Reprod Hum; 2004; 18: 179-86.
4. Leithner K, Maar A, Maritsch F. Experiences with a psychological help service for women following a parental diagnosis: results of a follow-up study. J Psychosom Obstet Gynecol 2002; 23(3): 183-92.
5. Knop J, Osterberg-Larsen B. Psychological intervention during pregnancy. A multidisciplinary hospital network. Ugeskrift for Laeger 2001; 163(37): 5018-22.
6. Austin MP. Psychosocial assessment and management for depression and anxiety in pregnancy. Key aspects of antenatal care for general practice. Aust Fam Physician 2003; 32(3): 119-26.
7. Andersson L, Sundstrom-Poromaa I, Bixo M, Wulff M, Bondestam K, Storm M. Point of prevalence of psychiatric disorders during the second trimester of pregnancy: a population-base study. Am J Obstet Gynecol 2003; 189(1): 148-54.
8. Espíndola HJ, Morales CF, Díaz FE, Pimentel ND, Henales AC, Varela EA, Ibarra MA. Estudio Descriptivo de la población psiquiátrica del Instituto



- Nacional de Perinatología. Ginecol Obstet Mex 2006; 74: 476-82.
9. Amnistía Internacional. Mujeres, violencia y salud. Índice AI: ACT 77/001/2005.
  10. Corsi J. La violencia hacia la mujer en el contexto doméstico. Análisis de las consecuencias y de los factores de riesgo. Documento de apoyo. Fundación Mujeres 2002.
  11. Fernández AMC, Herrero VS, Buitrago RF, Clurana MR, Chocron BL, García CJ, et al. Violencia Doméstica. Grupo de Salud Mental del Programa de Actividades de Prevención y Promoción de la Salud (PAPPS) de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC). Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 2003.
  12. Fernández de Juan T. Acerca de la violencia conyugal y su repercusión en la autoestima de la mujer. Comisión Nacional de los Derechos Humanos. Violencia contra la mujer en México. Teresa Fernández de Juan (coordinadora) 2004.
  13. Karchmer KS. Salud reproductiva y violencia contra la mujer. Ginecol Obstet Mex 2002; 70(5): 248-52.
  14. Organización Mundial de la Salud. Estudio multi-país de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer: primeros resultados sobre prevalencia, eventos relativos a la salud y respuestas de las mujeres a dicha violencia: resumen del informe 2005.
  15. Organización Panamericana de la Salud. Modelo de leyes y políticas sobre violencia intrafamiliar contra las mujeres. Unidad de Género y salud. Washington DC: 2004.
  16. Leslie LA, Swider SM. Changing factors and changing needs in women's health care. Nurs Clin North Am 1986; 21(1): 111-23.
  17. Helton L. Battered and pregnant: a prevalence study. Am J Public Health 1987; 77: 1337-9.
  18. Mc Leod. Battered but not beaten... preventing wife battering in Canada. Ottawa: Canadian Advisory Council of the Status of Women 1987.
  19. Stewart D. Incidence of postpartum abuse in women with a history of abuse during pregnancy. CMAJ 1994; 151(11): 1601-04.
  20. Castro R, Ruiz A. Prevalence and severity of domestic violence among pregnant women. Salud Pública Mex 2004; 38(1): 62-70.
  21. Valdez-Santiago R, Arenas-Monreal L, Hernández-Tezoquia I. Experiencia de las parteras en la identificación de las mujeres maltratadas durante el embarazo. Salud Pública Mex 2004; 46: 56-63.
  22. Valdez-Santiago R, Sanin-Aguirre LH. La violencia durante el embarazo y su relación con el peso al nacer. Salud Pública Mex 1996; 38: 352-62.
  23. Rivera-Rivera L, Lazcano-Ponce E, Salmerón-Castro J, Salazar-Martínez E, Castro R, Hernandez-Avila M. Prevalence and determinants of male partner violence against Mexican women: a population-based study. Salud Pública Mex 2004; 46: 113-22.
  24. Méndez-Hernández P, Valdez Santiago R, Viniegra-Velázquez L, Rivera-Rivera I, Salmerón-Castro J. Violencia contra la mujer: conocimiento y actitud personal médico del Instituto Mexicano del Seguro Social, Morelos México. Salud Pública Mex 2003; 45: 472-82.
  25. Villaseñor-Farías M, Castañeda-Torres JD. Masculinidad, sexualidad, poder y violencia: análisis de significados adolescentes. Salud Pública Mex 2003; 45(Suppl.)1: S44-S57.
  26. Bacchus L, Mezey G, Bewlwy S. Domestic violence: prevalence and pregnant women and associations with physical and psychological health. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2004; 113(1): 6.
  27. Cox J, Stoltenberg C. Evaluation of a treatment program for battered wives. J Family Violence 1991; 6(4): 395-413.
  28. Rubin A. The effectiveness of outreach counselling and support groups for battered women: a preliminary evaluation. Research and Social Work Practice 1991; 1(4): 332-57.
  29. Holiman M, Schilit R. Aftercare for battered women: How to encourage the maintenance of change. Psychotherapy 1991; 28(2): 345-53.

30. Tutty L, Bidgood B, Rothery M. Support groups for battered women: research on their efficacy. *J Family Violence* 1993; 8(4): 325-43.
31. Mancoske R, Standifer D, Cauley C. The effectiveness of brief counselling services for battered women. *Research and Social Work Practice* 1994; 4(1): 53-63.
32. Echeburúa E, Corral P, Sarasua B, Zubizarreta I. Tratamiento cognitivo-conductual del trastorno de estrés postraumático crónico en víctimas de maltrato doméstico. Un estudio piloto. *Análisis y Modificación de Conducta* 1996; 22(85): 627-54.
33. Schlee K, Heyman R y O'Leary KD. Group treatment for spouse abuse: are women with PTSD appropriate participants? *J Family Violence* 1998; 13(1): 1-20.
34. Colosetti S, Thyer B. The relative effectiveness of EMDR versus relaxation training with battered women prisoners. *Behavior Modification* 2000; 24(5): 719-39.
35. Kubany E, Hill E, Owens J. Cognitive trauma therapy for battered women with PTSD: Preliminary findings. *J Traumatic Stress* 2003; 16(1): 81-91.
36. Espíndola JG, Morales F, Díaz E, Meza P, Sánchez C, Carreño J y cols. Malestar psicológico: algunas de sus manifestaciones clínicas en la paciente gineco-obstétrica hospitalizada. *Perinatal Reprod Hum* 2006; 20(4): 112-22.
37. Morales CF. *Introducción a la psicología de la salud*. México: Paidós; 1999.
38. Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional sobre Violencia contra las mujeres (ENVIV). México 2003.
39. Medina-Mora ME, Padilla GP, Campillo SC, Mass CC, Ezban M, Caraveo J, Corona J. The factor structure of the GHQ: a scale version for a hospital's general practice service in México. *Psychological Medicine* 1983; 13: 355-62.
40. Ortega L, Lartigue T, Figueroa M. Prevalencia de depresión, a través de la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh (EPDS), en muestra de mujeres mexicanas embarazadas. *Perinatal Reprod Hum* 2001; 15: 11-20.
41. Díaz GR, Spielberg C. *Inventario de ansiedad Rasgo-Estado IDARE*. México: El Manual Moderno; 1975.