

Violencia y embarazo en usuarias del sector salud en estados de alta marginación en México

Sofía Cuevas, MSP,⁽¹⁾ Julia Blanco, MC,⁽²⁾ Clara Juárez, M en Antrop,⁽²⁾ Oswaldo Palma, Act,⁽³⁾
Rosario Valdez-Santiago, M en Antrop.⁽²⁾

Cuevas S, Blanco J, Juárez C, Palma O, Valdez-Santiago R.
Violencia y embarazo en usuarias del sector salud
en estados de alta marginación en México.
Salud Publica Mex 2006;48 supl 2:S239-S249.

Resumen

Objetivo. Caracterizar la violencia de pareja e identificar los principales factores que se asocian a la violencia en el embarazo en cuatro estados de alta marginación en México. **Material y métodos.** La fuente de información fueron los datos de la Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres 2003. Con base en ésta se realizó un estudio transversal, donde se incluyeron 1 949 mujeres entre 15 y 50 años de edad, que alguna vez estuvieron embarazadas y que demandaron atención en los servicios de primer y segundo nivel de atención de la SSA, IMSS e ISSSTE de los estados de Guerrero, Hidalgo, Oaxaca y Chiapas durante el periodo noviembre 2002- marzo 2003. Mediante regresión logística simple y múltiple, se evaluó la asociación entre las variables de interés y la violencia en el embarazo. **Resultados.** Del total de mujeres, 250 (13%) informaron haber sufrido violencia (física, psicológica, sexual y económica) durante alguno de sus embarazos; una de cada tres refirió haber recibido golpes en el abdomen durante el embarazo. En la mayor parte de los casos (91.4%) el agresor fue el cónyuge. Las variables que se asociaron positivamente con violencia en algún embarazo fueron: a) nivel de escolaridad de la mujer: las analfabetas, comparadas con las mujeres que tenían escolaridad superior a primaria completa, presentaron la asociación más fuerte (RM 2.2; IC 95% 1.1, 4.4); b) antecedentes de violencia en la niñez (RM 3.2; IC 95% 1.9, 5.4); c) antecedentes de abuso sexual antes de los 15 años (RM 2.4, IC 95% 1.3, 4.4) y d) consumo diario de alcohol por la pareja (RM 6.5; IC 95% 3.3, 12.9). **Conclusión.** Los resultados de este

Cuevas S, Blanco J, Juárez C, Palma O, Valdez-Santiago R.
Violence and pregnancy in female users of ministry of health
care services in highly deprived states in Mexico.
Salud Publica Mex 2006;48 suppl 2:S239-S249.

Abstract

Objective. To characterize intimate partner abuse and identify the main factors associated with violence in pregnancy in four highly deprived States in Mexico. **Material and Methods.** The data were taken from the National Survey on Violence against Women 2003 (ENVIM per its abbreviation in Spanish). Based on it a cross-sectional study was conducted on 1 949 women between 15 and 50 years of age, who were once pregnant and who utilized primary and secondary health care services from the Ministry of Health, Mexican Institute of Social Security, and the Institute for Social Security and Services for State Workers in Guerrero, Hidalgo, Oaxaca and Chiapas states, between November 2002 and March 2003. Logistic regression was used to assess the association between independent variables and violence during pregnancy. **Results.** 250 women (13%) suffered a type of violence (physical, psychological, sexual or economical) during any of their pregnancies. Of these women 76 (30.40%) were battered on their abdomen. In most of these cases (91.39%) the husband was the aggressor. The variables significantly associated with violence in pregnancy were: woman's illiteracy (OR 2.2; CI 95% 1.1, 4.4); history of violence in childhood (OR 3.2; CI 95% 1.9, 5.4) as well as sexual abuse in her childhood (OR 2.4, CI 95% 1.3, 4.4) and her partner's daily alcohol consumption (OR 6.5; CI 95% 3.3, 12.9). **Conclusions.** The results show that violence during pregnancy is a regular event in the impoverished context and that its expression is more severe. These results point to the importance of continued study of the problem of

(1) Servicios de Salud del estado de Guerrero, México.

(2) Profesora-Investigadora del Instituto Nacional de Salud Pública, México.

(3) Profesor-Investigador del Instituto Nacional de Salud Pública, México.

estudio muestran que la violencia durante el embarazo es un hecho frecuente en contextos de alta marginación, además de que su expresión tiende a ser más severa. Los resultados sustentan la necesidad de seguir estudiando el problema de la violencia en el embarazo en México, además de identificarlo durante el proceso de atención prenatal a mujeres violentadas.

Palabras clave: violencia de pareja; embarazo; marginalidad; México

violence against pregnant women in Mexico and the importance of identifying battered women in prenatal care.

Key words: intimate partner abuse, pregnancy, poverty; Mexico

La violencia contra la mujer es un problema social que tiene gran impacto en la salud de las mujeres en México y el resto del mundo. Este tipo de violencia encuentra sus raíces en la desigualdad entre los géneros, es decir, en cómo se construyen los modelos de masculinidad y feminidad y en las relaciones sociales entre hombres y mujeres, que implican la subordinación de estas últimas.¹

Un aspecto que ha llamado la atención recientemente de los especialistas de la salud en México es la expresión de la violencia contra las mujeres embarazadas.* Este fenómeno está ampliamente reconocido como un problema de salud pública de considerable impacto en la salud tanto de la mujer como en la del bebé por las consecuencias físicas y emocionales que tiene, por la demanda que representa en los servicios de salud (ya sea de la medicina institucional o tradicional) y por su alta prevalencia.²

La prevalencia y las características de la violencia contra las embarazadas varían dependiendo de la población estudiada y de la metodología utilizada. En los Estados Unidos de América y en Canadá, algunos informes señalan prevalencias desde 0.9 a 21.1%.^{3,4} En México, en el estado de Morelos, se notificó una prevalencia de violencia en el embarazo de 33.5% en mujeres usuarias de un hospital público, y que tuvieron cuatro veces más riesgo de dar a luz a productos de bajo peso al nacer, que las que no sufrían de violencia.⁵ En otro estudio realizado con mujeres embarazadas, usuarias del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y de hospitales pertenecientes a la Secretaría de Salud (SSA) en Cuernavaca y Cuautla, Morelos, se encontraron prevalencias de 24.6%. Al analizarla por institución, se encontró que la prevalencia fue más alta

para las mujeres de la SSA (33%) que para las del IMSS (15%), lo cual pareciera establecer una asociación entre violencia hacia la mujer y condiciones económicamente desfavorables en diversos estratos sociales.⁶

La violencia contra la mujer puede expresarse en forma física, psicológica, sexual o económica. En el caso concreto de la violencia física hacia la mujer embarazada, se ha documentado que puede provocar ruptura de útero, hígado o bazo, fractura de pelvis y hemorragias. Las mujeres que han sufrido golpes presentan un riesgo dos veces mayor de abortar, tener desprendimiento prematuro de placenta, presentar corioamnionitis, precipitación del parto y complicaciones post-parto y, como consecuencia fatal, la muerte.⁷⁻¹⁰ Además de las lesiones físicas, las mujeres desarrollan un cuadro de estrés permanente que se acompaña de síntomas de depresión, ansiedad, fobias, angustia y se perciben a sí mismas como enfermas.¹¹⁻¹³ Tienden a aislarse, presentan una baja autoestima y un alto riesgo de desarrollar adicción a drogas, alcohol o ambos.¹⁴⁻¹⁶

Los fetos también tienen serias repercusiones como consecuencia de la violencia; pueden sufrir diversos traumatismos durante la gestación, como fracturas o muerte fetal. Algunos estudios notifican que presentan cuatro veces más riesgo de tener bajo peso al nacer, anemia fetal, hipovolemia fetal, hipoxia aguda y crónica fetal, y acidosis fetal; asimismo, están 40 veces más propensos a morir en el primer año de vida.^{17,18}

Uno de los aspectos medulares del problema de la violencia durante el embarazo se relaciona con la respuesta de los servicios de salud ante el problema, ya que está ampliamente documentado que las mujeres embarazadas que sufren violencia demoran o no asisten a la consulta prenatal por la dinámica que existe entre la pareja, lo cual obstaculiza la vigilancia adecuada de los embarazos y dificulta la detección y el tratamiento oportuno de posibles complicaciones.^{19,20}

En este sentido, algunos estudios señalan que las parteras intervienen de manera más exitosa en casos de mujeres maltratadas en comparación con su contraparte médica. Se ha informado que, debido a factores

* En este artículo se utilizan de manera indistinta los términos "violencia doméstica" y "maltrato" para dar soltura al texto. Sin embargo, se entiende que ambos poseen, en sí mismos, una discusión conceptual amplia en la literatura especializada que circula sobre el tema de la violencia de género.

culturales, las parteras identifican con mayor facilidad a las mujeres que son víctimas de violencia.^{21,22}

En un contexto de alta marginación, el aspecto de la detección y atención de las mujeres embarazadas que son violentadas se torna de suma importancia para los servicios de salud, ya que estudios como el de Freyermuth²³ han documentado la relación entre violencia doméstica y la mortalidad materna.

A partir de estos antecedentes, se consideró pertinente determinar la frecuencia, distribución y caracterización de la violencia de pareja, así como identificar los principales factores que se asocian a la violencia en el embarazo en cuatro estados de alta marginación en México: Guerrero, Oaxaca, Hidalgo y Chiapas.

Material y métodos

El diseño muestra de la Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres 2003 (ENVIM 2003), tuvo como objetivo proporcionar estimaciones nacionales y por entidad federativa. Las instituciones públicas de salud [Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y Secretaría de Salud (SSA)] conformaron los estratos de la encuesta. Entre estos estratos, la muestra fue asignada de manera proporcional al número de usuarios de la institución en el estado, según los hallazgos de la Encuesta Nacional de Salud 2000. Obedeciendo a razones de tipo operativo y de costos, se fijó en 10 el número de unidades médicas visitadas por estado que se seleccionaron.

Este estudio se basó en una muestra probabilística en dos etapas, con probabilidad proporcional al número de consultorios de la unidad, entre un listado de las unidades elegibles proporcionado por la SSA para cada institución participante. La segunda etapa consistió en seleccionar a mujeres mayores de 14 años que acudían a la unidad médica para recibir atención preventiva o curativa, en los servicios de primer y segundo nivel de atención en urgencias, medicina interna y gineco-obstetricia, mediante muestreo sistemático.

Para seleccionar a las usuarias, se solicitó previamente al director de la unidad médica correspondiente una relación de las consultas que se dieron a mujeres durante la semana anterior al levantamiento, por día, servicio solicitado y turno. Con esa información se determinó la fracción muestral; cabe mencionar que las entrevistadoras permanecieron en las unidades médicas durante una semana laboral. El tamaño muestral se estimó proponiendo una prevalencia superior a 10%.

Antes de iniciar la entrevista, se entregó a cada mujer una carta de consentimiento informado, en la cual se les garantizó la confidencialidad de la infor-

mación. Con el fin de lograr un ambiente de confianza para las entrevistadas, en cada unidad médica se solicitó un espacio cerrado para realizar las entrevistas. Con estas medidas y otras estrategias, se cumplió con las recomendaciones éticas de la Organización Mundial de la Salud en materia de investigación de violencia doméstica.²⁵

El cuestionario de la ENVIM 2003 estuvo integrado por 17 secciones en las cuales se exploró la siguiente información: identificación de hogares; datos generales; identificación de la demanda del servicio; características de la vivienda y el hogar; características demográficas de la encuestada; salud general y personal de la encuestada; consumo de alcohol; uniones de pareja; características demográficas y consumo de alcohol del esposo, compañero o última pareja; percepciones de la encuestada hacia los roles de género; relaciones familiares y de pareja; caracterización del maltrato; evaluación de la respuesta del personal de salud ante el maltrato intrafamiliar y toma de decisiones familiares. La información sociodemográfica de la mujer y del cónyuge corresponde al momento en que se levantó la encuesta.

Criterios de inclusión para el análisis de violencia y embarazo

Los criterios específicos de inclusión que se tomaron en cuenta para el análisis que se presenta fueron los siguientes: a) mujeres que demandaron atención en los servicios de salud en los estados de Guerrero, Hidalgo, Oaxaca y Chiapas; b) con edades comprendidas entre 15 y 50 años; c) que hubieran estado alguna vez embarazadas.

Se excluyó a las mujeres sobre las que no se disponía de información acerca de violencia en el embarazo. Asimismo, se decidió excluir a aquellas que informaron haber tenido más de una pareja; la razón fue que el cuestionario que se aplicó sólo recababa información sobre las características de la pareja actual o de la última pareja, según el caso. Dado que uno de los objetivos del estudio era caracterizar el maltrato que sufrió la mujer por parte de su pareja, se buscó garantizar que la información correspondiente a ésta fuera efectivamente la de la pareja que ejerció violencia contra la mujer. Conforme a estos criterios, se incluyó a 1 949 mujeres en el análisis.

Definición de violencia doméstica durante el embarazo

La variable violencia doméstica durante el embarazo se construyó a partir de la pregunta ¿Alguna vez, cuando

usted estuvo embarazada, fue obligada a tener relaciones sexuales con su pareja, humillada, amenazada o golpeada? Para efectos del análisis, la variable se dicotomizó en: mujeres que sufrieron cualquier tipo de violencia durante algunos de sus embarazos y mujeres que no sufrieron violencia en ninguno de sus embarazos.

Asimismo, la caracterización de la violencia durante el embarazo incluyó datos acerca de las personas que ejercieron el maltrato, así como los golpes recibidos en el abdomen durante ese periodo.

Para la medición de la violencia de pareja durante los 12 meses previos a la entrevista, se utilizó una escala de violencia de 27 reactivos cuyo objetivo fue medir distintos grados de violencia en sus diferentes modalidades: física, emocional, sexual y económica. Además, se construyó un índice de severidad a partir de dos procedimientos. Procedimiento 1: análisis de confiabilidad, validez y factorial, a partir de las respuestas de las mujeres a la escala de violencia. Procedimiento 2: realización de un jueceo para asignar pesos diferenciales a cada reactivo de la escala.

Construcción del índice de severidad de violencia de pareja (ISVP)

La construcción del ISVP consideró los siguientes procedimientos. a) Cálculo de los pesos para cada uno de los reactivos. b) Generación de la variable que mide la severidad para cada tipo de violencia de pareja. c) Generación del ISVP, medida global que indica la severidad de violencia de pareja para cada una de las mujeres que tenían pareja al momento de la entrevista; la clasificación utilizada fue: sin violencia, violencia no severa y violencia severa. d) Validación del ISVP.*²⁶

Análisis estadístico

Se hizo una descripción general de las variables sociodemográficas en estudio, tanto de la mujer como de su pareja, así como de las variables relativas a violencia de pareja durante el embarazo, violencia en la niñez y violencia de pareja en los 12 meses previos a la entrevista. Para variables continuas se calcularon medidas de tendencia central (media) y de dispersión (desviación estándar). Para las variables categóricas se calcularon las proporciones o frecuencias relativas.

Se compararon la frecuencia y características de la violencia ejercida por la pareja durante los 12 meses

previos a la entrevista, entre las mujeres que padecieron violencia en alguno de sus embarazos y las que no la padecieron. Para ello se utilizó el estadístico ji cuadrada.

En los análisis bivariados se evaluó, mediante regresión logística simple, la asociación entre cada una de las variables de interés (tanto de la mujer como de la pareja) incluidas en el cuestionario; para ello, se calcularon razones de momios y sus correspondientes intervalos de confianza al 95%.

Por último, se construyó un modelo de regresión logística múltiple, donde inicialmente se incluyeron las variables evaluadas en los análisis bivariados y que, de acuerdo con la literatura sobre el tema, se consideró que conceptualmente eran relevantes para explicar el fenómeno de la violencia durante el embarazo. Dadas las características del estudio, se decidió no incluir en el modelo algunas variables que, aunque se han asociado al fenómeno de la violencia en el embarazo, fue imposible garantizar que precedieran al evento en estudio (actividad del cónyuge y de la mujer en la semana que precedió a la aplicación del cuestionario, percepción de salario en la misma semana, derechohabencia, estado civil y violencia de pareja en los 12 meses previos a la aplicación del cuestionario). Para evaluar la bondad del ajuste del modelo se utilizó el estadígrafo de Hosmer-Lemeshow. Todos los análisis se realizaron con el paquete estadístico Stata 7.*

Resultados

Descripción de la población en estudio

Las 1 949 mujeres seleccionadas se distribuyeron por entidad federativa, de la siguiente manera: 506 (26.0%) correspondieron a Chiapas; 474 (24.3%), a Guerrero; 487 (25.0%), a Hidalgo; y 482 (24.7%), a Oaxaca.

En el cuadro I se muestran las principales características sociodemográficas de estas mujeres y de sus parejas. El promedio de edad de las mujeres fue de 32 años y su desviación estándar de ± 9 años. Más de la mitad (54.1%) tenían entre 20 y 34 años. En cuanto a la escolaridad, 42% contaban con estudios de primaria (completa o incompleta) y sólo 19.3% tuvieron estudios superiores a la secundaria. La mayoría (87.2%) estaban casadas o en unión libre.

En la semana previa a la encuesta, más de la mitad de las mujeres (52.5%) se dedicaron exclusivamente al hogar, mientras que 31.1% indicaron tener algún tipo

* Esta referencia puede consultarse en las páginas S221-S231 en este mismo número

* Stata 7.0 Software Stata Corp, College Station. TX.

Cuadro I
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS MUJERES
QUE ALGUNA VEZ ESTUVIERON EMBARAZADAS,
Y DE SU PAREJA, EN GUERRERO, HIDALGO, OAXACA
Y CHIAPAS. ENVIM 2003, MÉXICO

Característica	Mujeres		Hombres	
	Número n= 1949*	Porcentaje	Número n= 1949*	Porcentaje
Grupo de edad				
<20	147	7.5	21	1.4
20-34	1 054	54.1	739	48.3
>35	748	38.4	769	50.3
Escolaridad				
Analfabeta	177	9.1	124	8.2
Primaria incompleta	325	16.7	241	15.8
Primaria completa	493	25.3	361	23.7
Secundaria	578	29.7	426	28.0
Educación media	267	13.7	252	16.6
Estudios superiores	109	5.6	118	7.8
Estado civil[‡]				
Separada o divorciada o viuda	250	12.8		
Unión libre	439	22.5		
Casada	1 260	64.7		
Actividad				
Estudiante	39	2.0	14	0.8
Desempleada	280	14.4	57	3.3
Ama de casa	1 022	52.5		
Empleadas u obreras	361	18.6	960	54.9
Cuenta propia	232	11.9	299	17.1
Jornalera o peona	12	0.6	419	24.0
Salario				
No perciben salario	1 380	70.8	189	11.3
Menos de 2 salarios	394	20.2	859	51.4
2-4 salarios	121	6.2	466	27.9
Más de 4 salarios	54	2.8	158	9.5
Derechohabencia[‡]				
Sin derecho	1 287	66.0		
Seguro popular	86	4.4		
ISSTE	120	6.2		
Servicios médicos privados	29	1.5		
IMSS	427	21.9		
Frecuencia en el consumo de alcohol				
Todos los días	10	0.5	113	5.9
1-2 veces por semana	12	0.6	238	12.4
1-3 veces por mes	19	1.0	289	15.1
Ocasional	794	40.8	960	50.1
Nunca	1 111	57.1	317	16.5

* Los datos en algunas de las variables pueden no sumar el total (1949) porque hay valores missing

‡ El cuestionario incluyó información sobre esta variable sólo en el caso de las mujeres

de empleo; las demás estuvieron desempleadas o eran estudiantes. No percibieron ingresos 70.8% de las mujeres. Cabe mencionar que hubo mujeres que, aunque trabajaban, no refirieron percibir salario alguno debido a que desarrollaban la actividad en algún negocio o empresa familiar. Respecto a la derechohabencia, 66% indicaron no tener derecho a ningún servicio médico.

En lo referente al consumo de alcohol, la mayoría de las mujeres informó no haber consumido nunca bebidas alcohólicas (57.1%) o hacerlo menos de una vez al mes (40.8%).

La información sobre las características de la pareja fue proporcionada por las propias mujeres. Con base en esta información, el promedio de edad de los hombres fue de 35.5 años, con una desviación estándar de ± 9.7 años y un rango de 17 a 71 años. Poco más de la mitad (50.3%) correspondieron al grupo de edad mayor a 35 años; 8.2% eran analfabetas; la mayor parte tenía estudios entre primaria y secundaria y 24.3% contaba con estudios superiores a secundaria. En la semana previa a la encuesta, la mayor parte de los hombres (96%) realizaron alguna actividad laboral; 51.4% percibió menos de dos salarios mínimos mensuales. La mayoría de los hombres (83.5%) consumían bebidas alcohólicas con diferentes frecuencias.

Caracterización de la violencia

De las mujeres, 250 (13%) informaron haber sufrido violencia durante alguno(s) de sus embarazos; 76 de esas mujeres (30.4%) indicaron que fueron golpeadas en el abdomen cuando estaban embarazadas. En 91.4% de los casos el agresor fue el cónyuge.

En cuanto a otras experiencias de violencia (cuadro II), 898 (46.1%) mujeres informaron que fueron violentadas cuando eran niñas en diferente frecuencia y 114 (5.9%) manifestaron que sufrieron abuso sexual antes de los 15 años de edad. Asimismo, 487 mujeres (25.0%) declararon que en los últimos 12 meses fueron víctimas de algún tipo de violencia ejercida por parte de su pareja: psicológica (23.6%), física (9.2%), sexual (7.1%) y económica (4.9%).

En el cuadro II también se muestra la distribución de estas variables en las mujeres que fueron objeto de violencia en alguno de sus embarazos y en las que no lo fueron. Para todos los tipos de violencia, las prevalencias fueron significativamente superiores en las mujeres que refirieron haber padecido violencia en alguno de sus embarazos.

Adicionalmente, se realizó otro análisis en el que se tomó exclusivamente en cuenta el grupo de 487 mujeres que informaron haber sufrido violencia por parte de su pareja en los 12 meses previos a la entrevista. Al

Cuadro II
DISTRIBUCIÓN DE LA VIOLENCIA PADECIDA DURANTE LA NIÑEZ Y EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, SEGÚN CONDICIÓN DE VIOLENCIA EN ALGUNO DE LOS EMBARAZOS EN MUJERES DE LOS ESTADOS DE GUERRERO, HIDALGO, OAXACA Y CHIAPAS. ENVIM 2003, MÉXICO

Variable	Violencia durante el embarazo				p [‡]
	Sí n=250*	%	No n=1699*	%	
Violencia en la niñez					<0.001
Casi siempre	52	21.0	146	8.6	
Varias veces	44	17.7	161	9.5	
Pocas veces	65	26.2	430	25.4	
Nunca	87	35.1	958	56.5	
Abuso sexual antes de los 15 años					<0.001
Sí	37	15.1	77	4.6	
No	208	84.9	1591	95.4	
Violencia en los últimos 12 meses					<0.001
Sí	135	54.0	352	20.7	
No	115	46.0	1347	79.3	
Violencia psicológica					<0.001
Sí	127	53.1	333	20.1	
No	112	46.9	1320	79.9	
Violencia física					<0.001
Sí	84	35.1	96	5.8	
No	155	64.9	1556	94.2	
Violencia sexual					<0.001
Sí	75	31.4	62	3.8	
No	164	68.6	1591	96.2	
Violencia económica					<0.001
Sí	55	23.0	41	2.5	
No	184	77.0	1612	97.5	

* Los datos en algunas de las variables pueden no sumar el total porque hay valores *missing*

‡ Prueba ji cuadrada

interior del mismo se compararon las características de las mujeres que sufrieron violencia en alguno de sus embarazos con las de aquellas que no la sufrieron. En el cuadro III se puede apreciar que la frecuencia y el grado de severidad de la violencia física, psicológica y sexual fue significativamente mayor en las primeras. Además, se observó que en las mujeres que no sufrieron violencia durante sus embarazos lo más fre-

cuento fue que la pareja ejerciera un solo tipo de violencia (67%) en los 12 meses previos a la entrevista, mientras que 72% de las mujeres maltratadas en alguno de sus embarazos padeció más de un tipo de violencia en el mismo lapso antes de la entrevista.

Análisis bivariado

En el cuadro IV se presentan las razones de momios crudas y los intervalos de confianza al 95%, correspondientes a las asociaciones entre las características de las mujeres, sus parejas y la violencia en el embarazo. Todas las variables evaluadas se asociaron significati-

Cuadro III
DISTRIBUCIÓN DE LOS TIPOS DE VIOLENCIA EJERCIDA POR LA PAREJA DURANTE LOS 12 MESES PREVIOS A LA ENTREVISTA, SEGÚN CONDICIÓN DE VIOLENCIA EN ALGUNO DE LOS EMBARAZOS EN MUJERES DE LOS ESTADOS DE GUERRERO, HIDALGO, OAXACA Y CHIAPAS. ENVIM 2003, MÉXICO

Variable	Violencia durante el embarazo				p [‡]
	Sí n=135*	%	No n=352*	%	
Violencia psicológica					<0.001
No	10	7.4	90	25.6	
No Severa	32	23.7	127	36.1	
Severa	93	68.9	135	38.3	
Violencia física					<0.001
No	51	37.8	255	72.7	
No Severa	14	10.4	39	11.1	
Severa	70	51.8	57	16.2	
Violencia sexual					<0.001
No	60	44.4	290	82.4	
No Severa	14	10.4	21	6.0	
Severa	61	45.2	41	11.6	
Violencia económica					<0.001
No	80	59.3	311	88.4	
Sí	55	40.7	41	11.6	
Combinaciones de violencia					<0.001
Un solo tipo	38	28.2	236	67.1	
Dos tipos	25	18.5	65	18.5	
Tres tipos	35	25.9	38	10.8	
Los cuatro tipos	37	27.4	13	3.7	

* Los datos en algunas de las variables pueden no sumar el total porque hay valores *missing*

‡ Prueba ji cuadrada

vamente en alguna de sus categorías con el fenómeno de la violencia en el embarazo, excepto edad, condición de derechohabiente y actividad laboral de la pareja, que mostraron una asociación marginalmente significativa.

Análisis multivariado

El modelo final se muestra en el cuadro V. Varias de las asociaciones encontradas en el análisis bivariado

se mantuvieron después de ajustar el resto de las variables incluidas en el modelo.

La asociación entre nivel de escolaridad de la mujer y la violencia durante el embarazo mostró un gradiente, de tal manera que, al comparar a las analfabetas con las mujeres que tenían escolaridad superior a la primaria completa, las primeras presentaron la asociación más fuerte (RM 2.2; IC 95%: 1.1, 4.4), seguidas por las que tenían primaria incompleta y las que tenían primaria completa.

Cuadro IV

RAZONES DE MOMIOS CRUDAS PARA VIOLENCIA EN ALGÚN EMBARAZO DE ACUERDO CON CARACTERÍSTICAS DE LA MUJER Y SU PAREJA. ESTADOS DE GUERRERO, HIDALGO, OAXACA Y CHIAPAS. ENVIM 2003 (ANÁLISIS BIVARIADO), MÉXICO

Variable	Violencia SI *n=250	Violencia NO *n=1699	RM (IC)
Edad mujer			
>35	131	617	1.7 (1.0-3.0)
20-34	103	951	0.9 (0.5-1.5)
<20	16	131	1
Escolaridad mujer			
Analfabeta	33	144	1.9 (1.3-3.0)
Primaria incompleta	54	271	1.7 (1.2-2.4)
Primaria completa	63	430	1.2 (0.9-1.7)
>primaria	100	854	1
Actividad mujer en la última semana			
Estudiantes o desempleadas	40	279	1.7 (1.2-2.6)
Trabajan fuera del hogar	132	473	3.4 (2.4-4.6)
Ama de casa	78	944	1
Salario mujer			
Percibe	117	452	2.4 (1.8-3.2)
No percibe	133	1247	1
Derechohabiente mujer			
Derechohabiente	96	566	1.2 (0.9-1.6)
No derechohabiente	154	1133	1
Estado civil mujer			
Sin pareja	82	168	4.4 (3.3-6.0)
Con pareja	168	1531	1
Violencia en la niñez mujer			
Casi siempre	52	146	3.9 (2.7-5.8)
Varias veces	44	161	3.0 (2.0-4.5)
Pocas veces	65	430	1.7 (1.2-2.3)
Nunca	87	958	1
Abuso sexual antes de los 15 años			
Sí	37	77	3.7 (2.4-5.6)
No	208	1591	1

Variable	Violencia SI *n=250	Violencia NO *n=1699	RM (IC)
Violencia en los últimos 12 meses (mujer)			
Sí	135	352	4.5 (3.4-5.9)
No	115	1347	1
Frecuencia de consumo de alcohol (mujer)			
Todos los días	4	6	6.2 (1.7-22.3)
1-2 /semana y 1-3 /mes	5	26	1.8 (0.7-4.7)
Ocasional	132	662	1.8 (1.4-2.4)
Nunca	108	1003	1
Edad del cónyuge			
>42	32	146	3.3 (2.0-5.7)
36-42	64	378	2.6 (1.6-4.1)
29-35	29	393	1.1 (0.7-1.9)
<28	30	457	1
Escolaridad (cónyuge)			
Analfabetas	17	107	2.1 (1.2-3.8)
Primaria incompleta	31	210	2.0 (1.2-3.2)
Primaria completa	51	310	2.2 (1.5-3.3)
>primaria	55	741	1
Actividad cónyuge en la última semana			
No trabaja	10	47	1.8 (0.9-3.5)
Trabaja	182	1510	1
Salario cónyuge en la última semana			
No percibe	37	152	2.2(1.5-3.3)
Percibe salario	145	1338	1
Frecuencia de consumo de alcohol (cónyuge)			
Todos los días	55	58	13.8 (9.0-21.3)
1-2 /semana	62	176	5.1 (3.6-7.4)
1-3 /mes	48	241	2.9 (2.0-4.2)
Ocasional y nunca	82	1195	1

* Los datos en algunas de las variables pueden no sumar el total porque hay valores missing

La asociación observada entre grado de violencia en la niñez de la mujer y violencia en el embarazo persistió tras el ajuste, de manera que las asociaciones más fuertes correspondieron a las frecuencias más altas de violencia en la niñez (casi siempre y varias veces) con *RM* e *IC* al 95% de 3.2; *IC* 95% 1.9, 5.4 y 3.3; *IC* 95% 2.0,

Cuadro V
MODELO MÚLTIPLE: RAZONES DE MOMIOS AJUSTADAS
PARA VIOLENCIA EN ALGÚN EMBARAZO DE ACUERDO
CON CARACTERÍSTICAS DE LA MUJER Y SU PAREJA.
ESTADOS DE GUERRERO, HIDALGO, OAXACA Y CHIAPAS.
ENVIM 2003, MÉXICO

Variable	Violencia SI *n=250	Violencia NO *n=1699	RM Ajustada (IC) [‡]
Escolaridad de la mujer			
Analfabetas	33	144	2.2 (1.1-4.4)
Primaria incompleta	54	271	2.0 (1.1-3.5)
Primaria completa	63	430	1.4 (0.9-2.4)
>primaria	100	854	1
Violencia en la niñez			
Casi siempre	52	146	3.2 (1.9-5.4)
Varias veces	44	161	3.3 (2.0-5.5)
Pocas veces	65	430	1.4 (0.9-2.3)
Nunca	87	958	1
Abuso sexual antes de los 15 años.			
Sí	37	77	2.4 (1.4-4.4)
No	208	1591	1
Frecuencia en el consumo de alcohol en la mujer			
Todos los días	4	6	5.6 (0.7-49.2)
1-2 vec/ semana o 1-3 vec/mes	5	26	0.7 (0.2-3.7)
Ocasional	132	662	1.7 (1.2-2.5)
Nunca	108	1003	1
Escolaridad del hombre			
Analfabeta	17	107	1.4 (0.7-2.9)
Primaria incompleta	31	210	1.3 (0.7-2.3)
Primaria completa	51	310	1.5 (1.0-2.5)
>primaria	55	741	1
Frecuencia en el consumo de alcohol en el hombre			
Todos los días	55	58	6.5 (3.3, 12.9)
1-2 veces por semana	62	176	4.1 (2.5, 6.5)
1-3 veces por mes	48	241	2.8 (1.7, 4.4)
Ocasional y nunca	82	1195	1

* Los datos en algunas variables pueden no sumar el total porque hay valores *missing*

‡ Todos los estimadores están ajustados por el resto de los incluidos en el modelo

Pseudo R²= 0.17

5.5, respectivamente. Asimismo, se mantuvo la asociación con antecedentes de abuso sexual antes de los 15 años (*RM* 2.4, *IC*95% 1.3, 4.4).

Por otra parte, también la frecuencia de consumo de alcohol en el hombre se asoció significativamente con el problema en estudio, manteniéndose el gradiente de esta asociación, de manera que, al comparar con el grupo de referencia, la asociación más fuerte correspondió a la categoría de consumo diario de alcohol (*RM* 6.5, *IC*95% 3.3, 12.9), seguida por la de consumo una a dos veces por semana y por la de consumo una a tres veces en un mes.

En cuanto al consumo de alcohol en la mujer, la asociación que se observó en el análisis bivariado para la frecuencia de consumo más alta perdió significancia estadística al controlar por el resto de las variables incluidas en el modelo.

En lo referente a la evaluación de la bondad de ajuste efectuada mediante el estadígrafo de Hosmer-Lemeshow, los resultados de la ji cuadrada (3,12) *p* correspondiente (0.93) indican que no existe diferencia significativa entre los datos observados y lo esperado con el modelo final, es decir, que el modelo propuesto y los datos observados ajustan aceptablemente.

Discusión

La prevalencia de violencia en el embarazo de 13% que se encontró en este estudio es ligeramente menor a la informada en algunos estudios realizados en México y concuerda con otros llevados a cabo en el mundo. En la literatura nacional se notifican prevalencias de 15 a 33.5%.^{19,24} En los estudios internacionales, la prevalencia fluctúa entre 0.9 y 25% en países desarrollados^{27,28} en tanto que en los estudios realizados en países en vías de desarrollo, se informa una prevalencia mayor que va de 4 a 29%.²⁹

Una explicación a la diferencia entre las prevalencias de este trabajo y las indicadas en otros estudios realizados en México, es que en la ENVIM 2003 no se consideró un apartado específico de violencia y embarazo; sólo se incluyeron un par de preguntas directas relacionadas con este problema. Esto representa una diferencia sustancial con los estudios específicos sobre violencia y embarazo que, por lo general, incorporan preguntas directas y escalas específicas de violencia para indagar sus diferentes tipos, ya que se ha demostrado la utilidad de proporcionar más de una oportunidad a la mujer para revelar la violencia de la que es objeto.^{*,26,30}

* La referencia 26 puede consultarse en las páginas S221-S231 en este mismo número

Cabe mencionar que en la ENVIM 2003 se consideraron otras estrategias para garantizar una mayor sensibilidad en la exploración de la violencia; por ejemplo, incluir preguntas directas para cada tipo de violencia, además de una descripción de conductas violentas en forma de escala que han sido recomendadas en el plano internacional.²⁵

Otro aspecto que puede influir en una menor prevalencia es el haber eliminado del análisis a las mujeres que habían tenido más de una pareja, por las razones aducidas en la sección metodológica. Lo anterior puede conducir a una subestimación del fenómeno si esas mujeres tenían una prevalencia más alta de violencia. De hecho, cuando se incluye a estas mujeres, la prevalencia de violencia en el embarazo se eleva a 15%.

Sin embargo, un hallazgo que merece una reflexión especial es la severidad de la violencia durante el embarazo, expresada a través de los “golpes en el abdomen”, ya que éste fue un tipo de violencia física que se informó con mayor frecuencia en la población en estudio (30.40%), en comparación con el resto del país (4.9%), lo cual significa que, en las mujeres de los estados seleccionados por su nivel de marginación, esta violencia se presentó casi siete veces más que en el plano nacional.²⁴

Esta diferencia obliga a profundizar y plantear nuevos estudios que detallen la expresión e impacto de la violencia física severa en contextos de alta marginación. Al respecto, existen evidencias de que en grupos sociales económicamente más desfavorecidos, la violencia hacia las mujeres embarazadas pueda tornarse más severa. Tal es el caso de estudios realizados en los altos de Chiapas y de los llevados a cabo con parteras tradicionales.²¹⁻²³

Dadas las limitaciones de temporalidad del estudio, es imposible afirmar que el tipo de violencia padecido durante el año previo a la entrevista represente el tipo de violencia padecido durante el o los embarazos en que la mujer fue maltratada por la pareja. Empero, la asociación observada entre la historia de violencia en alguno(s) de los embarazos y la frecuencia y violencia conyugal ejercida en el periodo previo a la entrevista sugiere que, entre estas mujeres, el fenómeno de la violencia por parte de la pareja es un evento que tiende a persistir a lo largo de la convivencia y que, además, se manifiesta en formas más severas que entre las mujeres que no sufren violencia durante el embarazo. Esta observación coincide con lo informado en varios estudios, en donde, incluso, se sugiere la existencia de una estrecha relación entre la violencia durante el embarazo y el incremento de los riesgos de homicidio.^{11,12}

Por otro lado, se encontró que las mujeres que refirieron haber padecido violencia en la infancia tuvieron más posibilidades de sufrir violencia en alguno de sus embarazos. Esta última se incrementaba en la medida en que aumentaba la frecuencia de la violencia padecida en aquel periodo de su vida. En este sentido, los hallazgos son consistentes con diversos estudios que señalan que experimentar violencia en la infancia o ser testigo de violencia entre los padres, está asociado a sufrir violencia en la vida adulta.^{10,29}

Ante la evidencia empírica, tanto en el plano nacional como en el internacional, se puede señalar que la violencia en el embarazo es parte de un *continuum* de violencia, es decir, que la violencia que sufre la mujer durante el embarazo por lo general no empieza en el estado de gravidez. Para la mayoría de estas mujeres la violencia empieza desde la infancia y a lo largo de su ciclo de vida experimentan diferentes relaciones violentas. Este dato concuerda con el hecho de que las mujeres que padecieron violencia en alguno de sus embarazos, informaron con mayor frecuencia haber sufrido violencia por parte de su pareja en el último año previo a la entrevista.

El gradiente observado entre el bajo nivel educativo de la mujer y la violencia durante el embarazo ha sido notificado en diversos estudios internacionales. La falta de acceso a la educación representa una mayor vulnerabilidad para la mujer y una clara desventaja social.^{10,14} Nasir y Hyder²⁹ han documentado esta vulnerabilidad a partir de una revisión de los estudios realizados en países subdesarrollados para identificar los principales determinantes de la violencia durante el embarazo en estos contextos. Los autores identificaron que los principales factores de riesgo fueron: los bajos niveles de ingreso, los bajos niveles educativos en ambos miembros de la pareja y los embarazos no planeados.

Otro hallazgo que merece una reflexión es el hecho de que, en este estudio, las mujeres que realizaban algún tipo de actividad remunerada al momento de la encuesta informaron con más frecuencia haber padecido violencia en el embarazo que aquellas dedicadas exclusivamente al hogar. Este hallazgo no es fácil de explicar, aunque también ha sido documentado en otros estudios.^{10,29}

Una posible explicación al respecto es que el trabajo de la mujer fuera del hogar puede ser percibido por el hombre como una amenaza para el ejercicio de su poder en la familia. En este sentido, la violencia contra la mujer sería una forma de afirmar dicho poder, y el hecho de someterla puede funcionar como una manera de retomar el control que considera perdido. Otra

hipótesis sobre este hallazgo es que las mujeres que tienen un empleo, y en consecuencia cierto grado de autonomía económica, se sienten con mayor libertad al momento de informar sobre sus experiencias de violencia doméstica.³⁰

De igual modo, las mujeres sin pareja (viudas, separadas y solteras) informaron con más frecuencia haber sufrido violencia en alguno de sus embarazos que las mujeres con pareja. En este punto, es importante destacar que, probablemente, la violencia padecida por las mujeres podría haber sido la causa de la separación (asociación inversa), o que no convivir con la pareja les permitiría expresarse con mayor libertad.

De especial importancia resulta la asociación entre violencia en el embarazo y el consumo de bebidas alcohólicas de la pareja, donde se observa que la violencia en el embarazo se incrementa a medida que aumenta el consumo de alcohol en el hombre. Este hallazgo coincide con lo informado por investigaciones que indicaron que el uso de alcohol entre los cónyuges estuvo fuertemente correlacionado con abuso sexual y físico,^{15,31} así como aquellas que encontraron una asociación entre el abuso en el consumo de alcohol y el abuso físico por parte del varón contra la mujer embarazada.^{31,32}

Una de las fortalezas del presente estudio es que se obtuvo información de la prevalencia y las características de las mujeres que han sufrido violencia en alguno(s) de sus embarazos en cuatro estados de alta marginación. En alguna de estas entidades, como Hidalgo, no existían estudios previos sobre violencia hacia mujeres en general y, menos aún, en mujeres embarazadas. El estudio de la violencia, a partir de un criterio regional de marginación y no estrictamente geopolítico, proporciona elementos para comprender mejor el problema de la violencia contra las mujeres en contextos de alta marginación.

Cabe señalar que, entre las principales limitaciones del estudio, se encontró que la ENVIM 2003 no contempló una sección especial para explorar violencia durante el embarazo; sólo consideró un apartado breve. Debido a esto, algunas variables que hubieran permitido una mejor comprensión del problema no fueron incluidas. Por ejemplo, no se pudo establecer si la violencia durante el embarazo se ejerció durante todos ellos o sólo en algunos. Tampoco se pudo analizar el dato del número de embarazos y su relación con la violencia debido a que se carecía de esta información.

Además, fue imposible establecer la relación de temporalidad entre algunas de las variables que se encontraron asociadas a la violencia en el embarazo. Lo anterior se debió a que muchas de las característi-

cas investigadas se referían al momento o al periodo inmediato a la aplicación del cuestionario.

Otra limitación inherente al estudio es que la información referente a la pareja masculina la proporcionaba la mujer y no el hombre, lo cual podría implicar un sesgo de información cuya dirección se desconoce.

Finalmente, se proponen algunas recomendaciones, unas a partir de los hallazgos del estudio y otras a partir de la reflexión del problema de la violencia durante el embarazo.

En relación con los hallazgos, se considera indispensable:

- a. Seguir explorando la relación entre la violencia masculina contra las mujeres embarazadas, sobre todo en lo que se refiere a las consecuencias de la violencia en la salud mental, en la salud reproductiva y en el desarrollo a largo plazo de los bebés que han estado expuestos a este tipo de violencia. La asociación entre violencia durante el embarazo y riesgo de homicidio es un punto apenas recién explorado y reconocido en México.²³

En consideración a que el desarrollo de estudios específicos en México data sólo de 1996¹⁹ y a que, desde entonces a la fecha, se han llevado a cabo pocas investigaciones, es evidente la necesidad de continuar aportando evidencias empíricas para comprender mejor el problema de la violencia durante el embarazo.

- b. Es indispensable realizar estudios en diferentes contextos de marginación, ya que la evidencia muestra que la violencia se expresa de manera diferencial.
- c. Es necesario incluir un apartado específico que explore a profundidad la relación entre violencia y embarazo en la próxima Encuesta Nacional de Violencia hacia las Mujeres o en las Encuestas Nacionales de Salud.

En relación con las propuestas de reflexión general:

1. Se deben poner en marcha programas de capacitación y sensibilización para el personal de salud en todos los niveles de atención, en la identificación, atención y referencia de las mujeres embarazadas maltratadas.
2. Es necesario integrar a la historia clínica prenatal un instrumento rápido de identificación de la violencia como el Abuse Assessment Screen,³³ que está diseñado para la búsqueda intencionada de violencia contra mujeres embarazadas.

3. Se debe considerar el antecedente de violencia durante el embarazo como uno de los indicadores de inclusión a las mujeres en el programa nacional *Arranque parejo en la vida*, ya que, iniciar la vida bajo la exposición a algún tipo de violencia, aunada a las desventajas socioeconómicas, es una expresión de inequidad apenas reconocida en el área de los servicios de salud y, por lo tanto, poco estudiada.

Referencias

1. Carlessi C. Mujeres, violencia y alternativas. En: *Mujer y violencia* (Documento de trabajo). México, D.F.: Centro de Planificación y Estudios Sociales, 1986: 53-66.
2. Heise L. Violencia contra la mujer: La carga oculta sobre la salud. Washington D.C.: Banco Mundial/OPS, 1994.
3. Parker B, MacFarlane J. Abuse during pregnancy: Effects on maternal complications and birth weight in adult and teenage women. *Obstetric Gynecology* 1994; 84(3): 323-328.
4. Gazmararian JA, Lazorick S. Prevalencia de violencia contra mujeres embarazadas. *JAMA* 1996; 275(24):1915-1920.
5. Valdez-Santiago R, Sanin-Aguirre LH. La violencia doméstica durante el embarazo y su relación con el peso al nacer. *Salud Publica Mex* 1996;38:352-362.
6. Castro R, Peek-Asa C, Ruiz A. Violence against women in México: A study of abuse before and during pregnancy. *Am J Public Health* 2003; 93(7):1110-1116.
7. Hedling LW, Grimstad H, Moller A, Janson PO. Prevalence of physical and sexual abuse before and during pregnancy among Swedish couples. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1999;78: 310-315.
8. McFarlane J, Parker B, Soeken K. Abuse during pregnancy: Associations with maternal health and infant birth weight. *Nurs Res* 1996;45:37-42.
9. Elú MC, Santos E, Valdez R, Arenas LM, Rivera M, Acha M. Carpeta de apoyo para la atención en los servicios de salud de mujeres embarazadas víctimas de la violencia. Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgo en México. Cuernavaca Mor., México, 2000.
10. Hedling LW, Janson PO. Violencia doméstica durante el embarazo: La prevalencia de lesiones físicas, uso de sustancias, abortos. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2000;79(8):625-30.
11. Follingstad DR, Brennan AF, Hause ES, Polek DS, Rutledge LL. Factors moderating physical and psychological symptoms of battered women. *J Fam Viol* 1991; 6(1):81-95.
12. Ramírez-Rodríguez JC, Uribe-Vázquez G. Mujer y violencia: Un hecho cotidiano. *Salud Publica Mex* 1993; 35:148-160.
13. Valdez R, Juárez C. Impacto de la violencia doméstica en la salud mental de las mujeres: análisis y perspectivas en México. *Salud Mental* 1998;21(6):1-10.
14. Walker L. The cycle theory of violence from battered woman. Nueva York: Colophon Books, 1983:54-70.
15. McFarlane J, Parker B, Seken K. Physical abuse, smoking, and substance use during pregnancy: Prevalence, interrelationships and effects on birth weight. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 1996;25:313-320.
16. Stark E, Flitcraft AH. Spouse abuse. En: Rosenberq ML, Fenley MA, eds. *Violence in America: A public health approach*. New York: Oxford University Press, 1991: 138-139.
17. Rachana C, Suraiya K, Hisham AS, Abdulaziz AM. Prevalencia y complicaciones de la violencia física durante el embarazo. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2002 ; 103(1):26-9.
18. Kramek J, Grzymala-Krzyszostaniak A, Celewicz Z, Ronin-Walknowska E. Violencia hacia la mujer embarazada. *Ginecologia Polska (Ginnecol Pol)* 2001; 72 (12):1042-1048.
19. Valdez-Santiago R. Panorama de la violencia doméstica en México: Antecedentes y perspectivas. Cuernavaca Mor: CIDHAL, 1998.
20. Larrain S., Rodríguez T. Los orígenes y el control de la violencia doméstica en contra de la mujer. En: Gómez-Gómez E. Género, Mujeres y Salud en las Américas. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, 1993:48-60.
21. Valdez-Santiago R, Arenas-Monreal L, Hernández- Tezoquipa I. Experiencia de las parteras en la identificación de mujeres maltratadas durante el embarazo. *Salud Publica Mex* 2004; 46 (1):1-11.
22. González-Montes S. La violencia conyugal y la salud de las mujeres desde la perspectiva de la medicina tradicional en una zona indígena. En: Torres-Falcón M, comp. *Violencia contra las mujeres en contextos urbanos y rurales*. México D.F.: El Colegio de México, 2004:153-193.
23. Freyermuth G. Mujeres de humo. México D.F.: CIESAS/Porrúa, 2004.
24. Olaiz G, Rico B, Del Río A. Encuesta Nacional Sobre Violencia contra las Mujeres 2003. Cuernavaca Mor., México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2004.
25. World Health Organization. Putting women first: ethical and safety recommendations for research on domestic violence against women (Document WHO/FCH/GWH/01.01). Ginebra:WHO, 2001.
26. Valdez-Santiago R, Híjar-Medina MC, Salgado de Snyder VN, Rivera-Rivera L, Avila-Burgos L, Rojas R. Escala de violencia e índice de severidad: una propuesta metodológica para medir la violencia de pareja en mujeres mexicanas. *Salud Publica Mex*; 48 supl 2:S221-S231.
27. Organización Mundial de la Salud/ Organización Panamericana de la Salud. Informe mundial sobre violencia y salud. Washinton, DC: OMS, 2002.
28. Ramírez-Rodríguez JC, Vargas P. La violencia doméstica contra la mujer: apuntando a la inequidad intergeneracional desde lo cuantitativo. Latin American Studies Association. XX Congreso Internacional; 1997; Guadalajara, Jalisco, México.
29. Khurram NA, Hyder A. Violence against pregnant women in developing countries. *Eur J Public Health* 2003; 13: 105-107.
30. Sayavedra Herreras G, Florescano F. Género, poderío y salud. En: Sayavedra-Herreras G. *Ser mujer, ¿un riesgo para la salud? Del malestar y el enfermar al poderío y la salud*. México, D.F.: Red de Mujeres, 1997.
31. Muhajarine N, D'Arcy C. Physical abuse during pregnancy: Prevalence and risk factors. *CMAJ* 1999;160(7):1007-1011.
32. Savona-Ventura C, Savona-Ventura M, Drengsted-Nielsen S, Johansen KS. Domestic abuse in a central Mediterranean pregnant population. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2001;98(1):3-8.
33. McFarlane J, Parker B, Soeken K, Bullock K. Assessing for abuse during pregnancy: Severity and frequency of injuries and associated entry into prenatal care. *JAMA* 1992; 267:3176-3178.