

Efectividad de una intervención educativa en personal de enfermería para realizar actividades de detección de violencia de pareja durante el embarazo



Ruth Verónica Pámanes-González

División de Desarrollo Integral Infantil
Coordinación del Servicio de Guardería
para el Desarrollo Integral Infantil
Instituto Mexicano del Seguro Social

Laura del Pilar Torres Arreola®

Investigadora externa
Dirección de Calidad de la Atención en Sistemas de Salud
Centro de Investigación en Calidad y Encuestas
Instituto Nacional de Salud Pública

Introducción

En la actualidad, la violencia de pareja es considerada como un problema de salud pública: en el mundo, una de cada tres mujeres la vive.¹ En nuestro país, 21.5% de las mexicanas reporta haber experimentado violencia por parte de su pareja actual,² y quienes estuvieron o están embarazadas no están exentas de esta situación. En este sentido, diversos estudios reportan que en México 32% de las mujeres han vivido violencia durante el embarazo.^{3,4}

Los efectos en la salud de las embarazadas que han sido violentadas son: aborto espontáneo, desprendimiento prematuro de placenta; fracturas, anemia, hipovolemia y muertes fetales; inflamación de las membranas amnióticas, parto prematuro y bajo peso al nacer.⁵ Además, tienen mayor riesgo de consumir drogas, alcohol y tabaco, sustancias que están asociadas con bajo peso en las y los recién nacidos.^{6,7}

En este panorama, los gobiernos de todo el mundo han implementado leyes para brindar atención a esta problemática, pero la tarea no ha sido fácil. En los años 90, la violencia contra las mujeres se constituyó como el centro de atención e interés de organizaciones internacionales. Actualmente es considerada uno de los principales problemas sociales, de derechos humanos y de salud pública a nivel mundial. De acuerdo con lo anterior, diversas investigaciones reportan que entre 10% y 69 % de las mujeres de todo el mundo han indicado que en algún momento de su vida recibieron agresiones físicas por parte de una pareja masculina.^{8,9}

En el año 1999, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) reveló información relacionada con la violencia intrafamiliar en la Ciudad de México, en la cual indicó que uno de cada tres hogares han vivido en ambientes de violencia con situaciones de maltrato emocional, intimidación, abuso físico o sexual. Así, en 14.4% de los hogares en los que ocurrieron actos de violencia se buscó algún tipo de ayuda y en 70.2% se tenía la expectativa de que estos hechos ocurrieran de nuevo.¹⁰

Por su parte, la Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres (ENVIM) 2003, que se realizó

entre usuarias de los servicios de salud, reportó una prevalencia de 33.3% de violencia en mujeres ejercida por parte de su pareja actual.¹¹ Asimismo, en 2011, la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) señaló que 35% de las mexicanas de 15 años o más había experimentado al menos un incidente de violencia en los últimos 12 meses.¹²

En el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), durante el año 2004, 58% de las mujeres indicó haber experimentado violencia al menos una vez en su vida, mientras que 20% afirmó estar en esa situación al momento de la encuesta y 32% la vivía de parte de su pareja con la que habían permanecido muchos años. Además, las usuarias del IMSS reportaron violencia psicológica (18%), física (9%), sexual (7%) y económica (5%).¹³

Lo anterior permite afirmar que las mujeres embarazadas no están exentas de ser agredidas. Al respecto, en diferentes investigaciones se ha estudiado la violencia durante el embarazo; en Estados Unidos de Norteamérica (EE.UU.) 8% de las mujeres manifestó haber experimentado violencia durante el embarazo actual, entre ellas, 87% había vivido abusos con anterioridad.^{14,15} Mientras que en Canadá, 6.6% de las mujeres que han acudido a control prenatal reportaron violencia física durante el embarazo y 11% antes del mismo.^{16,17}

En México se cuenta con información obtenida en 1998, en un estudio realizado en los Servicios de Salud de Morelos, con una prevalencia de 32% de violencia durante el embarazo. Otra investigación, llevada a cabo en tres hospitales públicos de la Ciudad de México, reportó una prevalencia de 7.6% de violencia física y sexual en embarazadas.¹⁸ Lo anterior implica que durante esta etapa las mujeres viven violencia de manera similar a aquellas que no están transitando por este proceso reproductivo.⁴

En el IMSS, 31% de las mujeres reportó abuso psicológico, físico y/o sexual durante el embarazo por parte de su pareja. Los tipos de violencias más frecuentes fueron la psicológica (93.3%), la física (35.8%) y la sexual (8.3%).³ Asimismo, hay una diversidad de factores asociados con la violencia por parte de la pareja, como el consumo de alcohol y drogas, el maltrato en la infancia y la pobreza, entre otros.

Marco conceptual: género

En las décadas de los 60 y 70 surge el concepto de género, con los aportes de las ciencias sociales y de la mano con los movimientos de mujeres por la reivindicación de sus derechos sexuales, reproductivos y sociales. Durante este proceso se han cuestionado los estereotipos que consideran naturales las diferencias culturales entre mujeres y hombres, lo que las ha colocado a ellas en una relación de subordinación y a ellos en situaciones de poder.

Los estereotipos de género posicionan a las mujeres en el papel de madres y cuidadoras de otras personas y a los hombres como proveedores y jefes de familia. En este sentido, el concepto de género se centró inicialmente en distinguirlo del término sexo, definiendo este como las diferencias entre mujeres y hombres por su condición biológica y fisiológica; es decir, por sus características cromosómicas, hormonales, genitales y reproductivas, además de las sexuales que se definen en la pubertad.¹⁹

Por su parte, el género se define como el conjunto de atributos socialesⁱ que se asignan a las personas, según se identifiquen como mujeres u hombres. Estos atributos son socialmente construidos, por lo que cada grupo social le da un sentido diferente a lo que significa “ser mujer” y “ser hombre”. El interés por identificar lo biológico y social en las diferencias entre los sexos y cómo se reproducen situaciones de desigualdad, inequidad y discriminación, ha sido el punto de partida para el desarrollo de este concepto.

La desigualdad de poder en las relaciones de género determina la autonomía de las personas y sus posibilidades de desarrollo y crecimiento. En particular, para las mujeres se observan afectaciones en su bienestar y salud; además, se manifiesta en diversas formas y grados de violencia en su cotidianidad y durante todo el ciclo de vida.²⁰

En el ámbito sanitario, la perspectiva de género permite visibilizar y comprender las diferentes necesidades y expectativas de las mujeres y los hombres sobre el cuidado de la salud. Asimismo, amplía las posibilidades de entender las circunstancias por las cuales acuden unas y otros a los servicios de salud, su respuesta al tratamiento y el apego a las recomendaciones médicas.²¹



Violencia de género

Respecto a este concepto, es indispensable comprenderlo como un componente estructural del sistema de opresión de género. Este tipo de violencia es un problema de salud pública importante y también de derechos humanos. En este sentido, se define como

todo acto de violencia que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción, o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada.²²

Los efectos de la violencia durante el embarazo son físicos, psicológicos y sociales. Las mujeres violentadas desarrollan un cuadro de estrés asociado con depresión, angustia y sentimientos de aislamiento. Además, se ha detectado que los factores de riesgo de homicidio en mujeres maltratadas son mayores durante el embarazo que durante el año previo a este evento.²³

En México, un estudio señala que las mujeres violentadas durante el embarazo enfrentan tres veces más complicaciones durante el parto y posparto inmediato, y cuatro veces más probabilidades de tener hijas e hijos de bajo peso.²⁴ Asimismo, se incrementa la mortalidad materna.

ⁱ Es decir, formas de comportarse, valores, normas, actividades a realizar, recompensas, su lugar en el mundo

A partir de la metodología de autopsias verbalesⁱⁱ, una investigación realizada en nuestro país indica que alrededor de 16% de las muertes maternas están asociadas con la violencia doméstica.²⁶ Debido a las múltiples y graves consecuencias de la violencia de pareja para la sociedad, las mujeres y sus familias, se han organizado acciones que tienen el objetivo de prevenirla, detectarla y orientar a las mujeres que viven este problema, con el fin de otorgar la atención adecuada y oportuna.

A pesar de la importancia del personal de salud en la detección de las mujeres que viven violencia de pareja, se ha reconocido que el objetivo no se logra a cabalidad. En gran parte, esto se debe a que en su formación profesional no han recibido información, sensibilización y capacitación específicas sobre el género en el ámbito de la salud.

En este sentido, un estudio realizado en el IMSS muestra que 90% del personal médico nunca ha recibido capacitación sobre violencia hacia las mujeres.²⁷ De igual forma, la ENVIM 2003 indica que 16% de las y los médicos aceptaron conocer la Norma Oficial Mexicana Sobre Violencia (NOM-190-SSA1-1999).² Además en 2006, 32.7% del personal médico aceptó haber sido convocado a algún curso sobre violencia familiar en los últimos tres años.¹¹ Es importante señalar que en el año 2016 esta norma oficial se modificó en los puntos 6.4.2.7, 6.4.2.8, 6.6.1 y 6.7.2.9, cambiando su denominación a NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención.

En el primer nivel de atención del IMSS existe la categoría administrativa de Enfermera Materno Infantil (EMI), quien tiene un consultorio específico para realizar el control prenatal de las mujeres con embarazo de bajo riesgo.ⁱⁱⁱ La función del personal EMI es el cuidado de la salud de la mujer durante esta etapa, la prevención de complicaciones, la identificación de signos de alarma, así como evitar intervenciones innecesarias y favorecer la satisfacción de la mujer durante el embarazo, a través de una serie de acciones específicas enfocadas hacia la prevención y la educación.

Las enfermeras EMI son claves para la identificación de las mujeres embarazadas que viven violencia, quienes en pocas ocasiones refieren experimentar este tipo de situaciones, por lo que es necesario sensibilizar a este personal de salud para que lleven a cabo actividades de detección de violencia que permitan su identificación temprana y la posibilidad de ofrecer una alternativa de apoyo de manera oportuna.

Con el propósito de mejorar el conocimiento de las EMI sobre el problema de violencia de pareja, así como romper con las barreras de atención, el presente artículo propone conocer la efectividad de una intervención educativa de sensibilización y capacitación técnica dirigida a las EMI adscritas a Unidades de Medicina Familiar (UMF), con el fin de incrementar las actividades de detección de violencia de pareja durante el embarazo. Para lograr lo anterior es fundamental incluir la perspectiva de género como marco de análisis.

Metodología

Para esta investigación se realizó una intervención en enfermeras materno infantil de UMF del IMSS, la cual se desarrolló en el período del 1 de septiembre de 2006 al 31 de agosto de 2007 y consistió en dos sesiones de seis horas cada una, con el fin de sensibilizar al personal EMI y brindarle capacitación técnica para realizar las actividades de detección de violencia de pareja en mujeres embarazadas, además de establecer los mecanismos para la referencia oportuna.

En la intervención se incluyó a todas las EMI de UMF con más de 20 consultorios de la Ciudad de México. Dos meses antes de la intervención se aplicó un cuestionario con el que se obtuvo información sobre las características sociodemográficas, los antecedentes personales de violencia en la infancia y de pareja, el estado emocional y la presencia de estrés ocupacional, en este último caso a través del test de Maslach Burnout (MBI-GS).²⁸ Además, se identificó el grado de sensibilización (actitud afectiva) y capacidad

ⁱⁱ La autopsia verbal es una metodología para reconstruir la historia y el camino recorrido por una persona desde que enferma hasta que fallece. Ha sido utilizada para describir las causas de las muertes maternas, infantiles y de adultos por patologías infecciosas en países donde los registros son deficientes y las causas del fallecimiento suelen estar mal consignadas. Se basan en entrevistas a la familia y a miembros de la comunidad que observaron incidentes relacionados con la muerte y podría ser la única información disponible, especialmente en el caso de las mujeres que tienen el parto en sus hogares.²⁵

ⁱⁱⁱ En esta categoría hay enfermeras y enfermeros; sin embargo, la presencia de las primeras es abrumadoramente mayor, por lo que en este artículo se utilizara "enfermera EMI" para referirse a este personal, reconociendo que hay hombres que realizan esta labor.

técnica del personal EMI para realizar actividades de detección de violencia de pareja en mujeres embarazadas.

Antes de la intervención también se entrevistó a seis usuarias de los servicios de salud por cada EMI y otras seis mujeres en una etapa posterior. El cuestionario se aplicó al salir de la consulta con la EMI y se obtuvo información sobre las características sociodemográficas de las usuarias, si la enfermera le interrogó acerca de la presencia de violencia, si recibió información sobre el problema de violencia de pareja y si le hicieron saber sobre los sitios a los que puede acudir para recibir apoyo, en caso de vivir una situación como las descritas.

Resultados

Las edades del personal EMI se encontraron entre los 37 y los 57 años, la mediana fue de 47 años, 87.5% eran enfermeras especialistas y 12% eran licenciadas en Enfermería, con una mediana de cinco años de antigüedad en el servicio y 62% refirió tener capacitación para dar atención prenatal. Entre las 16 EMI, cinco señalaron haber recibido formación sobre violencia de pareja. Además, 69.23% de las entrevistadas indicó haber experimentado esta forma de violencia en algún momento de su vida (cuadro 1).

Cuadro 1. Características sociodemográficas del personal EMI de UMF

	n = 16 Frecuencias (%)
Edad mediana (rango)	
Años	47 (37-57)
Grado académico	
Licenciada en Enfermería	3 (12.50)
Enfermera especialista	14 (87.50)
Antigüedad en el servicio de EMI Mediana (rango)	
Años	5 (1-20)
Capacitación sobre la atención prenatal	
Sí	10 (62.50)
Estado civil	
Casadas o en unión libre	8 (50.00)
Divorciadas	3 (18.75)
Solteras	5 (31.24)
Tiene pareja	
Sí	12 (75.00)
Capacitación previa sobre violencia de pareja	
Sí	5 (31.5)
Antecedentes personales de violencia en la infancia	
Sí	12 (75.00)
Antecedentes personales de violencia de pareja	
Sí	9 (69.23)

Fuente: elaboración propia.

Con relación al Síndrome de Estrés Laboral Crónico, 12.5% de las EMI presentaba cansancio emocional medio y ninguna presentaba cansancio emocional alto ni despersonalización. Solo dos enfermeras manifestaron realización personal alta (12.5%) (cuadro 2).

Cuadro 2. Características de Síndrome de estrés laboral crónico en las EMI de UMF

	n = 16 Frecuencias (%)
Cansancio emocional	
Baja	14 (87.50)
Media	2 (12.50)
Alta	0
Despersonalización	
Baja	14 (87.50)
Media	2 (12.50)
Alta	0
Realización personal	
Baja	13 (81.25)
Media	1 (6.25)

Fuente: elaboración propia.

De esta forma, en la medición basal y la final no se encontraron diferencias significativas en las características sociodemográficas de las mujeres. La media de edad de las entrevistadas fue de 27 años, con una media de escolaridad de 11 años de estudios. Alrededor de 80% era casada o estaba en unión libre, 50% refirió tener un trabajo formal y 5% continuaba estudiando. En la medición basal, para 30.12% era su primera consulta con la EMI y en esa situación se encontraba 18.18% de las usuarias en la medición final. La mayoría cursaba el tercer trimestre del embarazo y entre 1 y 3% transitaba por el primero (cuadro 3).

Cuadro 3. Características de las mujeres embarazadas que acuden a atención prenatal con EMI antes y después de la intervención.

	Basal n = 83 Frecuencias (%)	Final n = 88 Frecuencias (%)	Valor de P
Edad Media (DS)			
Años	26.8 (5.06)	26.9 (4.61)	0.907**
Escolaridad Media (DS)			
Años	11.78 (2.97)	11.38 (2.92)	0.381**
Estado civil			
Casadas	53 (63.86)	58 (65.91)	0.535*
Unión libre	14 (16.87)	17 (19.32)	
Divorciadas	0 (0)	1 (1.14)	
Solteras	16 (19.28)	11 (12.50)	
Viudas	0 (0)	1 (1.14)	
Ocupación			
Trabajo remunerado formal	41 (49.40)	45 (51.1)	0.594*
Hogar	37 (44.58)	35 (39.77)	
Estudiante	4 (4.82)	4 (4.55)	
Trabajo remunerado informal	1 (1.20)	4 (4.55s)	
Número de consultas con EMI			
Primera consulta	25 (30.12)	16 (18.18)	0.454***
Una a tres consultas	27 (32.53)	37 (42.05)	
Más de tres consultas	31 (37.35)	35 (39.77)	
Trimestre de embarazo			
Primer trimestre	1 (1.20)	3 (3.41)	0.495***
Segundo trimestre	25 (30.12)	23 (26.14)	
Tercer semestre	57 (68.67)	62 (70.45)	
Violencia de pareja			
Si refieren sufrir o haber sufrido de violencia física	2 (2.41)	7 (7.95)	0.170*

Fuente: elaboración propia.

* Fisher

** T de Student

*** U. de Mann Whitney

Con relación al conocimiento de las EMI sobre violencia de pareja, antes y después de la intervención, los resultados obtenidos muestran un ligero incremento respecto a los tipos y el ciclo de la violencia. Así, se detectó un aumento en el conocimiento de las mujeres respecto a las consecuencias de la violencia (p 0.072), aunque no fue significativo en cuanto a las consecuencias en la o el bebé.

De esta forma, en la medición basal, 25% de las EMI refirió estar al tanto del contenido de la NOM en la materia; mientras que en la final 68.75% indicó conocerla (p 0.013). Los resultados revelan que después de la intervención incrementó el uso del cuestionario para identificar violencia de pareja [0 vs 43.75%(p 0.007)]. Sin embargo, no hubo diferencias significativas entre la medición basal y la final en relación con el conocimiento de las EMI sobre las acciones a emprender en el caso de identificar a una mujer que vive violencia de pareja (cuadro 4).

Cuadro 4. Conocimientos de la EMI sobre el problema de violencia antes y después de la intervención

	Basal n = 16 Frecuencias (%)	Final n = 16 Frecuencias (%)	Valor de P
Tipos de violencia	4 (25.00)	6 (37.50)	0.446*
Ciclo de la violencia	0	0	
Consecuencias en las mujeres embarazadas	7 (43.75)	12(75.00)	0.072*
Consecuencias en sus bebés	8 (50.00)	9 (56.25)	0.723*
Conoce las leyes	0	0	
Sabe que existe la NOM	12 (75.00)	16 (100)	0.101*
Conoce la NOM	4 (25.00)	11 (68.75)	0.013*
Utiliza cuestionario	0	7 (43.75)	0.007**
Sabe qué hacer	12 (75.00)	16 (100)	0.101*
Conoce centros de apoyo	6 (37.50)	9 (56.25)	0.288**

Fuente: elaboración propia

* Chi²

** Fisher

*** U. de Mann Whitney

Antes de la intervención, las EMI solo realizaron actividades de detección de violencia de pareja en cinco de las 83 mujeres (6.02%) y después de la intervención hubo un incremento a 16 de 88 entrevistadas (18.18%) (p0.013) (cuadro 5).

Cuadro 5. Actividades de detección de violencia de pareja que realizaron las EMI antes y después de la intervención

	Basal n = 83 Frecuencias (%)	Final n = 88 Frecuencias (%)	Valor de P*
No realizaron actividades de detección	78 (93.98)	72 (81.82)	0.013
Sí realizaron actividades de detección	5 (6.02)	16 (18.18)	

Fuente: elaboración propia.

* Fisher



Discusión

Los servicios de salud se enfrentan con el reto de identificar a las mujeres que viven violencia de pareja y en particular detectar a quienes la experimentan cuando están embarazadas. Para el personal de salud es complicado identificarlas, pues este problema social tiene grandes implicaciones socioculturales en las que ellas y ellos también pueden estar involucrados.

En este estudio encontramos que la mayoría de las EMI (69.23%) habían vivido violencia de pareja en algún momento, dato similar al reportado en un estudio realizado con personal de salud de Morelos, en el que 42.3% había experimentado

algún tipo de situación similar.²⁹ Esto podría influir en la capacidad de las EMI para realizar actividades de detección de violencia de pareja.

Entre las entrevistadas, la prevalencia de violencia de pareja en la etapa de embarazo es de 5.26%, porcentaje menor al reportado por la División de Estadística e Informática del IMSS, que indica 9.6% entre las usuarias de esta institución.

Lo anterior se debe a que utilizamos una pregunta directa durante la consulta habitual de la EMI, para identificar si vivían alguna situación de violencia por parte de su pareja, antes o durante el embarazo, pero sin utilizar un cuestionario validado para dicho fin. Sin embargo, los resultados son similares a los reportados por Olavarrieta: 7.6%.¹⁰

Cabe retomar el objetivo planteado para esta investigación: incrementar las actividades de las EMI en la detección de la violencia que pudieran vivir las mujeres embarazadas, el cual se logró, pues se observó un aumento de 6.02% a 18.18%, con un valor de p de 0.013.

En comparación con otros estudios, como el de Wiist WH³⁰ que incrementó sus actividades de detección de 0 a 80%, nuestro logro fue menor, pero hay que tomar en cuenta que en dicha investigación el objetivo final fue el aumento de la detección de mujeres embarazadas que vivían violencia y su objetivo intermedio se enfocó en las actividades. Además, el proceso fue muy supervisado y contaban con especialistas en el tema, quienes apoyaban al personal de salud en la realización de las tareas. Por nuestra parte, las actividades fueron el resultado principal.

Entre las limitaciones del estudio está no haber podido contar con un grupo control, por lo que los factores asociados con la temporalidad pudieron haber influido en la realización de actividades de detección de violencia por parte de las EMI. Además, se debe entender que para un porcentaje importante de las entrevistadas era su primera consulta con la EMI, quien tenía otras prioridades en ese momento, por lo que se considera que las actividades de detección de violencia de pareja comenzaron a realizarlas a partir de la segunda consulta de control prenatal.

De esta forma, existen diversos factores que intervinieron en la detección de violencia de pareja por parte del personal de salud y en especial de la EMI, por ser en su mayoría personal femenino. Cabe mencionar que la profesión de enfermera ha sido considerada como área de apoyo en el cuidado de la salud y regida por las indicaciones del personal médico, donde las diferencias de

género han estado permeadas por las relaciones del poder hegemónico.

Finalmente, es importante destacar que el incremento en el conocimiento de las EMI no se relacionó con los conceptos de violencia de pareja, sino con las habilidades y recursos que se requieren para identificar a las mujeres que viven esa situación. Así, otra limitante del estudio es no haber podido controlar todos estos factores que pudieron haber intervenido en los resultados, pero es evidente un cambio de actitud y de comportamiento entre las EMI que participaron en la investigación.

Un aspecto que se debe mencionar con relación a la respuesta de las EMI para identificar y detectar violencia en las mujeres con embarazo es su propia experiencia respecto a la temática, lo que puede ser un elemento facilitador a considerar en cualquier protocolo de atención y detección de la misma. Sin embargo, en algunos casos dicha experiencia puede ser un factor que influye al considerar que es un asunto que pertenece al ámbito privado, lo que propicia que las EMI sean más sensibles a cualquier manifestación que presenten las mujeres con embarazo durante su control prenatal.

Consideraciones finales

Los resultados de este estudio deben servir como punto de partida para incorporar acciones específicas en la atención prenatal, encaminadas a la identificación y detección de violencia antes, durante y después del embarazo.

El hecho de que la mayor parte del personal de enfermería sean mujeres, pudo ser un factor que facilitara la identificación del problema, sobre todo cuando alguna de las EMI vivió una experiencia similar.

En este sentido, un objetivo que debe buscarse en cualquier programa encaminado a la capacitación y orientación sobre el problema de la violencia en las mujeres es la sensibilización de las EMI sobre las formas de enfrentar el problema con empatía y responsabilidad. Además, los programas de sensibilización sobre los distintos tipos de violencia deben incorporar la perspectiva de género como marco conceptual para su cabal comprensión.



1. Ellsberg M, Heise L, Pena R, Agurto S, Winkvist A. Researching domestic violence against women: methodological and ethical considerations. *Stud Fam Plann*, 2001 Mar;32(1):1-16.
2. Instituto Nacional de Salud Pública y Secretaría de Salud. Encuesta Nacional sobre Violencia contra las mujeres 2003. México: INSP-SSA, 2003.
3. Doubova S, Pámanes V, Billings D, Torres-Arreola L. Violencia de pareja en mujeres embarazadas en la Ciudad de México. *Rev Saúde Pública*, 2007;41(4):582-90.
4. Castro R, Ruiz A. Prevalence and severity of domestic violence among pregnant women, Mexico. *Rev Saúde Pública*, 2004 Feb; 38(1):62-70.
5. McFarlane J, Parker B, Soeken K. Abuse during pregnancy: Association with pregnant health and infant birth weight. *Nursing research*, 1996;45(1):37-42.
6. Bayatpour M, Wells RD, Holford S.. Physical and sexual abuse as predictors of substance use and suicide among pregnant teenagers. *Journal of adolescent health Mar*, 1992; 13(2):128-132.
7. Parker B, et al. Abuse during pregnancy: effects on maternal complications and birth weight in adults and teenage women. *Obstetrics and gynecology*, 1994; 84(3):323-8.
8. Ellsberg M, Heise L, Pena R, Agurto S, Winkvist A. Researching domestic violence against women: methodological and ethical considerations. *Stud Fam Plann*, 2001 Mar;32(1):1-16.
9. Heise L, Ellsberg M, Gottemoller M. Ending violence against women. Baltimore: Johns Hopkins University School of public health, Population information program, 1999; (populations reports, series L, No. 11).
10. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Encuesta sobre Violencia Intrafamiliar, 1999. México, D.F.: INEGI, 1999 [Consultada 6 marzo 2016]. Disponible en <http://bdsocial.inmujeres.gob.mx/index.php/envif-138/encuesta-nacional-sobre-violencia-intrafamiliar>
11. Olaiz G, Uribe P, Del Río A. Encuesta Nacional sobre Violencia contra las mujeres. México, D.F.: CNEGSR, 2009.
12. Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares [base de datos en Internet]. México, D.F.: INEGI. C2011, [consultada 6 marzo 2016] 2011. Disponible en <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/encuestas/hogares/especiales/endireh/endireh2011/default.aspx>
13. División técnica de Información Estadística en Salud. El IMSS en cifras: La violencia contra las mujeres derechohabientes. *Revista Médica del IMSS*, 2004;42(6):525-30.
14. Helton AS, McFarlane J, Anderson ET. Battered and Pregnant: A Prevalence Study. *American Journal of Public Health*, 1987;77(10): 1337-9.
15. Agrawal A, Ickovics J, Lesis JB, Magriples U, Kershaw TS, Postpartum Intimate Partner Violence and Health Risks Among Young Mothers in the United States: A Prospective Study. *Maternal Child Health J*. 2014 October;18(8):1985-92.
16. Stewart DE, Cecutti A. Physical abuse in pregnancy. *CMAJ*, 1993;149(9):1257-63.
17. Daoud Nihaya, Urquia ML, O'Campo Patricia, Heaman Maureen, Janssen Patricia, Smylie Janet, et al. Prevalence of Abuse and Violence before, during, and after Pregnancy in a National Sample of Canadian Women. *Am J Public Health*. 2012;102:1893-901.doi:10.2105/AJPH.2012.300843.
18. Díaz-Olavarrieta C, Paz F, Abuabara K, Martínez Ayala HB, Kolstad K, Palermo T. Abuse during pregnancy in Mexico City. *Internacional Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2007;97:57-64.
19. Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. Política de Igualdad de Género. [libro en Internet]. Washington, DC: OPS/OMS; 2009. Disponible en http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/OPS_politica%20de%20igualdad%20de%20genero.pdf
20. Liendro Zignoni E. Género y Salud. Una introducción para tomadores de decisiones. México, D.F.: CNEGSR; 2005.
21. Gómez Gómez E. Equidad, género y salud: la visión de la Organización Panamericana de la Salud. En: López P, Rico B, Langer A. (Compiladoras). Género y Política en Salud. México, D.F. Secretaria de Salud; 2003.
22. Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas. Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. Nueva York: ONU; 1993.
23. Valdez-Santiago R, Sanin-Aguirre LH. Domestic violence during pregnancy and its relationship with birth weight. *Salud Publica Mex*, 1996 Sep-Oct;38(5):352-62.
24. De Castro F, Place JM, Hinojosa N, Billings D. Violencia de pareja durante el embarazo y depresión postnatal: prevalencia y asociación en mujeres mexicanas. *Género y salud en cifras 2014*;12(3):13-22
25. Sloan N, Langer A, Hernandez B, Romero M, Winikoff B. The etiology of maternal mortality in developing countries: what do verbal autopsies tell us?. *Bull. World Health Organ*. 2001;79(9):805-10.
26. Comité promotor de una maternidad sin riesgos. Boletín semestral No. 9. México, D.F.: CPMSR; 1999.
27. Mendez-Hernandez P, Valdez-Santiago R, Viniegra-Velazquez L, Rivera-Rivera L, Salmeron-Castro J. Violencia contra la mujer: conocimiento y actitud del personal médico del Instituto Mexicano del Seguro Social. *Salud Publica de México*, 2003;5:472-82.
28. Gil-Monte PR. Validez Factorial de la adaptación al español del Maslach Burnout Inventory-General Survey. *Salud Pública de México*, 2002 enero-febrero;44(1):33-40.
29. Ortega-Ceballos PA, Mugdal J, Flores Y, Rivera-Rivera L, Díaz Montiel JC, Salmerón J. Determinantes de violencia de pareja en trabajadoras del IMSS Morelos. *Salud Publica Mex* 2007;49:357-66.
30. Wiist WH, McFarlane, J. The effectiveness of an abuse Assessment protocol in Public Health Prenatal Clinics. *American Public Health Association*, 1999;89(8):1217-21.