

Artículo de revisión

Recomendaciones para la detección precoz de la violencia en el embarazo

Recommendations for the early detection of violence during pregnancy

M.^a Casilda Velasco Juez

Matrona. Hospital «Virgen de las Nieves». Granada. Profesora asociada de la Universidad de Granada

RESUMEN

Introducción: La violencia durante el embarazo se considera un problema de salud pública, que puede tener graves consecuencias en la mujer embarazada y en el bebé que está esperando.

Objetivos: Ofrecer recomendaciones que ayuden a los profesionales sanitarios a identificar la violencia durante el embarazo.

Metodología: Revisión bibliográfica a partir de bases de datos en español y en inglés. Consulta en las páginas web de organismos oficiales y de asociaciones profesionales de la salud.

Recomendaciones: Realizar un cribado sistemático, al menos una vez por trimestre, entre las mujeres gestantes durante el embarazo y el posparto. Los profesionales sanitarios deben tener una formación específica en esta materia de cara a organizar cuidados de salud y aumentar las competencias para la detección de los casos.

Palabras clave: maltrato conyugal, violencia, embarazo, salud de las mujeres.

ABSTRACT

Introduction: Violence during pregnancy is considered as a public health problem, which may have serious consequences for the pregnant woman and the baby she is expecting.

Objectives: To offer recommendations that help health care professionals to identify violence during pregnancy.

Methodology: Bibliographic review based on data bases in Spanish and in English. Consultation on the web pages of official organisations and associations of health care professionals.

Recommendations: The systematic screening, at least once every three months, of pregnant women during the pregnancy and the postpartum period. Health care professionals must be specifically trained in this area in order to organise health care and to increase the competencies for the detection of the cases.

Keywords: spouse abuse, violence, pregnancy, women's health

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que una de cada cinco mujeres en el mundo ha sido maltratada física o sexualmente por uno o varios hombres en algún momento de su vida; la mayor parte de estos abusos son realizados por la pareja de la mujer o por un hombre cercano a ella. Consciente de las dimensiones del problema y la cantidad de personas a las que afecta, la OMS considera la violencia de género como una epidemia¹.

En todo el mundo, se ha calculado que la violencia contra la mujer es una causa de muerte e incapacidad entre las de edad reproductiva tan grave como el cáncer, y que además constituye un problema de salud mayor que los accidentes de tráfico y la malaria combinados².

Estudios realizados durante los años ochenta y noventa en países industrializados cifran el número de mujeres maltratadas en un 18% en Noruega, un 21% en Suiza, un 30% en el Reino Unido, un 22% en Estados Unidos

y un 29% en Canadá³. El Consejo de Europa, en su informe *Estudios sobre las medidas y acciones adoptadas por los Estados miembros del Consejo de Europa*, recoge que el 20-25% de las mujeres de la Unión Europea ha sufrido algún tipo de violencia física a lo largo de su vida, y que más de un 10% ha sufrido una agresión sexual. Estas cifras se elevan hasta el 45% si incluimos el acoso⁴.

En España, según una gran encuesta llevada a cabo por el Instituto de la Mujer, las mujeres que en 2006 estaban en situación objetiva de violencia familiar eran el 9,6%, aunque solamente un 3,6% de ellas consideraban que sufrían maltrato por parte de su pareja⁵. Estos datos revelan la magnitud del problema y reflejan que la violencia contra las mujeres ocurre en todas las clases sociales y en todos los países del mundo, y que no es algo alejado de nuestro entorno.

La prevalencia del maltrato durante el embarazo depende de la población de estudio y de la metodología

Correspondencia:

M.^a Casilda Velasco Juez

Correo electrónico: mcasilda.velascojuez@gmail.com

Velasco Juez MC. Recomendaciones para la detección precoz de la violencia en el embarazo. *Matronas Prof.* 2008; 9 (3): 32-37

utilizada. Estudios realizados en Estados Unidos y Canadá muestran una prevalencia que puede oscilar entre el 9 y el 20,1%⁶, dependiendo del tipo y la edad de la población estudiada. Pero, según estudios de los últimos años que efectúan un tipo de investigación similar, las mujeres que refieren haber experimentado violencia durante el embarazo se sitúan entre el 4 y el 8%⁷.

Un artículo publicado en España en 2004 indica una prevalencia del 7% en la población estudiada⁸. En estos estudios no se tienen en cuenta las mujeres cuyo embarazo no ha terminado en un parto, se descartan todos los casos de aborto espontáneo o de interrupciones voluntarias del embarazo (IVE)^{6,9}. Entre las mujeres que llevaron a cabo una IVE, el maltrato había sido del 39,5%⁶; en esas interrupciones también habría podido influir el maltrato recibido durante las primeras semanas de embarazo^{10,11}. El problema es de tal magnitud que la violencia durante el embarazo es más frecuente que la diabetes gestacional, los defectos de tubo neural o la preeclampsia^{12,13}.

La violencia contra las mujeres¹⁴ se debe a las desigualdades existentes entre ambos sexos. Este desequilibrio del poder justifica los roles adscritos a hombres y mujeres en función de su género, una discriminación que, en muchos casos, existe desde el nacimiento. También está relacionado con el papel que la mujer tiene en la sociedad, la importancia que se da a su rol y los trabajos que realiza, sea en la esfera pública o en la privada. La violencia que se ejerce dentro de la pareja pretende, sobre todo, ejercer poder y control sobre la víctima; podemos considerarla como un fenómeno en el que influyen varios factores, personales, socioculturales y situacionales, pero teniendo siempre como base las desigualdades de género¹⁵.

Factores de riesgo en el embarazo

- Ser madre adolescente, sobre todo entre los 13 y 17 años^{16,17}. En muchos casos, los embarazos de estas madres adolescentes han sido fruto de un acto de violencia. El embarazo en adolescentes requiere programas de educación sexual y atención específica para estas jóvenes; por parte de los profesionales sanitarios, se necesita una especial sensibilidad para poder tratar el problema de la violencia²¹.
- Embarazo no deseado. Puede llegar a ser hasta cuatro veces más probable la violencia doméstica en un embarazo no deseado; el propio embarazo puede ser resultado de la violencia que ha sufrido la mujer, una violación^{11,18}, y en otros casos puede ser fruto de no haber podido usar anticonceptivos¹⁹.
- Insuficiente control del embarazo. Puede ocurrir que el maltratador no permita a la mujer acudir a sus con-

sultas de control de embarazo, y que ella nos diga que ha sido un olvido cuando le preguntemos el motivo de no haber acudido a la cita^{20,21}.

- Consumo de alcohol y otras drogas. Suelen ser mujeres que consumen drogas, alcohol o que son fumadoras²¹⁻²³, y que en lugar de disminuir el consumo durante el embarazo, lo aumentan. El maltrato durante el embarazo también está muy vinculado con el consumo de drogas y alcohol por parte de la pareja^{24,25}.
- Apoyo social deficiente. Se ha observado una relación entre el maltrato durante el embarazo y una situación social²⁶ y económica^{27,28} desfavorable; existen una mala integración social²⁹ y estereotipos de género muy marcados. Todas estas características no son muy diferentes del maltrato en general, aunque quizá se detectan más porque son mujeres que acuden con más frecuencia a los servicios sanitarios y sociales¹³.
- Mayor número de infecciones de transmisión sexual (infección de transmisión sexual, virus de la inmunodeficiencia humana [VIH], sida). Las mujeres seropositivas tienen más riesgo de ser maltratadas^{13,30}.

Efectos de la violencia durante el embarazo

Consecuencias para la mujer

La mujer embarazada y agredida por su pareja tiene mayor riesgo de sufrir estrés, depresión y abuso de drogas, alcohol y tabaco³¹. Por otra parte, las mujeres que sufren violencia durante su embarazo pueden presentar más infecciones, como corioamnionitis³⁰ e infecciones del tracto urinario³², mala alimentación^{33,34}, anemia y metrorragias³⁵, lo que va a repercutir en la evolución de su embarazo y en el desarrollo del feto.

Las mujeres maltratadas acuden más a los centros sanitarios y son hospitalizadas en el periodo prenatal sin una causa relacionada con una patología del embarazo. Puede producirse pérdida de interés de la madre hacia su salud y la de su hijo, tanto durante el embarazo como después del parto³⁶.

Consecuencias para el feto

Por una parte, están las que le afectan directamente: aborto espontáneo³⁷ o interrupción voluntaria del embarazo^{6,38}, magulladuras del feto⁷ o muerte por trauma materno³⁹. Las consecuencias indirectas son: amenaza de parto prematuro⁴⁰⁻⁴², bajo peso al nacer^{28,43-45} e ingresos del recién nacido en los servicios de pediatría⁴⁶.

Las consecuencias psicológicas a largo plazo de la violencia durante el embarazo o el posparto pueden concretarse en un efecto perjudicial sobre el desarrollo psicológico y físico del niño (bajo peso⁴⁷, mayor riesgo de morir antes de los 5 años⁴⁸, comportamientos más violentos durante la infancia y adolescencia²⁰), quien, por

otra parte, probablemente será testigo de violencia doméstica tras su nacimiento. El hombre que golpea a su compañera es posible que también lo haga a sus hijos⁴⁹ y a otros miembros de la familia. Un niño que ha sufrido violencia en la infancia padecerá secuelas en su vida de adulto y tendrá una mayor probabilidad de abuso de tóxicos, depresión, mal rendimiento escolar, relaciones sexuales de riesgo, etc.⁵⁰.

En nuestro país, existen guías y protocolos para detectar la violencia de género⁵¹. Las características y peculiaridades que presenta la violencia durante el embarazo hacen necesario disponer de instrumentos específicos para su identificación y tratamiento. Por ello, y ante la frecuencia y las consecuencias de este tipo de maltrato, nos hemos planteado como objetivos elaborar una serie de recomendaciones para la identificación de la violencia durante este periodo, conocer los recursos disponibles para una correcta atención e información, así como promover una concienciación sobre la necesidad de formación específica de los profesionales sanitarios en estos temas de cara a una correcta atención de las mujeres maltratadas.

METODOLOGÍA

Hemos efectuado una revisión bibliográfica de algunas bases de datos, en español (Cuiden Plus y Scielo) y en inglés (Pubmed y Cinhal) desde 1980 hasta 2007, con las palabras «violencia y embarazo» y «violence and pregnancy». Fueron eliminados los artículos de países muy diferentes culturalmente al nuestro (los de África y Asia). También fueron consultadas páginas web de organismos oficiales, asociaciones de profesionales de la salud, revisión de protocolos y guías sobre el tema.

RECOMENDACIONES

El embarazo es un periodo único para realizar esfuerzos en la intervención y la prevención del maltrato, ya que muchas mujeres aumentan sus contactos con los servicios de salud. La matrona, por su contacto más directo con las mujeres tanto durante el embarazo como en el posparto, tiene un papel crucial en la realización de un cribado sistemático en la consulta prenatal^{28,31,32,42,46,49}.

Cuando las mujeres acuden a los centros sanitarios, no suelen mencionar la violencia a menos que se les pregunte directamente; la sufren en silencio, no tienen en quien confiar, y únicamente se identifican los casos que son muy visibles y sólo el maltrato físico³¹.

Las consecuencias son tan importantes que nos parece del todo necesario incluir su detección/cribado como una parte integrante del programa de control y seguimiento del embarazo³⁰.

Cuándo preguntar

Cuando se les pregunta a los profesionales de salud por qué no trabajan el problema del maltrato, su respuesta suele ser la falta de tiempo, el miedo a ofender, la percepción de que no podrán resolver el problema. Es fundamental que los profesionales aprendan a superar estas barreras. La formación continuada puede ayudar a organizar cuidados de salud y mejorar las competencias individuales para aumentar la detección de los casos de violencia. Todos los profesionales sanitarios en contacto con mujeres requieren de una mayor preparación para afrontar este problema^{27,32,52,53}.

De acuerdo con el protocolo de la Asociación de Ginecólogos y Obstetras Americanos⁷, es necesario efectuar una búsqueda activa. Por ello, debemos preguntar a cada paciente en la primera visita prenatal y al menos una vez por trimestre; asimismo, tiene que realizarse un cribado en la visita puerperal y en las visitas ginecológicas y de planificación familiar de rutina. Hay que asumir que todas las pacientes están en riesgo de sufrir violencia.

Componentes del cribado

Revisión de la historia clínica

Las mujeres que han sido maltratadas o lo son actualmente suelen hacer repetidas visitas al centro de salud, en muchos casos sin una patología específica. A veces, presentan dolores crónicos pélvicos, vaginitis, etc. Podemos encontrarnos con las siguientes situaciones: consultas previas por maltrato, historia de abusos o acoso, historia de depresión, uso de sustancias tóxicas, ansiedad, intentos de suicidio, etc. Por ello, es esencial el cribado sistemático en todas las gestantes a intervalos regulares.

Observación del comportamiento de la mujer

Es fundamental la observación de la mujer durante la visita a nuestra consulta. Puede mostrar signos de una posible intimidación por parte de su pareja. Puede manifestar desconfianza hacia nosotros en la conversación, ya sea por miedo, temor o vergüenza asociados con el abuso y la posibilidad de que podamos detectarlo. También es posible que presente síntomas de depresión o ansiedad. Los casos graves pueden caracterizarse por síntomas de estrés postraumático y disociación.

Observación del comportamiento de la pareja

Durante la consulta, la pareja se muestra demasiado solícita; cuando preguntamos algo a la mujer es él quien responde, nunca deja sola a la mujer y, si pedimos que sea ella la que responda, él controla sus respuestas. Se muestra hostil hacia nuestras preguntas.

Preguntar directamente realizando una escucha activa, amablemente y sin juzgar

La entrevista a la mujer ha de realizarse siempre en privado; no debemos permitir la presencia de ninguna persona, ni del esposo o pareja (él es la clave de la violencia que pueda sufrir la mujer) ni de ningún otro familiar o acompañante. Es especialmente importante no utilizar a la familia o a los amigos para que interpreten las respuestas a las preguntas que le hagamos a la gestante. Si esto no es posible, no debemos preguntar sobre el maltrato. Tenemos que asegurar la confidencialidad de lo que nos diga y, ante su respuesta, ofrecerle alternativas y posibles soluciones, así como mostrar siempre un gran respeto hacia las decisiones que ella tome, sean de nuestro agrado o no. La pregunta ha de ser directa, y cada profesional debe encontrar y el momento adecuado y el modo de formularla y adaptarla a la mujer a la que se le realiza.

Un ejemplo de cómo hacer la pregunta introductoria puede ser el siguiente: «La violencia es un problema para muchas mujeres y tiene un efecto sobre la salud y el bienestar. Yo pregunto a todas las mujeres sobre ello». La manera de realizar las preguntas y nuestra actitud ante ellas abre la posibilidad de continuar la comunicación con la mujer; aunque en un principio nos diga que no, habremos dejado una puerta abierta por si más tarde quiere acudir al profesional. Es más efectivo formular las preguntas cara a cara que por medio de un cuestionario escrito. Se puede apoyar a la mujer diciendo:

- «No es culpa tuya», ya que muchas mujeres se sienten responsables del maltrato o abuso.
- «Tú no mereces ser maltratada.»
- «Siento mucho que te esté haciendo daño.»
- «¿Quieres hablar de ello?»
- «Tienes que saber que hay ayudas a tu disposición.»
- «Me siento implicada en tu ayuda y en la de tus hijos.»

No debemos hacer preguntas o afirmaciones como las siguientes:

- «¿Por qué no te vas de casa?»
- «¿Qué le ha hecho para que se enfade?»
- «¿Por qué vuelves con él?»
- «A mí nunca me pasaría algo así.»
- «¿Tú le has dicho algo para que se enfade tanto?»
- «Vuelve a tu casa, seguro que se le pasa.»

Existen varios cuestionarios validados para identificar el maltrato en este periodo, entre ellos el cuestionario Abuse Assessment Screen, muy utilizado en Estados Unidos y los países anglosajones y que cuenta con estudios de validez⁵⁴. Se trata de un documento en español realizado por Nursing Network on Violence Against Women,

International. La versión traducida al castellano se encuentra disponible en Internet (Abuse Assessment Tool, <http://www.nnvawi.org/assessment.htm>). En el cuestionario se han introducido modificaciones lingüísticas para adaptarlo al castellano que se habla en España (tabla 1).

Registrar las respuestas de la mujer en su historia clínica

De esta manera, queda constancia de que hemos abordado el tema en cuestión y todo el equipo al que acuda la mujer está al corriente de su situación. Si hay maltrato físico, ha de dejarse constancia escrita de las lesiones que se presentan y debe seguirse el protocolo que existe en el centro para estos casos. Hay que proporcionar direcciones de centros de acogida, servicios sociales, información para realizar las denuncias a la policía y sobre cómo contactar con los grupos de apoyo, asociaciones y servicios de información. Es obligación del profesional sanitario realizar un comunicado judicial conforme se han detectado maltratos.

Información sobre recursos disponibles

El centro de salud o el hospital debe tener a disposición todos los elementos necesarios, materiales y de personal, para ofrecer una atención correcta, así como poner a disposición de la mujer todos los recursos disponibles. Entre estos recursos debemos tener en cuenta los otros profesionales del centro sanitario a los que se puede derivar a la mujer que necesita ayuda. Los trabajadores sociales del centro serán los primeros en ser informados; si las lesiones que sufre la mujer necesitan ir acompañadas de un informe forense, seguiremos los pasos indicados en el protocolo o guía de nuestro centro.

También existen otros recursos que pueden ser útiles para la mujer en España:

- *Servicio telefónico de información y asesoramiento de las víctimas de violencia de género*: 016. En el caso de que se trate de mujeres con discapacidad auditiva, existe un teléfono específico: 900 116 016.
- *Servicio telefónico de emergencia 24 horas*: 112.
- *Instituto de la Mujer*. Ofrecen información, asesoramiento jurídico y atención a las mujeres víctimas de malos tratos o de agresiones sexuales.
- *Centros Municipales de Información a la Mujer (CIM)*. Existen en muchas comunidades autónomas y su función prioritaria es ofrecer información y asesoramiento a las mujeres en caso de discriminación por razón de género. También realizan programas específicos de desarrollo personal, educativo y de salud, de orientación profesional y laboral.
- *Centros de acogida para las mujeres víctimas de malos tratos*. Son centros para atender de forma temporal a

Tabla 1. Cuestionario sobre maltrato

1. ¿Ha sufrido abusos físicos o psicológicos por su pareja o por alguien cercano a usted?

Sí _____ No _____

2. Durante el último año, ¿le han pegado, empujado, dado puñetazos o patadas, le han hecho daño físicamente o de alguna otra manera?

Sí _____ No _____

Si ha respondido sí, ¿quién?

1. Marido. 2. Ex marido. 3. Novio. 4. Ex novio. 5. Desconocido. 6. Otro (*especificar*) _____

¿Cuántas veces? _____

3. Desde que está embarazada, ¿le han pegado, empujado, dado puñetazos o patadas, le han hecho daño físicamente o de alguna otra manera?

Sí _____ No _____

Si ha respondido sí, ¿quién?

1. Marido. 2. Ex marido. 3. Novio. 4. Ex novio. 5. Desconocido. 6. Otro (*especificar*) _____

¿Cuántas veces? _____

4. Durante el último año, ¿fue forzada a tener relaciones sexuales?

Sí _____ No _____

Si ha respondido sí, ¿quién?

1. Marido. 2. Ex marido. 3. Novio. 4. Ex novio. 5. Desconocido. 6. Otro (*especificar*) _____

¿Cuántas veces? _____

5. ¿Tiene miedo de su marido o de alguna de las personas indicadas anteriormente?

Sí _____ No _____

Tomada de Nelson et al.⁵⁴

las mujeres víctimas de malos tratos y a sus hijos e hijas. Estos centros ofrecen una acogida inmediata las 24 horas del día y todos los días del año.

- *Asociaciones de mujeres contra la violencia de género o mujeres maltratadas.* Ofrecen apoyo e información para las mujeres en riesgo de violencia.

Por último, se recomienda que los profesionales que asistan a la mujer en el embarazo reciban una formación específica en esta materia. Éste es uno de los puntos clave para poder poner en funcionamiento los elementos necesarios para dar solución a este problema, así como para poner en marcha mecanismos y programas de prevención adecuados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organisation Mondiale de la Santé. La violence à l'encontre des femmes. Aide mémoire n.º 239, OMS, 2000. [Acceso 26 Oct 2008] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239>
2. Banco Mundial. Informe sobre el desarrollo mundial 1993: Invertir en salud. Washington, DC: Banco Mundial 1993. [Acceso 26 Oct 2008]. Disponible en: <http://www.bancomundial.org/>
3. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Ginebra: OMS, 2003. [Acceso 26 Oct 2008]. Disponible en: http://www.paho.org/Spanish/AM/PUB/capitulo_4.pdf
4. Consejo de Europa. Estudios sobre las medidas y acciones adoptadas por los estados miembros del Consejo de Europa sobre violencia de género. Bruselas: Consejo de Europa, 2006.
5. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de la Mujer. III Macroencuesta de la violencia contra las mujeres. Informe de resultados. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2006.
6. Gazmararian JA, Lazorich S, Spitz AM, Ballard TJ, Salzman LE, Marks JS. Prevalence of violence against pregnant women. JAMA. 1996; 89(9): 1.915-1.920.
7. American College of Obstetricians and Gynecologists and Centers for Disease Control and Prevention. Work Group on the Prevention of Violence during Pregnancy. Intimate partner violence during pregnancy. A guide for clinicians. Washington: ACOG & CDC, 2000. [Acceso 26 Oct 2008]. Disponible en: <http://www.cdc.gov/reproductivehealth/violence/IntimatePartnerViolence/index.htm>
8. Gómez MC, Dorado MI, Bedoya Bergua JA, Cayuela A, Alonso MJ, Hidalgo D. Violencia contra la mujer. Resultados de una encuesta hospitalaria. Prog Obstet Ginecol. 2004; 47(11): 511-520.
9. McFarlane J, Parker B, Soeken K. Abuse during pregnancy: associations with maternal health and infant birth weight. Nurs Res. Enero-febrero 1996; 45(1): 37-42.
10. Stenson K, Heimer G, Lundh C, Nordstrom ML, Saarinen H, Wenker A. The prevalence of violence investigated in a pregnant population in Sweden. J Psychosom Obstet Gynaecol. Diciembre 2001; 22(4): 189-197.
11. Goodwin MM, Gazmararian JA, Johnson CH, Gilbert BC, Saltzman LE. Pregnancy intended ness and physical abuse around the time of pregnancy: findings from the pregnancy risk assessment monitoring system, 1996-1997. PRAMS Working Group. Matern Child Health J. Junio 2000; 4(2): 85-92.
12. Poole GV, Martin JN Jr, Perry KG Jr, Griswold JA, Lambert CJ, Rhodes RS. Trauma in pregnancy: the role of interpersonal violence. Am J Obstet Gynecol. Junio 1996; 174(6): 1.873-1.877 (discusión: 1.877-1.878).

13. Koenig LJ, Whitaker DJ, Royce RA, Wilson TE, Callahan MR, Fernández MI. Violence during pregnancy among women with or at risk for HIV infection. *Am J Public Health*. Marzo 2002; 92(3): 367-370.
14. Salber R, Taliaferro E. Reconocimiento y prevención de la violencia doméstica en el ámbito sanitario. Guías para la detección y prevención de la violencia. Barcelona: Cedecs, 2000.
15. Heise Lori L. Violence against women: an integrated, ecological framework. *Violence Against Women*. 1998; 4(3): 262-290.
16. Gessner BD, Perham-Hester KA. Experience of violence among teenage mothers in Alaska. *J Adolesc Health*. Junio 1999; 24(6): 459.
17. Blinn-Pike L, Berger T, Dixon D, Kuschel D, Kaplan M. Is there a causal link between maltreatment and adolescent pregnancy? A literature review. *Perspect Sex Reprod Health*. Marzo-abril 2002; 34(2): 68-75. [Acceso 2 Nov 2008] Disponible en: <http://www.guttmacher.org/pubs/journals/3406802.pdf>
18. Holmes MM, Resnick HS, Kilpatrick DG, Best CL. Rape-related pregnancy: estimates and descriptive characteristics from a national sample of women. *Am J Obstet Gynecol*. Agosto 1996; 175(2): 320-324 (discusión: 324-325).
19. Dunn LL, Oths KS. Prenatal predictors of intimate partner abuse. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. Enero-febrero 2004; 33(1): 54-63.
20. Huth-Bocks AC, Levendosky AA, Bogat GA. The effects of domestic violence during pregnancy on maternal and infant health. *Violence Vict*. Abril 2002; 17(2): 169-185.
21. Campbell J, Torres S, Ryan J, King C, Campbell DW, Stallings RY, et al. Physical and nonphysical partner abuse and other risk factors for low birth weight among full term and preterm babies: a multiethnic case-control study. *Am J Epidemiol*. Octubre 1999; 150(7): 714-726.
22. Kearney MH, Munro BH, Kelly U, Hawkins JW. Health behaviors as mediators for the effect of partner abuse on infant birth weight. *Nurs Res*. Enero-febrero 2004; 53(1): 36-45.
23. Grimstad H, Schei B, Backe B, Jacobsen G. Physical abuse and low birthweight: a case-control study. *Br J Obstet Gynaecol*. Noviembre 1997; 104(11): 1.281-1.287.
24. Muhajarine N, D'Arcy C. Physical abuse during pregnancy: prevalence and risk factors. *CMAJ*. Abril 1999; 160(7): 1.007-1.011.
25. 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*. Septiembre 2001; 98(1): 3-8.
26. Anderson BA, Marshak HH, Hebbeler DL. Identifying intimate partner violence at entry to prenatal care: clustering routine clinical information. *J Midwifery Womens Health*. Septiembre-octubre 2002; 47(5): 353-359.
27. Dietz PM, Gazmarian JA, Goodwin MM, Bruce FC, Jonson CH, Rochat RW. Delayed entry into prenatal care: effect of physical violence. *Obstet Gynecol*. Agosto 1997; 90(2): 85-92.
28. Jagoe J, Magna EF, Chauhan SP, Morrison JC. The effects of physical abuse on pregnancy outcomes in a low-risk obstetric population. *Am J Obstet Gynecol*. Mayo 2000; 182(5): 1.067-1.069.
29. Barcelona de Mendoza VB. Culturally appropriate care for pregnant Latina women who are victims of domestic violence. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. Noviembre-diciembre 2001; 30(6): 579-588.
30. Glander SS, Moore ML, Michielutte R, Parsons LH. The prevalence of domestic violence among seeking abortion. *Obstet Gynecol*. Junio 1998; 91(6): 1.002-1.006.
31. Hay DF, Pawlby S, Angold A, Harold GT, Sharp D. Pathways to violence in the children of mothers who were depressed postpartum. *Dev Psychol*. Noviembre 2003; 39(6): 1.083-1.094.
32. Cokkinides VE, Coker AL, Sanderson M, Addy C, Bethea L. Physical violence during pregnancy: maternal complications and birth outcomes. *Obstet Gynecol*. Mayo 1999; 93(5 Pt 1): 661-666.
33. Kearney MH, Haggerty LA, Munro BH, Hawkins JW. Birth outcomes and maternal morbidity in abused pregnant women with public versus private health insurance. *J Nurs Scholarsh*. 2003; 35(4): 345-349.
34. Parsons LH, Harper MA. Violent maternal deaths in North Carolina. *Obstet Gynecol*. Diciembre 1999; 94(4): 990-993.
35. Greenberg EM, McFarlane J, Watson MG. Vaginal bleeding and abuse: assessing pregnant women in the emergency department. *MCN Am J Matern Child Nurs*. Julio-agosto 1997; 22(4): 182-186.
36. Lipsky S, Holt VL, Easterling TR, Critchlow CW. Police-reported intimate partner violence during pregnancy and the risk of antenatal hospitalization. *Matern Child Health J*. Junio 2004; 8(2): 55-63.
37. Hedin LW, Janson PO. Domestic violence during pregnancy. The prevalence of physical injuries, substance use, abortions and miscarriages. *Acta Obstet Gynecol Scand*. Agosto 2000; 79(8): 623-630.
38. García-Moreno C. Violencia contra la mujer: género y equidad en la salud. Organización Panamericana de la Salud, 2000. Publicación Ocasional n.º 6. [Acceso 2 Nov 2008]. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/DBI/po06.htm>
39. Dye TD, Tollivert NJ, Lee RV, Kenney CJ. Violence, pregnancy and birth outcome in Appalachia. *Paediatr Perinat Epidemiol*. Enero 1995; 9(1): 35-47.
40. Covington DL, Justason BJ, Wright LN. Severity, manifestations, and consequences of violence among pregnant adolescents. *J Adolesc Health*. Enero 2001; 28(1): 55-61.
41. Leung TW, Leung WC, Chan PL, Ho PC. A comparison of the prevalence of domestic violence between patients seeking termination of pregnancy and other general gynaecology patients. *Int J Gynaecol Obstet*. Abril 2002; 77(1): 47-54.
42. Berenson AB, Wiemann CM, Wilkinson GS, Jones WA, Anderson GD. Perinatal morbidity associated with violence experienced by pregnant women. *Am J Obstet Gynecol*. Junio 1994; 170(6): 1.760-1.766.
43. Arcos E, Molina I, Repossi A, et al. Prevalencia y perfil de violencia doméstica en mujeres embarazadas. *Rev Mujer Salud*. 2000; 2: 4-11.
44. Fernández FM, Krueger PM. Domestic violence: effect on pregnancy outcome. *J Am Osteopath Assoc*. Mayo 1999; 99(5): 254-256.
45. Collins JW Jr, David RJ. Urban violence and Africa-American pregnancy outcome: an ecologic study. *Ethn Dis*. Otoño 1997; 7(3): 184-190.
46. Edin KE, Hogberg U. Violence against pregnant women will remain hidden as long as no direct questions are asked. *Midwifery*. 2002; volume 18, issue 4: 268-278.
47. Mc Farlane J, Soeken K. Weight change of infants, age birth to 12 months, born to abused women. *Pediatric Nurs*. Enero-febrero 1999; 25(1): 19-23.
48. Asling-Monemi K, Peña R, Ellsberg MC, Persson LA. Violence against women increases the risk of infant and child mortality: a case-referent study in Nicaragua. *Bulletin of the World Health Organization*. 2003; 81(1).
49. Arcos E, Uarac M, Molina I. Impacto de la violencia doméstica en la salud infantil. *Rev Med Chile*. 2003; 131: 1.454-1.462.
50. Tremblay RE, Nagin DS, Séguin JR, Zoccolillo M, Zelazao PD, Boivin M, et al. Physical aggression during early childhood: trajectories and predictors. *Pediatrics*. 2004; 114(1): 3-50.
51. Ministerio de Sanidad y Consumo. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007. [Acceso 26 Oct 2008] Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/protocoloComun.pdf>
52. Valdez-Santiago R, Arenas-Monreal L, Hernández-Tezoquipa I. Experiencia de las matronas en la detección de la violencia en la mujer embarazada. *Salud Pub Mex*. Enero-febrero 2004; 46(1): 56-63.
53. Campbell J. Abuse during pregnancy: a quintessential threat to maternal and child health—so when do we start to act? *CMAJ*. Mayo 2001; 164(11): 1.578-1.579.
54. Nelson H, Nygren P, McInemey Y, Klein J. Screening women and elderly adults for family and intimate partner violence. US Preventive Service Task Force (USPSTF). [Acceso 3 Dic 2007] Disponible en: www.ahrq.gov/clinic/3rduspstf/famviolence/famviolrev.htm