

Violencia contra la mujer embarazada: un reto para detectar y prevenir daño en el recién nacido

Dra. Ma. del Rosario Pérez-Rodríguez,* Dra. Gloria Elena López-Navarrete,** Dra. Araceli León-López***

RESUMEN

La violencia familiar es un problema de salud pública mundial. La mujer es afectada más frecuentemente y la pareja, el principal agresor. Esta situación tiene diversas manifestaciones y afecta su salud física, mental, su conducta social y reproductiva. Cuando la violencia ocurre durante el embarazo, el feto o el recién nacido puede verse afectado por la violencia sobre la madre o por conductas negligentes o descuido por parte de ella. Esto incrementa el riesgo de prematuridad, bajo peso al nacimiento, muerte neonatal, malformaciones congénitas, falta de apego madre-hijo y dificultades en la lactancia.

La violencia contra la mujer embarazada requiere una evaluación y la intervención con sensibilidad y profesionalismo por el personal de salud, que debe ser capaz de identificar sus efectos adversos en la madre y su producto. También es necesario considerar nuevas estrategias de investigación.

Palabras clave: Violencia familiar, embarazo, negligencia, feto, recién nacido

ABSTRACT

Domestic violence is an important health problem in world. Women are most affected and her partner is frequently the aggressor. This problem has many expressions which affect her physical and mental health, as well as her social and reproductive life. During pregnancy, the fetus or the newborn baby may be affected by direct effect of violence and also by the mother's untidiness and neglect. This increases the risk of pre-term delivery, low birth weight infants, neonatal death, mother-baby attachment and unsatisfactory postpartum breast-feeding. Violence against pregnant women requires sensitivity, professional assessment and intervention by health staff, capable for identifying the maternal and fetal/neonatal outcomes. New research mechanisms for this problem are required.

Key words: Domestic violence, pregnancy, neglect, fetus, newborn.

La violencia familiar (VF) es un problema de salud pública mundial, de justicia social y un delito que afecta los derechos humanos de las víctimas.¹ Estas pueden ser los niños, las mujeres, los adultos mayores y las personas con capacidades diferentes.²

El estudio de la violencia de que son objeto los niños y adolescentes ha sido el trabajo fundamental de los profesionales que constituyen la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado del Instituto Nacional de Pediatría (CAINM-INP-UNAM) desde hace 11 años.

Se han efectuado estudios que permiten precisar las características clínicas del fenómeno en México; el comportamiento epidemiológico en algunas zonas del país y algunos conceptos endocrinos y de las neurociencias.

En la atención del problema del maltrato al menor (MI) se ha destacado, dentro de la VF, la agresión contra las mujeres y especialmente contra las madres de nuestros pacientes. A este respecto, hemos estudiado parcialmente el maltrato físico que sufren las mujeres durante el embarazo y su repercusión en el producto de la gestación.³ Es necesario que pediatras y ginecoobstetras sumen esfuerzos para detectar y atender esta patología médico-social-legal en beneficio de la mujer embarazada y de su producto.³

* Alumna del Curso de Posgrado. Curso de Atención Integral al Niño Maltratado

** Médico adscrito. CAINM

*** Ex-alumna del Curso de Atención Integral al Niño Maltratado Instituto Nacional de Pediatría

Correspondencia: Dra. Gloria E. López-Navarrete, Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado, INP. Insurgentes sur 3700-C. Col. Insurgentes Cuicuilco 04530, Coyoacán, México, D. F. Tel. y fax 10 84 09 00 ext.1411 E mail: glopez29@yahoo.com
Recibido: agosto, 2008. Aceptado: septiembre, 2008.

Este artículo debe citarse como: Pérez RMR, López NGE, León LA. Violencia contra la mujer embarazada: un reto para detectar y prevenir daño en el recién nacido. Acta Pediatr Mex 2008;29(5):267-72.

La versión completa de este artículo también está disponible en: www.revistasmedicasmexicanas.com.mx

El objetivo de este ensayo, es proporcionar información actualizada sobre este tópico a la comunidad médica y paramédica que atiende al binomio madre-hijo durante la gestación, en México. Para ello, fue necesario considerar cinco vertientes del fenómeno.

- a) Violencia familiar
- b) La violencia contra la mujer, destacando el hecho cuando se encuentra embarazada.
- c) Precisar la repercusión de este evento en el producto de la gestación, fenómeno considerado como abuso fetal.
- d) Algunos factores maternos asociados al maltrato fetal
- e) Intervención del personal de salud

VIOLENCIA FAMILIAR

Para comprender por qué ocurre la violencia contra ciertos miembros de la familia, señalaremos lo que se ha estudiado en nuestro país.

La violencia de pareja, repercute en la mujer en su salud física y mental a nivel familiar y social a corto y largo plazo.^{4,5}

En la demanda de atención médica por adultos con lesiones en los servicios de urgencias de algunos hospitales de la Ciudad de México, se identificó VF en el 19.6% de los casos. Las mujeres fueron las afectadas en el 72% y sus parejas fueron los agresores.¹

Lozano señaló que la violencia contra las mujeres en el Distrito Federal ocasionó la pérdida de 11 mil años de vida saludable (AVISAs) por homicidio y lesiones intencionalmente causadas; de ellos, 57% fueron años vividos con discapacidad; 46% por muerte prematura; 24.5% por violencia conyugal.^{Citado en 6}

VIOLENCIA DURANTE EL EMBARAZO

Esta situación es un patrón de coacción y control, que incluye la agresión física, sexual, emocional o combinación de ellos y amenazas contra una mujer, por su pareja o ex-pareja, antes, durante y hasta un año después del nacimiento de un hijo.^{4,7,8} Este fenómeno se ha descrito a nivel mundial entre el 1% y el 70%. Las mujeres señalan haber sido agredidas física, sexual o psicológicamente.^{8,9} Esto ocurre con mayor prevalencia en países en vías de desarrollo.⁹⁻¹⁶

En México, la Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres del 2003, indica que el 5.3% de las mujeres fueron agredidas físicamente en algún momento de su vida, y de éstas, el 48.6% sufrieron maltrato antes y durante alguno de sus embarazos.¹⁷ Por otro lado, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) señala que en nuestro país, el 19% de las mujeres embarazadas sufren violencia, ya sea en forma aislada o recurrente. Este fenómeno se puede repetir hasta en 70% de los casos.¹¹

Llama la atención, según algunos autores, que el embarazo es un factor que eleva el riesgo de que la mujer sea agredida; otros autores no opinan lo mismo.⁴ El embarazo en sí, puede ser el resultado de abuso sexual (AS) o negación al uso de métodos anticonceptivos.^{3,7,9,11,18,19}

En general, se acepta que hay ciertos factores predictivos de este problema, como el antecedente de VF, sobre todo cuando ha ocurrido durante el año previo a la gestación.^{3, 8, 11} Asimismo, son factores la historia de maltrato a la mujer, la historia de maltrato durante la infancia y adolescencia,^{20,21} el consumo de alcohol o drogas (principalmente cocaína),²² niveles altos de estrés y problemas emocionales como baja autoestima, aislamiento, inseguridad y depresión.^{3,8,23-25}

Otros autores han señalado los siguientes factores de riesgo: mujeres jóvenes,²⁶ primigestas, de bajo nivel educativo y socioeconómico.^{2,11,23,45,27-29} El abandono de la pareja o su ausencia, pueden ser factores asociados, que en general sitúan a la mujer en una condición de vulnerabilidad social.^{5,8,11}

El problema es más común en lugares donde el concepto de masculinidad lleva implícito el honor del varón, la autoridad sobre la mujer y en ambientes donde se tolera el castigo físico como medio para resolver disputas personales.³⁰

DIFERENTES FORMAS DE AGRESIÓN DURANTE EL EMBARAZO

La mujer embarazada puede ser objeto de abuso físico en 32% de los casos; de abuso sexual en 13 % y de maltrato psicológico (MPs) en 6.7%.^{3,10}

El maltrato físico (MF) es el tipo de agresión más común durante el embarazo, y sus consecuencias son las susceptibles de ser observadas.

Nannini³¹ y Rodríguez¹⁸ informan que de dos a cinco millones de mujeres son víctimas de MF anualmente. De

ellas, aproximadamente 335.000 son mujeres embarazadas y el 50% refiere haber sufrido más de tres agresiones durante el embarazo además de MPs.

Las lesiones más detectadas en las citas de control prenatal o en los servicios de urgencias, son por bofetadas o empujones en el 57.6 % y lesiones más graves en el 42.4% por golpes con el puño y patadas (39%). En 3% de los casos las mujeres sufren fracturas o lesiones permanentes.³¹

Los sitios más dañados son cabeza/cuello, tronco y extremidades; en las adolescentes predominan las lesiones del abdomen.^{18,31,32}

Además de MF, las mujeres sufren también de MPs. Collado y cols. lo refieren en 96% de los casos¹¹ y Tiwari⁷ en 73%; la ridiculización es la forma más frecuente. Se señala que sólo 17% de las mujeres agredidas tienen miedo al autor del MPs, lo que probablemente no es considerado por las mujeres embarazadas como un acto de violencia contra ellas y por lo tanto no se cuenta con este antecedente si no se investiga intencionalmente.⁷

El AS es otra forma de maltrato que ha sido menos estudiada. Estudios actuales señalan que la violencia presenta variaciones en su patrón de expresión en el transcurso del embarazo.^{4,7,11,19}

ABUSO FETAL

El maltrato infantil (MI) es reconocido desde hace más de 40 años. Actualmente se considera como un problema de salud pública mundial.³³ En este período se han identificado diversas formas en las que un niño puede ser maltratado; se han clasificado en conocidas, poco conocidas y poco consideradas.³⁴

El abuso fetal (AF) es una de las formas poco conocidas, aunque se ha considerado parcialmente desde 1957 cuando la Organización de las Naciones Unidas (ONU) estableció en la Declaración Universal de los Derechos del niño que: *“El niño por su inmadurez física y mental, requiere de cuidados especiales, incluida la protección legal adecuada antes y después del nacimiento”*.³⁵

Landwirth definió el abuso fetal como todo acto intencional o de negligencia, que afecte al producto en alguna etapa de su desarrollo, por cualquier persona que tenga injerencia en el embarazo; este hecho puede deberse a factores culturales, sociales, políticos o legales.³⁶ Otros autores agregan en sus definiciones ciertos elementos, como

la intervención de instituciones o de una sociedad que prive al feto o recién nacido, de sus derechos o que dificulten su óptimo desarrollo físico psicológico o social.³⁷

Esta forma de MI puede presentarse dentro de la violencia familiar cuando la madre es agredida directamente. Sin embargo, también ocurre cuando ella es la causante directa, al consumir alcohol, drogas u ocasionarse daño físico o emocional dentro de una condición de negligencia o descuido.

CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA FAMILIAR EN LA MUJER EMBARAZADA Y SU PRODUCTO

Los efectos de la violencia ejercida contra las mujeres son variadas; dependen del momento de gestación, el tipo de maltrato, frecuencia y tiempo de exposición. Es posible hallar repercusiones en su salud física, mental, su conducta social y reproductiva.²⁷

Cuando la agresión ocurre antes del embarazo es probable que la gestación no sea deseada.³⁸ Si ocurre durante el embarazo, puede haber ausencia o retraso de la vigilancia médica así como depresión, ansiedad, consumo de tabaco, alcohol y drogas.^{10,32,38,39}

Durante la atención médica en un centro hospitalario es frecuente hallar lesiones de diferente localización y severidad: sangrado vaginal, infección de vías urinarias e hipertensión arterial.^{38,40} Otros hallazgos en la futura madre son pobre ganancia ponderal o desnutrición, anemia, alguna infección de transmisión sexual.¹¹

La evolución del embarazo en estos casos, puede ser un aborto espontáneo, amenaza de parto pretérmino, ruptura prematura de membranas, infecciones intraamnióticas, rotura uterina e incluso muerte materna.^{4,18,41-43}

Las consecuencias inmediatas de esta situación en el producto son: bajo peso al nacimiento (17%) y prematuridad (21.4%).^{11,13,18,27,44-46} Las tardías son: muerte fetal o neonatal,^{4,18,41,46} riesgo elevado de muerte en el primer año de vida, maltrato infantil, falta del vínculo madre-hijo y de una lactancia materna saludable,^{7,32} posibilidades limitadas para el desarrollo de sus capacidades físicas, cognoscitivas, afectivas y sociales.^{11,19}

FACTORES MATERNOS ASOCIADOS AL ABUSO FETAL

En este contexto debe considerarse al ambiente en que se encuentra la madre (situación familiar, social y civil) y

acciones que ejerce la madre contra sí misma o contra el producto de la gestación: puede rechazar el embarazo y realizar maniobras abortivas o adoptar una actitud indiferente y actuar como si no estuviera embarazada; no asiste a control prenatal, consume alcohol, sustancias o medicamentos con posible efecto teratogénico; no se alimenta adecuadamente y no se prepara para la lactancia.³⁴

La prostitución o la promiscuidad sexual exponen al producto a contraer una infección de transmisión sexual o una perinatal.³⁷

El resultado de este comportamiento materno, conlleva la posibilidad de que el producto nazca con una malformación congénita, una deformación o inmadurez en su crecimiento y desarrollo; síndrome de abstinencia por el uso de alcohol o drogas por la madre⁵³ y daño neurológico, condiciones que dificultan su vida extrauterina.^{48,49}

PERSONAL DE SALUD Y ABUSO FETAL

El personal de salud y la sociedad en su conjunto, tienen la enorme responsabilidad de cuidar y proteger a la mujer embarazada. Las estrategias médicas y paramédicas son bien conocidas y deben efectuarse con el máximo grado de calidad y calidez. Deben ofrecerse en cualquier ámbito social: urbano, suburbano, rural y de ello depende el nivel de atención médica.³⁷

DIAGNÓSTICO

Los profesionales de la salud, tienen en cada visita prenatal, una oportunidad para identificar si durante un embarazo está ocurriendo algún acto de violencia que potencialmente puede dañar el curso normal del embarazo. Siempre se debe tener presente esta posibilidad cuando se detectan factores riesgo o evidencias de agresión.^{8,32,50}

Sin embargo, no es común que las mujeres hablen con libertad sobre este hecho; por el contrario, es frecuente que traten de encubrirlo, que no se atrevan a buscar ayuda o que desconozcan la forma de hacerlo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su primer Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud, señala las dificultades que existen para describir la magnitud y consecuencias del problema; los factores de riesgo y evaluación de programas de prevención. Por lo tanto, se tiene que recurrir a la identificación de datos indirectos para inferir las características reales del fenómeno.^{17,51}

Algunos grupos de investigación recomiendan programas de detección universal; sin embargo, no hay un acuerdo sobre la forma de lograrlo.³² Se han desarrollado diversos instrumentos para cuantificar el fenómeno, dirigidos a diferentes aspectos.⁵²⁻⁵⁵ No obstante, existe controversia en relación a la forma más efectiva para obtener esta información, entre los cuestionarios autoaplicables y las entrevistas.^{56,57}

En EE.UU., el Abuse Assessment Screen, ha sido el más utilizado.^{4,10,11,18} En nuestro país, el cuestionario aplicado en la Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres 2003, se ha empleado en algunos estudios.^{3,9,17}

La detección de este problema ofrece la posibilidad de establecer medidas de prevención y estrategias de intervención ante este problema, para evitar o reducir sus funestos efectos.^{8,32} El manejo debe ser inmediato y de forma interdisciplinaria.³² Asimismo, es necesario informar a las autoridades de salud y jurídicas sobre esta situación.

EL RETO EN INVESTIGACIÓN

Es necesario el conocimiento profundo de este fenómeno y sus efectos en la madre y en el menor. Los estudios realizados muestran limitaciones y diferencias entre ellos, respecto a las definiciones y la ambivalencia de términos; la diferencia de escenarios, tipos de población, procesos de reclutamiento; el momento en el embarazo para realizar el estudio; el método utilizado para obtener la información; el número de veces y la frecuencia con que se busca y la consideración de otras variables de influencia.^{4,32}

Un factor fundamental en el estudio de este fenómeno es el aspecto ético. Las Guías Internacionales de Ética para la Investigación Biomédica con Seres Humanos, señalan que las mujeres embarazadas son elegibles para participar en investigación biomédica, debiendo informarles sobre los riesgos y beneficios para ellas, su embarazo, el feto, su descendencia subsecuente y fertilidad. Así mismo, es necesario que los investigadores incluyan en el protocolo un plan de monitoreo posterior al término del embarazo.⁵⁸⁻⁵⁹

La heterogeneidad del problema dificulta la reproducibilidad de los trabajos, la obtención de resultados confiables, aplicables a diferentes poblaciones y la generación de consensos a partir de una investigación retrospectiva.

Es preciso ampliar en el personal de salud, el conocimiento sobre el tema, sensibilizar y promover la búsqueda intencionada, alentar a la mujer a que se exprese abiertamente en un ambiente de seguridad y privacidad. Crear conciencia en la población de la importancia de actuar contra este fenómeno para evitar los efectos dañinos en la madre y el producto, a través de campañas de lucha contra la violencia y respeto a los derechos humanos.

Esto permitirá que tanto los profesionales involucrados como la comunidad muestren mayor disposición a participar en proyectos de investigación.

Es importante desarrollar y validar instrumentos de detección acordes a las características de nuestra población.

Es necesario establecer, a partir de los conocimientos obtenidos hasta el momento, programas sistemáticos de atención y protección, que puedan implementarse al llevar a cabo la detección y realizar proyectos de evaluación de resultados.

Es conveniente realizar diseños de investigación más completos e inclusivos ante los retos de problemas sociales complejos como éste, que puedan ofrecer una visión fundamentada en el análisis y la reflexión.⁶⁰

REFERENCIAS

- Encuesta Nacional sobre Violencia contra las mujeres 2003. Instituto Nacional de Salud Pública. Morelos, México. 2003.
- Loredo AA, Díaz OC, Valdez SR, Hajar MM. La violencia familiar ¿un problema que se hereda o se aprende? *Gac Med Mex* 2002;138:157-76.
- León LA, Loredo AA, Trejo HJ, López NG, García PC. Maltrato fetal: expresión clínica del recién nacido de madres víctimas de violencia física durante el embarazo. *Acta Pediatr Mex* 2007;28: 131-5.
- Macy R, Martin S, Kupper L, Casanueva C, Guo S. Partner violence among women before, during, and after pregnancy. Multiple opportunities for intervention. *Women's Health Issues* 2007; 17: 290-9.
- Gracia E, Lila M. Los profesionales de la salud y la prevención de la violencia doméstica contra la mujer. *Rev Med Chile* 2008;136:394-400.
- Soberón G, Zurita B, Ramírez T, Torres JL. La violencia como un grave problema de salud pública. En: Knaul FM, Nigenda G. *Caleidoscopio de la Salud. De la investigación a las políticas y de las políticas a la acción*. Fundación Mexicana para la Salud. México, 2003.
- Tiwari A, Chan K, Fong D, Leung W, Brownridge D, Lam H, Wong B, Lam C, Chau F, Chan A, Cheung K, Ho P. The impact of psychological abuse by an intimate partner on the mental health of pregnant women. *BJOG* 2008; 115: 377-84.
- Alam S, Hadley SM, Jordan B. The clinical implications of screening for violence against women. *Contraception* 2007; 76: 259-62.
- Dobova-Dubova SV, Pámanes GV, Billings DL, Torres AL. Partner violence against pregnant women in Mexico City. *Rev Saude Publica* 2007;41:582-90.
- Díaz OC, Pazb FK, Abuabara HB, Martínez A, Kolstad K. Palermo T. Abuse during pregnancy in Mexico City. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2007; 97: 57-64.
- Collado SP, Villanueva LA. Relationship between domestic violence during pregnancy and risk of low weight in the newborn. *Ginecol Obstet Mex* 2007;75:259-67.
- Deveci SE, Acik Y, Gulbayrak C, Tokdemir M, Ayar A. Prevalence of domestic violence during pregnancy in a Turkish community. *Southeast Asian J Trop Med Public Health* 2007;38:754-60.
- Silverman JG, Gupta J, Decker MR, Kapur N, Raj A. Intimate partner violence and unwanted pregnancy, miscarriage, induced abortion, and stillbirth among a national sample of Bangladeshi women. *BJOG* 2007;114:1246-52.
- Chhabra S. Physical violence during pregnancy. *J Obstet Gynaecol* 2007;27:460-3.
- Efetie ER, Salami HA. Domestic violence on pregnant women in Abuja, Nigeria. *J Obstet Gynaecol* 2007;27:379-82.
- Farid M, Saleem S, Karim MS, Hatcher J. Spousal abuse during pregnancy in Karachi, Pakistan. *Int J Gynaecol Obstet* 2008;101:141-5.
- Azaola GE. Maltrato Abuso y negligencia contra menores de edad en: Informe Nacional sobre violencia y salud. México 2006.
- Rodrigues T, Rocha L, Barros H. Physical abuse during pregnancy and preterm delivery. *Am J Obstet Gynecol* 2008;198:171.e1-6.
- Campbell JC. Health consequences of intimate partner violence. *Lancet* 2002; 359:131-6.
- Sisley A, Jacobs L, Poole G, Cambell S, Esposito T. Violence in America: A public health crisis-domestic violence. *J Trauma* 1999;46(6):1105-12.
- Lamberg L. Domestic violence: What to ask, what to do. *JAMA* 2000;284(5):554-6.
- Hajar MM, Flores RL, Valdez SR, Blanco J. Atención médica de lesiones intencionales provocadas por la violencia familiar. *Salud Publica Mex* 2003;45:252-8.
- Rennison C, Planty M. 2003. Nonlethal intimate partner violence: examining race, gender, and income patterns. *Violence and Victims* 18:433-43.
- Muhjarine N, D'Arcy C. Physical abuse during pregnancy: Prevalence and risk factors. *Can Med Assoc J* 1999;160(7):1007-11.
- Stewart DE, Cecutti A. Physical abuse in pregnancy. *Can Med Assoc J* 1993;149(9):1257-63.
- Ramírez RJC, Uribe VG. Mujer y violencia: un hecho cotidiano. *Salud Publica Mex* 1993;35:148-60.
- Castro R, Peek AC, Ruiz A. Violence against women in México: a study of abuse before and during pregnancy. *Am J Public Health* 2003; 93:1110-6.
- Bohn DK, Tebben JG, Campbell JC. Influences of income, education, age, and ethnicity on physical abuse before and during pregnancy. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2004;33:561-71.

29. Rivera RL, Lazcano PE, Salmerón CJ, Salazar ME, Castro R, Hernández AM. Prevalence and determinants of male partner violence against Mexican women. *Salud Publica Mex* 2004;46:113-22.
30. Socoloff NJ, Dupont I. Domestic violence at the intersections of race, class and gender: challenges and contributions to understanding violence against marginalized woman in diverse communities. *Violence Against Women* 2005;11(1):38-64.
31. Nannini A, Lazar J, Berg C, Barger M, Physical injuries reported on hospital visits for assault during the pregnancy associated period. *Nurs Res* 2008;57:144-9.
32. Shoffner DH. We don't like to think about it: intimate partner violence during pregnancy and postpartum. *J Perinat Neonatal Nurs* 2008;22:39-48.
33. Mc Menemy M. WHO recognizes child abuse as a major problem. *Lancet* 1999;353:1340.
34. Loredo AA. Maltrato en niños y adolescentes. Editores de textos mexicanos. México, 2004.
35. United Nations Organization. Preamble: Declaration of the rights of the Child. New York: UN, 1959:43-54.
36. Landwirth J. Fetal abuse and neglect: an emerging controversy *Pediatrics* 1987;79:508-14.
37. Mercou CA. Maltrato en el embarazo y en el recién nacido. *Rev Hosp J.M. Ramos Mejía*. Ed. Electrónica 2005.
38. Sarkar NN. The impact of intimate partner violence on women's reproductive health and pregnancy outcome. *J Obstet Gynaecol* 2008;28:266-71.
39. Moreno RA. Mujer, embarazo y violencia. Síndrome de abuso en mujeres embarazadas. *Rev Colombiana Obstet Ginecol* 1996;47(2):87-91.
40. Berenson AB, Wiemann CM, Wilkinson GS, Jones WA, Anderson GD. Perinatal morbidity associated with violence experienced by pregnant women. *Am J Obstet Gynecol* 1994;170(6):1760-6.
41. Dina E. K. Perinatal outcomes of traumatic injuries during pregnancy. *Clin Obstet Gynecol* 2007; 50: 582-91.
42. Pearlman CA, Tintinalli J, Lorenz R. Blunt trauma during pregnancy. *N Engl J Med* 1990;323(23):1609-13.
43. Heise L. *Violencia contra la mujer: la carga oculta a la salud*. Washington, D.C.: El Banco Mundial, Organización Panamericana de la Salud, 1994.
44. Bullock L, McFarlane J. The birth weight battering connection. *Am J Nurs* 1989;89(9):1153-1155.
45. Valdez SR, Sanín ALH. La violencia doméstica durante el embarazo y su relación con el peso al nacer. *Salud Publica Mex* 1996;38:352-62.
46. Ferrari AC, Segall CA, Dias LR, Santiago SM. The association between domestic violence during pregnancy and low birth weight or prematurity. *J Pediatr (Rio J)* 2008;84:60-7.
47. Aguilar CAM, Soria RCG, Loredo AA. Morbilidad neonatal por drogadicción de la mujer embarazada. *Acta Pediatr Mex* 2005; 26:244-9.
48. Shankara S, Lester B, Das A, Bauer C. Impact of maternal substance use during pregnancy on childhood outcome. *Sem Fet Neo Med* 2007;12:143-50.
49. Bair-Merritt MH, Crowne SS, Burrell L, Caldera D, Cheng TL, Duggan AK. Impact of intimate partner violence on children's well-child care and medical home. *Pediatrics* 2008;121:e473-80.
50. Reichenheim ME, Patricio TF, Moraes CL. Detecting intimate partner violence during pregnancy: awareness-raising indicators for use by primary healthcare professionals. *Public Health* 2008 [Epub ahead of print].
51. Krug EG, Dahlberg L, Mercy J, Zwi A, Lozano R, eds. Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud. Organización Mundial de la Salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud- Organización Panamericana de la Salud, 2002.
52. Straus M. Measuring intrafamily conflict and violence: The Conflict Tactics (CT) Scales. *J Marriage Fam* 1979; 4(1): 75-88.
53. Hudson W, McIntosh S. The assessment of spouse abuse: Two quantifiable dimensions. *J Marriage Fam* 1981; 43:873-85.
54. Parker B, McFarlane J. Identifying and helping battered pregnant woman. *Am J Matern Child Nurs* 1991;16:161-4.
55. Marshall L. Development of the severity of violence against women scales. *J Fam Violence* 1992; 7:103-21.
56. Gazmararian JA, Lazorick S, Spitz AM, Ballard TJ, Saltzman LE, Marks JS. Prevalence of violence against pregnant women. *JAMA* 1996;275:1915-20.
57. Webster J, Holt V. Screening for partner violence: direct questioning or self-report? *Obstet Gynecol* 2004;103:299-303.
58. International Ethical Guidelines for biomedical research involving human subjects. Council for International Organizations of Medical Sciences, Geneva 2002.
59. Kodish E. Paediatric ethics: a repudiation of the Groeninger protocol. *Lancet* 2008;371:892-3.
60. González HD. Mas allá de un manual de introducción a la metodología: diversidad y unidad en el campo de la investigación cualitativa. *Revista Electrónica de Investigación Educativa* 2005; 7 (2). Consultado el 3 de Agosto de 2008 en: <http://redie.uabc.mx/vol7no2/contenido-gonzalez.html>.

