

Violencia física y psicológica contra la mujer embarazada

Diana Patricia Medina Meza^a
 Juan Camilo Martínez Salgado^a
 Juan Carlos Suárez Rodríguez^a
 Luis Javier Castro Naranjo^b
 Yina Yuliza Muriel Perea^a
 Martha Nelly Obando Gómez^c

RESUMEN

El objetivo es determinar la frecuencia, características y consecuencias de la violencia física y psicológica contra las gestantes que llegan a la sala Santa Sofía del Hospital Universitario San Vicente de Paúl, de Medellín.

Se aplicó una encuesta a las gestantes que ingresaron a la sala entre el 25 de octubre y el 17 de diciembre de 1999. La encuesta incluía datos sociodemográficos, exposición al maltrato durante el embarazo y en el año anterior a este, complicaciones maternas y resultado de la gestación.

229 mujeres fueron encuestadas: 88 (38,6%) reportaron maltrato durante la gestación, 59 (25,9%) violentadas psicológicamente, 26 (11,4%) física y psicológicamente y 3 (1,3%) exclusivamente abuso físico. Los principales agresores fueron los familiares y el compañero.

En conclusión, la violencia física y psicológica contra la mujer embarazada es un problema frecuente con consecuencias adversas para la gestante y su hijo. El sector salud debe conocer este grave problema que es subdiagnosticado para tomar medidas tendientes a su identificación e intervención adecuada y oportuna.

Palabras clave.

Embarazo

Violencia doméstica

Violencia contra la mujer

La violencia es un obstáculo que impide la realización plena de los derechos humanos.¹ En nuestra sociedad es cotidiana, pasando algunas veces inadvertida.

El término de violencia intrafamiliar o violencia doméstica alude a todas las formas de abuso que tienen lugar en las relaciones entre los miembros de la familia. Son todas aquellas conductas que por acción u omisión causan daño físico o psicológico, o ambos, a otro miembro de la familia, impidiendo su desarrollo armónico y su promoción social en todos los campos; lo cual viola sus más

elementales derechos.² Dentro de este panorama se circunscribe el fenómeno de violencia contra las mujeres, como un aspecto especial y llamativo por ser ella una de sus principales víctimas.^{1,3,4}

Algunos factores importantes son: pobreza, desempleo, inestabilidad familiar, alcoholismo, drogadicción, infidelidad y trastornos mentales.²



^a *Estudiantes en internado, Facultad de Medicina Universidad de Antioquia.*

^b *Médico ginecoobstetra. Docente Facultad de Medicina Universidad de Antioquia.*

^c *Enfermera. Jefe de enfermería del servicio de obstetricia del Hospital Universitario San Vicente de Paúl, Medellín.*

Physical and psychological violence against pregnant women

Diana Patricia Medina Meza^a
 Juan Camilo Martínez Salgado^a
 Juan Carlos Suárez Rodríguez^a
 Luis Javier Castro Naranjo^b
 Yina Yuliza Muriel Perea^a
 Martha Nelly Obando Gómez^c

En el mundo la violencia en el hogar es un evento que domina la vida diaria de las comunidades.⁵ En los EE.UU., 4 a 6 millones de mujeres son maltratadas por sus compañeros cada año.⁶ Una de cuatro mujeres en ese país admitió haber sido maltratada por lo menos una vez durante toda su vida y una de cada tres admitió haber sido amenazada.³



Diseño de Nevada NINEZ, ca. 1938. Vidueta empleada. Páncora H. MONTANA & NIGHTINGALE, Catedral de Washington, Washington, DC. (De niña, Florence Nightingale cuidaba a los enfermos y animales heridos. Se la muestra dando de gorgoros a los pájaros mientras su perro favorito la mira con atención.)

Paradójicamente, la violencia intrafamiliar es el tipo de violencia menos conocido, pues se oculta en el espacio privado de lo doméstico. Aunque se presenta en mayor o menor grado en todas las clases sociales, muchas veces se ha asociado con las clases socia-

SUMMARY

The objective of this work is to determine the frequency, characteristics and consequences of physical and psychological violence against pregnant women who arrive to Santa Sofía Hall at Saint Vincent de Paul Hospital in Medellín.

A survey was administered to pregnant women who entered to Santa Sofía hall from October 25 to December 17, 1999. The survey included socio-demographical data, the presence of abuse during pregnancy and before it, maternal complications and gestation result.

229 women were surveyed and one was excluded. In total, 88 (38.6%) reported abuse during gestation. Of that total, 59 (29.9%) reported psychological violence, 26 (11.4%) both physical and psychological and 3 (1.3%) exclusively physical abuse.

The principal aggressors were relatives and partners.

Physical and psychological violence against pregnant women is a frequent problem with unfavorable consequences for the woman and her child.

The healthcare sector should know about this serious problem which is subdiagnosed and take measurements to identify it and take adequate measures for its solution.

Key words: *Pregnancy*

Domestic violence

Violence against women

les bajas; esta percepción es producida porque es más visible y pública en estos estratos.²

El maltrato físico contra la mujer se expresa cotidianamente en el ámbito familiar como consecuencia de una lucha de poderes donde, histórica y culturalmente, ella se ubica en un plano inferior al del hombre. Desde hace más de un siglo la mujer ha empezado a cuestionar las prácticas discriminatorias que la ubican en un nivel inferior.

Los grupos de mujeres y los organismos internacionales reconocen el problema de violencia contra las mujeres no sólo como un factor de perturbación social y como problema de salud pública, sino también como una violación de los derechos humanos.¹

En el grupo de 15 a 44 años, una de cada cinco muere por violencia, con una particularidad muy importante: a diferencia de la muerte de los hombres la mayoría se presentan en el espacio doméstico.¹ La violencia que generalmente se presenta en el ámbito familiar hace que la mujer pierda uno de cada cinco días saludables en su vida reproductiva.⁷

En una revisión de 26 trabajos de 20 países realizada por Heise, el rango de violencia doméstica varía entre el 20 y el 75% de mujeres violentadas con grandes diferencias por país y por el tipo de población estudiada (urbana y rural).⁷

En Colombia, una de cada tres mujeres que convive con un hombre ha sido, por lo menos, insultada; una de cada cinco ha sido golpeada; y una de cada tres ha sido forzada a tener relaciones sexuales.¹

Con respecto a esta violencia se han asociado factores de riesgo como: desempleo, subvaloración social del sexo femenino, fortalecimiento de conductas discriminatorias, alcoholismo, drogadicción, baja autoestima y dependencia económica, entre otras.²

La prevalencia de violencia doméstica durante el embarazo comenzó a estudiarse hace poco más de 15 años. Las cifras muestran una variación de 4-17% de violencia física;⁸ también se reportan prevalencias tan altas como el 65% de maltrato físico y psicológico.⁹

Este abuso en sus diferentes formas durante el embarazo está siendo reconocido como un problema de salud mundial y es comparable con todas las complicaciones médicas por las que son rutinariamente evaluadas las gestantes: eclampsia, placenta previa, etc.¹⁰

Existe una serie de condiciones que hacen que el riesgo de violencia durante el embarazo aumente: embarazo a edad temprana, bajo nivel socioeconómico, uso de alcohol y drogas por el compañero, madre soltera y embarazo no deseado.^{4, 11-13}

La violencia intrafamiliar en la población obstétrica se asocia con un incremento de parto prematuro, bajo peso al nacer, daño y muerte fetal, corioamnionitis, dependencia al alcohol o drogas, intentos de suicidio, depresión, ansiedad, cuidados prenatales inadecuados y mayores consultas al médico.^{11, 14-17}

En el ámbito de violencia contra la gestante se encuentra que el agresor es alguien cercano como esposo, novio, compañero o familiar.^{11, 14}

A pesar de que en la literatura mundial se encuentran numerosos artículos y trabajos de investigación que tratan el tema de violencia doméstica contra la gestante, en Colombia es poco lo que se conoce sobre éste;^{8, 9, 13, 18-20} solo está publicado un trabajo realizado por el médico Alberto Moreno en la ciudad de Neiva, el cual describe el síndrome de maltrato contra la mujer embarazada como

El interés de este estudio es analizar la expresión de la violencia física y psicológica en la población obstétrica, sin considerar la violencia sexual que, por tener connotaciones diferentes, debe ser tratada en otro estudio.

un conjunto de síntomas no asociados a ninguna enfermedad orgánica que presentan las gestantes sometidas a maltrato.²¹

Aunque este es un problema de gran magnitud, el desconocimiento por parte del sector salud ayuda al subdiagnóstico.

El interés de este estudio es analizar la expresión de la violencia física y psicológica en la población obstétrica, sin considerar la violencia sexual que, por tener connotaciones diferentes, debe ser tratada en otro estudio.

El objetivo es describir y analizar la frecuencia de violencia física y psicológica según perfil sociodemográfico, vínculo social o de parentesco con el agresor, las complicaciones durante el embarazo y el resultado de la gestación en la población obstétrica de la sala Santa Sofía del Hospital Universitario San Vicente de Paúl, Medellín, en el período de octubre a diciembre de 1999.

Metodología

Para abordar el problema se realizó un estudio descriptivo prospectivo.

La población estuvo constituida por las gestantes que ingresaron a la sala Santa Sofía del Hospital Universitario San Vicente de Paúl que culminaron su gestación en esta institución, en el período comprendido entre el 25 de octubre y el 17 de diciembre de 1999.

Para el estudio se definieron las siguientes variables: lugar de residencia, nivel socioeconómico, edad, relación de pareja, escolaridad, control prenatal, presentación de violencia física y psicológica durante el último

año y la gestación actual, agresor, consumo de sustancias tóxicas, complicaciones durante el embarazo (se tuvieron en cuenta tres de las complicaciones asociadas con maltrato: amenaza de parto prematuro, ruptura prematura de membranas y abrupcio placentae), y características del producto de la gestación (supervivencia, edad gestacional y peso al nacer).

Con las anteriores variables y con base en encuestas usadas en trabajos internacionales se elaboró el instrumento (encuesta) para la recolección de la información. La prueba piloto se realizó durante dos días en la sala Santa Sofía, encuestándose a quince pacientes, luego se realizaron los ajustes finales al instrumento.

La recolección de datos fue realizada por la enfermera jefe de la sala, quien aplicaba la encuesta a las pacientes y anotaba el dato.

Las encuestas fueron posteriormente procesadas mediante la utilización del paquete estadístico EPI-INFO versión 6.046.

Resultados

Caracterización de la población

El total de mujeres encuestadas fue 229, una fue excluida porque su parto no había sido atendido en la institución.

Las características sociodemográficas se presentan en la tabla 1.

Característica	Número	Porcentaje
<i>Edad</i>		
< 19	52	22,8
19—26	94	41,2
27—35	54	23,7
> 35	28	12,3
<i>Lugar de residencia</i>		
Área metropolitana	155	68
Fuera área metropolitana	73	32
<i>Escolaridad</i>		
5 años o menos	107	46,9
6—11 años	116	50,9
> 11 años	5	2,2
<i>Relación de pareja</i>		
Con compañero	180	79
Sin compañero	48	21
<i>Nivel socioeconómico (Sisben)</i>		
1	35	15,4
2	110	48,2
3	31	13,6
4	0	0
5	0	0
6	52	22,8
Sin Sisben		

Tabla 1. Características sociodemográficas de la población de estudio

Caracterización del maltrato

Del total de la población, 88 mujeres (38,6%) fueron maltratadas en alguna forma, 25,9% psicológicamente, 11,4% física y psicológicamente y 1,3% presentaban maltrato físico únicamente (véase figura 1).

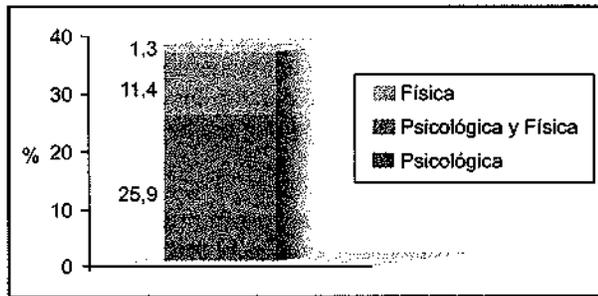


Figura 1. Distribución porcentual del tipo de maltrato.

Con relación al perfil sociodemográfico del grupo de gestantes maltratadas, la mayoría se ubica en el rango de edad entre 19 y 26 años. De las otras variables (procedencia, escolaridad y relación de pareja) se obtuvieron los siguientes datos: la mayoría residía en el área metropolitana, sólo una de las mujeres violentadas psicológicamente y ninguna de las maltratadas físicamente realizó estudios superiores y más de la mitad tenía pareja.

En este estudio la mayoría (77,6%) de las mujeres maltratadas psicológicamente en el año anterior, continuaban siéndolo durante el embarazo; con respecto al abuso físico más de la mitad tenían el antecedente (51,7%).

En cuanto a la frecuencia con que ocurría el maltrato psicológico: 30,6% respondió *diariamente*; 24,7%, *varias veces por semana*; 15,3%, *varias veces al mes*; y 29,4%, *varias veces al año*.

La mayoría de las mujeres maltratadas psicológicamente expresaron que el agresor era un familiar de primer y segundo grado, seguido por el compañero y extraño (véase figura 2).

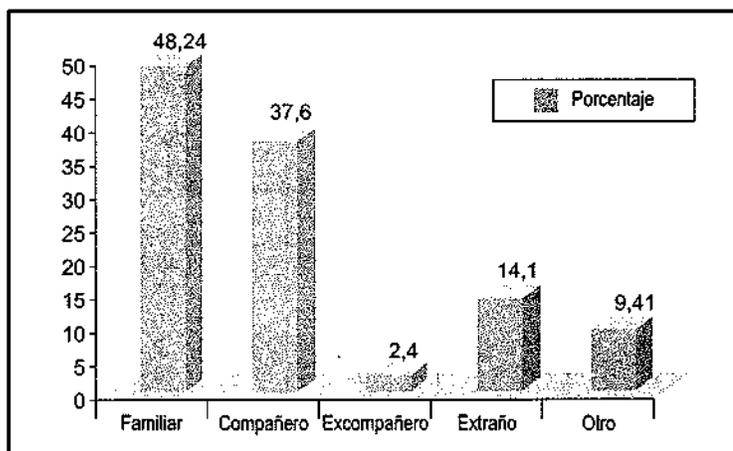


Figura 2. Maltrato psicológico y su relación con el agresor

El compañero fue el principal agresor de las gestantes violentadas físicamente, en su orden seguían familiares y extraños (véase figura 3).

El consumo de tóxicos por parte del compañero como de la embarazada se resume en la tabla 2.

De las gestantes violentadas psicológicamente que consumieron tóxicos, la cuarta parte aumentó la frecuencia de consumo durante el embarazo; y de las violentadas físicamente más de la tercera parte lo hizo.

En este estudio tanto las mujeres maltratadas como las que no lo eran, en su mayoría, hicieron más de tres controles prenatales (véanse tablas 3 y 4).

Ninguna de las mujeres violentadas física o psicológicamente presentó abrupcio de placenta. De las maltratadas psicológicamente 10,5% presentaron ruptura prematura de membranas y 22,3% amenaza de parto prematuro, y de las violentadas físicamente 6,9% tuvieron ruptura prematura de membranas y 31,03% amenaza de parto prematuro.

El bajo peso al nacer se presentó en el 28,2% de los neonatos de las mujeres maltratadas psicológicamente y en el 31% de aquellas de quienes se había abusado físicamente.

Sólo se presentó un mortinato y correspondió al grupo de gestantes no maltratadas.

Discusión

El 38,6% de las encuestadas fueron maltratadas física o psicológicamente, o ambos, hallazgos que concuerdan con las estadísticas mundiales.^{4, 8, 13 - 17}

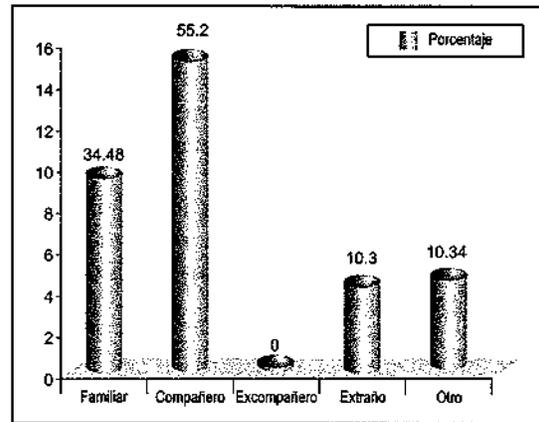


Figura 3. Maltrato físico y su relación con el agresor

No se encontraron diferencias marcadas en la edad, lugar de residencia, escolaridad, relación de pareja y nivel socioeconómico entre las maltratadas y las no maltratadas. Este hallazgo puede ser explicado por las similares características sociodemográficas entre todas las mujeres que consultan al Hospital Universitario San Vicente de Paúl y que hicieron parte del estudio.

	Consumo de tóxicos por la embarazada		Consumo de tóxicos por el compañero	
	Si	No	Si	No
Maltratadas psicológicamente	27,4% (62)	72,6% (166)	41,2% (94)	58,8% (134)
Maltratadas físicamente	27,6% (63)	72,4% (165)	55,2% (126)	44,8% (102)

Tabla 2. Distribución del consumo de tóxicos por ambos miembros de la pareja

	Ninguno	1 ó 2	3 ó más
Pacientes maltratadas: 850	12—14,1%	10—11,8%	63—74,1%
Sin maltrato: 143	7—10%	11,2—16%	81,8—117%

Tabla 3. Maltrato psicológico en el embarazo y número de controles prenatales ^b

	Ninguno	1 ó 2	3 ó más
Mujeres maltratadas: 29	5—17,2%	6—20,7%	18—62,1%
Sin maltrato: 199	8,5—17%	10,1—20%	81,4—162%

Tabla 4. Maltrato físico en el embarazo y número de controles prenatales ^c

No se encontraron diferencias marcadas en la edad, lugar de residencia, escolaridad, relación de pareja y nivel socioeconómico entre las maltratadas y las no maltratadas. Este hallazgo puede ser explicado por las similares características sociodemográficas entre todas las mujeres que consultan al Hospital Universitario San Vicente de Paúl y que hicieron parte del estudio.

Además, no es posible comparar la violencia entre las clases socioeconómicas alta, media y baja, pues estas dos últimas son las que predominan en la consulta del Hospital.

^b 59 maltrato psicológico + 26 psicológico y físico.

^c 26 maltrato físico y psicológico + 3 físico.

Más de la mitad del grupo de mujeres maltratadas reportó haber sido violentadas en el año anterior al embarazo, lo cual confirma que el antecedente del maltrato es un factor de riesgo para la continuación de éste durante la gestación.^{4, 11, 17, 23} La violencia doméstica es un problema de salud pública grave que afecta principalmente a las mujeres; aún durante el embarazo.¹⁵

El maltrato casi siempre fue propiciado por el compañero u otro familiar reflejando la alta prevalencia de violencia intrafamiliar contra la mujer.^{3, 4} En pocos casos fueron violentadas por extraños y dentro del grupo de otros agresores encontramos amigos, arrendatarios y vecinos.

El consumo de tóxicos por el compañero y la embarazada, se encuentra en la literatura como un factor de riesgo para la presentación de violencia.^{14, 15} En el grupo de maltratadas casi la tercera parte consumió algún tipo de tóxico (alcohol, cigarrillo o marihuana, entre otros). De las violentadas psicológicamente que consumieron tóxicos, la cuarta parte aumentó la frecuencia de consumo durante el embarazo, y de las maltratadas físicamente más de la tercera parte aumentó el consumo.

En este estudio tanto las mujeres maltratadas como las que no lo eran, en su mayoría, hicieron más de tres controles prenatales; pero hay que resaltar que el grupo de violentadas físicamente que no hicieron control prenatal corresponde al doble de las no maltratadas que no lo hicieron.



(Detalle) Diseño de Reynolds. *LA NIÑEZ*, ca. 1938. Vidriera emplomada. Panel de EL VENTANAL DE NIGHTINGALE, Catedral de Washington, Washington, DC. (De más abajo: Nightingale cuida a los pájaros y animales heridos. Se la muestra dando de comer a los pájaros y a su perro favorito, la perra (impaciencia)).

El maltrato contra la mujer embarazada y su relación con resultados desfavorables para ella y sus hijos, es un punto de interés sobre el cual se podría seguir trabajando.^{11, 14 - 17}

De las tres complicaciones durante el embarazo tenidas en cuenta (ruptura de membranas, amenaza de parto prematuro y abrupcio de placenta) la amenaza de parto prematuro fue la que más se presentó en el grupo de mujeres violentadas.

Investigaciones realizadas en otros países señalan que existe relación entre el bajo peso al nacer y la violencia durante el embarazo, encontrando que las mujeres maltratadas son cuatro veces más propensas a tener niños de bajo peso.^{7, 14} Al analizar la relación anterior se encuentra que el bajo peso al nacer se presentó más en el grupo de maltratadas físicamente que en el de violentadas psicológicamente.

No hubo diferencias marcadas entre el grupo de maltratadas y no maltratadas con respecto al bajo peso al nacer, éste podría relacionarse con otros factores como niveles socioeconómicos medio y bajo a los que pertenecía la población de estudio.

Así como en la literatura y en la práctica médica se habla del síndrome del niño maltratado, se debe empezar a tomar consciencia del maltrato contra las mujeres y especialmente durante la gestación. Se podría entonces hablar del síndrome de la mujer golpeada y del síndrome del maltrato contra la mujer embarazada.

El médico, como parte de la sociedad y encargado del cuidado de la salud, debe poseer conocimiento del problema de violencia contra las mujeres (gestantes o no) para reconocerlo e intervenir adecuadamente; por tanto, el tópico de violencia doméstica debería ser incluido en el currículo de educación médica, tratarse durante la práctica en los centros de urgencias y ser un punto a incluir en el control prenatal.

De igual manera el médico gineco-obstetra debe darle la importancia que por su gravedad y frecuencia tiene este problema al igual que cualquier otra enfermedad durante el embarazo.^{3, 9, 10, 14} ©

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Franco S. *La violencia una realidad social*. Instituto Colombiano de bienestar familiar, Dirección Seccional de Salud de Antioquia, Subsecretaría de la mujer. Primer foro regional sobre violencia intrafamiliar; Medellín; 1993.
2. Quiroz M, Restrepo V, Restrepo C, Suarez J. *Prevención y atención de la violencia intrafamiliar*. Medellín: Microformas; 1995: 136-165.
3. Donohoe M. Domestic violence against women. *JAMA* 1995; 274 (19): 1.507.
4. Geary F, Wingate C. Domestic violence and physical abuse of women: The Grady memorial hospital experience. *Am J Obstet Gynecol* 1999; 181 (1): 517-521.
5. Marwick C. Domestic violence recognized as world problem. *JAMA* 1998; 274 (19): 1.510.
6. Rodriguez M, Bauer H, McLoughlin Z, Grumbach K. Screening and intervention for intimate partner abuse. *JAMA* 1999; 282: 468-474.
7. Heise L. *Violencia contra la mujer: La carga oculta a la salud*. Washington D.C.: Organización panamericana de la salud; 1994.
8. McFarlane J, Parker B, Soeken K. Abuse during pregnancy: Frequency, severity, perpetrator, and risk factor of homicide. *Public health nurs* 1995; 12 (5): 284-289.
9. O'campo P, Gielen AC, Faden RR, Kass N. Verbal abuse and physical violence among a cohort of low-income pregnant women. *Women's health issues*. 1994; 4 (1): 29-37.
10. Gazmararian JA, Lazorick S, Spitz AM, Ballard TJ, Saltzman LE, Marks JS. Prevalence of violence against pregnant women: Review article. *JAMA* 1996; 275 (24): 1.915-1.920.
11. Poole G, Martin J, Perry K, Griswold J, Lambert J, Rhodes R. Trauma in pregnancy: The role of interpersonal violence. *Am J Obstet Gynecol* 1996; 174 (6): 1.873-1.878.
12. Bewley CA, Gibbs A. Violence in pregnancy. *J Nurse Midwifery* 1991; 7 (3): 107-112.
13. Curry M, Perrin N, Wall E. Effects of abuse on maternal complications and birth weight in adult and adolescent women. *Obstet Gynecol* 1998; 92: 530-534.
14. Valdez R, Sanin L. La violencia doméstica durante el embarazo y su relación con el peso al nacer. *Salud pública de México* 1996; 38 (5): 352-362.
15. Horan D, Chain J, Kein L, Schemidt L, Shulkin L. Domestic violence screening practice of obstetrician-gynecologists. *Obstet Gynecol* 1998; 92: 785-789.
16. Madhabika B, Yattama M. Assault victim history as a factor in depression during pregnancy. *Obstet Gynecol* 1999; 94: 204-208.
17. Widding L, Grimstad H, Maler A, Schei B, Janson P. Prevalence of physical and sexual abuse before and during pregnancy among Swedish couples. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1999; 78: 310-315.
18. McFarlane J, Parker B, Soeken K, Bullock L. Assessing for abuse during pregnancy, severity and frequency of injuries and associated entry into prenatal care. *JAMA* 1992; 287 (23): 3.176-3.178.
19. Chambliss L. Violencia doméstica: Una crisis en salud pública. *Clinicas obstétricas de Norteamérica* 1998; 3: 591-599.
20. Dahmus M, Sibai B. Blunt abdominal trauma: Are there any predictive factors for abruptio placentae or maternal fetal distress. *Am J Obstet Gynecol* 1993; 169 (4): 1.054-1.059.
21. Moreno A. Mujer, embarazo y violencia. Síndrome de maltrato en la mujer embarazada. *Rev. Col. de ginecología y obstetricia* 1996; 47 (2): 87-91.
22. Smikle C, Sorem K, Satin A, Hankins G. Physical and sexual abuse in middle-class obstetric population. *South Med J* 1996; 83: 983-988.
23. Norton L, Peipert J, Zierler S, Lima B, Huma L. Battering in pregnancy: An assessment of two screening methods. *Obstet Gynecol* 1995; 85 (3): 321-325.
24. Mayer L, Liebschutz J. Domestic violence in the pregnant patient: Obstetric and behavioral interventions. *Obstetrical and gynecological survey* 1998; 53 (10): 627-635.
25. Abbott J, Johnson R, Koziol-McLain J, Lowenstein SR. Domestic violence against women: Incidence and prevalence in an emergency department population. *JAMA* 1995; 273: 1.763-1.767.
26. Júbiz A. Atención prenatal. En: Botero Uribe J, Júbiz Hasbún A, Henao G, eds. *Obstetricia y ginecología*. 6ª ed. Medellín, 1999: 96-105.
27. Bayoum G, Borum M, Haywood Y. Violencia doméstica en mujeres. *Clinicas médicas de Norteamérica* 1998; 2: 363-372.
28. Gazmararian J, Adams M, Saltzman L, Johnson C, Bruce C, Marks J et al. The relationship between pregnancy intendedness and physical violence in mothers of newborns. *Obstet Gynecol* 1995; 85 (6): 1.031-1.038.
29. Glander S, Mowre M, Michielutte R, Parsons L. The prevalence domestic violence among women seeking abortion. *Obstet Gynecol* 1998; 91 (6): 1.002-1.006.
30. Hall D, Lynch M. Violence begins at home: Domestic strife has life long affects on children. *B.M.J.* 1998; 316: 1.551-1.560.
31. Harper M, Parson L. Maternal deaths due to homicide and other injuries in North Carolina: 1.992-1.994. *Obstet Gynecol* 1997; 90 (6): 920-923.
32. Mezey G, Bewley S. Domestic violence and pregnancy: Risk is greatest after delivery. *B.M.J.* 1997; 314: 1.295.
33. Olson L, Ancil C, Fullerton L, Bridman J, Arbuckle J, Skjar D. Increasing emergency physician recognition of domestic violence. *Ann emerg med* 1996; 26 (6): 741-745.
34. Pak L, Reece A, Chan L. Is adverse pregnancy outcome predictable after blunt abdominal trauma?. *Am J Obstet Gynecol* 1998; 179 (5): 1.140-1.144.
35. Richardson J. Domestic violence against women. *B.M.J.* 1995; 311: 964-965.
36. Valenti J. Domestic violence. *JAMA* 1998; 280 (5): 270.
37. Halfin V, Lehmann D. Violencia doméstica y ataque sexual. En: Decherney A, Pernoll M. eds. *Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétricos*. México: Editorial El manual moderno; 1997: 1.419-1.427.
38. Ellsberg MC, Peña R, Herrera A, Liljestrand I. El maltrato de las mujeres en edad fecunda en Nicaragua. *Am J Public Health* 1999; 89: 241-249.