

Violencia de género, embarazo y autoestima en un área urbana de la ciudad de México.

Gender violence, pregnancy and self-esteem in an urban area of Mexico city.

Mendoza Flores María Eugenia¹, Martínez Hernández Gabriela², Pizano Zárate María Luisa³, Lartigue Becerra Teresa⁴.

RESUMEN

Objetivo: Estimar la violencia de género con la autoestima en mujeres con y sin embarazo para brindar atención de enfermería. **Material y Métodos:** Estudio transversal y analítico; muestra: 490 mujeres seleccionadas aleatoriamente conforme criterios de inclusión: edad de 15-45 años, con y sin embarazo, con pareja y participación voluntaria. Se utilizó la *Encuesta Nacional de Violencia contra las Mujeres/ENVIM*, el *Inventario de Autoestima de Coopersmith-A* y datos sociodemográficos y obstétricos; para el análisis se utilizó la estadística descriptiva y regresión logística. **Resultados:** El 52% estuvo embarazada con edad entre 15 a 25 años ($p=0,000$), con <3 años de convivencia ($p=0,000$), trabajo no remunerado ($p=0,00$), el cónyuge percibiendo salario < al mínimo ($p=0,00$); de 0 a 1 gestación ($p=0,001$); el 94% refirió violencia por parte de su pareja, las embarazadas presentaron mayor violencia psicológica (RM 2,29 IC 95% 1,39-3,75) y económica (RM 1,38 IC 95% 1,09-1,76) y autoestima baja (RM 1,06 IC 95% 1,63-2,78); salario < al mínimo del cónyuge (RM 1,90 IC 95% 1,00-3,60) y edad entre 15 a 25 años (RM 1,76 IC 95% 1,42-3,98); destacándose la violencia física en las mujeres sin embarazo (RM 1,43 IC 95% 1,08-3,84) y autoestima baja (RM 1,52 IC 95% 1,05-2,21). **Conclusiones:** Existen diferencias de violencia entre las embarazadas (psicológica y económica) versus no embarazadas (física), siendo la autoestima baja un factor de riesgo. Cabe a las enfermeras identificar factores de riesgo para violencia de género en las consultas y realizar la referencia correspondiente, así como promoción educativa entre las mujeres.

PALABRAS CLAVE: Embarazo, Autoestima, Violencia de género, Área Urbana, Enfermería.

¹ Enfermera especialista en Salud Pública del Departamento de Investigación Psicosocial del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes/INPerIER. México, Distrito Federal.

² Licenciada en Enfermería. Universidad Autónoma Metropolitana. México.

³ Investigadora en Ciencias Medicas. Subdirección de Investigación en Salud Pública del INPerIER. México.

⁴ Doctora en Psicología. Titular Asociada "C".

ABSTRACT

Objective: To estimate gender violence with the self-esteem in women with and without pregnancy to provide nursing care. **Material and Methods:** Cross-sectional and analytical study; sample: 490 women randomly selected following inclusion criteria: age 15 to 45 years old, with or without pregnancy, with partner and voluntary participation. We used the *National Survey of Violence against Women/ENVIM*, *Self-Esteem Inventory of Coopersmith-A* and demographic and obstetric data, for analysis was used descriptive statistic and logistic regression. **Results:** 52% was pregnant with an age between 15 to 25 years old ($p=0.000$), with < 3 years of cohabitation ($p=0.000$), unpaid work ($p=0.000$), partner receiving salary < to minimum ($p=0.000$), from 0 to 1 pregnancy ($p=0.000$), 94% referred violence by partner, pregnant women presented more psychological (OR 2.29 CI 95% 1.39-3.75), and economic violence (OR 1.38 CI 95% 1.09-1.76) and low self-esteem (RM 1.06 CI 95% 1.63-2.78); salary < amount to a minimum of partner (OR 1.90 CI 95% 1.00-3.60), and age between 15 to 25 years (OR 1.76 CI 95% 1.42-3.98), it is highlighted physical violence against women without pregnancy (OR 1.43 CI 95% 1.08-3.84) and low self-esteem (RM 1.52 CI 95% 1.05-2.21). **Conclusions:** there are differences of violence among pregnant women (psychological-economic) vs. non-pregnant (physical); being low self-esteem a risk factor. Nursing should identify risk factors for gender violence at consultation and carry out necessary referral, as well educational promotion among women.

KEY WORDS: Pregnancy, Self-Esteem, Gender violence, Urban Area, Nursing.

INTRODUCCION

La violencia de género es un problema social presente en todos los países a lo largo de la historia, no tiene límites de edad, clase social, raza, ideologías o religión (1,2), impactando preferencialmente entre las mujeres, niños/as y ancianos. En este estudio específicamente haremos referencia a la violencia contra las mujeres, que conceptualmente describe a toda forma de maltrato físico, sexual, económico y psicológico contra la mujer, mediante el cual se intenta perpetuar el sistema de jerarquías impuesto por la cultura patriarcal (1).

La violencia de género es una violencia estructural propiamente dicha y tiene como propósito mantener o incrementar la subordinación de la mujer al género masculino; debiendo reconocerse que la sociedad es el mayor cómplice del victimario, por las diferentes conductas que se han establecido a lo largo de la historia entre el hombre y la mujer, dando privilegio a las conductas masculinas, que en la mayoría de las veces, hace uso de la violencia para imponer y recuperar el poder sobre las mujeres, logrando así la sumisión de la víctima (1). Los cónyuges o novios son los protagonistas de este control.

Actualmente, la violencia de género constituye un problema social que tiene graves consecuencias sobre las mujeres, provocando trastornos fisiológicos y psicosociales; los primeros pueden causar contusiones, fractura de huesos e incluso la muerte de las víctimas y, los segundos llegan a afectar el bienestar psíquico de la mujer, con repercusión en la autoestima y pérdida de confianza en sí misma (2-4).

Estudios revelan que las mujeres que sufrieron maltrato físico o sexual en la niñez y/o adultez tienen mayor riesgo de presentar depresión, ansiedad, autoestima baja, trastornos psicossomáticos, entre otros (5-7). Asimismo, se sabe que la violencia de género disminuye el ingreso laboral de las mujeres en 3-20%, con pérdida de un año de vida saludable por cada quinquenio (8), por las repercusiones que tiene en la calidad de vida de la mujer, como períodos de enfermedad, ausentismo laboral y aislamiento social.

Un estudio epidemiológico realizado en la ciudad de México concluyó que dos de cada 10 mujeres sufrieron algún tipo de violencia infligida por su pareja, destacando la violencia psicológica (19,6%), física (9,8%), sexual (7,0%) y económica (5,1%)(9). Castro et al. identificaron que existe relación entre embarazo y violencia (10). Los autores refieren que dependiendo de la metodología utilizada estos resultados pueden variar, desde aquellos que apuntan que el embarazo desempeña un papel "protector" frente a la violencia, hasta aquellos que aseveran que el embarazo es un factor que potencia su riesgo (10-12).

La Norma de Atención a la Violencia Familiar (13) describe que es competencia de la enfermera(o) colaborar en la detección de mujeres maltratadas, considerando su posición en el sistema de salud, pues constituye el primer contacto a donde los pacientes acuden, además de la amabilidad y la confianza que la caracteriza, siendo el receptor ideal de los casos de violencia. Sin embargo, reconocemos que en el país la enfermera se ha burocratizado por la carga de trabajo (y/o sobrecarga) que asume en los diferentes servicios

y consultorios hospitalarios; olvidándose de su tarea primordial: la de mantener contacto humano con las personas y ofrecer un cuidado cálido a sí misma y a los demás. En ese sentido, algunas funciones tendrían que redefinirse con el compromiso de sensibilizar y capacitar a este grupo de profesionales; asimismo, las autoridades sanitarias de los hospitales tendrían que sensibilizarse frente a la problemática de la violencia, facilitando en los sistemas de atención de salud espacios de privacidad y disposición de mayor tiempo en las consultas para atender los casos detectados (14).

Resaltamos que prevenir e identificar precozmente la violencia de género en las familias, constituye un medio que favorece el desarrollo social y económico de las personas y del país, por lo tanto, es necesario establecer estrategias e intervenciones inmediatas que ayuden a contrarrestar la violencia de género.

Así, el estudio tuvo como objetivo estimar la prevalencia de los tipos de violencia y su asociación con la autoestima en mujeres con y sin embarazo, con el fin de proponer algunas estrategias de atención de enfermería, de acuerdo a las necesidades que presenta la población.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal y analítico, realizado en un área urbana de la ciudad de México, en cuatro colonias pertenecientes a la Delegación Miguel Hidalgo: América, Daniel Garza, Ampliación Daniel Garza y 16 de Septiembre; estas áreas fueron seleccionadas por establecer contacto con ellas desde hace 20 años, lo que facilitaría la recolección de datos, con la actualización del croquis del área.

El tamaño de la muestra fue calculado en base a la prevalencia de violencia conyugal del 36% (15), considerando un IC de 95% con auxilio del paquete de cómputo SAMPLE, con una tasa de rechazo del 25%, estimándose la participación de 490 mujeres, las cuales fueron seleccionadas utilizando la tabla de números aleatorios; para este procedimiento utilizamos el croquis de la comunidad asignándose a cada casa un número entre 0001 a 3855, considerando los siguientes criterios de inclusión: edad entre 15-45 años, con pareja en los últimos 12 meses, residente en el área de estudio y participación voluntaria y, de exclusión: mujeres con retraso mental o con tratamiento antidepressivo.

Para recolectar los datos utilizamos tres instrumentos validados en estudios previos: A) La Encuesta Nacional de Violencia contra las Mujeres/ENVM para identificar los tipos de violencia de género (psicológica -

14 ítems; física - 9 ítems; sexual - 9 ítems y económica - 9 ítems), evaluando las respuestas a través de una escala tipo *Likert*: nunca, alguna vez, varias veces y muchas veces, con un alfa de *Conbrach* de 0,8 (9). B) Para evaluar la autoestima utilizamos 25 reactivos del *Inventario de Autoestima de Coopersmith-A* versión corta para adultos, con cargas factoriales superiores a 0,5 y correlaciones superiores a 0,80 en comparación con el instrumento original (16), con respuestas dicotómicas, con un punto de corte 17 a 18 para autoestima mediana a alta, considerando tres clasificaciones de autoestima a) *Baja*, b) *Mediana* y c) *Alta*. C) Para los datos sociodemográficos usamos el instrumento propuesto por la Asociación Mexicana de Mercados y de Investigación/AMAI (17) complementando con los datos de antecedentes obstétricos. Todos los instrumentos fueron sometidos a una prueba piloto con 50 participantes que acudieron a consulta externa del Instituto Nacional de Perinatología/INPerIER.

La recolección de datos fue realizada entre octubre del 2006 y abril del 2007, mediante visita domiciliaria y entrevista individualizada, por pasantes femeninas en Servicio Social de la licenciatura en Enfermería, quienes fueron previamente capacitadas.

Los resultados fueron analizados en el paquete de cómputo SPSS versión 15.0. Se utilizó la estadística descriptiva y la prueba de regresión logística múltiple, obteniendo estimadores de razón de momios (RM), con intervalo de confianza de 95% (IC 95%). Se incluyeron en el análisis bivariado un valor de $p \leq 0,05$: embarazo, convivencia con la pareja de dos a cinco años, así como el cónyuge percibiendo un salario de \leq al mínimo, autoestima baja, edad entre 15-25 años y mujeres no embarazadas. Finalmente, se aplicó prueba de bondad de ajuste de Pearson, y la prueba de Hosmer y Lemeshow.

El estudio fue aprobado por la Comisión de Ética y de Investigación del INPerIER, teniendo en cuenta los aspectos éticos sugeridos por la Organización Mundial de la Salud/OMS (18). Resaltamos que cada participante firmó la Carta de Consentimiento Informado antes de la entrevista y, al término de la misma, se le proporcionó un tríptico conteniendo información básica sobre la violencia de género y lugares donde puede acudir para asesoría legal y/o psicológica, en caso de requerirla.

RESULTADOS

El 52,0% (254) de las mujeres estaban embarazadas al momento de la entrevista; del total de la muestra el 94% refirió haber sufrido algún tipo de violencia por parte de su pareja. Datos sociodemográficos de la tabla

Tabla N°1. Perfil sociodemográfico y embarazo n= 489.

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	EMBARAZO		P	RM*	IC 95%
	SI	NO			
EDAD	FREC (%)	FREC (%)			
15 a 25 años	126 (72,8)	47 (27,2)	0,00	3,89	2,46-5,51
26 a 45 años	133 (42,1)	183 (57,9)			
ESCOLARIDAD					
≤ secundaria	130 (52,4)	118 (47,6)	0,43	1,02	0,84-1,23
Medio/superior	129 (53,5)	112 (46,5)			
CONVIVENCIA CON LA PAREJA O EXPAREJA					
≤ 1 a 3 años	104 (74,8)	35 (25,2)	0,00	3,73	2,41-5,78
4 a 10 años	155 (44,3)	195 (55,7)			
CON PAREJA					
Si	191 (52,0)	175 (47,8)	0,40	1,03	0,64-1,50
No	68 (55,0)	55 (44,7)			
NIVEL SOCIOECONÓMICO					
Bajo	86 (56,0)	67 (43,0)	0,33	1,20*	0,82-1,77
Medio/alto	173 (51,0)	163 (48,0)			
TRABAJO REMUNERADO					
No	200 (61,7)	124 (38,0)	0,00	1,67	1,40-2,00
Si	59 (35,8)	106 (64,0)			
SALARIO DEL CÓNYUGE					
≤ mínimo	111 (67,3)	54 (32,7)	0,00	2,94	1,91-4,53
≥ mínimo	81 (41,1)	116 (58,9)			
SALARIO DE LA MUJER					
≤ mínimo	38 (35,4)	68 (64,8)	0,54	0,98	0,50-1,91
≥ mínimo	21 (35,6)	38 (64,4)			

*Razón de Momios

N°1 muestran las diferencias entre el grupo de embarazadas vs no embarazadas ($p=0,00$); identificándose que la condición de embarazada fue frecuente entre las más jóvenes (72,8%), con tres o menos años de convivencia (74,8%), con trabajo no remunerado (61,7%) y el cónyuge percibiendo un salario igual o menor al mínimo (67,3%).

En la tabla N°2 identificamos también diferencia en los antecedentes obstétricos entre embarazadas y no embarazadas ($p=0,00$), siendo de 0 a 1 gestación (62,6%) para la primera y de 2 a 5 hijos vivos (72,3%) para la segunda.

La tabla N°3 muestra que la violencia psicológica fue 2,2 veces mayor en las mujeres con embarazo; 1,5 veces mayor cuando se convivía con pareja entre dos y cinco años; 1,6 veces mayor cuando el cónyuge ganaba salario \leq al mínimo y 1,6 veces mayor en mujeres con autoestima baja. Asimismo, la violencia eco-

nómica fue 1,3 veces mayor en las embarazadas; 1,9 veces mayor cuando el cónyuge ganaba salario \leq al mínimo; 1,0 veces mayor en mujeres con autoestima baja; y 1,7 veces mayor en aquellas entre 15-25 años de edad. Contrario a la violencia física, que fue 1,4 veces mayor en las mujeres sin embarazo y con autoestima baja.

DISCUSIÓN

Los resultados del estudio muestran que la frecuencia de violencia de género fue mayor a los datos de la Encuesta Nacional Sobre Violencia contra las Mujeres/ ENVIM (9). En este estudio el 94% de las mujeres refirió haber sido objeto de violencia en algún momento de su vida.

Conceptualmente la violencia constituye un patrón de maltrato que realiza la pareja masculina hacia la mujer, caracterizado por una serie de conductas coercitivas que pueden incluir a) violencia física como los

Tabla N°2. Historia reproductiva.

VARIABLES REPRODUCTIVAS	EMBARAZO		P	RM*	IC 95%
	SI	NO			
	FREC (%)	FREC (%)			
GESTACIONES					
0 a 1	107 (62,6)	64 (37,4)	0,00	1,82	1,24-2,67
2 a 8	152 (47,8)	166 (52,2)			
HIJOS VIVOS					
0 a 1	207 (68,8)	94 (31,2)	0,00	5,75	3,83-8,60
2 a 5	52 (27,7)	136 (72,3)			

*Razón de Momios

empujones, golpes, heridas de arma de fuego o punzo cortante; b) violencia psicológica constituida por la intimidación, humillaciones verbales, amenaza de violencia física; c) violencia sexual que fuerza física o emocionalmente a la mujer a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad y, finalmente, d) violencia económica que constituye el ejercicio del control a través del dinero.

Algunos estudios reportan que la prevalencia de violencia puede variar según tipo de agresión (19,20); sin embargo, la prevalencia de cualquier tipo de violencia fue estimada en 21,5% con predominio de la violencia psicológica (19,6%). En el estudio reportado por los autores, entre las mujeres que tenían antecedente de embarazo, el 14,1% refirió haber sido objeto de violencia y 4,4% comentó haber sido golpeada en el abdomen. Resaltamos que en ambos estudios se utilizó la Encuesta Nacional de Violencia contra las Mujeres/ENVIM.

Jorge Corsi (1) en su libro “*Maltrato y Abuso en el Ámbito Doméstico*” plantea que no existe una forma sistematizada para abordar la violencia de género. En el estudio evidenciamos que la violencia económica y psicológica se relacionó con las mujeres embarazadas, donde la pareja percibía el salario mínimo o todavía menor, ubicándolas en real desventaja social frente aquellas mujeres donde el cónyuge gana más dinero. Sí a este proceso se suman otros factores de riesgo, como la condición de ser mujer sin trabajo remunerado y dependiente económicamente del cónyuge; con una edad joven, en convivencia con su pareja de 1-3 años y autoestima baja, podemos decir que estas personas presentan dependencia emocional y tendencia a la depresión y desánimo (21-22).

Reconociendo que la violencia sufrida en la niñez crea un cuadro de resultados negativos, tanto psicológicos como físicos en la etapa adulta, resaltamos la revictimización de violencia como una situación normal (5), ante lo cual es importante intervenir precozmente en las familias víctimas de violencia; pues este proceso agresivo como parte de la vida cotidiana genera distorsiones cognoscitivas en las mujeres impidiéndoles reconocer la magnitud del peligro que enfrentan, tanto ellas como sus hijos/as (23) y, por consiguiente, buscar la ayuda necesaria.

En México existen escasos estudios que analicen la violencia de género en relación a la autoestima en mujeres con y sin embarazo. El análisis con respecto a las mujeres embarazadas reportados por el ENVIM muestra que el 25% de las encuestadas sufrió algún tipo de maltrato (12). Otros autores señalan que el estar embarazada o tener hijos pequeños fue reconocido como un factor de riesgo, considerando que la prevalencia de maltrato en este grupo fue de 3,9 - 8,3% más que en las mujeres no embarazadas (10,11).

Las mujeres relatan que la violencia emocional (20,4%) y económica (8,1%) se inicia o aumenta al estar embarazadas (12), resultados similares a nuestro estudio, pues el estar embarazada fue un factor de riesgo para la violencia de género, considerando que se trataba de una población residente en un área urbana con diversos patrones culturales y sociales, donde se percibía la falta de reconocimiento de los derechos humanos universales.

Destacamos que durante la entrevista las mujeres que referían haber sido víctimas de violencia, trataban en lo posible de minimizar o esconder el problema. Esta

Tabla N°3. Violencia de Género asociada a variables psicosociales en mujeres con y sin embarazo.

VARIABLES PSICOSOCIALES	P	RM*	IC 95%
VIOLENCIA PSICOLÓGICA			
Embarazo	0,00	2,29	1,39-3,75
Convivencia con la pareja (1 a 3 años)	0,05	1,55	1,29-2,03
Salario del cónyuge (≤ al mínimo)	0,05	1,64	1,40-2,01
Autoestima baja	0,05	1,68	1,46-2,00
VIOLENCIA ECONÓMICA			
Embarazo	0,00	1,38	1,09-1,76
Salario del cónyuge (≤ al mínimo)	0,04	1,90	1,00-3,60
Autoestima baja	0,00	1,06	1,63-2,78
Edad de 15 a 25 años	0,03	1,76	1,42-3,98
VIOLENCIA FÍSICA			
No embarazo	0,03	1,43	1,08-3,84
Autoestima baja	0,02	1,52	1,05-2,21

*Razón de Momios.

situación, nos hace reconocer que es necesario también abordar el contexto de la pareja en sí, pues mucho de los comportamientos actuales pueden estar relacionados con su historia pasada, donde pueden haber sufrido algún tipo de violencia o abuso en la infancia, usar drogas o consumir alcohol, entre otros factores, que ciertamente favorecen estilos de comportamientos violentos.

Por otro lado, la evidencia que las mujeres no embarazadas están expuestas a la violencia física con autoestima baja demuestra los condicionantes desfavorables de las relaciones de poder de género. Uno de los limitantes de este estudio fue no haber identificado las características de la pareja masculina; siendo necesario abordarlo en futuras investigaciones.

Frente a esta realidad, es importante implementar en los Servicios de Salud y en el ámbito comunitario programas de salud mental que detecten oportunamente casos de violencia de género, que pueden llegar a ser severos con una o varias de las consecuencias ya conocidas, como la depresión, ansiedad y autoestima baja (23), o inclusive la muerte.

Así, compete al personal de enfermería, tal como lo determina la “Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999, Prestación de Servicios de Salud: Criterios para la atención médica de la violencia familiar” (13), identificar el grado de riesgo de violencia de género existentes en las familias en la consulta externa, en los ambulatorios y hospitalización; debiendo favorecer un clima de confianza y sin prejuicios, respetando la privacidad y garantizando la confidencialidad de la información a las víctimas y, si es necesario, realizar la referencia de los casos que ameriten la intervención de las instancias correspondientes (legal y/o psicológica).

La institución de salud tiene la obligación de anexar a la historia clínica las valoraciones o la cédula de identificación de violencia de género realizadas por el equipo de salud, en caso de manifestación y evidencia explícita. Es importante que en cada servicio de salud exista un representante del Ministerio Público para realizar la respectiva denuncia legal de los casos de violencia severa, así como la existencia de la “Norma para la Atención a la Violencia Familiar”, considerando que este documento regularizará las acciones del profesional de salud y, especialmente de la enfermera,

para intervenir oportunamente en beneficio de los usuarios.

En materia de promoción educativa, compete también a las enfermeras realizar campañas de divulgación en la comunidad sobre las formas de violencia de género existentes, si es posible en coordinación con otras dependencias competentes, sea gubernamentales o privadas, a fin de prevenir y combatir la violencia de género en el entorno familiar. En el caso de las mujeres embarazadas debemos valorar el retraso considerable de los cuidados prenatales, historia previa de embarazo no deseado, amenazas de abortos, partos prematuros y bebés con bajo peso al nacer, además de considerar las lesiones durante el embarazo, reporte de dolor pélvico crónico e infecciones genitales recurrentes durante el embarazo.

CONCLUSIONES

Existen diferencias sociodemográficas y tipo de violencia infligida por la pareja entre las mujeres embarazadas (económica y psicológica) y no embarazadas (física) en un área urbana de la ciudad de México, destacándose como algunos de los factores de riesgo que modula esta problemática, la autoestima baja, la condición de ser joven, tener poco tiempo de convivencia y que el cónyuge perciba un salario mínimo o aún menor. El 94% de las mujeres reportó algún tipo de violencia propiciada por su pareja.

Correspondencia:

Maria Eugenia Mendoza Flores

INPerIER

Departamento de Investigación Psicosocial.

Montes Urales No.800, Col. Lomas Virreyes, Del. Miguel Hidalgo, CP.1100, México Distrito Federal.

Teléfono Fax: 5540 2947.

Correo electrónico: tina14mx@yahoo.com

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Corsi J. Maltrato y Abuso en Ámbito Doméstico. Fundamentos teóricos para el estudio de la violencia en las relaciones familiares. Buenos Aires: Ed. Paidós; 2003.
2. Gomez M, Pinto N. Atitude contra a violencia. Protocolo de assistência a saúde sexual e reprodutiva para mulheres em situação de violência de genero. Río de Janeiro: BEMFAM; 2001.
3. Amnistía Internacional. Mujeres, Violencia y Salud; 2005. En: http://www.amnesty.org/es/alfresco_asset/1952d453-a2ae-11dc-8d74-6f45f39984e5/
4. Zubizarreta I. Consecuencias psicológicas del maltrato doméstico en las mujeres y en sus hijas e hijos. Bilbao, España: Proyecto NAHIKO. EMAKUNDE; 2004.
5. Rivera L, Allen B, Chávez R, Ávila L. Abuso físico y sexual durante la niñez y revictimización de las mujeres mexicanas durante la vida adulta. Salud Pública Mex 2006; (S2):268-278.
6. Felitti V, Anda R, Nordenberg D, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz A, et al. Relationship of childhood abuse and household Dysfunction to Many of the leading causes of death in adults. The adverse childhood experiences (ACE) Study. Am J Prev Med 1998;14(4): 245-258.
7. Valdez R, Juárez C, Salgado-de Snyder, Ago C, Ávila-Burgos L, Hajar M. Violencia de género y otros factores asociados a la salud emocional de las usuarias del sector salud en México. Salud Pública Mex 2006; 48(S2):S250-S258.
8. Londoño J, Guerrero R. Violencia en América Latina. Epidemiología y Costos. En: Londoño J, Gaviria A, Guerrero R (Eds.). Asalto al Desarrollo: Violencia en América Latina. Washington: Banco Interamericano de Desarrollo; 1999. p. 11-57.
9. Valdez R, Hajar M, Salgado de Zinder V, Rivera L, Ávila L, Rojas R. Escala de violencia e índice de severidad: una propuesta de metodología para medir la violencia de pareja en mujeres mexicanas. Salud Pública Mex 2006, 48(S2): S221-S231.
10. Castro R, Ruiz A. Prevalencia y severidad de la violencia contra mujeres embarazadas, México. Rev Saúde Pública 2004; 38(1):62-70.
11. Castro R. Violencia contra mujeres embarazadas: Tres estudios sociológicos. Cuernavaca UNAM: Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias; 2004. p. 62.
12. Cuevas S, Blanco J, Juárez C, Palma O, Valdez-Santiago R. Violencia y embarazo en usuarias del sector salud en Estados de alta marginación en México. Salud Pública Mex 2006, 48(S2): S239-S249.
13. NORMA Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999, Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar. En: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/190ssa19.html> (Fecha de acceso: septiembre 2007).
14. Heise L. *Violence against women: The hidden health burden. World Bank Discussion Paper. Washington, DC: Banco Mundial, 1994.*
15. Krug EL, Dahlberg L, Mercy J, Zwi B, Lozano R. Informe Mundial sobre Violencia y la Salud. Washington DC, EUA: OMS/OPS; 2003. p. 109-111.
16. Lara Cantu M, Verduzco A. Validez y confiabilidad del Inventario de Autoestima Coopersmith-A para adultos en población mexicana. Revista Latinoamericana de Psicología 1993; 25(2):247-255.
17. López HR. AMAI: Comité de Niveles Socioeconómicos. Distribución de niveles

- socioeconómicos en el México Urbano. Datos, diagnósticos, tendencias 2006: 13:1-7.
18. Organización Panamericana de la Salud. Dando prioridad a las mujeres: Recomendaciones éticas y de seguridad para la investigación sobre la violencia doméstica contra las mujeres. Ginebra: OPS; 1999. p.13.
 19. Gómez H, Vázquez J, Fernández S. La Violencia en las mujeres usuarias de los servicios de salud en el IMSS y la SSA. *Salud Pública Mex* 2006, 48(S2):S279-S287.
 20. Olaiz G, Rojas R, Valdez R, Franco A, Palma O. Prevalencia de diferentes tipos de violencia en usuarias del sector salud en México. *Salud Pública Mex* 2006, 48(S2):S32-S38.
 21. Hajar, Campbell R, Sefl T Ahrens CE. The impact of rape on women's sexual health risk behaviours. *Health Psychology* 2002; 23(1):67-74.
 22. Graham WL, Rawlings E, Rimini W. Survivors of terror. Battered women, hostages and the Stockholm Syndrome. En: Yilko K, Bograd M. (Eds). *Feminist perspectives on wife abuse*. Newbury Park: Sage; 1998.
 23. Yam, M. Wife abuse: Strategies for a therapeutic response. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice* 1995; 9:147-158.

Recibido: 3 de diciembre del 2007
Aceptado para publicación: 17 de marzo del 2008.