

Violencia de género durante la gestación

Gender violence for pregnancy

Sarai Ruiz-Herrera^A, Encarnación Elena Rincón-Elvira^B y Gemma Álvarez-Centeno^B

^A Enfermera. Diputación de Sevilla (Sevilla).

^B Enfermera. Hospital Universitario Virgen Macarena (Sevilla).

RESUMEN

Introducción: La violencia de género (VG) afecta a mujeres de todas las edades y clases sociales, aumentando la vulnerabilidad durante el embarazo. Ésta ocasiona importantes consecuencias en la salud de la madre y del feto. La detección de la VG durante el embarazo sigue siendo un reto para los profesionales sanitarios.

Objetivo: Revisar la violencia de género durante la gestación a través de una revisión bibliográfica.

Metodología: Revisión bibliográfica en Lilacs, PubMed, Cochrane Library Plus, Scopus, CINAHL y Medes de la literatura publicada entre 2011-2022 y cuyo objetivo fuese la violencia de género durante la gestación. De los 1773 artículos consultados, se seleccionaron 36 artículos, tras aplicar criterios de inclusión y exclusión, texto completo, español/inglés, publicados entre 2010 y 2022.

Resultados y conclusiones: Algunos autores muestran las características/indicadores de la VG durante la gestación, dándose todos los tipos de maltrato: físico, psicológico y sexual. La gestación es de por sí un factor de riesgo. Sus consecuencias son negativas tanto a nivel general como específicas para el feto y la embarazada. Existen factores potenciadores como el abuso de drogas y alcohol, bajo nivel cultural, la dependencia económica, y barreras para su detección como la escasa formación de los profesionales sanitarios, argumentando la importancia un abordaje específico. Otras barreras como estructuras gubernamentales, estigmas sociales, dificultan su detección, siendo vital la Educación para la Salud y la formación de los profesionales, además de implantar protocolos y medidas para el abordaje.

PALABRAS CLAVE

embarazo, violencia de género, salud de la mujer, pareja sentimental

ABSTRACT

Background: Gender-based violence affects women of all ages and social classes, increasing vulnerability during pregnancy. This causes important consequences for the health of the mother and the fetus. Detection of gender violence during pregnancy remains a challenge for health professionals.

Objectives: To investigate gender violence during pregnancy through a review of the scientific literature.

Methods: Bibliographic review in Lilacs, PubMed, Cochrane Library Plus, Scopus, CINAHL and Medes whose objective was gender-based violence during pregnancy. 1773 articles were consulted, 36 articles were selected, after applying inclusion and exclusion criteria, full text, Spanish/English, published between 2010 and 2022.

Results and conclusions: Some authors show the characteristics/ indicators of gender-based violence during pregnancy, giving all types of abuse; physical, psychological and sexual. Pregnancy is in itself a risk factor. Its consequences are negative both at a general level and specifically for the fetus and the pregnant woman. There are enhancing factors such as drug and alcohol abuse, low cultural level, economic dependence, and barriers to detection such as poor training of health professionals, arguing the importance of a specific approach. Other barriers such as government structures, social stigmas, make it difficult to detect, being vital the Health Education and the training of professionals, in addition to implementing practice guidelines and measures for the approach.

KEYWORDS

pregnancy, gender-based violence, women's health, intimate partner violence

INTRODUCCIÓN

Gracias de la lucha de diversos colectivos feministas y universitarios, se han realizado avances a nivel legislativos en materia de igualdad y violencia de género, siendo éstos indispensables, pero aún se observa que son insuficientes¹. La violencia de género abarca atentados contra la integridad física y/o psicológica, la mujer ve quebrantada su salud¹⁻⁹; ésta no es ejecutada sobre

la mujer por parte del hombre por un casual, ni por instinto; la superioridad de éste ha sido asumida de forma consciente o inconsciente, imponiendo sus propios criterios y/o decisiones, haciendo uso de cualquier medio, incluyendo la violencia¹. La Doctora Leonor Walker^{10,11} describe el ciclo de la violencia que consta de tres fases: Fase I (acumulación de tensión), Fase II (incidente agudo), Fase III (luna de miel). Al igual que sus madres, los hijos de estas viven dichas situaciones de violencia (fases), padeciendo la misma inseguridad y labilidad emocional¹¹.

El embarazo no es un factor protector, las mujeres embarazadas desde un 10 a un 61.8% sufren maltrato¹²⁻¹³, más bien supone un factor de riesgo¹⁴, o incluso aumenta¹⁵; debe considerarse

FECHA DE RECEPCIÓN: 18/4/2022

FECHA DE ACEPTACIÓN: 15/7/2022

Correspondencia: Sarai Ruiz Herrera

Correo electrónico: saray_ruizluna@hotmail.com

de manera especial debido al riesgo y a la vulnerabilidad¹¹. La violencia de género durante la gestación conlleva importantes consecuencias negativas tanto para la salud de las mujeres como para la de los niños, siendo éste un grave problema de salud pública²⁻¹⁶. Debe considerarse por ello embarazo de alto riesgo¹¹. La violencia de género durante el embarazo es más frecuente que la diabetes gestacional, preeclampsia o defectos del tubo neuronal⁹.

Como consecuencia de ello podemos encontrar efectos sobre la salud del embarazo desde abortos, patología gestacional hasta la muerte perinatal y fetal^{2-5,11,12}.

La dificultad de la separación de la pareja durante el embarazo sería una dificultad sumatoria^{5,11,12}.

Un total de 1130 mujeres fueron asesinadas en España del 2003 a 9 de febrero de 2022, según el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, los últimos estudios realizados por la delegación de gobierno para la violencia de género de España, de éstas 567 fueron en edad reproductiva; los agresores comprendían edades de entre 16 a 70 años, en otras 15 víctimas no se especifica la edad¹⁵. Según datos de otros países, en 2010, la prevalencia de VG durante la gestación es; en países africanos (3.8 a 13.5%), en países de América Latina (4.1 a 11.1%), en Asia (2 a 5%), mientras que en Dinamarca (1.8%) y un 2% en Australia³.

Para paliar dicha situación en cualquier nivel social, la prevención apunta ser la forma más efectiva, instruyendo y aumentando la comunicación efectiva además de las relaciones interpersonales entre los géneros, desde la escolarización hasta actividades sociales¹⁷; la creación de políticas públicas, junto al tratamiento de las consecuencias, además de proporcionarles apoyo a las mujeres e hijos que busquen protección^{3,4,12}.

Para que dicha prevención sea eficaz, los recursos de enfermeras, médicos, trabajadores sociales, grupos de defensa del estado, como policía, y la comunidad académica deben trabajar bien coordinados e integrados para maximizar dichos recursos⁵. Desde el sector sanitario, la atención prenatal también es básica para establecer relaciones de confianza con las mujeres^{3,5,18}. (Ver tabla 1).

El objetivo general ha sido conocer la violencia de género durante la gestación a través de una revisión bibliográfica. Cómo objetivos específicos se marcaron, primero conocer la tipología y características o indicadores, repercusiones de violencia de género durante la gestación que recoja la literatura, segundo buscar los factores potenciadores y las barreras o dificultades para detectar la violencia de género durante la gestación y por último revisar si existen protocolos o medidas de mejora para el abordaje de la violencia de género durante la gestación.

METODOLOGÍA

La metodología utilizada se centró en un análisis de la literatura científica para recopilar la información sobre la violencia de género durante la gestación.

La localización de los estudios se realizó por medio de búsquedas electrónicas en diferentes bases de datos nacionales (Lilacs, Medes,) e internacionales (PubMed, Scopus, Cochrane Library Plus, CINAHL), utilizando términos DeCS y MeSH.

Tabla 1. Dificultades para identificar la violencia de género por parte de las mujeres.

Miedos (a la respuesta de su pareja, a no ser entendida y ser culpabilizada, a que no se respete la confidencialidad, a no ser capaz de iniciar una nueva vida, a las dificultades económicas, judiciales, sociales, a lo que ocurra con sus hijos...).

Baja autoestima, culpabilización.

Estar viviendo una situación de especial vulnerabilidad

Ser dependiente económicamente. Estar fuera del mercado laboral.

Sentimientos de vergüenza y humillación.

Deseo de proteger a la pareja.

Desconfianza en el sistema sanitario.

Minimización de lo que le ocurre.

Aislamiento y falta de apoyo familiar y social.

Tener incorporados creencias y valores sexistas.

Estar acostumbradas a ocultarlo.

Percepción del maltrato como algo «normal» dentro de la relación.

Bloqueo emocional por trauma físico y psíquico.

Fuente: Ministerio de Sanidad SS e IG de E. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género. Madrid: Centro de publicaciones; 2012. p. 120³².

Las palabras claves fueron utilizadas en combinación mediante ecuaciones: “violencia de género” AND embarazo; “violence against women” AND pregnancy; “violence during pregnancy” AND “intimate partner”; “intimate partner” AND violence AND pregnancy; “partner violence” AND “women’s health” AND pregnancy; “pregnant woman” AND violence; Violencia de género embarazo; “violence against women” AND pregnancy; Abused woman AND pregnancy, repitiendo lo mismo en español. Los limitadores utilizados: texto completo, artículos en español e inglés, periodo de tiempo 2010-2022.

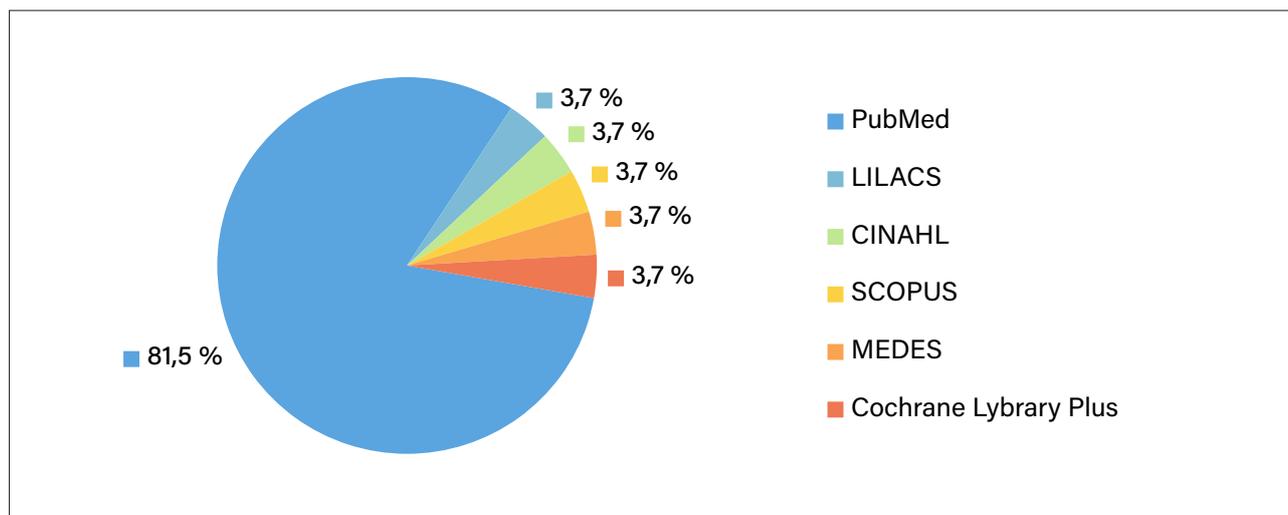
Las bases de datos que fueron utilizadas son PubMed 81%, Cochrane Lybrary Plus 4%, Cinahl 4%, Scopus 4% y Medes 4%; Los tipos de estudios según tipología y características o indicadores de violencia de género durante la gestación resultaron en un 55% fueron transversales, un 14% revisiones bibliográficas, un 18% cualitativas, un 5% comparativos, un 4% ensayos aleatorios y un 4% cohortes prospectivos.

En los gráficos se muestran las bases de datos de procedencia de los artículos consultados (gráfico 1), la tipología de los artículos que tratan sobre características o indicadores de violencia de género en el embarazo (gráfico 2) y la tipología de los artículos que tratan sobre repercusiones de la violencia de género en el feto y la madre (gráfico 3).

RESULTADOS

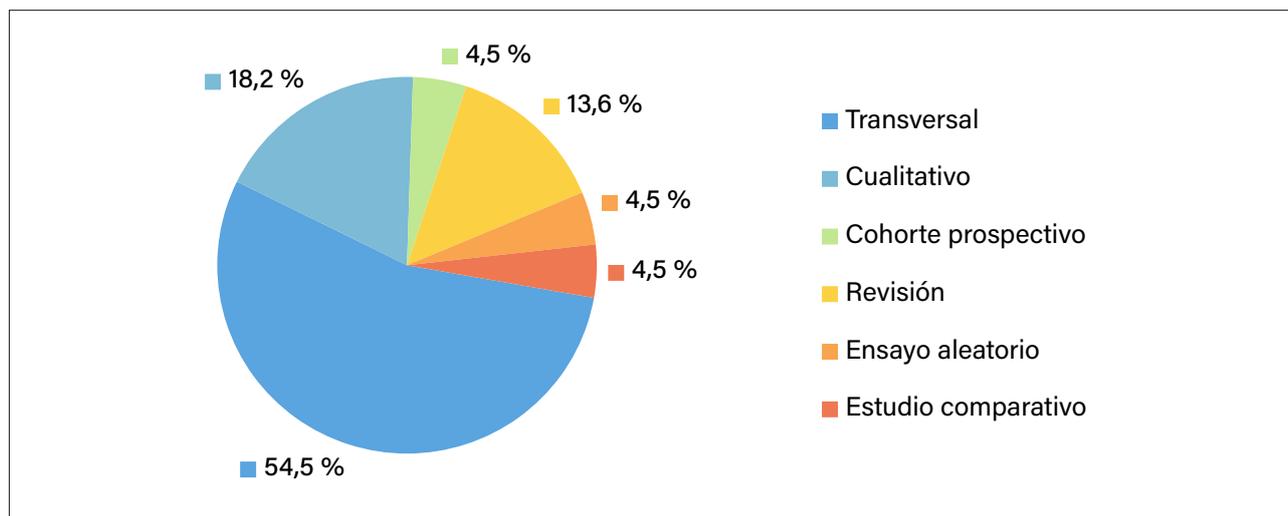
El embarazo es un estado en el que afloran numerosas necesidades y con ello la vulnerabilidad de sufrir VG, no limitándose a un período¹⁹. La prevalencia de VG en la mujer embarazada va

Gráfico 1. Bases de datos total.



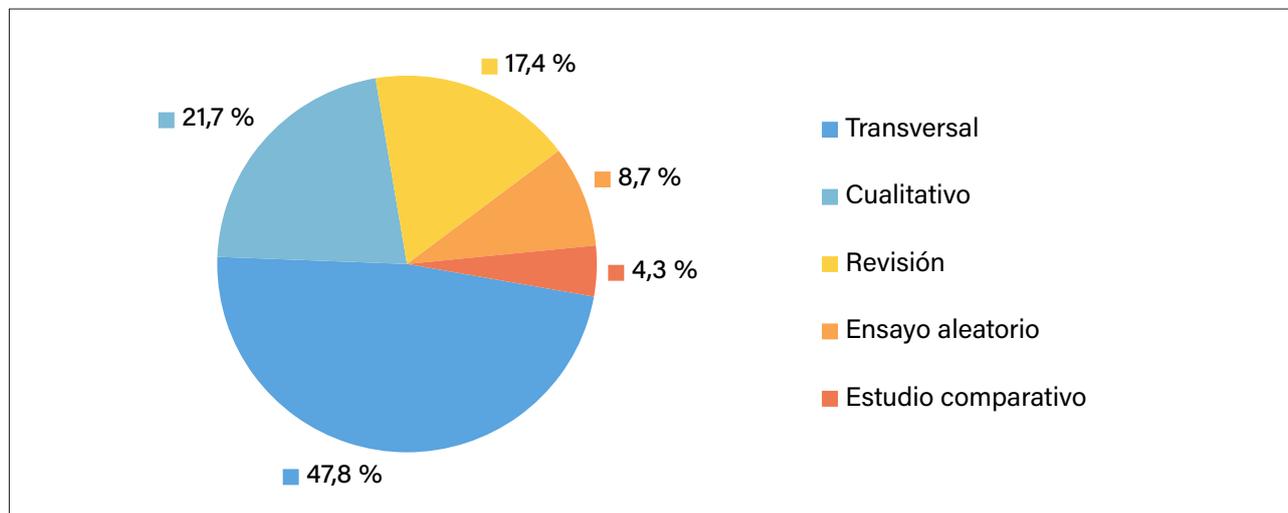
Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 2. Tipos de estudio según características o indicadores de violencia de género durante la gestación.



Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 3. Tipos de estudio según repercusiones en madre y feto de la violencia de género durante la gestación.



Fuente: Elaboración propia.

desde 1.2% a un 66%^{12,19-24}, otro autor concluye de forma diferente que 1 de cada 7 mujeres embarazadas lo sufren durante o poco después del embarazo. En países en vías de desarrollo es de un 21% a un 31.5%^{5,19-21,23,25,26}, y en países desarrollados es de un 3.4 a un 11%²⁶.

El embarazo no es un factor protector⁴, las mujeres embarazadas desde un 10% a un 61.8% sufren maltrato¹²⁻¹³, supone un factor de riesgo^{2,3,4,5,13} o incluso aumenta¹⁵.

Varios autores hacen referencia a tres tipos de violencia; sexual^{2,3,5,9,13,27}, física^{2,3,5,9,13,27} con un 58.4%¹⁴, psicológica/emocional¹³ con un 73.3%¹⁴ incluyendo amenazas²⁵. La causa de que se obtenga como resultado una menor prevalencia de tipo psicológica, puede ser motivada por influencias culturales y desigualdades de género que dificulten detectarla¹².

Existen resultados obstétricos y perinatales desfavorables como consecuencia de la VG como abortos^{2-5,11,12,34}, preeclampsia^{12,20,34}, ganancia de peso inadecuada, , amenaza de parto prematuro, parto prematuro, partos prolongados, desgarros obstétricos, cesáreas, hemorragias postparto, infecciones, anemias, recién nacido con bajo peso al nacer, distrés fetal, incluso hasta la muerte neonatal y fetal^{2-5,11,12}.

Respecto a las características como la edad media a la que las mujeres embarazadas sufren VG es de los 21 hasta los 24 (+/- 10)^{5,13,14,23,25,26-29}. La media de hijos se establece de 1 a 2 hijos^{21,28}, otro autor señala 2.64 hijos¹³ y un último de 1 a 4 hijos¹⁴. Respecto al estado civil, tres autores señalan que presentan mayor riesgo de sufrir VG, mujeres casadas^{5,29-31} y un autor indica mujeres solteras¹³. Como consecuencias, recibieron asistencia sanitaria durante el embarazo un 12% y un 5% no la recibió¹³. Cuatro autores indican sobre denuncias, que lo hacen desde un 4% a un 54%^{13,22,32}, y después de ello algunas realizaron además una interrupción legal del embarazo¹³. Otros autores enuncian que no denuncian²³, en un 54% de los casos; Haciendo referencia a la prevalencia según la religión, varios autores indican que son practicantes musulmanes^{13,29}, católicas^{13,27} y cristianas ortodoxas^{14,31}.

El uso de drogas ilegales^{2,22,25,27,34} además del uso de alcohol^{2,21,25,29,33,34} duplican la VG^{14,34}; Asocian el consumo de tabaco en un 6%^{13,27}.

La evidencia muestra como factores potenciadores y/o barreras o dificultades para detectar y un mayor riesgo de sufrir VG en mujeres desempleadas o en paro, amas de casa^{5,13,29} o sin ingresos económicos³¹. Aunque señalan un 37% en mujeres trabajadoras³⁰. El analfabetismo^{5,14,31}, nivel básico de educación^{5,13,21,25,27,29,33,34} o secundario^{28,30} también son determinados como factores de riesgo. Además, una falta de autonomía de tipo reproductivo, cómo la falta de decisión sobre el uso o métodos anticonceptivos³¹ y embarazos no deseados^{16,21,31}. Según los expertos, la baja o tardía asistencia prenatal nos podría hacer sospechar sobre VG^{6,16,25}.

El estigma cultural de la violencia de género, el idioma^{27,35}, factores de tipo cultural y falta de servicios de planificación familiar contribuyen a delimitar la autonomía de las mujeres, la población en general considera la violencia de género un asunto privado, además afectan las estructuras gubernamentales, especificando dicho autor que en Estonia la primera encuesta sobre dicho tema no se realizaron hasta 2011³⁴, suponiendo todas las anteriores barreras o dificultades para la identificación de ésta³⁵.

Otro de los principales obstáculos que se encuentran en atención primaria para la detección de la violencia de género en el embarazo es la falta de formación continuada del personal sanitario, o la carga excesiva de trabajo, así como la falta de colaboración por parte de otros profesionales o entidades³⁷. La VG en atención prenatal está en menor proporción atendida que otros problemas de salud en la mujer embarazada, como preeclampsia, placenta previa, al considerarse ésta erróneamente menos frecuente²⁰.

La enfermera especialista obstétrica (matrona) por el contacto más cercano, directo y a la vez la relación de confianza que se crea entre ambas durante la gestación, puede llegar a desempeñar un cometido esencial en la detección^{38,27}, no sólo con la paciente, sino además con su pareja^{20,27}. La matrona puede hacer de eslabón para cooperar en una mayor conciencia de los derechos y apoyos a estas mujeres, en participación con las redes sociales, otros profesionales sanitarios y asistencia social²⁷.

Van en aumento las recomendaciones a nivel internacional y en Suecia concretamente, de incluir preguntas de rutina sobre la exposición a la violencia de género en las visitas de atención de la salud ya que hace que sea visible, como un problema de salud pública y con ello se muestra la violencia como inaceptable además de que se puede ofrecer apoyo^{6,27}, además de ser una actuación segura y efectiva como primer paso para la lucha contra la VG, en general. Sin embargo por otro lado, no existe un consenso de cómo lidiar y que medidas deben ser acatadas ante la VG²⁰.

También se considera como factor relevante para la detección precoz, la implantación de servicios prenatales con protocolos específicos que permitan identificar situaciones de riesgo^{14,39}. Como ejemplo de ello, la OMS realiza un estudio para valorar las propiedades psicométricas de los instrumentos, en éste caso cuestionarios que utiliza para valorar la VG durante la gestación⁴⁰. Otro ejemplo sería el protocolo MOVE, el primer ensayo aleatorio utilizado en enfermería sobre la sostenibilidad de cribado de la VG, se lleva a cabo en Australia, donde coexisten fuertes sanciones contra la VG familiar a nivel nacional y estatal³⁷.

DISCUSIÓN

La limitación principio que ha presentado dicha revisión ha sido encontrar estudios específicos de VG durante la etapa de la gestación. Siendo una barrera la escasez de estudios en España con las dificultades que conlleva la adaptación cultural de estudios de América latina, África, etc . Quizás por falta de especificidad en los distintos estudios, ha sido dificultoso encontrar protocolos y barreras específicos. Además de escasez sobre recomendaciones e intervenciones que se puedan implementar en consulta, ya que en el caso de las gestantes son diversas y variadas, respecto al profesional que le atiende y en el tiempo.

CONCLUSIONES

Según la literatura se recoge que existe una relación estrecha entre las características sociales, económicas, de género, culturales, geográficas, religiosas e individuales para que se dé la VG durante la gestación.

Las repercusiones de la VG durante la gestación tiene consecuencias negativas tanto para el feto como para la madre, afectando a su salud, a nivel físico, social, repercutiendo en la psíquica y/o reproductiva.

Se dan todos los tipos de maltrato: físicos, psíquicos y sexuales.

Hay factores que potencian la violencia de género durante el embarazo, como adiciones o el alcohol, el nivel socio-económico familiar bajo y/o, la dependencia económica o reproductiva.

Las barreras para su detección son el estigma cultural a nivel individual, incluyendo un enraizamiento de ésta en la vida social y aceptación de dicha situación como normal y cotidiana. La

capacitación profesional deficitaria y también barreras estructurales gubernamentales.

La EPS figura como factor protector en esta etapa de la vida. Es esencial que exista una adecuada y continuada formación del personal sanitario y no sanitario en la detección de la V.G durante la gestación y abordaje, para así poder garantizar la calidad asistencial.

La literatura refleja la necesidad de considerar la violencia de género, como un problema de salud pública, mejorar e incrementar la relación terapéutica y de confianza de profesionales incluyendo a sanitarios y no sanitarios e implantar protocolos específicos para ello, son algunas de medidas y/o protocolos para el abordaje de la V.G que se proponen.

BIBLIOGRAFÍA

- Alonso C, Cacho R, González I, Herrera E, Ramírez J. Guía de buen trato y prevención de la violencia de género. Protocolo de actuación en el ámbito educativo. Junta de Andalucía. 2011. p. 158.
- Antoniou E. Women's Experiences of Domestic Violence during Pregnancy: A Qualitative Research in Greece. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Sep 27;17(19):7069. doi: 10.3390/ijerph17197069. PMID: 32992596; PMCID: PMC7579452.
- Da Thi Tran T, Murray L, Van Vo T. Intimate partner violence during pregnancy and maternal and child health outcomes: a scoping review of the literature from low-and-middle income countries from 2016 - 2021. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2022 Apr 13;22(1):315. doi: 10.1186/s12884-022-04604-3. PMID: 35418053; PMCID: PMC9006493.
- Amel Barez M, Babazadeh R, Latifnejad Roudsari R, Mousavi Bazaz M, Mirzaii Najmabadi K. Women's strategies for managing domestic violence during pregnancy: a qualitative study in Iran. *Reprod Health*. 2022 Mar 2;19(1):58. doi: 10.1186/s12978-021-01276-8. PMID: 35236396; PMCID: PMC8892786.
- Berhanie E, Gebregziabher D, Berihu H, Gerezgiher A, Kidane G. Intimate partner violence during pregnancy and adverse birth outcomes: a case-control study. *Reprod Health*. 2019 Feb 25;16(1):22. doi: 10.1186/s12978-019-0670-4. PMID: 30803448; PMCID: PMC6388467.
- Alhusen J, Ray E, Sharps P BL. Intimate partner violence during pregnancy: maternal and neonatal outcomes. *J Womens Heal*. 2015;24(1):100-6.
- ONU. Declaración sobre la eliminación de la violencia de la mujer [Internet]. Organización de las Naciones Unidas. 85ª sesión plenaria 20 de diciembre de 1993 [citado 26 de junio 2022]. Disponible en: <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/violenceagainstwomen.aspx>
- OMS. Violencia de pareja y violencia sexual contra la mujer [Internet]. 239 World Health Organization. [citado 3 de febrero 2022]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/>
- Gómez M.A, Gobernans J, Payá M. Las matronas y la detección de la violencia en el embarazo. *Matronas de Profesión*. 2015;16(4):124-30.
- Bogantes J. Violencia doméstica. *Medicina Legal de Costa Rica*. Costa Rica; 2008. p. 55-60.
- Ministerio de Sanidad SS e IG de E. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género. Madrid: Centro de publicaciones; 2012. p.120-14-18-26-28-36-37-45.
- Ruiz I, Aguera C. (2020) Protocolo Andaluz para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género. Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP). Consejería de Salud y Familias de la Junta de Andalucía. 3ª edición electrónica. SEVILLA. 129 p. URL: https://www.juntadeandalucia.es/export/drupalajda/Protocolo_Andaluz_para_Actuacion_Sanitaria_2020.pdf
- Pereira E, Ludemir A, Velho T AS. Frequency and pattern of intimate partner violence before, during and after pregnancy. *Rev Saude Publica* [Internet]. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2011 Dec;45(6):1044-53. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S003489102011000600006&script=sci_arttext&tlng=en
- Idoko P, Ogbe E, Jallow O, Ocheke A. Burden of intimate partner violence in The Gambia - a cross sectional study of pregnant women. *Reprod Health*. 2015;12(1):1-7.
- Ministerio de igualdad. Gobierno de España. Secretaria de estado de igualdad y contra la violencia de género. [Internet]Portal Estadístico. Delegación de Gobierno contra la violencia de género. Madrid [citado el 9 de febrero de 2022] Disponible en: https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/victimasmortales/fichaMujeres/pdf/VMortales_25012022_Act2021.pdf // <http://estadisticasviolenciagenero.igualdad.mpr.gob.es/>
- Semahegn A, Belachew T AM. Domestic violence and its predictors among married women in reproductive age in Fagitalekoma Woreda, Awi zone, Amhara regional state, North Western Ethiopia. *Reprod Health*. 2013;10:63.
- Alhusen J, Bullock L, Sharps P, Schminkey D, Comstock E CJ. Intimate Partner Violence During Pregnancy and Adverse Neonatal Outcomes in Low-Income Women. *J Womens Heal*. 2014;23(11):920-6.
- OMS | Informe de la OMS destaca que la violencia contra la mujer es "un problema de salud global de proporciones epidémicas" [Internet]. World Health Organization. Ginebra; 2013 [citado 26 de junio 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/20-06-2013-violence-against-women-a-global-health-problem-of-epidemic-proportions->

19. Alhusen J RD. Pregnant Mothers' Perceptions of how Intimate Partner Violence affects Their Unborn Children. *JOGNN*. 2015;44(2):210-7.
20. Van A-s , Verhamme A, Temmerman M VH. Intimate Partner Violence and Pregnancy: A Systematic Review of Interventions. *PLoS One*. 2014;9(1):1-10.
21. Sanchez S, Alva A, Diez G, Qiu C, Yanez D, Gelaye B WM. Risk of Spontaneous Preterm Birth in Relation to Maternal Exposure to Intimate Partner Violence During Pregnancy in Peru. *Matern Child Heal J*. 2013;17(3):485-92.
22. Finnbogadóttir H, Dykes A.K WK. Prevalence of domestic violence during pregnancy and related risk factors: a cross-sectional study in southern Sweden. *BMC Womens Health*. 2014;14(63):42-8.
23. Lettiere A, Spanó A BD. Violência contra a mulher e suas implicações na saúde materno-infantil. *Acta Paul Enferm*. 2012;25(4):524-9.
24. Urquia ML, O'Campo PJ, Heaman MI, Janssen PA TK. Experiences of violence before and during pregnancy and adverse pregnancy outcomes: An analysis of the Canadian Maternity Experiences Survey. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2011;11:42.
25. Almeida C.P, Cunha F.F, Pires E.P SE. Common mental disorders in pregnancy in the context of interpartner violence. *J Psychiatr Ment Heal Nurs*. 2013;20(5):419-25.
26. Bessa MMM, Drezett J, Rolim M, Abreu LC de. Violence against women during pregnancy: sistematized revision. *Reprodução Clim. Elsevier*; 2014 May 1;29(2):71-9.
27. Byrskog U, Olsson P EB y AM-K. Being a bridge: Swedish antenatal care midwives' encounters with Somali-born women and questions of violence; a qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015;16(15):1.
28. Johri M, Morales RE, Boivin JF, Samayoa BE, Hoch JS GC et al. Increased risk of miscarriage among women experiencing physical or sexual intimate partner violence during pregnancy in Guatemala City, Guatemala: cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2011;11:49.
29. Tavoli Z, Tavoli A, Amirpour R, Hosseini R MA. Quality of life in women who were exposed to domestic violence during pregnancy. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016;16(19).
30. Das S, Bapat U, Shah N, Alcock G, Joshi W, Pantvaidya S and OD. Intimate partner violence against women during and after pregnancy: a cross-sectional study in Mumbai slums. *BMC Public Health*. 2013;13:817.
31. Mahenge B, Likindikoki S, Stöckl H MJ. Intimate partner violence during pregnancy and associated mental health symptoms among pregnant women in Tanzania: a cross-sectional study. *BJOG*. 2013;120(8):940-7.
32. Malaju MT AG. Women's expectation of partner's violence on HIV disclosure for prevention of mother to child transmission of HIV in North West Ethiopia. *BMC Res Notes*. 2013;6:96.
33. Koen N, Wyatt GE, Williams JK, Zhang M, Myer L, Zar HJ SD. Intimate partner violence: associations with low infant birthweight in a South African birth cohort. *Metab Brain Dis*. 2014;29(2):281-99.
34. Laanpere M, Ringmets I, Part K KH. Intimate partner violence and sexual health outcomes: a population-based study among 16-44-year-old women in Estonia. *Eur J Public Heal*. 2012;23(4):688-93.
35. Salazar M SSM. Violence against women and unintended pregnancies in Nicaragua: a population-based multilevel study. *BMC Womens Health*. 2014;14:26.
36. Ministerio de igualdad. Secretaria de estado de igualdad y contra la violencia de género. [Internet]Portal Estadístico. Delegación de Gobierno contra la violencia de género. Madrid [citado el 9 de febrero de 2022]
37. Taft AJ, Small R, Humphreys C, Hegarty K, Walter R, Adams C AP. Enhanced maternal and child health nurse care for women experiencing intimate partner/family violence: protocol for MOVE, a cluster randomised trial of screening and referral in primary health care. *BMC Public Health*. 2012;12:811.
38. Gómez M.A, Goberna J PM. Las matronas y la detección de la violencia en el embarazo. *Matronas Profesión*. 2015;16(4):124-30.
39. Koch E, Chireau M, Pliego F, Stanford J, Haddad S, Calhoun B, Aracena P, Bravo M, Gatica S TJ. Abortion legislation, maternal healthcare, fertility, female literacy, sanitation, violence against women and maternal deaths: a natural experiment in 32 Mexican states. *BMJ Open*. 2015;5(2).
40. Ribeiro, M. R. C., de Britto, M. T. S. S., Batista, R. F. L., Ribeiro, C. C. C., Schraiber, L. B., Barbieri MA et al. Confirmatory Factor Analysis of the WHO Violence Against Women Instrument in Pregnant Women: Results from the BRISA Prenatal Cohort. *PLoS One*. 2014;9(12): e11.

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Ruiz-Herrera S, Rincón-Elvira EE, Álvarez-Centeno G. Violencia de género durante la gestación. *Hygia de Enfermería*. 2022; 39(2): 87-98