



PREVALENCIA DE VIOLENCIA DOMÉSTICA GESTACIONAL SEGÚN EL INGRESO ECONÓMICO DE LAS NACIONES *

PREVALENCE OF DOMESTIC VIOLENCE DURING PREGNANCY ACCORDING TO THE INCOMES/SOCIO-ECONOMIC STATUS OF THE NATIONS

Arteta-Acosta Cindy¹
Monterrosa-Castro Álvaro²
Ulloque-Caamaño Liezel¹

CORRESPONDENCIA: cindyarteta@hotmail.com

Recibido para evaluación: agosto-13-2015. Aceptado para publicación: mayo-20-2016.

RESUMEN

Introducción: la violencia doméstica gestacional (VDG) es una problemática sensible que amerita ser evaluada y tomada en consideración.

Objetivo: realizar síntesis de la bibliografía sobre la prevalencia de VDG e identificar distintos tipos y factores asociados según el nivel económico de los países.

Materiales y métodos: se realizó una revisión en estudios descriptivos y analíticos. Búsqueda en la base de datos MEDLINE, artículos publicados entre 2010 a 2014. Se excluyeron artículos de opinión, editoriales, revisiones e informes, se identificaron los factores asociados a VDG. Además, se presentan rangos de prevalencia por países, niveles de ingresos económicos y globales, según estudios identificados a conveniencia.

Resultados: se identificaron 30 estudios, el 36.7% de ellos realizados en países de altos ingresos, el 63.3% en países de medianos/bajos ingreso económicos. La violencia psicológica fue más prevalente, seguida de violencia física y sexual. Suecia tuvo menor presencia de VDG, inferior a otros países de altos o medianos/bajos ingresos. Se identificaron factores asociados a VDG: antecedente de violencia doméstica OR:11.6[8.3-16.2], tres o más eventos estresantes en el embarazo 26.4[10.22-68.62], permanecer soltera OR:6.6[3.3-12.8], baja educación del compañero OR: 5.7[1.4-23.4] y desempleo OR:5.1[1.7-15.9], insuficiente nivel educativo femenino OR:2.0[1.1-3.2], inadecuado control prenatal OR:3.5[1.5-8.0] y maternidad temprana OR:1.8[1.4-2.3]. Se encontró que países de altos ingresos tenían rango de prevalencia de VDG entre 1.0-19.1%, los de medianos/bajos: 15.0-63.1%.

Conclusión: se observaron diferentes cifras de VDG en los países, siendo estas mayores en países de medianos/bajos ingresos. Diversos factores modificables están asociados.

Rev.cienc.biomed. 2016;7(1):80-92.

PALABRAS CLAVE

Embarazo; Violencia doméstica; Mujeres embarazadas; Violencia sexual.

* Un producto del Grupo de Investigación Salud de la Mujer. Universidad de Cartagena. Colombia.

¹ Médico General. Estudiante de la Maestría en Epidemiología. Joven Investigador Colciencias (2014-2015, 2016-2017). Integrante del Grupo de Investigación Salud de la Mujer. Facultad de Medicina. Universidad de Cartagena. Colombia.

² Médico. Ginecólogo. Líder del Grupo de Investigación Salud de la Mujer. Facultad de Medicina. Universidad de Cartagena. Colombia.

SUMMARY

Introduction: the gestational domestic violence is a sensible issue that deserves be evaluated and taken into account.

Objective: to make a synthesis of the literature about the prevalence of DVP and to identify its different types and associated factors according to the economic level of the countries.

Methods: it was carried out a review using descriptive and analytical studies. Also, it was made a search in MEDLINE database, this search was limited to articles published between 2010 and 2014. The opinion articles, editorials, reviews and case reports were excluded; the factors associated with DVP were identified. Besides, it is presented a prevalence range of the countries, their levels of economic incomes, according to studies chosen by convenience.

Results: 30 studies were identified, 36.7% of them were made in countries with high risk, the other 63.3% in countries with medium/low economic incomes. The psychological violence was the most prevalent, followed by physical and sexual violence. Sweden had less presence of VDG, lower than in other countries with high or medium/low incomes. The factors associated with DVP were: history of domestic violence OR: 11.6[8.3-16.2], three or more stressful events during pregnancy 26.4[10.22-68.62], to remain single OR: 6.6[3.3-12.8], the low level of education of the partner OR: 5.7[1.4-23.4], the unemployment OR:5.1[1.7-15.9], insufficient educational levels OR:2.0[1.1-3.2], inadequate prenatal control OR:3.5[1.5-8.0], and early maternity OR:1.8[1.4-2.3]. It was found that countries with high incomes had VDG rank of prevalence between 1.0-19.1%, and medium/low with 15.0-63.1%.

Conclusion: different figures of DVP were observed in some countries, being higher in countries with medium or low incomes. Several adjustable factors are associated. **Rev. cienc.biomed. 2016;7(1):80-92.**

KEYWORDS

Pregnancy; Domestic violence; Pregnant women; Sexual violence.

INTRODUCCIÓN

La violencia contra la mujer es un importante problema de salud pública (1-3). La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la violencia de pareja como el comportamiento dentro de la relación íntima que causa daño físico, sexual o psicológico, incluyendo actos de agresión física, coerción sexual, abuso psicológico y comportamiento de control, abarcando tanto a la pareja actual como a la pasada (4).

El término violencia doméstica (VD) es usado en muchos países para referirse a la violencia de pareja, sin embargo, este término puede abarcar también, el maltrato infligido a los niños y ancianos, o el maltrato generado por cualquier integrante de la familia (5).

En el estudio Women's Health and Domestic Violence (6) realizado en 10 países donde se incluyeron 24.000 mujeres, se estimó que entre el 15.0 y 71.0% de las mujeres en etapa fértil, rango etario 15 a 49 años, habían experimentado abuso físico y/o sexual causado por su pareja en alguna oportunidad.

Señalaron (6) que las mujeres con historia de VD reportaron más problemas de salud física, dolor, dificultades emocionales e ideas suicidas, al compararlas con mujeres que no la habían experimentado. Además, observaron que las mujeres víctimas de VD tuvieron mayor riesgo de presentar embarazos no deseados y/o abortos inducidos.

Tanto en Estados Unidos de Norteamérica (7) como en Canadá (8) la presencia de VD varía según el estado gestacional, reduciéndose durante el embarazo y especialmente, en el postparto, llegando en esta última etapa a prevalencias inferiores al 3.0%. En América Latina y el Caribe se ha señalado variabilidad de la VD y de los tipos de injuria (2). Durante el embarazo la VD puede iniciar (9,10), aumentar (11), disminuir, e incluso, detenerse (12).

La Encuesta Nacional de Demografía y Salud en Colombia encontró que en el año 1990, el 18.8% de las mujeres encuestadas habían sido víctimas de VD por el compañero. Dos décadas después el problema había empeorado, el 37.0% de las mujeres valoradas

manifestaron la misma situación y el 76.0% de ellas fueron violentadas por su última pareja (13). En cuanto a la violencia en mujeres colombianas embarazadas, Pallito (14) con un cuestionario aplicado a 3.431 mujeres embarazadas en el año 2005 encontró que el 36.5% manifestaron haber sido víctimas de abuso físico y el 8.5% de abuso sexual.

Teniendo en cuenta lo anterior, se deben incrementar publicaciones sobre VD, especialmente sobre violencia doméstica gestacional (VDG), como estrategia para visibilizar la magnitud de la injuria, precisar los factores implicados y establecer las complicaciones con el fin de generar estrategias terapéuticas y de rehabilitación adecuadas, pero sobre todo preventivas, que lleven a la desaparición del evento. El objetivo fue realizar una síntesis de la bibliografía publicada en los últimos cinco años para presentar la prevalencia de VDG, identificar distintos tipos y factores asociados según el nivel económico de los países.

MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de estudio: investigación bibliográfica sin intervención en estudios observacionales presentes en una base de datos virtual. Artículos publicados en revistas de corte internacional acerca de la VD contra la mujer en estado de gestación.

Estrategia de búsqueda bibliográfica: se realizó búsqueda virtual únicamente en la base de datos electrónica MEDLINE, seleccionada a conveniencia, restringiendo la búsqueda entre enero de 2010 y diciembre de 2014.

Criterios de inclusión y exclusión: se incluyeron los estudios que evaluaron como criterio principal la VDG, factores asociados o causales y tipos de violencia, sin realizar evaluación metodológica de la calidad de los estudios. Se descartaron todos los artículos que no incluyeran las palabras "violencia doméstica" y "embarazo", los que no ayudaran a cumplir los objetivos planteados, los enfocados en problemas mentales de las víctimas y aquellos que buscaran métodos de interrogación. Se excluyeron todos los reportes de casos, serie de casos, estudios no originales, opiniones, encuestas, informes, editoriales, comunicaciones cortas y cartas al editor.

Idiomas considerados: inglés y español.

Términos clave: se utilizaron las palabras claves del MeSH: "pregnancy", "domestic violence" y "pregnant women". Se realizaron combinaciones de los términos con el recurso de los conectores booleanos: AND y OR.

Método de revisión: se identificaron los títulos de los artículos y se eliminaron los repetidos. Se revisaron los resúmenes para seleccionar los ajustados al objetivo. Se obtuvieron los artículos completos de los resúmenes escogidos. También, se adelantó una segunda selección para identificar los pertinentes, con ellos se realizó la revisión. La Gráfica N°1 presenta el flujograma de selección.

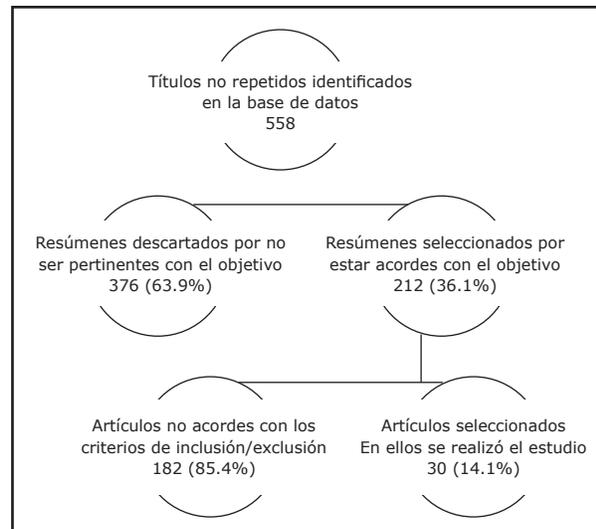


FIGURA N°1. Diagrama de flujo del proceso de selección de los artículos incluidos en el estudio

Recopilación y análisis de datos: cada artículo fue leído en su totalidad y la información relevante fue introducida en una hoja de cálculo: identidad de los autores, año de publicación, título de la publicación, diseño metodológico, tamaño y descripción de la muestra, país de residencia de los estudiantes, prevalencia de VD, violencia física (VF), violencia sexual (VS) y violencia psicológica (VP) en embarazadas. Se tomó en consideración la clasificación de los ingresos económicos de las naciones que tiene establecido el Banco Mundial, según el Ingreso Nacional Bruto (INB), antes denominado Producto Nacional Bruto (PNB). El Banco Mundial divide a las economías en: de bajos ingresos

[US\$975 o menos], de medianos-bajos ingresos [US\$976 a US\$3.855], de medianos-altos ingresos [US\$3856 a 11.905] y de altos ingresos [11.906 o más] (15). Los estudios identificados fueron reunidos en dos grandes grupos para condensar y mejorar la presentación de las cifras obtenidas: [A] Países de altos ingresos a los clasificados como de altos ingresos por el Banco Mundial. [B] Países de medianos/bajos ingresos a todos los clasificados en las otras tres categorías del Banco Mundial. Se precisaron OR[IC95%] para los diferentes factores asociados a VDG.

RESULTADOS

Treinta estudios fueron tenidos en cuenta, siendo 11 (36.7%) en países de altos ingresos, 13 (43.3%) en medianos ingresos y 6 (20.0%) de bajos ingresos (Tabla N°1). La VD es la forma de violencia más común contra el género femenino (16), puede ocurrir en cualquier etapa de la vida, y puede ser generada por la pareja antes, durante o después de la gestación (8,17-22).

[A] VDG EN PAÍSES DE ALTOS INGRESOS

Los 11 estudios incluidos en la revisión fueron realizados así: 1 (9.0%) en Suecia, 4 (36.5%) en Estados Unidos, 4 (36.5%) en Canadá, 1 (9.0%) en Italia y 1 (9.0%) en Australia.

Prevalencia: la VD preconcepcional fue informada en Suecia por el 39.5% de las mujeres, teniendo mayor prevalencia que la VP, seguida de VF y VS. Solo el 1.0% de las mujeres manifestó haber experimentado VDG (20). En Canadá, Desmarais (17) encontró que el 84.0% de mujeres encuestadas reportaron alguna forma de VD antes del embarazo, siendo también la VP la más común, seguida de la física y de la sexual, pero con mucha mayor presencia que la observada entre mujeres suecas (20) y, destacaron que el 71.0% de las estudiadas eran caucásicas y el 13.0% asiáticas (17).

El 70.0% del grupo de canadienses manifestó que fueron víctimas de VDG leve. El 68.0% informó VP, el 12.0% VF y el 12.0% VS. La VDG severa fue reportada por el 12% (17). Estos hallazgos contrastan con los que pre-

sentó Steward (22) en un estudio de cohorte con mujeres embarazadas que migraron a Canadá en los últimos cinco años, siendo el 21.4% procedentes de África, el 34.6% de Asia, el 34.3% de América Latina y el 9.6% de Estados Unidos, Europa o Australia. Ellos encontraron que el 7.6% de las mujeres reportaron VDG, de estas el 45.8% eran provenientes de África, el 40.7% de Latinoamérica y el 11.9% de países asiáticos. Lo cual indica que la inmigración puede modificar las cifras observadas en las mujeres nativas.

Cifras más bajas de VD fueron encontradas por Daoud (8) al estudiar mujeres nativas canadienses y originarias de poblados aborígenes. Señalaron prevalencias de VD del 6.0% antes del embarazo, 1.4% durante el embarazo y 1.0% en el postparto, siendo la VF del 21.3%, VP del 6.3% y VS del 0.7%. En más de la mitad de los casos el perpetrador de la VD fue la pareja (23).

En los Estados Unidos, Beydoum (24) consideró que antes del embarazo la prevalencia de VD era del 5.4%, variando según la población y etnia. En dicho país existen importantes diferencias de la prevalencia de VDG, desde 3.8% (24), 5.0% (25), 53.4% (26) hasta 67.7% (27). Hellmuth (27) realizó dos mediciones, una basal al inicio del embarazo y otra al final de la gestación para identificar cambios en la prevalencia, y, señaló que al comienzo, el 68.0% de las mujeres reportó ser víctima de VP, y el 54.1% lo hizo en la segunda evaluación. La VF leve disminuyó del 31.3% al 10.7%. La VF severa se redujo a la mitad, con un porcentaje del 8.3 al inicio del embarazo. En otro estudio (25) se evaluó la posición de víctima y de perpetrador de VD en un grupo de afroamericanas y se encontró que hasta el 27.0% de las mujeres reportaron haber desempeñado ambos roles.

Italia y Australia reportan cifras similares de VDG: 12.0 y 12.5%, respectivamente (28,29). Para VF correspondió el 65.8% y VS el 15.4%. El perpetrador fue el compañero o esposo en siete de cada diez de las mujeres estudiadas (29).

Factores asociados: se encontró que los siguientes factores tuvieron asociación estadística con VDG al estimar el OR y el [IC95%].

TABLA N° 1.
CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS ESTUDIOS SELECCIONADOS.
VIOLENCIA DOMÉSTICA GESTACIONAL

Autor, año de publicación	Muestra	Tipo de estudio	Clasificación del nivel ingresos (país)
Finnbogadóttir H. 2014. (20)	1.939 embarazadas	Transversal	Alto (Suecia)
Desmarais S. 2014. (17)	100 en puerperio	Transversal	Alto (Canadá)
Hellmuth J. 2013. (27)	180 embarazadas	Longitudinal	Alto (USA)
Shneyderman Y. 2013. (25)	1.191 embarazadas	Prospectivo	Alto (USA)
Stewart D. 2012. (47)	779 embarazadas inmigrantes	Cohorte	Alto (Canadá)
Daoud N. 2012. (8)	76.500 mujeres postparto	Transversal	Alto (Canadá)
Escribà-Agüir V. 2012. (28)	Casos: 445 (abortos) Control: 438 embarazo	Casos y controles	Alto (Italia)
Meuleners L. 2011. (29)	Expuestas: 468 embarazadas Víctimas de violencia. No expuestas: 3.744 embarazadas no víctimas de violencia	Cohorte retrospectiva	Alto (Australia)
Urquia M. 2011. (23)	6.421 mujeres con hijos	Transversal	Alto (Canadá)
Beydoun H. 2011. (24)	11.561 mujeres en puerperio	Transversal	Alto (USA)
Miller E. 2010. (26)	1.278 mujeres que solicitaban planificación familiar	Transversal	Alto (USA)
Salazar M. 2014. (32)	5.347 mujeres con hijos en los últimos cinco años	Transversal	Mediano (Nicaragua)
Hajikhani N. 2014. (31)	301 embarazadas	Transversal	Mediano (Irán)
Costa Ribeiro MR. 2014. (21)	1.446 embarazadas	Cohorte	Mediano (Brasil)
Pool M. 2014. (42)	1.745 mujeres	Transversal	Mediano (Ghana)
Pacheco D. 2014. (38)	232 embarazadas	Transversal	Mediano (Brasil)
Cengiz H. 2014. (44)	1.349 embarazadas	Transversal	Mediano (Turquía)
Azevêdo AC. 2013. (36)	1.054 embarazadas	Transversal	Mediano (Brasil)
Das S. 2013. (19)	2.139 en puerperio	Transversal	Mediano (India)
Fernandes E. 2013. (43)	8.961 en puerperio	Transversal	Mediano (Brasil)
Jamshidimanesh M. 2013. (30)	600 en trabajo de parto	Transversal	Mediano (Irán)
Koski A. 2011. (40)	2.877 embarazadas	Cohorte	Mediano (India)
Johri M. 2011. (41)	1.897 embarazadas	Transversal	Mediano (Guatemala)
Pereira E. 2011. (37)	960 en embarazo y postparto	Cohorte	Mediano (Brasil)
Onoh RC. 2013. (34)	321 embarazadas	Transversal	Bajo (Nigeria)
Makayoto L. 2013. (9)	300 mujeres embarazadas	Transversal	Bajo (Kenia)
Shamu S. 2013. (3)	2.042 en puerperio	Transversal	Bajo (Zimbabue)
Mostafa SM. 2013. (35)	1.013 casadas. 480 embarazadas o actual. 553 sin embarazo previo	Revisión sistemática	Bajo (Bangladesh)
Groves A. 2012. (39)	1.500 embarazadas con VIH	Cohorte	Bajo (Durban)
Stöckl H. 2012. (33)	2.492 mujeres con hijos	Transversal	Bajo (Tanzania)

[A] Estado civil soltera: el riesgo estimado que tiene la soltería, para VDG fue similar para varios autores: OR:6.9[2.4-19.7] (20), OR:6.6[3.39-12.84] (22) y OR:4.0[2.96-5.63] (24). Las madres solteras han reportado altas tasas de abuso, llegando a ser del 35.3% frente a otros estados civiles, $p < 0.001$ (8).

[B] Edad materna temprana y multiparidad: los estudios (23-24) coinciden en que ambas condiciones se asocian a mayor riesgo de VDG. La prevalencia de VDG en menores de 25 años fue alta, estimándose cercana al 40.0% (8), 61.0% (29) o 78.0% (23). En el estudio de Beydoun (24) la VDG disminuyó con el incremento de la edad materna: $p < 0.001$, se estimó que el rango de 20-24 años tuvo 1.83 veces [1.13-2.96] asociación con VF antes del embarazo y 3.02 veces [1.57-5.81] con el mismo tipo de abuso durante el embarazo, comparado con mujeres de edad mayor o igual a 35 años. Señaló, además, (24) que tener tres o más hijos se asoció con 1.66 veces [1.10-2.49] VF antes del embarazo.

[C]. Hábito de fumar e ingesta de alcohol: el hábito de fumar de la mujer se asoció a 2.08 veces [1.04-4.15] el riesgo de cualquier tipo de VDG, 2.13 [1.07-4.22] de VD menor y 1.8 [1.04-3.10] de VS (25). Fumar en los últimos tres meses del embarazo estuvo asociado 3.25 veces [2.21-4.81] a sufrir VF durante el desarrollo del mismo, que no fumar (24). Hellmuth (27) encontró que el consumo de alcohol se asoció con VP, OR:1.07[1.02-1.12]; VF menor, OR:1.06[1.02-1.10] y VF severa, OR:1.06[1.01-1.11]. La ingesta de alcohol en los últimos tres meses del embarazo con VF antes y/o durante el embarazo arrojó: OR:2.33[1.17-4.63] (24). En contraste, para Shneyderman y Kiely (25) si bien el alcohol incrementó el riesgo de VD de cualquier tipo, no fue significativo OR:1.63[0.82-3.25], lo mismo que el uso de drogas ilícitas OR:1.56 [0.63-3.88].

[D]. Embarazo no deseado, aborto intencional y control prenatal tardío: la primera de estas condiciones ha estado asociada 3.12 veces [2.34-4.16] con VF por el compañero antes del embarazo y 2.90 veces [2.07-4.08] durante el embarazo (22). Sin embargo,

Shneyderman y Kiely (25) no encontraron asociación significativa, OR:1.85[0.89-3.85]. Se ha señalado asociación entre ser víctima de VD en el postparto y tener aborto electivo previo, OR:7.36[1.92-27.62] (28). La historia de aborto previo o pérdida gestacional anterior se ha asociado a VDG, OR:7.6[2.8-20.6] (20). El inicio del control prenatal en el tercer trimestre fue condición asociada a 3.52 veces [1.55-8.03] VD antes del embarazo y 3.83 veces [1.45-3.87] durante el embarazo (22).

[E]. Presencia de celos y otras consideraciones: tener un compañero con celos incrementó el riesgo de presentar VF severa en 1.03 veces [1.00-1.10], lo mismo que la sospecha de infidelidad femenina, OR:1.09[1.01-1.17] (27). El estrés también se ha asociado con mayor riesgo de VF menor, OR:1.14[1.01-1.27] (27), al igual que la falta de sueño, OR:4.7[1.7-13.5] y el desempleo OR:5.1[1.7-15.9] (20). Tres o más eventos estresantes en el embarazo se asocian con VDG, OR:26.4[10.22-68.62] (24). En Canadá la condición de ser solicitante de asilo político se asoció con VDG, OR:3.38[1.55-7.35], haber vivido en dicho país menos de dos años, OR:2.77[1.31-5.86] y tener educación inferior a doce años OR:2.59 [IC95%:1.36-4.91] (22).

[F] Pertener a la raza negra o indígena: la etnia se ha estudiado en relación con la VDG. En los estudios incluidos en la revisión no se realizó ajuste por variables como educación, estrato socioeconómico o edad. La raza negra se ha asociado con VF durante el embarazo, 1.65 veces [1.02-2.65] comparado con la raza blanca. No fue significativa la asociación en nativas americanas, OR:0.80[0.46-1.42] y asiáticas OR:0.81[0.24-2.73] (24). En Australia ser indígena es factor de riesgo para la VDG, OR:1.53[1.21-1.95] (29).

[G]. Bajo nivel educativo: la mejoría en el nivel de educación de la mujer es un importante factor protector frente a la VDG. Tener más de doce años de educación se asoció con menor VF antes del embarazo, OR:0.32[0.22-0.46] y durante el embarazo OR: 0.49[0.32-0.77] (24). También se ha señalado que elevados niveles educativos reducen el riesgo de VS, OR:0.39[0.23-0.67] (25).

[B] VIOLENCIA DOMÉSTICA GESTACIONAL EN PAÍSES DE MEDIANOS/BAJOS INGRESOS

Trece de los estudios identificados (43.3%) fueron desarrollados en países con medianos ingresos: 5 (38.5%) en Brasil, 1 (7.7%) en Ghana, 1 (7.7%) en Guatemala, 2 (15.4%) en la India, 2 (15.4%) en Irán, 1 (7.7%) en Nicaragua y 1 (7.7%) en Turquía. A su vez, 6 (20.0%) fueron realizados en países de bajos ingresos: 1 (16.7%) en Bangladesh, 1 (16.7%) en Durban, 1 (16.7%) en Kenia, 1 (16.7%) en Nigeria, 1 (16.7%) en Tanzania y 1 (16.7%) en Zimbabue.

Prevalencia: fue elevada la prevalencia de VDG en países de medianos/bajos ingresos, mayor que la observada en los de altos ingresos. En Irán, dos estudios transversales encontraron alta presencia de VDG: 56.3% (30) y 66.4% (31). Zimbabue también tuvo elevadas cifras; Shamu (18) estimó un 63.1%. En Nicaragua fue informado un 51.3% (32) y los autores señalaron que fue notorio el comportamiento controlador de la pareja sobre la víctima. En Tanzania (33) el 49.0% de un grupo de mujeres reportó haber sido víctima de VF o VS por su pareja en el embarazo. Mujeres de Nigeria reportaron cifras similares a las de Tanzania (34), en Bangladesh (35) la prevalencia de algún tipo de VDG: 47.5% y en Kenia (9): 37.0%.

En Brasil la prevalencia de VD varía según los autores y el estado gestacional siendo: 32.4% antes del embarazo (36,37), 15.5 al 31.0% durante el embarazo (37,38) y 22.6% en el postparto (37). En Sudáfrica (39) el 24.7% de las mujeres han experimentado VDG. En la India las prevalencias van del 15.0 (19) al 22.8% (40). En Guatemala (41) las cifras son similares a las de Brasil, y el 18.0% de las gestantes fueron víctimas de VS por su pareja. En Ghana se han señalado cifras bajas de VDG: 5.0% (42), mientras que en Perú se ha señalado un 40% (2).

De acuerdo al tipo de VD los estudios incluidos en la evaluación coinciden que la VP fue más prevalente. En Brasil osciló entre 14.7% (38) y 28.8% (37), siendo la VP exclusiva y la VP recurrente: 41.6 y 32.6%, respectivamente (21). En Nigeria el abuso verbal

fue excesivamente frecuente: 60.1% (34), mientras que la VP fue del 16.1%, menor que en Kenia: 29.0% (9), e igual a la de Guatemala (41).

En el estudio realizado en Durban, el 33.3% de las mujeres indicaron elevado distrés emocional y el 19.1% informó VP (39), cifra inferior a la obtenida en Zimbabue: 44.0% (18). En Irán, durante el embarazo la VP fue de 34.5% (31) y en el postparto: 51.3% (30).

Por otra parte, Pereira (37), en Brasil, encontró disminución del 50% de la VF durante el embarazo en comparación con el período previo. A su vez, Fernández (43) en el mismo país, señaló que el 5.0% de las menores de 20 años y el 2.5% de las mujeres entre 20 y 34 años reportaron haber sido víctimas de al menos un acto de VF por su pareja durante el embarazo. Similar cifra fue encontrada por Costa-Ribeiro (21).

En Guatemala se reportó VF en el 10.0% de las mujeres (41), mientras que en Nicaragua una de cuatro mujeres reportó haber recibido algún tipo de VF o VS en el embarazo (32). El 28.0% de las bolivianas reportaron VF o VP durante el último embarazo, lo cual también comunicaron el 24.4% de mujeres de República Dominicana y el 33.9% de mujeres en Haití (2).

El 15.4% de las mujeres de Nigeria reportaron haber sido víctimas de VF o VS por su pareja durante un embarazo (34), señalaron lo mismo el 49.0% de las mujeres de Tanzania (33), el 10.0% de Kenia (9), el 10.1% de Durban (39) y el 28.2% de Irán (31). En Zimbabue, el 15.9% manifestó haber soportado VF y el 10.0% VF severa en un embarazo (18).

La VF en el posparto también ha sido evaluada, tiene prevalencia del 5.0% en Irán (30) y 34.2% en Bangladesh (35). En la India (19) el 12.0% de la VDG se causó por VF, principalmente bofetadas, golpes, patadas o quemaduras. Es importante destacar que muchas de las mujeres evaluadas manifestaron sentir justificable la violencia de su pareja, debido a faltas de la mujer al irrespetar sus leyes, refutar su autoridad, no pre-

parar su comida favorita, no cumplir con el cuidado de la casa o los niños e incluso, salir sin permiso (19). La sumisión de la mujer y el temor a los castigos pueden ser factores importantes porque generan sub-registro y por tanto, las cifras identificadas pueden ser inferiores a las reales (35).

La VS en el embarazo parece ser más elevada en países africanos, Nigeria: 2.1% (34), Tanzania: 8.7% (33), Kenia: 12.0% (9), Sudáfrica: 2.7% (39) y Zimbabue: 38.9% (3). En este último país la violencia sexual repetida durante la gestación, con más de tres episodios experimentados, fue señalada por el 30.2% de las mujeres (18). En Brasil la prevalencia de violencia sexual en embarazadas varía desde 0.4 (38) hasta 3.7% (37). En Guatemala de 3.0% (41), Nicaragua: 9.3% (32), Irán: 3.6% (31) y Bangladesh: 2.7% (35), donde la VF y la VS llegan simultáneamente al 10.6% (35). En todos los estudios considerados, la pareja íntima fue reportada como el principal agresor (36,38,43,44).

Factores asociados: también se han identificado en países de medianos o de bajos ingresos la presencia de factores asociados a VDG.

[A]. Edad materna temprana: el embarazo en la adolescencia fue factor de riesgo para la VP OR:1.32[1.04-1.70], comparado con gestantes mayores de 24 años (21). En Nigeria (34) el embarazo en menores de veinte años de edad se asoció a diez veces mayor riesgo de VDG [4.70-25.27], aunque otro estudio no encontró asociación significativa, $p > 0.05$ (42).

[B]. Nivel educativo del compañero: el bajo nivel educativo del compañero se asoció con cinco veces mayor riesgo de VDG [4.40-23.41] (34). También se ha señalado que estudios superiores al tercer grado se asocian con menor riesgo de VF, OR:0.5[0.3-0.9] (9).

[C]. Aspectos inherentes al compañero: el comportamiento controlador de la pareja se asoció a la VF, OR:1.31[1.03-1.62] y VS, OR:1.44[1.24-1.66] (32). El hábito tabáquico de la pareja es factor asociado a la VF,

OR:2.33[1.16-4.68] y VP OR:3.27[1.32-8.10], antecedentes penales en el compañero a VF OR:12.6[2.52-63.04] y VS OR:3.27[1.32-8.10], la existencia de hogar patriarcal se asoció 3.5 veces a VF [1.89-6.63] y 10 veces a VP [3.21-35.01], el mal carácter de la pareja a VF y VP, OR:2.60[1.34-5.03] y OR:2.45[1.44-4.15], respectivamente (31).

[D] Nivel educativo de la mujer: poseer nivel educativo mayor a cuatro grados de escuela elemental pudiese ser factor protector para VDG, tanto en menores de 20 años, OR:0.56[0.34-0.91] como entre 20-34 años de edad, OR:0.64[0.43-0.95] (43). Elevar el nivel educativo de la mujer es una de las estrategias fundamentales para reducir la prevalencia de VD y VDG.

[E]. Inadecuadas condiciones sociales: el deficiente soporte afectivo y la mala interacción social incrementaron el riesgo de VP, OR:1.34[1.11-1.62] (21). Entre adolescentes poseer apoyo de la pareja se asoció con tres veces a menor riesgo de VF [0.19-0.53], igual se observó entre mujeres adultas, OR:0.28[0.18-0.45] (43). Poseer buenos hábitos sociales con menor VF, OR:0.65[0.43-0.97] (34). Cuando las mujeres residían con familias numerosas fue mayor el riesgo de VDG, al ser comparadas con aquellas que vivían en núcleos familiares pequeños, $p = 0.018$ (44).

[F] Pocos años de convivencia de pareja: convivir en parejas entre uno y cinco años se asoció con VP en 2.3 veces [1.22-4.57], comparado con más de diez años. Igual se observó para VF entre las que tenían seis a diez años, comparadas con más de diez años de casadas, OR:2.4[1.07-5.4] (31).

[G] Inadecuado control prenatal: la VDG suele conllevar impacto adverso sobre el embarazo. Koski (40) encontró que la VF durante el embarazo se asoció 1.22 veces con menor probabilidad de recibir cuidado prenatal, 1.50 veces con menos oportunidades de acudir a tres o más visitas prenatales y 1.62 veces con más riesgo de iniciar la valoración prenatal en el tercer trimestre. También se ha señalado que acudir a control prenatal se asocia a menor riesgo

de VDG en mujeres mayores de 25 años, OR:0.67[0.46-0.97] (43).

[H]. Hábitos de fumar, consumo de alcohol y drogas ilícitas: el uso de drogas ilícitas por la gestante por más de tres meses antes del embarazo se asoció a VP, OR:1.80[1.16-2.81] (21). La violencia física se ha asociado al consumo de alcohol durante el embarazo, OR:2.41[1.48-3.93] y a farmacodependencia, OR:8.06[2.70-24.04] (43), igual sucedió con la presencia de padres alcohólicos, OR:2.32[1.21-4.45] (9). El consumo de alcohol por la pareja se asoció con VDG, OR:2.04[1.36-3.05] (18) y de VS, OR:9.04[2.64-32.75] (31).

[I]. Número de compañeros: haber tenido más de cinco parejas sexuales se asoció con mayor presencia de VP, OR:1.52[1.18-1.96] (21), mientras que la monogamia fue protector de VF, OR:0.005 [0.000-0.112] (34).

[J]. Aborto y embarazo no deseado: antecedente de interrupción voluntaria del embarazo se asoció a mayor presencia de VF en dos estudios: OR:2.03[1.16-3.55] (43) y OR:1.75[1.20-2.58] (19). Cursar embarazo no deseado 2.35 veces con VF [1.28-4.32] (35). Estimación similar se informó en el estudio de Hajikhani (31).

[K]. Antecedentes de VD: haber sufrido VD se asoció con 11.6 veces VDG [8.3-16.2] y 8.2 veces [5.1-11.7] VD en el postparto (37). Refirir a menudo con 5.6 veces el riesgo de VF y/o VS severa durante el embarazo, [2.88-10.89] (18). Ser testigo en la infancia de VD se asoció con VDG, OR:2.27[1.05-4.89] (9). Experimentar VD en la infancia con VF, OR:2.73[1.44-5.17] y VP, OR:15.71[3.73-66.18] (31). El abuso sexual en la infancia se asoció con 1.45 veces el riesgo de VF no severa

TABLA N° 2. PREVALENCIA PORCENTUAL DE VIOLENCIA DOMÉSTICA GESTACIONAL				
País	Psicológica	Física	Sexual	Doméstica
Suecia (20)	1.0	0.4	0.1	1.0
Canadá (17) (23)	3.8 =	12.0 =	12.0 =	= 4.3
USA (24) (25) (26)	6.5 = =	= 5.0 53.4	= = =	= = 19.1
Italia (28)	=	=	=	12.0
Rangos de prevalencia en países de altos ingresos	[1.0-6.5]	[0.4-53.4]	[0.1-12.0]	[1.0-19.1]
Bangladesh (35)	=	32.9	3.1	47.9
Brasil (21) (37) (38) (43)	41.6 28.8 14.7 =	= 11.6 5.2 =	= 5.6 = 0.4	= 31.1 15.5 =
Durban (39)	19.1	10.1	2.7	24.7
Guatemala (41)	16.0	10.0	3.0	18.0
India (19)	8.0	12.0	2.0	15.0
Irán (30) (31)	51.3 34.5	5.0 28.2	= 3.6	56.3 =
Kenia (9)	29.0	10.0	12.0	37.0
Nigeria (34)	60.1	11.9	2.0	44.6
Tanzania (33)	=	22.1	8.7	=
Zimbabue (3)	=	15.9	38.9	63.1
Rangos de prevalencia en países de medianos/bajos ingresos	[8.0-60.1]	[5.0-32.9]	[2.0-38.9]	[15.0-63.1]
Rangos de prevalencia para todos los países en el estudio	[1.0-60.1]	[0.4-53.4]	[0.1-38.9]	[1.0-63.1]

o VS en el embarazo [1.08-1.96] (18). Las gestantes abusadas físicamente durante la infancia, tuvieron cuatro veces más riesgo de distres emocional, comparadas con aquellas que no lo experimentaron [2.50-6.36]. A su vez, el distrés se incrementó con cada evento de VF, VP y VS, OR:1.48[1.28-1.71], OR:1.53[1.38-1.69] y OR:2.99[1.74-5.13], respectivamente (39).

[L] Repercusiones perinatales adversas: la VDG se asocia a terminación temprana del embarazo, OR:1.81[1.07-3.04]. Jamshidimanesh (30) encontró asociación entre VDG y parto pretérmino ($p=0.008$). En un modelo de regresión logística ajustado por edad y paridad se encontró que la VF en el embarazo estuvo asociada a mayor mortalidad perinatal, OR:2.2[1.33-3.96] y neonatal, OR:1.84[1.04-3.26] (42).

[C] VIOLENCIA DOMÉSTICA GESTACIONAL EN TODO LOS PAÍSES

La VDG y sus tres tipos: psicológica, física y sexual, está presente tanto en países de altos ingresos como en aquellos de medianos o bajos ingresos, aunque las cifras son sensiblemente diferentes siendo más elevadas en los de menor desarrollo social e inferior poder económico (1,7). La Tabla N° 2 presenta las prevalencias por países según los

estudios incluidos en la evaluación, y según los dos grupos formados de acuerdo con la clasificación del ingreso económico de las naciones. En ambos grupos la VP fue la más prevalente, seguida de la VF y la VS durante el embarazo. Se presentan, además, los rangos de prevalencias de cada uno de los dos grupos formados y de forma global.

La Encuesta Nacional de Demografía y Salud de Colombia del 2010 (13) no señaló cifras sobre VDG, pero anotó que el 14% de las mujeres colombianas en edad fértil habían experimentado VF y el 6% fueron forzadas a tener relaciones sexuales.

Todas las cifras observadas en los estudios fueron elevadas, por cuanto nada justifica la VDG: las cifras debiesen ser cero en todos los países del mundo, sin diferencias entre niveles de ingresos, etnias, grupos de edades, escolaridad, creencias, estructuras patriarcales, migraciones, tradiciones o patrones culturales. Pese a los espacios, responsabilidades y privilegios que la mujer ha ganado, sigue siendo víctima de VDG (16,45).

Varios factores están asociados a VDG y son presentados en la Tabla N° 3, muchos de ellos son modificables. El antecedente de VD y las deficiencias educativas de la

TABLA N° 3. FACTORES ASOCIADOS A VIOLENCIA DOMÉSTICA GESTACIONAL			
FACTORES	OR	IC95%	DESENLACE
Edad materna temprana	1.80	1.40-2.31	Violencia doméstica(*)
	1.32	1.04-1.70	Violencia psicológica(**)
Bajo nivel educativo de la mujer	2.00	1.10-3.23	Violencia física (*)
	1.50	1.09-2.16	Violencia psicológica(**)
Bajo nivel educativo del compañero	5.73	1.40-23.41	Violencia doméstica (**)
Estado civil soltera	6.60	3.30-12.80	Violencia doméstica (*)
Hábito de fumar por la mujer	2.08	1.04-4.15	Violencia doméstica (*)
	1.42	0.98-2.07	Violencia psicológica (**)
Hábito de fumar del compañero	2.33	1.26-4.68	Violencia física (**)
Consumo de alcohol por la mujer	1.07	1.02-1.12	Violencia física (*)
	2.41	1.48-3.93	Violencia física (**)
Consumo alcohol por el compañero	2.04	1.36-3.05	Violencia doméstica (**)
Inadecuadas condiciones sociales	1.34	1.11-1.62	Violencia psicológica (**)

Sigue

Continuación

FACTORES	OR	IC95%	DESENLACE
Antecedente de embarazo no deseado	2.90	2.07-4.08	Violencia física (*)
	2.35	1.28-4.32	Violencia física (**)
Inadecuado control prenatal	3.52	1.55-8.03	Violencia doméstica (*)
Pertenecer a raza negra	1.65	1.02-2.65	Violencia física (*)
Elevado número de compañeros	1.52	1.18-1.96	Violencia psicológica (**)
Antecedente de violencia doméstica	11.6	8.3-16.2	Violencia doméstica (**)
Desempleo de la mujer	5.10	1.7-15.9	Violencia física (*)
Tres o más eventos estresantes en el embarazo	26.48	10.22-68.62	Violencia doméstica (*)
Consumo de alcohol por la pareja	9.04	2.64-32.75	Violencia sexual (**)
Sufrir VD en la infancia,	15.71	3.73-66.18]	Violencia psicológica (**)

(*) Obtenido en países de altos ingresos.

(**) Obtenido en países de medianos/bajos ingresos

mujer y su compañero son importantes factores relacionados con VDG, ambos deben ser intervenidos simultáneamente desde distintas expresiones de la sociedad. Entes gubernamentales y no gubernamentales están llamados a fomentar condiciones individuales y colectivas que promuevan el bienestar de pareja y la justa convivencia, sin subordinación femenina y sin presencia de VD (44-47).

La presente revisión bibliográfica tiene como limitaciones no haber medido la calidad de los estudios observacionales involucrados, así como utilizar una sola base de datos como fuente de búsqueda. Los resultados observados deben considerarse como interpretaciones de estudios previamente publicados, puesto que no se trata de una investigación primaria y tampoco de una revisión sistemática. Tiene como fortaleza ofrecer información que permite dimensionar la problemática de la VDG y señalar las cifras elevadas que se suceden a nivel mundial. Las variaciones en las prevalencias observadas en distintos países pueden guardar relación con las diferentes metodologías con que fueron adelantadas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Tinglöf S, Högberg U, Wallin I, Skoog A. Exposure to violence among women with unwanted pregnancies and the association with post-traumatic stress disorder, symptoms of anxiety and depression. *Sexual & Reproductive Healthcare*. 2014;8:1-4.

CONCLUSIÓN

La violencia física, psicológica, sexual y doméstica contra la mujer embarazada está presente en países de altos, medianos o bajos ingresos económicos. Distintos factores están asociados, especialmente: bajo nivel educativo del compañero, hábitos de la pareja, maternidad a edades tempranas y bajo nivel educativo de la mujer, este último duplica el riesgo de VF en la embarazada. El antecedente de VD es un importante factor asociado a VDG. Nada justifica la VD contra la mujer.

FINANCIACIÓN: esta investigación fue financiada con el apoyo de la Universidad de Cartagena – Colombia. Resolución N° 000778 del 24 de enero de 2014. Proyecto ganador en la convocatoria 617-2013, Jóvenes Investigadores del Departamento Administrativo de Ciencias, Tecnología e Innovación de Colombia (COLCIENCIAS).

CONFLICTO DE INTERESES: ninguno que declarar.

2. Han A, Stewart D. Maternal and fetal outcomes of intimate partner violence associated with pregnancy in the Latin American and Caribbean region. *Int J Gynecol Obstet.* 2014;124:6-11.
3. Shamu S, Abrahams N, Temmerman M, Musekiwa A, Zrowsky C. A Systematic review of African studies on intimate partner violence against pregnant women: Prevalence and risk factors. *Plos One.* 2011;6(3):1-9.
4. Mikton C. Preventing intimate partner and sexual violence against women: taking action and generating evidence. *Inj Prev.* 2010;16(5):359-60.
5. OMS/OPS. Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. *Violencia infligida por la pareja.* 2013. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/98816/1/WHO_RHR_12.36_spa.pdf?ua=1 [revisado: febrero-23-2015].
6. Pallitto C, Garcia-Moreno C, Jansen H, Heise L, Ellsberg M, Watts C, et al. Intimate partner violence, abortion, and unintended pregnancy: results from the WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence. *Int J Gynecol Obstet.* 2013;120(1):3-9.
7. Martin S, Mackie L, Kupper L, Buescher P, Moracco K. Physical abuse of women before, during, and after pregnancy. *JAMA.* 2001;285:1581-4.
8. Daoud N, Urquia M, O'Campo P, Heaman M, Janssen P, Smylie J, et al. Prevalence of abuse and violence before, during, and after pregnancy in national sample of Canadian women. *Am J Public Health.* 2012;102(10):1893-901.
9. Makayoto L, Omolo J, Kamweya A, Harder V, Mutai J. Prevalence and associated factors of intimate partner violence among pregnant women attending Kisumu District Hospital, Kenya. *Matern Child Health J.* 2013;17(3):441-7.
10. Anderson B, Marshak H, Hebbeler D. Identifying intimate partner violence at entry to prenatal care: cluster routine clinical information. *J Midwifery Womens Health.* 2002;47(5):353-9.
11. Diaz-Olavarrieta C, Paz F, Abuabara K, Martinez HB, Kolstad K, Palermo T. Abuse during pregnancy in Mexico city. *Int J Gynecol Obstet.* 2007;97(1):57-64.
12. Menezes T, Ramos de Amorin M, Santos L, Faundes A. Domestic Physical violence and pregnancy: Results of a survey in the postpartum period. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2003;25(5):309-16.
13. Profamilia. Ministerio de Protección Social de Colombia. Bienestar Familiar. USAID. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. ENDS-2010. www.profamilia.org.co/encuestas [revisado: febrero-23-2015].
14. Pallitto C, O'Campo P. Community level effects of gender inequality on intimate partner violence and unintended pregnancy in Colombia: testing the feminist perspective. *Social Science & Medicine.* 2005;60:2205-16.
15. Group TWB. High income Washington. 2015. <http://datos.bancomundial.org/quienes-somos/clasificacion-paises> [revisado: enero-18-2015].
16. Collins H, Sutherland M, Fontenot H, Chronicity of partner violence, contraceptive patterns and pregnancy risk. *Contraception.* 2012;86:530-35.
17. Desmarais S, Pritchard A, Lowder E, Janssen P. Intimate partner abuse before and during pregnancy as risk factors for postpartum mental health problems. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2014;14:132-43.
18. Shamu S, Abrahams N, Zarowsky C, Shefer T, Temmerman M. Intimate partner violence during pregnancy in Zimbabwe: a cross-sectional study of prevalence, predictors and associations with HIV. *Trop Med Int Health.* 2013;18(6):696-711.
19. Das S, Bapat U, More N, Alcock G, Joshi W, Pantvaidya S, et al. Intimate partner violence against women during and after pregnancy: a cross-sectional study in Mumbai slums. *BMC Public Health.* 2013;13:817-30.
20. Finnbogadóttir H, Dykes A, Wann-Hansson C. Prevalence of domestic violence during pregnancy and related risk factors: a cross-sectional study in southern Sweden. *BMC Women's Health* 2014;14:63-75.
21. Costa Ribeiro M, Moura da Silva A, Soares de Britto MT, Lucena R, Blima L, Nunes L. Psychological violence against pregnant women in a prenatal care cohort: rates and associated factors in Sao Luís, Brazil. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2014;14:66-74.
22. Stewart D, Gagnon A, Merry L, Dennis CL. Risk factors and health profiles of recent migrant women who experienced violence associated with pregnancy. *J Women's Health.* 2012;21(10):1100-6.
23. Urquia M, O'Campo P, Heaman M, Janssen P, Thiessen K. Experiences of violence before and during pregnancy and adverse pregnancy outcomes: An analysis of the Canadian Maternity Experiences survey. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2011;11:42-50.
24. Beydoun H, Tamim H, Lincoln A, Dooley S, Beydoun M. Association of physical violence by an intimate partner around the time of pregnancy with inadequate gestational weight gain in Oklahoma. *Soc Sci Med.* 2011;72(6):867-73.
25. Shneyderman Y, Kiely M. Intimate partner violence during pregnancy: victim or perpetrator? Does it make a difference. *BJOG.* 2013;120(11):1375-85.
26. Miller E, Decker M, McCauley H, Tancredi D, Levenson R, Waldman J, et al. Pregnancy coercion, intimate partner violence, and unintended pregnancy. *Contraception.* 2010;81(4):316-22.
27. Hellmuth J, Coop K, Stuart G, Moore T. Risk factors for intimate partner violence during pregnancy and postpartum. *Arch Womens Ment Health.* 2013;16(1):19-27.

28. Escribà-Agüir V, Romito P, Scrimin F, Molzan Turan J. Are there differences in the impact of partner violence on reproductive health between postpartum women and women who had an elective abortion? *J Urban Health*. 2012;89(5):861-71.
29. Meuleners L, Lee HJ, Janssen P, Fraser M. Maternal and foetal outcomes among pregnant women hospitalized due to interpersonal violence: a population based study in Western Australia, 2002-2008. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2011;11:70-6.
30. Jamshidimanesh M, Soleymani M, Ebrahimi E, Fatemeh H. Domestic Violence against pregnant women in Iran. *Family Reprod Health*. 2013;7(1):7-10.
31. Hajikhani NA, Hamzehgardeshi Z, Hamzehgardeshi L, Shirzad M. Sociodemographic characteristic of pregnant women exposed to domestic violence during pregnancy in an Iranian setting. *Iran Red Crescent Med J*. 2014;16(4):1-7.
32. Salazar M, San Sebastian M. Violence against women and unintended pregnancies in Nicaragua: a population-based multilevel study. *BMC Women's Health*. 2014;14:26-34.
33. Stöckl H, Filippi V, Watts C, Mbwambo J. Induced abortion, pregnancy loss and intimate partner violence in Tanzania: a population based study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2012;12:12-9.
34. Onoh RC, Umeora OJ, Ezeonu PO, Onyebuchi AK, Lawani OL, Aqwu UM. Prevalence, pattern and consequences of intimate partner violence during pregnancy at Abakaliki Southeast Nigeria. *Ann Med Health Sci Res*. 2013;3(4):484-91.
35. Mostafa Kamal SM. Domestic violence, unwanted pregnancy and pregnancy termination among urban women of Bangladesh. *Family Reprod Health*. 2013;7(1):11-22.
36. Azevêdo AC, Barreto T, Valongueiro S, Ludermit A. Intimate partner violence and unintended pregnancy: prevalence and associated factors. *Cad Saude Pública Rio de Janeiro*. 2013;29(12):2394-404.
37. Pereira E, Ludermit A, Barreto T, Alves S. Frequency and pattern of intimate partner violence before, during and after pregnancy. *Rev Saude Pública*. 2011;45(6):1-9.
38. Pacheco D, Gomez-Sponholz F, Stefanelo J, Spanó AM, Dos Santos JC. Intimate partner violence against pregnant women: study about the repercussions on the obstetric and neonatal results. *Rev Esc Enferm USP*. 2014;48(2):206-12.
39. Groves AK, Kagee A, Maman S, Maman S, Moodley D, Rouse P. Association between intimate partner violence and emotional distress among pregnant women in Durban, South Africa. *J Interpers Violence*. 2012;27(7):1341-56.
40. Koski A, Stephenson R, Koenig MR. Physical violence by partner during pregnancy and use of prenatal care in rural India. *J Health Popul Nutr*. 2011;29(3):245-54.
41. Johri M, Morales R, Boivin JF, Samayoa B, Hoch J, Gazioso C, 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;11:49-60.
42. Pool M, Otupiri E, Owusu-Dabo E, Jonge A, Agyemang C. Physical violence during pregnancy and pregnancy outcomes in Ghana. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014;14:71-8.
43. Fernandes E, Nogueira S, De Carvalho M, Wernersbach L. Factors associated with physical aggression in pregnant women and adverse outcomes for the newborn. *J Pediatr*. 2013;89(1):83-90.
44. Cengiz H, Kanawati A, Yildiz S, Süzen S, Tombul T. Domestic violence against pregnant women: a prospective study in a metropolitan city, Istanbul. *J Turk Ger Gynecol Assoc*. 2014;15:74-7.
45. PEI Association for Newcomers to Canada. Family Violence. http://www.peianc.com/content/lang/en/page/guide_law_familyviolence/ [revisado: enero-18-2015].
46. UN Women. Government commitments. <http://www.unwomen.org/en/what-we-do/ending-violence-against-women/take-action/commit/government-commitments> [revisado: enero-18-2015].
47. Stewart DE, Gagnon AJ, Merry LA, Dennis CL. Risk factors and health profiles of recent migrant women who experienced violence associated with pregnancy. *J Womens Health*. 2012;21(10):1100-6.



**Universidad
de Cartagena**
Fundada en 1827

**REVISTA CIENCIAS
BIOMÉDICAS**

Es el órgano de información científica de la Facultad de Medicina de la Universidad de Cartagena. Colombia.

Publique su trabajo en esta revista enviando su manuscrito a:
revistacienciasbiomedicas@unicartagena.edu.co
<http://revistas.unicartagena.edu.co/index.php/cienciasbiomedicas>
www.revistacienciasbiomedicas.com.co

Revista ciencias Biomédicas es una publicación independiente, imparcial, abierta, revisada por pares, de elevada visibilidad internacional, con circulación online e impresa. Publica artículos en todas las modalidades universalmente aceptadas, en inglés y en español, de temas referentes las

ciencias biomédicas, incluyendo ámbitos clínicos, epidemiológicos o estudios básicos.

El sistema de gestión de manuscritos es rápido y justo.

Revista Ciencias Biomédicas está incluida en varias bases de datos latinoamericanas e internacionales.

Antes de enviar su manuscrito, revise las recomendaciones para los autores, presentes en:
<http://revistas.unicartagena.edu.co/index.php/cienciasbiomedicas>
www.revistacienciasbiomedicas.com.co