



UNIVERSIDAD
DE LA REPUBLICA
URUGUAY



Facultad de
Psicología
UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Violencia Basada en Género hacia la mujer gestante

TRABAJO FINAL DE GRADO
MONOGRAFÍA

Docente tutora: Alejandra Akar
Docente revisora: Carolina Farías
Estudiante: Alison Melisa Lares Mendez
5.186123-1

MONTEVIDEO, JULIO 2023



Índice:

Fundamentación	6
Marco conceptual:	
Violencia basada en género en la etapa prenatal: una problemática transversal.	
1.1 Conceptualizaciones vinculada a la Violencia Basada en Género: discusiones y problematizaciones.....	6
1.2 Avances en la lucha contra la violencia hacia las mujeres en Uruguay: una mirada a las movilizaciones internacionales y políticas públicas.....	12
1.3 Violencia Basada en Género y maternidad: la doble vulnerabilidad de las mujeres gestantes.....	15
1.4 Las consecuencias de la Violencia Basada en Género en el feto en desarrollo y el papel de la madre como “responsable” para materner de forma óptima.....	17
Violencia basada en género durante el embarazo: un enfoque en los factores de vulnerabilidad y sus implicaciones en la salud mental.	
2.1 Aspectos emocionales y fisiológicos propios del embarazo.....	22
2.2 Vulnerabilidad en mujeres embarazadas frente a la violencia de pareja: análisis de factores socioeconómicos y culturales	28
2.3 Violencia de género durante el embarazo: repercusiones psicológicas y emocionales en las mujeres gestantes.....	31
Consideraciones finales:.....	35
Referencias bibliográficas	42

En el presente trabajo de fin de grado se informa que no se utilizará lenguaje inclusivo, si bien se reconoce su importancia en el contexto actual. Asimismo, debido a limitaciones de tiempo y recursos materiales, se hará referencia exclusivamente a mujeres cisgénero, ya que la inclusión de personas transgénero y no binarias puede agregar complejidad al análisis y la interpretación debido a las diferentes experiencias y desafíos que enfrentan en comparación con las mujeres cisgénero.

Es importante tener en cuenta que la omisión de personas transgénero y no binarias no debe interpretarse como una negación de su existencia o importancia, ni como una discriminación hacia estas comunidades. Más bien, como sostengo anteriormente, esta elección es debido a motivos de tiempo y recursos a la hora de la realización de la presente monografía.

Fundamentación

En este trabajo final de grado de corte monográfico, para la obtención del Título de Licenciada en Psicología, se propone realizar un recorrido teórico en relación a la presencia de VBG en la etapa prenatal y sus repercusiones en las mujeres gestantes. Es importante destacar la posición de vulnerabilidad en la que se encuentra una mujer cursando un embarazo, y que en un contexto de riesgo por VBG incorpora complicaciones en diversas dimensiones, entre los que se destacan: social, emocional, fisiológica, entre otras. El interés por dicha temática surge como resultado de mi recorrido formativo por Facultad de Psicología (UdelaR), en el cual acontece un perseverante interés por la primera infancia y las maternidades. Sin embargo, cabe aclarar que la decisión por la temática sobreviene preferentemente desde mi sensibilidad hacia esta población y mi lugar como mujer.

La violencia basada en género, (en adelante VBG) es un problema de carácter mundial que no escapa a nuestro país. El Ministerio de Desarrollo Social (en adelante MIDES), entiende a la VBG según la Ley N° 19.580 como una “forma de discriminación que afecta la libertad, dignidad, integridad física, psicológica, sexual económica o patrimonial así como la seguridad de las mujeres”; (Uruguay, 2018, art. 1). En la situación actual de Uruguay, Calce et al. (2015) sostienen que las mujeres tienen mayor riesgo de morir debido a episodios de violencia con su pareja o ex pareja que por agresiones vinculadas a hurtos. La vulneración de los derechos humanos de las mismas como consecuencia de las desigualdades presentes entre ellas y los hombres propias de la sociedad patriarcal, hace que la violencia ejercida por el compañero sentimental sea más común de lo que se intuye. Para el año 2019 según el MIDES, un 49% de mujeres mayores a 15 años vivieron situaciones de VBG por parte de su pareja o ex pareja, mientras que un 76,6% han vivido VBG en algún ámbito a lo largo de su vida. Teniendo en cuenta estas estadísticas, debemos tomar a la VBG en relación a las mujeres gestantes como una problemática actual de naturaleza sociopolítica y cultural de suma relevancia. Como afirman Fernández y Olza (2020) "Estar embarazada en un mundo patriarcal significa o conlleva una alta probabilidad de sufrir violencia(s), o de estar expuesta a ellas (...)" (p.177).

Sumado a esto, Fernández (1995) sostiene que se ha dado a la mujer a lo largo de los años un lugar innato frente a la maternidad, atribuyendo por el simple hecho de ser mujer “un instinto materno que la guiará en la crianza de los hijos” (p.169). Sin embargo,

debemos considerar que en situaciones donde la gestante se ve violentada y donde su salud está comprometida, se pueden llegar a dar procesos de revictimización que las vulneren aún más.

Por otro lado, las instituciones de salud en relación a la Ley de Salud Sexual y Reproductiva N° 18.426 implementan acciones que prestigian el lugar de la salud física del feto y la mujer gestante, no obstante, aunque se indica en la presente ley la atención a la salud mental, queda en evidencia cómo actualmente en los servicios sanitarios se desatienden los aspectos emocionales, sociales y afectivos propios del transcurso del embarazo; “los servicios de salud ignoran la emocionalidad y el contexto sociocultural de las mujeres, lo cual afecta su autonomía” (Libia et al., 2020, p. 145).

Abordar la problemática vinculada a la VBG durante los procesos gestacionales es fundamental para poder generar intervenciones que sean cuidadosas desde el ámbito de la salud. Ser consciente de las dinámicas de poder y las normas que perpetúan las situaciones violentas hacia las mujeres, así como los efectos de las mismas durante la gestación, permitiría ofrecer orientación para la detección y procedimiento de dichas situaciones tanto desde la psicología, como desde las diversas instituciones que estén implicadas.

Por último, es relevante enfatizar que esta monografía no abordará las implicancias biológicas y/o psicológicas para el feto o recién nacido. Tampoco se contemplarán situaciones de violencia obstétrica ejercidas por profesionales de la salud en los servicios hospitalarios, ni situaciones de violencia dadas durante el puerperio. Aunque estos temas son relevantes, su ampliación y análisis escapan al alcance del presente trabajo.

Violencia basada en género en la etapa prenatal: una problemática transversal.

1.1 Conceptualizaciones vinculada a la Violencia Basada en Género: discusiones y problematizaciones

Para comenzar con la temática, resulta pertinente conceptualizar nociones como género y VBG, que serán los principales ejes en el desarrollo de esta monografía.

Haremos referencia al género como el “conjunto de símbolos, normas, valores, atributos y acciones, concebidos como adecuados de forma diferencial para varones y mujeres” (Scott, 1990, p.9). En él se incorporan las denominaciones que la sociedad determina frente a las personas por el simple hecho de nacer hombres o mujeres. Según Cagigas Arriazu (2000), el sistema más opresivo de dominación y subordinación es el género, conocido como patriarcado. Este sistema fue el primero en aparecer en la historia y aún hoy sigue siendo una estructura fundamental de dominación, siendo el más poderoso y duradero sistema de desigualdad, aunque es el menos percibido como tal (Cagigas arriazu, 2000, p.307). Sin embargo, es necesario resaltar que el “(...) sexo no determina cómo serán nuestras formas de ser y de vincularnos como hombres y mujeres, sino que esto es producto de una construcción sociocultural que se nos impone” (Abero et al. 2015, p. 11). Posicionarse desde esta perspectiva posibilita visibilizar la naturalización de las necesidades, deseos y aspiraciones que se asignan a las mujeres por el simple hecho de serlo, y que, no obstante, culturalmente “genera y legitima desigualdad” (Abero et al., 2015, p.12).

Dicho lo anterior, proseguimos a definir a qué nos referimos con VBG.

A principios de la década de los noventa, la Organización de las Naciones Unidas (en adelante ONU) definió la VBG como:

Todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las

amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública o privada (ONU, 1994., art 1).

La VBG pretende ser un mecanismo de control social dirigido principalmente hacia las mujeres, con el objetivo de aumentar su subordinación y dominación en relación al género masculino (Cagigas Arriazu, 2000, pp. 310-311). Según Cagigas Arriazu (2000), la violencia contra la mujer es el delito encubierto más extendido a nivel global. Esta problemática surge debido a que la sociedad patriarcal considera a las mujeres como menos relevantes y valiosas en comparación con los hombres. Por su género, las mujeres están expuestas a ser víctimas de una amplia gama de delitos (p. 308). En consonancia, la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2005), citada por Gómez-Fernández et al. (2015), sostiene que la violencia contra las mujeres es una causa significativa de muerte e incapacidad de las mismas en edad reproductiva a nivel mundial. Según la OMS, esta problemática adquiere proporciones epidémicas y su magnitud es comparable a la del cáncer (p. 124).

La VBG no se limita a una única forma de violencia, sino que se manifiesta en diversas modalidades. En este sentido, la Ley N°19.580 de Uruguay reconoce y aborda múltiples tipos de VBG, estableciendo medidas para su prevención y atención (Uruguay, 2018). Entre estos tipos se encuentran la violencia física, psicológica, sexual, patrimonial, obstétrica, laboral, femicida, doméstica y económica, entre otras, cada una con características específicas y manifestaciones particulares. Sin embargo, es importante destacar que el informe del grupo de especialistas para combatir la violencia contra las mujeres del Consejo de Europa (2005) identifica un tipo de VBG que no está contemplado en la legislación uruguaya, específicamente en la Ley N°19.580. Se trata de la violencia espiritual, que se define como la destrucción de las creencias culturales o religiosas a través de castigos, ridiculizaciones o la imposición de sistemas de creencias ajenas a la propia.

En relación a la recopilación de estadísticas sobre los tipos de VBG presenciados en nuestro país, el Ministerio del Interior ha reportado que durante los primeros diez meses del año 2021 se registraron 21 casos de feminicidio. Estas situaciones se caracterizan por presentar indicios de odio y desprecio hacia las mujeres debido a su género. La gran mayoría de dichas incidencias (86%) ocurrieron en residencias, mientras que un 10% tuvo lugar en espacios públicos. En un 4% de los casos, se desconoce el lugar donde se produjo el feminicidio. En cuanto a la violencia doméstica, se registraron

un total de 31,661 denuncias durante el mismo período de tiempo, lo que equivale a un promedio de 104 denuncias diarias o una denuncia cada 14 minutos. La violencia patrimonial/económica se manifiesta en un 7.8% de los casos, mientras que la violencia sexual afecta al 3.4% de las mujeres a lo largo de su vida. Por último, la violencia psicológica es el tipo más frecuente, siendo experimentada por el 47.8% de las mujeres en algún momento de sus vidas. Por otro lado, la violencia física ocupa el segundo lugar en términos de frecuencia, afectando al 40.7% de las mujeres. (Ministerio del Interior, 2021).

En relación a la temática específica abordada en este trabajo final de grado, cabe destacar el estudio realizado en México por Valdez et al. (2004), con el objetivo de investigar la experiencia de las parteras en la identificación de mujeres maltratadas durante el embarazo. Los resultados constatan que en la mayoría de las situaciones analizadas, la forma más evidente de violencia fue la física. Las parteras que participaron en dicho estudio observaron en varias ocasiones a sus pacientes con lesiones visibles de diferentes grados de gravedad, como equimosis en el rostro y el cuerpo, hematomas en el vientre en etapas avanzadas del embarazo, cortes de machetazos en brazos y manos, labios reventados, párpados hinchados con equimosis y fracturas de costillas.

En cuanto a la identificación de otros tipos de violencia, se destaca la presencia común de violencia verbal. Las discusiones y peleas con la pareja son reportadas regularmente a las parteras por parte de las mujeres. Por otro lado, en relación a la violencia sexual, algunas mujeres han informado ser objeto de acoso sexual por parte de su pareja durante el embarazo o en el período posparto (Valdez et al., 2004). Es importante resaltar que la violencia sexual es una forma frecuente de violencia de género, a pesar de ser paradójicamente una de las menos denunciadas a nivel mundial. La violencia sexual perpetrada por hombres, se basa en las ventajas que el patriarcado les otorga y tiene como objetivo subyugar a las mujeres mediante la explotación de sus cuerpos (Alberdi y Mata, 2002). En este sentido, Valdez et al. (2004) destacan el nivel de control que los hombres ejercen sobre el cuerpo de las mujeres, considerándolo como de su propiedad, en especial sobre los aspectos vinculados a la sexualidad, donde se evidencian conductas violentas dirigidas hacia el cuerpo gestante de la mujer focalizando las agresiones a nivel del vientre.

Por otra parte, es necesario realizar una diferenciación de conceptos, ya que en esta monografía se desarrollará la noción de VBG de manera diferenciada a la Violencia Doméstica (en adelante, VD). En cuanto a la VBG, se dirige en alta prevalencia hacia las mujeres. Dobash y Dobash (1979) señalan que la misma es motivada por el género de la víctima y puede ocurrir en cualquier contexto social. Por su parte, Fernández-Niño et al.

(2017) sostienen que es una problemática transversal que afecta a las mujeres de todas las edades, niveles educativos y estratos socioeconómicos. La VBG se extiende más allá de la violencia doméstica y abarca una amplia gama de situaciones en las que las mujeres son discriminadas, oprimidas y violentadas debido a su género. Ejemplo de ello son la violencia sexual, el acoso callejero, el acoso laboral, el tráfico de mujeres y la mutilación genital femenina, entre otros (Scheper y Bourgois, 2004, p.22).

Izquierdo (2013) afirma que, en todas las etapas de la vida se pueden encontrar manifestaciones de violencia contra la mujer. Durante la infancia, esto puede manifestarse en la falta de acceso de las niñas a la alimentación, atención médica y educación, así como en el abuso físico, psicológico o sexual, la explotación infantil, la negligencia y otros comportamientos. En la adolescencia, la edad adulta y la vejez, las manifestaciones pueden incluir el incesto, la mutilación genital femenina, los matrimonios forzados, la violencia por parte de parejas sentimentales, el sexo forzado por razones económicas, el acoso sexual o psicológico en el lugar de trabajo, violaciones y ataques con ácido, entre otros. Empero, en relación a la VBG en la etapa prenatal, Izquierdo (2013) manifiesta que la violencia durante esta etapa puede manifestarse a través del aborto o los malos tratos infligidos a la madre durante el embarazo.

Desde otra perspectiva, la VD refiere específicamente a las interacciones íntimas que se desarrollan dentro del ámbito del hogar. En otras palabras, engloba la manifestación de violencia presentada en las relaciones personales que ocurren en el contexto doméstico, caracterizadas por un nivel de intimidad entre las personas afectadas (Romano, 2010). En la legislación de nuestro país, el término VD incluye todas las relaciones familiares, afectivas y de convivencia entre cualquier miembro de la familia (Romano, 2010). Puede manifestarse en forma de golpes, control económico, abuso sexual, violaciones, prohibiciones de diversa índole, maltrato psicológico, entre otros (Izquierdo, 2013). De Gracia de Gregorio (2019) sostiene que antiguamente la violencia hacia la mujer solía considerarse solo en el ámbito privado, es decir, que sólo implicaba a los miembros de la familia: "En definitiva, era un hecho invisible a los ojos de la sociedad." (De Gracia de Gregorio, 2019, p.6).

Podemos decir entonces que la VBG hace referencia a la violencia ejercida contra las mujeres por el simple hecho de serlo, amparada por códigos patriarcales que validan la superioridad de las masculinidades (Izquierdo, 2013). Adicionalmente, no queda ligada simplemente al ámbito privado de la familia como en el caso de la VD, sino que puede ocurrir en múltiples niveles (laboral, político, institucional, entre otros), adoptar diversas

formas y presentarse en distintos entornos, tanto públicos como privados (Izquierdo, 2013). La VBG ejercida por la pareja "no es consustancial a su posición jurídica dentro de la familia ni tampoco a sus circunstancias personales, sino que es el resultado de una estrategia de dominación ejercida por el varón, al amparo de unas pautas culturalmente dominantes" (Izquierdo, 2013, p. 24).

En consonancia con esto, es fundamental destacar la existencia de la Violencia Obstétrica (VO), que se ejerce por parte de los profesionales de la salud durante los procesos reproductivos de las mujeres, incluyendo la atención de la salud sexual, el embarazo, el parto y el postparto. La VO representa otra forma de violencia de género, cuyo propósito es controlar y subyugar a las mujeres (Al Adib et al., 2017). Esta forma de violencia se caracteriza por el incumplimiento de las normas legales y éticas que rigen el cuidado de las usuarias del sistema de salud, y se manifiesta de múltiples formas. Por ejemplo, en falta de atención médica de calidad y adecuada ante las necesidades de las usuarias, el uso excesivo de intervenciones innecesarias, así como la violación de los derechos humanos. (Adib et al., 2017)

Es importante señalar que en la presente monografía haremos referencia a "usuarias" en lugar de "pacientes" al referirnos a las gestantes que utilizan los servicios de salud. La presente elección es una forma de promover una perspectiva centrada en la persona y fomentar la participación activa de las mujeres en su propia atención médica. En relación a esto, Lemus et al. (2017) plantean que la noción de usuario introduce la idea de alguien con capacidad de decisión, (...) mientras que paciente sugiere una persona necesitada de cuidados y vulnerable" (p. 100). De otro modo, mientras que la terminología paciente refiere que la persona es pasiva y dependiente de los profesionales, la noción de usuario se basa en un enfoque centrado en la promoción del bienestar del sujeto, en lugar de una perspectiva enfocada en la enfermedad. Esto nos permite visibilizar el lugar de las mujeres en el ámbito hospitalario como garantes de Derechos Humanos. A su vez, se enfatiza la colaboración entre el profesional de la salud y la persona que busca atención, fomentando el empoderamiento y la toma de decisiones por parte de los sujetos.

Pinto et al. (2018) destacan que la VO se relaciona con un modelo de atención centrado en el profesional de salud y no en la mujer, en el que la decisión final es tomada por el profesional y no se respeta el derecho de la usuaria a participar en la toma de decisiones sobre su propio cuerpo. Si adoptamos la noción de paciente, estaríamos frente a una relación asimétrica que podría manifestarse, según Rodríguez y Martínez (2021), en un trato infantil y paternalista hacia la mujer gestante por parte del equipo

médico. Esto a su vez, puede fomentar situaciones de VO que van en contra del respeto a los derechos humanos y la dignidad de las mujeres, viéndose reflejadas en un trato autoritario, despectivo, humillante y con vejaciones (Rodríguez y Martínez, 2021)

La violencia, en todas sus manifestaciones, constituye un grave problema que puede acarrear consecuencias físicas, psicológicas, sociales y emocionales a corto y largo plazo para las víctimas. Brega et al. (2016) y Castro, R. et al. (2018) sostienen que la violencia dirigida hacia las mujeres abarca diversos ámbitos sociales, incluyendo el campo de la salud. Por consiguiente, resulta pertinente abordar y problematizar la noción de VO, ya que ha sido invisibilizada y forma parte de la violencia de negar el sufrimiento que muchas mujeres han experimentado en el sistema sanitario. Diniz y Chacham (2014), así como Pinto et al. (2018), afirman que la invisibilización de esta problemática se justifica muchas veces por la labor del equipo médico, lo cual conduce a la naturalización de ciertas prácticas y a una minimización del dolor y el sufrimiento de las usuarias. Por lo tanto, es importante mencionar la noción de VO para no negar el sufrimiento de las mujeres y fomentar una atención más respetuosa centrada en las gestantes, sus necesidades y preferencias. De esta manera, se puede garantizar una atención de calidad que respete los derechos humanos y reproductivos de las mujeres (Pinto et al., 2018).

Sin embargo, a pesar de que se han visibilizado estas formas de violencia y se comprende su relevancia, en este trabajo no nos centraremos en la violencia ejercida en el ámbito de la salud por los profesionales médicos durante los procesos reproductivos de las usuarias. En su lugar, volveremos a enfocarnos en la VBG ejercida por parte de la pareja durante el período de gestación.

1.2 Avances en la lucha contra la violencia hacia las mujeres en Uruguay: una mirada a las movilizaciones internacionales y políticas públicas.

La violencia contra las mujeres ha sido un problema internacional a lo largo de la historia. No obstante, según el MIDES (2019), en nuestro país comenzó a hacerse hincapié en este tema a fines de la dictadura, específicamente con la noción de violencia doméstica. Estos debates fueron llevados adelante por organizaciones feministas que impulsaron la atención psicológica, social y legal para las mujeres víctimas, ya que las respuestas estatales eran escasas y carecían de un marco legal. Además de estas organizaciones, varios colectivos y asociaciones civiles comenzaron a fomentar la implementación de políticas públicas (MIDES, 2019).

Se identifican distintas movilizaciones de carácter internacional e interamericano que resultaron significativas para el progreso en la temática abordada. Se procederá a presentar una tabla donde se realiza una presentación metódica de la información recabada (MIDES, 2019):

Tabla 1:

1

<i>Año</i>	<i>Movilizaciones</i>	<i>Origen</i>
1975	Primera conferencia mundial sobre la mujer	México
1979	Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW, en inglés)	Naciones Unidas
1992	Comité para la eliminación de la discriminación contra la mujer	Naciones Unidas
1993	II Conferencia mundial sobre los Derechos Humanos	Viena
1994	Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer.	Brasil
1995	IV conferencia Mundial sobre la mujer	China

¹ Tabla 1: Realizada por la autora de la monografía.

2015	Segundo informe Hemisférico sobre la implementación de la Convención	Brasil
-------------	--	--------

En cuanto a nuestro país, según el MIDES (2017), Uruguay ha aprobado varias leyes, convenciones, resoluciones y declaraciones. Se realiza a continuación la siguiente tabla para su visualización en forma sistematizada:

Tabla 2:

²

<i>Año:</i>	<i>Ley:</i>	<i>Nombre:</i>	<i>Contenido:</i>
1981	15.164	Aprobación de acuerdos internacionales. Derechos de género o “Carta de los derechos de las mujeres”	Como resultado de la “Convención para la Eliminación de todas las formas de Discriminación hacia la mujer” (CEDAW) Establece una serie de obligaciones jurídicas para los Estados con el fin de condenar y poner fin a la discriminación contra la mujer en todas sus formas.
1995	16.735	Aprobación de acuerdos internacionales. Derechos de género.	Como resultado de la “Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer” Se define la violencia contra las mujeres como una violación de Derechos Humanos y prevé un Mecanismo de Seguimiento denominado MESECVI.
1995	16.707	Ley de seguridad Ciudadana	Se comienza a considerar a la Violencia Doméstica como delito

² Tabla 2: Realizada por la autora de la monografía.

2002	17.514	Ley de Erradicación de la Violencia doméstica	Se orienta a la prevención, detección temprana, ateneo y erradicación de la violencia doméstica.
2007	18.104	Igualdad de Derechos y Oportunidades entre hombres y mujeres	El Consejo Nacional de Género (en adelante, CNG) comenzó a incorporar la mirada de género de forma colateral a nivel estatal, proponiendo el reconocimiento de las situaciones de desigualdad entre hombres y mujeres, sumado a factores como la edad, el origen étnico, la orientación sexual, entre otros, en la perpetuación de las desigualdades.
2018	19.580	Violencia contra las mujeres basada en género	La presente Ley tiene como objetivo garantizar el pleno ejercicio del derecho de las mujeres a vivir una vida libre de violencia basada en el género. La misma abarca a mujeres de todas las edades, incluyendo a mujeres trans, de diversas orientaciones sexuales, con diferentes condiciones socioeconómicas, pertenecientes a distintos territorios, con diversas creencias, orígenes culturales y étnico-raciales, así como aquellas en situación de discapacidad, sin ninguna forma de distinción o discriminación. Además, la Ley establece mecanismos, medidas y políticas integrales para la prevención, atención, protección,

			sanción y reparación de la violencia de género.
--	--	--	---

Durante el período comprendido entre 2015 y 2020, el Consejo Nacional de Género ha establecido como su eje principal de trabajo "el derecho a una vida libre de violencia de género" (MIDES, 2019, p. 24). Esta decisión ha sido respaldada por el Consejo Nacional Consultivo de Lucha contra la Violencia Doméstica, que presentó en 2015 un plan de acción para abordar la violencia de género, incluyendo una perspectiva generacional. El objetivo de este plan es establecer una política pública nacional sólida para prevenir, enfrentar, reducir y reparar la violencia basada en género en todas sus manifestaciones concretas y diversas (MIDES, 2019, p. 25). No obstante, es importante destacar que la violencia doméstica no es suficiente para abarcar todos los tipos de violencia que sufren las mujeres embarazadas. Por tanto, cabe señalar que el 15 de noviembre de 2017, el Consejo Consultivo de Lucha contra la Violencia Doméstica fue reemplazado por la Ley 19.580 "Violencia contra las mujeres basada en género".

A partir de 2014, la Red Uruguaya contra la Violencia Doméstica y Sexual (RUCVDS) comenzó a declarar la VBG como una emergencia nacional debido a su alta prevalencia e impacto negativo en la vida de las personas, especialmente mujeres y niñas. Según la RUCVDS (2014), las declaraciones no han sido suficientes, y se plantea la necesidad de contar con fiscalías que comprendan y conozcan las situaciones de las denunciadas, defiendan los derechos que son vulnerados y cuenten con jueces y juezas que procuren el cumplimiento de las medidas protectoras y sancionadoras.

1.3 Violencia Basada en Género y maternidad: la doble vulnerabilidad de las mujeres gestantes.

La VBG es una problemática que afecta a mujeres de todas las edades y en todas las esferas de su vida, incluyendo el embarazo. Durante esta etapa, muchas de ellas se encuentran en una situación de mayor vulnerabilidad debido a su estado de gestación.

De acuerdo con lo expuesto por Sánchez (2011), se entiende por embarazo al lapso que se extiende desde la implantación del óvulo fecundado en el útero hasta el momento del parto, en el que la mujer experimenta importantes transformaciones fisiológicas, metabólicas e incluso morfológicas (p. 64). A medida que transcurre el embarazo, la misma experimenta una serie de cambios fundamentales y necesarios. Si bien las modificaciones más evidentes ocurren en su cuerpo, también se presentan procesos psicológicos, sociales y fisiológicos de gran relevancia.

Durante este periodo, se pueden experimentar niveles elevados de tensión y ansiedad debido a las adaptaciones fisiológicas y psicológicas necesarias para el desarrollo del feto. Estos cambios pueden ser desequilibrantes y causar angustia debido a los cambios significativos en su estilo de vida y en su cuerpo (Díaz et al., 1999, p.28). Según Díaz et al. (1999), la gestación implica un proceso de desarrollo psicosocial que consta de una serie de tareas y objetivos progresivamente más exigentes y desafiantes. Como resultado, las embarazadas son conscientes de la complejidad de este proceso y experimentan sentimientos de preocupación y miedo. Por esta razón, resulta fundamental estudiar la VBG en esta etapa específica, con el fin de comprender sus implicancias y prevenir las graves consecuencias que puede tener para la salud y el bienestar de la mujer gestante (Coo et al., 2021).

Izquierdo (2013) afirma que estudios realizados en España han demostrado que alrededor de una de cada seis mujeres en período de gestación han sido víctimas de maltrato por parte de sus parejas. La violencia en el periodo del embarazo oscila entre el 15% y 20% de las mujeres, en países como Estados Unidos, Reino Unido y México (Maldonado, 2011, p.23). A su vez:

Otros estudios realizados en distintos países indican que la violencia durante el embarazo oscila entre el 4% y el 32%, y que la tasa de prevalencia

de la violencia física moderada o grave durante el embarazo es de aproximadamente el 13% (Izquierdo, 2013, p.78).

A partir de lo expuesto anteriormente, es oportuno preguntarnos: ¿cómo se encuentran actualmente las estadísticas de VBG durante la gestación en nuestro país?

No contamos con estadísticas de VBG durante el embarazo. Sin embargo, para el año 2019 según el MIDES, un 49% de mujeres mayores a 15 años vivieron situaciones de VBG por parte de su pareja o ex pareja, mientras que un 76,6% de las mujeres mayores a 15 años han vivido VBG en algún ámbito a lo largo de su vida, lo que representa aproximadamente al 1,1 millón de mujeres a nivel nacional. En relación al año 2021, en sus primeros 10 meses según el Ministerio del Interior (2021) se registran 31.661 denuncias por violencia doméstica, lo que representa unas 104 denuncias diarias, o su equivalente a una denuncia cada 14 minutos. Es de relevancia destacar que las víctimas son 75.8% mujeres y la violencia es ejercida el 60.7% de las veces por parte de su pareja o vínculos afectivos-sexuales. En lo referido a feminicidios, se registraron 21 casos en los primeros 10 meses del 2021, lo que significa que cada 8 días se intentó matar o se mató a una mujer por su condición como tal.

Teniendo en cuenta las cifras mencionadas y la franja etaria, se puede deducir que muchas de estas mujeres podrían encontrarse en etapa de fertilidad o gestación, y por lo tanto, haber sufrido o tener la posibilidad de sufrir situaciones de VBG durante el embarazo. En respuesta a esta problemática, el poder ejecutivo emitió una resolución que proclama la declaración de un estado de emergencia a nivel nacional en relación a la violencia basada en la discriminación por género (Uruguay Presidencia, 2019).

Las estadísticas nacionales (Ministerio del Interior, 2021) en relación a la VBG, revelan una preocupante manifestación de la opresión que las mujeres experimentan en todas las áreas de sus vidas, lo cual constituye una clara violación de sus derechos humanos y limita su capacidad para ejercer el control sobre sus propios cuerpos.

No debemos subestimar el impacto significativo que esta violencia tiene en las mujeres que la sufren, ya que conlleva consecuencias devastadoras. Estos efectos van más allá de las secuelas físicas evidentes, abarcando también daños emocionales y psicológicos de gran magnitud (Alberdi y Mata, 2002). Asimismo, se reconoce que la violencia es un problema muy extendido durante el embarazo y que tiene graves consecuencias para la salud y la vida tanto de la madre como de sus hijos (Mimdes, 2011, p. 10).

Távora-Orozco (2007) citada por De Gracia de Gregorio (2019), plantea que durante la época perinatal, el embarazo no funciona como un factor de protección contra la violencia, sino que en realidad, esta etapa se considera crítica debido a que aumenta la vulnerabilidad de la gestante y puede llevar a un aumento y prolongación de la violencia en esta población.

Finalmente, El Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social (Perú, 2011) afirma que a pesar de que el embarazo debería ser un período en el que se garantice el bienestar de la madre y el feto, la realidad en la práctica es que la violencia puede presentarse, intensificarse y prolongarse.

1.4 Las consecuencias de la Violencia Basada en Género en el feto en desarrollo y el papel de la madre como “responsable” para maternar de forma óptima.

Podemos evidenciar que la VBG puede tener un impacto significativo en la salud física, no solo de la usuaria sino también del feto en desarrollo. Plaza y Espinosa (2015) investigaron el impacto de la VBG en la maternidad, con el objetivo de reflexionar sobre las consecuencias de esta problemática y las posibles intervenciones para abordarla. En su estudio, se encontró que la VBG tiene un fuerte impacto en la maternidad, generando diversas consecuencias tanto para las madres como para sus hijos e hijas (Plaza y Espinosa, 2015). Sin embargo, la mayoría de los artículos suelen centrarse en las consecuencias que puede tener la VBG sobre el feto, haciendo alusión a: parto prematuro, bajo peso al nacer, trastornos del desarrollo, entre otros. Por lo que, si bien es importante reconocer las consecuencias que la violencia puede tener en el feto en desarrollo, debemos tener en cuenta que las mujeres gestantes se encuentran en un momento de mayor vulnerabilidad debido a su estado de gestación, y las dinámicas de poder propias del patriarcado. Su situación las sitúa en una encrucijada entre dos grandes áreas: por un lado, el énfasis en el papel tradicional de la mujer y la importancia de salir de la violencia de género, y por otro, la protección de sus hijos. Esta circunstancia lleva a que estas madres sean doblemente ignoradas y juzgadas (Plaza Aleu y Cantera Espinosa, 2015).

Siguiendo a Fernández (1993), históricamente la maternidad se ha considerado un fenómeno natural y se ha asociado principalmente con el rol de la mujer. Esta perspectiva se basa en una visión biologicista que afirma que la naturaleza de la mujer la destina a ser madre, debido a las características físicas y biológicas que posee para desarrollar y llevar a término una gestación. Esta visión biologicista ha sido utilizada para justificar la idea de que la principal función de la mujer es ser madre y cuidadora de los hijos. Se consideraba que la maternidad era el destino natural de la mujer y que su realización plena se encontraba en su capacidad de engendrar y criar.

Frente a la valoración social de la maternidad como la función innata de la mujer por el simple hecho de serlo y su necesidad de maternar de forma óptima, Denisse Defey (1994) sostiene que existen dos creencias profundamente arraigadas que suelen presentarse en las mujeres embarazadas. La primera creencia consta de que los

pensamientos y estados de ánimo de la mujer pueden afectar al bebé, por ejemplo, causarle daño si la madre siente angustia, tristeza o rechazo frente al feto, así como transmitirle los mismos pensamientos y estados de ánimo que está experimentando, y que el feto puede percibir. Estas creencias tienen múltiples consecuencias: por un lado, son el comienzo del proceso de apego y cuidado del hijo, ya que la madre se preocupa por no dañarlo; pero, por otro lado, la sensación de estar siendo constantemente observada por el feto y de dañarlo con sus pensamientos dificulta aún más la libre expresión de las ideas y sentimientos ambivalentes de la madre durante el período de gestación (Defey, 1994). Considerando estas creencias desarrolladas por Defey (1994), resulta posible que las mujeres que enfrentan situaciones de VBG carguen con la culpabilidad respecto a la salud del feto por nacer, así como una elevada preocupación por las potenciales consecuencias que su propio estado de ánimo y las situaciones estresantes derivadas de la violencia puedan tener en el desarrollo del feto.

Por su parte, Plaza y Espinosa (2015) afirman que las mujeres que asumen la responsabilidad de cuidar de sus hijos e hijas son las mismas que están atravesando situaciones de violencia, lo que puede generar en ellas sentimientos de temor, ansiedad y fatiga crónica, que afectan su capacidad para afrontar la situación. La presente circunstancia coloca a las embarazadas en una posición de responsabilidad frente a las diversas formas de violencia que están siendo víctimas, lo cual conlleva que su lugar quede invisibilizado, asignándolo como portadora de un sujeto por nacer. "Se percibe a las mujeres como 'incubadoras' o 'portadoras' de bebés, en lugar de reconocer su papel activo y central en la gestación y crianza de un ser humano" (Ruddick, 1989, p. 351). Se suele sostener la paradoja entre las madres que cuidan a sus hijos y las que deciden abandonarlos, así como las que asumen la responsabilidad de su embarazo y las que abortan, mientras se descuida su experiencia y bienestar, a pesar de que también puede sufrir consecuencias graves (Defey, 1994).

Judith Butler (2004) sostiene que la noción de la mujer como portadora de un sujeto por nacer es problemática porque reduce la experiencia femenina y la maternidad a una idea preconcebida y uniforme. En este sentido, se invisibilizan las necesidades individuales y las realidades diversas de las mujeres embarazadas, y se reduce su papel a un simple vehículo de reproducción. Esta perspectiva deshumaniza a las mujeres y limita su autonomía y bienestar al subordinarse a la protección del feto (Butler, 2004). Cuando las embarazadas sufren violencia por parte de sus parejas o exparejas, se enfrentan a la posibilidad de ser responsabilizadas por las posibles consecuencias que pueda sufrir el feto debido al embarazo en estas condiciones. Butler (1990) argumentó que la concepción de la mujer como portadora de un sujeto por nacer puede llevar a reducirlas a meros vehículos de reproducción, lo que podría resultar en la minimización de sus

derechos y necesidades en relación con el embarazo y la maternidad. Esta perspectiva puede tener consecuencias negativas para la autonomía y la dignidad de las mujeres, al poner en riesgo su capacidad para tomar decisiones libres y autónomas sobre su propio cuerpo y su futuro.

En gestantes que sufren VBG, la misma perspectiva puede llevar a una victimización secundaria al responsabilizarlas por las posibles consecuencias que pueda sufrir el feto debido al embarazo en estas condiciones (García-Moreno et al., 2005). Esta carga adicional de responsabilidad puede ser especialmente abrumadora para una mujer que ya está lidiando con el trauma de la violencia y puede llevar a una sensación de impotencia y desesperanza, dejándola en una situación de mayor vulnerabilidad. Defey (1994) afirma que la embarazada puede experimentar sentimientos encontrados debido a las expectativas sociales que elogian y presuponen que la maternidad es lo mejor que le puede suceder. Esto puede generar una presión en la gestante llevándola a sentirse culpable y generar conflictos emocionales, lo que puede afectar su bienestar emocional y físico.

Siguiendo con el planteo sobre la mujer y la gran responsabilidad sociocultural frente a la maternidad, Defey (2009) afirma que “no existe una inscripción psíquica en el feto de las experiencias que vive su madre durante la gestación” (p.15). Según la autora, la única relación comprobada y consistente entre estrés y embarazo es el parto prematuro, especialmente cuando se ha experimentado un evento traumático en los días previos. La reacción del cuerpo al estrés agudo puede explicarse por mecanismos biológicos: cuando se percibe una amenaza, el cuerpo se prepara para luchar o huir y libera la carga que le impide hacerlo. En este caso, la carga es liberada frente al feto y, una vez que se ha desencadenado el mecanismo de parto, es muy difícil detenerlo (Defey, 2009).

Entonces, poner el foco en las consecuencias de la VBG en el feto o recién nacido puede llevar a la mujer a un estado de mayor vulnerabilidad durante esta etapa debido a la alta responsabilidad que se le asigna a la misma. En relación a esto, Defey (2009) sostiene que es útil contar con herramientas a la hora de tranquilizar a las madres, especialmente cuando las situaciones de tensión trascienden sus posibilidades de modificarlas. Debemos resaltar que los fetos tienen capacidad de adaptarse a las situaciones de estímulos estresantes que le llegan desde el entorno, por su parte, cuando hay circunstancias de daño y tensión durante la gestación que son inevitables, existen cuidados postnatales compensatorios que las mujeres y sus familias pueden proporcionar una vez que el niño/a ha nacido (Defey, 2009)

Violencia basada en género durante el embarazo: un enfoque en los factores de vulnerabilidad y sus implicaciones en la salud mental.

2.1 Aspectos emocionales y fisiológicos propios del embarazo

La maternidad puede ser una experiencia compleja que involucra una serie de desafíos y demandas que pueden afectar la salud mental de la mujer. Durante este período, la mujer se enfrenta a la tarea psicológica de experimentar una transformación interna con el fin de asumir el rol de madre. Tanto el embarazo como el puerperio acarrearán una serie de cambios emocionales, físicos y sociales significativos para la madre, su pareja y el resto de la familia (Gomez Lopez et al., 2006). Este proceso conlleva una significativa relevancia emocional, dado que la mujer gestante se ve en la necesidad de efectuar modificaciones y ajustes en sus procesos emocionales y en su estilo de vida (Maldonado, 2011). Según Armengol et al. (2007), las embarazadas suelen experimentar una combinación de sentimientos que incluyen ansiedad, impulsividad y una sensación de espera feliz. Dentro de su entorno, la futura madre puede presentar tanto síntomas de depresión o confusión como manifestaciones de una actitud soñadora y llena de esperanza (Armengol et al. 2007).

Gomez Lopez et al. (2006) afirman que mientras muchas mujeres gestantes disfrutaban enormemente de estos cambios, otras no comparten estos sentimientos y a menudo experimentan trastornos psicológicos que les causan una angustia reactiva grave en relación con problemas emocionales, físicos y/o sociales. Este cambio implica adaptarse a una nueva situación, por lo que puede desencadenar manifestaciones agudas en la psique. Estas manifestaciones se evidencian a través de una disminución de las funciones yoicas y una limitación temporal de la conciencia reactiva y funcional, que afecta al yo y resulta discordante con la identidad (Gomez Lopez et al., 2006).

El estado psicológico específico de la mujer durante el embarazo se caracteriza por ser un período de crisis y mayor vulnerabilidad. Como sostiene Bydlowsky (2007), en este periodo se evidencian en las mujeres “estructuras psíquicas lábiles, tal como las que encontramos en los adolescentes” (Bydlowsky, 2007 p. 55). No obstante, es importante destacar que este malestar psicológico no tiene un impacto en la estructura de la personalidad, y por ende, se considera una forma de inhibición o malestar psicológico

(Gomez Lopez et al., 2006). A su vez, esta etapa de angustia no solo afecta a la gestante y su familia, sino que también aumenta el riesgo de crisis psicológicas, enfermedades mentales y trastornos del desarrollo (Gomez Lopez et al., 2006).

Por otra parte, Defey (1994) sostiene que la imagen paradisíaca de una mujer embarazada rodeada de amor y protección no siempre es la realidad. En repetidas instancias, es habitual la tendencia a idealizar al embarazo como un período feliz y acompañado por parejas amorosas que esperan con ansias a su bebé. Sin embargo, la maternidad incluye preocupaciones sobre embarazos de alto riesgo, la soledad de la maternidad sin apoyo, la pérdida de un embarazo o un hijo, las molestias físicas como la hinchazón y las hemorroides, problemas socioeconómicos y la angustia emocional que puede no estar permitida socialmente. Por lo que “aun el embarazo más cuidadosamente planificado, prolijamente cuidado y anhelantemente esperado es objeto de múltiples sentimientos contradictorios” (Defey, 1994, p. 105).

En algunos momentos, el hijo parece más un enemigo que ha venido a complicar la vida de la madre e incluso ponerla en peligro. Frente a esto es que la misma experimenta un sufrimiento en silencio manifestado bajo, “vómitos, amenaza de parto prematuro, agravamiento de trastornos como la diabetes y la hipertensión, anorexia, embarazo psicológico (pseudociesis) y otros trastornos que aparecen al acarrear la disposición orgánica y el conflicto psíquico” (Defey, 1994, p. 108).

Desde otra perspectiva, Izquierdo (2013) aborda la idea de que los neurotransmisores cerebrales se ven influenciados por las hormonas, lo que resulta en cambios que impactan las actividades laborales, sociales y familiares. Asimismo, durante el proceso de gestación y postparto, la mujer experimenta una serie de modificaciones hormonales y cerebrales que pueden potenciar la sensibilidad de los sistemas encargados de procesar las emociones (Coo et al., 2021, p. 2). Empero, más allá de los cambios fisiológicos inherentes al embarazo, la mujer gestante se enfrenta a crecientes preocupaciones relacionadas con su situación laboral, las posibles complicaciones del embarazo, las miradas de deseo de su pareja hacia otros sujetos más atractivos, así como las inquietudes relacionadas con el hogar (Defey, 1994). De acuerdo con Díaz et al. (1999), durante este periodo, las mujeres enfrentan una tarea de desarrollo psicosocial que involucra la consecución de metas difíciles y comprometidas, las cuales se vuelven cada vez más exigentes a medida que transcurre el tiempo. La misma, al ser consciente de esta situación, experimenta sentimientos de preocupación y miedo, lo cual representa una crisis de maduración en su vida (Díaz et al., 1999, p. 29).

Entonces, durante el período de embarazo, se observa una respuesta emocional intensa, lo que implica que la mujer debe adaptarse a los cambios inherentes a este evento, los cuales afectan tanto su estructura personal como su plan de vida. Durante esta etapa, se identifican factores internos y externos que ejercen influencia, y los conflictos psicológicos que emergen pueden ser una combinación de ambos tipos o estar dominados por uno de ellos (Gómez López et al., 2006). Además, es común observar una regresión emocional en la mujer embarazada, en la que tiende a depender más de los demás, experimenta emociones más intensas y requiere un mayor apoyo de su entorno. Asimismo, sus necesidades se vuelven más pronunciadas en comparación con su estado emocional previo al embarazo (Maldonado, 2011, p. 8).

De acuerdo con Defey (2009), se pueden identificar varios fenómenos prevalentes durante la etapa de gestación; el ensimismamiento, la negación, la ilusión, la idealización y la regresión. El ensimismamiento implica que la mujer dirige su atención hacia sí misma, centrándose en sus propios pensamientos y procesos emocionales. Esto puede dar lugar a una aparente falta de interés en la resolución de problemas concretos relacionados con el cuidado del embarazo, según la percepción de personas externas o del personal de atención de salud (Defey, 2009, p. 15-22).

La negación y la idealización están estrechamente relacionadas, considerando las diversas dificultades que se experimentan durante la gestación, como vómitos, edemas y dolor en el parto, así como el impacto emocional de alojar a otra persona dentro del propio cuerpo (Defey, 2009, p. 23). Estos mecanismos de negación de los riesgos y molestias, junto con la idealización de la maternidad, cumplen un papel fundamental en la protección tanto de la supervivencia de la especie como del bienestar psicológico de cada mujer en el contexto de su historia personal (Defey, 2009, p. 23).

Por último, Defey (2009) sostiene que la regresión es responsable de varios fenómenos característicos del embarazo, como son el aumento del apetito, el sueño, los antojos, una mayor dependencia del entorno y la hipersensibilidad (p. 23). Estos aspectos pueden brindar protección a la mujer embarazada, pero también exponerla a un entorno que puede ser hostil, poco comprensivo o explotador de sus ilusiones y ansiedades. Al igual que la negación y la idealización, la regresión cumple la función de salvaguardar el estado psíquico de la madre, llevándola a buscar y aceptar protección de su entorno.

No obstante, esta dinámica puede generar conflictos con otras figuras encargadas del cuidado del hijo/a, como abuelas o tías, y contribuir a la eventual delegación del cuidado en estas personas. Es importante señalar que las alteraciones en el apetito y el sueño también son resultado de las necesidades de reposición energética de un cuerpo que se encuentra en pleno funcionamiento y esfuerzo (Defey, 2009, p. 22-24).

Por su parte, Fernández y Olza (2020) examinaron las emociones y cogniciones más frecuentes experimentadas a lo largo de las diferentes etapas del proceso de embarazo, identificando tres fases principales. La primera etapa, que abarca desde la concepción hasta aproximadamente las 18 semanas, se caracteriza por una ambivalencia emocional, en la cual se experimenta la intensidad de los síntomas físicos asociados con los cambios hormonales (Fernandez y Olza, 2020, p. 60). Durante este primer trimestre, es frecuente que las mujeres se enfrenten a una notable fatiga, somnolencia, náuseas e incluso vómitos matutinos. Además, en muchas culturas, las mismas suelen experimentar antojos de alimentos que previamente no consumían o por comidas específicas (Maldonado, 2011, p. 5). Estos cambios fisiológicos ejercen un impacto significativo en el estado emocional de las mujeres, lo que puede dar lugar a sentimientos de extrañeza e incluso rechazo. Esto puede llevar a una falta de reconocimiento del propio cuerpo y, a su vez, puede surgir el temor recurrente de que el embarazo no prospere (Fernandez y Olza, 2020).

La segunda etapa, se caracteriza por el desarrollo de las representaciones mentales y abarca desde la detección de los primeros movimientos fetales hasta aproximadamente la semana 34 de gestación (Fernandez y Olza., 2020, p. 62). Durante este período, se comienza a percibir al feto como un ser autónomo, lo que genera una conciencia de su presencia. Asimismo, se observa una mejora en los síntomas experimentados en el primer trimestre y un aumento en los niveles de energía y vitalidad. En consonancia con lo mencionado anteriormente, Maldonado (2011) sostiene que en esta etapa la mujer adquiere la capacidad de fantasear y reflexionar sobre el bebé que lleva dentro de su cuerpo. Es frecuente que la misma establezca una comunicación verbal con su bebé, acaricie su vientre al percibir sus movimientos y comience a reflexionar sobre cómo será su hijo/a y cómo será ella como madre. Surgirán fantasías en torno a la apariencia física del bebé, su comportamiento y personalidad. A partir de ese momento, la embarazada puede concebir al hijo/a como un individuo con características únicas, y si hay una pareja presente, es común que la futura madre comparta estas experiencias con ella.

Es relevante mencionar que esta fase se destaca por la elaboración e interpretación de la historia de apego personal, la cual influye en la construcción de la maternidad. Es aquí cuando la mujer debe realizar una valoración de sí misma y de los demás para poder conformar una nueva persona en su vida (Fernandez y Olza, 2020).

En la etapa final, se observa la aparición de fantasías relacionadas con el parto y la percepción del bebé (Fernandez y Olza., 2020, p. 65). Aproximadamente cuatro

semanas antes del parto, la fisiología vuelve a adquirir relevancia. Maldonado (2011) sostiene que a medida que el feto crece, ocupa un espacio cada vez mayor en la cavidad abdominal, lo cual se refleja en la manifestación de nuevos síntomas. Estos síntomas abarcan cambios en la marcha y postura de la mujer, así como la necesidad de consumir comidas más pequeñas y frecuentes. Los despertares nocturnos se vuelven frecuentes, lo que resulta en una fatiga considerable. Además, se desarrollan contracciones uterinas y la mujer comienza a sentirse vulnerable y en estado de alerta.

Desde una perspectiva psicológica y emocional, se evidencia un notable aumento de la ansiedad relacionada con el dolor del parto y los temores tanto a su propia muerte como a la del bebé. La falta de apoyo o la sensación de no ser escuchada, junto con la percepción de tener un control limitado durante el embarazo, incrementa la probabilidad de experimentar el parto de manera traumática y de desarrollar estrés postraumático (Fernandez y Olza, 2020 p. 66).

En algunas investigaciones mencionadas por Gómez López (2006), se evidencia que la frecuencia de trastornos psicológicos, específicamente depresión y ansiedad, es mayor durante el período prenatal en comparación con el posnatal. La falta de manejo adecuado de la depresión puede generar una carga significativa en términos físicos, sociales y económicos, tanto para la paciente, su familia como para el sistema de salud. Los niveles de depresión durante el embarazo resultan ser más elevados de lo que se había anticipado inicialmente. Gómez López (2006) sostiene que la prevalencia de la depresión en mujeres embarazadas es del 7.4% en el primer trimestre, 12.8% en el segundo trimestre y 12% en el tercer trimestre. No obstante, otros estudios sugieren que los trastornos psiquiátricos afectan al 14.1% de las embarazadas, mientras que los trastornos de ansiedad se manifiestan en el 6.6% de las usuarias. Se encontró que las mujeres con trastornos psiquiátricos presentaban síntomas somáticos significativos y un temor acentuado hacia el parto (p. 30).

En concordancia, Defey (2009) sostiene que "las problemáticas que más frecuentemente complican el tránsito emocional por el embarazo son las vinculadas a los conflictos neuróticos en torno a la autonomía y los problemas de pareja, así como a la sexualidad y el propio cuerpo, inevitablemente expuesto en los controles y el parto" (p. 46).

Por otra parte, Maldonado (2011) sostiene que uno de los desafíos más significativos durante el período de gestación radica en que la mujer deba enfrentar nuevamente los conflictos que pudo haber experimentado con su madre y las vivencias de ser hija. Cuando la relación materna ha estado marcada por conflictos o se ha experimentado privación materna durante la infancia, puede prevalecer una imagen

negativa de la maternidad, así como resentimiento y dificultades psicológicas para identificarse como madre (Maldonado, 2011, p. 8). Al convertirse en madre, es posible que emerjan sentimientos pasados, ambivalencias y tensiones que habían permanecido latentes hasta ese momento. En otras palabras, el concepto que la mujer embarazada tiene de la maternidad puede estar estrechamente vinculado a sus propias experiencias como hija.

En esta línea, Bydlowski (2007) ha propuesto el concepto de "transparencia psíquica" como un término para describir el estado psicológico que se desarrolla progresivamente y adquiere un nivel creciente de sensibilidad durante el período de embarazo, especialmente en las etapas finales del mismo.

Desde un enfoque psicológico, es posible identificar que durante el periodo de gestación se produce un incremento progresivo en la sensibilidad emocional, así como una creciente exigencia de revisar y comprender las relaciones primarias. Estas etapas permiten establecer una conexión afectiva con el bebé que se encuentra próximo a nacer. Según la autora, la transparencia psíquica se caracteriza por la emergencia de recuerdos del pasado que surgen del inconsciente hacia la conciencia. Este fenómeno permite que la gestante dedique un considerable tiempo a fantasías y recuerdos de su propia infancia. Si la infancia fue una experiencia positiva, estos recuerdos le proporcionan la capacidad de imaginar cómo será la infancia de su futuro hijo/a. Sin embargo, Bydlowski (2007) señala que si la infancia estuvo marcada por traumas, abusos o negligencia emocional, la intensidad de estas "angustias primitivas" (mencionadas por Winnicott) podría incluso llevar a considerar la posibilidad de interrumpir el embarazo o manifestarse a través de una angustia o depresión significativas. De este modo, la transparencia psíquica durante el embarazo implica la reactivación de procesos psicológicos previos y puede dar lugar a una intensificación de duelos no resueltos. Las mujeres que han experimentado una infancia caracterizada por traumas o situaciones de abandono pueden experimentar una angustia intensa, que se manifiesta a través de síntomas somáticos.

En base a lo expuesto anteriormente, el embarazo implica transformaciones significativas en múltiples aspectos de la vida de la mujer. De acuerdo con la afirmación realizada por Fernandez y Olza (2020), a pesar del estereotipo cultural que sugiere que las mujeres embarazadas experimentan un estado emocional de calma y serenidad, la realidad demuestra que la inestabilidad afectiva es una característica distintiva de este periodo. Estos cambios pueden dejar a la mujer en una posición de mayor vulnerabilidad frente a situaciones de VBG. Sin embargo, es importante señalar que cada embarazo presenta variaciones individuales significativas, lo cual implica que cada experiencia sea

subjetiva y está influenciada por la historia personal y el contexto particular en el que se encuentre la mujer (Fernández y Olza, 2020).

2.2 Vulnerabilidad en mujeres embarazadas frente a la violencia de pareja: análisis de factores socioeconómicos y culturales.

La VBG durante el embarazo está sujeta a la influencia de diversos factores de vulnerabilidad que requieren un análisis dentro del contexto socioeconómico y cultural en el que se desarrolla (Romano, 2010). A lo largo de este apartado, se examinarán estos factores influyentes en la vulnerabilidad de las mujeres gestantes a la VBG. Estos pueden incluir la falta de apoyo social, la dependencia económica, así como las normas sociales que perpetúan las desigualdades de género. A su vez, en el contexto de embarazo, un periodo de gran complejidad y constante cambio, la ansiedad, el estrés percibido y los síntomas de depresión son influenciados en gran medida por factores sociodemográficos. Los cuales incluyen la presencia de una pareja estable, el nivel educativo, el nivel socioeconómico y la aceptación social del embarazo (Roncallo et al., 2015).

Sokoloff y Dupont (2005) así como Damonti (2019) han demostrado que la violencia de pareja no afecta de manera homogénea a todas las mujeres, a pesar de su impacto generalizado en ellas y en la afectación hacia su salud mental (Tajer et al., 2013). En ciertos grupos, como las mujeres en situación de exclusión social, se ha observado un aumento significativo en la prevalencia de esta forma de violencia. Según investigaciones realizadas por Stöckl et al. (2011), la falta de educación formal, la situación de pobreza y la inseguridad en la vivienda suelen asociarse con un menor grado de empoderamiento social, una menor integración en redes comunitarias y una menor confianza en sí mismas, además de un menor bienestar en general. Todos estos elementos contribuyen a la vulnerabilidad de las mujeres frente a la violencia de pareja y aún más en un contexto de gestación. El fenómeno de la inseguridad en la vivienda se convierte en un factor determinante en la vida de las mujeres, dado que la falta de una vivienda propia y la sensación de no ser acogidas en su entorno generan una profunda vulnerabilidad.

Por otra parte, no debemos perder de vista que las mujeres se enfrentan a la falta de oportunidades laborales en diversos contextos sociales, lo cual limita sus posibilidades de empleo, ascenso y salario (Alberi y Matas, 2002). Esta desigualdad económica que experimentan tiene un impacto significativo en todos los aspectos de sus vidas. Además, se suman los obstáculos que enfrentan en el ámbito laboral remunerado, debido a la discriminación de género, lo que agrava aún más su desventaja económica. Estas restricciones legales y sociales se manifiestan en muchas sociedades contemporáneas

donde las mujeres enfrentan barreras para ejercer plenamente su autonomía y tomar decisiones sobre su futuro (Alberdi y Mata, 2002). Cabe mencionar que todas estas desigualdades económicas y restricciones legales están estrechamente vinculadas con la persistencia de la VBG (Alberdi y Matas, 2002).

Asimismo, debemos afirmar que la falta de apoyo social desempeña un papel crucial en la persistencia y empeoramiento de la violencia dirigida hacia las mujeres, especialmente aquellas que se encuentran en periodo de embarazo. Alberdi y Matas (2002) argumentan que la carencia de recursos y redes de apoyo juega un rol relevante en su capacidad para distanciarse y responder ante la situación. La violencia tiene un efecto inhibitor en las relaciones sociales, ya que aísla a los sujetos de fuentes de apoyo emocional y de apoyo social. Como resultado, es muy común que las mujeres experimenten una tendencia a caer en la depresión (Alberdi y Matas., 2002). Además, la ausencia de apoyo por parte de la familia y la sociedad también afecta la capacidad de respuesta, limitando sus opciones de reacción frente a las primeras manifestaciones de violencia.

Un estudio realizado por obstetras a gestantes estadounidenses demuestra que la falta de un adecuado apoyo social constituye un factor de riesgo para la violencia durante el periodo de embarazo (Anderson et al., 2002 citado por Velasco., 2008) Es importante destacar que la percepción por parte del agresor de que la mujer carece de respaldo y de que no hay nadie que pueda sostenerla o acudir en su ayuda aumenta aún más la vulnerabilidad de la misma, ya que intensifica la progresión del ciclo de violencia y facilita su escalada gradual (Alberdi y Matas, 2002).

En consonancia, Romano (2010) sostiene que los factores situacionales desempeñan un papel importante en la evolución de la respuesta psicológica de las afectadas frente a la violencia. Específicamente, la presencia de apoyo social y la disponibilidad de canales de comunicación que suelen facilitar la búsqueda de respuestas y alternativas para las víctimas. Por otro lado, la evolución y las consecuencias de la violencia suelen ser más graves cuando la persona se encuentra aislada del entorno y cuando el maltrato incluye humillación (Romano., 2010)

No obstante, en algunas situaciones, tanto el entorno social del agresor como el propio entorno de la víctima, a pesar de ser conscientes de la violencia ejercida, no han condenado dichas acciones. Esta falta de condena puede estar relacionada con la persistencia de factores patriarcales arraigados y creencias tradicionales acerca de los roles de género, que se evidencian en las normas sociales y contribuyen a la perpetuación de la VBG. Romano (2010) afirma que existe un consenso generalizado en

cuanto a la consideración de la violencia como un fenómeno de naturaleza social, que constituye una violación de los derechos humanos y un desafío para la salud pública. Este fenómeno representa un factor de vulnerabilidad significativo, ya que a lo largo de la historia cultural, se ha observado de manera constante y repetitiva la coexistencia del sometimiento y la violencia en las relaciones entre hombres y mujeres. El sometimiento de las mujeres no se restringe únicamente a la imposición física, sino que también se ejerce a través del control ideológico, el cual en ocasiones se revela como un mecanismo aún más eficaz (Alberi y Matas, 2002).

Sin embargo, es importante tener en cuenta que, si bien la falta de apoyo social adecuado juega un papel fundamental en la perpetuación y detección de la violencia dirigida hacia las mujeres durante el embarazo, en esta etapa los servicios de salud adquieren una relevancia crucial en términos de intervención y prevención del maltrato. Esto se debe a que las mujeres tienden a aumentar la frecuencia de sus visitas médicas (Velasco, 2008).

Si consideramos tanto los aspectos mencionados previamente como los abordados en el subapartado anterior acerca de los aspectos emocionales y fisiológicos inherentes al embarazo, se puede constatar cómo las mujeres, debido a la condición de estar gestando y a la influencia de factores socioeconómicos, sociales y patriarcales, se encuentran en un estado de mayor vulnerabilidad. La situación de gestar y vivir el riesgo de VBG adquiere una complejidad emocional significativa para las mujeres gestantes. “La mujer embarazada y agredida por su pareja tiene mayor riesgo de sufrir estrés, depresión y abuso de drogas, alcohol y tabaco” (Velasco, 2008, p. 31). Empero, según Velasco (2008) la VBG hacia la mujer gestante no solamente impacta en su bienestar emocional, sino que también impacta en su salud y en el desarrollo adecuado del embarazo. Por lo que, la carencia de un apoyo social adecuado y la dependencia económica hacia el agresor intensifican aún más esta realidad, dejando a la mujer en una posición aún más vulnerable.

2.3 Violencia de género durante el embarazo: repercusiones psicológicas y emocionales en las mujeres gestantes.

Además de los efectos físicos visibles de la VBG, es importante reconocer que la misma también conlleva graves repercusiones para la salud mental de las mujeres gestantes afectadas. La confusión y el temor experimentados como resultado de la agresión generan en la víctima una sensación de mayor vulnerabilidad y falta de recursos psicológicos (Velázquez., 2003). Esta violencia busca restringir la libertad y capacidad de acción de las víctimas a través del terror. Alberi y Matas (2002) afirman que los mecanismos empleados por el agresor reducen simultáneamente las defensas psicológicas de las mujeres, lo cual a menudo se manifiesta en un debilitamiento de su salud mental y un deterioro generalizado de su personalidad.

Velazquez (2003) manifiesta que los efectos de la violencia dependen de diversos factores que interactúan de manera variable. Estos factores incluyen el tipo de agresión sufrida ya sea violación, golpes, acoso sexual, abuso psicológico o amenazas repetidas de ataque; la duración de la agresión, como un incidente violento aislado o una agresión crónica y recurrente; la gravedad de la agresión, determinada por el grado de lesiones físicas y el impacto emocional; la personalidad de la víctima, que influirá en la capacidad de la misma para hacer frente a los hechos violentos y sus secuelas mediante diversos recursos psicológicos; y por último el apoyo familiar y social, que muchas veces constituye una red de apoyo (Velazquez, 2003). En concordancia con esto, Romano (2010) afirma que la respuesta psicológica está relacionada a su vez, con algunas características individuales de la mujer, como la tolerancia al estrés, las estrategias de afrontamiento frente a la violencia; el estilo psicológico (que incluye la capacidad para disociar o confrontar), el nivel de autonomía o dependencia, y el grado de pasividad o actividad ante el entorno.

De todas formas, experimentar violencia es una experiencia desestabilizadora para el psiquismo de todas las mujeres, ya que afecta diversos aspectos de su vida diaria (Velázquez, 2003, p. 33). Después del ataque, la perjudicada experimenta un aumento de la ansiedad y la angustia. Se siente insegura, enojada y temerosa, además de humillada y avergonzada por haber sido víctima de una agresión en contra de su voluntad. Manifiesta desconfianza, malestar consigo misma y con los demás. Con frecuencia, se siente culpable en mayor o menor medida por lo sucedido. En ocasiones, duda de sus actitudes previas e incluso puede creer que ella misma provocó la agresión, o que su

interpretación del evento es exagerada o distorsionada. La confusión y el miedo generados por la experiencia de agresión la hacen sentir más vulnerable y sin recursos psicológicos (Velázquez., 2003).

Un estudio realizado por Tajer et al. (2013), destaca el impacto significativo que tiene la violencia en la vida de cualquier sujeto. Estas experiencias han dejado huellas profundas en la personalidad de las mujeres, afectando negativamente su autoestima. Las participantes entrevistadas han reportado la experiencia de fobias sociales, lo que las ha llevado a distanciarse de personas cercanas debido a sentimientos de vergüenza y culpa. También han mencionado dificultades en el pensamiento, como alteraciones en la atención y la memoria (Tajer et al., 2013). En esta línea, Petit (2018) afirma que como resultado del maltrato, es común que la persona afectada experimente una serie de efectos adversos en su funcionamiento cognitivo y emocional. Entre ellos, se pueden observar síntomas como pérdida de memoria o sensación de irrealidad. Sin embargo, la autora los atribuye a la ansiedad, el estrés y el dolor asociados al maltrato (p. 84).

Todas las formas de violencia tienen repercusiones que, como menciona Giberti (2018) se reflejan en un incremento del riesgo de desarrollar problemas de salud, incluyendo efectos letales como el homicidio, suicidio, síndrome de fatiga crónica, trastornos gastrointestinales, disfunción sexual, complicaciones en el embarazo, enfermedad pélvica inflamatoria y diversas somatizaciones.

En esta línea, Alberi y Matas (2002) mencionan los efectos psicológicos más frecuentes asociados a la VBG en las mujeres, entre los que se incluyen el desarrollo de estrés postraumático, el síndrome de la mujer maltratada y la depresión, entre otros. Según estos autores, el síndrome de la mujer maltratada surge como consecuencia de estar expuesta a una relación de maltrato que se repite de forma intermitente. La víctima experimenta una serie de síntomas traumáticos, como ansiedad, hipervigilancia, reexperimentación del trauma, recuerdos recurrentes e intrusivos, y embotamiento emocional. Además, Tajer et al. (2013) han señalado la presencia de trastornos del sueño, los cuales podrían estar asociados tanto a la depresión derivada de la violencia como al constante miedo que experimentan.

En relación al estrés postraumático, Alberi y Matas (2002) sostienen que el mismo se manifiesta a través de tres síntomas distintivos. En primer lugar, la reexperimentación del suceso traumático, que se manifiesta a través de sueños, recuerdos vívidos e intrusivos, y flashbacks que generan malestar físico. A continuación, la persona afectada tiende a evitar cualquier estímulo asociado al trauma, mostrando un

esfuerzo por evitar pensamientos, actividades o personas relacionadas con la experiencia traumática. Además, se observa un cambio en su comportamiento y en su relación con los demás, mostrando desinterés por actividades previas y una sensación de desconexión social, así como una visión pesimista del futuro. Por último, experimenta un aumento de la inquietud en comparación a su estado anterior al trauma, manifestándose en irritabilidad, dificultad para concentrarse, hipervigilancia y respuestas exageradas frente a estímulos repentinos. Estos síntomas tienen un impacto significativo en el funcionamiento social y laboral, dificultando el desenvolvimiento normal en las actividades cotidianas. Frente al contexto de las víctimas en período de gestación, Lafaurie et al. (2015) plantean que cuando desarrollan trastorno por estrés postraumático, las mujeres pueden percibir la maternidad como una amenaza para su seguridad física (Lafaurie et al., 2015).

Por otro lado, la autoestima de la víctima sufre un deterioro significativo, pudiendo llegar a desarrollar un estado de indefensión en el cual responde de manera autodestructiva ante la violencia percibida (Alberi y Mata, 2002). Cabe destacar que "los sentimientos de humillación, vergüenza y autodesprecio surgen de la confusión que produce sentirse, a la vez, víctima y culpable" (Velázquez, 2003, p. 34). Esto se debe a que el agresor ejerce un control dominante sobre aspectos esenciales de la mujer, como su cuerpo, sexualidad y privacidad, generando sentimientos de pasividad, ridiculización y enojo. La sensación de humillación que se experimenta al perder el control de la situación es una consecuencia directa de haber sido sometida a maltratos y abusos de poder por parte del agresor. El intenso malestar provocado por la humillación radica en el hecho de que el ofensor exhibe su capacidad para infligir daño a la mujer, estableciendo así una dinámica de superioridad (Velázquez, 2003). En consonancia, Lafaurie et al. (2015) plantean que la repercusión de esta faceta de la identidad tiene un impacto en la salud mental de las mujeres y está relacionada con su capacidad para afrontar el estrés, controlar las emociones y prevenir la depresión (p. 110).

Ante una agresión violenta, Velazquez (2003) plantea que el funcionamiento del aparato psíquico se despliega de diversas formas, generando efectos variados en las mujeres víctimas. La crisis desencadenada por esta violencia puede manifestarse en al menos dos direcciones. En una de ellas, prevalece la autocompasión, el sufrimiento y el dolor, los cuales pueden llevar a conductas depresivas o acciones de venganza. La otra dirección estimulará una reorganización de los afectos involucrados en la crisis, promoviendo a su vez, con el transcurso del tiempo, una reflexión crítica sobre la situación de violencia y sus efectos. Sin embargo, al momento de hacer evidente el

hecho, podemos observar, según Velazquez (2003), diversos mecanismos psíquicos. Por ejemplo, puede presentarse un bloqueo emocional, lo cual se traduce en la ausencia de expresiones de enojo, tristeza o lágrimas. Esta respuesta emocional se debe a estar expuesta a una situación traumática de tal magnitud.

No obstante, al considerar el contexto de la monografía, se puede observar que las mujeres embarazadas ya enfrentan una mayor vulnerabilidad debido a su estado de gestación. Cuando además se agregan las repercusiones de la VBG en las víctimas, su nivel de vulnerabilidad se incrementa aún más. Frente a esto, un estudio realizado por Lam et al. (2008), citado por Lafaurie et al. (2015), encontró que las mujeres embarazadas que sufren maltrato tienen cuatro veces más probabilidades de experimentar depresión gestacional en comparación con aquellas que no sufren maltrato. En cuanto a los malestares relacionados con la depresión, las mujeres entrevistadas coinciden haber experimentado falta de motivación, ideación suicida y ansiedad. Alrededor de un tercio de las entrevistadas informó haber intentado suicidarse, lo que demuestra el profundo impacto emocional y la sensación de desesperanza frente a las experiencias vividas.

Durante el embarazo, Lafaurie et al., (2015) manifiestan que la depresión puede manifestarse a través de cambios en el comportamiento de la mujer, como el abandono de las citas médicas prenatales, la falta de autocuidado adecuado para esta etapa, el incumplimiento de las recomendaciones médicas y el consumo abusivo de tabaco, alcohol y sustancias psicoactivas. Estos comportamientos pueden tener un impacto negativo en el resultado obstétrico.

Consideraciones finales:

Al llegar a la conclusión de este trabajo final de grado (En adelante, TFG), resulta inevitable reflexionar sobre la labor intensiva y el nivel de compromiso requeridos para llevar a cabo este documento. A lo largo de este proceso, tanto a nivel personal como académico, he llevado a cabo una profunda inmersión en el estudio de las maternidades, y el impacto perjudicial que puede tener la VBG durante la etapa de gestación.

Cada página redactada y cada idea expresada constituyen un modesto avance hacia la comprensión de estas problemáticas excesivamente complejas. Es importante destacar que esta monografía no busca brindar una respuesta definitiva, sino más bien servir como punto de partida para promover una mayor reflexión y diálogo en torno a estas temáticas.

La VBG constituye una realidad alarmante que ha impactado negativamente a las mujeres en diversas sociedades y culturas, lo cual ha puesto de manifiesto las profundas desigualdades de poder existentes entre hombres y mujeres. Esta forma de violencia encuentra su fundamento en normas y estructuras patriarcales arraigadas, las cuales han perpetuado la subordinación y el control de las mujeres. En el TFG podemos evidenciar como las manifestaciones de la VBG abarcan una amplia gama de formas, incluyendo la violencia física, sexual, emocional, económica, psicológica y otras modalidades, todas ellas dirigidas hacia las mujeres debido exclusivamente a su género.

Aunque se han observado avances en el reconocimiento y la concientización de la VBG como un problema social y de derechos humanos, esta sigue siendo una problemática persistente en nuestra sociedad actual. Debemos tener en cuenta las grandes repercusiones de la misma en la psiquis de las mujeres víctimas, que como evidenciamos en la monografía, se ven reflejadas en manifestaciones emocionales como la depresión, la ansiedad, el estrés postraumático, baja autoestima y aislamiento social, entre otros. La violencia dirigida hacia las mujeres continúa siendo alarmantemente frecuente, y muchas víctimas se enfrentan a obstáculos significativos al buscar ayuda y apoyo. Como sostiene Petit (2018) la víctima suele experimentar un profundo sentimiento de vergüenza y culpabilidad, creyendo erróneamente que merece el maltrato que ha sufrido debido a sus propias acciones. Sin embargo, la creencia de que la víctima es culpable es una estrategia utilizada por el agresor para manipular y hacer sentir indefensa a la víctima. Es fundamental comprender que ninguna persona se somete voluntariamente

a ser maltratada y que su capacidad de resistencia no implica debilidad. La responsabilidad recae exclusivamente en el agresor, ya que es quien ha causado el daño (Petit., 2018).

Por otro lado, si bien es pertinente destacar la complejidad intrínseca de este tema y la multiplicidad de ámbitos en los que las mujeres experimentan VBG, la extensión limitada del TFG no permite abordar en su totalidad esta problemática de manera exhaustiva, por lo que fue un desafío significativo condensar en unas pocas carillas toda la complejidad y diversidad de las formas de violencia que enfrentan las mujeres en nuestra sociedad, poniendo foco en un periodo tan complejo y de múltiples cambios como lo es la gestación.

El embarazo puede ser visto como un momento de vulnerabilidad para las mujeres, ya que como se pone de manifiesto en el TFG, su fisiología, su bienestar físico y su estado emocional se ven impactados directamente, pudiendo incluso en algunas ocasiones desarrollarse no sólo dificultades en la salud física, sino también en la salud mental, donde la víctima puede experimentar “inestabilidad emocional, manifestando fluctuaciones significativas en su estado emocional” (Petit., 2018, p. 84). Sin embargo, esta vulnerabilidad no justifica ni legitima la violencia que pueda ser ejercida en su contra ya que ninguna mujer merece ser sometida a abusos físicos, emocionales o sexuales en ningún momento de su vida, incluyendo el embarazo.

En este sentido, resulta de suma importancia dirigir la atención hacia las experiencias y necesidades específicas de las mujeres gestantes, y establecer medidas destinadas a proteger y promover sus derechos y bienestar. Considero que esto implicaría la implementación de servicios de apoyo y asesoramiento especializados para las mujeres en situación de gestación, con el fin de brindarles el acompañamiento necesario y garantizar su seguridad y bienestar.

Como sostienen Lafaurie y Ramirez (2019), las intervenciones dirigidas a las gestantes que se encuentran en situación de violencia de pareja deben abarcar la implementación de un enfoque multidisciplinario y biopsicosocial. Es crucial implementar acciones de cuidado desde la salud mental, que brinden apoyo y protección a las mujeres en esta situación de vulnerabilidad. Estas intervenciones deben abordar de manera integral las necesidades de las gestantes, con el objetivo de promover su bienestar en todas las dimensiones. Según Lafaurie y Ramirez (2019) estas acciones deben incluir el fortalecimiento de la autoestima de la embarazada, el empoderamiento de la misma para comprender la problemática y reconocer sus derechos, el establecimiento de redes de apoyo, el acompañamiento durante el proceso y la protección de su integridad (p. 6). Asimismo, Ludemir et al. (2010)

sostiene la importancia de contar con redes de apoyo efectivas para las mujeres víctimas, las cuales brinden alternativas de protección, asesoría legal y búsqueda de apoyo psicológico.

De acuerdo con Castro (2017), debemos contar con una participación significativa también por parte del personal sanitario que atiende a las mujeres embarazadas. Esto implica la necesidad de una preparación en términos de conocimientos y formación específicos adecuados, que les permitan abordar de manera rápida y efectiva la problemática. En este contexto, Caño Aguilar (2020) proporciona recomendaciones importantes a tener en cuenta al establecer contacto con una gestante en situación de VBG. Estas recomendaciones se basan en principios generales que buscan garantizar el respeto, la confidencialidad y el apoyo a la mujer en esta situación. Según los autores, es fundamental favorecer una escucha activa, mostrando un genuino interés y empatía hacia su experiencia. Además, es importante demostrar respeto y neutralidad, evitando cualquier juicio o prejuicio que pueda influir en la percepción de la situación. Asimismo, se debe aceptar el relato de la embarazada, brindándole un espacio seguro y acogedor para que pueda expresar sus vivencias sin temor a ser juzgada o culpabilizada (Caño, A., 2020, p. 32).

Por otro lado, al estar realizando actualmente una pasantía como práctica preprofesional en el convenio de Facultad de Psicología y Asse (específicamente en la Policlínica “Dr Mario Pareja” en la ciudad de Las Piedras) considero que es relevante implementar acciones en los niveles primario y secundario de atención en salud. Según el Ministerio de Salud (2017) en Argentina, es fundamental que el equipo sanitario lleve a cabo medidas que involucren a la comunidad. Esta perspectiva permitirá comprender las diversas formas y manifestaciones de violencia dirigida hacia las mujeres, especialmente dentro de la comunidad en la que se trabaja. Por lo que, resulta crucial observar detenidamente lo que ocurre en la comunidad en relación a las mujeres y, a partir de ello, tomar medidas para detectar casos de maltrato y abuso en consultas médicas, visitas domiciliarias y otros espacios comunitarios, como escuelas, clubes, entre otros.

Además, el Ministerio de Salud (Argentina, 2017) sostiene que es imprescindible contar con la capacitación necesaria para identificar los síntomas, lesiones e indicadores que pueden presentarse en las usuarias perjudicadas, siempre realizando preguntas acerca de posibles situaciones pasadas o antecedentes de violencia.

Por su parte, Castro (2017) sostiene la importancia de implementar acciones de prevención primaria y secundaria en relación a la VBG durante el embarazo. En relación a la prevención primaria el objetivo es promover en instancias educativas la importancia

de la igualdad de género, evitando la violencia antes de que ocurra, con el propósito de lograr un cambio en los valores sociales y culturales. Mientras que la prevención secundaria tiene como objetivo reducir las consecuencias de la VBG durante el embarazo mediante la detección temprana de mujeres gestantes que están siendo violentadas, para así intervenir de manera rápida. Es fundamental que los profesionales de la salud estén atentos a cualquier señal que indique esta situación, ya que muchas mujeres no revelan su situación y no lo mencionan de forma espontánea debido a la complejidad y sensibilidad del tema (Castro, G., 2017)

Entonces, podemos evidenciar, como sostienen Fernandez y Olza (2020), la trascendencia de brindar un apoyo integral y atención especializada a las mujeres embarazadas, que abarque tanto su salud mental como física. Este cuidado integral promovería una transición suave durante el embarazo, fomentando un sentido de confianza y apoyo, lo cual impactará positivamente en la relación madre-hijo y en el desarrollo tanto del bebé como de la propia mujer (p.46). En esta línea y en concordancia con Defey (2009) se puede afirmar que quienes controlan el embarazo (ginecólogos, parteras, entre otros) deberían tener en consideración la cantidad de sentimientos contradictorios que genera la propia gestación, y la fuerte repercusión que puede llegar a tener la VBG en esta etapa.

Adicionalmente, considero que se debe tener en cuenta que el estigma y el temor pueden generar resistencia en las embarazadas para buscar ayuda y denunciar la violencia que están experimentando. La dependencia económica y emocional de la pareja agresora, junto con el temor a posibles represalias y la falta de apoyo social, pueden dificultar el proceso de salir de una situación de violencia durante el embarazo. Muchas veces, la dificultad para denunciar o expresar la vivencia de estar siendo víctima de maltratos tiene que ver con la vergüenza que experimenta la mujer. Giberti (2018) afirma que las mujeres muchas veces son descalificadas y estigmatizadas, por lo que en varias ocasiones deciden no denunciar, ya que temen la denigración social (p. 38). En consonancia, Velázquez (2003), afirma que cuando una mujer revela que está siendo víctima de violencia, se expone a escuchar los comentarios que este hecho suscita. Mientras en algunos casos, recibirá el apoyo y la comprensión que merece, en otros, la agresión que ha sufrido dará lugar a comentarios y críticas que validan la idea de que estos hechos ocurren cuando las mujeres no se ajustan a los estereotipos femeninos. Por ejemplo, frases como "¿No lo habrás provocado?" o "¿Estás segura de que el ataque fue así?" son ejemplos de comentarios culpabilizadores y revictimizantes (Velázquez, 2003, p. 35).

La consecuencia de esto, según Velázquez (2003), es que cuando una mujer narra el acto de violencia, puede experimentar dificultades para relatar lo sucedido y construir una narrativa coherente. Le resulta difícil incorporar a su vida un evento para el cual no estaba preparada: la sorpresa y el impacto de esta experiencia abren paso a la angustia, que persistirá durante mucho tiempo. Como resultado de esta angustia desencadenada por la crisis, se recurre a una amplia variedad de mecanismos defensivos para restaurar el equilibrio y preservar el sentimiento de identidad dañado. “Estas defensas son implementadas temporalmente por el yo con el fin de salvaguardar la integridad psíquica” (Velázquez, 2003, p. 35).

Continuando específicamente con el embarazo, podemos reiterar que es una etapa de la vida que trae consigo una amplia gama de cambios fisiológicos y emocionales. Desde los ajustes hormonales y las transformaciones corporales, hasta los altibajos emocionales y los desafíos que pueden surgir, siendo un período de transformación significativa para la mujer y su familia. Sin embargo, cabe destacar que cada embarazo es subjetivo y único. Aunque se han identificado muchos impactos y desafíos comunes, también es importante mencionar y dar lugar a la vivencia de embarazos agradables, donde las mujeres experimenten un estado de ánimo positivo y se sientan conectadas con su bebé desde el principio. Cada mujer tiene su propio camino y su forma única de vivir el embarazo. Por lo que también es esencial reconocer y respetar esta diversidad de experiencias.

Siguiendo con las conclusiones en relación al embarazo y la VBG, podemos decir que ambos fenómenos constituyen una intersección compleja. No obstante, una de las limitaciones más destacadas en el transcurso de mi monografía ha sido la escasez de literatura académica centrada específicamente en la VBG durante la gestación desde la perspectiva de la mujer y sus consecuencias. Diría que se observa una notable escasez en el estado del arte de esta intersección temática. La mayoría de los artículos encontrados se centran en las repercusiones en el feto en desarrollo. Esto evidencia cómo el papel de la madre ha sido relegado a un segundo plano en comparación con el bienestar del bebé en gestación.

Si constatamos las alarmantes estadísticas presentadas en el TFG a nivel global de la VBG durante el embarazo, así como en nuestro propio país en términos de la prevalencia de la violencia en mujeres en edad reproductiva, resulta evidente la imperante necesidad de focalizar la atención en esta problemática que actualmente resulta escasa en literatura. Por lo tanto, la realización de mi TFG tiene el objetivo académico de visibilizar la importancia de abordar de manera conjunta el embarazo y la VBG, considerando tanto su

interrelación como complejidad, así como poner de manifiesto lo fundamental de otorgar visibilidad a esta situación, fomentando que las mujeres puedan vivir sus embarazos en un entorno seguro, respetuoso y libre de violencia.

Referencias bibliográficas:

- Abero, B., Pérez de Sierra, I., y Quesada, S. (2015). *Sexualidad y derechos. Aportes para el trabajo con adolescentes y jóvenes*. http://dspace.mides.gub.uy:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/918/sexualidad_derechos-vdig.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Alberdi, I., y Matas, N. (2002). La violencia doméstica: Informe sobre los malos tratos a mujeres en España (Colección Estudios Sociales, Núm. 10).
- Fernández, A. M (2008). *Compilación sobre género y violencia*. Instituto Aguascalentense de las mujeres.
- Izquierdo, A (2013). *Desmontando mitos: La violencia de género durante el embarazo*. [Tesis de maestría, Universidad de Salamanca]. <https://gredos.usal.es/handle/10366/122420>
- Al Adib Mendiria, M., Ibáñez Bernáldez, M., Casado Blanco, M., y Santos Redondo, P. (2017). La violencia obstétrica: Un fenómeno vinculado a la violación de los derechos elementales de la mujer. *Medicina Legal de Costa Rica*, 34(1). <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/medicalegal/article/view/26064>
- Armengol Asenjo, R., Chamarro Luser, A., y García Dié Muñoz, M. T. (2007). Aspectos psicosociales en la gestación: el Cuestionario de Evaluación Prenatal. 23(1), 25-32.
- Bersabé Pacheco, Á. (2012). Violencia de Género y Embarazo en Adolescentes. *Crea Ciencia*, 7(1), 20–24.
- Butler, J. (2004). *Cuerpos que importan: sobre los límites materiales y discursivos del "sexo"*. Paidós.
- Butler, J. (1990). *Gender trouble: Feminism and the subversion of identity*. Routledge.
- Brega, J. V., Gonçalves, T. R., Nascimento, M. L., y Brandão, E. R. (2016). A violência obstétrica como forma de violência de gênero: uma revisão sistemática. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(5), 1499-1510. doi: 10.1590/1413-81232015215.13872015 (ver numeros doi)
- Bydlowski, M. (2007). *La deuda de vida: Itinerario psicoanalítico de la maternidad*. Biblioteca Nueva.
- Cagigas Arriazu, A. D. (2000). El patriarcado, como origen de la violencia doméstica.: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=206323>

- Castro, R., Álvarez, L., y Pacheco, J. (2018). La violencia de género en la universidad: una revisión bibliográfica. *Intersticios: Revista Sociológica de Pensamiento Crítico*, 12(1), 143-158.
- Castro Renero, G. (2017). Violencia de Género en el embarazo [Trabajo de Fin de Grado, Grado en Enfermería]. Escuela Universitaria "Casa Salud de Valdecilla".
- Calce, C., España, V., Goñi, M., Magnone, N., Mesa, C., Mesa, F., Pacci, G., Rostagnol, S., y Viera, M. (2015) La violencia contra las mujeres en la agenda pública: aportes en clave interdisciplinar. Universidad de la República. http://biblioteca.clacso.edu.ar/Uruguay/fhce-udelar/20170111045748/pdf_1410.pdf
- Calvo Sánchez, M. D. (2011). Apunte sobre embarazo - gestación. En VVAA, *Derecho de la mujer a la prevención sanitaria protocolizada en gestantes sometidas a violencia*. Ratio Legis.
- Consejo de Europa. (2005). Informe del grupo de especialistas sobre la lucha contra la violencia contra las mujeres. Consejo de Europa. <https://www.coe.int/es/web/genderequality/violence-against-women>
- Caño Aguilar, A., Martín de las Heras, S., & Velasco Juez, M. C. (2020). Guía de actuación ante la violencia de género durante el embarazo. Granada: medicusmundi Sur.
- Damonti, P., y Amigot Leache, P. (2020). Las situaciones de exclusión social como factor de vulnerabilidad a la violencia de género en la pareja: Desigualdades estructurales y relaciones de poder de género. EMPIRIA. Revista de Metodología de las Ciencias Sociales, (48), 205-230. <https://doi.org/10.5944/empiria.48.2020.28076>
- Dechand, C. Y. (2016). Mito "mujer=madre" y sus efectos en la subjetividad femenina. VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIII Jornadas de Investigación XII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología. <https://www.aacademica.org/000-044/697.pdf>
- Defey, D. (1994). Mujer y maternidad: Aportes a su abordaje desde la psicología médica. Montevideo: Roca viva.
- Defey, D. (2009). El trabajo psicológico y social con mujeres embarazadas y sus familias en los centros de Salud. Montevideo, Uruguay: INAU, CAIF. <https://www.plancaif.org.uy/documentos/equipos-de-trabajo/item/30-el-trabajo-psicologico-y-social-con-mujeres-embarazadas-y-sus-familias-en-los-centros-de-salud>
- De-Gracia-de-Gregorio, M. (2019). Repercusiones perinatales tras violencia de género en la mujer embarazada. Una revisión bibliográfica actualizada. Musas, 4(1), 3-21. <https://doi.org/10.1344/musas2019.vol4.num1.1>

- Díaz Romero, R. M., Aguilar Figueroa, V. D., y Santillán García, R. (1999). Estrés y embarazo. *Revista de la Asociación Dental Mexicana*, 44(1).
- Diniz, S. G., & Chacham, A. S. (2014). "Violência obstétrica": um pouco do que se sabe sobre essa questão. *Cadernos de Saúde Pública*, 30(Suppl 1), S1-S3. doi: 10.1590/0102-311XCO1S114
- Dobash, R. E., & Dobash, R. P. (1979). Violence against wives: A case against the patriarchy. Free Press. <https://doi.org/10.1177/01925137900203008>
- Elley, S. (2011): "Young Women, Class and gendered Heterosexuality: The Implication of Educational Aspirations and Social Networks for Sex Education Messages", *Sociology*, 45(3), pp. 413-429. <https://doi.org/10.1177/0038038511399621>
- Giberti, E. (2018). *Mujeres y violencias*. Buenos Aires, Argentina: Noveduc Libros.
- Fernandez, P y Olza. I (2020) *Psicología del Embarazo*. Editorial Síntesis S.A Vallehermoso, 34. Madrid, España.
- Fernández-Niño, J. A., Idrovo, A. J., Bonilla-Escobar, F. J., y Cardona-Arias, J. A. (2017). Violencia de género en mujeres colombianas. *Revista de salud pública*, 19(1), 39-44.
- Fernández, A (1995) *La mujer de la ilusión. Pactos y contratos entre hombres y mujeres*. Paidós.
- García-Moreno, C., Jansen, H., Ellsberg, M., Heise, L., y Watts, C. (2005). WHO Multi-country study on women's health and domestic violence against women: Summary report of initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. Organización Mundial de la Salud.
- Gómez-Fernández, M. A., Goberna-Tricas, J., y Payà-Sánchez, M. (2015). Las matronas y la detección de la violencia en el embarazo. *Matronas Prof.*, 16(4), 124-130.
- Gómez López, M. E., Aldana Calva, E., Carreño Meléndez, J., y Sánchez Bravo, C. (2006). Alteraciones psicológicas en la mujer embarazada. *Psicología Iberoamericana*, 14(2), 28-35. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=13392032100>
- Soledad Coo, Andrea Olivosa, María Ignacia García, Paulina Zamudio (2021) Salud mental en madres en el período perinatal. *Revista Chilena de Pediatría*. <https://www.revistachilenadepediatria.cl/index.php/rchped/article/view/3519>
- Uruguay (2008, diciembre 10) Ley N°18.426 Ley sobre Salud Sexual y Reproductiva. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18426-2008>

Uruguay (2018 ,enero 9) Ley N° 19.580. Ley de violencia hacia las mujeres basada en género. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19580-2017>

Uruguay Presidencia (2019, diciembre 30). Vázquez dictó una resolución que declara el estado de emergencia nacional en relación a la violencia basada en género. <https://www.gub.uy/presidencia/comunicacion/noticias/vazquez-dicto-resolucion-declaracion>

Lafaurie-Villamil, M. M., Cuadros-Salazar, L. L., García-Bocanegra, P. A., Hernández-Ayala, I. J., Pulido-Espinosa, J. S., Reynales-Triana, L. F., Rodríguez-Díaz, A. P., Sánchez-Cortés, P. A., Siatoya-Pinto, L. A., & Torres-Rivera, M. A. (2015) Violencia de la pareja íntima durante el embarazo y sus repercusiones en la salud mental. *Rev. cienc. cuidad.* 2015; 12(2): 100- 116

Lafaurie Villamil, M. M., & Ramírez Romero, M. L. (2019). Perspectiva de profesionales de salud sobre la violencia de la pareja en el embarazo. *Revista de la Universidad Javeriana*, 21(2). Recuperado de <https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie21-2.ppsv>

Libia, Agudelo y Restrepo (2020) Mujeres en embarazo, parto y posparto: una mirada desde el pensamiento feminista. [Tesis de doctorado]. Medellín: Escuela de Graduados. Universidad CES de Medellín.

Ludermir AB, Valongueiro S, Barreto T. (2010) Common mental disorders and intimate partner violence in pregnancy. *Rev saúde Pública* [Internet] http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102014000100029&script=sci_arttext

Martin Maldonado (2011) Salud Mental Perinatal. Organización Panamericana de la Salud. Washington, D. C.: OPS, © 2011

Ministerio del Interior. (2021, noviembre 30). El Ministerio del Interior presentó datos sobre violencia doméstica y de género. https://www.minterior.gub.uy/index.php?option=com_content&view=article&id=9469

Ministerio de Desarrollo Social (2019) Observatorio de Violencia de Género. <https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/observatorio/violencia-genero>

Ministerio de Desarrollo Social (Uruguay). (2019, abril 21). Indicadores sobre denuncias por violencia doméstica y asociados. Recuperado de <https://www.gub.uy/comunicacion/publicaciones/indicadores-sobre-denuncias-por-violencia-domestica-y-asociados-2016>

Ministerio de Desarrollo Social. (2019). Protocolo de Intervención en situaciones de Violencia Basada en género. <https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/sites/ministerio-desarrollo-social/files/d>

[ocumentos/publicaciones/Protocolo%20de%20intervenci%C3%B3n%20en%20situaciones%20de%20VBG_web_1.pdf](#)

Ministerio de Desarrollo Social. (2017). Violencia Basada en Género: Desde el ámbito privado a la agenda pública.

https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/sites/ministerio-desarrollo-social/files/documentos/publicaciones/cuaderno-sig_-7-vbg_digital.pdf

Ministerio de Salud. Argentina. (2017). Violencia hacia las mujeres. Programa de equipos comunitarios. Cobertura universal de salud Argentina. Presidencia de la Nación.

Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social Perú. (2011). La Violencia Física, Psicológica y Sexual Durante el Embarazo y su Relación con las Complicaciones Maternas – Hospital de Vitarte 2011. Programa Integral de Lucha contra la Violencia Familiar y Sexual en Ayacucho - Fase 2.

Ministerio del Interior (2021, noviembre 30) Ministerio del Interior presentó datos sobre violencia doméstica y de género. Recuperado de:

https://www.minterior.gub.uy/index.php?option=com_content&view=article&id=9469

ONU. (1994). Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer. Artículo 1.

<https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/declaration-elimination-violence-against-women>

Pastor Moreno, G. (2021). Violencia de género en mujeres embarazadas y resultados en la salud de la madre y del recién nacido. (Tesis Doctoral Inédita). Universidad de Sevilla, Sevilla.

Petit, M. A. (2018). Violencia psicológica: las heridas que no se ven. Revista Lex Orbis, 1(1), enero-julio. Universidad Cesar Vallejo.

Pinto, N. M., Rattner, D., Accioly, R. D., y Teixeira, L. A. (2018). Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 13(40), 1-9. doi: 10.5712/rbmfc13(40)1537

Plaza I Aleu, M., y Cantera Espinosa, L. M. (2015). El impacto de la violencia de género en la maternidad: entrevistas en profundidad para reflexionar sobre las consecuencias y la intervención 1, 85-96.

https://www.jfgws.com/uploads/2/3/7/9/23791858/6plaza-cantera_jfgws2015.pdf

Scheper-Hughes, N., y Bourgois, P. (2004). Introduction: Violence in war and peace. In N. Scheper-Hughes & P. Bourgois (Eds.), *Violence in War and Peace: An Anthology* (pp. 1-42). Blackwell Publishing.

- Scott, J. (1990). *El género: una categoría útil para el análisis histórico*. En Historia y Género. Ediciones Alfonso. El magnánimo.
- Sergio Lemus Alcántara, Alicia Hamui Sutton, Minerva Ixtla Pérez y Alfredo Paulo Maya (2017) Una mirada crítica sobre la noción: paciente/usuario/cliente desde la antropología en salud REVISTA CONAMED Vol. 22 Núm. 2, 2017 Artículo de Opinión
- Sokoloff, N.J. y Dupont, I. (2005): "Domestic Violence at the Intersections of Race, Class and Gender", *Violence Against Women*, 11(1), pp. 38-64. <https://doi.org/10.1177/1077801204271476>
- Stöckl, H.; Heise, L. y Watts, C. (2011): "Factors associated with violence by a current partner in a nationally representative sample of German women", *Sociology of Health and Illness*, 33(5), pp. 694-709. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2011.01319.x>
- Red Uruguay contra la Violencia Doméstica y Sexual. (2014). Declaratoria de Emergencia Nacional de la Violencia Basada en Género. <http://www.rucvds.org.uy/declaratoria-emergencia-nacional-vbg-2014/>
- Rodríguez Mir, J., y Martínez Gandolfi, A. (2021). La violencia obstétrica: una práctica invisibilizada en la atención médica en España. [Obstetric violence. A hidden practice in medical care in Spain]. *Gaceta Sanitaria*, 35(3), 211-212. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2021.02.001>
- Roncallo, C. P., Sánchez de Miguel, M., y Arranz Freijo, E. (2015). Vínculo materno-fetal: implicaciones en el desarrollo psicológico y propuesta de intervención en atención temprana. *Escritos de Psicología*, 8(2), Universidad del País Vasco, España
- Romano, S. (2010). Violencia de género en la pareja. Aportes para su evaluación en la consulta psiquiátrica de mujeres. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 74(1), 45-66. <https://www.rpu.org.uy/index.php/rpu/article/view/568/542>
- Ruuddick, S. (1989). *Maternal Thinking: Toward a Politics of Peace*. Beacon Press.
- Tajer, D., Gaba, M., y Reid, G. (2013). Impacto de la violencia de género en la salud de las mujeres: una investigación en la ciudad de Buenos Aires. Cátedra "Introducción a los Estudios de Género", Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Coco Villareal (Ed.).
- Valdez-Santiago, R., Arenas-Monreal, L., y Hernández-Tezoquipa, I. (2004). Experiencia de las parteras en la identificación de mujeres maltratadas durante el embarazo. *Salud Pública de México*, 46, 56-63. <http://www.insp.mx/salud/index.html>
- Velasco, M. C. (2008). Recomendaciones para la detección precoz de la violencia en el embarazo. Matrona. Hospital "Virgen de las Nieves". Granada. Profesora asociada de la Universidad de Granada.

Velázquez, S. (2003). Violencias cotidianas, violencia de género: Escuchar, aprender, ayudar. Paidós.