

INFORME DEL PREMIO FEATF DE INVESTIGACIÓN EN TERAPIA FAMILIAR 2023

Verónica Concha González¹, Dra. M^a Yolanda Fontanil Gómez², Dra. Patricia Solís García³

- 1. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN AGUSTÍN- SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.**
- 2. UNIVERSIDAD DE OVIEDO.**
- 3. UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DE LA RIOJA.**

La violencia ejercida contra las mujeres por sus parejas es un fenómeno ampliamente estudiado y reconocido. Hoy en día sabemos que está presente en todas las culturas, en todos los niveles económicos y educativos, y que constituye un grave problema de salud pública. Esta violencia adopta diferentes formas: física, sexual, psicológica, económica, etc. Lo central a todas ellas es que tienen un mismo objetivo: mantener el poder y el dominio sobre la mujer. Sus consecuencias van mucho más allá del sufrimiento individual ya que generan un enorme coste social, sanitario, económico, y en el propio concepto de humanidad.

Las estimaciones sobre la prevalencia de la violencia de género en la pareja (VGP) durante el embarazo y el postparto varían mucho y están influidas tanto por las características sociodemográficas de los países de estudio como por los tipos de metodología utilizada. La revisión de los datos epidemiológicos procedentes de más de 50 países de Europa, África, Asia y América realizada por Román-Gálvez et al. (2021) señala que el promedio de la incidencia de la VGP en el embarazo es del 25%. En otras palabras, aproximadamente una de cada cuatro mujeres en países desarrollados experimenta algún tipo de violencia durante este período. Estos hallazgos muestran que el embarazo no constituye un periodo protegido frente a la violencia, en algunos casos, incluso puede aumentar el riesgo.

Durante el embarazo se sufren distintos tipos de maltrato emocional como ataques contra la seguridad en forma de amenazas, como por ejemplo la de quedarse al bebé cuando este nazca; ataques contra la autoimagen como puede ser el rechazo a los cambios en el cuerpo de la mujer debido al embarazo; ataques contra su prestigio y ataques contra su libertad de acción o de pensamiento con controles y micromonitorización de sus vidas cotidianas. Estos últimos pueden agravarse bajo el pretexto del cuidado hacia la mujer y el bebé y pueden incluir la limitación o el control del acceso de la mujer embarazada a la atención sanitaria. Las mujeres también sufren maltratos que atacan a sus bienes y posesiones, una violencia económica que impacta en la vida de madre-bebé (Méndez, 2020). Entre las agresiones físicas que sufren las

mujeres en el embarazo por parte de agresor, están descritos los golpes al vientre de la madre, con clara intención de lesionar también al bebé en el útero (Fernández y Olza, 2020; Fontanil et al., 2024). La violencia sexual es frecuente que aparezca en forma de inicio de relaciones sexuales antes de lo que ellas deseaban después de dar a luz o el mantenimiento de relaciones y prácticas sexuales sin el consentimiento de la mujer y sin protección (FitzPatrick, 2020).

Respecto a las consecuencias de esta violencia durante el embarazo y el postparto se conoce que la VGP es un fenómeno con repercusiones complejas y podría ser un predictor significativo de resultados adversos para dos personas: la madre y su bebé. Las investigaciones realizadas, sobre todo en esta última década, nos muestran una plétora de consecuencias para la salud física y mental de ambos sin que los dos planos sean fácilmente desgajables.

Respecto a la salud física los datos muestran que las mujeres que experimentan violencia en la pareja durante el embarazo tienen un menor bienestar físico tanto en el periodo inmediatamente anterior al parto como a lo largo de la vida (Velasco, 2015; FitzPatrick et al., 2020). En este sentido, en un estudio realizado en nuestro país con mujeres que habían dado a luz en hospitales andaluces se encontró que las mujeres que sufrieron violencia, incluida violencia emocional, tenían más probabilidad de sufrir un parto pretérmino e infecciones vaginales y del tracto urinario durante el embarazo (Velasco, 2015). Estos datos concuerdan con los de otras investigaciones internacionales en las que se recoge mayor probabilidad de complicaciones médicas y obstétricas durante el embarazo para estas mujeres, como, por ejemplo, mayor probabilidad de sufrir diabetes gestacional, hipertensión arterial y hemorragias. Además de un aumento de las visitas a urgencias e ingresos derivados de este tipo de complicaciones (Velasco 2015; Ferdos et al., 2018; Méndez, 2020). La salud sexual y reproductiva de las mujeres también se ve afectada por la violencia. Los estudios realizados nos informan de un mayor riesgo a contraer infecciones de transmisión sexual, como VIH, un aumento de patologías como la enfermedad inflamatoria pélvica, entre otras y mayor tasa de embarazos no deseados e interrupciones voluntarias del embarazo (Chisholm et al., 2017). Las mujeres que sufrían VGP también informan con mayor frecuencia de dolor en sus relaciones sexuales 12 meses después del parto (FitzPatrick, et al., 2020). Y, a nivel de planificación de los protocolos sanitarios se conoce que es más frecuente que desarrollen comportamientos de riesgo, como son, por ejemplo, el retraso en recibir atención prenatal o el abandono o escaso seguimiento de las citas médicas programadas, el aumento excesivo de peso y el uso de sustancias tóxicas durante la gestación (Sarkar, 2008; Murray et al., 2020).

Respecto a las consecuencias para el bebé, los altos niveles de estrés materno durante el embarazo influyen directamente sobre el aumento de los niveles de cortisol, que en esos parámetros funciona como un agente neurotóxico. En este sentido, las investigaciones señalan que estos niños están expuestos a mayor probabilidad de mortalidad perinatal, bajo peso al nacer, mayor número de ingresos en unidad neonatal y dificultad para iniciar la lactancia materna o mantenerla más allá de los primeros cuatro meses (Velasco, 2015; Méndez, 2020). Al igual que sus madres también sufren repercusiones importantes en su salud emocional y física como problemas respiratorios, dificultades en la regulación fisiológica, problemas relacionados con la alimentación y el sueño, dificultades en la regulación emocional y conductual y mayor probabilidad de desarrollar trauma infantil (Diez, 2015; Orr et al., 2020; Brown et al., 2020; Gartland et al., 2021).

Respecto a las consecuencias para la salud mental de las mujeres embarazadas son varios los estudios que asocian la violencia durante la etapa peri y postnatal con la aparición de diferentes manifestaciones de malestar en forma de tristezas, miedos y ansiedad. La vida de las mujeres embarazadas que sufren violencia a manos de sus parejas se caracterizaría por el bajo estado de ánimo, los sentimientos de desesperanza, los pensamientos negativos y/o deseo de hacerse daño, una imagen negativa de sí misma, la pérdida de disfrute e interés por actividades, el llanto constante, la falta de energía y las somatizaciones. Las consecuencias de este sufrimiento son consideradas de extrema gravedad y ponen en riesgo la vida de la mujer, aumentando el riesgo de ideación suicida (Chisholm et al., 2017; Fernández y Olza, 2020). La vergüenza y la culpa ligadas al hecho de ser consciente de que no va a poder ejercer la maternidad como hubiera deseado y el miedo por lo que le pueda ocurrir a sus hijos o el temor de perderlos aparecen como emociones predominantes durante esta etapa. Estas emociones se alimentan por las expectativas sociales idealizadas sobre cómo una mujer debe llegar a la maternidad y cómo debe ejercerla y la idea del embarazo como una etapa “feliz” (Méndez, 2020).

Todo en este marco es interaccional. Como ejemplo se pueden poner los resultados que informan que los niños que se crían en el contexto de la VGP tienen mayores posibilidades de desarrollar un apego inseguro, aumentando la probabilidad de que las relaciones interpersonales se vean afectadas en etapas posteriores (Bidarra et al., 2016; McIntosh et al., 2021). Este dato es coherente con investigaciones que señalan como los estilos de apego inseguro son más comunes en mujeres que sufren violencia de género y como estos repercuten sobre los demás vínculos cercanos de la mujer (Fernández-Álvarez et al. 2019). En estos niños y niñas el apego

del sistema padre-bebé queda afectado al convertirse la figura que debería proporcionar seguridad en una figura peligrosa, que daña a una de sus figuras principales de cuidado y/o a ellos mismos. Por otra parte, el apego madre-hijo puede quedar afectado, como ya hemos mencionado, por las dificultades de una madre sometida a una situación de trauma para dar respuestas a las necesidades del bebé. Esta dificultad para consolar al niño puede devolver a la mujer una imagen de sí misma de incompetencia, a menudo alimentada por el maltratador.

Siguiendo este planteamiento podemos entender el marco interaccional en el que se desarrollan las consecuencias de la violencia, al pensar en las dificultades de las que parte una mujer que está siendo descalificada y menospreciada durante su relación de pareja y que, por tanto, puede ver mermada su autoestima y que, además, puede presentar una mayor dificultad para responder a las necesidades del bebé derivadas de las consecuencias psicológicas, de ser víctima de VGP. En este contexto, la violencia de pareja se entiende no solo como “una agresión a las mujeres, sino al sistema de cuidado en su conjunto” (Levendosky et al., 2012; Méndez-Méndez et al., 2021).

Objetivos de la investigación

Aunque existe numerosa evidencia científica sobre las consecuencias de la violencia de pareja sobre la mujer y sus hijos e hijas. No se han dedicado tantos estudios a profundizar en cómo afecta esta violencia en el embarazo y el postparto. Por todo ello, nuestra investigación se planteó un objetivo principal claro: conocer las consecuencias que tiene experimentar violencia de género en la pareja durante la etapa perinatal y postnatal sobre el bienestar psicológico de madre y bebé, así como en el establecimiento del vínculo materno-filial.

Por otro lado, la mayor parte de trabajos realizados hasta el momento se han enfocado en las consecuencias de la VGP sobre las mujeres y sus hijos de forma separada y, además, lo han hecho utilizando una metodología cuantitativa. Realizar un trabajo cualitativo como el de este estudio proporciona un conocimiento basado en las narrativas de los implicados y permite una comprensión más profunda de fenómenos complejos, que incluya la comprensión del contexto relacional. En este marco resulta fundamental poner el foco sobre el daño en el vínculo a través del ataque al sistema de cuidados esperando que esto ponga de relieve la necesidad de programas de prevención e intervención en diferentes contextos y sistemas.

Los objetivos específicos de la presente investigación son:

- A. Explorar la relación entre el embarazo y el inicio o la intensificación de la violencia de género en la pareja, identificando posibles cambios en su forma o frecuencia durante el embarazo y el postparto.
- B. Analizar el impacto de la exposición a violencia de género durante el embarazo en la salud física, mental y la calidad de vida de las mujeres, tanto en esta etapa como posteriormente.
- C. Comprender cómo las mujeres que sufren violencia viven la experiencia del embarazo y la maternidad, así como las repercusiones de dicha violencia en el vínculo maternofilial y en la salud emocional y física de sus hijos e hijas.
- D. Examinar la percepción que las mujeres tienen sobre sus propias competencias parentales y sobre cómo la violencia ha influido en su forma de ejercer la maternidad y en el desarrollo del apego con sus hijos e hijas.
- E. Analizar el papel del apoyo social y de las estrategias de afrontamiento en la salud física y psicológica de las mujeres durante y después del embarazo.

METODOLOGÍA

Para alcanzar los objetivos de la investigación hemos optado por la metodología cualitativa con el fin de dar voz a las mujeres en el proceso de investigación y que estas puedan compartir sus experiencias y perspectivas de manera más auténtica y significativa. La metodología cualitativa, estructurada según las directrices actuales, da profundidad a los datos permitiendo la riqueza interpretativa y la contextualización de las actuaciones, otorgando valor a los detalles y a las experiencias únicas y resulta especialmente pertinente cuando se busca interpretar significados, relaciones y dinámicas sociales en situaciones complejas (Guest et al., 2020; Lobe et al., 2020; Nowell et al., 2022; Sampieri y Torres, 2018).

Para realizar el proceso de almacenamiento, organización, procesamiento y análisis de la información se ha utilizado el software de análisis de datos cualitativos MAXQDA® 2024. El uso de software de análisis de datos cualitativos para ayudar al análisis de contenido temático: a) acelera el proceso; b) aumenta el rigor; c) proporciona un análisis de datos más flexible desde diferentes perspectivas; d) facilita el intercambio y reproducción de datos; y e) permite al investigador reflexionar en mayor profundidad al reducir las actividades operativas (Bardin, 2011). Además, el MAXQDA® dispone un conjunto de herramientas visuales que

facilita el análisis de los segmentos codificados y una transmisión más fácil de los resultados obtenidos (Oliveira et al., 2016).

El análisis cuantitativo de la composición muestral se hizo con IBM SPSS Statistics® 26.

Muestra y procedimiento

Para acceder a los discursos y vivencias de las mujeres se realizaron entrevistas de carácter semiestructurado de aproximadamente 3 horas de duración, que fueron posteriormente transcritas literalmente. En torno a dichas entrevistas se implementa una estrategia metodológica observacional semiestructurada codificando las entrevistas realizadas mediante la elaboración de un sistema de categorías. La posterior codificación por dos jueces independientes permitió identificar categorías centrales y subcategorías relacionadas con las distintas formas de violencia ejercida por la pareja durante el embarazo y el postparto.

El sistema de categorías que configuran la base del sistema de códigos parte inicialmente de 11 grandes categorías. A medida que se fue realizando el análisis del discurso se crearon diferentes subcategorías relacionadas con las distintas formas de violencia ejercida por la pareja durante el embarazo y el postparto y surgidas de las respuestas y explicaciones facilitadas por las mujeres participantes a las preguntas planteadas en la entrevista. Se obtienen como resultado 54 subcategorías que constituyen los códigos y subcódigos de análisis cualitativo.

La muestra que forma nuestro estudio es intencional y está compuesta por mujeres adultas que son atendidas en los Servicios Públicos de Salud Mental del Principado de Asturias, en concreto en un dispositivo especializado: El *Programa de Atención Psicosocial a la Mujer*. Se incluyen en el estudio a mujeres que habían sufrido violencia de género en la pareja en al menos una relación de pareja, con hijos a cargo, con edad igual o inferior a 5 años, que también han estado expuestos en algún momento de su vida a la situación de violencia, incluyendo el periodo de gestación. Se presentan en la tabla 1 los criterios de inclusión que se han usado (acceder a formar parte, ser mayor de 18 años, etc.).

Tabla 1. Criterios de Inclusión.

Criterios de Inclusión
Ser mayor de 18 años. Requerir atención psicológica especializada para mujeres víctimas de violencia de género en los Servicios de Salud Mental del Principado de Asturias. Aceptar de forma voluntaria participar en la investigación. Haber sufrido violencia de género en al menos una relación de pareja. Tener hijos a cargo, con edad igual o inferior a 5 años, que hayan estado expuestos en algún momento de su vida a una situación de violencia de género en la pareja (incluida la etapa prenatal)

Las personas encargadas de llevar a cabo las entrevistas fueron psicólogas expertas en psicología clínica, comunicación y VGP, y fueron moderando la entrevista ajustándose a la experiencia descrita por cada participante. De este modo, sin perder de vista el objetivo de estudio, fueron lo suficientemente flexibles como para permitir y estimular, cuando fue necesario, la libre expresión de sus experiencias y otras preocupaciones u opiniones relacionadas que resultaran de interés para la investigación.

Consideraciones éticas

El diseño del presente proyecto de investigación satisface el cumplimiento de los principios de la bioética y la orientación para la protección de los/as participantes humanos en la experimentación e investigación recogidos en el Código de Núremberg de 1947. El trabajo está planteado siguiendo el principio de beneficencia en tanto que persigue hacer el bien, contribuyendo con sus hallazgos a la mejora del conocimiento sobre la VGP. De igual modo, esta investigación no causa daño alguno ni perjuicio a las personas implicadas, cumpliendo así el principio de no-maleficencia. En todo momento se hace primar el bienestar de las participantes por encima del interés científico.

El estudio forma parte de un proyecto más amplio que fue valorado y aprobado por el Comité de Ética de la Investigación del Principado de Asturias (CEIM).

Tal y como establece el Código Deontológico de la Psicología, todas las participantes seleccionadas pueden decidir previamente su participación voluntaria en el estudio, contando con información concreta sobre los objetivos y características del mismo mediante la lectura de la Hoja de información del proyecto y la firma del Consentimiento informado. De esta forma, y siguiendo los principios fundamentales del procedimiento investigador recogidos en la Declaración de Helsinki y en los estándares de la Asociación de Psicología Americana (APA), las participantes disponen de información adecuada de los objetivos del estudio, de su metodología, de la fuente de financiación, de las afiliaciones institucionales de las investigadoras, de los beneficios potenciales de participar en el estudio, de la voluntariedad de su participación, de su derecho a no participar, a abandonar el estudio sin perjuicio y a la eliminación de los datos proporcionados en cualquier momento, así como la información de un contacto pertinente para cualquier consulta o demanda que pudiera existir.

En todo el proceso se respeta, con el máximo rigor, todos los aspectos relacionados con la confidencialidad, de acuerdo con la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, y con el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 de Protección de Datos.

RESULTADOS

La muestra estuvo compuesta por 9 mujeres que acudían a consultas en un programa de atención específica para mujeres víctimas de violencia de género en el contexto del Servicio de Salud del Principado de Asturias (Programa de Atención Psicosocial a la Mujer). Se realizaron un total de 18 entrevistas.

La edad de las mujeres oscila entre los 29 y los 44 años. Siendo su media de 37 años (DT: 4,359).

La mayor parte de mujeres estaban solteras o divorciadas. La media de años que habían pasado desde el fin de la relación de violencia era aproximadamente de dos años, siendo el mínimo 6 meses tras la ruptura y el máximo 5 años desde la misma.

Todas las mujeres convivían con sus hijos. De ellas 3 mujeres (33,3%) convivían con sus hijos y al menos un miembro de su familia de origen. El máximo de hijos fue de 3. La media de edad de los hijos que tenían 5 o menos de 5 años fue en torno a los 3 años y medio de edad. Todas las mujeres regentaban la guardia y custodia de sus hijos, en tres de los casos (33,3%) las visitas estaban suspendidas y en dos de los casos (22,2%) se producían a través de Punto de Encuentro Familiar. La media de años de asistencia para estos niños fue de dos años y medio.

No existía ningún caso en el que se hubiese suprimido la patria potestad al progenitor ni temporal ni permanentemente.

La mayor parte de las mujeres (77,8%) tenían estudios universitarios. La mayor parte de las mujeres (77,8%) trabajaban a jornada completa, siendo esta la fuente principal de sus ingresos. Dos de las mujeres (22,2%) reconoció haber pasado algún apuro económico en los últimos 3 meses. El 44,44 % de la muestra tenían unos ingresos mensuales de entre 1000 y 1500€ al mes. Con respecto a las ayudas económicas recibidas, 2 de las mujeres (22,2%) precisaron ayuda familiar, 1 mujer (11,1%) disponía de ayuda social. 1 mujer (11,1%) disponía de otro tipo de ayuda económica sin especificar.

Un 66,7% de las mujeres habían presentado denuncia por Violencia de género. Un 33,3% tenían medidas en vigor de orden de protección y alejamiento. Todas las mujeres estaban recibiendo ayuda psicológica especializada en el Programa de Atención Psicosocial a la Mujer (criterio necesario para la inclusión), el 66,7% de las mujeres habían recibido asesoramiento por parte del Centro Asesor de la Mujer, ninguna mujer usó el Centro de Crisis para víctimas de agresiones sexuales, ni precisó de ingreso en Casa de Acogida. Una de las mujeres (11,1%) necesitó hacer uso de un teléfono de emergencia (016/112).

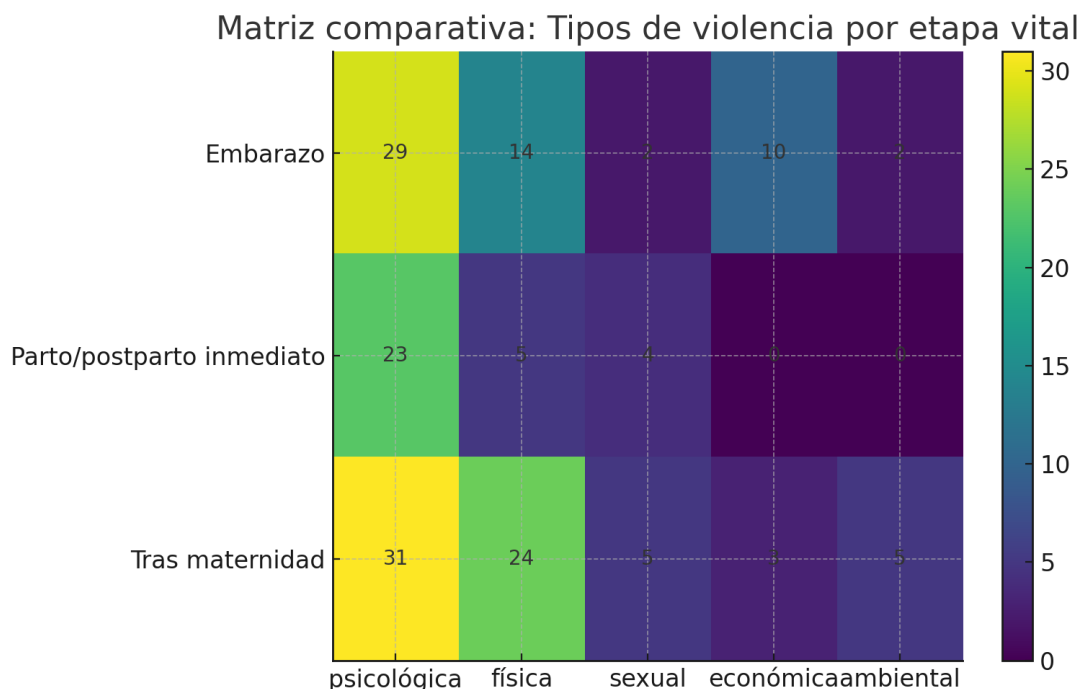
Todas las mujeres acudían a un servicio psicológico especializado en la atención a mujeres víctimas de violencia de género. Un 55,6 % tenía prescrito algún psicofármaco. Entre los motivos para pedir ayuda a salud mental estaban: ansiedad, depresión y dificultad para dormir. Solo un 22,2% habían requerido previamente de consultas en salud mental. La mayor parte de ellas habían acudido con psicología (55,6%). Un 77,7% de las mujeres no requirieron estos servicios hasta llegada la adultez.

El 55,6% de las mujeres tenían una enfermedad física acompañante. Prevalían enfermedades de tipo endocrino y muscular.

Se muestran a continuación los resultados de la codificación temática realizada en MAXQDA® 2024 de la realización de 18 entrevistas en profundidad a 9 mujeres que narran experiencias de violencia de pareja. Se revisaron los informes de segmentos codificados, el sistema de códigos y la nube de códigos de frecuencia. El análisis combina conteo de frecuencias con interpretación narrativa, incorporando fragmentos textuales representativos seguidos de una clave anonimizada de las entrevistas.

Evolución de los subtipos de maltrato según su presencia en el embarazo, parto y postparto

Figura 1. Matriz comparativa de tipos de violencia por etapa vital



La matriz que aparece en la figura 1 permite observar la evolución de los distintos tipos de violencia a lo largo de tres momentos clave: embarazo, postparto inmediato y etapa posterior a la maternidad.

1. **Violencia psicológica:** aparece como el tipo de violencia más constante y con mayor frecuencia en las tres fases. Esto refleja que, más allá de los episodios físicos puntuales, el sostén de la relación violenta se basa en un entramado de amenazas, humillaciones, insultos y control emocional, lo cual erosiona progresivamente la autoestima y la capacidad de agencia de las mujeres.
2. **Violencia física:** se registra ya desde el embarazo, lo que contradice la idea de que la gestación pueda funcionar como un “freno”. En el postparto inmediato tiende a disminuir, probablemente porque se intensifica la atención en el cuidado del recién nacido, pero repunta de manera clara tras la maternidad, cuando se reinstalan las dinámicas de poder y se consolidan nuevas tensiones asociadas a la crianza.
3. **Violencia sexual y económica:** si bien se detectan en menor proporción, ambas resurgen tras la maternidad. La violencia sexual reaparece a través de presiones o

imposiciones de relaciones no consentidas, y la económica se traduce en privación de recursos, explotación financiera o dependencia forzada, reforzando la subordinación.

4. **Violencia ambiental:** se expresa en la creación de un clima hostil (gritos, golpes a objetos, destrozos). Fragmentos compuestos de un ambiente de amenaza a la seguridad personal. Aunque su frecuencia es menor, tiene un efecto intimidatorio sostenido y refuerza otras formas de violencia.

En suma, la matriz muestra un patrón de continuidad y adaptación: la violencia no desaparece, sino que se transforma, intensificándose en unas dimensiones y atenuándose en otras según el momento vital.

Ejemplo: *pues es que yo no me di cuenta cuando empezó, pero sí que muy al principio... yo pensaba que era normal...(E4).*

Este testimonio refleja cómo, en las etapas iniciales, la violencia puede pasar inadvertida, lo que coincide con la presencia temprana de la violencia psicológica en la matriz. La “normalización” inicial explica por qué esta forma de violencia se mantiene como la más dominante y persistente: no sólo inicia el ciclo, sino que lo sostiene a lo largo del tiempo. La violencia psicológica opera como “puerta de entrada” e “hilo conductor” de la relación violenta. La variación de la violencia física, sexual y económica según el ciclo vital muestra que la violencia es un fenómeno plástico y adaptativo, que se intensifica o se transforma para mantener el control sobre la mujer en contextos cambiantes como el embarazo o la maternidad.

Figura 2. Macro-categorías más relevantes



El gráfico de barras de la Figura 2 sintetiza las categorías de mayor peso en la codificación, lo que permite identificar los núcleos temáticos más recurrentes en los relatos de las mujeres.

1. Libertad de acción (≈60 segmentos)

Es la categoría con mayor frecuencia, lo que confirma que la violencia no sólo se expresa en golpes o insultos, sino sobre todo en la limitación de la autonomía cotidiana: impedir salir, vigilar movimientos, decidir unilateralmente qué hacer o con quién relacionarse.

Ejemplo: *no me permitía ser yo... me ridiculizaba, no me dejaba trabajar, ni maquillarme... (E9).*

El control de la libertad personal para actuar en todas las esferas que constituyen la vida de las personas es un eje central de la dinámica de poder.

2. Bienes y posesiones (≈43 segmentos)

La violencia material aparece como un mecanismo de control indirecto: romper objetos, dañar pertenencias, privar de bienes esenciales o explotación de tipo económico.

Ejemplo: *Me acuerdo, tenía una impresora... la había roto él, y me dijo que yo tenía que cargar con ella hasta casa. (E4).*

Los bienes personales funcionan como extensión simbólica de la víctima, y dañarlos equivale a atacar su identidad. Al privar o destrozar las posesiones, sobre todo si son anteriores a la relación de pareja, se intenta destruir refugios donde la mujer pueda sentirse de otra forma, o pensar que hubo otra época.

3. Afrontamiento (≈33 segmentos)

Se registran múltiples intentos de las mujeres por resistir o buscar apoyo (familia, amistades, profesionales). Sin embargo, muchas narrativas muestran que el apoyo recibido fue parcial o insuficiente.

Ejemplo: *Me decían que tenía que salir de ahí, porque si no me iba a matar... fueron ellos los que me ayudaron a tirar para adelante. (E6).*

A pesar de la agencia de las mujeres y la búsqueda de soluciones, la escasa respuesta institucional, entre otros en el ámbito sanitario, por la ineficiencia en el cribado de los casos de violencia de género en la pareja, y en el legal, donde persiste la dificultad de reconocer a niños y niñas como víctimas directas, reduce la eficacia del afrontamiento

4. Prestigio (desprecio) (≈27 segmentos)

La humillación, la ridiculización y la desvalorización sistemática minan la autoestima de las mujeres.

Ejemplo: *A veces como con desprecio 'Anda, que no vales para nada, que si no llegas a ser por mí no tienes ni trabajo'. Y así con una voz en plan que soy una inútil... 'Quita, ¿Ahora qué vas a hacer? '. Y a lo mejor decía yo de limpiar 'Quita que ya limpio yo porque con lo que tú tardas'. Y luego que '¿A dónde vas así vestida?, que pareces un putón, que, ¿pero tú te miraste al espejo? '. De eso sí que mucho. Luego me quedé muy delgada, me llamaba puta yonqui, y desquiciada, que estaba loca como mi madre, que fuera el psicólogo porque estaba loca como mi madre. Que mi madre tiene depresión diagnosticada. Y pues de ese tipo eran muchísimas cosas...(E1).*

El desprecio es un arma psicológica que refuerza la subordinación.

5. Consecuencias (≈26 segmentos)

Las secuelas de la violencia van más allá de las físicas, y se expresan en lo emocional (miedo, ansiedad, culpa), lo relacional (aislamiento, ruptura de vínculos) y lo vital (pérdida de oportunidades). En ocasiones, la secuela es una pérdida de identidad completa. La violencia deja un legado duradero que no se extingue con la separación.

6. Presencia de otros (≈23 segmentos)

La violencia no siempre ocurre en privado: en ocasiones es ejercida frente a hijos, familiares o terceros, lo que incrementa la humillación y amplifica sus efectos. Desacreditar la imagen de la mujer en los sistemas en los que participa es una forma de violencia frecuente. Además, en ocasiones otras personas actúan como cómplices en el ejercicio de la violencia.

Ejemplo: *Pues yo ya no sé lo que es violencia y lo que no la verdad, pero algo que me dolía muchísimo eran faltas de respeto hacia mis seres queridos, o sea liarse a dar portazos y puñetazos delante de mi padre. (E1).*

7. Independencia/Intimidad (≈23 segmentos)

Incluye invasión de la intimidad, vigilancia de redes sociales, control de amistades o prohibición de actividades. La esfera privada se convierte en terreno de control permanente.

Ejemplo: *tenía que estar localizada con el móvil. Decía que era por mi seguridad y no sabía por qué, por si acaso me pasaba algo. Pero era mucho con el móvil. (E9).*

8. Libertad de pensamiento (≈17 segmentos)

El maltrato en absoluto se limita a lo físico como ya hemos descrito: las narrativas muestran intentos de imponer creencias, restringir opiniones o invalidar pensamientos.

Ejemplo: *Yo estaba loca, el problema que yo estaba loca en los últimos años era constante. Era que yo estaba loca. Yo tenía los cambios de humor. Yo no sabía... Yo no sabía lo que decía porque, bueno, él lo hacía todo bien y ellos lo hacían todo bien. Y era yo, era yo. Era yo la que veía fantasmas y no entendía nada. (E8).*

9. Conciencia de la violencia (≈13 segmentos)

Aparece con menor frecuencia, lo que refleja la dificultad de nombrar y reconocer lo vivido como violencia.

Ejemplo: *A base de hablar y que la gente me lo me lo haya dicho, yo lo haya negado en mi cabeza, me haya asustado, lo haya vuelto a hablar y lo haya encajado porque el susto fue bastante grave cuando me di cuenta que ...que realmente estaba sufriendo violencia de todo tipo, o sea hace muy poco... fue ahora a raíz de decidir divorciarme cuando me estoy dando cuenta...de la realidad. (E2).*

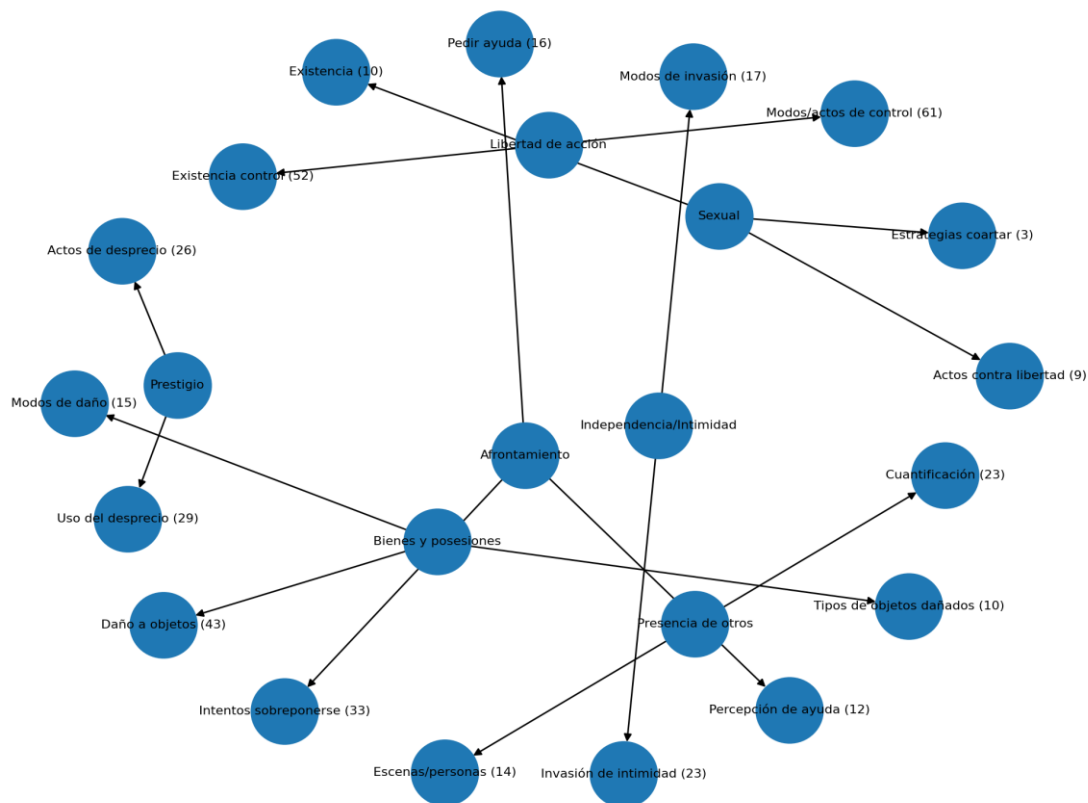
10. Violencia sexual (≈10 segmentos)

Aunque menos frecuente en términos de segmentos, la violencia sexual tiene un impacto cualitativo profundo: coerción y ausencia de consentimiento incluso durante el embarazo.

Ejemplo: *Es que fue unas veces puntuales. Yo no podía ponerme en la postura que él quería, por la barriga y tal, porque me era incómodo y él como que le parecía mal, que era como que yo no quería. Y entonces era como que se enfadaba y a mí eso me parecía una falta de respeto, vamos, brutal. (E6).*

Trayectorias y repercusiones de la VGP en el embarazo, parto y postparto.

Figura 3. Mapa de categorías



El mapa de categorías representa la red de relaciones entre las macro-categorías y sus subcódigos, permitiendo ver cómo se articulan las distintas formas de violencia y sus efectos (Vid. Figura 3).

1. Núcleo central: control, desprecio y daño material

Las categorías *Libertad de acción*, *Prestigio (desprecio)* y *Bienes y posesiones* aparecen como nodos de alta frecuencia y fuerte interconexión. Estas prácticas son los pilares estructurales de la violencia:

Libertad de acción: regula y limita la autonomía cotidiana.

Prestigio: degrada simbólicamente, mediante desprecio y humillación.

Bienes y posesiones: ataca el mundo material de la víctima, desde objetos personales a los que está vinculada su vida pasada y presente hasta los recursos económicos disponibles.

2. Violencia psicológica, sexual y económica como dimensiones orbitantes

En torno al núcleo aparecen otros tipos de violencia: la psicológica refuerza el control emocional, la sexual impone prácticas no consentidas y la económica restringe el acceso a recursos. Estas categorías funcionan como estrategias complementarias para mantener la subordinación.

3. Presencia de otros y afrontamiento

El mapa también conecta con códigos relacionados con la visibilidad de la violencia ante terceros (hijos, familiares, comunidad), lo que incrementa el efecto humillante y les resta apoyos vitales. En contraste, el eje *Afrontamiento* muestra los esfuerzos de las mujeres por resistir y pedir ayuda, aunque en muchos casos sin éxito sostenido.

4. Interconexión dinámica

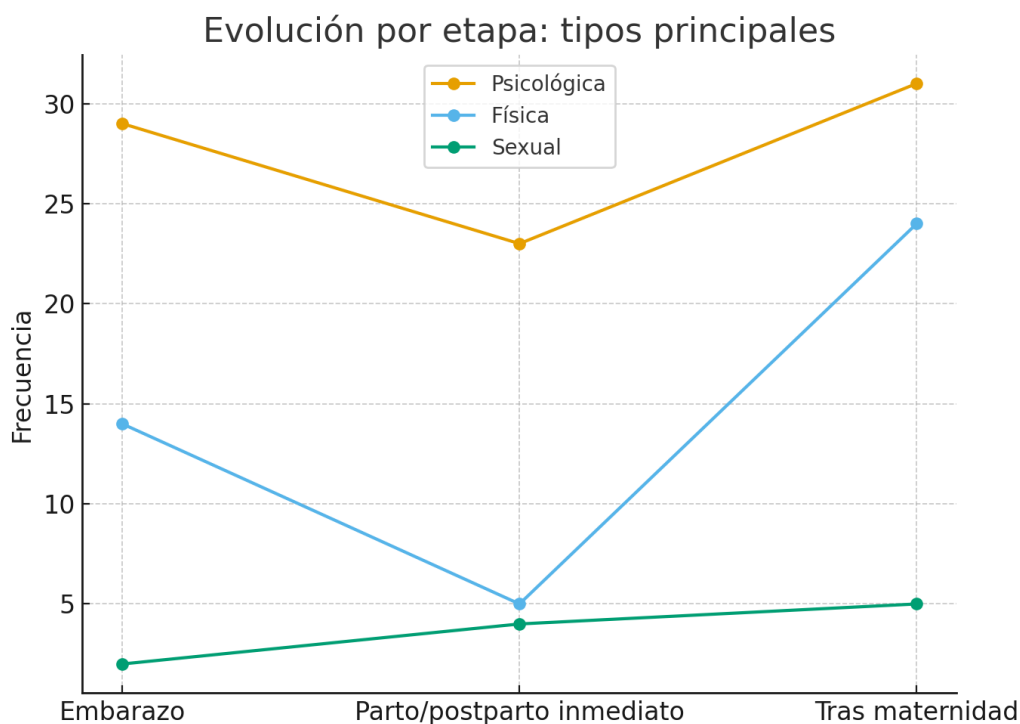
El valor de este mapa es mostrar que la violencia no ocurre en compartimentos estancos: el desprecio se combina con la invasión de la intimidad; el control de la acción se refuerza con la violencia económica; el daño a objetos sirve de preludio o complemento a las agresiones físicas. La red revela un sistema integrado de coerción, más que hechos aislados.

Ejemplo: *Él empezaba a enfadarse y me dejaba tirada... yo me quedé en el hotel sola, llorando...(E4)*

Este testimonio refleja cómo el control de la libertad de acción se convierte en una práctica de castigo y humillación, que no requiere violencia física directa para producir daño. La mujer es abandonada en un espacio desconocido, lo que mezcla control, desprecio y vulnerabilidad emocional.

El mapa muestra que la violencia de pareja debe entenderse como un entramado sistémico: el núcleo de control, desprecio y daño material sostiene y se combina con otras formas de violencia. Las experiencias de afrontamiento son importantes, pero emergen en una red de relaciones desequilibradas donde la mujer queda atrapada.

Figura 4. Evolución por etapas



El gráfico muestra la evolución de la violencia psicológica, física y sexual a lo largo de las distintas etapas (embarazo, parto y postparto inmediato y tras la maternidad). La figura 4 muestra que la violencia no desaparece con los cambios vitales: se adapta. La psicológica sostiene el sistema; la física desciende en el postparto inmediato, pero repunta con la estabilización de la vida doméstica; y la sexual reaparece como estrategia de dominio cuando la crianza incrementa la dependencia de la mujer. Por ello, las intervenciones requieren cribados repetidos (embarazo–postparto–seguimiento), evaluación del riesgo dinámico y medidas que contemplen control y coerción sexual más allá del parto.

Ejemplo: *Un día me dio una paliza... me cogió el cuello, me pegó puñetazos... y estando embarazada me dio una bofetada. (E8).*

Figura 5. Nube de códigos



La nube agrega los códigos con ≥ 10 segmentos y representa su prevalencia relativa: a mayor tamaño tipográfico, mayor frecuencia de aparición en los relatos. No expresa severidad ni importancia causal por sí misma; visualiza centralidad discursiva. Para interpretar la nube la triangulamos con la matriz de frecuencias del sistema de códigos (MAXQDA® 2024): Libertad de acción (60 segmentos), Afrontamiento (33) y Presencia de otros (23) están efectivamente entre las categorías de mayor peso, lo que respalda la lectura visual.

1. **Libertad de acción** aparece como núcleo: los relatos se organizan alrededor del control cotidiano (movimientos, contactos, decisiones). La nube hace visible ese “techo” bajo el cual se entiende el resto de las violencias.

Ejemplo: *No podía hacer nada, sin pedir permiso. (E4).*

2. **Afrontamiento (intentos)**: señala la agencia de las mujeres (búsqueda de apoyo, terapia, reactivación de redes) pese al contexto coercitivo.

Ejemplo: *Retomar las amistades que tanto me prohibió... sobreponerme de eso. (E8).*

Ejemplo: *Venir a terapia es ahora mi salvavidas. (E5).*

3. **Presencia de otros** subraya que la violencia no es solo privada: se ejerce ante terceros, con especial mención a hijas/os.

Ejemplo: *Me pegó un golpe en la cara... delante del crío. (E7).*

La afectación hacia los menores que están expuestos a la VGP es un tema largamente estudiado y que subraya cómo las relaciones entre las madres y sus hijas e hijos puede verse afectada.

4. En segundo plano, pero igualmente grandes en la nube, emergen **Bienes y posesiones y Prestigio (desprecio)**. Conectan el control con daño material (romper móviles, objetos) y desvalorización persistente, claves del andamiaje psicológico.

Ejemplo: *Rompe cosas... el móvil y el ordenador del trabajo. (E7).*

Ejemplo: *Anda, que no vales para nada...(E1).*

La nube confirma un patrón sistémico: el control de la autonomía (libertad de acción) organiza la experiencia; la humillación/desprestigio y el daño a bienes funcionan como tecnologías de dominio, y la exposición ante terceros amplifica la coacción y las secuelas. A la vez, la prominencia de afrontamiento evidencia márgenes de acción que, aunque reales, se enfrentan a apoyos desiguales.

Maternidad, vínculo afectivo y estrategias de crianza.

Los análisis de datos obtenidos muestran que la violencia afecta al rol maternal, así como a las prácticas de crianza ejercidas por las mujeres.

El daño a la imagen del rol como madre es una de las formas de desprestigio más usadas y que más daño causa en las mujeres. La inseguridad sobre cómo se ejerce este rol se perpetúa más allá de la ruptura pues la crítica a la manera de ejercer la maternidad continua y, además, en ocasiones, se mantiene a través del intento de desacreditar a la mujer delante de terceros (por ejemplo, en el colegio). A menudo, es ante los primeros intentos de control en relación con los temas que atañen al bebé como las mujeres empiezan a intentar imponer su criterio como mecanismo de protección hacia sus hijos.

Ejemplo: *Luego la maternidad, por ejemplo. Bueno, pues terrible. O sea, la de cosas que yo he hecho que jamás habría hecho. Si no lo hubiese tenido él allí con aquella presión y aquella... Pues, terrible. O sea, la de cosas que yo aguanté que hiciera mis hijos. (E4).*

Ejemplo: *pues estoy intentando darle tranquilidad, que lo necesita mucho después de todo lo que pasó. (E7).*

Ejemplo: *Sí que es de esas personas de si llora no pasa nada, es que es un bebé muy pequeño, no puedes dejar a un bebé tan pequeño que llore y yo tampoco soy de las teorías del doctor ese que el niño llora porque creo en el apego positivo y el apego seguro, entonces es*

que por él fuera lo hubiera dejado en la cuna llorando y me hubiera puesto a hacer las cosas y dos horas después o durante una semana ya dejaría de llorar, pero yo eso no lo hacía. (E9).

Las mujeres reconocen un aumento de la autonomía en las decisiones que tienen que ver con la maternidad tras la ruptura, pero estos desafíos también tienen consecuencias. Perciben que la violencia ha tenido consecuencias sobre sus hijos e hijas en diferentes esferas: problemas de salud, problemas de tipo emocional y social. En algunas ocasiones, los hijos han estado presentes en las situaciones de violencia o incluso han sido objeto de esta violencia. A menudo, uno de sus mayores temores tras la ruptura es que la violencia se siga perpetuando a través de sus hijos, al dejar de estar presentes como figura de protección en las situaciones en las que se producen las violencias. Desde el momento del embarazo las mujeres empiezan a preocuparse por las secuelas de la violencia sobre los niños.

Ejemplo: Otra que cuando estuvimos en la otra casa que me pegó y me arrastró en el suelo, hasta los vecinos llamaron a la policía, en la casa de aquí que me pegó un golpe a la cara, aquí en la nariz, adelante del crío. (E7).

Ejemplo: Empezó a darles, y entonces claro, yo me quedaba petrificada, porque si yo intentaba ir a frenar, era peor, y entonces claro yo me quedaba petrificada porque si yo intentaba ir a frenar era peor...me amenazaba. (E4).

Ejemplo: Y encima, lo pasé muy mal. Es que no soy capaz de... Me están viniendo tantos sentimientos a la vez que no soy capaz de decirlo. Estrés en el embarazo, no lo disfruté como me hubiera gustado. Estaba contenta y feliz por tener mi hijo y me gustaba sentirlo, pero... No sé, un padre que no se involucraba y que encima me da esos malos ratos y esas peleas y sentir miedo, porque recuerda que él destrozó el baño y destrozó muebles estando yo embarazada. Eso me hizo pasarlo muy mal con mi hijo. Me hizo sentir culpable. Me hizo sentir de... es que lo sentía mal por mi hijo. Ya no sé qué... Yo me sentía mal porque eso lo estaba viviendo él en mi barriga. (E8).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Partimos de la mirada ecosistémica (Bronfenbrenner, 1970) para poder comprender y atender a la salud de la diada madre- bebé, asumiendo un enfoque complejo y circular en el que el individuo afecta y se ve afectado por los contextos en los que participa directamente, así como sobre aquellos otros que lo rodean e influyen de forma indirecta. En este estudio la diada madre-bebé forma parte de un microsistema en desarrollo, siendo un sistema de influencia mutua con desarrollo recíproco. En otras palabras, cuando uno de los miembros experimenta

un cambio evolutivo la dinámica relacional ha de adaptarse y permitir el surgimiento de nuevos patrones relacionales. El sistema de apego del bebé y el sistema de cuidados de la madre trabajan conjuntamente para garantizar la supervivencia del recién nacido (Aguilar, 2015).

La madre comienza a prepararse psíquicamente para la llegada del bebé desde el embarazo. Durante esta etapa, la mujer desarrolla actitudes y representaciones de su propio desarrollo como niña y de sus vínculos de apego. También genera ideas acerca de cómo será su bebé y de su nuevo rol como madre (Huth-Boks et al., 2004). Estas representaciones que la madre se hace son fundamentales puesto que favorecen el sistema de cuidados hacia su hijos e hijas. El desarrollo de estas representaciones maternas está influenciado por una variedad de factores tales como las relaciones afectivas, la historia de apego de las propias madres y la vivencia de situaciones estresantes y experiencias adversas sufridas incluso en su infancia (Díez et al., 2018; Lannert, 2013). En la crianza hay diversos microsistemas implicados y aquí la presencia de la violencia de género en la pareja constituye el núcleo central de los análisis realizados.

Trabajando con mujeres maltratadas se parte de que es probable que los modelos internos sobre sí misma y de los demás se vean afectados por la violencia, especialmente durante el embarazo, cuando se están formando a sí mismas como cuidadoras de sus bebés (Almeida, 2013). Es decir, la mujer puede percibirse como poco válida o capaz, y entender que no debe esperar de los demás ni protección, ni ayuda o cuidado.

Podemos entender de lo desarrollado anteriormente, que la experiencia aguda y crónica de VGP afecta al funcionamiento psicológico de la madre en el periodo postnatal haciendo más difícil que sea capaz de reconocer y responder a las necesidades de apego de su hijo (Huth-Bocks et al., 2004). Son varios los factores que pueden explicar esta dificultad para atender a los requerimientos del recién nacido. Entre ellos destacan: los altos niveles de estrés materno, las emociones que el bebé puede generar en la madre, los sentimientos de incompetencia, la dificultad para negociar pautas de crianza con el padre, el mayor porcentaje de embarazos no deseados, la necesidad de establecer condiciones que permitan la vida de una nueva persona en la familia, la ya conocida dificultad de compatibilizar roles, etc. Además, la VGP puede dar lugar a respuestas traumáticas, como son las respuestas de tipo disociativo, lo que conllevaría una afectación sobre su capacidad de respuesta al bebé como consecuencia de estas secuelas (Levendosky et al., 2011). Los niños y niñas expuestos a la VGP pueden presentar mayores dificultades de regulación y, por tanto, para ser calmados, fruto de las repercusiones de la violencia experimentadas desde la etapa perinatal. Esta dificultad para consolar al niño puede

devolver a la mujer una imagen de sí misma de incompetencia, a menudo alimentada por el maltratador.

Todas estas reflexiones se conectan con los resultados obtenidos en este estudio y que han sido expuestos en este informe. Como resumen de conclusiones y posibles aplicaciones de los datos podemos ir desgranando algunos temas centrales.

Así queremos recordar que los relatos muestran que las primeras señales de violencia se manifiestan en forma de desplantes, indiferencia o comportamientos de control que, en un inicio, son interpretados como “rasgos de carácter” o “conflictos normales de pareja”. La identificación del maltrato llega mucho tiempo después, en ocasiones tras episodios graves, denuncias formales o tiempo después de haber conseguido salir de la relación. A menudo, este proceso de toma de conciencia ocurre tras varios intentos previos en los que la mujer ha intentado abandonar la relación. El proceso de toma de conciencia es facilitado si existe apoyo por parte de las redes formales e informales con las que las mujeres puedan contar. Sin duda esta tarea debe formar parte de la evolución de una sociedad más sana que debe mostrar su futuro libre de violencia.

El maltrato aparece en todas sus formas en el embarazo, parto y postparto siendo el control de la autonomía (ataques contra la libertad de acción) y el desprecio (ataques contra el prestigio/autoimagen e imagen social) los que emergen como núcleos explicativos centrales de todo el proceso.

El control de la libertad cotidiana y la humillación reiterada sostienen la dominación. Estos hechos generan la percepción de pérdida de identidad: desconozco quién soy, qué me gusta o interesa y qué aborrezco. Además, provocan desconfianza en las propias capacidades y competencias para tomar decisiones. El aislamiento impide que otras personas conozcan lo que le ocurre, le den otra imagen de sí misma o le presten su apoyo y la deja sin un espacio donde poder verbalizar qué ocurre y poder ponerle nombre.

El análisis revela que la violencia no cesa con el embarazo, sino que en muchos casos se intensifica, se hace más frecuente o incluso aparece en nuevas formas. Varias entrevistadas reportaron agresiones físicas, sexuales y verbales durante la gestación e incluso en presencia de hijos/as pequeños. El postparto y la maternidad constituyen etapas de mayor fragilidad, tanto por la dependencia emocional como por la carga de cuidados. La maternidad multiplica la carga de dependencia y abre nuevas vías de control. La violencia en estas etapas tiene un doble impacto: compromete la salud de la mujer y afecta el desarrollo del vínculo maternofilial.

Las mujeres intentan diversas formas de afrontamiento: buscar ayuda en familiares, vecinos, o servicios de salud. Sin embargo, emergen sentimientos de ambivalencia y miedo al pedir ayuda, junto a respuestas insuficientes por parte de las instituciones (sanidad, policía, justicia). Es necesario señalar que las mujeres verbalizan que durante la atención sanitaria prestada durante los embarazos no se les pregunta acerca de la posibilidad de estar viviendo violencia de género en la pareja. El afrontamiento personal existe, pero sin un sostén institucional sólido resulta frágil (Fontanil et al. 2020).

Creemos que las consultas sanitarias que se realizan durante el embarazo y el postparto brindan una oportunidad excepcional para identificar la existencia de violencia en la pareja. Además, es necesario garantizar la existencia de programas de prevención e intervención que puedan desarrollarse en diferentes contextos y sistemas, para así dar respuesta a un fenómeno complejo y estructural, como es la violencia de género en la pareja. Aunque las víctimas movilizan recursos, el déficit institucional limita la eficacia del afrontamiento y perpetúa el círculo de violencia. Somos los y las profesionales quienes tenemos la responsabilidad de cambiar la recepción y acogida de las mujeres víctimas de violencia de género en la pareja y de sus hijas e hijos.

REFERENCIAS

Aguilar, L., Alvarado, E. y Escudero, A. (2015). *Detrás de la pared: Una mirada multidisciplinar acerca de los niños, niñas y adolescentes expuestos a la violencia de género*. Desclée de Brouwer.

Almeida, C. P., Cunha, F. F., Pires, E. P. y Sá, E. (2013). Common mental disorders in pregnancy in the context of interpartner violence. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20(5), 419–425. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2012.01937.x>

Bardin, L. (2011). *Análisis de contenido*. Akal.

Bidarra, Z., Lessard, G. y Dumont, A. (2016). Co-occurrence of intimate partner violence and child sexual abuse: Prevalence, risk factors and related issues. *Child Abuse & Neglect*, 55, 10–21. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2016.03.007>

Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano*. Paidós.

Brown, S. J., Conway, L. J., FitzPatrick, K. M., Hegarty, K., Mensah, F. K., Papadopoulos, S., Woolhouse, H., Giallo, R. y Gartland, D. (2020). Physical and mental health of women exposed to intimate partner violence in the 10 years after having their first child: An

Australian prospective cohort study of first-time mothers. *BMJ Open*, 10(12), e040891. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-040891>

Chisholm, C., Bullock, L. y Ferguson, J. E. (2017). Intimate partner violence and pregnancy: Epidemiology and impact. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 217(2), 141–144. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2017.05.042>

Díez, C., Fontanil, Y., Alonso, Y., Ezama, E., & Gómez, L. E. (2018). Adolescents at serious psychosocial risk: What is the role of additional exposure to violence in the home?. *Journal of Interpersonal Violence*, 33(6), 865-888. Fernández-Álvarez, N., Fontanil, Y., Ezama, E., Martín, Y., Díez, C. y Fernández, R. (2019). Afrontamiento y apego en mujeres víctimas de violencia de género en la pareja. *Mosaico*, 74, 143–159. https://www.researchgate.net/publication/339679533_Afrontamiento_y_apego_en_mujeres_victimizadas_de_Violencia_de_Genero_en_la_Pareja

Fernández Lorenzo, P. y Olza, I. (2020). *Psicología del embarazo*. Síntesis.

Ferdos, J., Rahman, M. M., Jesmin, S. S., Rahman, M. A. y Sasagawa, T. (2018). Association between intimate partner violence during pregnancy and maternal pregnancy complications among recently delivered women in Bangladesh. *Aggressive Behavior*, 44(3), 294–305. <https://doi.org/10.1002/ab.21752>

FitzPatrick, K. M., Brown, S., Hegarty, K., Mensah, F. y Gartland, D. (2020). Physical and emotional intimate partner violence and women's health in the first year after childbirth: An Australian pregnancy cohort study. *Journal of Interpersonal Violence*, 37(3–4), NP2147–NP2176. <https://doi.org/10.1177/0886260520934426>

Fontanil, Y., Alcedo, A., Fernández-Álvarez, N., Ezama, E., & Fernández, R. (2020). *Salidas seguras para mujeres víctimas de violencia de género en la pareja*. KRK Ediciones.

Fontanil, Y., Fernández, N. y Ezama, E. (2024). Los retos de la asistencia sanitaria a las mujeres víctimas de violencia de género. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*, 21(1), 32–50.

Gartland, D., Conway, L. J., Giallo, R., Mensah, F. K., Cook, F., Hegarty, K., Herrman, H., Nicholson, J., Reilly, S., Hiscock, H., Sciberras, E. y Brown, S. J. (2021). Intimate partner violence and child outcomes at age 10: A pregnancy cohort. *Archives of Disease in Childhood*, 106(11), 1066–1074. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2020-320321>

Guest, G., Namey, E. E. y Mitchell, M. L. (2020). *Collecting qualitative data: A field manual for applied research*. SAGE.

Huth-Bocks, A. C., Levendosky, A. A., Theran, S. A. y Bogat, G. A. (2004). The impact of domestic violence on mothers' prenatal representations of their infants. *Infant Mental Health Journal*, 25(1), 79–98. <https://doi.org/10.1002/imhj.10094>

Lannert, B. K., Levendosky, A. A. y Bogat, G. A. (2013). The interaction of maternal personality traits and intimate partner violence as influences on maternal representations. *Infant Mental Health Journal*, 34(3), 222–233. <https://doi.org/10.1002/imhj.21385>

Levendosky, A. A., Bogat, G. A. y Huth-Bocks, A. C. (2011). The influence of domestic violence on the development of the attachment relationship between mother and young child. *Psychoanalytic Psychology*, 28(4), 512–527. <https://doi.org/10.1037/a0024561>

Levendosky, A. A., Lannert, B. y Yalch, M. (2012). The effects of intimate partner violence on women and child survivors: An attachment perspective. *Psychodynamic Psychiatry*, 40(3), 397–433. <https://doi.org/10.1521/pdps.2012.40.3.397>

Lobe, B., Morgan, D. L. y Hoffman, K. A. (2020). Qualitative data collection in an era of social distancing. *International Journal of Qualitative Methods*, 19. <https://doi.org/10.1177/1609406920937875>

McIntosh, J., Tan, E., Levendosky, A. y Holtzworth-Munroe, A. (2019). Mothers' experience of intimate partner violence and subsequent offspring attachment security ages 1–5 years: A meta-analysis. *Trauma, Violence & Abuse*, 22(4), 885–889. <https://doi.org/10.1177/1524838019888560>

Méndez, E. (2020). *Violencia de género en mujeres embarazadas*. Asociación Salud y Familia. <https://saludyfamilia.es/es/publicacions/estudis>

Murray, A. L., Kaiser, D., Valdebenito, S., Hughes, C., Baban, A., Fernando, A. D., Madrid, B., Ward, C. L., Osafo, J., Dunne, M., Sikander, S., Walker, S., Van Thang, V., Tomlinson, M. y Eisner, M. (2020). The intergenerational effects of intimate partner violence in pregnancy: Mediating pathways and implications for prevention. *Trauma, Violence & Abuse*, 21(5), 964–976. <https://doi.org/10.1177/1524838018813563>

Nowell, L. S., Norris, J. M., White, D. E. y Moules, N. J. (2017). Thematic analysis: Striving to meet the trustworthiness criteria. *International Journal of Qualitative Methods*, 16(1), 1–13. <https://doi.org/10.1177/1609406917733847>

Oliveira, D. C., Costa, T. L., Santos, A. M. y Gomes, A. M. T. (2016). Using MAXQDA software for qualitative data analysis: A case study. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(11), 127–134. <https://doi.org/10.12707/RIV15065>

Orr, C., Fisher, C. M., Preen, D. B., Glauert, R. A. y O'Donnell, M. (2020). Exposure to family and domestic violence is associated with increased childhood hospitalisations. *PLOS ONE*, 15(8), e0237251. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0237251>

Román-Gálvez, R. M., Martín-Peláez, S., Fernández-Félix, B. M., Zamora, J., Khan, K. S. y Bueno-Cavanillas, A. (2021). Worldwide prevalence of intimate partner violence in pregnancy: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Public Health*, 9, 738459. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.738459>

Sampieri, R. y Torres, C. P. M. (2018). *Metodología de la investigación* (4ª ed.). McGraw-Hill Interamericana.

Sarkar, N. N. (2008). The impact of intimate partner violence on women's reproductive health and pregnancy outcome. *Journal of Obstetrics and Gynaecology: The Journal of the Institute of Obstetrics and Gynaecology*, 28(3), 266–271. <https://doi.org/10.1080/01443610802042415>

Velasco, M. (2015). *Violencia de pareja durante el embarazo en mujeres que dan a luz en hospitales públicos en Andalucía* [Tesis doctoral, Universidad de Granada]. <https://digibug.ugr.es/handle/10481/40120>