

Violencia de pareja íntima y uso de la atención prenatal: una revisión de alcance de estudios en países de bajos y medianos ingresos

Por Nicholas Metheny y Rob Stephenson

Nicholas Metheny es candidato a doctorado y Rob Stephenson es profesor en el Departamento de Conductas de la Salud y Ciencias Biológicas, Facultad de Enfermería y el Centro para la Sexualidad y el Estudio de las Disparidades de Salud, Universidad de Michigan, Ann Arbor, MI, EE.UU.

CONTEXTO: La violencia de pareja íntima (VPI) se asocia con resultados negativos en la salud física y mental. La atención prenatal puede actuar como un enlace con los servicios de VPI, pero la experiencia de VPI puede estar asociada con un menor uso de la atención prenatal, tema que ha recibido poca atención por parte de los investigadores.

MÉTODOS: Se realizó una revisión de alcance para sintetizar la investigación cuantitativa sobre VPI y el uso de la atención prenatal en entornos de bajos recursos. Se realizaron búsquedas de palabras clave en PubMed y otras bases de datos, así como búsquedas en bola de nieve de listas de referencias para identificar artículos publicados en el período 2005-2015 que medían uno o más tipos de VPI (física, sexual o emocional) o comportamiento de control, y evaluaban la relación de dicho abuso con el uso de la atención prenatal. Para cada artículo identificado se resumieron tanto las características clave como los hallazgos y se evaluó la calidad del estudio.

RESULTADOS: Dieciséis artículos representativos de 10 países de ingresos bajos y medios cumplieron con los criterios de inclusión. La mayoría de los estudios fueron de calidad media a alta pero de bajo rigor, lo cual es reflejo de la abundancia de estudios transversales en la literatura. En los 16 estudios, la VPI se asoció negativamente con el inicio de la atención prenatal, el número de visitas o el hecho de recurrir a un proveedor capacitado. Los análisis revelaron probabilidades de uso de la atención prenatal reducidas entre las mujeres que habían experimentado VPI (razón de probabilidades, 0.5-0.8) y elevadas probabilidades de uso de la atención prenatal entre las mujeres que no habían experimentado VPI o ningún uso entre las mujeres que habían experimentado VPI (1.2-4.1).

CONCLUSIÓN: Las mujeres en entornos de bajos recursos que experimentan VPI tienen menores probabilidades de obtener atención prenatal óptima y pueden beneficiarse de las intervenciones para mitigar los obstáculos a la atención.

*Perspectivas Internacionales en Salud Sexual y Reproductiva, número especial de 2018, pp. 1-9
<https://doi.org/10.1363/SP00118>*

Las estimaciones a nivel mundial sugieren que aproximadamente el 30% de las mujeres en edad reproductiva (15-49) que alguna vez han tenido una relación de pareja reporta haber experimentado violencia física o sexual perpetrada por una pareja íntima masculina.¹ La prevalencia de la violencia de pareja íntima (VPI) autoreportada es particularmente alta en regiones de bajos y medianos ingresos, variando desde el 30% en América Central y América del Sur, hasta cerca del 38% en el Sureste Asiático.¹ Entre las mujeres, la denuncia de la VPI está asociada con una variedad de consecuencias físicas y mentales negativas,²⁻⁷ que incluyen resultados y conductas sexuales y reproductivas. Por ejemplo, las mujeres que han experimentado VPI tienen una alta probabilidad de no estar usando anticonceptivos,⁸⁻¹¹ no aumentan el peso suficiente necesario durante el embarazo¹² y tienen intervalos cortos entre el nacimiento de sus hijos.¹³⁻¹⁵

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha indicado tres vías a través de las cuales la experiencia de VPI

podría determinar los resultados de salud sexual y reproductiva.¹ En la primera, la experiencia de trauma físico o sexual podría conducir directamente a resultados deficientes de salud sexual y reproductiva a través del daño musculoesquelético o de tejidos blandos. En la segunda, la coerción del perpetrador de VPI podría afectar negativamente la salud reproductiva de una mujer al reducir su autonomía. Por ejemplo, el perpetrador podría usar conductas controladoras que limitaran la capacidad de su pareja para obtener servicios médicos o para tomar decisiones reproductivas, como el hecho de usar o no condones u otros anticonceptivos. Una tercera vía plantea que experimentar VPI puede conducir indirectamente a resultados negativos en la salud reproductiva al reducir el deseo de una mujer de obtener servicios médicos; con frecuencia, los problemas de salud mental relacionados con el abuso, como la ansiedad o la depresión, reducen dicho deseo. Estas tres vías podrían conducir a resultados negativos no solo para la víctima, sino también para sus hijos: los niveles de mor-

talidad perinatal y neonatal se elevan en los hijos de mujeres que experimentan VPI.¹⁶⁻¹⁸

Dado que estas vías sugieren que el acceso o el uso reducido de los servicios son mecanismos por los cuales la VPI podría afectar negativamente los resultados de salud sexual y reproductiva, parece razonable pensar que haber experimentado VPI podría limitar el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva durante el embarazo. Sin embargo, la relación entre la experiencia de VPI y el acceso a la atención prenatal ha recibido relativamente poca atención en la bibliografía, a pesar de la evidencia de que el embarazo es un factor de riesgo para la VPI.^{6,19-22} La atención prenatal se refiere a la atención de salud provista a mujeres embarazadas con el propósito de identificar, prevenir y tratar problemas de salud que pudieran surgir en la mujer o el feto durante el embarazo. La OMS recomienda que las mujeres embarazadas en entornos de escasos recursos tengan un mínimo de cuatro visitas de atención prenatal; y que la primera visita se realice durante las primeras 20 semanas de embarazo.²³

Aunque recibir atención prenatal apropiadamente administrada en entornos de escasos recursos se asocia con mejores resultados de salud materna y neonatal,²⁴⁻²⁶ la recepción de atención prenatal dista mucho de ser universal y su calidad varía de manera amplia.²⁷⁻³⁰ En gran parte debido a tales incongruencias en la calidad y disponibilidad de los servicios, varios estudios de gran escala y revisiones sistemáticas no han encontrado asociación entre la atención prenatal y mejores resultados de salud materna o infantil en países de bajos y medianos ingresos.^{29,31,32} Esto ha llevado a debatir acerca de la efectividad de la atención prenatal en estos entornos en la bibliografía científica.³³

Sin embargo, a pesar de la falta de consenso sobre si la atención prenatal afecta o no directamente los resultados de salud materna e infantil en entornos de bajos recursos, ese tipo de atención con frecuencia sirve como un primer punto de entrada al sistema de salud.^{19,34} Permite que la mujer entre en contacto con profesionales de la salud que pueden alentarla para que continúe con la atención prenatal durante el embarazo, educarla sobre los signos de advertencia de complicaciones prenatales e intraparto, así como desarrollar planes para manejar posibles emergencias, en caso de que surjan durante el embarazo o durante el parto.²⁹ Quizás lo más importante es que un creciente acervo bibliográfico demuestra que la recepción de atención prenatal se asocia con la decisión de una mujer de dar a luz con el apoyo de personal capacitado³⁵⁻⁴¹ lo cual, a su vez, se asocia con mejores resultados de salud materna y neonatal.^{27,42,43} Además, la atención prenatal se ha integrado con éxito con otros servicios de salud durante el embarazo, como los servicios para prevenir la transmisión del VIH de madre a hijo⁴⁴⁻⁴⁷ y aquellos que brindan consejería y suplementos nutricionales.⁴⁸⁻⁵⁰ En respuesta a estos éxitos, la OMS se refirió a la integración de la atención prenatal con otras intervenciones de atención de la salud como estrategia clave para mejorar la salud materna e infantil en entornos de escasos recursos.⁵¹

Es probable que muchas mujeres en países de bajos y medianos ingresos experimenten tanto VPI como la subutilización de la atención prenatal. Aunque recibir atención prenatal puede brindar una oportunidad para que las mujeres que experimentan VPI obtengan ayuda, en la práctica las mujeres víctimas de VPI pueden tener un acceso limitado a la atención prenatal. En esta revisión de alcance, examinamos evidencia reciente sobre la relación entre la experiencia de VPI y la recepción de atención prenatal a lo largo de la vida en entornos de escasos recursos; nuestros objetivos fueron sintetizar los hallazgos, resaltar las brechas de investigación y hacer recomendaciones para futuras investigaciones y acciones programáticas.

MÉTODOS

El primer autor realizó una revisión del alcance de la bibliografía utilizando las bases de datos electrónicas *PubMed*, *Scopus*, *CINAHL* y *Global Health*. Además, se llevaron a cabo búsquedas de bola de nieve en las listas de referencias de artículos relevantes. Los artículos fueron elegibles para su inclusión en la revisión si se habían publicado en una revista con revisión por pares en el período 2005-2015; si se enfocaban en un país de ingresos bajos o medianos; si medían la experiencia de VPI física, sexual o emocional (incluidos los comportamientos controladores) y el uso de la atención prenatal; asimismo, si incluían un análisis cuantitativo que analizara la relación entre la VPI y el uso de la atención prenatal. Las búsquedas en *PubMed* se realizaron en septiembre-octubre de 2015 utilizando los siguientes términos *MeSH* (encabezado de tema médico) en inglés: violencia doméstica, mujer maltratada, abuso de cónyuge, mujeres embarazadas, aceptación de la atención médica, actitudes hacia la salud, conocimientos sobre salud, actitudes saludables, prácticas saludables, cumplimiento del paciente, participación del paciente, rechazo del tratamiento y atención prenatal. Además, utilizamos las siguientes palabras clave: violencia doméstica, violencia de pareja íntima, violencia de la pareja, VPI, violencia interpersonal, mujer maltratada, mujeres maltratadas, abuso de pareja, abuso de la esposa, abuso conyugal, violencia contra la mujer, prenatal y antenatal. Los operadores booleanos (es decir, Y, O) se usaron para crear cadenas de búsqueda que incorporaban términos relacionados con la VPI y términos relacionados con la provisión de atención médica; también se buscaron los encabezados anidados bajo cada término *MeSH* para garantizar que todos los términos relevantes fueran utilizados. Esta búsqueda produjo 585 resultados únicos. Con la ayuda de bibliotecarios especializados en ciencias de la salud, esta estrategia de búsqueda se adaptó posteriormente para su uso con las otras tres bases de datos utilizando las mismas palabras clave mencionadas anteriormente; estas búsquedas dieron como resultado 179 artículos adicionales, para un total de 764. Se revisaron los títulos y resúmenes de los artículos para determinar si los artículos cumplían con los criterios de inclusión; cuando fue necesario para determinar la elegibilidad, se revisó el artículo completo.

El primer autor también condujo un análisis cualitativo usando un instrumento validado, la Escala Johns Hopkins de Calificación de Prácticas de Enfermería Basada en la Evidencia;⁵² si la calificación adecuada para la metodología de un artículo en particular no estaba clara, se consultó al segundo autor y los dos autores llegaron a un consenso con respecto a la calificación final. Los artículos se retuvieron en el análisis solo si la fuerza de la evidencia del estudio cumplía con los criterios de la escala de calificación para los niveles I, II o III y la calidad de la evidencia se calificaba como “alta” o “buena”.*

Se resumió y compiló información clave sobre cada estudio –incluido el año de publicación, el país en el que se realizó el estudio, el tamaño de la muestra, la metodología, el tipo de VPI estudiado, la prevalencia de la VPI y las principales barreras para el acceso a la atención prenatal—. Los datos cuantitativos recopilados incluyeron las razones de probabilidad obtenidas de los análisis que evaluaron la relación entre la experiencia de VPI y el uso de la atención prenatal, la significancia estadística de cualquier asociación y, cuando estuvieron disponibles, intervalos de confianza del 95%.

RESULTADOS

La muestra final constó de 16 artículos,^{41,53-67} ocho de los cuales se publicaron en 2014 o 2015 (Apéndice del Cuadro 1). Once de los estudios fueron análisis secundarios, con datos de Encuestas Demográficas y de Salud (n=9), o bien con datos recolectados como parte de proyectos previos (n=2). Cinco de las seis regiones de la OMS estuvieron representadas en las muestras del estudio, así como 10 países: Bangladesh,^{57,64} Brasil,⁶¹ Egipto,⁵⁵ Ghana,⁶⁵ India,^{53,54,58} Kenia,⁵⁶ Malawi,⁶⁰ Nigeria^{41,62,63} Pakistán⁶⁶ y Timor Oriental.^{59,67} Los tamaños de las muestras variaron de 294 a 17,476.

Los tipos de VPI estudiados variaron en los 16 artículos. Los datos recolectados fueron sobre violencia física en 14 estudios, violencia sexual en nueve estudios, abuso emocional en ocho estudios y conducta controladora en tres estudios.† Las escalas usadas para medir la VPI (y, por lo tanto, las definiciones de VPI usadas) también fueron dispares; incluyeron la Escala de Tácticas de Conflicto Revisada,^{61,66} el instrumento del estudio multipaís de la Organización Mundial de la Salud,⁵³ la Encuesta de Historias Reproductivas de Mujeres,⁵⁴ la Encuesta Nacional de Salud Familiar de la India,⁵⁸ cuestionarios de la Encuesta Demográfica y de Salud relacionados con la violencia^{41,55-57,59,60,63,64,67} y encuestas desarrolladas por los investigadores y probadas previamente.^{62,65} Diez de los estudios midieron más de un tipo de VPI; ninguno cuantificó los cuatro tipos (VPI física, sexual y emocional, y conducta controladora), pero ocho midieron tres tipos (generalmente violencia física y sexual y abuso emocional). Los seis estudios restantes se enfocaron ya sea en violencia física (n=4) o en conductas controladoras (n=2). Todos los estudios se basaron en los recuerdos de las participantes en torno a conductas violentas; 13 midieron la prevalencia de la VPI a lo largo de la vida, mientras que tres

CUADRO 1. Razones de probabilidades (e intervalos de confianza del 95%) de estudios que evalúan la posibilidad de que las mujeres que experimentaron violencia de pareja íntima (VPI) obtengan atención prenatal, en comparación con las mujeres que no la han experimentado

Estudio	Tipo de VPI	Escala	Razón de probabilidades
Ahmad et al. ⁵³	Emocional, física y sexual agregadas	Instrumento para estudios multipaís de la OMS	0.65 (0.56–0.76)**
Diop-Sidibe, Campbell y Becker ⁵⁵	Física	EDS	0.54*†
Goo y Harlow ⁶⁶	Física	EDS	0.71 (0.52–0.98)*
Goo y Harlow ⁶⁶	Emocional	EDS	0.60 (0.43–0.84)*
Koski, Stephenson y Koenig ⁵⁸	Física‡	ENSF	0.81 (0.68–0.96)*
Koski, Stephenson y Koenig ⁵⁸	Física‡	ENSF	0.69 (0.54–0.88)*
Ononokpono y Azfredrick ⁶³	Física	EDS	0.72 (0.61–0.85)*
Rahman et al. ⁶⁴	Física	EDS	0.69 (0.53–0.89)**
Rahman et al. ⁶⁴	Sexual	EDS	0.71 (0.50–0.99)*
Rahman et al. ⁶⁴	Física y sexual	EDS	0.71 (0.51–0.99)*
Solanke ⁴¹	Emocional	EDS	0.76 (0.66–0.88)***

*p<.05. **p<.01. ***p<.001. †El artículo no reportó intervalo de confianza. ‡El artículo reportó razones de probabilidad para dos resultados diferentes de atención prenatal (inicio y uso de personal capacitado) asociados con VPI física. Notas: VPI=Violencia de pareja íntima. OMS=Organización Mundial de la Salud. EDS=Encuesta Demográfica y de Salud. ENSF=Encuesta Nacional de Salud Familiar.

midieron la VPI durante un período de tiempo discreto (ej. durante el embarazo).

La prevalencia de violencia física entre las mujeres en las muestras de estudio varió de 20%⁶⁰ a 82%.⁶¹ La prevalencia de violencia sexual a lo largo de la vida varió de 4%⁶⁰ a 35%,⁶⁶ mientras que la de abuso emocional y comportamiento controlador varió de 5%⁵⁴ a 76%.⁶⁶

La medición del uso de la atención prenatal también varió. Cinco estudios evaluaron el inicio de la atención, definida como haber tenido al menos una visita de atención prenatal. Once estudios midieron la calidad de la atención prenatal; en particular, seis examinaron el número total de visitas que las mujeres habían tenido, tres examinaron si las mujeres habían sido atendidas por personal capacitado en atención prenatal (a diferencia de las atendidas por parteras tradicionales o personal sin experiencia) y dos estudios, ambos de Bangladesh, utilizaron ambas medidas. Aunque el número de visitas no es un indicador directo de la calidad de la atención, los estudios utilizaron esta medida con base en que al menos cuatro visitas de atención prenatal son necesarias para lograr una atención prenatal de calidad, criterio que coincide con las directrices de la OMS sobre la provisión de atención prenatal.²³ La mayoría de los artículos citaron barreras importantes para la atención prenatal que enfrenta su población de estudio; ocho mencionaron bajos niveles de autonomía, mientras que las

*En la Escala Johns Hopkins de Calificación de Prácticas de Enfermería Basada en la Evidencia, una calificación de Nivel I se refiere a un estudio experimental aleatorizado controlado; el Nivel II se refiere a estudios cuasi experimentales (ej., estudios de cohorte); y el Nivel III comprende los estudios no experimentales (ej., transversales), el trabajo cualitativo y la meta síntesis.

†Aunque la conducta controladora comúnmente se incluye bajo el marco de la VPI (como un tipo de abuso emocional), los tres estudios mencionados aquí trataron la conducta controladora como una forma separada de abuso, o no examinaron otros tipos de violencia o abuso.

barreras estructurales y una reducida motivación para buscar ayuda fueron mencionadas en cuatro artículos.

Los 16 estudios fueron transversales, lo que excluye las inferencias de causalidad y relega la fortaleza de la evidencia a una calificación de Nivel III en la escala de calidad.⁵² Aunque faltó fuerza a la evidencia, su calidad fue fuerte en general: trece de 16 estudios recibieron una calificación “alta”.

Los 16 estudios encontraron una asociación negativa entre la experiencia de uno o más tipos de VPI y el uso de servicios de atención prenatal. Los estudios cuantificaron esta asociación de varias maneras debido a que difirieron en la elección de los resultados (la recepción de atención prenatal, o bien la falta de dicha atención) y el grupo de referencia (ya sea las mujeres que reportaron VPI como las que no). Para mayor claridad, presentamos los hallazgos del estudio según la direccionalidad de las pruebas estadísticas. En primer lugar, informamos los resultados de los estudios que encontraron que las mujeres tenían reducidas probabilidades de recibir atención prenatal si habían experimentado VPI. A continuación, informamos los resultados de los estudios que encontraron que las mujeres tenían probabilidades elevadas de no recibir atención prenatal si habían experimentado VPI, o altas probabilidades de recibir atención prenatal si no habían experimentado VPI.

En los análisis que utilizaron el primer enfoque (Cuadro 1), las probabilidades de que las mujeres que reportaron

VPI hubieran tenido atención prenatal fueron reducidas, y las razones de probabilidad resultantes variaron desde 0.5 (por la probabilidad de que las mujeres que reportaron violencia física hubieran iniciado la atención prenatal)⁵⁵ hasta 0.8 (por la probabilidad de que las mujeres que reportaron violencia física hubieran recibido atención prenatal de personal capacitado).⁵⁸ En los análisis que utilizaron el segundo enfoque (Cuadro 2), las probabilidades de que las mujeres que no reportaron VPI hubieran tenido atención prenatal (o que las mujeres que reportaron VPI no hubieran recibido dicha atención) fueron elevadas; y las razones de probabilidad resultantes variaron de 1.2 (por la probabilidad de que las mujeres que no reportaron ningún tipo de VPI hubieran tenido cuatro visitas de atención prenatal)⁶² a 5.1 (por la probabilidad de que las mujeres que no reportaron violencia física o abuso emocional hubieran tenido cuatro visitas de atención prenatal).⁶⁵

En todos los estudios, los modelos de regresión se ajustaron según las características demográficas, comúnmente por raza y etnicidad, edad, nivel socioeconómico y nivel educativo. Algunos estudios también realizaron ajustes según la condición de VIH, la edad al casarse, la duración del matrimonio, la paridad y la edad al nacimiento del primer hijo. Los estudios que utilizaron datos de las Encuestas de Demografía y Salud frecuentemente incluyeron índices de autonomía en la toma de decisiones y de justificación de la agresión a la esposa. No se evidenciaron patrones discernibles que sugirieran que la fuerza de las asociaciones era diferente según el tipo de VPI.

CUADRO 2. Razones de probabilidad (e intervalos de confianza del 95%) de estudios que analizaron la probabilidad de que las mujeres que han experimentado VPI no obtendrían atención prenatal en comparación con las mujeres que no la habían experimentado†

Estudio	Tipo(s) de VPI	Escala de VPI	Razón de probabilidades
Allendorf ⁵⁴	Conducta controladora	EHRM	4.05**‡
Haque et al. ⁵⁷	Conducta controladora §	EDS	1.64 (1.17–2.23)*
Haque et al. ⁵⁷	Conducta controladora§	EDS	1.91 (1.42–2.45)*
Meiksin et al. ⁵⁹	Física o sexual	EDS	2.30 (1.1–4.9)*
Mkandawire ⁶⁰	Física, sexual y emocional agregadas	EDS	1.05 (1.02–1.07)††
Moraes, Arana y Reichenheim ⁶¹	Física	ERTC	2.20 (1.10–4.40)*
Omer et al. ⁶²	Física, sexual y emocional agregadas	Desarrollada por investigador	1.24 (1.11–1.38)*
Sipsma et al. ⁶⁵	Física, emocional	Desarrollada por investigador	5.12 (1.32–19.43)*
Taft, Powell y Watson ⁶⁷	Física, sexual y emocional agregadas	EDS	1.76 (1.21–2.55)*
Zakar et al. ⁶⁶	Física severa	ERTC	2.11 (1.23–3.69)***
Zakar et al. ⁶⁶	Sexual	ERTC	1.67 (1.06–2.62)*

*p<.05. **p<.01. ***p<.001. †Algunos estudios presentaron los hallazgos en términos de la probabilidad de que las mujeres que no habían experimentado VPI obtendrían atención prenatal en comparación con las mujeres que sí la habían experimentado. ‡El artículo no reportó intervalo de confianza. § El artículo reportó razones de probabilidad para dos resultados diferentes de atención prenatal (Núm. de visitas y uso de personal capacitado) asociados con conducta controladora. ††Los hallazgos son razones de riesgo más que razones de probabilidad. Notas: VPI=Violencia de pareja íntima. EHRM=Encuesta de Historias Reproductivas de Mujeres. EDS=Encuesta Demográfica y de Salud. ERTC= Escala Revisada de Tácticas de Conflicto.

DISCUSIÓN

Nuestra revisión —que abarcó búsquedas bibliográficas exhaustivas, criterios de inclusión bien definidos y la asistencia de bibliotecarios especializados en ciencias de la salud versados en las mejores prácticas para realizar revisiones del alcance— identificó 16 estudios que examinaron la relación entre la VPI y el uso de la atención prenatal. La mitad de estos estudios se publicaron en 2014 o 2015, lo que sugiere una mayor atención de los investigadores a este tema. Además de coincidir en la direccionalidad y la importancia de la asociación entre la VPI y el uso de la atención prenatal, estos artículos por lo general exploraron las posibles razones para esta asociación. Sus explicaciones típicamente cayeron en una de tres categorías, dos de las cuales rememoran el modelo conceptual de la OMS.

Ocho estudios sugirieron que el bajo nivel de atención prenatal entre las mujeres que habían experimentado violencia probablemente se deba a los bajos niveles de autonomía.^{54–55,57–58,60,64,66–67} Estos estudios se llevaron a cabo en cinco países, lo que sugiere que este problema existe a través de países y culturas. En los estudios que analizaron datos de Encuestas Demográficas y de Salud, la autonomía se midió utilizando índices del poder de decisión sobre el ingreso familiar y la libertad de movimiento,⁵⁷ y se usaron medidas similares en los estudios que utilizaron instrumentos diseñados por los investigadores. Un estudio midió específicamente la dependencia financiera de

las mujeres con respecto a su marido y descubrió que era una barrera importante para obtener atención prenatal.⁶⁶ La mayoría de los ocho estudios relacionó la falta de autonomía de las mujeres no solo con la reducción de las probabilidades de usar la atención prenatal, sino también con la reducción de las probabilidades de obtener atención prenatal de calidad. Específicamente, estos estudios encontraron que las mujeres que habían experimentado VPI tenían más probabilidades que otras mujeres de recibir atención de parteras tradicionales, de familiares y de proveedores de atención prenatal no capacitados. Estos hallazgos respaldan investigaciones previas que sugieren que cuando las mujeres que experimentan VPI no pueden obtener la atención adecuada, es posible que recurran a fuentes alternativas de atención prenatal en lugar de abandonar por completo la búsqueda de atención.⁵⁸ Este escenario está también respaldado por la evidencia de que las mujeres que experimentan VPI y logran obtener atención prenatal, tienen más probabilidades que otras mujeres de obtener atención prenatal suficiente.^{41,55} Por ejemplo, Solanke encontró que, en comparación con las mujeres que no habían sido víctimas de abuso, aquellas que habían experimentado VPI y buscaron atención prenatal tenían 59–74% más de probabilidades de haber tenido cuatro o más visitas de atención prenatal y de haber obtenido atención de proveedores capacitados.⁴¹ Aunque estos hallazgos no se pueden generalizar para todas las poblaciones del estudio, la resiliencia mostrada por estas mujeres víctimas de abuso es excepcional dada la asociación negativa entre la VPI y la atención prenatal y muestra que la obtención de atención prenatal sigue siendo una prioridad para muchas mujeres que experimentan VPI.

Cuatro estudios citaron una reducida motivación para buscar ayuda como barrera potencial a la atención prenatal entre las mujeres que experimentan VPI.^{41,56,63,64} Los cuatro estudios concluyeron que el estrés y la carga emocional asociada con la experiencia de la VPI pueden reducir significativamente el deseo de las mujeres de buscar atención prenatal. La noción de que la VPI afecta negativamente el bienestar psicosocial es prevalente en la bibliografía.^{68–71} El abuso puede resultar en depresión, autoestima reducida y sentimientos de desesperanza e inutilidad;^{72,73} para las mujeres que experimentan estos resultados, el esfuerzo, el tiempo y los recursos necesarios para obtener atención prenatal pueden parecer obstáculos insalvables, especialmente en países con una infraestructura de salud deficiente. El desafío de obtener atención frente a las dificultades psicosociales puede ser particularmente grande para las mujeres cuyo acceso a la atención se ve obstaculizado por largas esperas, largos tiempos de viaje o la necesidad de utilizar múltiples medios de transporte.⁴³ Además, las responsabilidades del hogar, incluido el cuidado de los hijos, pueden ser barreras especialmente grandes para las mujeres que tienen una reducida motivación para buscar ayuda como resultado de haber experimentado VPI.

El tercer constructo que puede ayudar a explicar la asociación negativa entre la VPI y una reducida utilización de

la atención prenatal son las barreras estructurales, que no se incluyen explícitamente en el modelo conceptual de la OMS, pero se mencionaron específicamente en cuatro de los artículos en nuestra revisión.^{53,60,62,66} La justificación social del abuso, la persistencia de las normas patriarcales y el deseo de las familias de mantener su posición social se citaron en estos artículos como barreras a la atención prenatal entre las mujeres que sufren violencia. Omer y sus colegas notaron que un subconjunto de las discusiones del grupo focal que acompañó su encuesta cuantitativa se centró en la noción de que los maridos no permitieron que sus esposas asistieran a citas prenatales porque los hombres temían que las marcas dejadas por el abuso físico contra sus esposas pudiera proyectar una mala imagen de ellos.⁶²

Los cuatro artículos también señalaron que las barreras estructurales son poderosas fuerzas difíciles de superar. Mkandawire atribuyó la asociación negativa entre la VPI y el inicio de la atención prenatal en su estudio casi en su totalidad a la arraigada sociedad patriarcal de Malawi y a las estrictas normas de género.⁶⁰ Zakar y sus colegas señalaron que la atención prenatal en sí misma se desarrolla y proporciona dentro de una sociedad dominada por hombres que limita el acceso de la mujer a la salud reproductiva desde el principio.⁶⁶ Aunque solo cuatro artículos mencionaron específicamente las barreras estructurales, las fuerzas estructurales que sirven para reducir el poder social y la posición de las mujeres están firmemente arraigadas en casi todas las sociedades y pueden haber sido barreras en los otros estudios.^{74–76}

Los resultados de esta revisión del alcance ponen de relieve múltiples puntos de intervención posibles. En zonas donde la VPI está generalizada, la capacitación de parteras tradicionales y de mujeres sin experiencia para proporcionar atención prenatal culturalmente apropiada, que sea sensible a las necesidades de las mujeres que han sufrido VPI u otro trauma, podría ayudar a aumentar la aceptación de la atención prenatal especializada en mujeres que no pueden buscar atención o se sienten incómodas buscándola. Además, las visitas domiciliarias de atención prenatal por parte del personal clínico pueden ayudar a llevar los servicios a mujeres que, debido a que temen ser o son controladas por sus parejas, no tienen la libertad de movimiento necesaria para obtener atención prenatal. También puede ser útil capacitar a los proveedores de servicios en las clínicas para que detecten la VPI y refieran a las mujeres que la están experimentando a servicios de atención prenatal que sean fácilmente accesibles para las mujeres con una autonomía reducida.

Este estudio tiene varias limitaciones. Es posible que no hayamos identificado todos los estudios que cumplieron con nuestros criterios de inclusión. Para obtener la información más actualizada, limitamos nuestra búsqueda a los estudios publicados de 2005 a 2015; por lo tanto, no revisamos los estudios publicados antes de ese período. Además, aunque incluimos en la revisión solo estudios de calidad suficiente, las limitaciones de esos estudios también se aplican a las conclusiones de esta revisión. Esto incluye

el uso de datos transversales en todos los estudios, lo que impide analizar si existe una relación causal entre reportar VPI y recibir atención prenatal. Los periodos de recuerdo y las definiciones de VPI difirieron entre los estudios, lo que nos impidió hacer comparaciones de la prevalencia de VPI; y los datos del estudio pueden haber estado sujetos a un sesgo de recuerdo. Finalmente, debido a las diferencias en la definición y medición de la atención prenatal y la VPI, no pudimos realizar un metaanálisis; dicho análisis habría fundamentado las conclusiones de este estudio.

Conclusión

La evidencia recopilada a través de esta revisión sintetiza la asociación estadística de la VPI con el uso de atención prenatal y apoya dos de las tres vías descritas en el modelo conceptual de la OMS. A pesar de sus diferencias metodológicas, todos estos estudios llegaron a la misma conclusión: la experiencia de VPI se asocia con un uso reducido de la atención prenatal y, por lo tanto, interrumpe un vínculo crucial entre las mujeres embarazadas y su acceso a la atención médica. Debido a que la atención prenatal con frecuencia se integra con otros servicios de salud, esta interrupción puede afectar el acceso de las mujeres a la detección y los servicios de VPI, así como a la atención segura del parto. Esta ruptura de la continuidad en el cuidado de las mujeres que ya están en riesgo de obtener resultados negativos de salud debido a la violencia que experimentan, es un gran motivo de preocupación en materia de salud pública. Si la asociación negativa entre la VPI y el uso de la atención prenatal refleja una relación causal, las barreras tanto conductuales como estructurales pueden necesitar una atención integral. Por ejemplo, las intervenciones multinivel que abordan los correlatos de la VPI a nivel interpersonal y del hogar, así como las normas comunitarias que determinan el uso de la atención prenatal en entornos de bajos recursos, podrían reducir la incidencia de la VPI y mejorar la aceptación de la atención prenatal.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud (OMS), London School of Hygiene and Tropical Medicine y South African Medical Research Council, *Global and Regional Estimates of Violence Against Women: Prevalence and Health Effects of Intimate Partner and Non-Partner Sexual Violence*, Ginebra: OMS, 2013.
2. Winter A y Stephenson R, Intimate partner violence and symptoms of reproductive tract infections among married Indian women, *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 2013, 121(3):218-223.
3. Jewkes R, Intimate partner violence: causes and prevention, *Lancet*, 2002, 359(9315):1423-1429.
4. Campbell J et al., Intimate partner violence and physical health consequences, *Archives of Internal Medicine*, 2002, 162(10):1157-1163.
5. Stephenson R et al., Domestic violence and abortion among rural women in four Indian states, *Violence Against Women*, 2016, 22(13):1642-1658.
6. Stephenson R, Koenig MA y Ahmed S, Domestic violence and symptoms of gynecologic morbidity among women in north India, *International Family Planning Perspectives*, 2006, 32(4):201-208.
7. Garcia-Moreno C et al., *WHO Multi-Country Study on Women's Health and Domestic Violence Against Women*, Ginebra: OMS, 2005.

8. Meiksin R et al., Domestic violence, marital control, and family planning, maternal, and birth outcomes in Timor-Leste, *Maternal and Child Health Journal*, 2015, 19(6):1338-1347.
9. Stewart DE et al., Risk factors and health profiles of recent migrant women who experienced violence associated with pregnancy, *Journal of Women's Health*, 2012, 21(10):1100-1106.
10. Wilson-Williams L et al., Domestic violence and contraceptive use in a rural Indian village, *Violence Against Women*, 2008, 14(10):1181-1198.
11. Stephenson R et al., Domestic violence, contraceptive use, and unwanted pregnancy in rural India, *Studies in Family Planning*, 2008, 39(3):177-186.
12. Beydoun HA et al., Association of physical violence by an intimate partner around the time of pregnancy with inadequate gestational weight gain, *Social Science & Medicine*, 2011, 72(6):867-873.
13. Hung KJ et al., Community-level and individual-level influences of intimate partner violence on birth spacing in Sub-Saharan Africa, *Obstetrics & Gynecology*, 2012, 119(5):975-982.
14. McGuire C y Stephenson R, Community factors influencing birth spacing among married women in Uganda and Zimbabwe, *African Journal of Reproductive Health*, 2015, 19(1):14-24.
15. Pallitto CC y O'Campo P, Community level effects of gender inequality on intimate partner violence and unintended pregnancy in Colombia: testing the feminist perspective, *Social Science & Medicine*, 2005, 60(10):2205-2216.
16. Ahmed S, Koenig MA y Stephenson R, Effects of domestic violence on perinatal and early-childhood mortality: evidence from north India, *American Journal of Public Health*, 2006, 96(8):1423-1428.
17. Alhusen JL et al., Intimate partner violence during pregnancy: maternal and neonatal outcomes, *Journal of Women's Health*, 2015, 24(1):100-106.
18. Koenig MA et al., Domestic violence and early childhood mortality in rural India: evidence from prospective data, *International Journal of Epidemiology*, 2010, 39(3):825-833.
19. Devries KM et al., Intimate partner violence during pregnancy: analysis of prevalence data from 19 countries, *Reproductive Health Matters*, 2010, 18(36):158-170.
20. Martin SL et al., Physical abuse of women before, during, and after pregnancy, *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 2001, 285(12):1581-1584.
21. Naved RT y Persson LÅ, Factors associated with physical spousal abuse of women during pregnancy in Bangladesh, *International Family Planning Perspectives*, 2008, 34(2):71-78.
22. Campbell J, Garcia-Moreno C y Sharps P, Abuse during pregnancy in industrialized and developing countries, *Violence Against Women*, 2004, 10(7):770-789.
23. OMS, *Provision of Effective Antenatal Care*, Ginebra: OMS, 2006, http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/effective_antenatal_care.pdf.
24. Villar J et al., WHO antenatal care randomised trial for the evaluation of a new model of routine antenatal care, *Lancet*, 2001, 357(9268):1551-1564.
25. Munjanja SP, Lindmark G y Nyström L, Randomised controlled trial of a reduced-visits programme of antenatal care in Harare, Zimbabwe, *Lancet*, 1996, 348(9024):364-369.
26. Srinivasan V et al., Randomised controlled field trial of two antenatal care packages in rural south India, *Indian Journal of Medical Research*, 1995, 102(2):86-94.
27. Say L y Raine R, A systematic review of inequalities in the use of maternal health care in developing countries: examining the scale of the problem and the importance of context, *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, 2007, 85(10):812-819.
28. Finlayson K y Downe S, Why do women not use antenatal services in low- and middle-income countries? A meta-synthesis of qualitative studies, *PLoS Medicine*, 2013, 10:e1001373, doi: 10.1371/journal.pmed.1001373.

29. Bhutta ZA et al., Community-based interventions for improving perinatal and neonatal health outcomes in developing countries: a review of the evidence, *Pediatrics*, 2005, 115(Suppl. 2):519–617.
30. Simkhada B et al., Factors affecting the utilization of antenatal care in developing countries: systematic review of the literature, *Journal of Advanced Nursing*, 2008, 61(3):244–260.
31. Carroli G et al., WHO systematic review of randomised controlled trials of routine antenatal care, *Lancet*, 2001, 357(9268):1565–1570.
32. Maine D y Rosenfield A, The Safe Motherhood Initiative: Why has it stalled? *American Journal of Public Health*, 1999, 89(4):480–482.
33. Campbell OM, Graham WJ y The Lancet Maternal Survival Series steering group, Strategies for reducing maternal mortality: getting on with what works, *Lancet*, 2006, 368(9543):1284–1299.
34. Lincetto O et al., Antenatal care, en: Lawn J y Kerber K, eds., *Opportunities for Africa's Newborns: Practical Data, Policy and Programmatic Support for Newborn Care in Africa*, Cape Town, South Africa: Partnership for Maternal, Newborn and Child Health, 2006.
35. Adjiwanou V y Legrand T, Does antenatal care matter in the use of skilled birth attendance in rural Africa: a multi-country analysis, *Social Science & Medicine*, 2013, 86(1):26–34, doi: 10.1016/j.socscimed.2013.02.047.
36. Asres A y Davey G, Factors associated with safe delivery service utilization among women in Sheka zone, southwest Ethiopia, *Maternal and Child Health Journal*, 2015, 19(4):859–867.
37. Bloom SS, Lippeveld T y Wypij D, Does antenatal care make a difference to safe delivery? A study in urban Uttar Pradesh, India, *Health Policy and Planning*, 1999, 14(1):38–48.
38. Pervin J et al., Association of antenatal care with facility delivery and perinatal survival—a population-based study in Bangladesh, *BMC Pregnancy and Childbirth*, 2012, 12:111, doi: 10.1186/1471-2393-12-111.
39. Rahman M et al., Intimate partner violence and use of reproductive health services among married women: evidence from a national Bangladeshi sample, *BMC Public Health*, 2012, 12:913, doi: 10.1186/1471-2458-12-913.
40. Rockers P et al., Source of antenatal care influences facility delivery in rural Tanzania: a population-based study, *Maternal and Child Health Journal*, 2009, 13(6):879–885.
41. Solanke BL, Association between intimate partner violence and utilisation of maternal health services in Nigeria, *Etude de la Population Africaine*, 2014, 28(2):933–945.
42. de Bernis L et al., Skilled attendants for pregnancy, childbirth and postnatal care, *British Medical Bulletin*, 2003, 67(1):39–57.
43. Gabrysch S y Campbell OM, Still too far to walk: literature review of the determinants of delivery service use, *BMC Pregnancy and Childbirth*, 2009, 9:34, doi: 10.1186/1471-2393-9-34.
44. Myer L et al., Pilot programme for the rapid initiation of antiretroviral therapy in pregnancy in Cape Town, South Africa, *AIDS Care*, 2012, 24(8):986–992.
45. Welty TK et al., Integrating prevention of mother-to-child HIV transmission into routine antenatal care: the key to program expansion in Cameroon, *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2005, 40(4):486–493.
46. Creek TL et al., Successful introduction of routine opt-out HIV testing in antenatal care in Botswana, *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2007, 45(1):102–107.
47. Evjen-Olsen B, Olsen ØE y Kvåle G, Achieving progress in maternal and neonatal health through integrated and comprehensive healthcare services—experiences from a programme in northern Tanzania, *International Journal for Equity in Health*, 2009, 8:27, doi: 10.1186/1475-2876-8-27.
48. Victora CG et al., Scaling up maternal nutrition programs to improve birth outcomes: a review of implementation issues, *Food and Nutrition Bulletin*, 2012, 33(Suppl. 2):S6–S26.
49. de Jongh TE et al., Barriers and enablers to integrating maternal and child health services to antenatal care in low and middle income countries, *BJOG*, 2016, 123(4):549–557.
50. Lindegren ML et al., Integration of HIV/AIDS services with maternal, neonatal and child health, nutrition, and family planning services, *Base de datos Cochrane sobre revisiones sistemáticas*, 2012, Edición 9, No. CD010119.
51. Lawn J y Kerber K, eds., *Opportunities for Africa's Newborns: Practical Data, Policy and Programmatic Support for Newborn Care in Africa*, Ciudad del Cabo, Sudáfrica: Partnership for Maternal, Newborn and Child Health, 2006.
52. Newhouse R et al., *The Johns Hopkins Nursing Evidence-Based Practice Model and Guidelines*, Baltimore, MD, EE.UU: Facultad de Enfermería de la Universidad Johns Hopkins, 2005, pp. 197–198.
53. Ahmad J et al., Gender-based violence in rural Uttar Pradesh, India: prevalence and association with reproductive health behaviors, *Journal of Interpersonal Violence*, 2015, 31(19):3111–3128.
54. Allendorf K, The quality of family relationships and use of maternal health-care services in India, *Studies in Family Planning*, 2010, 41(4):263–276.
55. Diop-Sidibe N, Campbell JC y Becker S, Domestic violence against women in Egypt—wife beating and health outcomes, *Social Science & Medicine*, 2006, 62(5):1260–1277.
56. Goo L y Harlow S, Intimate partner violence affects skilled attendance at most recent delivery among women in Kenya, *Maternal and Child Health Journal*, 2012, 16(5):1131–1137.
57. Haque SE et al., Reproductive health care utilization among young mothers in Bangladesh: Does autonomy matter? *Women's Health Issues*, 2012, 22(2):e171–e180, 10.1016/j.whi.2011.08.004.
58. Koski AD, Stephenson R y Koenig MR, Physical violence by partner during pregnancy and use of prenatal care in rural India, *Journal of Health, Population and Nutrition*, 2011, 29(3):245–254.
59. Meiksin R et al., Domestic violence, marital control, and family planning, maternal, and birth outcomes in Timor-Leste, *Maternal and Child Health Journal*, 2015, 19(6):1338–1347.
60. Mkandawire P, Gestational age at first antenatal care visit in Malawi, *Maternal and Child Health Journal*, 2015, 19(11):2366–2374.
61. Moraes CL, Arana FD y Reichenheim ME, Physical intimate partner violence during gestation as a risk factor for low quality of prenatal care, *Revista de Saúde Pública*, 2010, 44(4):667–676.
62. Omer K et al., Seeking evidence to support efforts to increase use of antenatal care: a cross-sectional study in two states of Nigeria, *BMC Pregnancy and Childbirth*, 2014, 14:380, doi: 10.1186/s12884-014-0380-4.
63. Ononokpono DN y Azfredrick EC, Intimate partner violence and the utilization of maternal health care services in Nigeria, *Health Care for Women International*, 2014, 35(7–9):973–989.
64. Rahman M et al., Intimate partner violence and use of reproductive health services among married women: evidence from a national Bangladeshi sample, *BMC Public Health*, 2012, 12:913, doi: 10.1186/1471-2458-12-913.
65. Sipsma H et al., Empowerment and use of antenatal care among women in Ghana: a cross-sectional study, *BMC Pregnancy and Childbirth*, 2014, 14:364, doi: 10.1186/s12884-014-0364-4.
66. Zakar R et al., Intimate partner violence and its association with women's reproductive health in Pakistan, *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 2012, 117(1):10–14.
67. Taft AJ, Powell RL y Watson LF, The impact of violence against women on reproductive health and child mortality in Timor-Leste, *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 2015, 39(2):177–181.
68. Ellsberg M et al., Prevention of violence against women and girls: What does the evidence say? *Lancet*, 2015, 385(9977):1555–1566.
69. Ouellet-Morin I et al., Intimate partner violence and new-onset depression: a longitudinal study of women's childhood and adult histories of abuse, *Depression and Anxiety*, 2015, 32(5):316–324.
70. Rivas C et al., Advocacy interventions to reduce or eliminate violence and promote the physical and psychosocial well-being of

women who experience intimate partner abuse, *Base de datos Cochrane sobre revisiones sistemáticas*, 2015, Edición 12, No. CD005043.

71. Van Parys AS et al., Intimate partner violence and pregnancy: a systematic review of interventions, *PLoS One*, 2014, 9(1):e85084, doi: 10.1371/journal.pone.0085084.

72. Hegarty K et al., Association between depression and abuse by partners of women attending general practice: descriptive, cross sectional survey, 2004, *BMJ*, 328(7440):621-624.

73. Rodriguez MA et al., Intimate partner violence, depression, and PTSD among pregnant Latina women, *Annals of Family Medicine*, 2008, 6(1):44-52.

74. Fladseth K et al., The impact of gender norms on condom use among HIV-positive adults in KwaZulu-Natal, South Africa, *PLoS One*, 2015, 10(4):e0122671, doi: 10.1371/journal.pone.0122671.

75. Jewkes R, Evaluation of interventions to prevent intimate partner violence, en: Thorogood M y Coombes Y, *Evaluating Health Promotion: Practice and Methods*, Oxford, UK: Oxford University Press, 2010.

76. Kagee A et al., Structural barriers to ART adherence in Southern Africa: challenges and potential ways forward, *Global Public Health*, 2011, 6(1):83-97.

Contacto del autor: metheny@umich.edu

Apéndice Cuadro 1. Resumen de estudios incluidos

Artículo	País	Tamaño de la muestra	Tipos y prevalencia de VPI	Escala de VPI usada	Medida de atención prenatal	Principales barreras a la atención prenatal	Nivel de calidad†
Ahmad et al., 2015 ⁵³	India	4,223	Física: 28% Sexual: 6% Emocional: 31% Cualquiera: 37% Durante último embarazo: 47%	Instrumento para estudios multipaíses de la OMS	Inicio	Estructural	IIIA
Allendorf, 2010 ⁵⁴	India	2,444	Conducta controladora: 5% de las mujeres reportó "muchas dificultades" con el esposo	EHRM	Inicio	Autonomía	IIIB
Diop-Sidibe, Campbell y Becker, 2006 ⁵⁵	Egipto	6,556	Física (en la vida): 34% Física (año pasado): 16% Conducta controladora: prevalencia medida pero no reportada	EDS	Inicio	Autonomía	IIIA
Goo y Harlow, 2012 ⁵⁶	Kenia	975	Física: 39% Sexual: 13% Emocional: 21% Cualquiera: 46%	EDS	Uso de proveedor capacitado	Poca motivación para buscar ayuda	IIIA
Haque et al., 2012 ⁵⁷	Bangladesh	1,778	Conducta controladora: 33%	EDS	Núm. de visitas; uso de proveedor capacitado	Autonomía	IIIA
Koski, Stephenson y Koenig, 2011 ⁵⁸	India	2,877	Física (durante el embarazo): 77%	ENSF	Inicio, uso de proveedor capacitado	Autonomía	IIIA
Meiksin et al., 2015 ⁵⁹	Timor-Leste	294	Física o sexual: 41% ≥3 conductas controladoras: 13%	EDS	Núm. de visitas	Autonomía	IIIA
Mkandawire, 2015 ⁶⁰	Malawi	13,588	Física: 20% Sexual: 19% Emocional: 25%	EDS	Inicio	Autonomía, estructural	IIIA
Moraes, Arana y Reichenheim, 2010 ⁶¹	Brasil	528	Física (durante el embarazo): 82%	RCTS	Núm. de visitas	Ninguna señalada	IIIA
Omer et al., 2014 ⁶²	Nigeria	15,429	Física (año pasado): 51% Física (último embarazo): 52%	Desarrollada por investigador	Núm. de visitas	Estructural	IIIB
Ononokpono y Azfredrick, 2014 ⁶³	Nigeria	17,476	Física: 14% Sexual: 4% Emocional: 16% Cualquiera: 33%	EDS	Núm. de visitas	Poca motivación para buscar ayuda	IIIA
Rahman et al., 2012 ⁶⁴	Bangladesh	2,001	Física: 48% Sexual: 19% Ambas: 14%	EDS	Núm. de visitas; uso de proveedor capacitado	Autonomía	IIIA
Sipsma et al., 2014 ⁶⁵	Ghana	418	Física: 4% Emocional: 29%	Desarrollada por investigador	Núm. de visitas	Ninguna señalada	IIIB
Solanke, 2014 ⁴¹	Nigeria	16,763	Física: 16% Sexual: 4% Emocional: 22%	EDS	Uso de proveedor capacitado	Poca motivación para buscar ayuda	IIIA
Taft, Powell y Watson, 2015 ⁶⁷	Timor-Leste	1,959	Física: 34% Sexual o emocional: 11% Cualquiera: 45%	EDS	Núm. de visitas	Poca motivación para buscar ayuda	IIIA
Zakar et al., 2012 ⁶⁶	Pakistán	73	Física: 32% Sexual: 35% Emocional: 76%	ERTC	Inicio	Autonomía, estructural	IIIA

†El nivel indica la fuerza de la evidencia (III=estudio no experimental) y la calidad de la evidencia (A=alta, B=buena). *Notas:* VPI=Violencia de pareja íntima. OMS=Organización Mundial de la Salud. EHRM=Encuesta de Historias Reproductivas de Mujeres. EDS=Encuesta Demográfica y de Salud. ENSF=Encuesta Nacional de Salud Familiar. ERTC= Escala Revisada de Tácticas de Conflicto.