

## Determinantes sociais e violencia de xénero: unha revisión sistemática.

### Determinantes sociales y violencia de género: una revisión sistemática.

### Social determinants and intimate partner violence: a systematic review.

Pantoja Souto, Lucía<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Universidade de Santiago de Compostela.

**Autora para correspondencia:** Lucía Pantoja Souto. Email: [luciapsoutoo@gmail.com](mailto:luciapsoutoo@gmail.com)

#### Resumen

**Título:** Determinantes sociales y violencia de género: una revisión sistemática

**Objetivo:** Identificar los patrones socioeconómicos que aumentan la violencia de género y los perfiles demográficos más vulnerables. Se busca, en definitiva, aportar información para futuras estrategias de intervención comunitaria que reduzcan el número de víctimas.

**Diseño:** Revisión Sistemática.

**Emplazamiento:** Medicina Comunitaria.

**Método:** Se efectuó una búsqueda en bases de datos, siguiendo las guías PRISMA y recogiendo resultados publicados entre 2015 y 2025 que evaluaran la relación entre los Determinantes Sociales de la Salud y la Violencia en la Pareja.

**Resultados** Se incluyeron 15 publicaciones: 3 estudios de cohortes y 12 estudios transversales, evaluando así una población de 67074 europeos y europeas adultos. Los resultados se organizaron en función de cada factor socioeconómico examinado.

**Conclusiones:** La violencia de género es una casuística transversal a todos los países europeos, donde los Determinantes Sociales de la Salud juegan un papel fundamental. Son necesarias futuras investigaciones de carácter longitudinal, preferiblemente colaborativas a nivel internacional, que estudien más a fondo las causas de la violencia en la pareja y las estrategias de prevención idóneas para frenarla.

**Palabras clave:** *Violencia de género, violencia en la pareja, violencia doméstica, determinantes sociales de la salud, factores socioeconómicos, Europa.*

#### Abstract

**Title:** Social determinants and intimate partner violence: a systematic review.

**Objectives:** To identify socioeconomic patterns that increase gender violence and the most vulnerable demographic profiles. This work seeks to provide information for new community-intervention strategies that reduce the number of victims.

**Design:** Systematic Review.

**Site:** Community Medicine.

**Methods:** A search was made in databases, following the PRISMA guides and collecting the results published from 2015 to 2025 which evaluated the relationship between Social Determinants of Health and Intimate Partner Violence.

**Results:** 15 publications were included: 3 cohort studies and 12 transversal studies, finally evaluating a 67074 population of adult Europeans. Results were organized depending on each risk factor examined.

**Conclusions:** Gender violence is a transversal issue to every European country where Social Determinants of Health play a fundamental role. Future longitudinal research, preferably internationally-collaborative, is needed to further investigate the causes of partner violence and appropriate prevention strategies to curb it.

**Keywords:** *Gender-based violence, intimate partner violence, domestic abuse, social determinants of health, socioeconomic factors, Europe.*

## Resumo

**Título:** Determinantes sociais e violencia de xénero: Unha revisión sistemática.

**Obxectivo:** Identificar os patróns socioeconómicos que aumentan a violencia de xénero e os perfís demográficos máis vulnerables. Búscase, en definitiva, aportar información para futuras estratexias de intervención comunitaria que reduzan o número de vítimas.

**Deseño:** Revisión Sistemática.

**Emprazamento:** Medicina Comunitaria.

**Método:** Efectuouse unha busca en bases de datos, seguindo as guías PRISMA e recollendo resultados publicados entre 2015 e 2025 que avaliaran a relación entre os Determinantes Sociais da Saúde e a Violencia na Parella.

**Resultados:** Incluíronse 15 publicacións: 3 estudos de cohortes e 12 estudos transversais, avaliando así unha poboación de 67074 europeos e europeas adultos. Os resultados organizáronse en función de cada factor socioeconómico examinado.

**Conclusións:** A Violencia de Xénero é unha casuística transversal a tódolos países europeos, onde os Determinantes Sociais da Saúde xogan un papel fundamental. Son necesarias futuras investigacións de carácter lonxitudinal, preferiblemente colaborativas a nivel internacional, que estuden máis a fondo as causas da violencia na parella e as estratexias de prevención idóneas para freala.

**Palabras chave:** *Violencia de xénero, violencia na parella, violencia doméstica, determinantes sociais da saúde, factores socioeconómicos, Europa.*

## INTRODUCCIÓN

### VIOLENCIA DE XÉNERO E VIOLENCIA NA PARELLA

A violencia de xénero (VX) defínese como “*todo acto de violencia que resulte, ou poida resultar en dano físico, sexual ou psicolóxico para a muller, incluíndo ameazas, coacción e privación arbitraria de liberdade, tanto se se producen na vida pública como na privada*” (1). A manifestación máis habitual é a violencia na parella (VP), que acontece cando estes actos son perpetrados polo compañeiro sentimental (actual ou dunha relación pasada) da vítima (1,2).

Trátase dun grave problema de saúde pública que prexudica aproximadamente a unha de cada tres mulleres ao longo da súa vida (1). As consecuencias no benestar das afectadas son numerosas e de diversa índole: físicas (traumatismos, lesións), xinecolóxicas (embarazos non desexados, enfermidades de transmisión sexual), obstétricas (abortos espontáneos, prematuridade), psicolóxicas (depresión, trastorno por estrés postraumático) e sociais (illamento, incapacidade), entre outras. Os nenos que conviven en ambientes violentos teñen máis posibilidades, ao chegar a idade adulta, tanto de ser vítimas de maltrato como de perpetralo. A nivel comunitario, a VX repercute nos custos sociais, económicos e sanitarios, alén de supoñer unha gravísima vulneración dos dereitos humanos (1,3).

Existen tres formas principais de exercer VX: física, sexual e psicolóxica (2,4,5):

- Violencia física: Acto intencionado que produza lesión no corpo da muller, utilizando forza física para iso (2,4).
- Violencia sexual: Feito de someter á muller a actos sexuais non consentidos (2,4).
- Violencia psicolóxica: Trátase do tipo máis común dentro da parella (2). Consiste na intimidación a través de abusos verbais, menosprezo ou atribución de culpa á vítima (4). Inclúe tamén a violencia económica, o illamento forzado e a violencia vicaria (4).

O fenómeno da VP acontece de maneira cíclica, escalando de xeito gradual. As agresións mantéñense no tempo sen que a vítima se decate da situación abusiva. Este proceso, chamado o Ciclo da Violencia, foi teorizado por Leonor Walker e consta de tres fases (6):

1. Acumulación da tensión: O agresor aumenta a hostilidade e a belixerancia progresivamente, de maneira imprevisible, pero en episodios illados que ela cre poder controlar (6,7).
2. Explosión ou agresión: Estoupa a violencia e prodúcense os abusos físicos, psicolóxicos ou sexuais cara a muller ou cara os seus fillos. Adoita ser a fase de denuncia (6,7).
3. Reconciliación ou lúa de mel: O agresor pide perdón arrependido e escusa a súa conducta. Adoita ofrecer regalos e afecto para manter a relación, fomentando a idea de cambio e de banalización do episodio (6,7).

A medida que a violencia se afianza, as fases repítense con máis frecuencia, cada vez en intervalos máis curtos, ata acabar reducidas ás de tensión e agresión (6,7). Neste momento, hai un altísimo risco de lesións graves e de morte e as vítimas acostuman buscar axuda (6).

### EPIDEMIOLOXÍA DA VIOLENCIA DE XÉNERO

Na Unión Europea (UE) estimouse, pese a ter un claro obxectivo de erradicación, que en 2021 un terzo das mulleres maiores de idade (uns 50 millóns) foron vítimas de VX (4). Un 31% das europeas recoñeceron ter sufrido violencia física ou sexual na vida adulta. Destas, un 18% testemuñaron malos tratos físicos por parte da súa parella, mentres que a violencia psicolóxica alcanzou un 32% de afectadas (2).

A nivel nacional, a enquisa europea de VX realizada en 2022 estimou que un 12,7% das mulleres españolas de entre 16 e 74 anos sufriron violencia física ou ameazas no fogar, e que un 8,6% daquelas que tiveron parella foron ameazadas pola mesma. Ademais, un 27,8% experimentaron acoso psicolóxico, converténdose, por tanto, na agresión que se produce con maior frecuencia. En total, estímase que un 29,7% de mulleres españolas (aproximadamente 5 millóns) foron vítimas dalgún tipo de abuso doméstico (5).

A percepción social da VX é esencial no cambio cultural que propiciaría maior rede de apoio á vítima, tanto no entorno comunitario como institucional. En España, ata un 88% das afectadas consideran o maltrato doméstico como moi ou bastante frecuente, fronte a un 78,8% das non vítimas. No caso concreto de agresión física ou sexual, aumenta lixeiramente a disparidade, posto que un 39,8% das agredidas enténdena como moi común, mentres que só un 21,6% do resto de mulleres clasifícanas como tal. (5)

A Comisión Europea reflectiu nun informe de 2024 que un 71% do total de mulleres pertencentes á Unión Europea (vítimas ou non), cre que a violencia na parella é moi ou bastante frecuente. Neste estudo, España atópase por debaixo da media, indicando menor recoñecemento do impacto desta problemática (8).

Paralelamente, calcúlase que as mulleres europeas estiman unha prevalencia superior que os varóns: clasifican a VX como común un 78% delas fronte a un 63% dos homes. Así mesmo, un maior nivel de formación asóciase con máis recoñecemento de VX. Un 80% das mulleres con estudos superiores perciben o abuso na parella como común, mentres que entre aquelas con menor nivel de escolarización só o fai o 68% (8).

Tanto na poboación española como na europea obsérvase una diminución da percepción da violencia doméstica por parte das mulleres anciás (5,8).

### DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE E VIOLENCIA DE XÉNERO

As circunstancias nas que a poboación vive, traballa e envellece, e que impactan no seu benestar, constitúen os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) (9,10). Afectan de maneira estrutural ás condicións sanitarias e son os principais responsables das iniquidades na calidade de vida entre as persoas (9,11). A súa orixe política, cultural e económica faíños predicibles e, polo tanto, evitables se se aplican estratexias de prevención axeitadas (10).

As grandes diferenzas nos índices de saúde entre países ricos e pobres (40 anos na esperanza de vida, por exemplo) responden a unha desigual distribución do poder global facilmente identificable (11). Non obstante, no seo de cada nación, a incidencia, tratamento e repercusión das enfermidades varía segundo o grupo diana. En territorios máis desenvolvidos e incluso naqueles países con Estado de Benestar, atópase que factores como o entorno físico, o nivel de emprego ou o grao de integración social condicionan notablemente os ratios de saúde dos cidadáns. Durante as crises globais, estas diferenzas agudízanse (9,11).

A Organización Mundial da Saúde (OMS) formulou directrices relativas aos DSS coa fin de establecer políticas públicas que combatesen a discrepancia nas taxas de enfermidade, mortalidade e disparidade nos estados membros. A pesar de que nos informes oficiais obsérvase certo grao de

mellora, non parece que os obxectivos marcados se vaian a cumprir dentro do prazo acordado (antes de 2040) (9).

En España, o Ministerio de Sanidade promulgou en 2011 a Lei Xeral de Saúde Pública, na que un dos obxectivos principais foi promover programas integrais que reduciran a iniquidade en saúde (9). No último plan de Acción Comunitaria (2025-2027), onde se ultimaron novas estratexias para mellorar a calidade de vida dos cidadáns, propúxose enfocar a análise do benestar das comunidades en función dos DSS, permitindo así a adaptación dos recursos dispoñibles ás necesidades atopadas. Suxeriuse definir os eixos da acción socio-sanitaria (que perfís que requiren atención integrada, cal é o marco de actuación e cales as intervencións e os recursos necesarios), amais de desenvolver unha abordaxe biopsicosocial dos pacientes a nivel individual (12). Para isto, recoméndase realizar unha entrevista que integre estas tres perspectivas (biolóxica, psicolóxica e social) e que fomente a educación en saúde e o uso dos recursos comunitarios. Co obxectivo de reducir a desigualdade, elaborouse tamén un plan para incluír sistematicamente na Historia Clínica Dixital unha serie de condicionantes socio-familiares que inciden no benestar poboacional e que poden axudar a adecuar as ferramentas sanitarias aos diferentes contextos das persoas, creando así unha atención máis xusta e individualizada (10).

Na problemática da VX, as características políticas e sociais da comunidade inflúen enormemente no risco das mulleres de converterse en vítimas. As sociedades con roles de xénero máis ríxidos, que perpetúan a submisión das mulleres e a súa discriminación institucional, propician unha maior aceptación da violencia, un aumento da súa incidencia e un menor acceso aos programas sanitarios ou xudiciais de prevención e axuda. Así mesmo, o baixo nivel económico en xeral e a pobreza feminina en particular, xunto co desemprego, traducen un aumento de vulnerabilidade (1,3,4). Un menor nivel educativo (tanto masculino como feminino) tamén se asocia con maior predisposición a converterse en vítima (1,3-5). Ademais, entre as mulleres migrantes, pertencentes a colectivos marxinais ou residentes en comunidades violentas, as taxas de prevalencia aumentan (3-5). Doutra banda, habitar nun entorno rural, parece un factor protector fronte a maiores densidades de poboación (5).

Entender os DSS coma os pilares fundamentais da saúde pública permite promover cambios sociais que eliminen actitudes discriminatorias e demanden políticas específicas de protección aos colectivos máis afectados. Con estratexias dirixidas, a calidade de vida da poboación melloraría enormemente, reducindo os custos socio-sanitarios e creando un entorno máis seguro para todos (9,11).

## MÉTODOS

Coa fin de realizar unha revisión sistemática minuciosa e reproducible, seguíronse as pautas da declaración PRISMA 2020 (13).

Realizouse unha busca bibliográfica de literatura científica referida á problemática da violencia de xénero en relación cos determinantes sociais da saúde. Para atopar información clara e precisa, formulouse a seguinte pregunta de investigación en formato PICO: “Que impacto teñen os determinantes sociais no risco da poboación europea de sufrir violencia de xénero por parte da súa parella?”.

- P (Poboación a estudo): Poboación europea adulta.
- I (Intervención a avaliar): Exposición a determinantes sociais desfavorables.
- C (Comparación): Non exposición a determinantes sociais desfavorables.
- O (Outcome ou resultado): Presenza de Violencia de Xénero na parella.

Os criterios de inclusión comprenderon: Límites de idioma (castelán, galego e inglés), ano de publicación (2015-2025), poboación (europea adulta) e obxectivo da publicación (determinar as características sociosanitarias da VP).

Excluíronse aquelas publicacións escritas en calquera outra lingua, publicadas hai máis de 10 anos, que analizaran tipos de violencia distinta á de parella ou con poboacións e obxectivos distintos aos de inclusión.

Consultáronse as bases de datos PubMed, Web of Science (WOS) e Scopus. Para aclarar os conceptos introdutorios e epidemiolóxicos, revisáronse as páxinas web da Organización Mundial da Saúde, Eurostat, Junta de Andalucía, Ministerio de Sanidade de España e Comisión Europea, así como a Enquisa Europea de Violencia de Xénero (EEVX) realizada en 2022 polo Ministerio de Igualdade español. As buscas realizáronse no ano 2025.

Para levar a cabo a investigación académica, empregáronse en PubMed os MeSH Terms (Medical Subject Headings). Do mesmo xeito, usáronse os dominios "Topic" para WOS e "TITLE-ABSTRACT-KEY" en Scopus. Todos estes termos combináronse mediante os operadores booleanos "AND" e "OR". Aplicáronse os filtros correspondentes aos criterios de inclusión/exclusión.

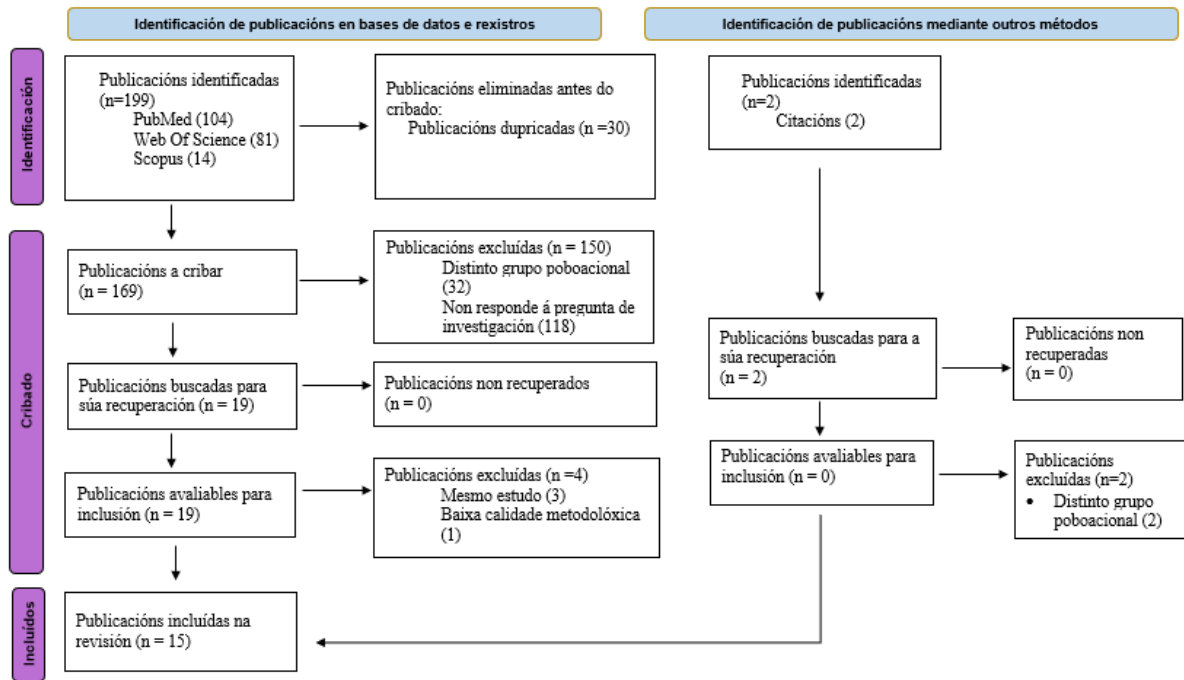
**Táboa 1: Ecuación de busca, filtros aplicados e resultados obtidos en canto a base de datos consultada (29/01/2025). Fonte: Elaboración propia.**

<b>PubMed</b>	("Adult"[MeSH Terms] AND "Europe"[MeSH Terms]) AND ("Social Determinants of Health"[MeSH Terms] OR "Socioeconomic Factors"[MeSH Terms]) AND ("Intimate Partner Violence"[MeSH Terms] OR "Domestic Violence"[MeSH Terms])  Filtros: <i>in the last 10 years, English, Spanish, Adult: 19+ years</i>	104
<b>WOS</b>	(Adult AND Europe) AND (Social determinants of health OR Socioeconomic factors) AND (intimate partner violence OR domestic violence (Topic))  Filtros: <i>Publication Years (2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025)</i>	81
<b>Scopus</b>	(Adult AND Europe) AND (Social determinants of health OR Socioeconomic factors) AND (intimate partner violence OR domestic violence (Topic))  Filtros: <i>PUBYEAR &gt; 2015 AND PUBYEAR &lt; 2025</i>	14

En prol dunha selección rigorosa das publicacións, seguiuuse o diagrama de fluxo da guía PRISMA 2020 (13), representado na figura 1. En primeiro lugar, elimináronse os duplicados. De seguido, fíxose un descarte conforme os criterios de selección previamente expostos, atendendo ao título e ao resumo (abstract). Por último, excluíronse aqueles resultados que, trala súa lectura completa, reiteraban datos. Así mesmo, eliminouse nesta derradeira fase un paper que non acadaba unha precisión metodolóxica axeitada. Para avaliar a calidade dos artigos, seguiuuse o algoritmo que facilita a ferramenta en liña FLC 3.0 (Fichas de Lectura Crítica), desenvolvida polo servizo de saúde do País Vasco (14).

**Figura 1: Diagrama de fluxo. Fonte: Elaboración propia seguindo as guías PRISMA 2020.**

PRISMA 2020 flow diagram for new systematic reviews which included searches of databases, registers and other sources



## RESULTADOS

En total, engadíronse 15 artigos publicados en bases de datos: 3 estudos de cohortes e 12 estudos transversais. Estudouse, así, unha mostra poboacional de 67074 europeos adultos. Na seguinte táboa (táboa 2) procédese a listar o material resultante de todo o proceso de busca.

**Táboa 2: Estudos incluídos na revisión clasificados por autor, título, data de publicación, tipo de estudo e calidade valorada. Fonte: Elaboración propia.**

Autor	Título	Data	Tipo de estudo	Calidade valorada
Ebert, C	<i>Prevalence and risk factors of violence against women and children during COVID-19, Germany.</i> (15)	2021	Transversal	Media
Martinez Galiano, JM	<i>Violencia en mujeres embarazadas por parte de su pareja íntima: factores predisponentes.</i> (16)	2020	Transversal	Media
Muñoz Rivas, MJ	<i>Beyond the Initial Assault: Characterizing Revictimization in Intimate Partner Violence and Its Implications for Women's Health.</i> (17)	2024	Transversal	Alta
Pongthippat, W	<i>Broken dreams of a better life in Sweden: Thai women's lived experiences of intimate partner violence by Swedish men in international marriages.</i> (18)	2018	Transversal	Media

<b>Llano Suárez, A</b>	<i>Gender roles and intimate partner violence among female university students in Spain: A cross-sectional study. (19)</i>	2021	Transversal	Alta
<b>Finnbogadóttir, H</b>	<i>Increasing prevalence and incidence of domestic violence during the pregnancy and one and a half year postpartum, as well as risk factors: a longitudinal cohort study in Southern Sweden. (20)</i>	2016	Cohortes prospectivo	Alta
<b>Aguiar, A</b>	<i>'Sleeping with the enemy': a cross-sectional study on psychological and emotional violence among couples living in Portugal during the COVID-19 pandemic. (21)</i>	2024	Transversal	Media
<b>Radojevic, N</b>	<i>A new tool for identifying risk of repeated intimate partner violence adjusted for the population of Montenegro: a cohort study. (22)</i>	2020	Cohortes prospectivo	Alta
<b>Dias, NG</b>	<i>Contextual determinants of intimate partner violence: a multi-level analysis in six European cities.(23)</i>	2020	Transversal	Alta
<b>Reichel, D</b>	<i>Determinants of Intimate Partner Violence in Europe: The Role of Socioeconomic Status, Inequality, and Partner Behavior. (24)</i>	2017	Transversal	Alta
<b>Sanz Barbero, B</b>	<i>Intimate partner violence among women in Spain: the impact of regional-level male unemployment and income inequality. (25)</i>	2015	Transversal	Alta
<b>Femi Ajao, O</b>	<i>Intimate partner violence and abuse against Nigerian women resident in England, UK: a cross-sectional qualitative study.(26)</i>	2018	Transversal	Media
<b>Yakubovich, AR</b>	<i>Long-term Exposure to Neighborhood Deprivation and Intimate Partner Violence Among Women: A UK Birth Cohort Study. (27)</i>	2020	Cohortes prospectivo	Alta
<b>Ruiz Pérez, I</b>	<i>Intimate partner violence and mental disorders: Co-occurrence and gender differences in a large cross-sectional population based study in Spain.(28)</i>	2018	Transversal	Alta
<b>Ruiz, Pérez, I</b>	<i>How Does Intimate Partner Violence Differ Depending on Level of Rurality of Residential Area in Spain?(29)</i>	2015	Transversal	Alta

Buscando unha organización clara que axilice a comprensión das publicacións incluídas, estas resumíronse en función do país onde se publicaron, do ámbito e poboación mostral e das variables e resultados que aplican ós obxectivos desta revisión. Quedan, desta forma, caracterizadas na táboa 3.

**Táboa 3: Publicacións resumidas por autor, país, ámbito e mostra poboacional, variables a estudo e resultados principais. Fonte: Elaboración propia.**

<b>Autor e país</b>	<b>Ámbito</b>	<b>Mostra</b>	<b>Variables demográficas</b>	<b>Resultados principais</b>
<b>Ebert, C. (15)</b>				
Alemaña	Nacional.	3818 mulleres con parella de entre 18 e 65 anos.	<p>Estado de corentena.</p> <p>Preocupacións financeiras.</p> <p>Trastornos mentais (TM).</p> <p>Convivencia con nenos.</p> <p>Estado civil.</p> <p>Nivel de estudos na muller e na parella.</p> <p>Estatus socioeconómico da unidade familiar (UF).</p>	<p>Un 3,09% comunicaron conflito físico, un 7,67% abuso emocional e un 3,57% relacións sexuais non consentidas.</p> <p>Detectouse maior risco durante a corentena, preocupacións financeiras, mala saúde mental e nenos &lt; 10 anos convivintes.</p> <p>O coñecemento e uso dos servizos de apoio foron baixos.</p>
<b>Martínez Galiano, JM. (16)</b>				
España	Provincial.	141 mulleres que deron a luz na provincia de Xaén.	<p>Situación de emprego da muller e da parella.</p> <p>Tamaño do municipio de residencia.</p> <p>Convivencia con persoas que requiran coidados.</p> <p>Planificación do embarazo.</p> <p>Paridade.</p>	<p>Detectouse un 31,2 % de vítimas de VP durante o embarazo.</p> <p>Un baixo nivel educativo da parella, a convivencia con persoas que requiran coidados, estar solteira, ser múltipara, situación de desemprego da parella, non ter un traballo estable a muller e os embarazos non buscados semellan factores de risco para VP durante o embarazo.</p>

<b>Muñoz Rivas, MJ. (17)</b>	<i>Local.</i>	338 mulleres residentes en Madrid, de entre 18 e 69 anos, vítimas de VP rexistrada polo sistema VioGén e con medidas de protección policiais activas.	País de orixe. Estatus socioeconómico. Nivel de estudos. Situación de emprego. Número de fillos. Diferencia de idade co agresor. Apoio social percibido.	O 84 % das mulleres tiña ingresos inferiores a 1.200 euros mensuais. O 78,7 % dos casos só completaran os estudos secundarios. 1/3 das mulleres estaban desempregadas e no 74 % dos casos tiñan polo menos un fillo. As vítimas mulleres presentaban unha maior probabilidade de ter só os estudos primarios e ingresos mensuais inferiores aos 600 euros. Tamén de estar desempregas e de ter fillos. No 38,5 % dos casos, as mulleres estableceron a relación sentimental cunha parella máis nova ca elas, mentres que no 35,2 % dos casos, a parella era máis vella. Un 62% sentía apoio familiar, un 61.9% de amizades e un 28.4% da veciñanza.
<b>Pongthippat, W. (18)</b>	<i>Nacional.</i>	60 mulleres tailandesas que levasen >5 anos vivindo en Suecia e tiveran polo menos unha relación de parella cun home sueco.	<i>País de orixe.</i>	18 entrevistadas comunicaron ter sufrido violencia física, sexual económica e/ou psicolóxica. Detectouse maior dificultade para buscar axuda nos servizos sociais e maior denuncia a autoridades étnicas.
<b>Llano Suárez, A. (19)</b>	<i>Local.</i>	1005 mulleres universitarias que tiveran unha relación heterosexual de polo menos 1 mes de duración.	<i>Roles de xénero tradicionais na muller e na parella.</i>	Prevalencia dos roles de xénero tradicionais nun 57%. Un 66.3% das enquisadas experimentaron VP. Atopouse asociación significativa entre os roles de xénero e a VP.

			<i>Historia de VP previa.</i>	
			<i>Idade da parella.</i>	
			<i>Paridade.</i>	
			<i>País de orixe.</i>	
			<i>Estado civil.</i>	<i>Detectouse unha prevalencia de VP de 2.5% no embarazo e de 3.3% no posparto.</i>
			<i>Nivel de estudos.</i>	
<b>Finnbogadóttir, H. (20)</b>	<i>Rexional.</i>	<i>1939 mulleres embarazadas que acudiron en servizos de atención prenatal.</i>	<i>Situación de emprego.</i>	<i>A historia previa de violencia é o factor individual máis importante.</i>
Suecia			<i>Preocupacións financeiras.</i>	<i>Estar solteira ou vivir separada e ter síntomas de depresión tamén semellaron ser factores de risco significativos.</i>
			<i>Abuso de sustancias.</i>	
			<i>TM.</i>	
			<i>Planificación do embarazo.</i>	
			<i>Aborto e interrupción voluntaria do embarazo.</i>	
			<i>Área de residencia.</i>	
			<i>Idade.</i>	
			<i>TM.</i>	
			<i>Estado civil.</i>	<i>As enquisadas con ansiedade e depresión tiñan unha maior prevalencia de abuso psicolóxico.</i>
			<i>Nivel de estudos.</i>	
<b>Aguiar, A. (21)</b>	<i>Nacional.</i>	<i>519 mulleres maiores de idade residentes en Portugal durante a Pandemia Covid-19.</i>	<i>Tamaño da UF.</i>	<i>A idade comportouse como factor de risco.</i>
Portugal			<i>Estatus socioeconómico da UF e cambios no mesmo.</i>	<i>A poboación do centro do país presentou máis risco que a que vivía ao norte.</i>
			<i>Situación de emprego.</i>	
			<i>Abuso de sustancias.</i>	
			<i>Preocupacións financeiras.</i>	

<b>Radojevic, N. (22)</b>	Nacional.	328 vítimas de VP con caso rexistrado na policía.	Nivel de estudos de vítima e agresor.	A diferenza de idade demostrou correlación positiva coa VP.
Montenegro			Etnicidade.	
			Estatus socioeconómico.	A baixa educación da vítima, o desemprego do agresor, a diferenza étnica, o baixo nivel socioeconómico, a diferenza dos ingresos, ou abuso de sustancias e a historia criminal do agresor amosaron relación coa presenza de VP.
			Situación de emprego en vítima e agresor.	
			Diferenzas nos ingresos.	
			Abuso de sustancias.	O factor individual máis potente foi a historia previa de violencia física na vítima.
			Historia previa de VP no agresor.	
				Un 62,3 % dos enquisados declarou ter sido vítima de VP o ano anterior.
<b>Dias, NG. (23)</b>	Europeo.	3496 de entre 18 e 64 anos residentes nunha das 6 cidades a estudo.	Características urbanas.	Observáronse diferenzas entre cidades.
Grecia, Hungría, Reino Unido, Suecia, Portugal, Alemaña			Coeficiente GINI (índice de desigualdade poboacional)	O desemprego asociouse coas violencias psicolóxica e física.
				O coeficiente GINI amosou unha asociación positiva con calquera forma de violencia de parella e coacción sexual.
			Nivel de estudos da parella.	
			Estatus socioeconómico da UF.	Atopouse maior presenza de VP en parellas con menor nivel socioeconómico e ingresos desiguais.
<b>Reichel, D. (24)</b>	Europeo.	26404 mulleres con parella	Convivencia con persoas que requiran cuidados.	O comportamento da parella exerce unha forte influencia nas mulleres que denuncian incidentes de VP.
UE			Diferenzas nos ingresos.	
			Abuso de sustancias na parella.	

			<i>Idade. País de orixe.</i>	
			<i>Estatus socioeconómico.</i>	<i>O 12,2 % das enquisadas informou ter sufrido VP.</i>
			<i>Nivel de estudos.</i>	
<b>Sanz Barbero, B. (25)</b>	<i>Nacional.</i>	<i>6972 mulleres que tiveran polo menos 1 parella hai menos de 10 anos.</i>	<i>Exposición a VP na infancia.</i>	<i>A rexión de residencia foi responsable do 25% da variabilidade entre as enquisadas en canto VP.</i>
España			<i>Apoio social percibido.</i>	<i>Maiores taxas de desemprego e de desigualdade en ingresos incrementan a probabilidade de VP. En períodos de recesión económica esta asociación pode traducirse nun incremento da vulnerabilidade das mulleres.</i>
			<i>Rexión (taxa de desemprego prolongado en varóns, coeficiente de Gini e índice DEG -Gender-based economic discrimination-)</i>	
<b>Femi Ajao, O. (26)</b>	<i>Rexional.</i>	<i>6 mulleres nixerianas residentes en Inglaterra con historia de VP.</i>	<i>País de orixe.</i>	<i>Identificáronse tres factores principais en relación á presenza de VP e busca de axuda: socialización no país de orixe, estatus migratorio e culturización no país de acollida.</i>
Reino Unido				
			<i>Tamaño do municipio de residencia.</i>	
			<i>Idade.</i>	
			<i>Estado civil.</i>	<i>Detectouse menor frecuencia de VP en zonas de maior ruralidade.</i>
<b>Ruiz Pérez, I (29)</b>	<i>Nacional.</i>	<i>10322 mulleres de entre 18 e 72 anos que acudiron a Atención Primaria (AP).</i>	<i>País de orixe.</i>	<i>As mulleres de menor ruralidade manifestaron acudir máis aos servizos sanitarios.</i>
España			<i>Nivel de estudos.</i>	
			<i>Estatus socioeconómico da UF.</i>	<i>Non se atoparon diferenzas de prevalencia de VP segundo os factores demográficos en canto ao municipio.</i>
			<i>Apoio social percibido.</i>	
			<i>Número de fillos.</i>	
<b>Yakubovich, AR. (27)</b>	<i>Rexional.</i>	<i>7219 nenas nadas entre 1991 e 1992 no distrito sanitario de Avon.</i>	<i>Estatus socioeconómico</i>	<i>Detectouse que 1 punto de exposición a marxinalidade comunitaria asocia un 62% de aumento na frecuencia de VP e un 36% de aumento no risco.</i>
Reino Unido.				

			<i>Idade.</i>	<i>Un 4.4% dos enquisados padecían trastornos mentais e VP simultaneamente.</i>
			<i>Estado civil.</i>	
			<i>País de orixe.</i>	<i>Os TM, a falta de apoio social, a impulsividade e os antecedentes familiares de TM asociáronse a unha maior probabilidade de VP.</i>
<b>Ruiz Pérez, I. (28)</b>		<i>4507 andaluces de entre 18 e 75 anos.</i>	<i>Nivel de estudos.</i>	
España	<i>Rexional.</i>		<i>Tamaño do municipio.</i>	
			<i>Situación de emprego.</i>	<i>Estar solteira e ser inmigrante asociouse coa coexistencia de VP e TM.</i>
			<i>TM.</i>	
			<i>Apoio social percibido.</i>	<i>A idade avanzada asociouse cunha maior probabilidade de VP.</i>

A maioría dos determinantes sociais avaliados nos estudos seleccionados corresponden ás características individuais da vítima (n=11). Tamén se analizaron factores relacionados co agresor (n=5) e coa UF (n=6), así como as particularidades macroeconómicas do entorno (n=4).

**Táboa 4: Clasificación dos determinantes a estudo en función de que caractericen á vítima, ao agresor, á UF ou ao entorno. Fonte: Elaboración propia.**

<b>Vítima</b>	<b>Agresor</b>	<b>UF</b>	<b>Entorno</b>
Idade	Nivel de estudos	Diferencia de idade	Situación de Corentena
Estado civil	País de orixe	Estatus socioeconómico	Nivel de ruralidade
Nivel de estudos	Situación laboral	Presenza de nenos/ persoas dependentes	Características urbanas
País de orixe/ Etnicidade	Historia de VP	Roles de xénero	Taxa de desigualdade (Coeficiente de GINI, Índice DEG, Índice de desemprego en varóns)
Situación laboral	Abuso de sustancias	Planificación do embarazo	
Historia VP		Aborto e interrupción voluntaria do embarazo	
Abuso de sustancias			
Estatus socioeconómico / Preocupacións financeiras			
Trastorno mental			
Paridade			
Apoio social percibido			

## DISCUSIÓN

Os resultados atopados nesta revisión concordan na asociación dos DSS coa presenza de VP. Pódese concluír, entón, que as características socioeconómicas de tanto as vítimas coma dos agresores compórtanse como factores de risco e que, por tanto, é importante recoñecelas e abordalas de maneira preventiva.

O risco de vitimización das mulleres apareceu relacionado coa súa idade en varias das publicacións que o avaliaron (15,17,21,23,29), o que apunta a que as diferenzas xeracionais inflúen tanto na perpetuación como na aceptación do maltrato. De feito, atopouse que ter unha parella máis nova ou, especialmente, máis vella, aumenta a probabilidade de sufrir VP (17,24). Ademais, semella que o risco de VX aumenta conforme o fai a idade da muller (15,20,21,28,29).

En liña co anterior, o mantemento de roles de xénero tradicionais (submisión e pasividade feminina, dominancia masculina) amosou tamén aumentar a prevalencia de VP (19,24), maiormente neste caso coas variantes psicolóxica e sexual (e en menor medida coa física) (19). A superior correlación da vellez co maltrato físico e verbal, con respecto á violencia psicolóxica (15), xunto coa positiva asociación detectada entre esta última e as actitudes patriarcais en estudantes universitarias (19), suxire, de novo, unha menor identificación do abuso emocional por parte das vítimas pertencentes a xeracións máis antigas, que, ao cumpriren roles conservadores na UF, poden entender a dominancia masculina como normal e sa ata que esta chega ao castigo físico.

Hai discrepancias nos resultados para coa significación dos diferentes estados civís na VP (15,16,20,23,28,29). O estudo que avaliou varias cidades europeas (23) detectou un aumento do risco en mulleres casadas e convivintes coa parella. Porén, outras publicacións (20,29) indicaron o divorcio ou separación como a máis perigosa das situacións maritais, aumentando as probabilidades de VP arredor de 10 veces en todos os núcleos de ruralidade (29). Tamén a non convivencia pareceu incrementar a concorrencia de VP e TM en mulleres (28). Todo isto podería traducir que os intentos de separación dentro do matrimonio e as dificultades para o control directo sobre a muller, aumentan os episodios de abuso.

En canto ó nivel de estudos da vítima, a maioría das publicacións coinciden nunha asociación significativa coa VX (16,17,21–23,29). Conforme as mulleres acadan maior nivel educativo, o risco vinculado decae. Así mesmo, a obtención de títulos tanto superiores como secundarios non amosou un aumento da vulnerabilidade de maneira estatisticamente significativa (15,28). Atopáronse estas relacións en todas as categorías de urbanización (29). Ademais, dúas das investigacións (16,24) concordan en que tamén o grao de formación da parella determina a posibilidade de converterse en agresor. Os resultados revelan, por tanto, a importancia da baixa escolarización como sinal de alerta.

Gran parte dos estudos avaliaron o nivel socioeconómico da UF (15–17,20–22,24,27,29). Da maioría deles, pódese inferir que o estrato social inflúe notablemente na incidencia de violencia (15,17,20,22,25,29), comportándose así como un relevante determinante de risco. A investigación lonxitudinal británica sobre a relación da VP coa residencia en barrios marxinais (27) pon en manifesto a vulnerabilidade das nenas que pasan a súa infancia nunha zona desfavorecida con respecto á probabilidade de que padezan abusos de adultas. No estudo español sobre as diferenzas rexionais da violencia, amosouse unha moi consistente asociación entre pertencer á clase traballadora e acabar sufrindo VX (25). Tamén unha publicación europea detectou maior probabilidade de violencia física neste estrato (23). Ingresos de menos de 1200€ comportáronse como variables de risco en todos os tamaños de localidade (29). Do mesmo xeito, o nivel de renda viuse asociado coa reiteración dos abusos á muller (17).

Un moi importante factor é a diferenza de ingresos entre os conformadores da UF (22,24). Particularmente, parece que un maior soldo da muller aumenta as agresións (24), relacionándose isto co previo punto sobre os roles patriarcais. Cando nunha UF que segue papeis tradicionais, o home non é o provedor principal, a violencia aumenta.

As preocupacións financeiras aparecen relacionadas coa VP en dous estudos (15,24). Nun deles (15), só se vinculan ás ameazas no fogar. Para outros tipos de violencia (15), así como no resto dos resultados (20–22), amosaron non ser estatisticamente significativas.

En relación co estatus socioeconómico, escrutáronse tamén a problemática do emprego (15–17,20–23,28) e da inmigración (17,18,20,22,26,28,29) pois inciden directamente na clase social. A situación

laboral da vítima presentou asociación positiva en tres dos estudos incluídos (16,17,23), mentres que o emprego do agresor en cinco dos mesmos (15,16,22,23,25). Na publicación que avaliou ambos parámetros (16), atopouse maior evidencia estatística para este último. A taxa de desemprego apareceu aumentando o risco de VX a través do continente europeo (23). Así mesmo, o índice de paro específico para varóns españois, viuse vinculado co abuso doméstico (25). A análise (15) identificou unha OR incrementada en canto a ocupación da parella só con relación á violencia verbal (non á física nin á psicolóxica). Outras cinco investigacións (15,20–22,28) non atoparon asociacións significativas para ningunha destas variables.

No que respecta ao país de orixe da vítima, os resultados indican que a nacionalidade estranxeira aumenta o risco de abuso (28,29) en todos os tipos de ruralidade (29). Os artigos que estudaron directamente á poboación inmigrante (18,26) identificaron unha menor proporción de denuncias entre as súas integrantes, resultante da baixa confianza destes grupos nos servizos estatais do país de acollida (18,26) e no medo á deportación e perda de enlace coa sociedade europea tras a separación (18). As diferenzas étnicas dentro das UF tamén demostraron predispoñer á vitimización, multiplicando a súa probabilidade máis de sete veces (22). É importante ter en conta, como se comentou no apartado da idade, as diferenzas culturais en canto a concepción da relación de poder normal dentro da parella (18,26). Cómpre destacar que o país de orixe da vítima non se detectou como un factor de vulnerabilidade para a reincidencia do abuso (17).

A relación entre a taxa de desigualdade salarial e presenza de VP actuou como fortemente significativa nos dous estudos que a avaliaron (23,25). O parámetro compartido foi o Coeficiente de Gini, que representa a desigualdade de riqueza na poboación (25), calculado segundo o Eurostat (23) e o INE (25), respectivamente. Amosouse que canto maior sexa a desproporción nas riquezas, maior é a presenza de VP. Ambos estudos discrepan en canto a influencia do Índice de discriminación económica por xénero (DEG), que mide a diferenza entre a distribución dos ingresos e o PIB (Produto Interior Bruto) per cápita para homes e mulleres (25), pois parece que mentres que a nivel europeo non inflúe (23), si o fai no contexto español (25).

Só unha das publicacións avaliou o impacto da corentena na VP. O confinamento aumentou máis do dobre o risco de violencia física, de ameazas e de control (15). Isto quizais podería relacionarse co aumento da convivencia ou co contexto global de crise.

O estudo español sobre as diferenzas na VP segundo o tamaño do núcleo poboacional (29) atopou unha asociación significativa entre a violencia ao longo da vida e o grao de ruralidade do municipio de residencia, indicando un aumento do risco naquelas mulleres que viven en concellos máis urbanos. O resto dos estudos non achou estas disparidades (16,23,28).

Tanto en España (25) como en Portugal (21) identificáronse diferenzas na prevalencia da violencia segundo a rexión do país. Tamén variou a porcentaxe de vítimas entre distintos estados de Europa (23,24), todo isto cuantificado en función dos índices de desigualdade anteriormente comentados.

Cinco estudos analizaron o impacto do apoio social percibido pola vítima (17,23,25,28,29). Todos eles estimaron unha relación significativa coa VP. A falta de apoio apareceu aumentando a OR na presenza simultánea da VX con TM (28), así como en todos os rangos de ruralidade, inda que maiormente nas cidades (29). Ademais, nos municipios máis grandes, búscase a axuda dos servizos sanitarios e de emerxencia con maior asiduidade (29). Dúas das publicacións determinaron que o núcleo de soporte con maior peso é a amizade (17,25).

Dos catro estudos que estimaron a relación das substancias de abuso coas agresións domésticas (20–22,24), dous determinaron que o seu uso por parte da vítima non supón un incremento da VX (20,21). Non obstante, as outras dúas publicacións si estableceron unha asociación significativa entre que a parella consuma tóxicos e o seu posible papel como agresor (22,24). De feito, a toma de alcol apareceu aumentando en máis de 10 veces o risco de cometer VP (22).

Os TM tamén resultaron significativos nas análises en torno a eles (15,20,21,28). No estudo portugués que comparaba ansiedade e depresión, identificouse maior peso nesta última (21). Tamén viuse unha asociación significativa entre VP e esta patoloxía durante o puerperio (20). No resto das publicacións, parece que calquera trastorno (15,28) ou antecedente familiar (28) predispoñen á vitimización.

Un dos dous estudos centrados en mulleres xestantes (16) amosou que os embarazos non planeados e a paridade da muller relaciónanse con que padeza abusos durante a xestación e no posparto. Pese a iso, outros resultados indicaron que as asociacións non teñen peso estatístico (20). Estes derradeiros achados non recollen tampouco que o aborto ou a interrupción voluntaria do embarazo aumenten a VX.

A convivencia con nenos identificouse como determinante na vulnerabilidade en 6 estudos (15–17,21,24,29). En Alemaña, os fillos menores de 10 anos aumentaron todos os tipos de violencia, mentres que os maiores non influíron de maneira evidente en ningunha (15). En España e Portugal, parece que o número de persoas que forman a UF aumenta proporcionalmente a probabilidade de VP (21,29).

A historia de VP na UF situouse como un importante potenciador das agresións polo mesmo compañeiro sentimental, aumentado o seu risco máis de 15 veces (22). Do mesmo xeito, ter pasado por outras relacións violentas asociouse coa experimentación de maltrato na actual (20). Tamén cobrou importancia o maltrato doméstico sufrido polo agresor na infancia, establecéndose como o máis importante determinante no estudo montenegrino (22). A exposición á VX cometida contra a nai da muller relacionouse con posteriores experiencias de maltrato (25). Pola contra, non o fixo a vitimización materna na familia do agresor (22).

## IMPACTO SANITARIO E ORGANIZATIVO

Nesta revisión plásmanse diversos estudos que indican unha forte asociación entre os DSS e a presenza de VP. A identificación, por parte dos sanitarios, dos perfís vulnerables permite unha detección precoz das mulleres en risco e unha intervención temperá das vítimas. Ademais, axiliza o deseño de planes de prevención e de promoción das ferramentas comunitarias de axuda.

Nos diferentes ámbitos de saúde españois, estanse a crear estratexias de atención integral co obxectivo de mellorar a calidade de vida dos pacientes (12). A nivel estatal, o anteriormente mencionado plan de inclusión de DSS na historia clínica dixital (10), pode facilitar tanto a vixía daquelas mulleres en risco, como o recoñecemento das variables desfavorables existentes nunha comunidade, promovendo a creación de estratexias de intervención axeitadas.

En Galicia, o *Protocolo de coordinación e cooperación institucional fronte á violencia de xénero* (30) reserva un apartado para a acción sanitaria, onde se insta a recoller na Historia Clínica información concreta sobre o contexto socioeconómico das mulleres e realizar consecuentemente unha atención específica para a súa situación particular de violencia de xénero. Nos centros sanitarios de atención ás vítimas de violencia sexual (Vigo, Santiago de Compostela, Ferrol, Lugo e Ourense), realízase protocolariamente unha intervención na área social, que responde ás características da muller como suxeito comunitario (30).

## LIMITACIÓNS E FORTALEZAS

O principal punto forte deste traballo recae na súa calidade de Revisión Sistemática que, ao seguir unha metodoloxía reproducible e rigorosa, minimiza a aparición de nesgos e facilita a síntese da evidencia.

Os estudos incluídos recollen diversos ámbitos poboacionais (dende o local ata o internacional) de diferentes países, o que contribúe á xeneralización dos condicionantes epidemiolóxicos achados.

A selección da poboación europea como obxecto de estudo reduce a heteroxeneidade das distintas formas de vida e coberturas sanitarias a nivel mundial, o que simplifica a identificación dos factores de risco, a adecuación dos recursos comúns e a posta en marcha de políticas sanitarias adaptadas.

Doutra banda, a calidade observacional dos estudos atopados limita o establecemento dunha relación causal directa. Non obstante, o seu conxunto coincide na forte asociación dos determinantes sociais con todos os tipos de violencia de xénero.

Do mesmo xeito, a maior parte das publicacións resultaron ser de metodoloxía transversal e baseadas en enquisas, o que, pese a establecer ferramentas estatísticas que os minimizan, provoca que existan nesgos como o de selección, o de clasificación ou o de información. Así mesmo, a sensibilidade que orixina o tema da VX en xeral e da VP en particular, pode producir nesgos de desexabilidade social ou de cultura.

Nesta revisión non se traballou con instrumentos estatísticos que avaliasen a evidencia dos resultados. Con todo, un método de investigación similar entre o material e o uso dos mesmos parámetros numéricos permitiu comparar as variables.

Por último, 5 estudos posuían unha mostra poboacional de menos de 500 participantes, o que quizais traduza pouca validez externa.

## CONCLUSIÓNS

A violencia de xénero é un importante problema de saúde pública transversal a todos os países europeos.

Os Determinantes Sociais da Saúde xogan un papel fundamental no establecemento e reiteración da violencia.

Reducir a desigualdade ente clases e xéneros, a nivel económico e educativo; promover medidas de protección familiar e de saúde da muller; intervir no consumo de substancias de abuso ou atacar os roles tradicionais de xénero podería reducir a porcentaxe de vítimas de violencia doméstica en Europa.

Son necesarias futuras investigacións de carácter lonxitudinal, preferiblemente colaborativas a nivel internacional, que estuden máis a fondo as causas da violencia na parella e as estratexias de prevención idóneas para freala.

**Conflictos de interese:** Os autores declaran non ter conflitos de interese. Los autores declaran no tener conflictos de interés. The authors declare that they have no conflict of interest.

**Agradecementos:** Moitas grazas aos meus titores, a Dra. Aldecoa e o Dr. Gude, e á Dra. Clavería, pola súa guía e axuda neste proxecto.

## BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. Violence against women [Internet]. [citado 7 de Febreiro de 2025]. Dispoñíbel en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
2. Eurostat. Gender-based violence statistics. Luxemburgo: Publications Office of the European Union; 2024 [citado 11 de Febreiro de 2025]. Dispoñíbel en: [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Gender-based\\_violence\\_statistics](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Gender-based_violence_statistics)
3. Organización Mundial de la Salud. RESPETO a las mujeres: Prevención de la violencia contra las mujeres. Xenebra, Organización Mundial de la Salud, 2019. Dispoñíbel en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/337198/WHO-RHR-18.19-spa.pdf>
4. Ministerio de Sanidad. Violencia contra la mujer y salud. En: Programa de Formación de Formadores/as en Perspectiva de Género en Salud. Módulo 3. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2005. Dispoñíbel en: [https://www.sanidad.gob.es/va/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/04modulo\\_03.pdf](https://www.sanidad.gob.es/va/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/04modulo_03.pdf)
5. Ministerio de Igualdad. Encuesta Europea de Violencia de Género 2022. Madrid: Ministerio de Igualdad; 2023. Dispoñíbel en: <https://violenciagenero.igualdad.gob.es/wp-content/uploads/EEVG.pdf>

6. Ministerio de Sanidad. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género. Madrid: Ministerio de Sanidad, 2012 [citado 23 de Abril de 2025]. Disponible en: <https://violenciagenero.igualdad.gob.es/wp-content/uploads/PSanitarioVG2012.pdf>
7. Instituto Andaluz de la Mujer. Fases del ciclo de la violencia de género [Internet]. Sevilla: Instituto Andaluz de la Mujer, 2021. [citado 23 de Abril de 2025]. Disponible en: <https://ws097.juntadeandalucia.es/ventanilla/index.php/que-es-la-violencia-de-genero/fases-del-ciclo-de-violencia-de-genero>
8. European Commission. Directorate General for Justice and Consumers. Gender stereotypes: violence against women : Eurobarometer report. [Internet]. Luxemburgo: Publications Office of the European Union; 2024 [citado 12 de Febrero de 2025]. Disponible en: <https://data.europa.eu/doi/10.2838/982236>
9. Ruiz Álvarez M, Aginagalde Llorente AH, Del Llano Señarís JE. Los determinantes sociales de la salud en España (2010-2021): una revisión exploratoria de la literatura. *Rev Esp Salud Pública*. 2022; 96.
10. Ministerio de Sanidad. Condicionantes sociales y del contexto familiar que sería recomendable incluir en la Historia de Salud Digital. Madrid, 2023. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/entornosSaludables/saludComunitaria/documentosTecnicos/docs/condicionantesSocialesycontextofamiliar.pdf>
11. Organización Mundial de la Salud. Informe de la Secretaría: Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud de la OMS 62ª Asamblea Mundial de la Salud; Xenebra: 2009. Disponible en: [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/a62/a62\\_9-sp.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/a62/a62_9-sp.pdf)
12. Paloma CT. Plan de acción de Atención Primaria y Comunitaria 2025-2027. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2024. Disponible en: [https://www.sanidad.gob.es/areas/atencionPrimaria/docs/PLAN\\_DE\\_ACCION\\_DE\\_ATENCION\\_PRIMARIA\\_Y\\_COMUNITARIA\\_2025-2027.pdf](https://www.sanidad.gob.es/areas/atencionPrimaria/docs/PLAN_DE_ACCION_DE_ATENCION_PRIMARIA_Y_COMUNITARIA_2025-2027.pdf)
13. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. Declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. *Rev Esp Cardiol*. Setembro de 2021;74(9):790–9.
14. López de Argumedo M, Reviriego E, Gutiérrez A, Bayón JC. Actualización del Sistema de Trabajo Compartido para Revisiones Sistemáticas de la Evidencia Científica y Lectura Crítica (Plataforma FLC 3.0). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco; 2017. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: OSTEBA.
15. Ebert C, Steinert JI. Prevalence and risk factors of violence against women and children during COVID-19, Germany. *Bull World Health Organ*. 1 de Xuño de 2021;99(6):429–38.
16. Martínez-Galiano JM. Violencia en mujeres embarazadas por parte de su pareja íntima: factores predisponentes.
17. Muñoz-Rivas MJ, Ronzón-Tirado R, López-Ossorio JJ, Redondo N. Beyond the Initial Assault: Characterizing Revictimization in Intimate Partner Violence and Its Implications for Women’s Health. *Psychosoc Interv*. 1 de Maio de 2024;33(2):65–72.
18. Pongthippat W, Darvishpour M, Kijssomporn J, Östlund G. Broken dreams of a better life in Sweden: Thai women’s lived experiences of intimate partner violence by Swedish men in international marriages. *Glob Health Action*. Xaneiro de 2018;11(1):1496889.
19. Llano-Suárez A, Lana A, Gasch-Gallén Á, Fernández-Feito A. Gender roles and intimate partner violence among female university students in Spain: A cross-sectional study. Munro-Kramer ML, editor. *PLOS ONE*. 11 de Novembro de 2021;16(11):e0259839.
20. Finnbogadóttir H, Dykes AK. Increasing prevalence and incidence of domestic violence during the pregnancy and one and a half year postpartum, as well as risk factors: -a longitudinal cohort study in Southern Sweden. *BMC Pregnancy Childbirth*. Decembro de 2016;16(1):327.
21. Aguiar A, Santos Cordeiro D, Gaio R, Soares S, Vieira M, Pinto M, et al. ‘Sleeping with the enemy’: a cross-sectional study on psychological and emotional violence among couples living in Portugal during the COVID-19 pandemic. *J Public Health*. 1 de Decembro de 2024;46(4):e642–53.
22. Radojevic N, Vukcevic B, Begic S, Stankovic DV, Subramanian SV. A new tool for identifying risk of repeated intimate partner violence adjusted for the population of Montenegro: a cohort study. *Int J Legal Med*. Xullo de 2020;134(4):1511–8.
23. Dias NG, Fraga S, Soares J, Hatzidimitriadou E, Ioannidi-Kapolou E, Lindert J, et al. Contextual determinants of intimate partner violence: a multi-level analysis in six European cities. *Int J Public Health*. Decembro de 2020;65(9):1669–79.

24. Reichel D. Determinants of Intimate Partner Violence in Europe: The Role of Socioeconomic Status, Inequality, and Partner Behavior. *J Interpers Violence*. Xuño de 2017;32(12):1853–73.
25. Sanz-Barbero B, Vives-Cases C, Otero-García L, Muntaner C, Torrubiano-Domínguez J, O'Campo YP. Intimate partner violence among women in Spain: the impact of regional-level male unemployment and income inequality. *Eur J Public Health*. Decembro de 2015;25(6):1105–11.
26. Femi-Ajao O. Intimate partner violence and abuse against Nigerian women resident in England, UK: a cross-sectional qualitative study. *BMC Womens Health*. Decembro de 2018;18(1):123.
27. Yakubovich AR, Heron J, Feder G, Fraser A, Humphreys DK. Long-term Exposure to Neighborhood Deprivation and Intimate Partner Violence Among Women: A UK Birth Cohort Study. *Epidemiology*. Marzo de 2020;31(2):272–81.
28. Ruiz-Pérez I, Rodríguez-Barranco M, Cervilla JA, Ricci-Cabello I. Intimate partner violence and mental disorders: Co-occurrence and gender differences in a large cross-sectional population based study in Spain. *J Affect Disord*. Marzo de 2018;229:69–78.
29. Ruiz-Perez I, Vives-Cases C, Escriba-Aguir V, Rodriguez-Barranco M, Nevot-Cordero A. How Does Intimate Partner Violence Differ Depending on Level of Rurality of Residential Area in Spain? *Health Soc Work*. 1 de Maio de 2015;40(2):108–19.
30. Xunta de Galicia. Protocolo de coordinación e cooperación institucional fronte á violencia de xénero na Comunidade Autónoma de Galicia. Santiago de Compostela: Secretaría Xeral de Igualdade, Xunta de Galicia; 2018. Dispoñíbel en:  
[https://igualdade.xunta.gal/sites/default/files/files/documentos/protocolo\\_coordinacion\\_e\\_cooperacion\\_interinsti\\_tucional\\_violencia\\_de\\_xenero.pdf](https://igualdade.xunta.gal/sites/default/files/files/documentos/protocolo_coordinacion_e_cooperacion_interinsti_tucional_violencia_de_xenero.pdf)

## PUNTOS CLAVE

- *A Violencia de Xénero é un importante problema de saúde pública que afecta a todos os países europeos.*
- *Os Determinantes Sociais da Saúde xogan un papel fundamental e, por tanto, actuar en torno a eles podería reducir a prevalencia.*
- *A identificación, por parte dos sanitarios, dos perfís vulnerables permite unha detección precoz das mulleres en risco e unha intervención temperá das vítimas.*