



VIOLENCIA DE GÉNERO EN EL EMBARAZO

GENDER-BASED VIOLENCE DURING PREGNANCY



Autora: Gema Castro Renero

Directora: Virginia María Terán Rodríguez

Trabajo de Fin de Grado Junio 2017

Grado en Enfermería

Escuela Universitaria "Casa Salud de Valdecilla"



ÍNDICE

RESUMEN	2
ABSTRACT	2
INTRODUCCIÓN	3
Objetivos	4
Descripción de los capítulos	4
Justificación	4
Estrategias de búsqueda	5
CAPÍTULO 1. GENERALIDADES SOBRE LA VIOLENCIA DE GÉNERO	6
1.1. Definición	6
1.2. Tipos de violencia de género	6
1.3. Teoría del ciclo de la violencia de género	7
1.4. Figura del maltratador y de la mujer maltratada	8
1.5. Marco institucional y legal	11
CAPÍTULO 2. VIOLENCIA DE GÉNERO EN EL EMBARAZO	12
2.1. Definición	12
2.2. Causas	12
2.3. Factores de riesgo	13
2.4. Consecuencias para la salud	14
2.4.1. En la mujer	14
2.4.2. En el feto	16
2.4.3. En el futuro hijo	17
2.5. Prevalencia	17
CAPÍTULO 3. EL PERSONAL SANITARIO ANTE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN EL EMBARAZO ..	20
3.1. Detección y prevención	20
3.1.1. Prevención primaria	21
3.1.2. Prevención secundaria	21
3.1.3. Prevención terciaria	26
3.2. Violencia de género en el embarazo y el personal de enfermería	27
CONCLUSIONES	29
BIBLIOGRAFÍA	30
ANEXOS	38

RESUMEN

La violencia de género es manifestada como el símbolo más grave y extremo de desigualdad entre hombres y mujeres que existe en nuestra sociedad. Se trata de un importante problema social y de salud pública que atenta contra los derechos humanos y ocasiona graves repercusiones en el bienestar y en la salud de las mujeres de todo el mundo.

La violencia puede aparecer a lo largo de todas las etapas de la vida de las mujeres, sin embargo, existen situaciones de mayor vulnerabilidad como es la gestación. El maltrato durante el embarazo provoca una alta tasa de morbilidad y mortalidad no sólo de las mujeres gestantes, sino también del futuro hijo que se está desarrollando en su interior.

Las mujeres gestantes mantienen un contacto frecuente con el personal sanitario, por lo que el embarazo es un período oportuno y de extrema importancia para poder proporcionar una adecuada atención prenatal y detectar y prevenir casos de maltrato. La formación y sensibilización de los profesionales que atienden a mujeres embarazadas resultan unas de las estrategias fundamentales en la lucha contra la violencia de género durante la gestación.

Palabras clave: *Violencia de género, Embarazo, Personal sanitario, Enfermería.*

ABSTRACT

Gender-based violence is represents the most serious and extreme behaviour of gender inequality that affects our society nowadays. It is a major social and public health problem and an outrage against human rights. Consequently, it has severe impacts on the well-being and physical and psychological health of millions of women around the world.

Violence against women can occur throughout all stages of life. However, there are situations of great vulnerability, such as pregnancy. Abuse during pregnancy causes a high rate of morbidity and mortality, not only for pregnant women, but also for the preborn children inside their wombs.

Pregnant women maintain frequent contact with healthcare providers. So, pregnancy is a very important period to detect and prevent situations of abuse. Specialists working with pregnant women should have some kind of training to be fully aware of this issue. This is also one of the fundamental strategies in the fight against gender-based violence during gestation.

Key words: *Gender-based violence, Pregnancy, Healthcare provider, Nursing.*

INTRODUCCIÓN

Para hacer mención a la violencia de género durante el embarazo, previamente es necesario hablar sobre la violencia de género como concepto general. Hablamos de violencia de género refiriéndonos a un problema de primera magnitud, manifestado a través de la discriminación y violación de los derechos humanos de la mujer, que precisa de una intervención integral desde todas las esferas (1).

Este fenómeno ha permanecido oculto e invisible para la sociedad durante muchos años por estar confinado al ámbito privado. En la Conferencia Mundial del Decenio de las Naciones Unidas de 1980 se afirma que la violencia contra las mujeres es *“el crimen encubierto más frecuente del mundo”* (2).

La violencia contra la mujer logró sobrepasar la esfera de lo privado y conceptualizarse como un problema público gracias a la labor de las organizaciones y movimientos de mujeres en todo el mundo. La interacción entre la defensa de los derechos de la mujer y las iniciativas de las Naciones Unidas han sido el motor impulsor de la definición de la violencia contra la mujer como cuestión de derechos humanos en el programa internacional (1).

Las raíces de la violencia de género, provenientes del contexto histórico, están arraigadas en la desigualdad de poder entre hombres y mujeres y basadas en un sistema de creencias sexistas que apoyan los estereotipos de género y la subordinación de la mujer al género masculino hegemónico (1).

Dada la existencia de numerosos mitos sobre la violencia de género en el imaginario social, resulta pertinente dar visibilidad y demostrar la realidad de los problemas ocultos. Una de las posibles suposiciones y creencias es la inexistencia de violencia de género en la mujer gestante, o bien, la interrupción y pausa del maltrato cuando la mujer queda embarazada, siendo víctima previamente (3).

Resulta paradójica la vinculación entre violencia de género y embarazo por ser éste fruto de deseo y amor entre la pareja, sin embargo, las investigaciones muestran una realidad totalmente diferente. Por diversas razones, existe una exacerbación de la violencia hacia la mujer durante el embarazo, suponiendo un doble riesgo vital ya que pone en peligro la salud de la madre y la del bebé que está esperando (3).

La violencia de género en el embarazo comenzó a ser estudiada a finales de la década de los setenta y principios de la de los ochenta, principalmente en países desarrollados como EEUU y Canadá (4).

El embarazo es una etapa natural de la vida, un periodo único y particular en el que la mujer experimenta grandes cambios físicos y psíquicos. Ser madre constituye una nueva experiencia interior y durante los nueve meses aparecen períodos de euforia y placer, con expectativas positivas y llenas de felicidad por la espera de su hijo. Por otro lado, también aparecen períodos de preocupación y duda por la inseguridad de no saber afrontar el rol como madre y enfrentarse al desafío de la maternidad. La mujer embarazada se siente más frágil, susceptible y vulnerable, experimenta altibajos emocionales y precisa de un mayor apoyo emocional. Esta situación de la mujer durante la gestación puede acentuar indirectamente conductas de dependencia y sumisión en las que el hombre refuerza su rol dominante, incitando situaciones de conflicto que pueden concluir en violencia de género (5).

Es precisa una sensibilización y formación del personal sanitario para conseguir una implicación activa en la ejecución de intervenciones de prevención, detección y abordaje de este problema que cada vez es más acuciante a nivel social, y por ende, sanitario (3).

❖ OBJETIVOS

Objetivo general

Profundizar en el conocimiento sobre la violencia de género en el embarazo, insistiendo en la importancia de una intervención precoz para evitar y/o disminuir las consecuencias que se puedan generar en la madre y en el feto.

Objetivos específicos

- I. Describir los conceptos generales de violencia de género.
- II. Determinar los factores relacionados con la aparición de la violencia de género en el embarazo.
- III. Analizar las consecuencias en la salud de las mujeres embarazadas y en la del feto.
- IV. Identificar la prevalencia según distintos estudios.
- V. Desarrollar las estrategias de prevención y detección precoz dirigidas al personal sanitario.
- VI. Describir la importancia de las intervenciones de actuación desde el ámbito de enfermería para su abordaje.

❖ DESCRIPCIÓN DE LOS CAPÍTULO

El trabajo consta de tres capítulos, cada uno subdividido en diferentes apartados:

En el *primer capítulo* se describe el marco teórico general sobre la violencia de género. Se incluye el perfil del agresor y la víctima y se expone el marco legislativo aludiendo al ámbito sanitario, el cual compete al personal de enfermería.

En el *segundo capítulo* se trata y se profundiza sobre la violencia de género en mujeres gestantes. Se desarrollan las características particulares de la violencia que acaecen en esta etapa, describiendo las consecuencias sobre la mujer y el feto, y se concluye con datos epidemiológicos.

Finalmente, en el *tercer capítulo* se hace mención sobre la importancia de la atención sanitaria acerca de la violencia de género a las mujeres durante el embarazo y se desarrollan estrategias de prevención, detección e intervenciones desde el ámbito sanitario, haciendo especial hincapié en el personal de enfermería.

❖ JUSTIFICACIÓN

El tema escogido para el desarrollo del trabajo es la violencia de género en el embarazo. Resulta frecuente escuchar noticias sobre la violencia de género en los medios de comunicación e incluso es posible llegar a presenciar y ser testigo de algún caso a lo largo de nuestra vida pero ¿qué ocurre cuando la víctima está embarazada? Existen multitud de estudios sobre la violencia de género conyugal, sin embargo, la violencia de género en el contexto del embarazo está menos investigada siendo un tema relevante que debe estar en conocimiento de la sociedad ya que supone consecuencias devastadoras tanto para la madre como para el futuro hijo.

❖ ESTRATEGIAS DE BÚSQUEDA

Este trabajo se ha llevado a cabo tras realizar una revisión bibliográfica en bases de datos tanto electrónicas como manuales, seleccionando e incluyendo en la bibliografía aquellas publicaciones que han aportado información útil y relevante para alcanzar los objetivos planteados. Tras finalizar la búsqueda bibliográfica, se ha mantenido un orden para su redacción.

Las bases de datos consultadas para la estrategia de búsqueda de artículos científicos son las siguientes: PubMed, Dialnet, Aranzazi, Web of Science, Google Académico y Scielo.

Sumada a la búsqueda citada anteriormente, se ha buscado información en páginas webs de organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización de las Naciones Unidas (ONU), nacionales como el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y el Boletín Oficial del Estado (BOE) y finalmente, autonómicos como la Consejería de Sanidad de Cantabria, Institut Català de la Salut, Servizo Galego de Saúde, Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública de la Generalitat Valenciana, Servicio Canario de Salud y Portal de la Salud de la Junta de Castilla y León.

Como bases de datos manuales, se han empleado guías proporcionadas por distintas entidades públicas a las que se ha acudido para solicitar información, siendo el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y el Centro de Igualdad de Santander.

Finalmente, se ha contado con la colaboración y apoyo de distintos profesionales implicados en el tema a presentar, con quienes se ha contactado de manera personal:

- Carolina Revuelta, psicóloga clínica del Centro de Igualdad de Santander dependiente de la Concejalía de Familia y Servicios Sociales del Ayuntamiento de Santander.
- Casilda Velasco, presidenta de la Asociación Andaluza de Matronas, autora de la tesis doctoral “Violencia de Género en el Embarazo” y miembro del nuevo proyecto de investigación “Análisis de la violencia de género en mujeres embarazadas que asisten a centros de atención primaria en Andalucía”.
- Mar Sánchez Movellán, jefa de sección de los programas de salud de la mujer, dependiente de la Consejería de Sanidad de Cantabria.
- Belén Illera, presidenta de la Asociación RedMadre de Burgos.

Se han empleado 74 artículos publicados principalmente entre el año 2008 y 2017 a excepción de algunos que son más antiguos, pero contaban con estudios e información relevante. Se han incluido artículos en castellano, inglés, catalán y gallego sin imponer ningún requisito en el idioma. Muchos de los artículos seleccionados son en inglés debido a la escasez de información en España sobre el tema a presentar. Los criterios de exclusión de la búsqueda bibliográfica han sido la dificultad de acceso a ciertas publicaciones por requerir un coste económico, así como la carencia de validez de la información.

La referenciación bibliográfica se ha realizado mediante el sistema Vancouver.

Las palabras claves empleadas para la búsqueda están incluidas en los Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS) y en el Medical Subject Headings (MeSH). La búsqueda ha sido limitada con los booleanos AND, OR y NOT:

- *Violencia de género / Gender-based violence.*
- *Embarazo / Pregnancy.*
- *Personal Sanitario / Healthcare provider.*
- *Enfermería / Nursing.*

CAPÍTULO 1. GENERALIDADES SOBRE LA VIOLENCIA DE GÉNERO

1.1. DEFINICIÓN

La Organización de las Naciones Unidas aprueba en 1993 la Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer y define la violencia de género como (6):

«Todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada» (6).

1.2. TIPOS DE VIOLENCIA DE GÉNERO

La violencia de género puede adoptar diferentes manifestaciones en función de los actos cometidos por el agresor.

❖ Violencia física

Comprende cualquier acción deliberada que implique el uso de la fuerza contra el cuerpo de una mujer con el riesgo o resultado de provocar lesiones físicas, daño o dolor en la víctima. En muchos casos, además de los actos agresivos, se utilizan armas blancas y objetos contundentes (7,8).

Las conductas de maltrato físico más frecuentes son golpear (puñetazos y patadas), abofetear, morder, pinchar, pellizcar, tirar del pelo, escupir, empujar, tirar objetos con violencia, estrangular, quemar e incluso matar (7,8).

❖ Violencia sexual

Cualquier conducta que implique un acto de naturaleza sexual forzada contra la voluntad de la mujer a través de la fuerza o la intimidación, con independencia de que el agresor guarde o no relación conyugal, de pareja, afectiva o de parentesco con la misma (7,8).

Los *abusos sexuales* comprenden también cualquier atentado contra la libertad sexual de otra persona, pero realizado sin violencia ni intimidación, aunque siempre sin que medie el consentimiento de dicha persona (7,8).

❖ Violencia psicológica

Conducta intencionada y prolongada que atenta contra la integridad psíquica y emocional de la mujer y contra su dignidad, provocando en la víctima una desvalorización o sufrimiento. Sus manifestaciones son: intimidación y amenazas, insultos y gritos, crítica demoledora, burlas y menosprecio de la persona, chantaje, manipulación y culpabilización, control de labores del hogar y tiempo libre, persecución y vigilancia constante o restringir la libertad de la pareja o expareja recurriendo al miedo o la violencia (7,8).

Este tipo de violencia es más difícil de demostrar ya que no es tan visible como la física o sexual y a menudo ocurre que la víctima no lo percibe como violencia psicológica, sino como rasgos característicos de la personalidad del agresor (7,8).

❖ Violencia económica

Consiste en la restricción y control injustificado de manera estricta de los recursos que proporcionen el bienestar físico o psicológico de la mujer o la discriminación en la posesión de los recursos compartidos en el ámbito de pareja. Manifestaciones comunes de violencia económica por parte del hombre son (9):

-Impedir a la víctima el acceso al manejo de sus propios ingresos, impedir manejar un presupuesto, manejo autónomo del agresor de los recursos económicos de ambos sin consultar con la mujer, retención de tarjetas de crédito o descalificar a la mujer como gestora del dinero (9).

Por otra parte, el agresor puede adoptar conductas totalmente opuestas. Son denominadas de la siguiente manera (10):

-Activas: imponer a la mujer que trabaje para mantener el hogar y los gastos del agresor, gastarse el dinero de ella u obligar a la mujer a pedir créditos de los que él luego no se responsabilizará (10).

-Pasivas: impedir trabajar a la mujer, por lo que la hace dependiente de él. Estas conductas son justificadas por el agresor tratando de hacer creer a la mujer que son con un fin beneficioso para ella: *“Lo hago porque quiero que tú no te canses”*, *“Lo hago para tenerte como una reina”* (10).

❖ Violencia social

Cualquier conducta en la que el agresor intenta separar y aislar a la víctima de su círculo familiar y social. Puede ser ejercida de manera directa o indirecta (10):

-Directa: impedir a la mujer acudir o estar en situaciones de interacción social, o bien, ejercer el maltrato psicológico en público a través de la humillación, ridiculización o burla (9,10).

-Indirecta: el agresor intenta dar una imagen extremadamente positiva sobre él que impida que la víctima sea creída si en un momento dado ella deja ocultar el maltrato. Por otra parte, llega a crear en la mujer una mala imagen de su círculo social y familiar para lograr un distanciamiento, muestra una actitud de descortesía con las personas que rodean a la mujer para que eviten tener contacto con ella o seduce a otras mujeres en su presencia (9,10).

❖ Violencia ambiental

Conducta intencionada cuya finalidad es destruir o romper pertenencias de la mujer con un especial valor sentimental para ella (9).

1.3. TEORÍA DEL CICLO DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO

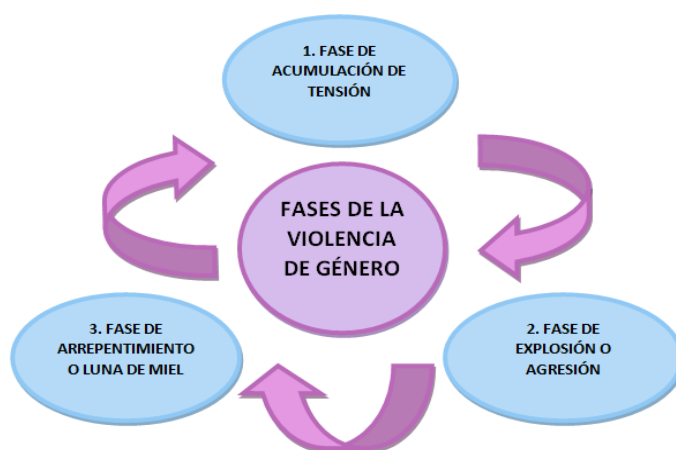
La psicóloga e investigadora Leonore Walker establece en 1979 la teoría del “Ciclo de la Violencia” donde plantea que el maltrato se desarrolla a través de un proceso cíclico, formado por tres fases que se repiten en el tiempo (8-10) (Anexo 1).

1. Acumulación de tensión: se caracteriza por una escala gradual de tensión donde se va incrementando la hostilidad del hombre hacia la mujer sin motivo. Aparecen las primeras agresiones psicológicas y verbales, cambios repentinos en el estado de ánimo del agresor e incluso pueden aparecer los primeros indicios de violencia física. La mujer frecuentemente minimiza lo sucedido albergando falsas ilusiones de que las cosas mejorarán, él cambiará y desaparecerá su trato hostil hacia ella. La tensión aumenta y se acumula (8-10).

2. Explosión o agresión: se produce una descarga incontrolada de la tensión acumulada a través del maltrato psicológico, físico o sexual. Son agresiones más intensas con lesiones más graves y ocurriendo de forma periódica. La agresión comienza con frecuencia cuando el agresor pretende dar una lección a la mujer y finaliza cuando él considera que la víctima ya ha aprendido. Ella cesa en su actitud y el agresor se refuerza en su posición, ya que ha acabado con la situación que le molestaba. Es en esta fase cuando la mujer suele pedir ayuda (8-10).

3. Arrepentimiento o “luna de miel”: el agresor muestra arrepentimiento, reconoce el daño que ha ocasionado a la mujer y la pide disculpas. Emplea estrategias de manipulación afectiva como regalos y muestras de cariño con el objetivo de impedir la ruptura de la relación. La víctima aliviada y calmada por el cese de la agresión, cree o quiere creer que se ha tratado de una “pérdida de control” transitoria por parte de su pareja y que no se volverá a repetir. A medida que los comportamientos agresivos se van afianzando y aproximando con el tiempo, la tercera fase tiende a desaparecer (8-10).

Figura 1: Teoría del Ciclo de la Violencia de Leonore Walker, 1979.



Fuente: Elaboración propia a partir del documento de la Comisión Contra la Violencia de Género. Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género (7).

1.4. FIGURA DEL MATRATADOR Y DE LA MUJER MALTRATADA

• PERFIL DEL MALTRATADOR

Respecto al perfil del agresor, éste actúa de manera coherente con su propio objetivo de sumisión y control, utilizando la violencia como instrumento de mantenimiento del poder masculino para dominar a la mujer (11).

Las evidencias sobre el perfil de los hombres maltratadores provienen de fuentes de información directas, a través de las mujeres maltratadas que informan sobre las principales características de sus parejas, o bien indirectas, mediante estudios realizados sobre hombres condenados por delito de violencia de género (12). En la investigación y en la práctica clínica y policial se han encontrado algunos rasgos bastante frecuentes en los hombres que agreden a sus parejas, por lo que no existe un único perfil social de maltratador (13). En general, los estudios indicaban que suelen presentar las siguientes características (12-15):

- Dependencia.
- Labilidad emocional.
- Carencia de empatía.
- Baja autoestima.
- Dificultad en el control de impulsos.
- Celotípicos, dominantes o posesivos. Esta actitud está basada en el miedo de perder el objeto de su dominación, la mujer.
- Violentos, controladores e inseguros.
- Utilizan comportamientos defensivos como: negación o minimización (“Sólo la empujé un poco”), racionalización (“A pesar de todo, ella es feliz conmigo”), justificación (“Si supiera lo que yo he aguantado”) y nunca asumen la responsabilidad de sus actos.

En la conducta violenta intervienen los siguientes componentes (15):

- a) Una actitud de hostilidad:** es el resultado de los estereotipos sexuales machistas relacionados con la necesidad de sumisión de la mujer, de la percepción de indefensión de la víctima, de la existencia de celos patológicos y de la legitimación subjetiva de la violencia como estrategia de solución de los problemas (15).
- b) Un estado emocional de ira:** esta emoción se ve facilitada por la actitud de hostilidad y por pensamientos activadores relacionados con situaciones negativas para el agresor presentes en la relación o ajenos a la pareja (15).
- c) Un repertorio pobre de conductas y trastornos de la personalidad:** el déficit de habilidades de comunicación y de solución de problemas impiden al agresor la canalización de los conflictos de una forma adecuada. El problema se agrava cuando existen alteraciones de la personalidad, especialmente el trastorno antisocial, el trastorno paranoide y el trastorno narcisista (15).
- d) La percepción de vulnerabilidad de la víctima:** el agresor tiende a descargar su ira en aquella persona que percibe como vulnerable, que carezca de una capacidad de respuesta enérgica y que tenga un entorno familiar y social en que pueda ocultar los hechos con más facilidad (15).
- e) El reforzamiento de las conductas violentas previas:** muchas de las conductas de violencia hacia la mujer quedan reforzadas cuando el agresor consigue sus objetivos tras el uso de la misma. Así mismo, se refuerzan las conductas de sumisión de la mujer ya que consigue evitar las consecuencias violentas por parte de su pareja (15).
- f) Existencia de factores de riesgo:** existe un modelo ecológico que plantea una serie de factores asociados a la violencia de género (15,16):

Figura 2: Modelo ecológico de la OMS.



Fuente: Organización Mundial de la Salud (16).

Factores individuales

Consumo de alcohol o drogas, historia de maltrato infantil, experiencia de violencia familiar, actitudes de aceptación de violencia, bajo nivel de instrucción, trastornos psíquicos o de personalidad, carencias psicológicas, déficits cognitivos, estrecha relación entre la severidad de la violencia y el control de la ira, interiorización de los valores y roles tradicionales (superioridad del hombre e inferioridad de la mujer) (1,2,16,17).

Factores relacionales

Conflicto o insatisfacción en la relación, control masculino de la riqueza y la autoridad para adoptar decisiones dentro de la familia, dominio de los varones en la familia, hombre con múltiples compañeras sexuales, infidelidad, formar parte de grupos violentos y disparidades interpersonales en materia de condición económica, educacional o de empleo (1,2,16,17).

Factores comunitarios

Actitudes comunitarias que toleren y legitimen la violencia masculina, carencia de empoderamiento social y económico, en particular la pobreza, desempleo, empleo intermitente y dificultades económicas (1,2,16,17).

Factores sociales

Roles de género rígidos que amparan la dominación masculina y la subordinación femenina, noción de la masculinidad unida al dominio, honor y agresión y aceptación de la violencia como medio de resolución de conflicto (1,2,16,17).

- **PERFIL DE LA VÍCTIMA**

Los malos tratos que sufren las mujeres por parte de sus parejas son hasta cierto punto de carácter universal, ya que no respeta clases sociales, culturas, ni grupos específicos por lo que tampoco existe un perfil concreto de mujer maltratada, cualquier mujer puede ser víctima de maltrato (7,12,18).

No existen características psíquicas diferentes antes del inicio de la violencia entre las mujeres que la sufren y las que no, por lo tanto, el perfil de la mujer maltratada es el que existe tras haber sufrido el maltrato. Los trastornos y problemas psicológicos de las mujeres maltratadas son una consecuencia del maltrato y no la causa, habiendo evidencia de una serie de características psicosociales similares existentes entre las víctimas. Es importante señalar que esta descripción no es exhaustiva ni tiene por qué coincidir con la totalidad de las víctimas (7,17,18):

- Se creen todos los mitos acerca de la violencia doméstica.
- Tienen una baja autoestima, se sienten degradadas.
- Se sienten fracasadas como mujer, esposa y madre.
- Falta de confianza en sí mismas.
- Tienen una falta de control sobre su vida.
- Incomunicación y aislamiento social.
- Se encuentran en riesgo de caer en diversas adicciones.
- Interiorización del machismo, de la subordinación y de la dependencia del varón.
- Irritabilidad y reacciones de indignación fuera de contexto.

¿Por qué aguantan las víctimas los malos tratos?

A pesar de los esfuerzos institucionales, jurídicos y sanitarios para sensibilizar contra la violencia de género, existen una serie de razones por las que las mujeres continúan con su agresor y aguantan los malos tratos (17,18):

- Aislamiento a la que ha sido sometida y temor a la soledad.
- Creen que nadie las puede ayudar a resolver su problema y se sienten incapaces de resolverlo por ellas mismas.
- Minimización del problema, como resultado de la habituación de tensión y sufrimiento que las pueden llevar a incapacitar para detectar el peligro.
- Temor a las represalias.
- Culpabilidad ante la violencia, la mujer se autoatribuye de manera errónea las causas del maltrato.
- Inmovilización por el trauma físico o psíquico.
- Escasez de alternativas y recursos para ella y sus hijos.
- Relación legal, económica y social con el agresor.
- Temor al juicio social y familiar.

- Mitificación amorosa, la mujer desea que se acabe la violencia, no romper con el agresor.
- Idea de cambio en la actitud del agresor.
- Vínculo emocional víctima/agresor.

1.5. MARCO INSTITUCIONAL Y LEGAL

La violencia contra la mujer y la obligación de promulgar leyes para su abordaje es ahora objeto de un completo marco jurídico y de política a escala internacional y regional (1). En España se han producido a lo largo del tiempo avances legislativos que en este momento configuran el panorama legal vigente.

❖ ÁMBITO AUTONÓMICO

Ley de Cantabria 1/2004, de 1 de abril, Integral para la Prevención de la Violencia Contra las Mujeres y la Protección a sus Víctimas (19).

Referente a la atención sanitaria, el Artículo 20 establece que la Administración de la Comunidad Autónoma de Cantabria garantizará la existencia y permanente actualización y difusión de un protocolo que contemple pautas uniformes de actuación sanitaria, tanto en el ámbito público como privado, así como los procedimientos de coordinación con las distintas instancias que intervienen de manera específica en la atención a las víctimas de violencia de género. El protocolo sanitario referido en el apartado anterior se utilizará en la totalidad de centros y servicios del sistema sanitario de la Comunidad Autónoma de Cantabria, e incorporará de manera específica cuantos criterios técnico-sanitarios permitan al personal sanitario realizar las actividades de prevención, detección precoz e intervención continuada con la mujer sometida a violencia de género o en riesgo de padecerlo (19).

❖ ÁMBITO NACIONAL

Ley Orgánica 1/2004, de 28 de Diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género (20).

En el ámbito sanitario se contemplan actuaciones de detección precoz y apoyo asistencial a las víctimas, así como la aplicación de protocolos sanitarios ante las agresiones derivadas de la violencia objeto de esta Ley, que se remitirán a los tribunales correspondientes con objeto de agilizar el procedimiento judicial. Asimismo, se crea en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, una comisión encargada de apoyar técnicamente, coordinar y evaluar las medidas sanitarias establecidas en la Ley (20).

Contempla en su Artículo 15 que las Administraciones Sanitarias promoverán actuaciones de los profesionales sanitarios que permitan la detección precoz de la violencia de género y propondrán las medidas necesarias para mejorar la eficacia en la lucha contra este tipo de violencia. En particular, se desarrollarán programas de sensibilización y formación continuada que permitan impulsar el diagnóstico precoz, la asistencia y la rehabilitación de la mujer maltratada (20). Por otra parte, en el Artículo 16 señala que la Comisión contra la violencia de género emitirá un informe anual que será remitido al Observatorio Estatal de la Violencia sobre la Mujer y al Pleno del Consejo Interterritorial (8).

La Ley más actual es la ***Ley 4/2015, de 27 de abril, del Estatuto de la víctima del delito*** que ha entrado en vigor el 28 de Octubre del 2015. Su objetivo es proporcionar una respuesta más amplia a las mujeres maltratadas en materia jurídica y social. Esta Ley agrupa en un solo texto legislativo el catálogo general de derechos procesales y extraprocesales de todas las víctimas, y refuerza además la ampliación de la asistencia y protección también los hijos e hijas de las mujeres víctimas de violencia de género (21).

CAPÍTULO 2. VIOLENCIA DE GÉNERO EN EL EMBARAZO

2.1. DEFINICIÓN

La definición de violencia de género durante el embarazo es análoga a la definición empleada para la violencia de género en el contexto general, sin embargo, se debe añadir y tener en cuenta el período gestacional en el que se encuentra la mujer.

Los especialistas de los Centros de Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC), definen la violencia durante el embarazo como *“Violencia o amenazas de violencia física, sexual o psicológica/emocional ocasionadas a la mujer embarazada”* (22).

2.2. CAUSAS

Uno de los aspectos más importantes que debe estar en conocimiento es que la violencia de género en el embarazo no tiene una causa única, siendo su origen multifactorial (3). Como se ha expuesto previamente, el embarazo no es pretexto para detener la violencia de género ni es un factor protector del maltrato, siendo frecuentes los casos en los que la misma debuta o se agrava en el momento en el que la mujer queda embarazada (3,23,24).

Existen distintas teorías que intentan explicar el porqué del maltrato a la mujer durante la gestación:

- Una de las razones más comunes que se relacionan con la violencia en el embarazo es la aparición o exacerbación de estrés que siente el padre respecto al momento del parto inminente y la inseguridad por el nuevo cambio de vida, el cual es manifestado como una frustración dirigida a la madre y al feto (25-27).

- Factores como el bajo nivel socioeconómico y la alta responsabilidad financiera que se presenta tras el parto desencadenan un alto grado de estrés y por tanto, la posibilidad de violencia. Bajo el nivel de estrés, las actividades que la pareja solía realizar juntos tienden a disminuir, incrementando el riesgo de agresiones verbales y físicas (25,26).

- Las investigaciones sugieren que los hombres tienen comportamientos más violentos por presencia de celos debidos a la sospecha de infidelidad y desconfianza de paternidad (25).

- La mujer embarazada presta menos atención a las necesidades y deseos de su pareja, el hombre detecta que no está centrada en él y la exige una mayor atención. Surge el temor al abandono o desapego y esto agudiza el celotípico sentimiento de propiedad del agresor lo que resulta ser el prólogo de la ira o episodio de violencia (5).

- El agresor percibe el embarazo como una amenaza para su dominio, es una parte de la mujer que él no puede controlar y eso hace que se desencadene un proceso de violencia (23,29).

- El embarazo dota a la categoría de mujer de un plus biológico, funcional y social que es la condición de madre. La misoginia es un factor potenciador de la violencia de género durante el embarazo, un hombre misógino visualiza a la mujer como aquella que tiene capacidad y el dominio para procrear y dar vida a un nuevo ser. El hombre queda situado en una posición de inferioridad durante el proceso de procreación, cuestionándose su valor de virilidad, ya que es la mujer la que tiene el papel estelar en la reproducción humana, por lo que el odio y la agresividad hacia ella aumenta (5).

- El agresor intenta atacar a la propia identidad de la mujer. Es decir, si la mujer se ha construido la identidad según la referencia cultural sobre el concepto de esposa, madre, ama

de casa, actuando sobre la plasmación de esa identidad que es el embarazo, también va minando lo que es la propia identidad, las referencias internas que tiene la mujer (30).

-El agresor puede percibir que las consecuencias contra él tras ejercer la violencia durante el embarazo serán mínimas, ya que existe un poderoso vínculo emocional que le une con la víctima, el futuro hijo. Utiliza como recurso el chantaje emocional, amenazando con hacer daño al bebé, por tanto, es más difícil que la mujer le deje o le denuncie (5,29).

-La gestante se encuentra más vulnerable e indefensa debido a su condición de embarazo y se convierte para el agresor en la “víctima perfecta”. Tiene menos capacidad de tomar represalias y defenderse, por lo que se acentúan las conductas de dependencia y sumisión (5).

-La vida sexual de la pareja puede encontrarse afectada durante el embarazo. La mujer experimenta determinadas alteraciones hormonales en su organismo en las que se incluye la disminución del deseo sexual, ella muestra menos predisposición por mantener relaciones con su pareja y una mayor atención en el cuidado óptimo del bebé. La disminución de la frecuencia de las relaciones sexuales puede afectar a la libido masculina y conllevar a una frustración sexual del maltratador, dando lugar a situaciones de tensión que pueden culminar en manifestaciones de violencia contra la mujer (28).

-Los cambios anatómicos que experimenta la mujer durante el proceso del embarazo pueden suponer una pérdida del atractivo físico y provocar rechazo por parte del hombre, influyendo negativamente en la relación de pareja. La mujer siente que ha perdido el rol seductor y erótico con la nueva estructura corporal. Esta es otra de las razones que podrían explicar el inicio de la violencia y por qué los golpes van dirigidos a las mamas, abdomen y genitales (28).

2.3. FACTORES DE RIESGO

No existe una causa única que provoque los malos tratos pero sí una serie de factores de riesgo que pueden favorecer su aparición y mantenimiento (3,29,31-36):

- Edad. Ser madre adolescente. Numerosos estudios han confirmado la relación que existe entre la edad temprana de embarazo y la violencia de género (3,29,31-34). Las investigaciones refieren un rango de edad comprendido entre los 13 y 17 años (3,29,31).
- Embarazo no deseado. Es uno de los principales factores que potencian la aparición del maltrato, pudiendo ser cuatro veces más probable el riesgo de sufrir violencia doméstica cuando el embarazo es no deseado. En muchos de los casos, el propio embarazo puede ser fruto de violencia, bien por abuso sexual, violación o por la negación del uso de anticonceptivos a la mujer (3,29,31,33,35).
- Nivel educativo. Existen hallazgos en la investigación sobre la relación entre la educación y la violencia de género en el embarazo. Las mujeres con bajo nivel educativo presentan un mayor riesgo de sufrir violencia frente a las que poseen un nivel superior (3,29,32,34). Por otra parte, otros estudios indican que las mujeres con estudios superiores al hombre tienen también mayor probabilidad de ser maltratadas (29).
- Desempleo y dependencia económica. Algunos estudios muestran una relación entre la situación de desempleo de la mujer y el bajo nivel económico con la aparición de violencia (3,29,32,34).

- Estado Civil. Las mujeres casadas tienen una menor probabilidad sufrir violencia de género en comparación con aquellas gestantes que no tienen un compromiso o unión estable e íntima a largo plazo con el hombre (no conviven con el agresor, se ven de manera esporádica...etc.) (3,29,32).
- Apoyo social deficiente. Existe una relación entre el maltrato durante la etapa reproductiva y el aislamiento social de la mujer, provocado principalmente por el agresor (29,31,32,34).
- Consumo de alcohol y drogas. El consumo, por ambas partes de la pareja, es un desencadenante de violencia de género. En muchas ocasiones, el propio sufrimiento de la víctima la conlleva al abuso de sustancias tóxicas (3,29,31-36).
- Infecciones de transmisión sexual. Las mujeres VIH positivas tienen una mayor probabilidad de sufrir maltrato (3,29,31). Muchas mujeres descubren que son seropositivas en los controles prenatales, siendo un factor que puede desencadenar violencia a la hora de relevar el diagnóstico a su pareja (29).

2.4. CONSECUENCIAS PARA LA SALUD

La violencia ejercida hacia la mujer durante una de sus etapas más importantes y de mayor vulnerabilidad como es el embarazo, reviste una connotación de gravedad tanto para la madre como para el feto. Las repercusiones de la violencia ejercida contra la gestante y el feto son variadas, ya que dependen del momento de gestación, tipo de maltrato, frecuencia y tiempo de exposición (34).

2.4.1. Consecuencias en la mujer (Anexo 2)

- Consecuencias en las conductas de salud

La violencia de género durante el embarazo puede verse reflejada en determinados cambios comportamentales de la mujer. Existe una alta probabilidad de no acudir a las consultas prenatales, acudir en una fecha equivocada, iniciar los cuidados prenatales más tarde de lo recomendado y mostrar poco o ningún interés en asistir a las clases de preparación para la maternidad y paternidad (3,7,22,33-38). El agresor aísla a la mujer e impide que salga de casa, no tolera que otra persona toque o vea un cuerpo que él considera suyo. Por otra parte, también hay ocasiones en las que la víctima no acude como consecuencia de las lesiones. Esto conlleva a una falta de adherencia a las recomendaciones médicas y a un desenlace obstétrico, provocando un inadecuado cuidado prenatal y poniendo en riesgo la salud del bebé (35).

La mujer manifiesta una falta de autocuidado, de interés por su salud y de una conducta autónoma. Los indicadores de cuidado personal y de autonomía para el embarazo incluyen la toma de decisiones sobre cuándo quedar embarazada, el uso responsable de los anticonceptivos, la ingesta adecuada durante la gestación, la participación y colaboración con el personal sanitario y el tratamiento y la preparación para el parto y la maternidad (33,38).

Un estado nutricional deficiente, disminución del apetito, trastornos de la conducta alimentaria y una ganancia ponderal inadecuada durante el embarazo son otras de las consecuencias de la violencia, las cuales, repercuten en el desarrollo del feto (34,37).

También puede aparecer un aumento de abuso de fármacos, tabaco, alcohol y drogas (22,33-38). Las posibles explicaciones son que las mujeres recurren a estas conductas para hacer frente al estrés, vergüenza y sufrimiento ocasionado por la violencia (32,35).

- Consecuencias físicas

En la mayor parte de la violencia doméstica los golpes van dirigidos a la cabeza, sin embargo, durante el embarazo la agresión física va dirigida al abdomen, genitales y senos (3,33).

Las consecuencias sobre la salud física derivadas de los traumatismos, heridas, hematomas, tumefacciones, quemaduras, punzamientos, cortes...etc. dan lugar a una desfiguración corporal y a una discapacidad y deterioro funcional de la mujer. Pueden aparecer síntomas físicos inespecíficos sin causa médica identificable como cefaleas persistentes, mareos, molestias gastrointestinales, náuseas severas, vómitos, dolor crónico o exacerbación de enfermedades crónicas. Otras de las consecuencias que sufren las mujeres son trastornos hipertensivos dando lugar a un mayor riesgo de preeclampsia y eclampsia (3, 22, 33,38). La consecuencia más extrema es la muerte materna y el suicidio. Si la mujer maltratada está embarazada la tasa de homicidios es tres veces superior (29).

- Consecuencias psicológicas

La depresión prenatal y postparto se identifica como la alteración mental más común tras sufrir violencia doméstica en el embarazo (37,38). Se manifiesta como una pérdida de control de las emociones, pensamientos y acciones, además de síntomas como dificultad para la concentración, sentimientos de soledad, inseguridad, culpa o vergüenza. La mujer puede llegar incluso a tener pensamientos obsesivos e ideas vinculadas con la lesión de su propio hijo, ya que considera que es el responsable de ser víctima de maltrato durante el embarazo (29,38).

Otras de las alteraciones y trastornos de conducta más frecuentemente reportados es el trastorno de estrés postraumático (TEPT). Cuando el TEPT está asociado a la violencia de género, las mujeres pueden percibir la maternidad como una amenaza para su integridad física y los procedimientos ginecológicos frecuentemente reactivan la sintomatología (38). Esta patología implica una serie de riesgos relacionados con la gestación. Durante el embarazo la mujer sufre un miedo intenso al futuro parto y muestra una mayor preocupación por su vida siendo en muchas ocasiones necesaria la derivación a consultas psicológicas y psiquiátricas. Está asociado también a un alto riesgo de preeclampsia, lo que conlleva a realizar procedimientos médicos y/o quirúrgicos inesperados, y en más de la mitad de los casos finalizan en una cesárea. Tras el parto puede además afectar la calidad de la relación madre-hijo (39).

Estrés, angustia, baja autoestima, ideas de inutilidad, agotamiento psíquico, trastornos del sueño, irritabilidad y labilidad emocional son otras de las repercusiones psicológicas que puede manifestar también la víctima de violencia de género (38).

- Consecuencias gineco-obstétricas

Los traumatismos y golpes que recibe la mujer gestante en la vagina y abdomen pueden dar lugar a hemorragias vaginales, rotura prematura de membranas, corioamnionitis, endometritis, infecciones uterinas, placenta previa o parto pretérmino (3,22,33-36).

En el momento del parto, la mujer que ha sufrido maltrato tiene mayores complicaciones en la dilatación y en el expulsivo por disminución de la fuerza y las ganas de empujar, por lo que muchos de los partos terminan en cesáreas (3).

La violencia de género también puede tener numerosas consecuencias negativas para la salud sexual entre las que se encuentran las infecciones de transmisión sexual, infecciones

vaginales y cervicales de repetición, enfermedad pélvica inflamatoria, dolor pélvico, dispareunia, anorgasmia y dismenorrea (3,22,33-36).

"En mi octavo mes de embarazo, mi expareja me agredió. Comencé a sangrar y nos fuimos al hospital. Los médicos me dijeron que había sufrido un desprendimiento de placenta. Si yo no hubiera ido al hospital, mi hijo hubiese muerto"(40).

2.4.2. Consecuencias en el feto (Anexo 2)

La experiencia de violencia durante el embarazo acarrea consecuencias devastadoras también para el feto ya sea por mecanismos directos o indirectos (3).

Como consecuencia de mecanismos directos, tras el trauma físico materno, el feto puede sufrir daños, contusiones, fracturas, hematomas, hemorragias intracraneales e incluso la muerte. Los mecanismos indirectos están relacionados con el sufrimiento emocional, problemas de salud y comportamientos de madre, ya que actúan como factores subyacentes de los resultados obstétricos y neonatales (3).

El estrés mantenido que sufre la víctima durante el embarazo está estrechamente relacionado con el bajo peso del recién nacido, la prematurez y crecimiento intrauterino retardado (37,38). Respuestas endocrinas a estrés psicosocial definen disregulaciones del sistema nervioso autónomo y del eje hipotálamo-pituitario-adrenal, determinando una mayor secreción de hormonas que ocasionan un trabajo de parto prematuro. La liberación de la hormona liberadora de la corticotropina (CRH), producida por el cerebro y la placenta, está estrechamente relacionada con el trabajo de parto, ya que hace que el organismo libere prostaglandinas, las cuales, producen contracciones uterinas. Por otra parte, los niveles hormonales de corticotropina (ACTH) y cortisol que son elevados a consecuencia del estrés, provocan una vasoconstricción y a una disminución de la perfusión útero-placentaria, privando al feto de oxígeno y nutrientes, y consecuentemente, un bajo peso al nacer (36, 41,42).

"Mi hijo pequeño nació en el octavo mes de embarazo. El estrés que estaba sufriendo le afectó porque nació con bajo peso" (40).

Otros de los mecanismos indirectos que perjudican el desarrollo y la salud de feto son los cambios comportamentales citados anteriormente que experimenta la gestante. El hecho de que la mujer no acuda a las consultas o inicie los cuidados prenatales más tarde de lo establecido pone en riesgo la salud del feto y puede provocar complicaciones en el embarazo.

Consecuencias devastadoras que afectan al feto son también las derivadas del tabaco, alcohol y drogas que consume en muchos casos la víctima, puesto que, si la mujer fuma mientras está embarazada, el bebé queda expuesto a sustancias químicas perjudiciales. La nicotina provoca vasoconstricción, por lo tanto, el aporte de oxígeno y nutrientes que llegan al feto es menor. Por otra parte, el alcohol interfiere en el desarrollo normal del feto, provoca defectos congénitos de nacimiento y se ha establecido como la primera causa no genética de retraso mental. Sus efectos teratógenos se describieron con el nombre de "síndrome alcohólico fetal" cuyos tres criterios definitorios son retraso de crecimiento prenatal, postnatal o ambos, afectación del sistema nervioso central y datos dismórficos craneofaciales específicos. Finalmente, el consumo de drogas puede afectar al feto de distintas maneras entre las que destacan los defectos congénitos y el aborto natural (43,44).

Sumado a lo anterior, dichas sustancias están íntimamente relacionadas con el riesgo de aborto espontáneo, parto prematuro, malformaciones genéticas, síndrome de abstinencia del feto (cuyos síntomas más comunes son la irritabilidad, temblor o mioclonías), trastornos del tono muscular, vómitos, diarrea, rechazo del alimento, convulsiones y daño neurológico, condiciones que dificultan la vida extrauterina (43,44).

En relación al estado emocional de la madre, muchas de las víctimas refieren tener falta de energía y de ganas por cuidar de su bebé. Ligado a ello, se incrementa la preocupación por tener que atender a su hijo, dando lugar a una lactancia ineficaz, una falta de vínculo madre-hijo y conductas negativas hacia él, pudiendo desencadenarse maltrato infantil (34,38). Los bebés de madres que sufren violencia de género durante el embarazo necesitan más cuidados en la unidad de intensivos neonatales y mayor número de ingresos en los servicios de pediatría en el período postneonatal (3,33).

2.4.3. Consecuencias en el futuro hijo (Anexo 2)

Además de las consecuencias inmediatas, el futuro hijo también puede sufrir consecuencias a largo plazo. Numerosos estudios muestran una alta probabilidad de muerte fetal o neonatal entre el primer y quinto año de vida si la mujer ha sido víctima de maltrato durante el embarazo. De igual forma, las consecuencias psicológicas pueden concretarse en cambios en el comportamiento y estado emocional del niño y en la limitación en el desarrollo de sus capacidades físicas, cognitivas, afectivas y sociales (3,34).

La violencia de género se dirige preferentemente hacia la mujer, no obstante, el hombre que golpea a su pareja probablemente también golpeará a su hijo. Los hijos de las mujeres que han sufrido violencia de género durante el embarazo tienen una probabilidad tres veces mayor de ser maltratados por el padre. Consecuentemente, un niño que ha sufrido violencia en la infancia padecerá secuelas en su vida de adulto y tendrá una mayor probabilidad de abuso de tóxicos, depresión, mal rendimiento escolar, tendencia a la agresividad, problemas de inhibición, relaciones sexuales de riesgo, tendencia a interpretar de forma hostil la conducta de los demás... etc. (3,15,31,34).

2.5. PREVALENCIA DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN EL EMBARAZO

Es evidente que una minoría sustancial de mujeres sufre violencia de género durante el embarazo y además, en muchas ocasiones continúa en el puerperio. Los datos de prevalencia varían notablemente según el tipo de violencia, población a estudiar y la metodología empleada. En **España**, las investigaciones sobre la violencia de género en el embarazo son insuficientes, por lo que se disponen de escasos datos epidemiológicos. Los resultados encontrados son los siguientes:

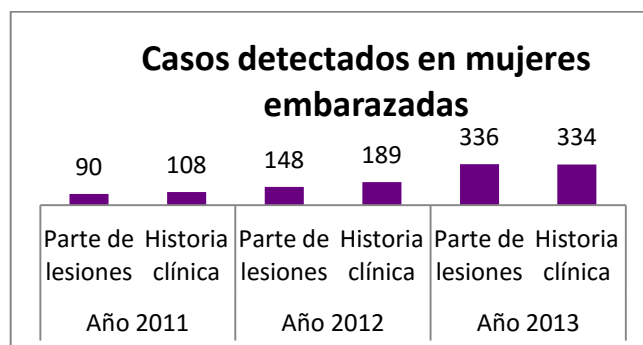
-Un estudio realizado en el año 2004 en el Hospital Virgen del Rocío de Sevilla basado en una encuesta hospitalaria de los servicios de urgencia, donde se formulaba la siguiente pregunta: *Si ha estado embarazada ¿ha recibido malos tratos en el embarazo?* un 13% de las mujeres respondieron que sufrieron violencia durante la gestación y un 6,8% de las mujeres que estaban embarazadas en ese momento de la encuesta también dieron una respuesta afirmativa (3,29).

-En el año 2010 la Federación de Mujeres Progresistas realizó un estudio en el que participaron 35 mujeres que se encontraban recibiendo terapia en ese momento por haber sufrido maltrato. Los resultados mostraron que el 77% de esas mujeres fueron víctimas también durante el embarazo. Un dato relevante que muestra dicho estudio es que de ese colectivo de mujeres, el 17% además tuvo un aborto espontáneo (45).

-Respecto a los Organismos Nacionales como el Ministerio de Sanidad, en el año 2007 el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud aprobó un nuevo indicador denominado "Casos detectados en mujeres embarazadas" dentro de los indicadores comunes para la vigilancia epidemiológica de la violencia de género (3). Sin embargo, solamente se han podido recopilar datos hasta el año 2013, dado que en la nueva estrategia nacional 2013-2016 se deja

de considerar a las mujeres embarazadas como grupo de especial vulnerabilidad. Los datos obtenidos a través del parte de lesiones y de la historia clínica son (46-48):

Figura 3. Casos de violencia detectados en mujeres embarazadas.



Fuente: Elaboración propia a partir del documento de la Comisión contra la violencia de género. Informe de violencia de género; 2011-2013 (46-48).

Ante la ausencia de datos sobre la violencia de género en el embarazo, en el año 2015 se realizó un estudio en 15 hospitales de Andalucía y participaron 779 mujeres, siendo el estudio más popular que existe actualmente en España. Los resultados varían en función de los instrumentos empleados. La muestra representativa medida a través del instrumento *Abuse Assessment Screen* (AAS) refleja un 7,7% de víctimas, siendo el tipo de violencia infligida un 4,8% psicológica, 1,7 % física y 0.5% sexual. Por otro lado, mediante el instrumento *Index of Spouse Abuse* (ISA) se obtiene una prevalencia de violencia del 21,3% siendo violencia psicológica un 21% y física y sexual 3,6%. El 36,1% de las mujeres referían sufrir agresiones físicas con frecuencia e incluso diariamente, incluyendo hematomas, quemaduras o huesos fracturados en un 20,3%. Combinando los casos de los dos instrumentos, sin duplicar los casos, se detecta que un 22,7% de mujeres sufren cualquiera de los tipos de violencia periembarazo, lo que se corresponde a casi 1 de cada 4 mujeres (3).

No se debe extrapolar la escasez de información epidemiológica en España a otros países, y sobremanera, restar importancia sobre este tema por su escasa investigación. Estudios realizados en EEUU y Canadá han contribuido a proporcionar una mayor entidad a la violencia de género en el embarazo, considerándola un grave problema socio-sanitario. Por otro lado, numerosas investigaciones han reportado una amplia gama de tasas de prevalencia, en las que cabe destacar los informes realizados por organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud.

El estudio multipaís de la OMS sobre salud y violencia contra la mujer muestra resultados sobre prevalencia, formas y consecuencias de ésta. Se llevó a cabo en 10 países y en 15 entornos y participaron 24.097 mujeres. El porcentaje de mujeres que habían sido víctimas de violencia física durante el embarazo oscilaba entre el 4 % y el 12 %, la cifra más baja registrada fue 1% en Japón Urbano y la más alta un 28% en Perú provincial. El 13% de mujeres en Etiopía y el 50% de mujeres en el entorno urbano de Brasil y Serbia Montenegro afirmaron que la primera vez que recibieron maltrato fue cuando quedaron embarazadas (49).

Asimismo, en una revisión de otro estudio multipaís compuesto por 19 países, se encontró una prevalencia que variaba entre el 2% en entornos como Australia, Camboya y Dinamarca, 10% en Colombia, 11,1% en Nicaragua y 13,5% en Uganda, en el resto de zonas la las cifras oscilaban entre el 4% y 9%. Los resultados demuestran una prevalencia más alta en países africanos y latinoamericanos que en países europeos y asiáticos (50).

Un metaanálisis realizado en el año 2013 en el que se revisaron 92 estudios independientes sobre violencia de género en mujeres embarazadas de 23 países, determinó

que la prevalencia de violencia durante el embarazo era del 19.8%. La violencia psicológica era del 28,4%, la física del 13,8% y la sexual del 8% (51).

- Prevalencia en la Unión Europea

Al igual que en España, la prevalencia de violencia de género en el embarazo en el resto de Europa está menos estudiada que en Estados Unidos (3).

-La Oficina de Publicaciones de la Unión Europea en el año 2014 realizó un estudio en sus 28 países acerca de la violencia de género. El informe muestra que el 42% de las mujeres que sufrían violencia por parte de sus parejas estaban embarazadas (52).

-Un estudio del norte de Irlanda informó que un 60% de gestantes sufrían violencia por parte de su pareja, siendo el 13% de mujeres que perdieron a sus bebés (53).

-Entre otro grupo de mujeres embarazadas atendidas en las consultas prenatales de Londres, un 15% manifestaron ser víctimas de violencia durante el embarazo. De esas mujeres, casi el 40% afirmó que la violencia comenzó en el momento de quedarse embarazada y el 30% había sufrido un aborto espontáneo (53).

-Entre Junio del 2010 y Octubre del 2012 se realizó un estudio en 11 clínicas prenatales de Bélgica cuyo resultado mostró un 10,6% de víctimas. Un 2,5% sufrieron violencia física, un 14,9% violencia psicológica y 0,9% violencia sexual (54).

- Prevalencia en Estados Unidos

-Según la National Coalition Against Domestic Violence (NCADV) entre el 4% y 8% de mujeres experimenta violencia doméstica durante el embarazo. Cada año aproximadamente 1,5 millones de mujeres es víctima de malos tratos, esta cifra incluye más de 324.00 mujeres que están embarazadas (55).

-Bases de estudios populares, incluyendo Centers for Disease Control and Prevention's (CDC) y Pregnant Risk Assessment Monitoring System (PRAMS) sugieren que la prevalencia está entre el 2,9% y 5,7%. Según Centers for Disease Control and Prevention's (CDC), 1 de cada 6 mujeres maltratadas asegura que su pareja las maltrató por primera vez durante el embarazo (56).

-Evidencias de estudios realizados por Gazmararian et al. reflejan una prevalencia del 1% al 20% de víctimas, dependiendo del instrumento empleado (56).

-Un estudio realizado en consultas prenatales privadas mostró un resultado del 11% de víctimas, y por otra parte, otro estudio realizado en consultas prenatales públicas revela que un 15% de las gestantes sufrieron violencia (56).

-Dos proyectos que emplearon el instrumento Abuse Assessment Screen (AAS) expusieron un 10% de violencia física durante el embarazo (56).

-Otro gran estudio en el que se utilizó una escala más detallada, Conflict Tactics Scale, mostró que un 81% de pacientes en las consultas prenatales manifestaron ser víctimas de violencia de género, siendo el 28% violencia física y el 20% violencia sexual (56).

Basados en los hallazgos de la investigación, como los presentados anteriormente, algunos investigadores estiman que cada año en los EE.UU más de 300.000 mujeres embarazadas sufren violencia de género (56).

CAPÍTULO 3. EL PERSONAL SANITARIO ANTE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN EL EMBARAZO

3.1. PREVENCIÓN Y DETECCIÓN

La violencia de género en el transcurso del embarazo constituye un factor de riesgo gestacional ya que provoca un aumento de la morbilidad materna y perinatal, suponiendo un grave impacto en el sistema sanitario.

Dadas las circunstancias expuestas, el período del embarazo se considera una situación de vulnerabilidad y delicadeza extrema que requiere un seguimiento, atención y vigilancia especializadas a cargo del sistema sanitario, siendo preciso el control de cualquier tipo de alteración que pueda poner en riesgo la salud y la vida tanto de la madre como la del feto. Por ello, cada consulta prenatal proporciona la oportunidad de prevenir y detectar si la mujer gestante está sufriendo algún acto de violencia que pueda perjudicar potencialmente el desarrollo de esta etapa (3,29,57). El personal sanitario es la primera fuerza de choque con la que va a contar la víctima para derribar el muro que le impide desarrollarse y tener una vida digna para ella y su hijo. Normalmente, las mujeres que sufren violencia de género acuden con mayor frecuencia a servicios como Urgencias, Atención Primaria y Obstetricia y Ginecología (9).

Sin embargo, existen una serie de barreras que dificultan e impiden la detección y cribado de posibles casos de violencia de género, derivadas en muchas ocasiones por parte de los profesionales sanitarios (7-9,58) (Anexo 3):

- No considerar la violencia como un problema de salud ni introducirlo en la práctica habitual como un diagnóstico diferencial más.
- Mitos, creencias y estereotipos adquiridos en el propio proceso de socialización: *“La violencia doméstica pertenece al ámbito privado”, “No debo intervenir”, “No ocurre entre la población de mis pacientes”, “Responde a perfiles determinados”, “Es responsabilidad de otros profesionales”.*
- Falta de tiempo. Para realizar una entrevista directa con la mujer es necesario disponer de un tiempo suficiente.
- El miedo a ofender o la percepción de que no podrán resolver el problema.
- Sensación de impotencia y/o frustración. Los profesionales sanitarios tienen la percepción de que su intervención no va a cambiar el comportamiento de la mujer y que ella volverá con su pareja, por tanto, tratar este tema lo perciben como una pérdida de tiempo.
- Desconocimiento de estrategias para el manejo de estas situaciones por falta de formación y entrenamiento.
- Falta de privacidad. Los espacios no son adecuados, sobre todo en los hospitales, y además, normalmente la pareja de la víctima está presente en la consulta.

Sumado a lo anterior, resulta imprescindible recabar la valentía y la colaboración de la mujer, de la paciente víctima del abuso, en aras de lograr una más rápida y eficaz identificación del problema y solución del mismo. Los profesionales sanitarios deben de ser conscientes de la existencia de barreras por parte de la mujer que dificultan la recogida de información. Habitualmente, los abusos ocurren en el hogar de la pareja o en un ámbito privado, por lo tanto, toda fuente de información dependerá de la voluntad de la víctima para transmitirnos el problema. Por otra parte, el temor a los castigos y represalias de todo tipo provenientes de su pareja, inhiben en tantas ocasiones a la víctima que se sumerge de esta manera en un círculo vicioso de soledad, miedo e incertidumbre del que le resulta imposible escapar (3,7-9,31).

Hecha esta aclaración, es necesaria y cada vez con más urgencia y eficacia, una implicación sustancial del personal sanitario que asista a la mujer embarazada. Para ello se requiere sensibilización previa, algo a lo que afortunadamente no son ajenos los profesionales de la salud, y una preparación, conocimientos y formación específicos y adecuados que les cualifique y les permita hacer frente a esta situación, que cada vez más va adquiriendo tintes de lacra social, y por ende, sanitario. Este es uno de los puntos clave, ya que con esa actitud y capacitación, se podrán poner en funcionamiento los elementos necesarios para abordar este problema y cimentar protocolos que conlleven a la realización de unos planes de intervención más eficaces (31).

Con este enfoque, las estrategias de prevención se desarrollan en tres niveles:

3.1.1. Prevención primaria

Se trata de prevenir la violencia antes de que ocurra por lo que se deberá tratar la causa que la predice, siendo principalmente el hecho de ser mujer. Debe realizarse desde una perspectiva basada en la educación, el respeto, la tolerancia y la igualdad de género, pretendiendo conseguir una modificación en los valores sociales y culturales (16,23).

Otras actividades de prevención primaria que el profesional sanitario puede llevar a cabo es la identificación de mujeres con mayor riesgo de sufrir violencia de género y hombres con un perfil que pudiese alentar de posible maltratador (23). Para la realización de dichas intervenciones de manera adecuada, es pertinente la reconversión de los profesionales con el fin de tomar consciencia y aludir a la mujer embarazada como posible víctima de violencia por encontrarse en una situación de vulnerabilidad (31).

3.1.2. Prevención secundaria

La prevención secundaria va encaminada a disminuir la prevalencia de casos de violencia de género en el embarazo a través de la detección de gestantes que sufren maltrato para intervenir de una manera rápida y eficaz (16,23). Los profesionales sanitarios deben de estar atentos de cualquier señal indicativa, puesto que muchas mujeres no manifiestan su situación deliberadamente y de una manera espontánea por tratarse de un tema complejo y delicado del que no son capaces de hablar, o bien, tratan de encubrirlo y no se atreven a buscar ayuda (23,31).

Existen determinados signos y síntomas que pueden hacer sospechar al personal sanitario que una mujer está siendo víctima de violencia de género. Es importante ponerlos en el conocimiento de los profesionales para que mantengan una actitud de alerta en las consultas con la mujer y puedan aplicar los métodos de cribado (7,23,24,31) (Anexo 4):

- Revisión de la historia clínica para detectar signos o síntomas de violencia de género:

Las mujeres que han sido maltratadas o lo son actualmente suelen hacer repetidas visitas al centro de salud, en muchos casos sin una patología específica, o bien, por motivos de algias, somatizaciones y lesiones físicas con las siguientes características (7,23,24,31):

- Lesiones en los genitales, mamas y abdomen.
- Lesiones por defensa (en antebrazos y región dorsal).
- Lesiones en diferentes estadios de curación que indican violencia de largo tiempo de evolución.
- Lesión típica: rotura de tímpano.

Pueden alternar períodos de hiperfrecuentación y de abandono. Por otra parte, existe un retraso en la demanda de asistencia de las lesiones físicas y una incongruencia entre el tipo de lesión y la explicación de la causa (7,23,24,31).

En la esfera sexual, los problemas que presentan en la mayoría de las ocasiones son dolores crónicos pélvicos, vaginitis, infecciones urinarias de repetición, infecciones de transmisión sexual no justificadas con las prácticas sexuales, vaginismos, dismenorrea y anorgasmia (7,24,31).

También podemos encontrarnos con situaciones como consultas previas por maltrato, historia de abusos o acoso sexual, historia de depresión, abuso de sustancias tóxicas, trastornos de la alimentación y del sueño, ansiedad o intentos de suicidio (7,23,24,31).

- Revisión de la historia clínica para detectar datos en relación con el embarazo

Abortos, embarazos no deseados, sentimientos de rechazo durante el embarazo, embarazos y partos prematuros, embarazos de riesgo, retrasos en el cuidado prenatal, ausencias a las consultas prenatales o consultas frecuentes por disminución de percepción de los movimientos fetales (7,24,31).

Durante el puerperio existen también una serie de signos y síntomas que pueden hacer sospechar al personal sanitario que la mujer ha sufrido y está sufriendo violencia: desgarros o dehiscencia en la episiotomía, mala o lenta recuperación post-parto, petición de anticoncepción lo antes posible por presión de la pareja a reiniciar relaciones sexuales, mayor incidencia de hipogalactia y fracaso en la lactancia natural y retraso en la visita neonatal (7,24).

- Observación del comportamiento de la mujer:

Es primordial observar a la gestante durante la visita a la consulta. Existen una serie de actitudes por parte de la mujer que pueden ser indicadores de sospecha (7,15,24,31):

- Actitud de temor. Se muestra evasiva, incómoda y nerviosa. Puede mostrar signos de una posible intimidación por parte de su pareja.
- Rasgos depresivos, baja autoestima y sentimientos de culpa no justificados. Los casos graves pueden caracterizarse por síntomas de estrés postraumático y disociación.
- Desconfianza, ya sea por miedo, temor o vergüenza asociados con el abuso y la posibilidad de que podamos detectarlo. Pueden mostrar retraimiento e incomunicación evitando mirar a la cara.
- Ansiedad o angustia, indignación fuera de contexto, irritabilidad.
- Intenta ocultar sus lesiones o las justifica tratando de quitarlas importancia.
- También es posible que presente reacciones de sobresalto.
- Buscan la aprobación de la pareja.

- Observación del comportamiento de la pareja

El agresor normalmente muestra determinadas actitudes y conductas que pueden hacer sospechar al personal sanitario (7,15,24,31):

- Durante la consulta se muestra demasiado solícito, nunca deja sola a la mujer.
- Suele controlar la situación y contestar a las preguntas por ella. Si pedimos a la mujer que responda, él interrumpe para contestar o exponer a su manera el argumento.
- Se muestra hostil y/o colérico hacia el personal sanitario y la mujer.
- Puede mostrarse excesivamente “preocupado” o bien todo lo contrario, despreocupado, despectivo e irónico.

No obstante, investigar sobre el posible maltrato solamente cuando hay signos o síntomas de sospecha no es suficiente, los profesionales sanitarios deben adquirir la rutina de realizar una entrevista clínica específica a cada mujer gestante (29,58).

De acuerdo con el protocolo de la Asociación de Ginecólogos y Obstetras Americanos, es necesario efectuar una búsqueda activa de forma sistemática y por supuesto eficaz. Por ello, se debe preguntar al respecto a cada paciente en cada consulta prenatal y al menos una vez por trimestre. Asimismo, tiene que realizarse un cribado en la visita puerperal y en las visitas ginecológicas y de planificación familiar y de rutina. Hay que asumir que todas las pacientes están en riesgo de sufrir violencia (31).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), dirigiéndose al personal sanitario señala en su informe Violencia Contra las Mujeres, Un tema de Salud Prioritario, lo siguiente: *«No tenga miedo de preguntar. Contrariamente a la creencia popular, la mayoría de las mujeres están dispuestas a revelar el maltrato cuando se les pregunta en forma directa y no valorativa. En realidad, muchas están esperando silenciosamente que alguien les pregunte»* (7).

Es por ello, y como señalábamos anteriormente, que la sensibilidad y capacitación extremas por parte del personal sanitario deberá manifestarse estableciendo desde el primer momento una buena relación terapéutica con la mujer. Ello implica, no precipitar su testimonio, alentarla a poder expresarse con seguridad mostrando una escucha activa, empatía y confianza y transmitirla tranquilidad, apoyo y ayuda mediante visitas de seguimiento que le permitan ganar confianza y afrontar en un futuro su reconocimiento. La entrevista se debe realizar garantizando el consentimiento de la mujer y asegurando la confidencialidad y privacidad de la información que nos transmita. Se debe mostrar siempre una actitud de respeto hacia las decisiones que ella tome evitando culpabilizarla a pesar de que su decisión nos agrade o no, ya que esto conlleva a un aislamiento de la mujer y a una disminución de la confianza sobre los profesionales (7-9,15,31) (Anexo 5).

Para intervenir de una manera eficaz, resulta fundamental que desde las fases iniciales del seguimiento del embarazo encontremos un momento en el que podamos hablar con la mujer en privado, sin permitir la presencia de ninguna otra persona y le preguntemos por la posibilidad de estar sufriendo algún tipo de violencia. Deben de ser preguntas sencillas que puedan dar lugar a la mujer a exteriorizar el problema, directas y formuladas y adaptadas a cada mujer (7-9,15). La primera vez que se la pregunte es posible que niegue sufrir malos tratos, no obstante, queda una ventana abierta ya que la mujer percibe interés y preocupación por parte del personal sanitario, con lo cual la segunda vez que se la pregunte puede estar más predispuesta a darnos una respuesta afirmativa (3,29). Todas las respuestas deben quedar registradas en su historia clínica, de esta manera queda constancia de que hemos abordado el tema en cuestión y todo el equipo al que acuda la mujer está al corriente de su situación (31).

Los instrumentos de medición, detección y diagnóstico de violencia de género en el embarazo se han ido desarrollado principalmente en Estados Unidos desde finales de los años 70. Existen una serie de escalas y cuestionarios diseñados exclusivamente para la utilización en los servicios de urgencia, atención primaria y consultas prenatales cuya finalidad es identificar a la gestante que está siendo víctima de violencia, potenciar su capacidad de establecer decisiones con el objetivo de reducir la posibilidad de sufrir nuevos malos tratos y proporcionar un ambiente seguro para la mujer y su futuro hijo (59).

El Observatorio de Salud de las Mujeres realizó un análisis exhaustivo de los instrumentos de cribado y diagnóstico más utilizados a nivel internacional. Dentro de la heterogeneidad, existen una serie de escalas y cuestionarios más frecuentemente empleados para casos de violencia de género, concretamente en el embarazo. Los instrumentos de cribado y diagnóstico que han alcanzado una mayor popularidad son los siguientes (59):

- **Instrumentos de cribado**

Consisten fundamentalmente en pruebas o test rápidos para detectar “casos probables” de violencia de género (59):

-Abuse Assessment Screen (AAS): su objetivo es identificar a gestantes que sufren violencia física y sexual y cuantificar la gravedad y la frecuencia del maltrato. Es un cuestionario de 5 preguntas dirigidas a la experiencia de violencia física y sexual. Su brevedad y fiabilidad aumenta la efectividad de detección de las víctimas. Es el más empleado en EEUU, estando originalmente diseñado para ser aplicado en los servicios de cuidado prenatal. Este instrumento está validado al español por un grupo de investigadoras (59) (Anexo 6).

-Domestic Abuse Assessment Questionnaire: su objetivo es identificar la violencia doméstica en las pacientes embarazadas. Se trata de un cuestionario estandarizado y autoadministrado compuesto por 5 preguntas enfocadas al maltrato físico y emocional, abuso sexual y a los sentimientos de miedo hacia la pareja. Está diseñado para ser aplicado en servicios prenatales (59) (Anexo 7).

- **Instrumentos de diagnóstico**

Se aplican en una segunda fase, mediante un examen más cuidadoso para la confirmación y valoración de “casos sospechosos” de maltrato (59):

-Conflict Tactics Scales (CTS): está formado por 18 ítems divididos en 3 escalas con el objetivo de medir la violencia física y psicológica, así como la utilización del diálogo en la resolución de los conflictos familiares (59) (Anexo 8).

-Index of Spouse Abuse (ISA): está compuesto por 30 ítems divididos en 2 partes con el objetivo de evaluar el grado de severidad del maltrato físico y no físico infligido contra la mujer. Está principalmente elaborado para su uso en servicios clínicos. Ha sido realizada la validación y adopción al español (59) (Anexo 9).

Actualmente, la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia y la Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME) no cuentan con ningún protocolo concreto con respecto a este tema (60).

En el año 2008, la Comisión de Sanidad y Consumo del Senado insta a coordinar, impulsar y, en su caso, financiar actuaciones relativas a la *«inclusión sistemática de las acciones de detección precoz y atención adecuada de la violencia de género en todos los programas específicos, como pueden ser los de salud mental y atención del embarazo»* (3).

En el año 2014, se elabora la “Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio” a través del Sistema Nacional de Salud, con el objetivo de establecer una serie de disciplinas involucradas en el proceso de atención de la salud sexual y reproductiva. Dentro de la misma, sugiere que los profesionales mantengan una actitud de alerta ante los signos y síntomas de maltrato durante el proceso del embarazo (61). Sin embargo, a pesar de estas indicaciones, las actividades que se llevan a cabo en las diferentes CCAA en relación a la violencia durante el embarazo son muy escasas:

-Comunidad Valenciana: cuenta con un protocolo de asistencia sanitaria ante la violencia de género en el que incluye acciones de detección precoz en los programas específicos de atención al embarazo. Se debe emplear el cuestionario Abuse Assessment Screen (AAS) para las mujeres embarazadas (62) (Anexo 10).

-Cataluña: el programa de “Atención a la salud sexual y reproductiva” incluye el cribado proactivo de eventuales casos de violencia de género en el control y seguimiento del embarazo

y embarazos no deseados, existiendo un protocolo operativo “*Protocol per a l’abordatge de la violència masclista en l’àmbit de la salut a Catalunya; Document operatiu d’embarà*” específico para la violencia de género durante el embarazo. Esta actividad se realiza en la consulta y en un marco de privacidad, exclusivamente con la gestante (63).

-Castilla y León: sugiere la elaboración o adaptación de protocolos de atención a colectivos de especial vulnerabilidad, entre los que se encuentran las mujeres embarazadas. Establece que los profesionales de la salud deben de estar alerta ante los síntomas y signos de la violencia de género durante el embarazo, preguntando a las mujeres por posibles malos tratos en un ambiente en el que se sientan seguras, al menos en la primera visita prenatal, trimestralmente y en la revisión posparto (64) (Anexo 11) .

-Canarias: el programa de “Preparación a la maternidad y paternidad” hace mención a la formación y sensibilización sobre la violencia de género del personal sanitario involucrado en la atención a la mujer embarazada durante el embarazo, parto y puerperio (65).

-Galicia: en la “Guía técnica do proceso de atención ao embarazo normal” existe una parte en la que se menciona “valoración de la presencia de indicadores de sospecha de violencia de género” (66).

-Cantabria: en el II Plan de actuación: salud de las mujeres (2008-2011) se propone el objetivo de sensibilizar a los profesionales sanitarios sobre la violencia de género a mujeres gestantes, y propone como actuación incluir en el nuevo programa de preparación para la maternidad/paternidad contenidos de sensibilización, detección precoz y prevención del maltrato, ya que el protocolo del año 2007 que hasta ahora está vigente no lo cumple (67). Tras una revisión y modificación del mismo, en el último trimestre del año 2017 se prevé que estará aprobado y comenzará a ser difundido entre los profesionales sanitarios el nuevo protocolo de atención al embarazo y puerperio, el cual, si que contemplará los objetivos propuesto sobre la violencia de género para llevar a cabo en las consultas prenatales¹.

-Andalucía: se va a iniciar un proyecto de investigación financiado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad denominado “Análisis de la violencia de género en mujeres embarazadas que asisten a centros de atención primaria en Andalucía”, en 13 centros de atención primaria, en el que se van a emplear 3 sistemas de cribado distintos y en tiempos alternos durante las consultas prenatales para valorar y determinar cuál es el más indicado, el que detecta más víctimas y menos casos negativos para poder comenzar a utilizarlo. Además, se va a elaborar un protocolo y una guía para abordar la violencia durante el embarazo y otros documentos para prevención y sensibilización sobre este tema. Dicho proyecto será puesto en marcha en el momento que el Comité de Ética lo autorice².

La ausencia de instrumentos originales y validados para el cribado y diagnóstico de violencia de género durante el embarazo conlleva a una infradetección de casos de víctimas gestantes. Por este motivo, es importante promover el desarrollo y uso de sistemas de cribado fiables y válidos para una detección precoz, prevenir la aparición de nuevos episodios de violencia de género en el embarazo y proporcionar una adecuada asistencia sanitaria a la mujer (3).

¹(Movellán M [Comunicación Personal]. Mayo de 2017).

²(Velasco MC [Comunicación Personal]. Mayo de 2017).

3.1.3. Prevención terciaria

Es aquella que viene constituida por la propia intervención tras el diagnóstico y confirmación de la violencia, con el objetivo de reducir los efectos del problema y evitar recidivas a través de la actuación y cooperación de servicios y recursos implicados en su abordaje. Comporta además, enfoques centrados en la atención a largo plazo como la rehabilitación y reintegración, tratando de disminuir el trauma y discapacidad provocada por la violencia (16,23). La detección de la violencia de género por parte del personal sanitario conlleva a la ruptura del silencio, lo que supone el primer paso para la comprensión y visualización del problema. Cuando la mujer reconoce estar en una situación de maltrato se deberá realizar una valoración integral que incluya una exploración de las lesiones físicas, el estado emocional, su situación social y valorar el riesgo inmediato (7) (Anexo 12).

Se precisa advertir a la mujer embarazada de que el maltrato no se trata de un acto puntual y aislado sino de un proceso que se instaura y se cronifica en el tiempo. Ello implica que los episodios de violencia van a continuar tras el parto y el puerperio, cabiendo la posibilidad de que puedan extenderse a su futuro hijo y éste sea testigo de violencia doméstica. Esta observación ha de comunicarse a la futura madre con delicadeza pero de forma contundente para que dicho conocimiento constituya un factor motivacional, puesto que, la principal preocupación de una madre es proteger a su hijo. Es precisamente en este punto donde se deberá disponer de la colaboración de la mujer para evitar la prolongación de los malos tratos, sabiendo la misma de antemano que será cuidada y asistida para no continuar en su lamentable situación y poner fin a la violencia (3,31).

A partir de ese momento, se debe desarrollar una importante e inmediata labor de asistencia, apoyo y derivación de la mujer para restituir su proyecto de vida. El centro de salud o el hospital deben tener a su disposición todos los elementos necesarios, materiales y de personal, para ofrecer una atención correcta, así como poner a disposición de la mujer todos los recursos disponibles y remitir a ellos. Entre estos recursos, debemos tener en cuenta los otros profesionales del centro sanitario a los que se puede derivar a la mujer que necesita ayuda (7-9,15) (Anexo 13,14).

Sumados a los recursos disponibles para la atención a las víctimas de violencia de género, existen otros específicos para mujeres embarazadas entre las que se encuentra la asociación RedMadre. Esta asociación fue creada en febrero del año 2007 en Madrid a través de la Ley Integral de Apoyo a la Mujer Embarazada con el objetivo principal de regir apoyo, asesoramiento y ayuda a la gestante para enfrentarse y superar cualquier conflicto generado durante el embarazo. Respecto a la violencia de género, se realiza una valoración a la mujer que incluye una entrevista enfocada al maltrato (28). Principalmente atiende situaciones en las que la mujer ha sido obligada a abortar por parte de su pareja y necesitan ayuda psicológica, ya que en casos de peligro extremo y graves lesiones físicas, son derivadas a otras asociaciones sociosanitarias más especializadas en violencia de género³.

La violencia de género involucra a la víctima y al agresor, siendo la mujer en la que se centra toda la atención. Partiendo de que la violencia de género es un problema de carácter estructural con raíces culturales y educacionales, son necesarias intervenciones cognitivo-conductuales que refuercen la igualdad de actitudes y comportamientos en la relación de pareja. La labor de reeducar al hombre que ejerce violencia hacia la mujer supone una intervención que permita a la persona agresora tomar conciencia del problema que ha ocasionado en la víctima y asumir la responsabilidad del asunto (68).

³(Illera B. [Comunicación Personal]. Mayo de 2017)

La necesidad de actuar con el agresor viene determinada no sólo para favorecer la ruptura del ciclo de violencia in situ, sino también para la prevención de futuros casos y proteger a otras mujeres. Tras la separación o el divorcio de la pareja, es posible que el hombre establezca una nueva relación con otra mujer, con quien reproducirá de nuevo el acto de violencia (69).

Los profesionales sanitarios deben extremar la confidencialidad, evitando informar al maltratador sobre a mujer para protegerla e impedir que pueda llegar hasta ella. La entrevista con el agresor no es sencilla pero existen una serie de recomendaciones que pueden servir de ayuda y orientación (15,69):

- Hablar con un tono calmado y seguro, sin juzgar.
- Identificar comportamientos inaceptables y no dejarse intimidar.
- Abordar el problema hablando francamente.
- Permitirle reconocer sus comportamientos violentos y hacerse responsable de sus actos.
- Si tiene problemas psicológicos, toxicomanías o problemas psiquiátricos: ofertar servicios especializados.
- No presumir una rehabilitación espontánea (aunque se confiese avergonzado y arrepentido).
- Nunca debemos quitar importancia al relato de los malos tratos, el agresor va a intentar manipularnos y tomar el papel de víctima.
- Debemos insistirle en que su conducta es un delito que puede estar causando un grave daño la mujer y su futuro hijo.
- Es conveniente intentar hacer un esfuerzo para coger la distancia emocional necesaria para percibir la situación de forma objetiva.
- Debemos aconsejar que busque ayuda ante su comportamiento violento.

3.2. VIOLENCIA DE GÉNERO EN EL EMBARAZO Y EL PERSONAL DE ENFERMERÍA

El personal de enfermería adquiere una responsabilidad tanto ética como profesional sobre la violencia de género, desempeñando un rol importante en la prevención, detección y abordaje. En esencial que estos profesionales reconozcan la violencia de género como un fenómeno multifacético que acarrea consecuencias en la salud de la madre y el feto.

El Consejo General de Enfermería Español destaca que existen principalmente dos campos en el abordaje de la violencia de género: el educativo y el sanitario, sobre todo en el ámbito de la prevención, detección y rehabilitación de este problema. Aun siendo importantes las dos vertientes anteriores, seguramente la formación debería incluir el aprendizaje de la entrevista psicosocial, y fundamentalmente, la adquisición de ciertas habilidades, como la acogida, la escucha y la contención. Dadas las circunstancias y el incremento de este problema que estamos tratando de la violencia de género, cualquier añadido en la formación de los profesionales de enfermería, contribuirá indudablemente, a afrontarlo de manera rápida y efectiva (70).

En el ámbito sanitario se están desarrollando programas formativos encaminados a potenciar las habilidades de los enfermeros y enfermeras en detectar, informar y evaluar los malos tratos. Estudios realizados con personal de enfermería demuestran que la tasa autocomunicada de maltrato como causa de lesiones puede mejorar de un 7,5% hasta un 30% cuando la mujer es atendida por enfermeras formadas en la materia (70). Concretamente, el presidente de la enfermería gallega destaca la importancia del personal de enfermería en la atención e identificación de casos de violencia de género y hace especial hincapié sobre la

necesidad de profundizar en la detección, prevención y tratamiento de la violencia de género durante el embarazo (71).

Resulta evidente que es una responsabilidad del equipo de enfermería recibir y acoger a la víctima, participar en el seguimiento del proceso aportando apoyo psicológico y asesoramiento, así como garantizar unos cuidados continuos hasta su derivación y coordinación con otros servicios de atención a la mujer. Y en este punto hasta se podría apuntar el hecho de que además de la responsabilidad, resulta un privilegio, el poder detectar el problema y otorgar a la gestante la adecuada atención sanitaria, siendo indispensable un control obstétrico y psicológico, así como unos cuidados especiales por parte del personal de enfermería que esté implicado en el embarazo de la mujer (72).

Es importante y a la vez inevitable, la relación que las víctimas tengan con los profesionales de salud. Para muchas mujeres relatar lo que les ocurre resulta una posibilidad difícil de afrontar y además, muchas de las mujeres pueden llegar a mostrar una actitud evasiva, reacia o de inseguridad, por lo que los profesionales deben conocer todos los matices del proceso para realizar un abordaje correcto. El personal de enfermería tiene una especial relevancia en este tema dada la posición estratégica de la profesión ya que mantienen mayor tiempo con las usuarias de los centros de atención primaria y especializada. La cercanía y la continuidad de atención y cuidados que proporcionan a la paciente dan la oportunidad de convertir a estos profesionales en un pilar fundamental de apoyo y poder así establecer una buena alianza terapéutica. Deben mostrarse personas cercanas, de confianza y accesibles para facilitar la relación comunicativa, y por tanto, la verbalización del problema por parte de la víctima (72).

Las necesidades de estas mujeres son multidimensionales, por lo tanto, en cada consulta prenatal se debe aplicar un modelo de atención integral, considerando a cada mujer como un ser holístico, teniendo en cuenta los factores internos y externos que afectan a la salud de la mujer embarazada. De esta manera, se podrán apoyar sus acciones y proporcionar los cuidados dirigidos a satisfacer las necesidades de la mujer y evitar y/o disminuir el riesgo obstétrico. Esto significa que los cuidados prenatales deben ir más allá de los factores biológicos y reproductivos, prestando atención a la subjetividad ya que muchos de los problemas de salud vienen determinados por factores externos (72,73).

Dado que el personal de enfermería ejerce un papel crucial en el cuidado y protección de la mujer embarazada, durante todo el ciclo de la violencia deberá actuar como un agente activo a través de la coordinación de todas sus habilidades para proporcionar una mayor calidad asistencial en el abordaje del problema. La valoración debe centrarse en los indicadores de sospecha, abordando a la gestante de una manera biopsicosocial y comprobando el grado de violencia. La valoración y gravedad del problema dependerá del momento del ciclo en el que se encuentre la víctima y del tipo de violencia que esté sufriendo. Finalmente, en la violencia de género durante el embarazo, el proceso es individualizado ya que los casos difieren de una mujer a otra, y por tanto, se aplicarán unos cuidados específicos a cada gestante (72-74).

CONCLUSIONES

La violencia de género es una grave violación de los derechos humanos de la mujer que continúa estando en auge a pesar de los esfuerzos de distintas instituciones para combatirla y lograr su erradicación.

La base de desigualdad entre hombres y mujeres viene determinada por la socialización de género que ha sido establecida en nuestra cultura desde hace muchos años. Estos estereotipos de género han favorecido que el hombre interiorice una posición superior y de dominio frente a la mujer, dando lugar a una desvalorización del género femenino y pasando la mujer a un estado de dependencia y sumisión.

Para entender la violencia de género en el contexto del embarazo es importante no desvincularla del marco general de la violencia de género. Resulta pertinente partir de lo general e ir profundizando hacia lo específico y particular para así lograr comprender dicho fenómeno, y sobremanera, la problemática social y sanitaria que conlleva.

Existen gran cantidad de mitos relacionados con la violencia de género, llegando a distorsionar y confundir la realidad y consiguiendo el encubrimiento de ciertos fenómenos como es la existencia de violencia de género en el periodo del embarazo. Se trata de una asociación contradictoria, dado que el embarazo se entiende como una etapa de felicidad, unión y apoyo mutuo de la pareja en la que aparentemente no tiene lugar la violencia, por lo que es necesario destapar dicha creencia social y dar visibilidad a esta compleja realidad.

La gestante que sufre violencia de género se encuentra en una situación extremadamente complicada. Sumados a los cambios orgánicos y psicológicos propios del embarazo, la mujer también sufre las consecuencias derivadas del maltrato físico, psicológico o sexual, por lo que la violencia es grave un factor de riesgo para la salud de la madre y los resultados perinatales.

Como punto de partida para actuar sobre la violencia machista, es necesario hacer una reflexión personal y que exista una sensibilización previa sobre los principios e ideas que sustentan dicha lacra social. Sumado a lo anterior, sería adecuada una formación y educación que permitan obtener conocimientos, valores y actitudes para dar salida a este suceso y lograr transformar esa visión androcéntrica cuyo mayor grado de manifestación es la violencia de género.

Dado que la violencia de género en el embarazo compromete dos vidas y provoca efectos devastadores en la madre y el feto, resulta imprescindible la implicación y motivación del personal sanitario, ámbito que compete a los profesionales de enfermería.

El personal de enfermería, dentro del ejercicio de su profesión, constituye un elemento clave en el abordaje de la violencia de género ya que mantienen un contacto muy cercano con el paciente. Debe estar cualificado para detectar y prevenir casos de violencia de género, para prestar los cuidados específicos a la mujer que ha sufrido malos tratos y para educar a otros profesionales sobre dicha temática.

BIBLIOGRAFÍA

1. Secretario General Naciones Unidas. Poner fin a la violencia contra la mujer: de las palabras a los hechos [Internet]. Nueva York: Naciones Unidas; 2006 [acceso diciembre de 2016]. Disponible en http://www.un.org/womenwatch/daw/public/VAW_Study/VAW-Spanish.pdf
2. Ruíz Pérez I. Violencia contra la mujer y salud, Módulo 3 [Internet]. Escuela Andaluza de Salud Pública. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005 [acceso diciembre de 2016] Disponible en http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/04modulo_03.pdf
3. Velasco Juez M, Martín de las Heras S (dir), Martín Casares A (dir). Violencia de pareja durante el embarazo en mujeres que dan a luz en hospitales públicos de Andalucía [Tesis doctoral en Internet]. [Granada]: Universidad de Granada; 2015 [acceso diciembre de 2016]. Disponible en <http://0-hera.ugr.es.adrastea.ugr.es/tesisugr/24703308.pdf>
4. Valdez-Santiago R, Arenas-Monreal L, Hernández-Tezoquipa I. Experiencia de las parteras en la identificación de mujeres maltratadas durante el embarazo. Salud Pública Méx [revista en Internet]. 2004 [acceso diciembre de 2016]; 46(1): 56-63. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v46n1/a08v46n1.pdf>
5. Strada Bello O. Embarazo y violencia de género. En: XIII Congreso Nacional de la Asociación Española de Matronas: 16, 17, 18, 19 de Octubre de 2008 [Internet]. Alicante; 2008 [acceso diciembre de 2016].p.1-3. Disponible en http://www.aesmatronas.com/descargas/CONFERENCIAS_AESMATRONAS/06_MUJER_GENERO/06_VIOLENCIA_GENERO_EMBARAZO.pdf
6. Asamblea General de las Naciones Unidas. Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. 20 de diciembre de 1993. Asamblea General. Resolución A/RES/48/104. Nueva York; 1994.
7. Comisión contra la violencia de género. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género [Internet]. Madrid: Ed. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012 [acceso diciembre de 2016]. Disponible en http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/profesionalesInvestigacion/sanitario/docs/P_SanitarioVG2012.pdf
8. Comisión contra la violencia de género. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género [Internet]. Madrid: Ed. Ministerio de Sanidad y Consumo [acceso diciembre de 2016]. Disponible en <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/protocoloComun.pdf>
9. Servicio Cántabro de Salud. Protocolo de actuación sanitaria ante los malos tratos [Internet]. Ed. Gobierno de Cantabria. Conserjería de Sanidad. Dirección General de Salud Pública; 2007 [Acceso diciembre de 2016]. Disponible en <http://www.saludcantabria.es/uploads/pdf/profesionales/ProtocoloViolencia.pdf>

10. Fundación Fernando Pombo. Guía práctica para el asesoramiento legal a víctimas de violencia de género [Internet]; 2015 [acceso diciembre de 2016]. Disponible en https://www.um.es/estructura/unidades/u-igualdad/recursos/2015/Guia-Juridica_asesoramiento-legal-a-victimas-de-violencia-de-genero_FFPombo.pdf
11. Expósito F. Violencia de Género. Mente y Cerebro [revista en Internet]. 2011 [acceso diciembre de 2016]; 48: 20-25. Disponible en <http://www.investigacionyciencia.es/files/7283.pdf>
12. Menéndez Álvarez-Darter S, Pérez Padilla J, Lorence Lara B. La violencia de pareja contra la mujer en España: Cuantificación y caracterización del problema, las víctimas, los agresores y el contexto social y profesional. Psychosocial Intervention [revista en Internet]. 2013 [acceso diciembre de 2016]; 22 (1):41-53. Disponible en http://psychosocial-intervention.elsevier.es/es/la-violencia-pareja-contra-mujer/articulo/S1132055913700061/#.WPeGZ_mLTcs
13. Torres A, Lemos-Giráldez S, Herrero J. Violencia hacia la mujer: características psicológicas y de personalidad de los hombres que maltratan a su pareja. Anal Psicol [revista en Internet]. 2013 [acceso diciembre de 2016]; 29 (1):9-18. Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-97282013000100002
14. Buitrago Ramírez F et al. Recomendaciones para la prevención de los trastornos de la salud mental en atención primaria. Atent Primaria [revista en Internet]. 2014 [acceso diciembre de 2016]; 46 (4):59-74. Disponible en http://ac.els-cdn.com/S0212656714700514/1-s2.0-S0212656714700514-main.pdf?_tid=9a9264d0-42fe-11e7-aa62-00000aab0f6c&acdnat=1495904874_9d772a1a380601d15d8164e61528092c
15. Gobierno de Cantabria. Guía práctica de intervención en violencia de género. Cantabria. Dirección general de la mujer, Vicepresidenta del Gobierno de Cantabria; 2007.
16. Organización Mundial de la Salud y Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres. Prevención de la violencia sexual y violencia infligida por la pareja contra las mujeres: qué hacer y cómo obtener evidencias [Internet]. Washington, DC: Ed. Organización Panamericana de la Salud; 2011 [acceso enero de 2017]. Disponible en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44810/1/9789275316351_spa.pdf
17. Organización Mundial de la Salud (OMS). Violencia infligida por la pareja [Internet]; 2013 [acceso enero de 2017]. Disponible en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/98816/1/WHO_RHR_12.36_spa.pdf
18. De la Peña Palacios EM. Fórmulas para la igualdad nº 5. Violencia de Género [Internet]. Madrid: Ed. Fundación Mujeres; 2007 [acceso enero de 2017]. Disponible en <http://www.fundacionmujeres.es/maletincoeducacion/pdf/CUAD5horiz.pdf>
19. Ley de Cantabria 1/2004, de 1 de abril, Integral para la Prevención de la Violencia Contra las Mujeres y la Protección a sus Víctimas. Boletín Oficial de Cantabria (BOC). 26 de abril de 2004, núm 70, pág 16548-16553.
20. Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. Boletín Oficial del Estado (BOE). 29 de diciembre de 2004; núm 313, pág 42166-42197.

21. Ley 4/2015, de 27 de abril, del Estatuto de la víctima del delito. Boletín Oficial del Estado (BOE). 28 de abril de 2015; núm 101, pág 36569-36598.
22. Organización Panamericana de la Salud. La violencia doméstica durante el embarazo [Internet]. Programa Mujer, Salud y Desarrollo [acceso enero de 2017]. Disponible en <http://www.bvsde.paho.org/bvsamat/VAWPregnancysp.pdf>
23. Fernández Alonso MC et al. Violencia en la pareja: el papel del médico en la familia. Aten Primaria [revista en Internet]. 2003 [acceso enero de 2017]; 32(7):425-33. Disponible en <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-violencia-pareja-papel-del-medico-13053461>
24. Suárez Ramos A, Borrás Pruneda S, Frías Oncina I, Llamas Martínez MA, Vizueté Rebollo E. Protocolo Andaluz para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género [Internet]. Andalucía: Ed. Junta de Andalucía. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales; 2015 [acceso enero de 2017]. Disponible en http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/c_1_c_6_planos_estrategias/violencia_genero_2015/protocolo_violencia_genero.pdf
25. Hellmuth JC, Coop Gordon K, Stuart GL, Moore TM. Risk factors for intimate partner violence during pregnancy and postpartum. Arch Womens Ment Health [revista en Internet]. 2013 [acceso enero de 2017];16 (1):19–27. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3547143/pdf/nihms411388.pdf>
26. Silva EP, Ludermir AB, Araújo TV, Valongueiro SA. Frequency and pattern of intimate partner violence before, during and after pregnancy. Rev Saúde Pública [revista en Internet]. 2011 [acceso enero de 2017]; 45 (6): 1044-1053. Disponible en http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000600006&lng=en&nrm=iso&tlng=pt&ORIGINALLANG=pt
27. Campo M. Domestic and family violence in pregnancy and early parenthood. Overview and emerging interventions [Internet]. The Child Family Community Australia (CFCA); 2015 [acceso enero de 2017]. Disponible en <https://aifs.gov.au/cfca/sites/default/files/publication-documents/cfca-resource-dv-pregnancy.pdf>
28. Izquierdo Moreta A, del Pozo Pérez M (dir), Ibañez Martínez ML (dir). Desmontando mitos: la violencia de género en el embarazo [trabajo fin de máster en Internet]. [Salamanca]: Universidad de Salamanca, 2013 [acceso enero de 2017]. Disponible en https://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/122420/1/TFM_IzquierdoMoreta_Desmontando.pdf
29. Velasco Juez MC. Violencia de género en el embarazo [vídeo en Internet]. Burgos; 2011 [acceso febrero de 2017]. Disponible en <https://www.youtube.com/watch?v=kdqkZQPtORO>
30. Lorente Acosta, M. La construcción social del embarazo. Dependencia, vulnerabilidad y violencia [Internet]. [Acceso febrero de 2017]. Disponible en http://www.aesmatronas.com/descargas/CONFERENCIAS_AESMATRONAS/06_MUJER_GENERO/04_CONSTRUCCION_SOCIAL.pdf.

31. Velasco Juez MC. Recomendaciones para la detección precoz de la violencia en el embarazo. *Matronas Prof* [revista en Internet]. 2008 [acceso febrero de 2017]; 9(3):32-37. Disponible en <http://www.federacion-matronas.org/revista/matronas-profesion/sumarios/i/6822/173/recomendaciones-para-la-deteccion-precoz-de-la-violencia-en-el-embarazo>
32. Brownridge DA, Taillieu TL, Tyler KA, Tiwari A, Ko Ling Chan, Santos SC. Pregnancy and intimate partner violence: risk factors, severity, and health effects. *VAW* [revista en Internet]. 2011 [acceso febrero de 2017]; 17(7):858-881. Disponible en <http://digitalcommons.unl.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1158&context=sociologyfa> cpub
33. Sánchez-Chávez NP, Galván-Espinoza H, Reyes-Hernández U, Reyes-Gómez U, Reyes-Hernández KL. Factores Asociados al Maltrato Durante el Embarazo. *Bol Clin Hosp Infant Edo Son* [revista en Internet]. 2013 [acceso febrero de 2017]; 30(1): 8-15. Disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/bolclinhosinfson/bis-2013/bis131c.pdf>
34. Pérez-Rodríguez MR, López-Navarrete GE, León-López A. Violencia contra la mujer embarazada: un reto para detectar y prevenir daño en el recién nacido. *Acta Pediatr Mex* [revista en Internet]. 2008 [acceso febrero de 2017]; 29(5):267-72. Disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/actpedmex/apm-2008/apm085e.pdf>
35. World health organization (WHO). Intimate partner violence during pregnancy [Internet]; 2011 [acceso marzo de 2017]. Disponible en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70764/1/WHO_RHR_11.35_eng.pdf
36. Moura Bessa MM, Drezett J, Rolim M, de Abreu LC. Violence against women during pregnancy: sistematized revision. *Reprod Clim* [revista en Internet]. 2014 [acceso marzo de 2017]; 29(2):71-79. Disponible en http://ac.els-cdn.com/S1413208714000466/1-s2.0-S1413208714000466-main.pdf?_tid=057ddb58-2838-11e7-aa77-00000aacb361&acdnat=1492960853_caff98d65220dab71197cedd8cd4d818
37. Alhusen JL, Ray E, Sharps P, Bullock L. Intimate parter violence during pregnancy: maternal and neonatal outcomes. *J Womens Health* [revista en Internet]. 2015 [acceso marzo de 2017]; 24(1):100-106. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4361157/>
38. Lafaurie-Villamil MM et al. Violencia de la pareja íntima durante el embarazo y sus repercusiones en la salud mental. *Rev Cienc Cuidad* [revista en Internet]. 2015 [acceso marzo de 2017]; 12(2): 100-116. Disponible en <http://revistas.ufps.edu.co/ojs/index.php/cienciaycuidado/article/view/512/524>
39. Sanchez Montoya J, Palacios Alzaga G. Trastorno de estrés postraumático en el embarazo, parto y posparto. *Matronas Prof* [revista en Internet]. 2007 [acceso marzo de 2017]; 8 (1): 12-19. Disponible en <http://www.federacion-matronas.org/rs/234/d112d6ad-54ec-438b-9358-4483f9e98868/518/rglang/es-es/filename/vol8n1pag12-19.pdf>

40. Izagirre A, Calvete E. Intimate partner violence during pregnancy: Women's narratives about their mothering experiences. *Psychosocial Intervention* [revista en Internet]. 2014 [acceso marzo de 2017]; 23 (3): 209-215. Disponible en <http://scielo.isciii.es/pdf/inter/v23n3/06.pdf>
41. Lafaurie M. Intimate partner violence against women during pregnancy: a critical reading from a gender perspective. *Rev Colomb Enferm* [revista en Internet]. 2015 [acceso marzo de 2017]; 10 (1):64-77. Disponible en https://www.researchgate.net/profile/Maria_Lafaurie/publication/293192244_Violencia_de_la_pareja_intima_contra_las_mujeres_en_el_embarazo_una_lectura_critica_con_perspectiva_de_genero/links/56cb277c08ae96cdd06f9eb1.pdf
42. Arcos E, Uarac M, Molinal, Repossi A, Ulloa M. Impacto de la violencia doméstica sobre la salud reproductiva y neonatal. *Rev Méd Chile* [revista en Internet]. 2001 [acceso marzo de 2017]; 129(12): 1413-1424. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872001001200007&lng=es.
43. The American College of Obstetricians and Gynecologists. El tabaco, el alcohol, las drogas y el embarazo [Internet]; 2013 [acceso marzo de 2017]. Disponible en <http://www.acog.org/Patients/Search-Patient-Education-Pamphlets-Spanish/Files/El-tabaco-el-alcohol-las-drogas-y-el-embarazo>
44. González-Hachero J, Martínez Malagón MC. Repercusiones en los hijos de la drogadicción de los padres. *An Esp Pediat* [revista en Internet]. 1999 [acceso marzo de 2017]; 51 (1):4-8. Disponible en <https://www.aeped.es/sites/default/files/anales/51-1-2.pdf>
45. Federación de Mujeres Progresistas. "La salud sexual de las mujeres víctimas de la violencia de género" [Internet]; 2010 [acceso marzo de 2017]. Disponible en <http://www.fmujeresprogresistas.org/images/contenidos/informe%20salud%20sexual%20definitivo.pdf>
46. Comisión del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Informe Violencia de Género 2011 [Internet]. Madrid: Ed. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2011 [acceso abril de 2017]. Disponible en http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/INFORME_VG_2011.pdf
47. Comisión del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Informe Violencia de Género 2012 [Internet]. Madrid: Ed. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012 [acceso abril de 2017]. Disponible en http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/01-INFORME_VG_2012.pdf
48. Comisión del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Informe Violencia de Género 2013 [Internet]. Madrid: Ed. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2013 [acceso abril de 2017]. Disponible en http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/01-INFORME_VG_2013.pdf

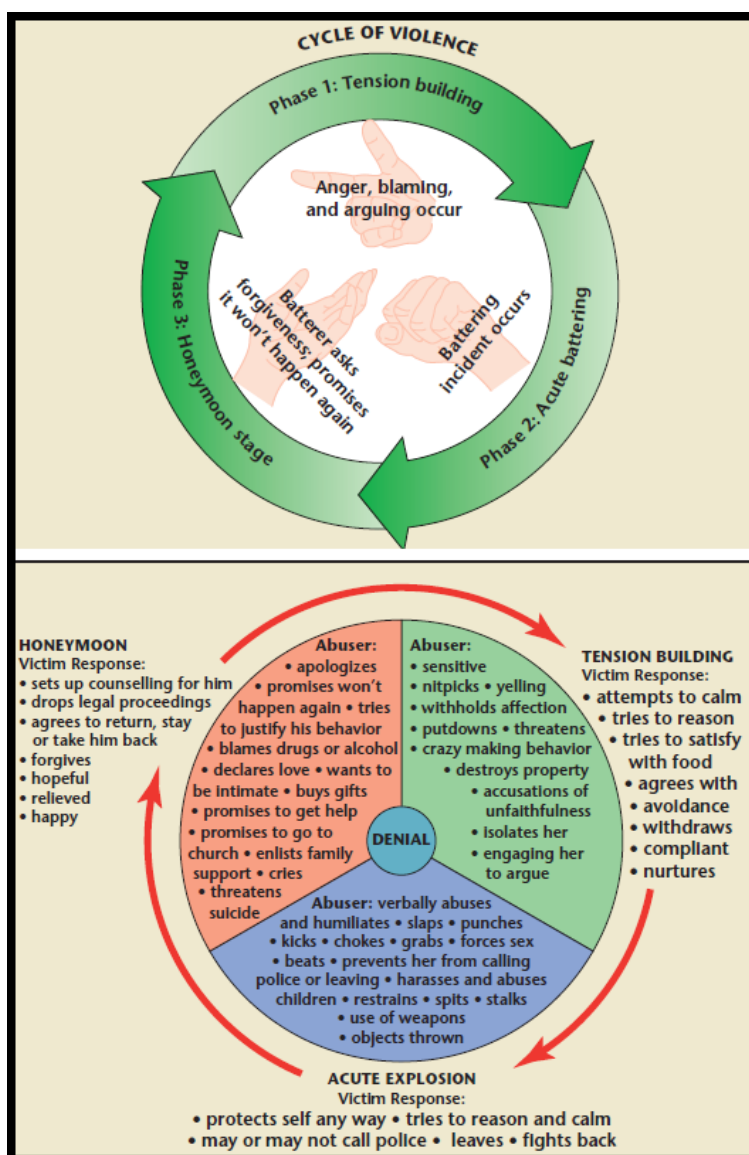
49. Organización Mundial de la Salud. Estudio Multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica: primeros resultados sobre prevalencia, eventos relativos a la salud y respuestas de las mujeres a dicha violencia: resumen del informe [Internet]. Suiza; 2005 [acceso abril de 2017]. Disponible en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43390/1/924359351X_spa.pdf
50. Devries KM et al. Intimate partner violence during pregnancy: prevalence data from 19 countries. *Reproductive Health Matters* [revista en Internet]. 2010 [acceso abril de 2017]; 18(36):158-170. Disponible en <http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1016/S0968-8080%2810%2936533-5?needAccess=true>
51. James L, Brody D, Hamilton Z. Risk factors for domestic violence during pregnancy : a meta-analytic review. *Violence and Victims* [revista en Internet]. 2013 [acceso abril de 2017]; 28(3):259-380. Disponible en https://www.researchgate.net/publication/249995549_Risk_Factors_for_Domestic_Violence_During_Pregnancy_A_Meta-Analytic_Review
52. Gómez-Fernández MA, Goberna-Tricas J, Payà-Sánchez M. Las matronas y la detección de la violencia en el embarazo. *Matronas Prof* [revista en Internet]. 2015 [acceso abril de 2017]; 16(4): 124-130. Disponible en <http://www.federacion-matronas.org/revista/matronas-profesion/sumarios/i/19769/173/las-matronas-y-la-deteccion-de-la-violencia-en-el-embarazo>
53. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Pregnancy and complex social factors: a model for service provision for pregnant women with complex social factors [Internet]. London; 2010 [acceso mayo de 2017]. Disponible en https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK62615/pdf/Bookshelf_NBK62615.pdf
54. Van Paris AS, Deschepper E, Michielsen K, Temmerman M, Verstraelen H. Prevalence and evolution violence before and during pregnancy: a cross - sectional study. *BCM Pregnancy & Childbirth* [revista en Internet]. 2014 [acceso mayo de 2017]; 14:294. Disponible en https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4159505/pdf/12884_2014_Article_1167.pdf
55. National Coalition Against Domestic Violence (NCADV). Pregnancy and Domestic Violence Facts [Internet]. [Acceso mayo de 2017]. Disponible en http://www.uua.org/sites/live-new.uua.org/files/documents/ncadv/dv_pregnancy.pdf
56. Bailey BA. Partner violence during pregnancy: prevalence, effects, screening, and management. *Int J of Women's Health* [revista en Internet]. 2010 [acceso mayo de 2017]; 2: 183-197. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2971723/pdf/ijwh-2-183.pdf>
57. Deshpande NA, Lewis- O'Connor A. Screening for intimate partner violence during pregnancy. *Rev Obstet Gynecol* [revista en Internet]. 2013 [acceso mayo de 2017]; 6 (3): 141-148. Disponible en https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4002190/pdf/RIOG006003_0141.pdf

58. Protocolo de actuación ante la violencia de género en el ámbito doméstico [Internet]. Canarias: Ed. Gobierno de Canarias. Consejería de Sanidad y Consumo. Servicio Canario de Salud. Dirección General de Programas Asistenciales; 2003 [acceso mayo de 2017]. Disponible en http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/en/profesionalesInvestigacion/protocolosAmbitoAutonomico/sanitario/docs/Protocolo_sanitario_Canarias.pdf
59. Unidad de Apoyo a la Investigación, Escuela Andaluza de Salud Pública. Catálogo de instrumentos para cribado y frecuencia del maltrato físico, psicológico y sexual [Internet]. Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Secretaría General de Sanidad. Ministerio de Sanidad y Consumo [acceso mayo de 2017]. Disponible en https://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/genero_vg_01.pdf
60. Martínez Galiano JM. Detección y atención a la violencia de género en el embarazo. Una asignatura pendiente. Enferm Glob [revista en Internet]. 2011 [acceso mayo de 2017]; 10(24): 352-357. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v10n24/enfermeria3.pdf>
61. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio [Internet]. Ed. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Junta de Andalucía; 2014 [acceso mayo de 2017]. Disponible en <https://saludcantabria.es/uploads/Guia%20Practica%20Clinica%20Atencion%20Embarazo%20y%20Puerperio%202014.%20Completa.pdf>
62. Protocolo para la atención sanitaria de la violencia de género [Internet]. Ed. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat; 2009 [acceso mayo de 2017]. Disponible en http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/profesionalesInvestigacion/protocolosAmbitoAutonomico/sanitario/docs/Protocolo_atencion_sanitaria_Valencia.pdf
63. Protocol per a l'abordatge de la violència masclista en l'àmbit de la salut a Catalunya. Dossier 1, Document operatiu d'embaràs [Internet]. Barcelona: Ed. Departament de Salut. Direcció General de Planificació i Avaluació; 2010 [acceso mayo de 2017]. Disponible en https://www.gencat.cat/salut/botss/html/ca/dir3612/abord_embaras.pdf
64. Protocolo para el control y seguimiento del embarazo de bajo riesgo en el área de Salamanca [Internet]. Ed. Sanidad de Castilla y León; 2015 [acceso mayo de 2017]. Disponible en <http://www.laalamedilla.org/GUIAS/Protocolo%20de%20Embarazo%20%20versi%C3%B3n%20definitiva%2030%20sept%202015.pdf>
65. Programa de atención a la salud afectivo-sexual y reproductiva. Preparación a la maternidad y paternidad [Internet]. Las Palmas de Gran Canaria: Ed. Gobierno de Canarias. Consejería de Sanidad. Servicio Canario de la Salud. Dirección General de Programas Asistenciales; 2008 [acceso mayo de 2017]. Disponible en <http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/feced7e9-a458-11df-aeed-9fdc164fb562/GUIAMaternidadLIBRO.pdf>

66. Guía técnica do proceso de atención ao embarazo normal [Internet]. Galicia: Ed. Xunta de Galicia, Servizo Galego de Saúde; 2008 [acceso mayo de 2017]. Disponible en <https://www.sergas.es/gal/Muller/docs/PMG03.pdf>
67. Comisión del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Informe Violencia de Género 2008 [Internet]. Madrid: Ed. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2008 [acceso mayo de 2017]. Disponible en <http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/informeViolenciaGenero2008/General.pdf>
68. Medina Maldonado VE, Parada Cores G, Medina Maldonado R. Un análisis sobre programas de intervención con hombres que ejercen violencia de género. *Enferm Glob* [revista en Internet]. 2014 [acceso mayo de 2017]; 35: 240-246. Disponible en <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v13n35/reflexion1.pdf>
69. Violencia y Salud [Internet] Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [acceso mayo de 2017]. Disponible en <https://www.msssi.gob.es/eu/ciudadanos/violencia/prevencion/indiceContenidos.htm>
70. Calvo González G, Camacho Bejarano. La violencia de género: evolución, impacto y claves para su abordaje. *Enferm Glob* [revista en Internet]. 2014 [acceso mayo de 2017]; 13(33): 424-439. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v13n33/enfermeria.pdf>
71. Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España [Internet]. Sala de Prensa ; 2016 [acceso mayo de 2017]. Disponible en <http://www.consejogeneralenfermeria.org/index.php/sala-de-prensa/noticias/item/12603-reclaman-un-plan-de-cuidados-especifico-para-victimas-de-violencia-de-genero-en-galicia>
72. Pérez García C, Manzano Felipe MA. La práctica clínica enfermera en el abordaje de la violencia de género. *Cultura de los Cuidados* [revista en Internet]. 2014 [acceso mayo de 2017]; 40: 107-115. Disponible en https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/43947/1/Cultura-Cuidados_40_14.pdf
73. Villas Boas S, Vasconcelos Moura MA, Rangel da Silva L, Azevedo Queiroz AB, Ventura de Souza K, Albuquerque Netto L. Intimate partner violence against pregnant women: the environment according to Levine's nursing theory. *Rev Esc Enferm USP* [revista en Internet]. 2015 [acceso mayo de 2017]; 49 (6):882-888. Disponible en <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n6/0080-6234-reeusp-49-06-0882.pdf>
74. Linares Cano JN. Análisis e intervención de enfermería en la violencia de género. Importancia del diagnóstico dentro del equipo de salud. En: III Congreso para el estudio de la violencia contra las mujeres. 26 y 27 de noviembre de 2012. Palacio de Exposiciones y Congresos de Granada [Internet]. Granada; 2012 [acceso mayo de 2017]. Disponible en <http://www.violenciageneroasistenciavictimas.es/index.php/lineas-de-actuacion/congreso-vg/iii-congreso/articulos-cientifico-tecnicos/136-analisis-e-intervencion-de-enfermeria-en-la-violencia-de-genero-importancia-del-diagnostico-dentro-del-equipo-de-salud>

ANEXOS

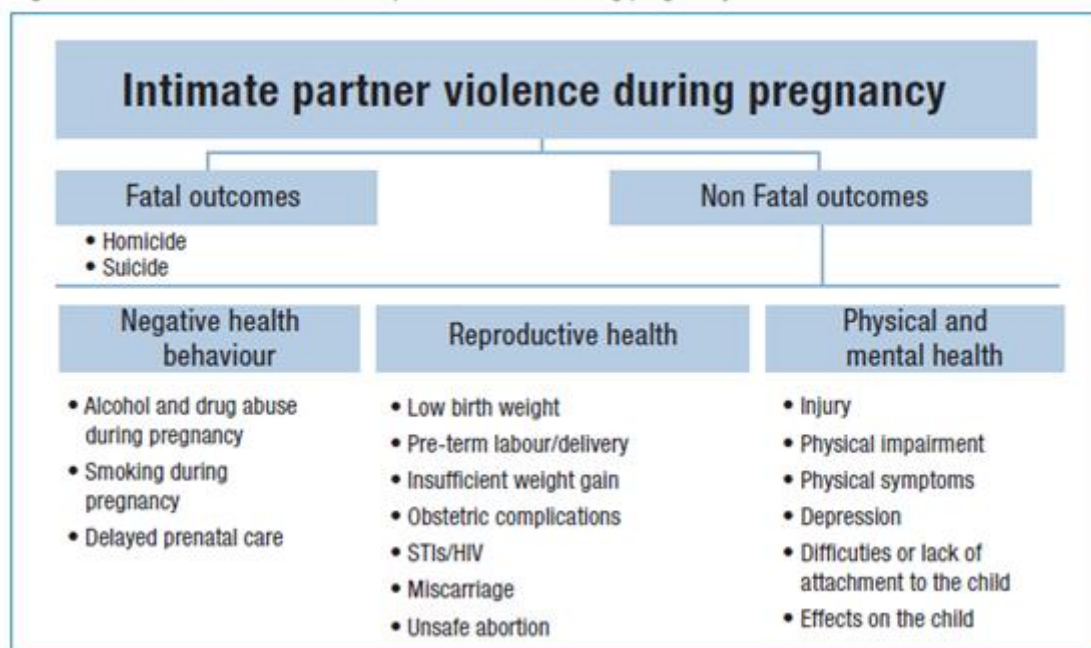
ANEXO 1. Teoría del ciclo de la violencia de género.



Fuente: Deshpande NA, Lewis-O'Connor A. Screening for Intimate Partner Violence During Pregnancy (57).

ANEXO 2. Consecuencias de la violencia de género en el embarazo.

Figure 2. Health outcomes of intimate partner violence during pregnancy.



Fuente: World health organization (WHO) (35).

Tabla 1. Consecuencias de la violencia durante el embarazo		
Para la mujer	Para el feto	Para el niño
• Estrés, depresión y abuso de drogas, alcohol y tabaco • Infecciones: corioamnionitis e infecciones urinarias • Sangrado vaginal • Hipertensión arterial • Cesáreas y partos instrumentados	• Aborto espontáneo o interrupción voluntaria del embarazo • Prematuridad • Bajo peso al nacimiento • Aumento del riesgo de muerte perinatal	• Alteraciones del desarrollo psicológico y físico • Comportamientos violentos en la infancia y la adolescencia (abuso de tóxicos) • Ansiedad, depresión, mal rendimiento escolar, poca autoestima

Fuente: Gómez-Fernández MA, Goberna-Tricas J, Payà-Sánchez M. Las matronas y la detección de la violencia en el embarazo (52).

	Bebés y lactantes	Edad preescolar	Edad escolar	Adolescentes
Conductual	Irritabilidad	- Agresividad - Problemas de conducta	- Agresividad - Problemas de conducta - Desobediencia - Evita ir a casa	- Conducta violenta - Fugas - Delincuencia - Evita ir a casa - Efectos del abuso de sustancias
Psíquica	Angustia	- Miedo, ansiedad, tristeza - Preocupación por la madre - Trastorno de estrés postraumático (TEP) - Dificultades afectivas - Uso de la fantasía - Sentimientos de culpabilidad	- Miedo, ansiedad, depresión - Baja autoestima - Culpabilidad, vergüenza - TEP - Desconexión emocional - Ideas culpabilizadoras	- Depresión, ideas suicidas, TEP - Insensibilidad ante las emociones
Física	Problemas para dormir y comer	- Alto nivel de actividad, intentos de llamar la atención y de aferrarse - Actos regresivos	- Peso - Desarrollo madurativo	- Relaciones sexuales precoces - Embarazo en adolescentes
Cognitiva	Dificultad de comprensión	- Comprensión limitada	- Culpa - Problemas de rendimiento escolar - Actitudes a favor de la violencia	- Actitudes a favor de la violencia
Social		- Problemas de interacción con sus iguales o personas adultas - Relación ambivalente con la madre	- Menos y peor calidad en las relaciones con sus iguales	- Conductas violentas en las relaciones de pareja

Fuente: Suárez Ramos A, Borrás Pruneda S, Frías Oncina I, Llamas Martínez MA, Vizuite Rebollo E. Protocolo Andaluz para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género (24).

ANEXO 3. Barreras para identificar la violencia de género.

POR PARTE DE LAS MUJERES

- ✓ Miedos (a la respuesta de su pareja, a no ser entendida y ser culpabilizada, a que no se respete la confidencialidad, a no ser capaz de iniciar una nueva vida, a las dificultades económicas, judiciales, sociales, a lo que ocurra con sus hijos...).
- ✓ Baja autoestima, culpabilización.
- ✓ Estar viviendo una situación de especial vulnerabilidad (ver apartado 5, pág. 26-31)
- ✓ Ser dependiente económicamente. Estar fuera del mercado laboral.
- ✓ Sentimientos de vergüenza y humillación.
- ✓ Deseo de proteger a la pareja.
- ✓ Desconfianza en el sistema sanitario.
- ✓ Minimización de lo que le ocurre.
- ✓ Aislamiento y falta de apoyo familiar y social.
- ✓ Tener incorporadas creencias y valores sexistas.
- ✓ Estar acostumbradas a ocultarlo.
- ✓ Percepción del maltrato como algo «normal» dentro de la relación.
- ✓ Bloqueo emocional por trauma físico y psíquico.

POR PARTE DE LOS HIJOS O HIJAS

- ✓ Considerar la violencia como una forma de conducta normalizada.
- ✓ Negar la violencia como mecanismo de defensa.
- ✓ Miedo a ser castigados/as o sufrir daños si cuentan la situación.
- ✓ Tener sentimiento de responsabilidad y culpa.
- ✓ El niño o niña viven un conflicto de lealtades entre su madre y su padre.
- ✓ Dificultad para exteriorizar sentimientos al ver a la madre cargada de dolor y angustiada.

POR PARTE DEL PERSONAL SANITARIO

- ✓ Estar inmersos en el mismo proceso de socialización sexista que el resto de la sociedad.
- ✓ Haber internalizado mitos y estereotipos sobre la violencia de género.
- ✓ No considerar la violencia como un problema de salud.
- ✓ Vivir y/o haber vivido experiencias personales respecto a la violencia.
- ✓ Creencia de que la violencia no es tan frecuente.
- ✓ Intento de racionalización de la conducta del agresor.
- ✓ Miedo a ofender a la mujer, a empeorar la situación, por su seguridad o por la propia integridad.
- ✓ Desconocimiento de las estrategias para el manejo de estas situaciones.
- ✓ Formación fundamentalmente biologicista (no abordaje de problemas psicosociales).
- ✓ Escasa formación en habilidades de comunicación en la entrevista clínica.
- ✓ Desconocer que los hijos e hijas también son víctimas de violencia de género.
- ✓ Creer que la situación de maltrato, si no es directa, no está afectando a la salud de los menores.

EN EL CONTEXTO DE LA CONSULTA

- ✓ Falta de privacidad e intimidad, interrupciones durante la consulta.
- ✓ Sobrecarga asistencial.
- ✓ Acceso de la mujer a la consulta acompañada de su pareja.

EN EL ÁMBITO SANITARIO

- ✓ Falta de conocimiento y coordinación entre los distintos recursos.
- ✓ Insuficiente trabajo interdisciplinar y de equipo.
- ✓ Insuficiente alcance de programas de formación en Violencia de Género, a la totalidad de profesionales de servicios sanitarios.
- ✓ Insuficiente desarrollo de mecanismos facilitadores del acceso a los cursos de formación sobre Violencia de Género al personal sanitario.
- ✓ Escasez de traductores/as y mediadores/as interculturales para facilitar la comunicación.

Fuente: Comisión contra la violencia de género. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género (7).

ANEXO 4. Indicadores de sospecha de la violencia de género durante el embarazo.

Tabla 1. Indicadores de sospecha de violencia de género durante el embarazo	
Antecedentes conductuales de la mujer	Antecedentes gineco-obstétricos
• Maltratos en la infancia • Historia de conductas de evasión: abuso de alcohol, drogas o psicofármacos • Historia de intentos de suicidio • Historia de accidentes repetidos • Trastornos de la conducta alimentaria	• Lesiones en los genitales, el abdomen o los pechos (principalmente durante el embarazo) • Dispareunia, dolor pélvico e infecciones genitales repetidas/ infecciones de transmisión sexual • Ausencia de control de la fecundidad • Retraso en la solicitud de atención prenatal • Historia de abortos o de interrupciones voluntarias del embarazo repetidas
Motivos de consulta/utilización de los servicios sanitarios	Presentación de lesiones durante la consulta
• Síntomas somáticos/psicológicos repetidos • Alternancia de hiperfrecuentación con periodos de largas ausencias • Incumplimiento de citas y de tratamientos • Hospitalizaciones frecuentes sin diagnósticos que lo justifiquen	• Retraso en la asistencia por lesiones físicas • Incongruencia entre el tipo de lesión y la explicación del motivo • Distribución central de las lesiones o en zonas escondidas por la ropa • Lesiones en diferentes momentos de curación • Lesiones por defensa (p. ej., cara interna del antebrazo)
Actitud o estado de la mujer durante la consulta	Actitud de la pareja
• Rasgos depresivos y de desánimo • Actitud de temor o evasión • Estado de ansiedad o angustia, agresividad • Justificación de las lesiones • Si está presente la pareja, busca su aprobación y muestra temor en las respuestas	• Solicita estar presente durante toda la visita • Control sobre todo lo que dice la mujer: contesta él o la interrumpe para precisar o matizar su relato • Demostrar excesiva preocupación o cuidado • Mostrarse nervioso, e incluso hostil o agresivo, con su pareja o con el profesional sanitario

Fuente: Gómez-Fernández MA, Goberna-Tricas J, Payà-Sánchez M. Las matronas y la detección de la violencia en el embarazo (52).

ANEXO 5. Recomendaciones para la entrevista clínica ante sospecha de maltrato.

- ✓ Ver a la mujer sola, asegurando la confidencialidad. En el caso de que tenga hijos e hijas, velar para que no estén presentes en la entrevista.
- ✓ Observar las actitudes y estado emocional (a través del lenguaje verbal y no verbal).
- ✓ Facilitar la expresión de sentimientos.
- ✓ Mantener una actitud empática, que facilite la comunicación, con una escucha activa.
- ✓ Seguir una secuencia lógica de preguntas más generales e indirectas a otras más concretas y directas.
- ✓ Abordar directamente el tema de la violencia.
- ✓ Expresar claramente que nunca está justificada la violencia en las relaciones humanas.

En el caso de que reconozca sufrir malos tratos:

- ✓ Hacer sentir a la mujer que NO es culpable de la violencia que sufre.
- ✓ Creer el relato de la mujer, sin poner en duda la interpretación de los hechos, sin emitir juicios, intentando quitar miedo a la revelación del abuso.
- ✓ Ayudarle a pensar, a ordenar sus ideas y a tomar decisiones.
- ✓ Alertar a la mujer de los riesgos y aceptar su elección.
- ✓ NO dar la impresión de que todo se va a arreglar fácilmente.
- ✓ NO dar falsas esperanzas.
- ✓ NO criticar la actitud o ausencia de respuesta de la mujer con frases como: "¿Por qué sigue con él?; Si usted quisiera acabar, se iría...".
- ✓ NO infravalorar la sensación de peligro expresada por la mujer.
- ✓ NO recomendar terapia de pareja ni mediación familiar.
- ✓ NO prescribir fármacos que disminuyan la capacidad de reacción de la mujer. y cuando sean necesarios, hacerlo con estricto control médico.
- ✓ NO adoptar una actitud paternalista.
- ✓ NO imponer criterios o decisiones.

Fuente: Comisión contra la violencia de género. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género (7).

ANEXO 6. Abuse Assessment Screen.

Abuse Assessment Screen (Circle YES or NO for each question)

1. Have you ever been emotionally or physically abused by your partner or someone important to you? YES NO

2. Within the last year, have you been hit, slapped, kicked, or otherwise physically hurt by someone? YES NO

If YES, by whom (circle all that apply)

Husband Ex-husband Boyfriend Stranger Other Multiple

Total No. of times _____

3. Since you've been pregnant, have you been hit, slapped, kicked, or otherwise physically hurt by someone? YES NO

If YES, by whom (circle all that apply)

Husband Ex-husband Boyfriend Stranger Other Multiple

Total No. of times _____

Mark the area of injury on a body map

Score each incident according to the following scale:

1 = Threats of abuse, including use of a weapon
 2 = Slapping, pushing; no injuries and/or lasting pain
 3 = Punching, kicking, bruises, cuts, and/or continuing pain
 4 = Beaten up, severe contusions, burns, broken bones
 5 = Head, internal, and/or permanent injury
 6 = Use of weapon, wound from weapon

(If any of the descriptions for the higher number apply, use the higher number)

4. Within the last year, has anyone forced you to have sexual activities? YES NO

If YES, by whom (circle all that apply)

Husband Ex-husband Boyfriend Stranger Other Multiple

Total No. of times _____

5. Are you afraid of your partner or anyone you listed above? YES NO

Figure 5. Abuse Assessment Screen for intimate partner violence. Reprinted with permission from Soeken KL et al.²

Fuente: Unidad de Apoyo a la Investigación, Escuela Andaluza de Salud Pública. Catálogo de instrumentos para cribado y frecuencia del maltrato físico, psicológico y sexual (59).

ANEXO 7. Domestic Abuse Assessment Questionnaire.

Answer yes or no

1. Have you ever been emotionally or physically abused by your partner or someone important to you?
2. Within the last year, have you been hit, slapped, kicked, or otherwise physically hurt by someone?
3. Since your pregnancy began, have you been hit, slapped, kicked, or otherwise physically hurt by someone?
4. Within the last year, has anyone forced you to have sexual activities?
5. Are you afraid of your partner or anyone else?

A "yes" response on any question is considered positive for partner violence.

Fuente: Unidad de Apoyo a la Investigación, Escuela Andaluza de Salud Pública. Catálogo de instrumentos para cribado y frecuencia del maltrato físico, psicológico y sexual (59).

ANEXO 8. Conflict Tactics Scales (CTS).

RESPONDENT-IN THE PAST YEAR - HUSBAND/PÁRTNER IN THE PAST YEAR

0: Never; 1: Once; 2: Twice; 3: 3-5 Times; 4: 6-10 Times; 5: 11-20 Times; 6: More than 20 Times; X: Don't Know

EVER HAPPENED

1 Yes

2 No

X Don't Know

	78. RESPONDENT-IN THE PAST YEAR								79. HUSBAND/PÁRTNER IN THE PAST YEAR								80. EVER HAPPENED		
	0	1	2	3	4	5	6	X	0	1	2	3	4	5	6	X	1	2	X
a. Discussed the issue calmly	0	1	2	3	4	5	6	X	0	1	2	3	4	5	6	X	1	2	X
b. Got information to hack up (your/his) side of things	0	1	2	3	4	5	6	X	0	1	2	3	4	5	6	X	1	2	X
c. Brought in or tried to bring in someone to help settle things	0	1	2	3	4	5	6	X	0	1	2	3	4	5	6	X	1	2	X
d. Insulted or swore at the other one	0	1	2	3	4	5	6	X	0	1	2	3	4	5	6	X	1	2	X
e. Sulked and/or refused to talk about it	0	1	2	3	4	5	6	X	0	1	2	3	4	5	6	X	1	2	X
f. Stomped out of the room or house (or yard)	0	1	2	3	4	5	6	X	0	1	2	3	4	5	6	X	1	2	X
g. Cried	0	1	2	3	4	5	6	X	0	1	2	3	4	5	6	X	1	2	X
h. Did or said something to spite the other one	0	1	2	3	4	5	6	X	0	1	2	3	4	5	6	X	1	2	X
i. Threatened to hit or throw something at the other one	0	1	2	3	4	5	6	X	0	1	2	3	4	5	6	X	1	2	X
j. Threw or smashed or hit or kicked something	0	1	2	3	4	5	6	X	0	1	2	3	4	5	6	X	1	2	X
k. Threw something at the other one	0	1	2	3	4	5	6	X	0	1	2	3	4	5	6	X	1	2	X
l. Pushed, grabbed, or shoved the other one	0	1	2	3	4	5	6	X	0	1	2	3	4	5	6	X	1	2	X
m. Slapped the other one	0	1	2	3	4	5	6	X	0	1	2	3	4	5	6	X	1	2	X
n. Kicked, bit, or hit with a fist	0	1	2	3	4	5	6	X	0	1	2	3	4	5	6	X	1	2	X
o. Hit or tried to hit with something	0	1	2	3	4	5	6	X	0	1	2	3	4	5	6	X	1	2	X
p. Beat up the other one	0	1	2	3	4	5	6	X	0	1	2	3	4	5	6	X	1	2	X
q. Threatened with a knife or gun	0	1	2	3	4	5	6	X	0	1	2	3	4	5	6	X	1	2	X
r. Used a knife or gun	0	1	2	3	4	5	6	X	0	1	2	3	4	5	6	X	1	2	X
s. Other (PROBE):	0	1	2	3	4	5	6	X	0	1	2	3	4	5	6	X	1	2	X

79. And what about your (husband/partner)? Tell me how often he (ITEM) in the past year.

For each item circled either "Never" or "Don't Know" for BOTH respondent and partner, ask:

80. Did you or your (husband/partner) ever (ITEM)?

Fuente: Unidad de Apoyo a la Investigación, Escuela Andaluza de Salud Pública. Catálogo de instrumentos para cribado y frecuencia del maltrato físico, psicológico y sexual (59).

ANEXO 9. Index of Spouse Abuse.

1. Never
2. Rarely
3. Occasionally
4. Frequently
5. Very frequently

Please begin.

- | | |
|--|-------|
| 1. My partner belittles me (1) | _____ |
| 2. My partner demands obedience to his whims (17) | _____ |
| 3. My partner becomes surly and angry if I tell him he is drinking too much (15) | _____ |
| 4. My partner makes me perform sex acts that I do not enjoy or like (50) | _____ |
| 5. My partner becomes very upset if dinner, housework or laundry is not done when he thinks it should be (4) | _____ |
| 6. My partner is jealous and suspicious of my friends (8) | _____ |
| 7. My partner punches me with his fists (75) | _____ |
| 8. My partner tells me I am ugly and unattractive (26) | _____ |
| 9. My partner tells me I really couldn't manage or take care of myself without him (8) | _____ |
| 10. My partner acts like I am his personal servant (20) | _____ |
| 11. My partner insults or shames me in front of others (41) | _____ |
| 12. My partner becomes very angry if I disagree with his point of view (15) | _____ |
| 13. My partner threatens me with a weapon (82) | _____ |
| 14. My partner is stingy in giving me enough money to run out home (8) | _____ |
| 15. My partner belittles me intellectually (20) | _____ |
| 16. My partner demands that I stay home to take care of the children (14) | _____ |
| 17. My partner beats me so badly that I must seek medical help (98) | _____ |
| 18. My partner feels that I should not work or go to the school (21) | _____ |
| 19. My partner is not a kind person (13) | _____ |
| 20. My partner does not want me to socialize with female friends (18) | _____ |
| 21. My partner demands sex whether I want it or not (52) | _____ |
| 22. My partner screams and yells at me (38) | _____ |
| 23. My partner slaps me around my face and head (80) | _____ |
| 24. My partner becomes abusive when he drinks (65) | _____ |
| 25. My partner orders me around (29) | _____ |
| 26. My partner has no respect for my feelings (39) | _____ |
| 27. My partner acts like a bully towards to me (44) | _____ |
| 28. My partner frightens me (55) | _____ |
| 29. My partner treats me like a dunce (29) | _____ |
| 30. My partner acts like he would like to kill me (80) | _____ |

The number in parentheses represents the item weights.

Fuente: Unidad de Apoyo a la Investigación, Escuela Andaluza de Salud Pública. Catálogo de instrumentos para cribado y frecuencia del maltrato físico, psicológico y sexual (59).

ANEXO 10. Abuse Assessment Screen del protocolo de la Comunidad Valenciana.

1. En alguna ocasión, ¿ha sufrido maltrato emocional, físico o sexual por parte de su marido/pareja o por una persona importante para usted?

NO ☐_0 → FIN CUESTIONARIO

SÍ ☐_1

¿Qué edad tenía usted?			¿Durante cuánto tiempo?		
_____ años			_____ años		
¿Quién lo hizo? (varias respuestas posibles) (Ver códigos en lista inferior)					
1	7	13			
2	8	14			
3	9	15			
4	10	16			
5	11	17			
6	12	18			
(Especificar).....					

2. Durante el último año, ¿le han humillado, insultado, menospreciado, gritado, amenazado, asustado, controlado su vida o ha sufrido otra forma de maltrato emocional?

NO ☐_0

SÍ ☐_1

¿Quién lo hizo? (varias respuestas posibles) (Ver códigos en lista inferior)			¿Con qué frecuencia?	
			ALGUNAS VECES ☐ _1 FRECUENTEMENTE ☐ _2 MUY FRECUENTEMENTE ☐ _3	
1	7	13		
2	8	14		
3	9	15		
4	10	16		
5	11	17		
6	12	18		
(Especificar).....				

3. Durante el último año, ¿le han empujado, abofeteado, golpeado, dado patadas o ha sufrido otra forma de maltrato físico?

NO ☐_0

SÍ ☐_1

¿Quién lo hizo? (varias respuestas posibles) (Ver códigos en lista inferior)			¿Cuántas veces?	

1	7	13		
2	8	14		
3	9	15		
4	10	16		
5	11	17		
6	12	18		
(Especificar).....				

4. Durante el último año, ¿le han forzado a mantener relaciones sexuales?

NO ☐_0

SÍ ☐_1

¿Quién lo hizo? (varias respuestas posibles) (Ver códigos en lista inferior)			¿Cuántas veces?	

1	7	13		
2	8	14		
3	9	15		
4	10	16		
5	11	17		
6	12	18		
(Especificar).....				

5. Desde que está embarazada, ¿le han humillado, insultado, menospreciado, gritado, amenazado, asustado, controlado su vida o ha sufrido otra forma de maltrato emocional?

NO ☐₀
SÍ ☐₁

¿Quién lo hizo? (ver respuestas posibles) (Ver códigos en lista inferior)			¿Con qué frecuencia?
1	7	13	ALGUNAS VECES ☐ ₁
2	8	14	FRECUENTEMENTE ☐ ₂
3	9	15	MUY FRECUENTEMENTE ☐ ₃
4	10	16	
5	11	17	
6	12	18	(Especificar).....

6. Desde que está embarazada, ¿le han empujado, abofeteado, golpeado, dado patadas o ha sufrido otra forma de maltrato físico?

NO ☐₀
SÍ ☐₁

¿Quién lo hizo? (ver respuestas posibles) (Ver códigos en lista inferior)			¿Cuántas veces?
1	7	13	
2	8	14	
3	9	15	
4	10	16	
5	11	17	
6	12	18	(Especificar).....

Si el caso es positivo:

¿Es la primera vez que se identifican, en los servicios sanitarios, los malos tratos que sufre actualmente?

NO ☐₀
SÍ ☐₁

¿Durante cuánto tiempo sufre los malos tratos actuales? años

Lista de códigos para identificar quién lo hizo	
1	Marido/Pareja
2	Ex marido/Ex pareja
3	Novio
4	Ex novio
5	Padre, padrastro o compañero de la madre
6	Madre, madrastra o compañera del padre
7	Suegro
8	Suegra
9	Hijo
10	Hija
11	Hermano
12	Hermana
13	Tío u otro hombre del ámbito familiar
14	Tía u otra mujer del ámbito familiar
15	Hombre conocido no perteneciente al ámbito familiar
16	Mujer conocida no perteneciente al ámbito familiar
17	Desconocido
18	Otros (especificar).....

RESULTADO DEL CRIBADO:

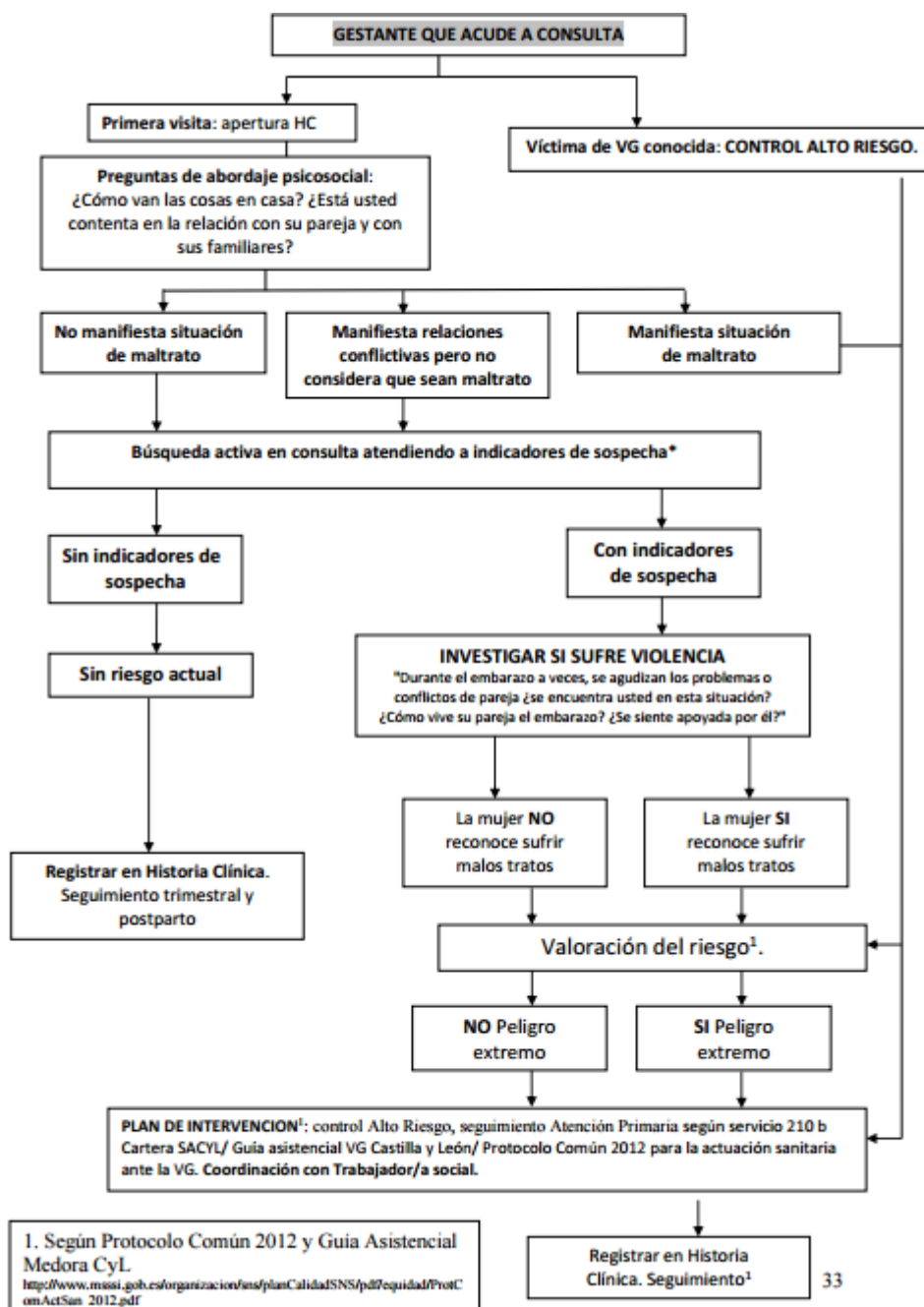
NEGATIVO ☐ VERDADERO NEGATIVO
☐ POSIBLE

**POSITIVO ☐ Entregar el DA
☐ Cumplimentar 'Informe Médico por Presunta Violencia de Género/Doméstica (Adultos)'

** Se considera un **CASO POSITIVO**, si responde **afirmativamente** a algunas de las preguntas de la número 2 a la 6

Fuente: Protocolo para la atención sanitaria de la violencia de género. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat (62).

ANEXO 11. Cribado del protocolo para el control y seguimiento del embarazo de Castilla y León.



Fuente: Protocolo para el control y seguimiento del embarazo de bajo riesgo en el área de Salamanca. Sanidad de Castilla y León (64).

ANEXO 12. Valoración de la mujer en situación de maltrato.

BIOPSIOSOCIAL
✓ Lesiones y síntomas físicos. ✓ Situación emocional. ✓ Situación familiar. ✓ Situación económica, laboral y ocupacional. ✓ Red de apoyo social de la mujer.
DE LA SITUACIÓN DE VIOLENCIA
✓ Tipo de violencia, desde cuándo la sufre, frecuencia e intensidad de la misma. ✓ Comportamientos de la persona agresora a nivel familiar y social; si ha habido agresiones a otras personas o familiares. ✓ Mecanismo de afrontamiento desarrollado por la mujer. ✓ Fase del proceso de motivación para el cambio en la que se encuentra (Ver Tabla 9, pág. 56).
DE LA SEGURIDAD Y EVALUACIÓN DEL RIESGO
✓ Determinar si la mujer se encuentra o no en peligro extremo, entendiendo por peligro extremo la situación actual de sufrir un evento inminente con riesgo cierto para la vida de la mujer o la de sus hijos o hijas. Indicadores de peligro extremo. Esta valoración se hará conjuntamente con la mujer: ◦ Amenazas con armas o uso de las mismas. ◦ Amenazas o intentos de homicidio a ellas y sus hijos o hijas. ◦ Amenazas o intentos de suicidio de la paciente. ◦ Malos tratos a hijos o hijas u otros miembros de la familia. ◦ Lesiones graves, requiriendo incluso hospitalización. ◦ Amenazas o acoso a pesar de estar separados. ◦ Aumento de la intensidad y frecuencia de la violencia. ◦ Agresiones durante el embarazo. ◦ Abusos sexuales repetidos. ◦ Comportamiento violento fuera del hogar. ◦ Trastornos paranoides, celos extremos, control obsesivo de sus actividades diarias, adónde va, con quién está o cuánto dinero tiene ◦ Aislamiento creciente. ◦ Consumo de alcohol o drogas por parte del cónyuge. ◦ Disminución o ausencia de remordimiento expresado por el agresor. ✓ Considerar la percepción de peligro por parte de la mujer, tanto para ella como para otros miembros del entorno familiar. Ante la presencia de este indicador, la situación queda definida directamente como de peligro extremo. ✓ Criterio profesional tras la valoración conjunta (fundamentada en la entrevista y la valoración biopsicosocial realizada). ✓ Si se detecta una situación de peligro preguntar: ◦ ¿Se siente segura en su casa? ¿Puede ir a casa ahora? ◦ ¿Están sus hijos/as seguros? ¿Dónde está ahora el agresor? ◦ ¿Lo saben sus amistades o familiares? ¿Le ayudarían?

Fuente: Comisión contra la violencia de género. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género (7).

ANEXO 13. Recursos de Ámbito Estatal disponibles para las víctimas de violencia de género.**1. Servicios de Información Telefónica:** servicios gratuitos disponibles las 24 horas:

- ✓ **016** – Servicio de información y de asesoramiento jurídico, telefónico y on line, a las mujeres víctimas de violencia de género. Delegación de Gobierno para la Violencia de Género.
- ✓ **900 116 016** - Servicio de información y de asesoramiento jurídico sobre violencia de género para personas con discapacidad auditiva y/o del habla. Acceso a través de los siguientes medios: Teléfono de texto (DTS); Teléfono móvil (precisa configuración previa con la aplicación TOBMOVILE); PDA (precisa configuración previa con la aplicación TOBMOVILE). Delegación del Gobierno para la Violencia de Género.
- ✓ **900 191 010**- Servicio de información del Instituto de la Mujer.
- ✓ **900.152.152** – Servicio de información del Instituto de la Mujer Especializado en la atención a mujeres con discapacidad auditiva y/o del habla:
 - A través del Móvil: es necesario que el teléfono desde el que se llama tenga dispositivo DTS.
 - A través de Internet: conexión con la página web Telesor a través de ordenador o de móvil.
- ✓ **112** - Servicio de Atención de Urgencias y Emergencias.
- ✓ **091** - Policía Nacional.
- ✓ **062** - Guardia Civil.

2. Páginas WEB:

- **Comisión contra la Violencia de Género del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud**

http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/e02_t03_Comision.htm

Enlace a diferentes documentos de Interés para profesionales del Sistema Nacional de Salud (protocolo común de actuación sanitaria ante la violencia de género del SNS, indicadores epidemiológicos, criterios de calidad de la formación, objetivos, contenidos y materiales educativos, Informes anuales de Violencia de Género del SNS, enlaces a otros organismos europeos e internacionales, etc.).

- **Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad (Apartado violencia de género). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad:**

<http://www.msssi.gob.es/ssi/violenciaGenero/home.htm>

- **Web de recursos de apoyo y prevención ante casos de violencia de género (W.R.A.P.) . Delegación del Gobierno para la Violencia de Género**

<http://wrap.seigualdad.gob.es/recursos/search/SearchForm.action>

A través de este enlace, se puede acceder directamente a la web de recursos de apoyo y prevención ante casos de violencia de género con modalidad Google Maps, que agiliza la búsqueda de recursos (policiales, judiciales, información, atención y asesoramiento) que las administraciones públicas y las entidades sociales han puesto a disposición de la ciudadanía y de las víctimas de violencia de género.

- **Observatorio contra la violencia doméstica y de género del Consejo General del Poder Judicial.**

http://www.poderjudicial.es/cgpj/es/Temas/Violencia_domestica_y_de_genero/Guia_y_Protocolos_de_actuacion

Fuente: Comisión contra la violencia de género. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género (7).

ANEXO 14. Recursos de Ámbito Autonómico disponibles para las víctimas de violencia de género.

1. Servicio de Atención de Urgencias y Emergencias en la C.A.

2. Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, integradas por Cuerpo Nacional de Policía, Guardia Civil, Policía Autonómica y Policía Local.

– Entre sus funciones se cuentan:

- Información.
- Recepción de denuncias e investigación de los delitos.
- Protección en caso de peligro, acompañando a poner la denuncia, al domicilio, al centro de salud o al centro de emergencia.
- Vigilancia del cumplimiento de las órdenes de protección y seguimiento del estado de las mismas.

2.1. Policía Nacional

- **SAF** - Servicio de Atención a la Familia: Atención directa a mujeres, menores y personas ancianas.
- **SAM** - Servicio de Atención a la Mujer de la Policía Nacional en las CCAA: Atención directa a víctimas de delitos sexuales. Información telefónica sobre denuncias de violencia.
- **GRUME** - Grupo de Menores **de la Policía Nacional**.
- **UPAP** - Unidades de Protección a las mujeres que disponen de orden de alejamiento.

2.2. Guardia Civil

- **EMUME** - Especialistas Mujer-Menores de la Guardia Civil en las CCAA.

2.3. Policía Local y Autonómica en su caso. Unidades especializadas en Violencia de Género y características de sus programas.

Especificar, en su caso, los servicios especializados para la atención a las Mujeres y Menores.

3. Ámbito Legal y Judicial: (Se deberán incluir direcciones y teléfonos)

- 3.1. **Instituciones** donde presentar la denuncia, la solicitud de Orden de Protección: Policía Nacional, Guardia Civil, Policía Local, Fiscalía, Juzgados, equipos psicosociales, Unidades de Valoración Forense.
- 3.2. Servicios de Atención a las Víctimas de Delitos Violentos y contra la Libertad Sexual en los **Juzgados**.
- 3.3. Orientación y asesoramiento Jurídico.
- 3.4. Intérpretes de los Juzgados incluyendo Lengua de Signos.

4. Ámbito de atención psicosocial. Servicios de atención directa a las mujeres:

- 4.1. **Teléfono 900** de las CCAA (en caso de existir).
- 4.2. Organismos de Igualdad de las CCAA.
- 4.3. Concejalías de Mujer y Servicios Sociales de los **Ayuntamientos**. (acceso al Servicio telefónico ATENPRO). Información a Entidades Locales: atenpro@femp.es
- 4.4. **Organizaciones de Mujeres**.
- 4.5. **Organizaciones de inmigrantes** (especialmente importante reflejar aquellas que atienden a inmigrantes cuya lengua no sea el castellano).
- 4.6. **Casas de acogida**: información en Organismos de Igualdad de las Comunidades Autónomas y los Servicios Sociales de los Ayuntamientos (reflejar sólo esto, no indicar un listado), centros de día, pisos tutelados.

Si existieran programas específicos en materia de Violencia de Género, debieran reflejarse.

Cualquier otro recurso específico de las CCAA en esta materia.

5. **Material informativo**: Guías de recursos, folletos informativos destinados a que las mujeres conozcan sus derechos y los recursos con los que cuentan, disponibles también en diferentes lenguas, por lo que es importante tenerlos de forma accesible en las consultas.

Fuente: Comisión contra la violencia de género. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género (7).