



Diputación de Palencia



Universidad de Valladolid

Escuela de Enfermería de Palencia
“Dr. Dacio Crespo”

GRADO EN ENFERMERÍA
Curso académico (2015-16)

Trabajo Fin de Grado

**Violencia en el embarazo: papel del
personal sanitario.**

Revisión bibliográfica

Alumna: Raquel Pedroso Illera

Tutora: D^a Eva Duránte de la Plaza

Junio, 2016

ÍNDICE

RESUMEN.....	2
INTRODUCCIÓN.....	3
JUSTIFICACIÓN.....	12
OBJETIVOS.....	13
MATERIAL Y MÉTODOS.....	14
DISCUSIÓN Y RESULTADOS.....	18
CONCLUSIONES.....	27
BIBLIOGRAFÍA.....	29
ANEXOS.....	36

RESUMEN

Introducción: la violencia de género, es una lacra social que se mantiene en cifras similares con el paso de los años, por lo que se ha convertido en un importante problema de salud y por ello su prevención es un objetivo prioritario.

El objetivo del trabajo, es identificar la mejor evidencia posible de la violencia de género en las mujeres embarazadas, y determinar la capacidad del personal sanitario para una correcta prevención, detección precoz e intervención en casos de violencia contra la mujer. De esta forma, podremos solucionar las carencias en la formación de los profesionales, reduciendo el impacto en la salud materno-fetal y la repercusión socio-sanitaria.

Material y métodos: se realizó una búsqueda bibliográfica en distintas bases de datos en Internet, definiendo las palabras clave a través del formato PICO, seleccionando aquellos documentos que cumplieran los criterios de selección, y trataban sobre la violencia de género en embarazadas, a nivel nacional y/o internacional, y sobre el nivel de conocimientos del personal sanitario en materia de violencia de género, para después realizar una lectura crítica de los mismos.

Resultados y discusión: esta revisión ha permitido conocer que existe evidencia del maltrato en el embarazo, y la necesidad de tomar medidas y hacer hincapié en los profesionales sanitarios, ya que la mayoría percibe la violencia de género como un problema real de salud, pero carecen de la formación necesaria para hacerle frente.

Conclusiones: se debe mejorar la formación de los profesionales sanitarios sobre la violencia de género, para así poder reducir el impacto que ésta tiene a nivel socio-sanitario, ya que pese a la concienciación que hay sobre la violencia de género y su gravedad, un porcentaje elevado de profesionales no conoce las líneas de actuación.

Palabras clave: violencia de género, embarazo, personal sanitario, violencia doméstica.

INTRODUCCIÓN

La violencia de género es un problema existente en todos los países del mundo, sin distinciones de raza, edad o clase social, siendo muy difícil de identificar y pasando desapercibida en la mayoría de los casos.

En 1995, la Organización de las Naciones Unidas (ONU), estableció entre sus objetivos estratégicos la lucha contra la violencia dirigida a las mujeres. Poco después, en 1998, la Organización Mundial de la Salud (OMS), declaró a la violencia doméstica como una prioridad internacional para los servicios de salud, mismo año en el que en nuestro país se elaboró el primer «Plan de acción contra la Violencia Doméstica». ⁽¹⁾

Las Naciones Unidas, entienden “**violencia contra la mujer**” como «Todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, 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.», definición recogida en la “Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer”, aprobada en 1993, por la Asamblea General de las Naciones Unidas. ⁽²⁾

En 2004, España aprueba por unanimidad de todos los grupos parlamentarios, la Ley Orgánica 1/2004 de 28 de Diciembre de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. Esta ley tiene por objeto:

- Actuar contra la violencia que, como manifestación de la discriminación, la situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres, se ejerce sobre éstas por parte de quienes sean o hayan sido sus cónyuges o de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, aun sin convivencia.
- Establecer medidas de protección integral cuya finalidad es prevenir, sancionar y erradicar esta violencia y prestar asistencia a sus víctimas. ⁽³⁾

La Ley Orgánica 1/2004 de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, establece en su artículo 15 que las Administraciones Sanitarias, en

el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (SNS), promoverán las actuaciones de las y 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, mediante el desarrollo de programas de sensibilización y formación continuada del personal sanitario que permitan impulsar el diagnóstico precoz, la asistencia y la recuperación de las mujeres maltratadas. El diagnóstico y la atención a la violencia de género, tanto en el ámbito de la asistencia primaria como en el de la especializada, están incluidos en el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del SNS y el procedimiento para su actualización. ⁽⁴⁾

Hay que diferenciar el término “Violencia de género”, que hace referencia a la violencia dirigida hacia las mujeres, utilizada como instrumento para mantener la discriminación, la desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres, y cuyo principal factor de riesgo, lo constituye el hecho de ser mujer, de la “violencia doméstica” también llamada “violencia en pareja o intrafamiliar”, que se define como aquellas agresiones que se producen en el ámbito privado en el que el agresor, generalmente varón, tiene una relación de pareja con la víctima ⁽¹⁾, aunque ambos términos se equiparan con frecuencia.

Los episodios de violencia no son puntuales, ni surgen de manera repentina e inesperada, sino que ocurren pasando por una serie de fases que se repiten de forma periódica.

La psicóloga estadounidense Lenore Walker, en su libro “Las mujeres maltratadas”(The Battered Women, 1979), describe el Ciclo de la Violencia como una secuencia cíclica de tres fases:

- **Fase de formación de la tensión:** Se caracteriza por una escalada gradual de la tensión, que se manifiesta en actos que aumentan la fricción y los conflictos en la pareja. La mujer intenta calmar la situación en la creencia irreal de que ella tiene algún control sobre la agresión. Si se le brinda ayuda, ella considera que todavía puede aguantar un poco más. Los sentimientos son angustia y miedo.

- **Fase de agresión:** Estalla la violencia, del tipo que sea. La mujer denuncia la situación o habla de ella. Es el momento en que puede pedir ayuda y aceptarla. Los sentimientos de la mujer son miedo, odio, soledad, dolor e impotencia.
- **Fase de luna de miel o reconciliación:** Parece que el hombre se arrepiente, hace promesas de cambio. La mujer ve “el lado bueno” de su pareja, intenta engañarse a sí misma, y hace un intento de volver a confiar en él. Esta es la fase de verdadera victimización de la mujer. Las muestras de arrepentimiento de su agresor estimulan sus sentimientos de culpa y se ve en la obligación de no fallarle, de volver a intentar de nuevo seguir con la relación. Resulta difícil prestar ayuda a una mujer en esta fase, ya que lo vivirá como un ataque al vínculo que ella en estos momentos está luchando por preservar. Sus sentimientos son confusión, ilusión, culpa. ⁽⁵⁾

La fase de luna de miel tiene una duración indeterminada, sin embargo, de forma progresiva o de forma abrupta, el ciclo comenzará nuevamente con la fase de tensión. Generalmente, la violencia se hace más frecuente y más severa, disminuyendo las fases de arrepentimiento, acortándose el ciclo cada vez más. Los ciclos de violencia se van sucediendo hasta que finalmente desaparece la fase de “luna de miel”. ⁽⁶⁾

No debemos limitar el término violencia de género, al uso de la fuerza física para infligir daño a las mujeres, sino que abarca distintos tipos. Según el Artículo 3 de la Ley 13/2007, de 26 de noviembre, de Medidas de Prevención y Protección Integral Contra la Violencia de Género, se diferencian cuatro tipos:

- **Violencia física**, que incluye cualquier acto de fuerza contra el cuerpo de la mujer, con resultado o riesgo de producir lesión física o daño, ejercida por quien sea o haya sido su cónyuge o por quien esté o haya estado ligado a ella por análoga relación de afectividad, aun sin convivencia. Asimismo, tendrán la consideración de actos de violencia física contra la mujer los ejercidos por hombres, en su entorno familiar o en su entorno social y/o laboral.

- **Violencia psicológica**, que incluye toda conducta, verbal o no verbal, que produzca en la mujer desvalorización o sufrimiento, a través de amenazas, humillaciones o vejaciones, exigencia de obediencia o sumisión, coerción, insultos, aislamiento, culpabilización o limitaciones de su ámbito de libertad, ejercida por quien sea o haya sido su cónyuge o por quien esté o haya estado ligado a ella por análoga relación de afectividad, aun sin convivencia. Asimismo, tendrán la consideración de actos de violencia psicológica contra la mujer los ejercidos por hombres, en su entorno familiar o en su entorno social y/o laboral.
- **Violencia económica**, que incluye la privación intencionada, y no justificada legalmente, de recursos para el bienestar físico o psicológico de la mujer y de sus hijas e hijos, o la discriminación en la disposición de los recursos compartidos en el ámbito de la convivencia de pareja.
- **Violencia sexual y abusos sexuales**, que incluyen cualquier acto de naturaleza sexual forzada por el agresor o no consentida por la mujer, abarcando la imposición, mediante la fuerza o con intimidación, de relaciones sexuales no consentidas, y el abuso sexual, con independencia de que el agresor guarde o no relación conyugal, de pareja, afectiva o de parentesco con la víctima. ⁽⁷⁾

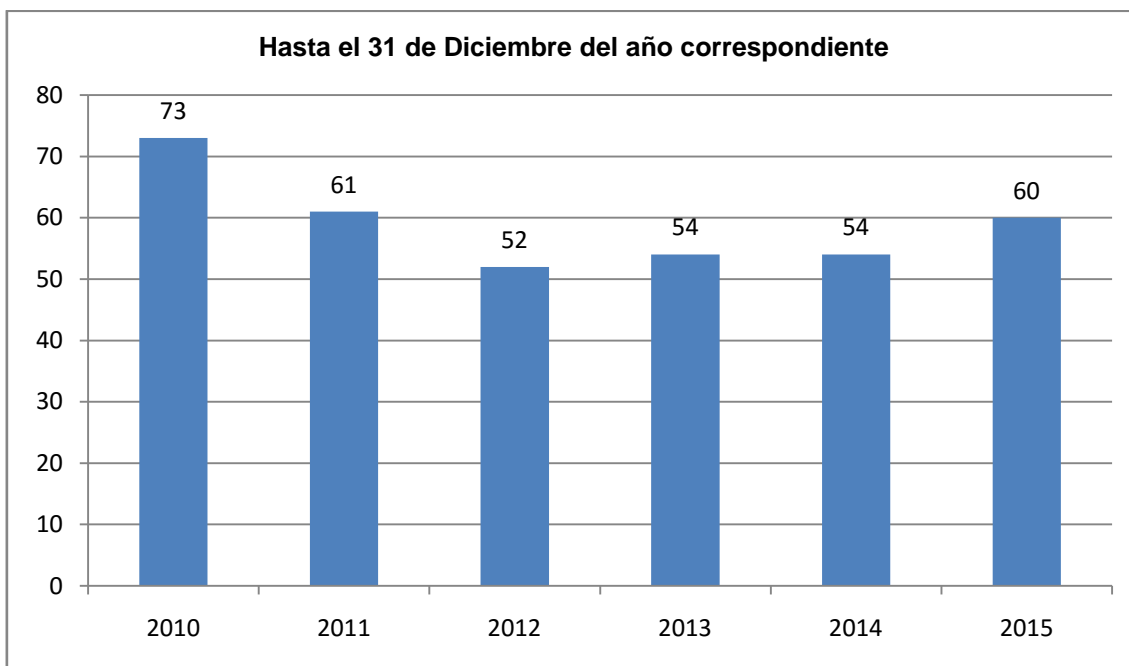
Los dos factores epidemiológicos más importantes, para la aparición de la violencia doméstica, son la relación de desigual posición de la mujer, tanto en las relaciones personales como sociales, y la existencia de una “cultura de la violencia”, que supone la aceptación de la violencia en la resolución de conflicto. ⁽¹⁾

Diversos organismos, nacionales e internacionales, realizan periódicamente estudios para conocer el número de mujeres víctimas de esta violencia.

En un análisis realizado en 2013 por la OMS, la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres y el Consejo de Investigaciones Médicas, basado en los datos de más de 80 países, el 35% de las mujeres han sufrido violencia física o sexual por parte de su pareja o violencia sexual por terceros.

La mayor parte de esta violencia corresponde a la ejercida por la pareja. A nivel mundial, cerca de un tercio (30%) de las mujeres que han tenido una relación de pareja, han sufrido violencia física y/o sexual por parte de su pareja, siendo la cifra mucho mayor en algunas regiones. Además, un 38% de los asesinatos de mujeres que se producen en el mundo, son cometidos por su pareja. ⁽⁸⁾

A nivel nacional, durante el 2015, han sido 60 las mujeres fallecidas a manos de sus parejas o ex parejas, como consecuencia de la violencia de género. En este año, 52 menores de edad quedaron huérfanos a consecuencia de estos asesinatos. De los 60 casos, el 46,7 % (28 casos) fueron a manos de la ex pareja o en fase de ruptura, y el 53,3 % (32 casos) a manos de las parejas actuales de las víctimas. En los últimos años, entre 2010 y 2015 el total de mujeres asesinadas a manos de sus parejas o ex parejas asciende a 354, según datos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad: ⁽⁹⁾



Gráfica 1. Víctimas de Violencia de Género a manos de sus parejas o ex parejas.

Como se explica anteriormente, el principal factor de riesgo de la violencia de género es ser mujer, y debemos considerar una situación inherente a ellas, el embarazo, que las sitúa en una posición de mayor vulnerabilidad.

En ocasiones, es en esta etapa cuando la violencia empieza a ser franca y evidente. Un porcentaje importante de malos tratos por parte de la pareja se inician en este periodo, incluida la violencia física y sexual. A su vez, el embarazo añade dificultades para separarse de la pareja. ⁽⁴⁾

La violencia durante el embarazo ha sido definida como, un patrón de coerción y control, caracterizado por agresión física, sexual, emocional o su combinación, y amenazas por la pareja actual o por la ex pareja, antes, durante y hasta un año después del nacimiento de un hijo. Es todo acto ejercido en contra de la voluntad de la mujer, temporalmente asociado al embarazo, y cuya repercusión, en mayor o menor medida, puede traducirse en su integridad física, en su equilibrio mental y en sus aportaciones sociales. ⁽¹⁰⁾

Actualmente, ya se considera la violencia como una complicación del embarazo con mayor frecuencia que a la hipertensión, la diabetes o cualquier otra complicación como la eclampsia, placenta previa, etc. ⁽¹¹⁾

Constituye además, un factor de riesgo gestacional, motivo por el que todo embarazo en una mujer que sufre malos tratos se considera de alto riesgo, lo que significa un aumento de la morbimortalidad materna y perinatal. ⁽⁴⁾

El hecho de que la violencia de género sea un problema difícil de reconocer, unido a que las agresiones pueden no ser sólo físicas, y el agente agresor puede ser de distinta naturaleza (pareja, ex pareja, familiar...), hace que el personal sanitario deba tener en cuenta una serie de factores de riesgo a la hora de detectarlo:

- Corta edad.
- Dependencia afectiva o económica del maltratador.
- Nivel socioeconómico y cultural bajo.
- Ser inmigrante.
- Víctimas o testigo de violencia en su infancia.
- Uso o abuso de sustancias por parte del agente agresor o de la víctima. ^(11, 12, 13)

Además, se han asociado otros factores como: desempleo, subvaloración social del sexo femenino, fortalecimientos de conductas discriminatorias y baja autoestima, entre otras.⁽¹¹⁾

En el caso del embarazo, los factores de riesgo de sufrir violencia son:

- Embarazo en la adolescencia, entre los 13 y los 17 años.
- Embarazo no deseado: fruto de una violación o de la privación por parte de la pareja para utilizar anticonceptivos.
- Insuficiente control en el embarazo.
- Consumo de alcohol y/o drogas.
- Apoyo social deficiente.⁽¹⁴⁾

La violencia durante el embarazo, repercute tanto en la embarazada como en el feto, por lo que debemos hablar también de “maltrato fetal”, definido como “todo acto, sea intencional o negligente, realizado de manera consciente o inconsciente, que afecte al embrión o feto en alguna etapa de su desarrollo, llevado a cabo por cualquier persona que tenga injerencia en el embarazo”.⁽¹⁵⁾

De modo que, al hablar de las consecuencias de la violencia en el embarazo, debemos hacerlo en un doble sentido, la afectación en la salud materna y la afectación en la salud fetal.

En la salud materna las principales repercusiones son:

- Muerte materna.
- Prácticas abortivas o abortos.
- Estrés, depresión y aislamiento social.
- Suicidio.
- Abuso de drogas, alcohol y/o tabaco.
- Mayor riesgo de sufrir complicaciones e infecciones ej. Corioamnionitis, infecciones del tracto urinario.
- Mala alimentación, anemias y metrorragias.
- Síndrome de estrés postraumático.
- Riesgo de alteraciones en el aparato reproductor con un mayor riesgo de quedar estériles.

- Preeclampsia.
- Ruptura prematura de membranas.
- Pérdida de interés de la madre hacia su salud y la de su hijo, tanto durante el embarazo como después del parto.
- Aumento de las consultas al médico. ^(10, 12, 14, 16)

En cuanto a la afectación fetal, cabe destacar:

- Muerte neonatal.
- Parto pretérmino.
- Bajo peso al nacer en el gestante.
- Restricción del crecimiento intrauterino.
- Aumento de los ingresos hospitalarios del recién nacido en los Servicios de Pediatría. ^(10, 12, 14, 16)

Teniendo en cuenta que se considera violencia durante el embarazo, a aquella que se produce durante y hasta un año después del nacimiento, hay una serie de repercusiones que pueden afectar al niño, de las que cabe destacar:

- Retraso en el crecimiento y en el desarrollo de habilidades motoras y del lenguaje.
- Bajo peso.
- Alteraciones en la alimentación y el sueño.
- Síntomas psicossomáticos (asma, eczemas).
- Llanto inconsolable e irritabilidad.
- Mayor riesgo de maltrato físico. ⁽⁴⁾

Además de afectar al desarrollo psicológico y físico, estos niños y niñas, en el futuro, pueden tener mayor riesgo de morir antes de los 5 años y de presentar comportamientos violentos durante la infancia y la adolescencia. ^(12, 14)

El hombre que golpea a una mujer, es probable que lo haga también con sus hijos. Un niño que ha sido testigo o víctima de violencia doméstica tras su nacimiento, puede padecer secuelas a largo plazo en su vida adulta, y tendrá mayor probabilidad de abuso de tóxicos, depresión, mal rendimiento escolar, relaciones sexuales de riesgo, etc. ⁽¹⁴⁾

Según informes de la OMS se estima que, las mujeres que sufren violencia de pareja física y/o sexual, tienen el doble de probabilidades de tener un aborto que las mujeres que no sufren este tipo de violencia. Además, tienen un 16% más de probabilidades de tener un bebé de bajo peso al nacer.⁽¹⁷⁾

Por otra parte, no debemos limitar la mejora de nuestros conocimientos y aptitudes al cuidado de la víctima, sino también a la identificación y rehabilitación del maltratador.

Tratar a un maltratador no significa considerarle “no responsable”. Muchos hombres violentos son responsables de sus conductas, pero presentan limitaciones psicológicas importantes en el control de los impulsos, en el abuso de alcohol, en su sistema de creencias, en las habilidades de comunicación y de solución de problemas, en el control de los celos, etc. Un tratamiento psicológico -no psiquiátrico, que sólo en algunos casos resulta necesario- puede ser de utilidad para hacer frente a las limitaciones de estos hombres que, aun siendo responsables de sus actos, no cuentan, sin embargo, con las habilidades necesarias para resolver los problemas de pareja en la vida cotidiana. De lo que se trata es de controlar la conducta actual, para que no se repita en el futuro. De este modo, se protege a la víctima y se mejora la autoestima del agresor. Tratar psicológicamente a un maltratador es hoy posible, sobre todo si el sujeto asume la responsabilidad de sus conductas y cuenta con una mínima motivación para el cambio.⁽¹⁸⁾

Hay que destacar el papel relevante del sector sanitario en el diagnóstico precoz, la asistencia y la rehabilitación de la mujer. Además de tratar las consecuencias de la violencia, debe intervenir en su prevención, ello requiere fomentar actividades en todos los escalones de la prevención:

- Actividades de prevención primaria, dirigidas a prevenir la violencia antes de que ocurra.
- Actividades de prevención secundaria que faciliten la detección precoz.
- Actividades de prevención terciaria orientadas a la atención ante el hecho confirmado y a la rehabilitación y reintegración a largo plazo.⁽¹⁹⁾

JUSTIFICACIÓN

La violencia contra las mujeres es un problema social, que ha sido elevado a la categoría de problema prioritario de salud pública por la OMS, por lo que requiere actuaciones conjuntas de las diferentes instituciones gubernamentales.

Es una lacra social que genera anualmente cifras escalofriantes de víctimas y costos económicos elevados. Pese a que los gobiernos, realizan un cierto nivel de inversión para luchar contra este problema, las cifras de víctimas no disminuyen, sino que se mantienen en cifras similares año tras año. Pese a todo esto, el presupuesto para la prevención de la violencia de género se ha recortado un 26% desde 2010.

Las consecuencias de la violencia en la mujer, van a afectar a las distintas dimensiones de su salud (física, mental, sexual, reproductiva y social), de ahí la importancia de una correcta prevención y detección precoz de los casos de maltrato. Sin embargo, el impacto de la violencia no se produce sólo en las víctimas, sino también en la sociedad y los distintos servicios y sectores, incluido el sanitario.

¿Realmente estamos capacitados los profesionales sanitarios para realizar una correcta detección y actuación de violencia contra la mujer?

La relación entre la violencia contra la mujer y el sector sanitario es evidente, hay que tener en cuenta la dificultad que conlleva para estas mujeres poner de manifiesto su situación, y la complejidad de su identificación y abordaje por parte de los profesionales sanitarios. Por ello, es extremadamente importante la formación de los profesionales sanitarios, para identificar y atender a las mujeres víctimas de esta violencia, y poder evitar y disminuir las consecuencias, tanto en la salud de la víctima como en el sector sanitario, economizando al máximo los recursos de los que disponemos, ya que no sólo se precisa financiación sino también implicación.

OBJETIVOS

Objetivo general

- Identificar la mejor evidencia disponible ante la gravedad de la violencia de género en el embarazo como problema de salud pública.

Objetivos específicos

- Conocer el nivel de formación que poseen los profesionales sanitarios sobre Violencia de Género.
- Incidir sobre las recomendaciones para la actuación de los servicios sanitarios en la detección precoz de la violencia en el embarazo.
- Demostrar la importancia del diagnóstico precoz de la violencia en el embarazo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Para el desarrollo de este trabajo, se realizó una revisión bibliográfica de investigaciones de diversos autores, utilizando para ello las principales bases de datos nacionales e internacionales, revistas y páginas web de las instituciones nacionales e internacionales correspondientes.

El primer paso a realizar fue la formulación de la pregunta PICO:

Formato PICO	
Pacientes	Mujeres embarazadas víctimas de cualquier tipo de violencia (física, psicológica, sexual o económica).
Intervención	Conocer la capacidad del personal sanitario para hacer frente a una situación de maltrato durante el embarazo
Comparación	No se consideró oportuno para la realización de esta revisión.
Outcome (Resultado)	Capacitación del personal sanitario para abordar un caso de violencia doméstica durante el embarazo.

Tabla 1.- Formulación de la pregunta según el Formato PICO.

La pregunta resultante de la cual se partió fue: ¿está el personal sanitario capacitado para detectar y abordar casos de violencia de género en embarazadas?

Para la obtención de las palabras clave, se utilizaron los descriptores (Tabla 2) en función de la búsqueda a través de Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) y de Medical Subject Headings (MeSH), utilizando los operadores booleanos de inserción (and) y unión (or).

DeCS	MeSH
Violencia	Violence
Violencia de género/violencia contra la mujer	Violence against women
Violencia doméstica	Domestic violence
Embarazo/gestación	Pregnancy
Mujeres embarazadas	Pregnant women
Mujeres maltratadas	Battered women
Atención Primaria de Salud	Primary Health Care
Sector Sanitario	Health Care Sector
Personal Sanitario	Health Personnel

Tabla 2. - Términos en español y en inglés

Los criterios que se tuvieron en cuenta a la hora de seleccionar los artículos fueron:

- Artículos con acceso gratuito al texto completo o al resumen íntegro.
- Artículos publicados entre 2010 y 2015, ambos años incluidos.
- Artículos en español y/o inglés.

Las Bases de Datos utilizadas fueron Scielo, Pubmed, Lilacs, Dialnet, y Google Académico.

Resultados de la búsqueda

Scielo

- (Violencia de género) OR (Violencia doméstica) Filtros: últimos 6 años, inglés y español. 521 resultados, de los cuales 108 cumplían los criterios.
- (Violencia) AND (Embarazo) Filtros: últimos 6 años, inglés y español. 107 resultados, de los cuales 47 cumplían los criterios.
- (Violencia contra la mujer) AND (Embarazo) Filtros: últimos 6 años, inglés y español. 11 resultados, de los cuales 3 cumplían los criterios.

- (Violencia doméstica) AND (Embarazo) Filtros: últimos 6 años, inglés y español. 17 resultados, de los cuales 6 cumplían los criterios.
- (Violencia de género) AND (Embarazo) Filtros: últimos 6 años, inglés y español. 28 resultados, de los cuales 5 cumplían los criterios.
- (Embarazo) AND (Personal sanitario) Filtros: últimos 6 años, inglés y español. 16 resultados, de los cuales 9 cumplían los criterios.
- (Violencia doméstica) AND (Personal sanitario) Filtros: últimos 6 años, inglés y español. 4 resultados, de los cuales 0 cumplían los criterios.
- (Atención Primaria) AND (Violencia) Filtros: últimos 6 años, inglés y español. 93 resultados, de los cuales 41 cumplían los criterios.

Tras lectura de título y resumen se seleccionan 10 artículos.

Lilacs

- (Violencia de género) AND (Embarazo) Filtros: últimos 6 años, inglés y español. 64 resultados, de los cuales 5 cumplían los criterios.

Tras lectura de título y resumen se seleccionan 0 artículos.

PubMed

- (Violence against women) AND (Pregnancy) Filtros: artículos publicados entre 2010-2015 en inglés y/o español. 368 resultados, de los cuales 149 cumplían los criterios.
- (Domestic violence) AND (Pregnancy) AND (Primary Health Care) Filtros: artículos publicados entre 2010-2015 en inglés y/o español. 163 resultados, de los cuales 58 cumplían los criterios.

Tras lectura de título y resumen se seleccionan 0 artículos.

Dialnet

- (Violencia de género) AND (embarazo) Filtros: artículos publicados, últimos 6 años, inglés y español. 27 resultados, de los cuales 14 cumplían los criterios.

- (Violencia doméstica) AND (personal sanitario) Filtros: artículos publicados, últimos 6 años, inglés y español. 27 resultados, de los cuales 14 cumplían los criterios.

Tras lectura de título y resumen se selecciona 1 artículo.

Google Académico:

- (Violencia de género) AND (Embarazo) AND (sector sanitario) Filtros: artículos publicados entre 2010-2015 en español. 10.800 resultados, tras la aplicación de los filtros los resultados quedaron reducidos a 6.690.

Tras lectura de título y resumen se seleccionan 8 artículos.

Además, a lo largo de todo el trabajo, se consultaron páginas oficiales de organismos nacionales e internacionales:

- Organización Mundial de la Salud (OMS)
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI)
- Naciones Unidas (UN)

Tras la lectura de los artículos encontrados, se hace una primera selección desechando aquellos que no se relacionan con el objetivo de la revisión bibliográfica, intentando escoger los más adecuados.

Posteriormente, se realiza una segunda lectura de esos artículos seleccionando los definitivos, que por su contenido en el resumen y en los resultados tienen interés, realizando una revisión crítica de los mismos.

La limitación encontrada a la hora de realizar este trabajo ha sido que, pese a que existe una gran cantidad de bibliografía referente a la violencia de género, muy pocos autores se han centrado en aquella asociada al embarazo, por lo que la literatura referente a este tema es escasa, pero bastante reciente.

DISCUSIÓN Y RESULTADOS

A nivel mundial, se ha calculado que la violencia contra la mujer es una causa de muerte e incapacidad, entre las mujeres de edad reproductiva, tan grave como el cáncer, y que además constituye un problema de salud mayor que los accidentes de tráfico y la malaria combinados. ⁽¹⁴⁾

Prevalencia de la violencia durante el embarazo

Según los resultados de la Macroencuesta de Violencia contra la Mujer 2015, en nuestro país, el 45% de las mujeres que han sufrido violencia física, sexual o han tenido miedo de su pareja o ex pareja, han acudido a algún servicio médico, legal o social a solicitar ayuda. Concretamente, el 37,2% de las mujeres que han sufrido violencia física, violencia sexual y/o miedo de su pareja o ex pareja han acudido a algún servicio médico o psicológico. ⁽²⁰⁾

Cifras algo más bajas se obtuvieron en estudios realizados en 2011 y 2010 ^(12, 21), donde a pesar de la alta prevalencia de la violencia de género, en las mujeres que acuden a los servicios sanitarios, que oscila alrededor del 20%, y las consecuencias a nivel físico, psíquico y social en la mujer, los servicios sanitarios sólo identifican el 1% de los casos, lo cual evidencia la importancia de mejorar la formación de dicho personal.

Echarte et al ⁽²²⁾, en un servicio de urgencias en 2010, también pone de manifiesto esta infradetección de los casos de violencia de género, aunque con cifras algo más elevadas, ya que el 10,40% de los casos fueron detectados por el personal sanitario. Del porcentaje detectado, el 13,1% de las mujeres estaba en estado de gestación.

Resultados muy similares se obtuvieron en otro estudio, realizado en 2004, en los servicios de Urgencias de los Hospitales Universitarios de Virgen del Rocío ⁽²³⁾, en Sevilla, donde el 20 % de las encuestadas había recibido malos tratos alguna vez a lo largo de su vida en pareja, y un 13,5%, los había recibido cuando estaba embarazada.

La prevalencia del maltrato en la mujer embarazada, varía en función de la población de estudio y la metodología utilizada. Estudios realizados recientemente en EE.UU y Canadá, muestran que la prevalencia de violencia en el embarazo oscila entre el 4% y el 8%. En España, en 2004, se establecía que la prevalencia de este tipo de violencia se situaba en un 7%, aunque en este estudio, no se tuvieron en cuenta a mujeres cuyo embarazo no había terminado en parto, y se descartaron los abortos y las interrupciones voluntarias del embarazo. En aquellas mujeres en las que la interrupción del embarazo había sido voluntaria, la prevalencia era del 39,5%.⁽¹⁴⁾

Sin embargo, vemos como se ha producido un aumento de este tipo de violencia a lo largo de los años. Un estudio realizado en Andalucía en 2014, refleja que una de cada cuatro mujeres embarazadas (22,7%), sufre situaciones de maltrato durante el embarazo.⁽²⁴⁾

Salcedo-Barrientos⁽²⁵⁾, en el mismo año, obtuvo resultados más notables en Sao Paulo, donde el 60% de las mujeres embarazadas habían sido víctimas de violencia (sexual, física y psicológica), ocasionada por sus parejas íntimas.

El tipo y la frecuencia de la violencia doméstica, pueden alterarse con la llegada del embarazo, evidenciando un aumento, una disminución o algunas alteraciones en su forma de expresión, tales como el aumento de la violencia psicológica y la disminución de la violencia física y sexual.⁽²⁶⁾

A nivel nacional, en un estudio publicado en 2014, el tipo de violencia más común entre las embarazadas, es la violencia emocional con una prevalencia del 21%, mientras que un 3,6% sufre violencia física o sexual durante la gestación. Entre las que reportaron violencia física, un 36,1% dijeron sufrirla “muy a menudo” o “diariamente” y el 20,3% la clasificaron como violencia severa (hematomas severos, quemaduras o huesos fracturados).⁽²⁴⁾

A nivel internacional, diferentes publicaciones dan como resultado, una prevalencia de la violencia psicológica, mayor que el resto de los tipos de violencia.

En Chile, un estudio realizado en el año 2014 por Estefó ⁽²⁷⁾, dio como resultado que el 100% de las mujeres había sido víctima de violencia psicológica durante el embarazo, un 71,4% violencia sexual, un 57,1% violencia económica y el menor porcentaje se obtuvo en la violencia física con un 28,8%.

Vega ⁽²⁸⁾, en Venezuela, en el año 2011, también obtuvo una prevalencia de la violencia psicológica sobre el resto de los tipos aunque con porcentajes menos elevados. En este estudio el 61,06% de las embarazadas entrevistadas sufrió algún tipo de violencia. Hubo violencia psicológica en un 38,75 % de los casos, violencia física en un 26,25 % y violencia sexual en un 16,25 %, aunque no tuvieron en cuenta la violencia económica.

En este caso la violencia física se produjo con más frecuencia que la violencia sexual, mientras que según Estefó ⁽²⁷⁾, el tipo de violencia que aparecía con menor asiduidad en el embarazo fue la física.

Saravia ⁽²⁹⁾, realizó una investigación en 2012, donde un 11% de las mujeres reportó haber sufrido violencia durante el embarazo, porcentaje similar al obtenido en otros estudios en 2010 y 2004 ^(22, 23). Además, sigue en la línea de estudios anteriores ya que el porcentaje obtenido de violencia psicológica (el 22,4% sufrió humillaciones, un 21,6% amenazas de irse de casa, privarlas de los hijos o de ayuda económica y el 11,8% recibió amenazas de agresión) es mayor que la prevalencia de la violencia física (10,7%).

Algunos autores, van más allá, y estudian la prevalencia de la violencia durante el embarazo separando la muestra por grupos de edad, valorando de esta manera el índice de violencia en función de la edad de la embarazada.

Moyeda ⁽¹⁵⁾, en sus estudios en México en 2013, dividió la muestra en dos grupos de edad, adolescentes embarazadas entre los 15-20 años y adultas embarazadas entre los 21-38 años. En ambos grupos, el mayor porcentaje coincidió con la violencia psicológica, con un 19,16% en adolescentes y un 15,36 en adultas, seguidas igualmente por la violencia física (12,53 y 11,21 %) y la sexual (4,53 y 3,31 %), mostrando mayor índice de violencia cuanto menor es la edad de la embarazada. En total, el 36,21% de las adolescentes

embarazadas sufrieron malos tratos, en contraposición al 30,38% de las adultas.

De esta forma observamos, no sólo que el mayor porcentaje correspondía, como en los casos anteriores, con la violencia psicológica, sino que además ocurría con mayor frecuencia en las mujeres menores de 20 años.

Cifras más elevadas del maltrato en madres adolescentes, han sido reportadas por Contreras et al ⁽¹⁰⁾ en 2013, en estudios realizados en Perú, donde el 48,6% de las adolescentes refirieron haber sido agredidas verbalmente durante el embarazo, seguida como en casos anteriores por la violencia física (17,1%) y la violencia sexual (6,8%).

La mayor parte de los artículos, coinciden en que durante el embarazo predomina la violencia emocional, seguida de las agresiones físicas, mientras que los menores porcentajes les encontramos en la mayoría de las ocasiones en la violencia sexual y económica.

Esto complica más la detección por parte de los profesionales de salud, ya que las mujeres suelen negar la situación que sufren, y muchas de ellas no tienen evidencias de agresiones físicas, que confirmen que son víctimas de maltrato.

El embarazo puede suponer la causa de estallido de una situación de violencia, o bien, puede ser la causa de que la situación de maltrato existente antes del embarazo empeore, desencadenando una serie de repercusiones en la salud de la madre y en el correcto desarrollo del feto.

Durante la gestación, la mujer se sitúa en una posición de mayor vulnerabilidad, lo que puede traducirse, en ocasiones, en un cambio subjetivo en el pensamiento de la mujer. Por ello, el embarazo, es propicio para que la mujer que sufre maltratos habitualmente antes del embarazo, no esté dispuesta a continuar soportándolos y ponga límites a los mismos o se atreva a denunciar. Pero desgraciadamente, el maltratador también sabe que la mujer se siente más vulnerable, y acentúa por ello el maltrato. También esta situación del embarazo puede confundir a la mujer maltratada y en lugar de denunciar, con frecuencia pretende dar una nueva oportunidad al maltratador. ⁽³⁰⁾

Por la dificultad que conlleva el dar respuesta a este tipo de demanda, es muy importante la formación del personal de los servicios de salud, para que sean capaces de reconocer las características y los factores de riesgo asociados al maltrato, así como, recibir la formación necesaria referente a los programas de prevención.

Esta será la forma más eficaz de terminar con un problema que, por sus dimensiones y la cantidad de personas a las que afecta, ha sido considerado por la OMS como una epidemia. ⁽¹⁴⁾

Formación de personal sanitario

Se sabe que, si no se pregunta expresamente, la violencia pasa desapercibida sobre todo cuando las lesiones no son evidentes y las mujeres no declaran que son víctimas. Esto ocurre con frecuencia debido a la dificultad que tienen para comunicar a sus médicos de forma voluntaria el motivo real de su visita. Con frecuencia las mujeres se quejan de síntomas ambiguos, que conducen a las y los médicos a prescribir exploraciones complementarias y fármacos que no llegan a mejorar el estado de la paciente. Finalmente, ante la impotencia para resolver los problemas, solicitan la intervención de un especialista, hecho que encarece el proceso. Adicionalmente, es preciso considerar los costes directos derivados de la atención a una elevada proporción de mujeres agredidas cuyas lesiones requieren cuidados médicos especializados, hospitalización e incluso baja laboral. ⁽³¹⁾

El aumento de la demanda de los servicios sanitarios, eleva el consumo de los recursos y por tanto el gasto sanitario, produciéndose así el impacto económico de la violencia.

Salcedo-Barrientos ⁽²⁵⁾, publicó un estudio en Sao Paulo en 2014, donde de los 14 profesionales encuestados, tan sólo una (7,14%) reportó haber recibido algún tipo de instrucción, sobre la violencia contra la mujer en general.

Arredondo ⁽³²⁾, distribuyó una encuesta entre profesionales sanitarios de Madrid en 2012, donde el 35,7% de los/as profesionales, había recibido algún tipo de formación y pese a que un 62,3%, sabían que existía un protocolo de

actuación, tan solo un 29,7% lo conocían. Resultados opuestos encontramos en la provincia de Ourense, donde según un estudio llevado a cabo por Larrauri ⁽³³⁾ en 2010, un 38,8% del personal entrevistado, no sabe si existe un protocolo de actuación y un 37,5% dice que no lo hay, es decir, el 76,3% no sabe o no conoce cuál es el protocolo a seguir ante un caso de violencia de género, sin embargo, el 94,1 % presenta interés por adquirir formación sobre el tema.

Galiano ⁽¹²⁾, desarrolló un estudio en Andalucía en 2011, donde encontramos cifras mucho más positivas, ya que el 95,40% del personal entrevistado, afirmaba que el maltrato era un problema de salud. Además, un 87,36 % de los profesionales, poseían algún tipo de preparación en temas de violencia de género y el 97,70 % de los entrevistados, consideraba necesaria esta formación. En cuanto a la violencia durante el embarazo, un elevado porcentaje (94,25%), cree que se deberían de poner medidas para la detección de los casos de maltrato, durante el control rutinario del embarazo.

Cifras similares se encontraron en un reciente estudio del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en 2015, donde los profesionales ,prácticamente en su totalidad, consideraban que la violencia de género era un problema de salud (93,7%), sin embargo, sólo un 55,6% había realizado algún tipo de formación sobre la violencia de género. El 73,8% conocía los recursos de atención a víctimas de violencia de género, pero un 49,3% consideraba que no son suficientes. En cuanto a su propia percepción, sobre la capacitación para atender a las víctimas, el 62,5% no se encontraba lo suficientemente capacitado, para atender a las víctimas de violencia de género. ⁽³⁴⁾

Recomendaciones al personal sanitario

El personal sanitario, debe ser capaz de identificar los factores de riesgo de ser víctima de maltrato, pero además, deben conocer aquellos que definen al maltratador (comportamientos sexistas, creencias sobre la legitimidad de la violencia para la resolución de conflictos, no control de sus impulsos, dominante, posesivo, celos patológicos, etc.) ⁽⁶⁾, ya que es tan importante saber identificar a la posible víctima como al agente causal.

La importancia de intervenir sobre el maltratador y de su reeducación, radica no sólo en la interrupción del ciclo de la violencia, sino en prevenir futuras víctimas, como por ejemplo los hijos de la pareja, impidiendo así que éstos, sufran malos tratos o adquieran conductas agresivas por imitación.

Lo primero que debemos suprimir de nuestro pensamiento, son una serie de **mitos** sobre la violencia de género, en el ámbito de las relaciones de pareja (Ej.: “Un hombre no maltrata porque sí; ella también habrá hecho algo para provocarle”, “Si una mujer es maltratada continuamente, la culpa es suya por seguir conviviendo con ese hombre”, etc.).⁽⁶⁾

Junto con los mitos deben erradicarse **los estereotipos**, es decir, no existe un perfil de mujer maltratada o de maltratador, sino que la situación de violencia se da en todos los estamentos sociales, independientemente del nivel económico, social y cultural en el que se encuentren.

Es importante que en el proceso de atención sanitaria, desde las fases iniciales del seguimiento del embarazo, encontremos un momento en el que podamos hablar con la mujer, sin la presencia de su pareja y/o otras personas de la familia y le preguntemos, por la posibilidad de estar sufriendo algún tipo de violencia. Durante el embarazo, supone una situación de mayor riesgo para la salud de la mujer y pone en peligro la vida de la madre y del feto, por lo que requiere especial interés para el sector sanitario. En estos casos, los profesionales deben tener en cuenta una serie de signos y síntomas, que pueden hacer sospechar de un caso de violencia de género:

- Inicio tardío de las visitas de control prenatal.
- Consulta frecuente por disminución de la percepción del movimiento del bebé.
- Lesiones en zona abdominal y otras partes sin justificación adecuada o minimización de su importancia.
- Accidentes o lesiones físicas durante el embarazo.
- Embarazo en la adolescencia.
- Poco o ningún interés en asistir a las clases de preparación para la maternidad y paternidad.

- Antecedentes: abortos de repetición, bajo peso al nacer, sufrimiento fetal. ⁽⁴⁾

Teniendo en cuenta la definición sobre “maltrato en el embarazo” ¹⁰, que abarca todas aquellas agresiones físicas, sexuales y/o emocionales que se producen antes, durante y hasta un año después del nacimiento del hijo/a, se deben tener en cuenta otros signos durante el puerperio, que pueden ayudar al personal sanitario a identificar un caso de violencia:

- Desgarros y dehiscencias de 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 de la lactancia natural.
- Depresión post parto que no remite, con ansiedad en la relación madre e hijo.
- Retraso en la visita neonatal. ⁽⁴⁾

Una vez que se han detectado indicadores, que hacen sospechar de un posible caso de violencia, el profesional debe intentar que la paciente le cuente su situación, teniendo en cuenta una serie de dificultades que pueden encontrarse a lo largo del proceso (**Anexo 1**). Posteriormente, realizará una entrevista clínica eficaz (**Anexo 2**), de esta manera podrá confirmar o descartar dicha situación y realizar una correcta valoración, iniciando así los mecanismos de ayuda que sean necesarios.

Para ello, es imprescindible el conocimiento por parte del equipo sanitario de los protocolos de actuación, existentes en cada Comunidad Autónoma y/o provincia, así como, otros mecanismos de ayuda de los que dispone la víctima y que debe conocer, para que vea que tiene ayuda para afrontar su situación:

- **Servicio de Urgencias y Emergencias, Fuerzas y Cuerpos de Seguridad** (Policía Nacional, Guardia Civil, Policía Local).
- **Instituciones legales** (Juzgados).
- **Teléfono de ayuda 016 – 016 online**, el cual es gratuito y no deja rastro en las facturas.

- **ATENPRO:** Servicio Telefónico de Atención y Protección a las víctimas de violencia de género.
- **App “LIBRES”** destinada a mujeres que sufren o han sufrido alguna situación de maltrato, destacando ser confidencial.
- Dispositivos para el **control telemático y penas de alejamiento.**
- Además de diversas **páginas Web** de ayuda como la del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad ó la página web de Antena 3 “Tolerancia Cero”.

Se debe tener siempre presente la posibilidad de malos tratos, escuchar activamente y aceptar el relato de la paciente, insistiendo en que la violencia nunca es justificable y que nadie merece recibir malos tratos, físicos, emocionales o sexuales. ⁽³⁵⁾

CONCLUSIONES

Cada mujer fallecida, víctima de la violencia machista, constituye un fracaso de la sociedad, ya que, desde las distintas instituciones, no se habrá actuado de forma correcta para proporcionar a las víctimas los recursos y protección que necesitan.

De los distintos tipos de violencia a los que puede verse sometida una mujer gestante, encontramos que aquella que presenta porcentajes más elevados es la violencia psicológica, seguida por la física. Esto complica la detección por parte de los profesionales ya que no manifiestan signos o síntomas evidentes de maltrato, y requiere una adecuada intervención para que la víctima se sienta segura y confirme su situación. En Castilla y León, existe un protocolo de actuación profesional para casos de violencia de género vigente desde el 2004. En Palencia, existe un protocolo desde el 2009, donde se aporta información a las víctimas sobre cómo deben actuar ante una situación de violencia, las instituciones a las que pueden acudir y los recursos de los que disponen en su provincia, que debe ser conocido por los profesionales sanitarios.

Así mismo, pese a que la mayoría de los profesionales sanitarios, consideran la violencia de género como un problema prioritario de salud, los resultados reflejan un conocimiento medio sobre los protocolos de actuación y los recursos de los que disponen, sin embargo, una notable mayoría muestran interés por adquirir esta formación y la consideran necesaria. Esto pone de manifiesto la necesidad de formación del personal sanitario, en cuanto a la detección y abordaje de la violencia contra la mujer. Para ello, deben ser capaces de realizar una entrevista eficaz y un diagnóstico precoz, disminuyendo así el gasto sanitario, producido por el aumento de la asistencia a las consultas y la derivación a los especialistas como consecuencia de diagnósticos erróneo, debido a que no saben cómo abordar el tema o se encuentran incómodos en la situación. No debemos centrarnos sólo en los profesionales que realizan servicios asistenciales, sino también en aquellos que ejercen la actividad docente con los futuros profesionales, ya que se necesita crear una base de conciencia profesional adecuada, sobre el problema de la violencia de género, para que la formación sea eficaz.

Además, desde el punto de vista social, debemos educar a las futuras generaciones en la igualdad de género, para que las mujeres abandonen su posición de vulnerabilidad y se elimine así la situación de desigualdad que las lleva a ser víctimas de este tipo de violencia, eliminando en primer lugar los estereotipos y mitos con respecto a este problema presente en todos los estamentos sociales, así como mediante campañas de concienciación social sobre la igualdad de género e información, a las víctimas y a la sociedad en general, sobre cómo actuar en caso de sufrir o ser testigos de este tipo de violencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fernández MC, Herrero S, Buitrago F, Ciurana R, Chocron L, García J et al. Guía de Violencia Doméstica [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2003 [acceso 4 de Diciembre de 2015]. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/violencia/docs/VIOLENCIA_DOMESTICA.pdf
2. Organización de las Naciones Unidas [Internet]. Ginebra: Organización General de las Naciones Unidas; 20 de Diciembre de 1993 [acceso 4 de Diciembre de 2015]. A/RES/48/104. Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer [7]. Disponible en: <http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/RES/48/104>
3. Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre. Boletín Oficial del Estado, nº 313, [29 de Diciembre de 2004].
4. López RM, Peláez S. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012 [acceso 17 de Enero de 2016]. Disponible en: <http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/profesionalesInvestigacion/sanitario/docs/PSanitarioVG2012.pdf>
5. Romero I. Intervención en violencia de género: consideraciones en torno al tratamiento. Interv Psicosoc [Internet] 2010 [acceso 15 de Enero de 2016]; 19(2): [191-99]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592010000200010&lng=es.
6. Federación Andaluza de Municipios y Provincias [Internet]. Sevilla: Servicio de la Mujer, Ayuntamiento de Sevilla; 2011 [acceso 15 de Enero de 2016]. Sensibilización y Prevención de la Violencia de Género: Material de formación [160]. Disponible en: <http://www.famp.es/racs/ramlvm/03%20documentos%20de%20consulta/GUIAS/G%2005.pdf>

7. Medidas de prevención y protección integral contra la violencia de género. Ley 13/2007, de 26 de noviembre. Boletín Oficial del Estado, nº 38, [13 de Febrero de 2008].
8. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016. [acceso 13 de Febrero de 2016]. Notas descriptivas [aproximadamente 6 pantallas]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/>
9. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2015 [actualizado 24 de Febrero de 2016; acceso 4 de Marzo de 2016]. Fichas de Víctimas Mortales. Disponible en: <http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaEnCifras/victimasMortales/fichaMujeres/home.htm>
10. Contreras H, Mori E, Hinojosa WD, Yancachajlla M, Lam- N, Chacón H. Características de la violencia durante el embarazo en adolescentes de Lima, Perú. Rev Peru Med Exp Salud Pública [Internet] 2013 [acceso 15 de Febrero de 2016]; 30(3): [379-85]. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342013000300002&lng=en.
11. Sánchez NP, Galván H, Reyes U, Reyes U, Reyes KL. Factores Asociados al Maltrato durante el Embarazo. Bol Clin Hosp Infant Edo Son [Internet] 2013 [acceso 26 de Febrero de 2016]; 30(1): [8-15]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/bolclinhosinfson/bis-2013/bis131c.pdf>
12. Martínez JM. Detección y atención a la violencia de género en el embarazo: una asignatura pendiente. Enferm Glob [Internet] 2011 [acceso 27 de Enero de 2016]; 10(24). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412011000400026&lng=es.
13. Calvo G, Camacho R. La violencia de género: evolución, impacto y claves para su abordaje. Enferm Glob [Internet] 2014 [acceso 24 de

- Enero de 2016]; 13(33): [424-39]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000100022&lng=es.
14. Velasco MC. Recomendaciones para la detección precoz de la violencia en el embarazo. *Matronas Profesión* [Internet] 2008 [acceso 7 de Febrero de 2016]; 9 (3): [32-7]. 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>
15. Moyeda IXG, Martínez B, Ordóñez DM, Rosales HA. Relación entre maltrato fetal, violencia y sintomatología depresiva durante el embarazo de mujeres adolescentes y adultas: Un estudio piloto. *Psicología y Salud* [Internet] 2013 [acceso 14 de Enero de 2016]; 23 (1): [83-95]. Disponible en: <http://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-23-1/23-1/Iris%20X%C3%B3chitl%20Galicia%20Moyeda.pdf>
16. Villaseñor M, Laureano J, Mejía M, Valadez I, Márquez JM, González JA. Mujeres violentadas durante el embarazo y el parto: experiencias de parteras en Jalisco, México. *Rev Fac Nac Salud Pública* [Internet] 2014 [acceso 27 de Enero de 2016]; 32(2): [09-16]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/120/12030433002.pdf>
17. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2013 [actualizado 20 de Junio de 2013; acceso 9 de Enero de 2016]. Comunicado de Prensa [aproximadamente 5 pantallas]. Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/violence_against_women_20130620/es/
18. Echeburúa E, de Corral P, Fernández-Montalvo J, Amor PJ. ¿Se puede y debe tratar psicológicamente a los hombres violentos contra la pareja?. *Pap Psicol* [Internet] 2004 [acceso 8 de Febrero de 2016]; [88]. Disponible en: <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=1159>

19. Carandell E. Recomendaciones para la actuación sanitaria ante la violencia de género en la Comunidad de las Illes Balears [Internet]. Mallorca: Servei de Salut de les Illes Balears; 2009 [acceso 23 de Enero de 2016]. Disponible en: http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/profesionalesInvestigacion/protocolosAmbitoAutonomico/sanitario/docs/Violencia_genero.pdf
20. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2015 [acceso 8 de Enero de 2016]. I informe de ejecución de la estrategia nacional para la erradicación de la violencia contra la mujer 2013-2016 [139]. Disponible en: http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/planActuacion/seguimientoEvaluacion/pdf/Informe_Ejecucion_Estrategia.pdf
21. Cano LM, Berrocoso A, de Arriba L, Bernaldo R, Alamar JD, Cardo A. Prevalencia de Violencia de Género en mujeres que acuden a consultas de Atención Primaria. Rev Clin Med Fam [Internet] 2010 [acceso 6 de Febrero de 2016]; 3(1): [10-7]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2010000100004&lng=es.
22. Echarte JL, León N, Puente I, Laso S, Díez E, Martínez MT. Mejorar la calidad asistencial en la atención a la mujer maltratada en los servicios de urgencias. Rev Soc Esp Med Urg y Emerg [Internet] 2010 [acceso 18 de Febrero de 2016]; 22 (3): [193-98]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3224227>
23. Alonso MJ, Bedoya JM, Cayuela A, Dorado MI, Gómez MC, Hidalgo D. Violencia contra la mujer. Resultados de una encuesta hospitalaria. Prog Obstet Ginecol [Internet] 2004 [acceso 13 de Febrero de 2016]; 47(11): [511-20]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-articulo-violencia-contra-mujer-resultados-una-13068386>

24. Universidad de Granada [Internet]. Granada: Universidad de Granada; 2014 [actualizado 11 de Diciembre de 2014; acceso 25 de Enero de 2016]. Noticias [aproximadamente 2 pantallas]. Disponible en: http://secretariageneral.ugr.es/pages/tablon/*/noticias-canal-ugr/un-227-de-las-embarazadas-sufren-violencia-por-parte-de-su-pareja-segun-un-estudio#.VqkKkirhDIX.
25. Salcedo-Barrientos DM, Orchiucci P, Días V, Yoshikawa E. ¿Cómo los profesionales de la atención primaria enfrentan la violencia contra las mujeres embarazadas?. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet] 2014 [acceso 18 de Febrero de 2016]; 22(3): [448-53]. Disponible: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n3/es_0104-1169-rlae-22-03-00448.pdf
26. Santos R, Matías M, de Camargo CL, Pereira N, Freire NM, Diniz A. Sexualidad, embarazo y violencia doméstica: experiencias de adolescentes brasileñas. Index Enferm [Internet] 2014 [acceso 6 de Febrero de 2016]; 23(3): [139-43]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962014000200005&lng=es.
27. Estefó S, Mendoza-Parra S, Sáez K. Violencia física en el embarazo: realidad en el extremo sur de Chile. Rev Chil Obstet Ginecol [Internet] 2014 [acceso 6 de Febrero de 2016]; 79(5): [396-407]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262014000500007&lng=es.
28. Vega G, Hidalgo D, Toro J. Violencia basada en género desde la perspectiva médica. Rev Obstet Ginecol Venez [Internet] 2011 [acceso 6 de Febrero de 2016]; 71(2): [88-97]. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322011000200003&lng=es.
29. Saravia JC, Mejía M, Becerra S, Palomino A. Violencia física contra la mujer durante el embarazo: prevalencia y factores asociados. Rev Peru Epidemiol [Internet] 2012 [acceso 7 de Enero de 2016]; 16 (2); [84-90]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/2031/203124632004.pdf>

30. Asociación Española de Matronas [Internet]. Madrid: Asociación Española de Matronas; 2008 [acceso 15 de Diciembre de 2015]. Embarazo y violencia de género [6]. Disponible en: http://www.aesmatronas.com/descargas/CONFERENCIAS_AESMATRONAS/06_MUJER_GENERO/06_VIOLENCIA_GENERO_EMBARAZO.pdf
31. Andrés P, Balaguer A, Blanco P, Casado R, Chico V, Lasheras ML et al. La violencia contra las mujeres considerada como problema de salud pública. Documento de Apoyo para la atención a la salud de las mujeres víctimas [Internet]. Madrid: Servicio de Promoción de la Salud. Instituto de Salud Pública; 2003 [acceso 30 de Enero de 2016]. Disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3Dd086_revisado.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DPortalSalud&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352861196225&ssbinary=true
32. Arredondo AB, Broco M, Alcalá T, Rivera A, Jiménez I, Gallardo C. Profesionales de atención primaria de Madrid y violencia de pareja hacia la mujer en el año 2012. Rev Esp Salud Pública [Internet] 2012 [acceso 16 de Marzo de 2016]; 86(1): [85-99]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272012000100008&lng=es.
33. Larrauri MA, Rodríguez E, Castro TM, Pérez A, Ojea B, Blanco MA. Conocimiento y actitudes de los profesionales de urgencias sobre la violencia de género. Rev Pág Enferurg [Internet] 2010 [acceso 25 de Febrero de 2016]; 2(7): [36-9]. Disponible en: <http://www.paginasenferurg.com/revistas/paginasenferurgn07.pdf>
34. Meneses C, Marcos J, Díaz M, Santos C, Durán ER, Parra JA et al. La atención primaria frente a la violencia de género. Necesidades y propuestas [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2015 [acceso 27 de Febrero de 2016]. Disponible en:

http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/investigaciones/2015/pdf/Atencion_Primary_VG.pdf

35. Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco. Protocolo Sanitario ante Malos Tratos Domésticos [Internet]. País Vasco: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [acceso 23 de Enero de 2016]. Disponible en:

http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/profesionalesInvestigacion/protocolosAmbitoAutonomico/sanitario/docs/Protocolo_sanitario_Pais_Vasco.pdf

ANEXOS

Tabla 5. Dificultades para identificar la Violencia de Género por parte de las mujeres

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 incorporados 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.

Tabla 5. (Continuación)

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.

Anexo 1. Dificultades para identificar la Violencia de Género

Tabla 7a. Recomendaciones para la entrevista clínica a la mujer 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.

Tabla 7a. (Continuación)

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.

Anexo 2. Recomendaciones para la entrevista clínica.