

## Revisión bibliográfica

# Las matronas y la detección de la violencia en el embarazo

## *Midwives and intimate partner violence during pregnancy*

M.<sup>a</sup> Analía Gómez-Fernández<sup>1</sup>, Josefina Goberna-Tricas<sup>2</sup>, Montserrat Payà-Sánchez<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Matrona. Atención a la Salud Sexual y Reproductiva. CAP Just Oliveras. Institut Català de la Salut. Doctoranda del programa de doctorado «Enfermería y salud». Escuela de Enfermería. Universitat de Barcelona. <sup>2</sup>Matrona. Socióloga y doctora en Filosofía. Profesora titular de universidad. Departamento de Enfermería de Salud Pública, Salud Mental y Materno-infantil. Escuela de Enfermería. Universitat de Barcelona. <sup>3</sup>Doctora en Pedagogía. Profesora titular de universidad. Departamento de Teoría e Historia de la Educación. Facultad de Educación. Universitat de Barcelona

### RESUMEN

La violencia de género es un grave problema social en todo el mundo, por su gravedad y su elevada prevalencia. Puede provocar patologías, incapacidad e incluso la muerte, y tiene repercusiones sobre la salud física, psíquica, social y sexual-reproductiva de la mujer. Si la violencia se ejerce durante el embarazo, puede tener consecuencias no sólo para la mujer, sino también para el feto en desarrollo y el futuro hijo. Existen una serie de funciones mínimas que los profesionales deben desarrollar, como preguntar sobre violencia de género con regularidad, informar y remitir a las mujeres que la sufran a los recursos disponibles de la comunidad, registrar los casos y conocer la legislación vigente del país.

©2015 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados.

**Palabras clave:** Embarazo, violencia contra la mujer, matronas.

### ABSTRACT

Gender violence is a major social problem at global level due to its serious nature and prevalence. It can lead to pathologies, disabilities and even death, and has repercussions for women's physical, mental, social and sexual/reproductive health. If it occurs during pregnancy it can have consequences not only for the woman but for the developing foetus and the future child. There are a series of minimum functions professionals can perform, such as asking regularly about gender violence, informing women who suffer it about and referring them to the resources available in the community, recording cases and being familiar with current legislation in the country.

©2015 Ediciones Mayo, S.A. All rights reserved.

**Keywords:** Pregnancy, violence against women, midwives.

### INTRODUCCIÓN

La violencia de género (VG) se define 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, psicológico o social, 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 privada<sup>1</sup>.

Incluye agresiones físicas, psíquicas y/o psicológicas. Son agresiones físicas abofetear, golpear con los puños o patear, por ejemplo. Entre las agresiones psíquicas figuran la intimidación, la denigración, la humillación

constante, el aislamiento de la familia y los amigos, vigilar los movimientos de la mujer o restringir su acceso a la información o la asistencia. Son agresiones sexuales las relaciones forzadas y otras formas de coacción sexual<sup>1,2</sup>.

Leonor Walker, en 1978, describió el carácter cíclico del fenómeno de la violencia e identificó tres fases<sup>3</sup> (figura 1).

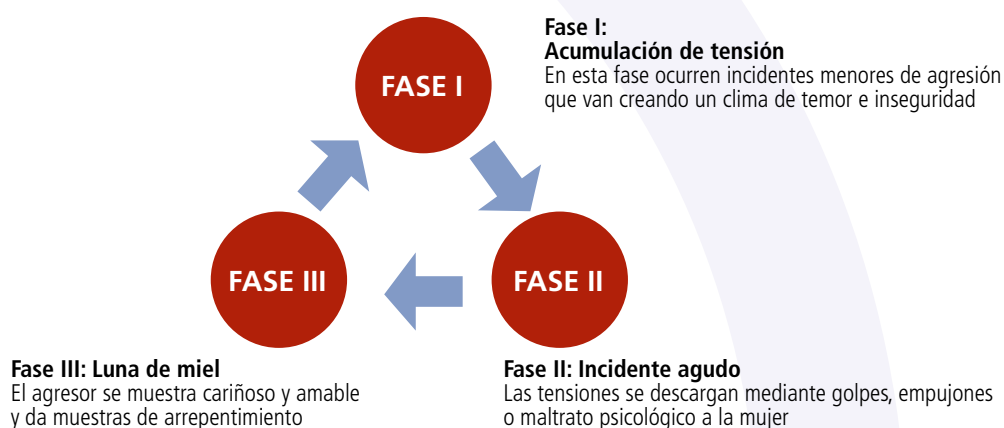
Lo primero que cabe señalar sobre los agresores es que no presentan ningún rasgo de personalidad específico o característico. Conforman un grupo heterogéneo

Fecha de recepción: 27/02/15. Fecha de aceptación: 2/05/15.

Correspondencia: M.<sup>a</sup> Analía Gómez-Fernández.  
ASSIR Just Oliveras. Rambla Just Oliveras, 50. 08901 L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona). Correo electrónico: [analiagomez2@yahoo.es](mailto:analiagomez2@yahoo.es)

Este trabajo se inscribe en el contexto del Grupo de Estudios sobre Mujer, Salud y Ética de la Relación Asistencial e Dossier (SGR-156), reconocido por el Departament d'Economia i Coneixement de la Generalitat de Catalunya.

Gómez-Fernández MA, Goberna-Tricas J, Payà-Sánchez M. Las matronas y la detección de la violencia en el embarazo. *Matronas Prof.* 2015; 16(4): 124-130.



**Figura 1.** Fases del ciclo de la violencia. Fuente: Walker L. *The Battered Woman Syndrome*. Nueva York: Springer, 1984

en el que no existe un prototipo determinado, aunque presentan como elemento común el hecho de mantener o haber mantenido una relación sentimental con la víctima. Los estudios realizados al respecto han tomado diferentes direcciones y han puesto de manifiesto algunas características generales; entre ellas, cabe destacar que el factor de riesgo más importante para cometer VG es haber sido testigo o víctima de violencia por parte de los padres durante la infancia o la adolescencia, y que entre las razones y motivaciones existentes en este tipo de conductas está la necesidad de controlar o dominar a la mujer<sup>1,4</sup>.

La gratificación que proporciona al agresor el uso de la violencia contra su pareja puede deberse a diversos motivos: liberar la rabia ante la percepción de que se ataca su posición de cabeza de familia o se produce una merma de poder; neutralizar la independencia de la mujer, que conllevaría una pérdida de poder del hombre; mantener el dominio sobre la compañera o sobre la situación, y alcanzar la posición social positiva que tal dominación le permite<sup>4</sup>.

La matrona, por su contacto más directo con las mujeres durante el embarazo, el parto y el posparto y por la relación de confianza que establece con ellas, puede desempeñar un papel crucial en la detección de la VG.

El objetivo de este estudio es conocer las consecuencias que tiene la VG sobre la salud sexual y reproductiva de la mujer, y el papel de los sanitarios para una correcta asistencia a las mujeres que son víctimas de ella, mediante una revisión de la bibliografía publicada en relación con la VG.

## METODOLOGÍA

Se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica en las bases de datos PubMed, ENFISPO, CINAHL, CUIDEN Plus, Cuidatge y Cochrane. Los artículos se seleccionaron según criterios científicos; debían abordar los siguientes temas: las consecuencias de la VG en la salud,

la detección de la VG y las referencias relacionadas con la formación de los profesionales. La búsqueda se limitó a artículos de 10 años de antigüedad como máximo, exceptuando algunos trabajos de fecha anterior relevantes por su valor histórico. Se utilizaron las siguientes palabras clave: en español, «embarazo», «violencia de género», «aborto» y «profesionales», y en inglés, «pregnancy», «abuse violence», «intimate partner violence», «abortion» y «professional». La búsqueda se amplió accediendo a documentación procedente de sociedades científicas, organizaciones nacionales e internacionales contra la VG y guías de práctica clínica sobre el tema. En una primera búsqueda se obtuvieron 678 artículos, de los que se seleccionaron 38 por su interés, y siguiendo el criterio de título, lectura de resumen y posibilidad de acceder al trabajo. Además, se consultaron 5 guías y la Ley Orgánica 1/2004, de medidas de protección integral contra la violencia de género.

## RESULTADOS

### La violencia de género como problema de salud

Consciente de las dimensiones del problema y la cantidad de personas a las que afecta, la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera la VG como una epidemia<sup>5</sup>. Se estima que, en todo el mundo, la violencia contra la mujer es una causa de muerte e incapacidad entre las mujeres en 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<sup>6</sup>.

En un estudio de la OMS de 2005 sobre la salud de la mujer y la violencia doméstica contra la mujer (Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women) realizado en 10 países (Bangladesh, Brasil, Etiopía, Japón, Perú, Namibia, Samoa, Serbia y Montenegro, Tailandia y República de Tanzania), en su mayoría en desarrollo, se observó lo siguiente en las mujeres de 15 a 49 años: entre un 15% (en Ja-

pón) y un 70% (en Etiopía y Perú) de ellas referían haber sufrido violencia física o sexual por parte de su pareja; entre un 0,3 y un 11,5% decían haber sufrido violencia sexual por parte de alguien que no era su pareja; además, muchas mujeres afirmaban que su primera experiencia sexual había sido forzada (un 24% en el Perú rural, un 28% en Tanzania, un 30% en el Bangladesh rural y un 40% en Sudáfrica)<sup>7</sup>.

El Consejo de Europa, en su informe «Estudios sobre las medidas y acciones adoptadas por los Estados miembros del Consejo de Europa», constata que el 20-25% de las mujeres de la Unión Europea han sufrido algún tipo de violencia física a lo largo de su vida, y que más de un 10% han sufrido una agresión sexual. Estas cifras se elevan hasta el 45% si incluimos el acoso<sup>8</sup>.

En España, para poder establecer la magnitud de la VG el Instituto de la Mujer llevó a cabo tres macroencuestas en los años 1999, 2002 y 2006. La serie continúa con las de 2011 y 2015, realizadas en esta ocasión en colaboración con el Centro de Investigaciones Sociológicas. Respecto a las macroencuestas anteriores, los datos de las dos últimas reflejan un aumento en la proporción de mujeres que declaran haber sufrido VG alguna vez en la vida: el 12,5% en 2015 y el 10,9% en 2011, frente al 6,3% de 2006, el 6,2% de 2002 y el 5,1% de 1999<sup>9</sup>. Estos datos revelan la magnitud del problema y reflejan que la violencia contra las mujeres ocurre en todas las clases sociales y en todos los países del mundo, y que no es algo alejado de nuestro entorno.

La VG tiene múltiples y graves consecuencias para la salud de la mujer, tanto físicas como psicológicas y sociales<sup>1,2</sup> (tabla 1).

### La violencia de género como problema de salud sexual y reproductiva

Centrándonos en las consecuencias sobre la salud sexual y reproductiva, cabe destacar que las mujeres que viven con un compañero violento tienen dificultades para protegerse de embarazos no deseados y de enfermedades. La violencia ejercida mediante relaciones sexuales forzadas puede dar lugar directamente a un embarazo no deseado o a infecciones de transmisión sexual, incluida la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana, e indirectamente puede dificultar la capacidad de la mujer para usar anticonceptivos, en especial preservativos<sup>10,11</sup>.

La violencia también ocurre durante el embarazo. La prevalencia de la VG durante la gestación depende de la población de estudio y de la metodología utilizada<sup>12</sup>. Un metaanálisis de 2013 en el que se revisaron 92 estudios independientes sobre VG entre mujeres embara-

**Tabla 1. Consecuencias de la violencia de género en la salud de la mujer**

En la salud física	En la salud psíquica
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Muerte (por homicidio, suicidio, etc.)</li> <li>• Lesiones: traumatismos, quemaduras...</li> <li>• Deterioro funcional</li> <li>• Síntomas físicos inespecíficos (p. ej., cefaleas)</li> <li>• Peor salud</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Depresión/ansiedad</li> <li>• Trastornos: del sueño, por estrés postraumático, de la conducta alimentaria</li> <li>• Intento de suicidio</li> <li>• Abuso de tóxicos</li> </ul>
En la salud crónica	En la salud social
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dolor crónico</li> <li>• Síndrome del intestino irritable</li> <li>• Otros trastornos gastrointestinales</li> <li>• Quejas somáticas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aislamiento social</li> <li>• Pérdida de empleo/absentismo laboral</li> <li>• Disminución del número de días de vida saludable</li> </ul>

das en todo el mundo, determinó que la prevalencia de VG psicológica era del 28,4%, la física del 13,8% y el abuso sexual del 8,0%<sup>13</sup>. Según la Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, de las mujeres que sufrían violencia por parte de sus parejas y estuvieron embarazadas durante la relación, un 42% la padeció también durante el embarazo<sup>14</sup>. En España, un artículo de 2004 indica una prevalencia del 13% en la población estudiada<sup>15</sup>. Otro estudio publicado en 2014 por Velasco et al. revela una prevalencia de entre el 7,7 y el 21% (sumando violencia psicológica, física y sexual), dependiendo de cuál sea el instrumento de evaluación<sup>16</sup>. De hecho, el principal factor de riesgo para sufrir violencia durante el embarazo es la historia de violencia previa<sup>17</sup>.

El problema es de tal magnitud que la violencia durante el embarazo es más frecuente que la diabetes gestacional (1-12%)<sup>18</sup>, el síndrome de Down (0,18%)<sup>19</sup> o la preeclampsia (2-3%)<sup>20</sup>, para los que sí realizamos un cribado sistemático de detección en el control de embarazo. Así pues, la detección de la VG debe ser incorporada a la atención prenatal habitual, del mismo modo que preguntamos por riesgos conductuales para la salud de la mujer y su hijo, como el tabaco o el alcohol<sup>21</sup>. Muchos sanitarios han comentado que se sienten violentos al preguntar sobre VG; en cambio, sí le preguntamos a la mujer sin ningún tabú si toma algún tipo de droga. Una posible estrategia sería introducir la pregunta de forma más indirecta, diciendo por ejemplo: «Como la violencia es común en la mujer, hemos comenzado a hacer preguntas sobre violencia de género a todas las pacientes»<sup>2</sup>. La forma de preguntar dependerá mucho de la relación que tengamos con cada mujer, pero lo importante es preguntar; de esta manera la VG se incluye como problema de salud e, indirectamente, se actúa en favor de la mujer.

**Tabla 2. Indicadores de sospecha de violencia de género durante el embarazo**

Antecedentes conductuales de la mujer	Antecedentes gineco-obstétricos
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Maltratos en la infancia</li> <li>• Historia de conductas de evasión: abuso de alcohol, drogas o psicofármacos</li> <li>• Historia de intentos de suicidio</li> <li>• Historia de accidentes repetidos</li> <li>• Trastornos de la conducta alimentaria</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lesiones en los genitales, el abdomen o los pechos (principalmente durante el embarazo)</li> <li>• Dispareunia, dolor pélvico e infecciones genitales repetidas/ infecciones de transmisión sexual</li> <li>• Ausencia de control de la fecundidad</li> <li>• Retraso en la solicitud de atención prenatal</li> <li>• Historia de abortos o de interrupciones voluntarias del embarazo repetidas</li> </ul>
Motivos de consulta/utilización de los servicios sanitarios	Presentación de lesiones durante la consulta
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Síntomas somáticos/psicológicos repetidos</li> <li>• Alternancia de hiperfrecuentación con periodos de largas ausencias</li> <li>• Incumplimiento de citas y de tratamientos</li> <li>• Hospitalizaciones frecuentes sin diagnósticos que lo justifiquen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Retraso en la asistencia por lesiones físicas</li> <li>• Incongruencia entre el tipo de lesión y la explicación del motivo</li> <li>• Distribución central de las lesiones o en zonas escondidas por la ropa</li> <li>• Lesiones en diferentes momentos de curación</li> <li>• Lesiones por defensa (p. ej., cara interna del antebrazo)</li> </ul>
Actitud o estado de la mujer durante la consulta	Actitud de la pareja
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rasgos depresivos y de desánimo</li> <li>• Actitud de temor o evasión</li> <li>• Estado de ansiedad o angustia, agresividad</li> <li>• Justificación de las lesiones</li> <li>• Si está presente la pareja, busca su aprobación y muestra temor en las respuestas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Solicita estar presente durante toda la visita</li> <li>• Control sobre todo lo que dice la mujer: contesta él o la interrumpe para precisar o matizar su relato</li> <li>• Demostrar excesiva preocupación o cuidado</li> <li>• Mostrarse nervioso, e incluso hostil o agresivo, con su pareja o con el profesional sanitario</li> </ul>

**Tabla 3. Consecuencias de la violencia durante el embarazo**

Para la mujer	Para el feto	Para el niño
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estrés, depresión y abuso de drogas, alcohol y tabaco</li> <li>• Infecciones: corioamnionitis e infecciones urinarias</li> <li>• Sangrado vaginal</li> <li>• Hipertensión arterial</li> <li>• Cesáreas y partos instrumentados</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aborto espontáneo o interrupción voluntaria del embarazo</li> <li>• Prematuridad</li> <li>• Bajo peso al nacimiento</li> <li>• Aumento del riesgo de muerte perinatal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alteraciones del desarrollo psicológico y físico</li> <li>• Comportamientos violentos en la infancia y la adolescencia (abuso de tóxicos)</li> <li>• Ansiedad, depresión, mal rendimiento escolar, poca autoestima</li> </ul>

En las investigaciones realizadas hasta el momento no se ha determinado si la violencia en realidad comienza, aumenta o disminuye durante el embarazo<sup>21</sup>. Pero lo que está claro es que el hecho de que la mujer esté embarazada no excluye la violencia<sup>22,23</sup>.

Según un estudio cualitativo realizado en Londres en 2006, las mujeres que sufrían VG, durante el embarazo, sentían una mayor sensación de inseguridad y más celos por parte de su pareja. La VG durante la gestación tenía que ver con la llegada y el cuidado del bebé: preocupaciones financieras, disminución de la disponibilidad física y emocional de la mujer durante el embarazo, y dudas sobre la paternidad<sup>24</sup>.

Existen factores de riesgo que pueden ser causa o más bien consecuencia de la VG. Se consideran indicadores de sospecha determinadas conductas de la mujer o su pareja, algunos antecedentes obstétricos o lesiones y motivos de la consulta específicos; cuando se detecten, debe investigarse si hay o no VG<sup>2</sup> (tabla 2).

Las graves consecuencias que tiene la VG para la salud de la mujer se acentúan durante el embarazo, por la posibilidad de desencadenar complicaciones durante la gestación o el parto y por el riesgo de perjudicar al feto o el futuro niño<sup>1,21,25-32</sup> (tabla 3).

La VG puede ser un motivo de peso para la falta de control de la fertilidad, ya que existe una estrecha relación entre la VG y el embarazo no deseado<sup>33-35</sup>. Algunas de las mujeres maltratadas que se quedan embarazadas optarán por una interrupción voluntaria del embarazo (IVE), o para no exponer a su hijo a una situación familiar de violencia o porque creen que tener un bebé va a atarlas aún más a su pareja<sup>36-38</sup>.

Según un metaanálisis publicado en 2014, en los cinco continentes los índices de violencia física, sexual y emocional entre las mujeres que solicitan una IVE son del 24,9%<sup>32</sup>. Además, también se observó una relación con el número de IVE: las mujeres que sufrían VG eran más propensas a tener una historia de múltiples IVE.

Esta revisión también concluyó que las mujeres que se presentaban para una tercera IVE tenían más de 2,5 veces más probabilidades de tener un historial de violencia física o sexual que las mujeres que solicitaban una primera IVE<sup>32</sup>. Aunque no siempre se demostró que padecer VG fuese un factor determinante en la decisión final de interrumpir el embarazo, los resultados apoyan la idea de que la violencia a veces puede dar lugar a un embarazo inicial (a través de la intimidación, la violación o de impedir el uso de anticonceptivos) y a una IVE posterior (a través de la coacción). Pese a la escasez de datos sobre los resultados a largo plazo para las mujeres en relaciones violentas que se sometieron a IVE, la asociación con la repetición de IVE apoya la idea de un ciclo repetitivo de VG y embarazo<sup>32</sup>.

### Aspectos jurídicos y papel de los profesionales sanitarios en la detección de la violencia de género

La VG requiere la implicación activa de todo el personal de los servicios sanitarios, que deben ser conscientes de que el abordaje y la resolución de las consecuencias de la violencia han de comenzar con la detección del problema, pero que las víctimas no suelen manifestar ni hablar de su situación espontáneamente. A menudo sienten miedo o vergüenza, minimizan la gravedad y peligrosidad de su situación, se resisten a reconocer el problema y pueden llegar a autoculparse<sup>39</sup>.

La VG es un tema de salud prioritario: «No tenga miedo de preguntar. Contrariamente a la creencia popular, la mayoría de las mujeres están dispuestas a revelarlo cuando se les pregunta en forma directa y no valorativa. En realidad, muchas están esperando silenciosamente que alguien les pregunte»<sup>39</sup>.

Las agresiones no pueden ser consideradas tan sólo como el resultado de la violencia. Eso sería como pensar que una enfermedad sólo son sus síntomas, dejando de lado todo lo relacionado con su etiología. Cuando esos síntomas no son expresión de una causa puntual, sino de una situación prolongada, con más motivo debemos dirigir la atención hacia las causas ocultas que provocan la enfermedad. La víctima no sólo tiene que recibir la atención médica necesaria, como medida inmediata para sacarla del estado en que ha quedado; debemos pensar que el problema es también una cuestión jurídica o legal y psicosocial. El maltrato afecta a la salud individual de las víctimas directas de las agresiones, pero también a las víctimas indirectas o secundarias, esas personas próximas a la víctima y que forman parte del ámbito en el que se producen las agresiones, fundamentalmente los hijos. Por tanto, limitarse a curar a las mujeres de las lesiones puntuales que hayan po-

dido sufrir no será suficiente para la solución definitiva del problema. Los sanitarios deben facilitar a la mujer un tratamiento holístico y multidisciplinar, es decir, físico, psíquico, social y jurídico<sup>40</sup>.

La base legal de la que se deriva la obligatoriedad de poner en conocimiento de la autoridad judicial el posible hecho delictivo, es el artículo 262 de la Ley Orgánica 1/2004<sup>41</sup>, que afirma lo siguiente: «Los que por razón de sus cargos, profesiones u oficios tuvieren noticia de algún delito público, estarán obligados a denunciarlo inmediatamente al Ministerio Fiscal, al tribunal competente, al juez de instrucción y, en su defecto, al municipal o al funcionario de policía más próximo al sitio, si se tratase de un delito flagrante». Más adelante, en el párrafo tercero, el artículo hace una referencia concreta a los profesionales sanitarios y señala que «si la omisión en dar parte fuese de un profesor en medicina, cirugía o farmacia y tuviere relación con el ejercicio de sus actividades profesionales», sería de mayor gravedad.

Debe remitirse el parte de lesiones, junto con el informe médico, al juzgado, informando previamente de ello a la mujer afectada. Se entregará un ejemplar: a) a la propia víctima, siempre que ello no comprometa su seguridad (la mujer puede venir acompañada por el presunto agresor, o puede que al llegar a casa el agresor descubra la copia), en cuyo caso se le puede indicar que, si teme llevar la copia consigo, se le puede facilitar a algún familiar o persona de su confianza; b) al juzgado por correo (en los casos en que exista urgencia en la notificación se realizará por fax), y c) otro ejemplar se archivará en la historia clínica de la mujer en el centro sanitario donde se la atendió<sup>39</sup>.

Hay una cierta polémica entre los sanitarios respecto a cuándo conviene elaborar el parte de lesiones, ya que a veces la mujer no quiere que se haga. Actualmente existe un debate en torno a este aspecto, ya que la ley establece que ante la sospecha racional de agresión (es decir, con una base científica, argumentada y sometida a la crítica de la razón) el sanitario tiene la obligación de realizar un parte de lesiones, pero en la práctica nos encontramos con que las mujeres nos «suplican» que no se emitan esos informes, en ocasiones por miedo a las consecuencias, ya que la mujer sabe que la comunicación provocará casi con seguridad la detención del agresor, a la que seguirá su liberación posterior y el aumento de la violencia. Por otro lado, con frecuencia mujeres que sí deciden poner la denuncia la retiran a los pocos días o bien niegan o minimizan los hechos, pasando a defender al agresor. Esto es consecuencia del momento del ciclo de violencia en que se encuentra la víctima; la mujer está confundida por las declaraciones y los gestos del agresor durante la fase de la reconciliación. Por lo

expuesto, algunos autores recomiendan respetar la voluntad de la mujer<sup>42</sup>.

### Competencias y necesidades formativas de los profesionales sanitarios para la detección de la violencia de género

Según la OMS, las funciones mínimas que deben desarrollarse en este tema desde el sistema sanitario son las siguientes<sup>39</sup>: a) preguntar con regularidad, cuando sea factible, a todas las mujeres sobre la existencia de VG, como tarea habitual dentro de las actividades preventivas; b) estar alerta ante posibles signos y síntomas de VG y hacer su seguimiento; c) ofrecer atención sanitaria y registrarla en la historia de salud o historia clínica; d) ayudar a entender su malestar y sus problemas de salud como una consecuencia de la violencia y el miedo; e) informar y remitir a las pacientes a los recursos disponibles de la comunidad; f) mantener la privacidad y la confidencialidad de la información obtenida; g) estimular y apoyar a la mujer a lo largo de todo el proceso, respetando su propia evolución; h) evitar actitudes in-solidarias o culpabilizadoras, ya que pueden reforzar el aislamiento, minar la confianza en ellas mismas y restar la probabilidad de que busquen ayuda; i) establecer una coordinación con otros profesionales e instituciones, y j) colaborar en dimensionar e investigar el problema mediante el registro de casos.

En Europa, únicamente la tercera parte de las víctimas de violencia en la pareja (33%) y la cuarta parte de las víctimas de violencia fuera de la pareja (26%) recurrieron a la policía o a algún otro servicio para pedir ayuda<sup>14</sup>.

Se estima que de las mujeres que acuden a los servicios de atención primaria de salud, un 17-25% estarán sufriendo VG<sup>13</sup> (ya que este grupo de mujeres frecuentan más el sistema sanitario), aunque el motivo por el que consultan no siempre es una lesión directa de la agresión, sino que suele ser una manifestación subaguda o encubierta, y en muchas ocasiones no es más que una vía involuntaria de pedir auxilio<sup>43</sup>. Habitualmente, estas mujeres acuden a servicios sanitarios durante años por síntomas somáticos provocados por la VG propiamente dicha<sup>44</sup>. Se cree que en los servicios sanitarios sólo se identifica un 1% de los casos de VG y mayoritariamente en fases tardías, con las graves repercusiones que esto implica para la salud de la mujer<sup>43,44</sup>.

Según el protocolo del Colegio Americano de Ginecólogos y Obstetras, debe efectuarse una búsqueda activa, preguntar a cada paciente en la primera visita prenatal y al menos una vez por trimestre; asimismo, ha de realizarse un cribado en la visita posparto y en las visitas ginecológicas y de planificación familiar de control<sup>21</sup>.

Esta misma recomendación de hacer un cribado a las embarazadas figura también en el Protocolo para el abordaje de la violencia machista de Cataluña, en su documento específico sobre el embarazo, puesto que se asume que todas las pacientes están en riesgo de sufrirla<sup>45</sup>.

Es de vital importancia que la sociedad en general y los profesionales en particular sean capaces de detectar posibles situaciones de VG, aunque las mujeres que las sufren no verbalicen su situación o no pidan ayuda<sup>21</sup>. Parece necesario que los profesionales sanitarios estén formados y sensibilizados en cuestiones tales como la comprensión del ciclo de la violencia, los aspectos legales, la importancia de la relación empática con la mujer, los recursos sociosanitarios, la coordinación requerida, etc.<sup>46</sup>. De hecho, así lo dictamina la mencionada Ley Orgánica 1/2004, de medidas de protección integral contra la violencia de género, en cuyo artículo 15 se lee lo siguiente: en el marco del Sistema Nacional de Salud, «se desarrollarán programas de sensibilización y formación continuada del personal sanitario [...]. Las Administraciones educativas competentes asegurarán que en los ámbitos curriculares de las licenciaturas y diplomaturas, y en los programas de especialización de las profesiones sociosanitarias, se incorporen contenidos dirigidos a la capacitación para la prevención, la detección precoz, intervención y apoyo a las víctimas de esta forma de violencia»<sup>41</sup>.

### CONCLUSIONES

Cuando las mujeres acuden a los centros sanitarios, no suelen mencionar la violencia a menos que se les pregunte directamente sobre ello. La sufren en silencio, no tienen en quien confiar, y si no se indaga, únicamente se identificarán los casos que son muy visibles, es decir, los de violencia física.

La legislación y los protocolos establecen la obligatoriedad de que todos los profesionales de ciencias de la salud estén formados en la detección y atención a la VG. La sensibilización de las matronas en este tema y la oferta de programas de formación continuada que mejoren las habilidades en los aspectos comunicativos y legales, así como en la comprensión del ciclo de la VG y la capacidad para detectar los signos y síntomas de la misma, mejorarían dicha actuación de detección y atención a la VG en el ámbito de la atención a la salud sexual y reproductiva.

Esta sensibilización sería una contribución a la lucha por la erradicación de la VG, que en ocasiones queda enmascarada por la cultura androcéntrica y cuyo contrario no es la cultura matriarcal ni la superioridad de la

mujer sobre el hombre, sino simplemente las relaciones entre ambos géneros desde el respeto y la igualdad.

## BIBLIOGRAFÍA

- Informe mundial sobre la violencia y la salud. [Internet]. Ginebra: OMS, 2003. [Consultado el 2 de febrero de 2014]. Disponible en: [http://www.paho.org/Spanish/AM/PUB/capitulo\\_4.pdf](http://www.paho.org/Spanish/AM/PUB/capitulo_4.pdf)
- Protocol per a l'abordatge de la violència masclista en l'àmbit de la salut a Catalunya. Document marc. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament de Salut, 2009.
- Walker LE. Psychology and violence against women. *Am Psychol*. 1989; 44(4): 695-702.
- La violencia doméstica contra mujeres y niñas. Florencia: UNICEF, 2000.
- La violence à l'encontre des femmes. Aide-mémoire, n.º 239. OMS, 2000.
- Informe sobre el desarrollo mundial 1993: invertir en salud. Washington: Banco Mundial, 1993.
- WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women. Initial result on prevalence, health outcomes and women's responses. Ginebra: OMS, 2005.
- Estudios sobre las medidas y acciones adoptadas por los estados miembros del Consejo de Europa sobre violencia de género. Bruselas: Consejo de Europa, 2006.
- V Macroencuesta de violencia contra la mujer. Avance de resultados. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales e Igualdad, 2015.
- Pallitoo CC, García Moreno C, Jansen H, Lori Heise, Ellsberg M, Watts C. Intimate partner violence, abortion, and unintended pregnancy: results from the WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence. *Int J Gynaecol Obstet*. 2013; 120(1): 3-9.
- Koenig LJ, Whitaker DJ, Royce RA, Wilson TE, Callahan MR, Fernández MI. Violence during pregnancy among women with or at risk for HIV infection. *Am J Public Health*. 2002; 92(3): 367-70.
- Velasco Juez MC. Recomendaciones para la detección precoz de la violencia en el embarazo. *Matronas Prof*. 2008; 9(3): 32-7.
- James L, Brody D, Hamilton Z. Risk factors for domestic violence during pregnancy: a meta-analytic review. *Violence Vict*. 2013; 23(3): 359-80.
- Violencia de género contra las mujeres: una encuesta a escala de la UE. Resumen de las conclusiones. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, 2014.
- Gómez MC, Dorado MI, Bedoya Bergua JA, Cayuela A, Alonso MJ, Hidalgo D. Violencia contra la mujer. Resultados de una encuesta hospitalaria. *Prog Obstet Ginecol*. 2004; 47(11): 511-20.
- Velasco C, Luna JD, Martín A, Caño A, Martín E. Intimate partner violence against Spanish pregnant women: application of two screening instruments to assess prevalence and associated factors. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2014; 93(10): 1.050-8.
- Finnbogadóttir H, Dykes AK, Wann-Hansson C. Prevalence of domestic violence during pregnancy and related risk factors: a cross-sectional study in southern Sweden. *BMC Womens Health*. 2014; 63(14): 1-13.
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). Asistencia a la gestante diabética. SEGO, 2014.
- Diagnóstico prenatal de los defectos congénitos. SEGO, 2010.
- Cortés Pérez S, Pérez Milán F, Gobernado Tejedora JA, Mora Cepeda. Epidemiología de los estados hipertensivos del embarazo. *Clin Invest Gin Obst*. 2009; 36(4): 132-9.
- Intimate Partner Violence during Pregnancy. A Guide for Clinicians. Washington: ACOG & CDC, 2000.
- Bianchi AL, McFarlane, Nava A, Gilroy H, Maddoux, Cesario S. Rapid assessment to identify and quantify the risk of intimate partner violence during pregnancy. 2014. *Birth*; 41(1): 88-92.
- Rodrigues M, Moura AA, Seabra MT, Fernandes R, Leitão LM, Blima L, et al. Psychological violence against pregnant women in a prenatal care cohort: rates and associated factors in São Luis, Brazil. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014; 66(14): 1-9.
- Bacchus L, Mezey G, Bewley S. A qualitative exploration of the nature of domestic violence in pregnancy. *Violence Against Women*. 2006; 12(6): 588-604.
- Van AS, Deschepper E, Michielsen K, Galle A, Roelens K, Temmerman M, et al. Intimate partner violence and psychosocial health, a cross-sectional study in a pregnant population. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015; 15(1): 1-8.
- Woolhouse H, Gartland D, Hegarty K, Donath S, Brown S. Depressive symptoms and intimate partner violence months after childbirth: a prospective in the 12 pregnancy cohort study. *BJOG*. 2012; 119(3): 315-23.
- McFarlane J, Maddoux J, Cesario S, Koci A, Liu F, Gilro H, et al. Effect of abuse during pregnancy on maternal and child safety and functioning for 24 months after delivery. *Obstet Gynecol*. 2014; 123(4): 839-47.
- Arcos E, Uarac M, Molina I, Repossi A, Ulloa M. Impacto de la violencia doméstica sobre la salud reproductiva y neonatal. *Rev Med Chile*. 2001; 129(12): 1.413-24.
- Greenberg EM, McFarlane J, Watson MG. Vaginal bleeding and abuse: assessing pregnant women in the emergency department. *MCN Am J Matern Child Nurs*. 1997; 22(4): 182-6.
- Enang E, Adegboyega F, Abiodun A, Kikelomo A, Abiodun A. Domestic violence and obstetric outcome among pregnant women in Ilorin, North Central Nigeria. *Int J Gynaecol Obstet*. 2014; 125(2): 170-1.
- Hedin LW, Janson PO. Domestic violence during pregnancy. The prevalence of physical injuries, substance use, abortions and miscarriages. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2000; 79(8): 623-30.
- Hall M, Chappell LC, Parnell BL, Seed PT, Bewley S. Associations between intimate partner violence and termination of pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Med*. 2014; 11(1): e1001581.
- Öberg M, Stenson K, Skalkidou A, Heimer P. Prevalence of intimate partner violence among women seeking termination of pregnancy compared to women seeking contraceptive counseling. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2014; 93(1): 45-51.
- Salazar M, San Sebastian M. Violence against women and unintended pregnancies in Nicaragua: a population-based multilevel study. *BMC Womens Health*. 2014; 26(14): 1-9.
- Ismayilova L, El-Bassel N. Intimate partner physical and sexual violence and outcomes of unintended pregnancy among national samples of women from three former Soviet Union countries. *Violence Against Women*. 2014; 20(6): 633-52.
- Salazar M, Valladares E, Högberg U. Questions about intimate partner violence should be part of contraceptive counselling: findings from a community-based longitudinal study in Nicaragua. *J Fam Plan Reprod Health Care*. 2011; 38: 221-8.
- Roberts S, Biggs MA, Chibber KS, Gould H, Rocca CH, Foster DG. Risk of violence from the man involved in the pregnancy after receiving or being denied an abortion. *BMC Med*. 2014, 144(12): 1-7.
- Chibber KS, Biggs MA, Roberts SC, Foster DG. The role of intimate partners in women's reasons for seeking abortion. *Womens Health Issues*. 2014; 24 (1): 131-8.
- Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género. Comisión Contra la Violencia de Género del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2012.
- Terré C. La matrona ante la violencia doméstica. *Matronas Prof*. 2000; 1(2): 4-9.
- Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de medidas de protección integral contra la violencia de género. BOE n.º 313. 2004.
- Aretino Romero A. Aspectos éticos de la denuncia profesional de la violencia contra la mujer. *Gac Sanit*. 2007; 21(4): 273-7.
- Coll Vinent B, Echeverría T, Farràs U, Rodríguez D, Millá J, Santina M. El personal sanitario no percibe la violencia doméstica como un problema de salud. *Gac Sanit*. 2008; 22(1): 7-10.
- Arredondo Provecho AB, Broco Barredo M, Alcalá Ponde de León T, Rivera Álvarez A, Jiménez Trujillo I, Gallardo Pino C. Profesionales de atención primaria de Madrid y violencia de pareja hacia la mujer en el año 2012. *Rev Esp Salud Publica*. 2012; 86(1): 85-99.
- Protocol per a l'abordatge de la violència masclista en l'àmbit de la salut a Catalunya. Document operatiu d'embaràs. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut, 2010.
- Guía de apoyo en atención primaria para abordar la violencia de pareja hacia las mujeres. Madrid: Consejería de Salud, Comunidad de Madrid, 2008.