



Universidad de Valladolid
Grado en Enfermería
Facultad de Enfermería de Valladolid

UVa

Curso 2022-2023
Trabajo de Fin de Grado

**VIOLENCIA DE GÉNERO
EN MUJER GESTANTE**

CAMILA RAMIREZ TORREL

Tutor/a: JONATHAN ROJO

Cotutor/a (si procede):

MIRIAM DANIELA GARCIA CUBILLAS

La Violencia de Género en mujeres embarazadas representa un desafío en términos de salud pública y requiere una intervención prioritaria e interdisciplinar. Estas mujeres se encuentran en una situación de vulnerabilidad ante este tipo de violencia. Las consecuencias de la Violencia de Género pueden afectar tanto a la madre como al feto/neonato en aspectos físicos, psicológicos y sociales. Es importante tener en cuenta que el embarazo no es el único factor de riesgo, sino que también se deben considerar los aspectos socioculturales, económicos y educativos.

El papel de enfermería es crucial en la detección y abordaje de la VG en mujeres embarazadas. Por lo tanto, es esencial que cuenten con una formación adecuada y habilidades en el uso de herramientas objetivas y protocolos estandarizados. Esto contribuirá a fortalecer la confianza de estos profesionales y a reducir posibles complicaciones en el proceso de atención al paciente. Desde el equipo de enfermería, es fundamental brindar un apoyo integral a las víctimas, proporcionarles seguridad y utilizar todos los recursos disponibles para asegurarles que siempre pueden contar con la ayuda del sistema sanitario.

Violencia de Género, embarazo, detección y abordaje de enfermería.

Abstract

Gender-based violence (GBV) in pregnant women represents a challenge for public health, which requires a priority and interdisciplinary intervention. These women find themselves in a vulnerable state against this type of violence. The consequences of Gender Based Violence can affect both, the mother and the foetus/neonate, in physical, psychological and social aspects. It is important to consider that pregnancy is not the only risk, factor, but socio-cultural, economic and educational aspects must also be considered.

The role of nursing is crucial in the detection and management of GBV in pregnant women. Thus, it is essential, that these health professionals are equipped with adequate training and skilled in the use tools objectively and standardized protocols. This will contribute to strengthening their confidence and

reduce possible complications in the patient care process. From the nursing's team perspective, it is essential to provide a comprehensive support to victims, that gives security and to use all available resources to assure victims that they can always rely on the help of the health care system.

Gender based violence, pregnancy and detection and approach by nursing team.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. JUSTIFICACIÓN.....	4
3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	5
4. HIPÓTESIS.....	5
5. OBJETIVOS.....	6
6. MATERIAL Y MÉTODOS.....	6
7. DIAGRAMA DE FLUJO.....	7
8. RESULTADOS.....	8
9. DISCUSIÓN.....	17
10. LIMITACIONES Y FORTALEZAS ANÁLISIS DAFO.....	26
11. CONCLUSIONES.....	27
12. BIBLIOGRAFÍA.....	28
13. ANEXOS.....	31

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1. Denuncias por actos de VG en España en el año 2022.....	4
TABLA 2: Cuestionario Women Abuse Screening Tool (WAST).....	32
TABLA 3. Resumen de los estudios incluidos en la revisión.....	33

GLOSARIO

AP: Atención Primaria.

INE: Instituto Nacional de Estadística.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

PICO: Método de pregunta de investigación

VG: Violencia de género.

1. INTRODUCCIÓN

La Violencia de Género (VG) según la Organización Mundial de la salud (OMS) se define como “cualquier acto o intención que origina daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a las mujeres, incluyendo las amenazas de dichos actos, la coerción o privación arbitraria de libertad, ya sea en la vida privada o pública” (1). Según el secretario general de las Naciones Unidas, en referencia este tema, “Existe una verdad universal, aplicable a todos los países, culturas y comunidades: la violencia contra la mujer nunca es aceptable, nunca es perdonable, nunca es tolerable” (1). Según la OMS, El 35% de mujeres afirman haber sufrido violencia física y/o sexual en el mundo. Por lo tanto, esta organización declara que es una cuestión de salud pública que hay que abordar de modo prioritario, de forma interdisciplinar desde varios ámbitos entre los que se encuentran la educación y sanidad (1).

Este tipo de Violencia encuentra sus raíces en el concepto de género. Definiéndose no como un rasgo biológico sino como una construcción mental y sociocultural, que da lugar a una desigualdad social entre el hombre y la mujer en todos los ámbitos a lo largo de la historia (2). Fue en 1980 durante la celebración de la II Conferencia Mundial sobre la Condición Jurídica y Social de la Mujer, en la que se presentó por primera vez la violencia de género como “el crimen más silenciado” del mundo (3). Aunque esta cuestión de género y su violencia todavía prevalece, se reconoce como una violación de los derechos humanos contra la mujer (4).

En España, encontramos en el ámbito legislativo materia dirigida a la lucha contra la violencia de género como la Ley orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, creando sensibilidad ciudadana, asegurando derechos en el campo laboral y económico y fortaleciendo el marco penal para una protección integral hacia estas víctimas, entre otros (5). Unos años más tarde, se aprobó la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, con el fin de conseguir una igualdad real entre hombres y mujeres, en

el que se plasman puntos importantes sobre la protección de la mujer embarazada (3). En la actualidad, se aprobó la Ley 11/2022, de 20 de septiembre, cuyo objetivo es profundizar en las políticas de seguridad y fomentar la igualdad. Asimismo, intenta acabar con la existencia de casos de VG incluyendo una serie de actuaciones contra este tipo de violencia en sus distintas manifestaciones (6).

Las causas actuales de este tipo de violencia son complejas, incluyendo factores tanto del ámbito individual, de pareja, a nivel comunitario y social (4). Se reconoce como vulnerables a aquellas mujeres que hayan presenciado o han sido víctimas de VG durante su niñez, que se han criado de una forma tradicional con pensamientos como el servilismo y sumisión al hombre convirtiéndose en un patrón que tiende a perpetrarse de forma generacional (3). Asimismo, aquellas que por su condición social sufran o hayan sufrido aislamiento, sean dependientes económicamente y/o posean un bajo nivel educativo (3). No obstante, no se debe asumir que una mujer tiene un bajo riesgo de sufrir este tipo de violencia por no presentar este tipo de características (7).

Dentro de este maltrato hacia las mujeres, existen tres tipos: sexual, psicológico y físico, aunque estos pueden aparecer de una forma simultánea (1). En la mujer embarazada el maltrato psicológico es el más común según varios estudios (8), pero no siempre sigue el mismo patrón (4).

En el caso de Violencia de género en una mujer gestante, para entender su condición hay que tener en cuenta, el fenómeno de apego materno fetal, concepto que se define como “un proceso en el que la mujer gestante construye de manera progresiva una relación unidireccional con su hijo no nacido, basada en la emoción y el afecto, y que puede ser manifestado en comportamientos de interacción con el feto y de cuidado hacia sí misma, necesitando de una red de apoyo” (9). Por tanto, acorde a la evidencia científica, las mujeres embarazadas se encuentran en un estado susceptible a sufrir VG, y aquellas que ya sufrían maltrato este se agrava o aumenta durante este periodo (3). Esto conlleva

consecuencias a corto, medio y a largo plazo (10) tanto en la mujer, en el feto y en el niño nacido (4).

Según el estudio de Jiménez Siles et al se vió que un 47,1% de los casos de VG correspondían a mujeres entre 25 y 39 años, que al ser un rango de edad fértil hace que aumente la posibilidad de episodios de VG en gestantes y que empeoren las consecuencias para ellas (3). En segundo lugar, en las plataformas oficiales del Estado, encontramos datos estadístico-genéricos en el Observatorio contra la Violencia Doméstica y de Género con sede en el Consejo General del Poder Judicial. En relación con estos y llevando a cabo la suma de los tres trimestres de 2022, se contabilizan 134.503 mujeres que denunciaron este tipo de violencia en España. Existe desigualdades entre comunidades, apareciendo las cifras más altas en Murcia y las islas Baleares con 28,5 y 27,6 respectivamente por cada 10.000 mujeres y las más bajas con 11,6 por cada 10.000 mujeres en Castilla y León. Tabla 1 (11). Por otro lado, en el último estudio del Instituto Nacional Español (INE) sobre VG se realizó en 2021, se observó que los casos de VG en España aumentaron 3,2% respecto al año anterior (12).

Debido a la incidencia de esta problemática en España, la actuación sanitaria tiene un papel relevante dado que es una puerta de entrada en la detección de este tipo de violencia (13). Los profesionales de la salud adquirieren conocimientos con la formación tanto en la carrera sanitaria como con la formación continuada que se oferta, para reconocer las repercusiones físicas, psicológicas y económicas que la VG repercute en estas mujeres (3). En estos últimos años, se ha ido reconociendo la importancia de su papel en la detección, por lo que encontramos protocolos de actuación en todos los centros sanitarios de España, en el supuesto de presentarse una paciente con signos de sufrir maltrato. Ante los casos de VG siguiendo el protocolo de las actuaciones sanitarias, se realiza una prevención primaria (educación para la salud), una prevención secundaria (detección precoz) y terciaria (actuación tras el diagnóstico) (14). En el abordaje sanitario de las mujeres embarazadas, es relevante el papel de la matrona, dado que esta profesional de la salud es la que

lleva a cabo el control de embarazo y crea una relación de confianza con sus pacientes (3).

TABLA 1. Denuncias por actos de VG en España en el año 2022. (Elaboración Propia)

Observatorio contra la Violencia Doméstica y de Género con sede en el Consejo General del Poder Judicial (2022)			
Denuncias por actos de VG			
1er trimestre	2do trimestre	3er trimestre	En total
40.481	44.543	49.479	134.50

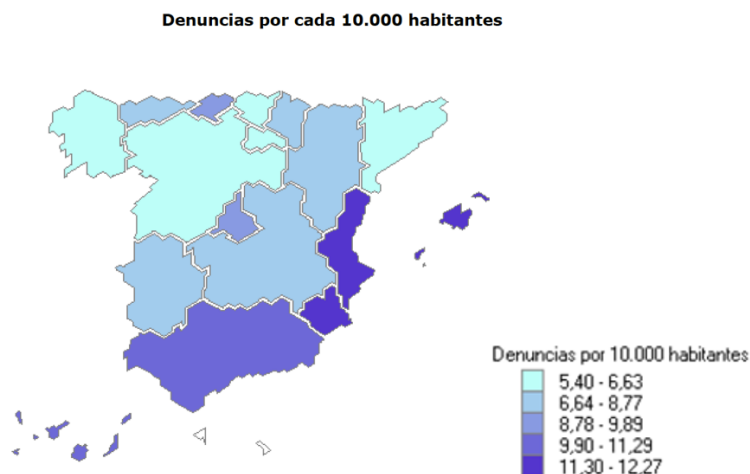


Imagen 1. Fuente el INE. Población a 1 de enero de 2022.

2. JUSTIFICACIÓN

La VG en embarazadas tiene consecuencias perjudiciales en la calidad de vida tanto de la embarazada como en el neonato. A pesar de ello, en España los estudios de VG en embarazadas son escasos por lo que tenemos datos insuficientes sobre su prevalencia. A nivel asistencial, nos planteamos si la formación continuada de estos profesionales es adecuada y suficiente. Además de si se dispone y se realiza un correcto manejo de los recursos y herramientas a la hora de llevar a cabo la detección y abordaje de VG en embarazadas (4). “El

código Deontológico de enfermería indica las responsabilidades de prevenir las enfermedades, mantenimiento de la salud, atención, rehabilitación e integración social del enfermo y formación, administración e investigación” (15). Por lo que como estudiante de enfermería veo importante emplear recursos tanto de formación como de investigación sobre VG para que capaciten al personal de enfermería a la hora de llevar a cabo una intervención eficaz para aquellas embarazadas y neonatos víctimas de este tipo de VG.

3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

Teniendo en cuenta la importancia de esta problemática que se mantiene a nivel nacional y que se perpetua en cada mujer que sufre violencia de género, agravándose en las mujeres gestantes, siendo no solo ellas las afectadas sino también el feto que está creciendo dentro de ellas. Nos podemos hacer una serie de preguntas:

¿Cuáles son todas las consecuencias que conlleva esta violencia no solo a nivel físico sino también a nivel psicológico? ¿Y en el feto? ¿Cómo se aborda esta problemática desde la perspectiva sanitaria? Confluyendo todas estas preguntas a ¿Cuál es el mejor abordaje asistencial ante un caso de una embarazada víctima de violencia de género por parte de enfermería? Esta pregunta de investigación se realiza mediante el sistema PICO, cuyos componentes de la pregunta son: un paciente (embarazadas víctimas de violencia de género), intervención (abordaje por parte de enfermería) comparador (que no tiene lugar) outcome o resultado (el mejor abordaje),

4. HIPÓTESIS

La hipótesis principal de este trabajo es la siguiente: si la actuación de enfermería es importante en el despistaje o identificación de las madres gestantes en situación de VG, así como en su tratamiento y/o prevención.

5. OBJETIVOS

El objetivo general de este trabajo es: Valorar la importancia de la actuación enfermera en la detección y manejo de mujeres gestantes en situación de VG, así como en su prevención.

Objetivos específicos:

- Conocer los factores de riesgo de VG en madres gestantes
- Conocer las consecuencias de los actos de VG en la madre gestante
- Conocer las consecuencias de los actos de VG en el feto
- Determinar el mejor abordaje asistencia por parte de enfermería ante un caso de VG en una madre gestante.

6. MATERIAL Y MÉTODOS.

Este trabajo se trata de una Revisión Sistemática. EL 3 de febrero se realizó la búsqueda, con el fin de responder a la pregunta de investigación planteada en el apartado correspondiente, en las siguientes bases de datos: PUBMED, DIALNET, Scielo y BVS. En el caso de PUBMED, para realizar una búsqueda más específica se utilizó el termino MESH (*based-gender violence*). Asimismo, se delimitó la búsqueda con filtros (fecha: hace 10 años, idioma español e inglés) y se usaron los siguientes descriptores: “pregnancy”, “based-gender violence”, “intimate partner violence” y “nursing” combinados con el operador booleano “AND” usando las siguientes fórmulas de búsqueda: “pregnancy” AND “based-gender violence” AND “nursing” o “pregnancy” AND “intimate partner violence” AND “nursing”. En relación, a la búsqueda de DIALNET y Scielo, se utilizaron las siguientes fórmulas de búsqueda (embarazo AND violencia de género AND enfermería) y con los filtros usados previamente en PUBMED. Además de en estas bases de datos se ha buscado información en páginas oficiales del Gobierno de España y en protocolos hospitalarios de VG de algunas comunidades autónomas. Además de plataformas como Google Scholar con las palabras clave (embarazo, violencia de género y enfermería), los textos

específicos relacionados con el tema se encontraban en las primeras páginas, por lo que acote la búsqueda a las tres primeras.

En cuanto a los criterios de selección de los artículos, cabe añadir que se excluyeron aquellos que estaban duplicados, que no respondían a la pregunta de investigación o aquellos que no proporcionaban el artículo entero.

Por otro lado, se utilizaron como herramientas para la evaluación de evidencia científica la guía de CASPe. Utilizando la herramienta CASPe, se revisó uno por uno los artículos, puntuando con los diferentes ítems que proporcionaba la plantilla realizada por Juan B Cabello, 2015. Incluyendo en el trabajo aquellos artículos con puntuación mayor de 7, garantizando una utilización de datos basados en la evidencia.

7. DIAGRAMA DE FLUJO

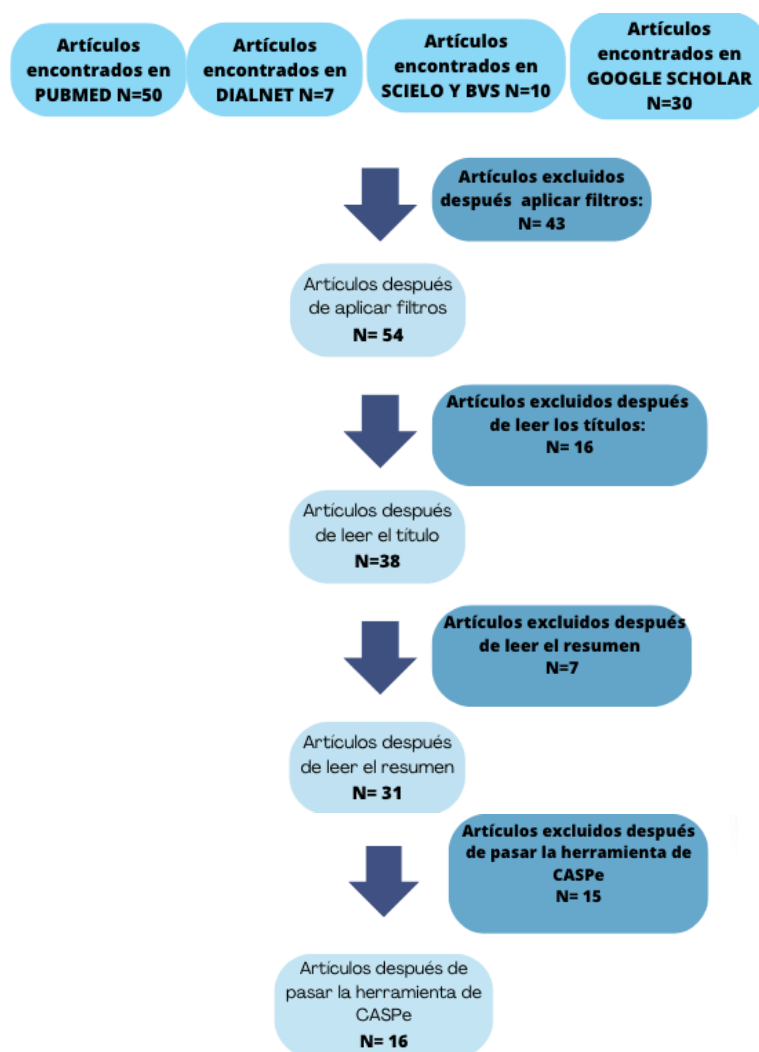


Figura 2. Diagrama de flujo.

8. RESULTADOS

De acuerdo a los 16 artículos seleccionados, podemos dividir los resultados en estos temas:

- VG en la embarazada: los factores de riesgo de VG en embarazadas y consecuencias directas en las víctimas tanto en la embarazada como en el neonato.
- Detección y abordaje en enfermería: prevalencia, las barreras y facilidades en la detección y abordaje por parte de los enfermeros y la formación sobre el tema de VG entre los enfermeros.

VG en la embarazada: Factores de riesgo de VG en embarazadas.

El autor Ulutas et al., llevo a cabo un estudio sobre VG en el este de Turquía cuya muestra era de 385 embarazadas, siguiendo los criterios de inclusión de no tener dificultad a la hora de comunicarse, que las embarazadas a estudio no tuviesen enfermedades psiquiátricas y sin medicación psiquiátrica. Además, de que el feto no tuviese ninguna afectación. El objetivo fue determinar la relación entre la VG y el apego materno-fetal en embarazadas en Irán. Para obtener los resultados se utilizaron tres cuestionarios: *Domestic Violence against Women Scale (DVAWS)*, *Prenatal Self-Evaluation Questionnaire (PSEQ)* y *Maternal-Fetal Antenatal Attachment Scale (MAAS)*. Los resultados del estudio sugerían que en el ámbito económico obtuvieron menor puntuación, lo que significa menos riesgo de sufrir VG, aquellas mujeres que tenían estudios superiores y se encontraban en el mundo laboral en comparación con las que se encontraban desempleadas. Por otro lado, las mujeres cuyos maridos eran funcionarios o trabajaban para empresas tenían menos riesgo que aquellos que ejercían como autónomos. A nivel social, aquellas mujeres que tenían un nivel moderado o alto de vida tenían menos riesgo frente aquellas que poseían un bajo nivel de vida. En el ámbito de pareja, tenían menos susceptibilidad de sufrir esta violencia aquellas parejas que se casaron “por amor”, al igual que aquellas que

planificaron el embarazo y las primíparas también obtuvieron menor incidencia (16).

En segundo lugar, Mis Christine Debono et al., llevaron a cabo un estudio de investigación en el Hospital principal estatal de Malta. En el que las mujeres a estudio fueron 200 cuya edad estaba comprendida entre 18 y 43 años. El objetivo de estos autores fue averiguar la relación existente entre las diferentes variables sociodemográficas, aquellas relacionadas con el embarazo, el abuso tanto a nivel psicológico como verbal hacia la embarazada por su pareja. Asimismo, averiguar cuáles son los factores de riesgo de sufrir un abuso tanto psicológico como verbal durante el embarazo. Los resultados que se evidenciaron fueron que el haber realizado una educación superior en las mujeres podría haber evitado el sufrir este tipo de violencia, dado que las mujeres que tenían menos años de formación fueron más propensas a sufrir VG. Por otro lado, se obtuvieron variables asociadas al embarazo. Las mujeres que tenían más tendencia a sufrir VG en este periodo eran aquellas cuyo embarazo no fue planificado aquellas que atestiguaron haber tenido miedo frente a su pareja, y las mujeres de 25 años o menores embarazadas eran más vulnerables, sobre todo a nivel psicológico. En relación con el abuso verbal en la muestra se obtuvo un 12% de mujeres que afirmaban haber sufrido VG durante el embarazo (17).

En tercer lugar, Guadalupe Pastor- Moreno et al., realizó un estudio transversal en Andalucía (España), en el que participaron 754 mujeres y cuyo objetivo era examinar la prevalencia de casos de VG a lo largo de la vida de mujeres embarazadas, determinar las características sociales y demográficas y cuáles eran los resultados en salud. Los resultados que se observaron fueron que tenían más probabilidad de sufrir VG aquellas mujeres sin estudios universitarios, aquellas que se encontraban en divorcio o separadas, al igual que aquellas con ingresos familiares inferiores a 999 euros y también tenían peor percepción de la salud a lo largo del embarazo (18).

Las consecuencias directas en las víctimas tanto en la embarazada como en el neonato.

Gali Garmi et al., ejecutó un estudio de cohortes retrospectivo, con 644 embarazadas a partir de las 23 semanas o más, que hubiesen sufrido un traumatismo leve y otras que no hayan sufrido este episodio dando lugar a un total de 1024 mujeres. Su objetivo fue, estudiar los resultados en el embarazo de aquellas mujeres que sufrieron un trauma leve frente a las que no. Los resultados fueron que las mujeres tuvieron como consecuencias de un golpe en el embarazo: el nacimiento del hijo con un percentil por debajo de la media, sufrieron un desprendimiento de placenta y/o experimentaron un parto prematuro antes de las 37 semanas. Cabe añadir, que el tiempo de hospitalización fue mayor en aquellas mujeres con trauma menor que aquellas que no habían sufrido un acontecimiento así. No se apreciaron casos de fallecimiento del feto ni de la embarazada (19).

Juan Miguel Martínez-Galiano, realizó un estudio observacional en el que la muestra eran 140 mujeres de 3 hospitales de Jaén. El objetivo de este estudio era investigar cuál es el impacto de la violencia en el embarazo, parto, puerperio y en el recién nacido. De la misma manera, conocer cuál es la prevalencia en el sur de España de estas situaciones de VG. Los resultados obtenidos referidos a las consecuencias fueron que estas mujeres con presunto abuso, a lo largo del parto necesitaron más medicación, era menor la prevalencia de realizar piel con piel y tuvieron una traza cardiotocográfica menos calmada a diferencia con otras embarazadas. En cuanto a la lactancia, las mujeres que no habían sufrido VG dejaron más tarde la lactancia que las que no, según prevalencia. En el caso de los neonatos, los registros que se obtuvieron fueron que los bebés de madres maltratadas nacían con bajo peso y sufrieron un parto prematuro (20).

En la revisión sistemática realizada por María Mercedes Lafaurie, cuya muestra fueron las mujeres embarazadas que sufrían episodios de violencia por parte de su pareja íntima. Se estableció como objetivo realizar una caracterización de la pareja en los diferentes casos de violencia de género en embarazadas. Los resultados que se examinaron, fueron sobre las complicaciones de la embarazada que también repercutían en el neonato. Como consecuencia del estrés producido en la embarazada “estrés materno” por episodios de VG, los

neonatos sufrían bajo peso al nacer <2700g, que a su vez produjo mayor riesgo de mortalidad y morbilidad hasta la primera infancia, desarrollo cognitivo del neonato alterado lo que produjo problemas a lo largo de la vida. De la misma forma este fenómeno de “estrés materno”, hace que se forme una alineación de las hormonas del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal-placenta. En definitiva, los autores concluyeron que la alteración de niveles neuroendocrinos en los niños puede ser consecuencia de la VG (15).

En la revisión bibliográfica de María Mercedes Lafaurie- Vilamil et als, el objetivo fue examinar cuales son las consecuencias a nivel de la salud mental por sufrir VG, el trastorno de estrés postraumático y la depresión. En cuanto a las repercusiones en la embarazada y las secuelas en su salud mental, los más señalados por la revisión sistemática sobre violencia en la pareja íntima son la depresión, la depresión postparto, el trastorno de estrés postraumático y el síndrome de estrés postraumático. La depresión además de afecciones en la propia embarazada, produce que tenga menor apetito, una alteración del sueño, y a su vez autovaloración negativa, ideas de culpa, sentimiento de no sentirse útil, falta de interés, de energía y astenia. Durante el embarazo, esta depresión puede influir en conductas como el abandono de acudir a las consultas de seguimiento del embarazo, falta de autocuidado, falta de adherencia a las instrucciones médicas y abuso de alcohol y tabaco lo que puede afectar al resultado obstétrico. Por otra parte, se ha evidenciado que el trastorno por estrés postraumático causado por VG en las mujeres, se puede presentar al realizar procedimientos ginecológicos a estas pacientes. De igual manera este trastorno, pudo producir complicaciones en el embarazo como preeclampsia, necesidad de un parto por cesárea y afectar la calidad de relación madre-bebé (8).

Detección y abordaje en enfermería: Prevalencia, barreras y facilidades en la detección y abordaje por parte de los enfermeros.

La revisión bibliográfica de Clavo González German et al., se realizó para estudiar los aspectos más importantes de la VG, estudiar su repercusión en la actualidad y las políticas relacionadas con VG. Asimismo, para averiguar cómo

se realiza su abordaje a nivel sanitario y sociocultural. En cuanto a los resultados obtenidos por los autores, el 70% de los casos de VG pasan de una forma desapercibida. Asimismo, se tarda una media de 6-10 años en detectar un caso de una mujer que sufre VG, lo que desemboca a que se prolongue en su familia hasta que se aborde. Se observó en un servicio de urgencias del Instituto Municipal de Asistencia Sanitaria de Cataluña, que solo se detectó 0,76% de casos de VG de la suma de pacientes que se atendieron y solo 10,5% por el personal sanitario. El 29,6% eran pacientes que acudían de forma recurrente a urgencias con síntomas ginecológicos, traumatológicos, psiquiátricos, digestivos y neurológicos, mientras que un 52,6% presentaban signos relacionados con VG como abortos, relaciones sexuales no consentidas y un aumento de signos de violencia. Cabe añadir el dato que, según diversos estudios, concuerdan en la afirmación que estas mujeres utilizan más recursos sanitarios que aquellas mujeres que refieren no haber sufrido un tipo de violencia a lo largo de su vida (1).

Barreras

En la revisión llevada a cabo por Laura Andreu-Pejó, se determinó como objetivo explorar los pros y contras en el cribado de VG en embarazadas y aumentar el conocimiento del uso de herramientas adecuadas en el cribado. Los resultados que obtuvieron los autores se dividen en aquellos que facilitan la detección de la VG y los que no: por un lado, tenemos las barreras en las que encontramos tanto desde el punto de vista organizativo y estructural, desde la perspectiva de los de los profesionales y barreras relacionadas con la mujer. A nivel organizativo y estructural se encuentra la falta de tiempo suficiente en la consulta para conseguir que la detección sea un éxito. También, aparece la ausencia de recursos y herramientas específicas para los profesionales de la salud. De igual modo, no existe en los centros un lugar en el que se consiga un ambiente acogedor e íntimo para abordar a estas víctimas. Asimismo, la ausencia de seguimiento a largo plazo por parte de los profesionales de la salud y falta de entorno para llegar a un consenso de buenas prácticas entre los profesionales de la salud. De la misma forma, incapacidad de realizar la derivación conveniente en estos casos desde el equipo sanitario al equipo comunitario, e ignorancia del

protocolo de actuación para realizar un abordaje del problema de forma interdisciplinar (21).

Por otro lado, por parte de los profesionales de la salud, existe un déficit de formación y falta de programas para mejorar el abordaje y la detección. Al mismo tiempo, aprender sobre el manejo de las herramientas y destreza a la hora de observar signos y síntomas clínicos relacionados con VG. Otra barrera encontrada fue la falta de comodidad a la hora de abordar el tema con la paciente. Los profesionales sienten no tener capacidad de llevar a cabo una detección de forma eficaz, desembocando en la desconfianza al usar las herramientas y recursos (21)

En el caso de las barreras relacionadas con la presunta víctima, es la barrera lingüística con aquellas mujeres provenientes de un país extranjero. Esto se convierte en una complicación, dado en algunas situaciones la mujer tiene que acudir al no tener conocimiento del idioma con su cónyuge. De la misma forma, se contempló la barrera del perfil sociocultural y demográfico de las propias pacientes dado su nivel educativo y que presentaron una diferente perspectiva ética dependiendo de su país de origen, a la hora de ellas mismas detectar signos de VG. Otra dificultad fue caer en una mala relación terapéutica, en la que no se consiguió el vínculo de confianza con el personal sanitario o que no se sentían comprendidas. Y por último, negación por contar lo que sufren, ya sean por represalias o vergüenza al relatar su caso de VG (21).

En la revisión de Jiménez Siles, cuyo objetivo fue describir la visión y vivencias de los profesionales sanitarios en cuanto a la detección de VG en mujeres embarazadas, los resultados que se apreciaron en la revisión de entrevistas que se llevaron a cabo en diferentes estudios fueron barreras como la ausencia de tiempo de atención clínica y que estos profesionales proporcionaban un enfoque a los síntomas y signos más biomédicos que psicosocial. En el caso de las víctimas, la barrera del idioma en mujeres extranjeras, cuyo problema se centra en que venían acompañadas por su dificultad a la hora de comunicarse. Desde el punto de vista de los profesionales de la salud, referían que aun recibiendo formación no se sentían eficientes en la detección de casos de VG. En un

estudio, revisado por este autor se obtuvo que el 48% de los encuestados no conocía la política de su centro contra la VG y no conocían la existencia de cursos de formación. El 37,7% comentó no haber realizado durante los últimos 6 meses ningún tipo de cribado por no tener formación suficiente ni conocimiento de cómo realizar una detección en mujeres víctimas de violencia. Además, se contempló la importancia del apoyo del sistema de la salud para poder realizar una detección y abordaje de forma adecuada e impedir que se sientan abandonados respecto a este tema. En cuanto a las facilidades, en este estudio se observó que la utilización de herramientas objetivas de detección como: Woman Abuse Screening Tool (WAST); Abuse Assessment Screen (AAS); Partner Violence Screen (PVS); Violence Against Women Screen (VAWS) aumentaba en un 300% la probabilidad de detección de víctimas de VG en comparación con no realizar ningún cribado (3).

En el estudio cualitativo de María Nalía Gómez Fernández et al., cuyo estudio se realizó a partir de una encuesta realizada a 12 matronas de L'Hospitalet de Llobregat (España) con el fin de examinar, desde el punto de vista de las matronas, las dificultades y facilidades en la detección y abordaje de la VG a lo largo del embarazo, estas exponían sentir responsabilidad y miedo por no realizar una correcta detección y que ello pudiese dar lugar a consecuencias en la embarazada. Al mismo tiempo, referían no tener respaldo a la hora de preservar su integridad física y garantizar su seguridad ante el abordaje de VG. Por otro lado, indicaban como barrera por parte de las víctimas se encuentra la dependencia económica, dado que muchas no ejercen un trabajo. Además de, a nivel sociocultural, referían que las propias pacientes tienen una diferente perspectiva ética dependiendo de su país de origen, a la hora de ellas mismas detectar signos de VG. Una matrona explicó "Porque a veces depende de la cultura y ellas no lo ven como un maltrato, quizás para ti sí lo es, pero para ellas no". Cabe añadir, que añadieron como barreras aparte de las mencionadas la existencia en casos de mujeres extranjeras con una barrera idiomática, la alta carga asistencial, la ausencia de privacidad en la consulta y la falta de conocimiento de derivación de estos casos. Con respecto a las facilidades, por parte de las matronas refirieron tener una facilidad mayor en la detección de

signos, al realizar el seguimiento del embarazo. A estas citas, las mujeres suelen acudir con sus parejas, por lo que las matronas pueden observar el comportamiento de pareja y adquirir información en el caso de sospecha de VG (5).

En el estudio cuasiexperimental de Sophie Duchese Anne-Claire Donnadiou et al., en un hospital de París, cuya muestra era de sanitarios que habían atendido a mujeres que habían dado a luz y estaban entre las 13-41 semanas de embarazo con una edad media de 32 años. Cuyo objetivo fue valorar el impacto de una breve formación de los profesionales de la salud en la detección de VG durante el seguimiento del embarazo. En el estudio los resultados evidenciados fueron que el 38% de los sanitarios referían no examinar signos de VG, 14% rara vez, 5% bastante y 14% siempre. De igual modo, comentaban un 38%, dificultad para reconocer a las mujeres que sufrían VG, referían tener una “falta de reflejos” en la detección un 29%, y 24% profesionales sentían incomodidad a la hora del abordaje (22).

En la revisión sistemática de Raquel Baidés Noriega, el objetivo era tener conocimiento de cómo llevar a cabo un abordaje y detección por parte de enfermería en AP (Atención Primaria). Los resultados que se obtuvieron fueron, tener en cuenta a la hora de realizar una detección, los antecedentes de abuso infantil o de la VG en la familia, abuso de drogas y alcohol. Igualmente, contemplar como signos de alerta el trauma en el embarazo sin ninguna justificación, embarazadas que no acuden de forma temprana a las revisiones, víctimas que padecen una depresión postparto que no cede y alta demanda de anticoncepción de emergencia. Es preciso también, darle importancia a las entrevistas, prestar atención a el comportamiento de la pareja, el uso de herramientas objetivas para su detección y realizar un abordaje de forma integral tanto a nivel mental como físico y social. En esta revisión, se plantean posibles diagnósticos de enfermería NANDA aplicables a la VG toma de decisiones, manejo inefectivo del régimen terapéutico, riesgo de suicidio, conflicto de decisiones, autoestima situacional baja y ansiedad (13).

En la revisión sistemática de María Analía Gómez Fernández, cuyo objetivo fue examinar las repercusiones de la VG y salud reproductiva de la mujer y del abordaje por parte de sanidad en estos casos de VG. En esta revisión se obtuvieron como resultados: La VG psicológica es más prevalente en el embarazo. Según esta revisión, es importante tener en cuenta la historia de violencia de la embarazada porque este se convierte en el principal factor de riesgo. Por otro parte se afirma que el estado de embarazo no es un factor protector de la VG porque sus parejas sentían aún más celos y mayor inseguridad por parte de sus compañeros por no estar seguro sobre la paternidad del bebé. Además, se observó que era otro factor de riesgo en el periodo del embarazo, la menor disponibilidad a la hora de mantener relaciones sexuales. Además, la autora refirió que el 25% de las mujeres que acuden a AP sufren VG y otro dato relevante es que los sanitarios no se sienten cómodos cuando deben preguntar sobre VG (23).

En el estudio transversal llevado a cabo por Hannah W. de Klerk et al., realizado a 288 matronas que pertenecían a países desarrollados, se determinó como objetivo examinar el abordaje de casos de VG por aquellas matronas que han sufrido episodios de violencia sexual y como debe ser su formación. Los resultados que se concluyeron de este estudio evidenciaron que un factor influyente en esta detección de VG es la experiencia de haber sufrido este tipo de violencia. Aquellas profesionales que han referido haber sufrido un caso de VG a lo largo de su vida afirmaron que se veían más capacitadas a la hora de detectar un caso de violencia frente aquellas que no lo habían sufrido (24).

Formación de enfermeros sobre VG

En el estudio descriptivo transversal llevado a cabo por Carmen Ana Valdés et al., en el que participaron 167 enfermeras de Atención Primaria (AP) con edades entre 21 – 65 años. Se evaluó el abordaje por parte de las profesionales de la salud: enfermeras sobre la VG y el conocimiento sobre esta problemática. En los resultados obtenidos se consideró un nivel de conocimiento medio ya que se

respondió a un 62,2% de forma correcta, a una encuesta de evaluación del conocimiento sobre VG además se pudo observar que los profesionales casados o en pareja tienen más conocimiento sobre VG, pero al mismo tiempo tienen poco conocimiento de la ley de VG (25). Además, cabe señalar que según la revisión bibliográfica de Clavo González German, se considera que en AP, a nivel de formación, existe un grado medio-alto de conocimiento sobre VG (1). Por último, en referencia a la formación, en el estudio de Raquel Baidés Noriega, se afirmó que tienen más facilidad en la detección de signos de VG, aquellos profesionales de la salud con más de 21 horas de formación (13).

9. DISCUSIÓN

VG en la embarazada:

Factores de riesgo de VG en embarazadas.

Los autores Ulutas et al., y Guadalupe Pastor- Moreno et al., llegaron a resultados similares, pero a pesar de tanto los criterios de inclusión como el origen de los participantes en el estudio, diferían. Los resultados coincidían en que eran más susceptibles de sufrir VG aquellas mujeres que no poseían empleo y aquellas que no tenían estudios superiores o universitarios. De igual manera, aquellas con menor nivel de vida o bajo poder adquisitivo (<999 euros). Cabe añadir que, como los estudios se realizaron en países diferentes (Turquía y España), los factores de riesgo en estos dos estudios son heterogéneos en el ámbito de pareja por el diferente marco cultural. Es evidente, tal y como afirma el estudio de Ulutas et al., que un factor importante que podrían desencadenar los episodios de VG son los matrimonios forzados típicos de países musulmanes donde muchas mujeres son obligadas a contraer matrimonio por parte de la familia. En estos casos la ausencia de cualquier sentimiento de tipo afectivo/amoroso, unido a la cultura propiamente machista de la religión musulmana, probablemente favorecen la aparición de episodios de VG independientemente de que la mujer se encuentre divorciada o separada, condiciones que se ha visto que también favorecen la VG (16,18).

Los factores de riesgo de VG en el embarazo, que se exponen en los estudios Ulutas et al., y Mis Christine Debono et al., obtienen una variable común: tienen mayor vulnerabilidad de sufrir VG aquellas mujeres que no planificaron el embarazo. Por otro lado, se exponen otros factores de riesgo al tener diferentes objetivos que alcanzar en los dos estudios. El estudio de Mis Christine Debono et al., añade que eran más susceptibles aquellas que atestiguaron haber tenido miedo frente a su pareja, y las mujeres de 25 años o menores embarazadas eran más vulnerables, sobre todo a nivel psicológico. En relación con el abuso verbal en la muestra se obtuvo un 12% de mujeres que afirmaban haber sufrido VG durante el embarazo. Sin embargo en el estudio de Ulutas et al., expone que tienen menos tendencia a sufrir VG en el embarazo aquellas que eran primíparas (16,17).

La violencia de género y el resto de las formas de presentarse puede afectar a cualquier mujer. Todas se encuentran en riesgo, sin embargo, hay mujeres que por diferentes contextos sociales, circunstancias personales o determinadas situaciones, tienen mayor susceptibilidad. Por este motivo, debe tenerse en cuenta las causas y factores de riesgo de estas mujeres y realizar investigación para realizar estrategias más específicas para estas víctimas.

La aparición de casos de VG no tiene un único factor de riesgo, sino que esta problemática es multifactorial. En estos estudios, se ha ido exponiendo las diferentes variables según el objeto de estudio. En los artículos de Mis Christine Debono et al., Ulutas et al., Guadalupe Pastor- Moreno et al., coinciden en las variables de la educación, del poder adquisitivo, del ámbito laboral y como un problema potencial el embarazo (16,17,18)

Las consecuencias directas en las víctimas tanto en la embarazada como en el neonato.

En el estudio de Gali Garmi et al., se exponen cuáles son las consecuencias en la embarazadas tras un trauma leve, este podría darse en un caso de VG. En los estudios de María Mercedes Lafaurie y en el de Juan Miguel Martínez-Galiano, cuyas muestras fueron mujeres embarazadas que sufrían VG se observó que

dichas mujeres presentaron parto prematuro (antes de las 37 semanas) y/o un recién nacido con bajo peso a nacer (<2700 g) aumentando su tiempo de hospitalización y uso de medicamentos. Resultados similares se obtuvieron en el estudio de Gali Garmi et al., en el que se expusieron cuáles son las consecuencias en las embarazadas tras un trauma leve, como podría darse en un caso de VG. En este estudio se obtuvo de conclusión que los traumas leves no habían tenido como consecuencia un compromiso vital ni del feto ni de la madre, la muestra estaba formada de 644 embarazadas (15,19,20). Cabe añadir, que las mujeres que sufren este tipo de VG y no quieren denunciar su caso o tienen el sentimiento de vergüenza, pueden intentar ocultar ciertos síntomas perjudiciales para el neonato y la embarazada empeorando así la clínica.

Las consecuencias en el parto y tras el parto que se observaron según el estudio de Juan Miguel Martínez – Galiano, fueron que era menor la prevalencia de aquellas madres y neonatos que realizaron la piel con piel y tuvieron una traza cardiotocográfica en el monitor fetal menos calmada a diferencia con las otras embarazadas que no sufrían VG, son otros datos importantes que afectan al recién nacido de forma directa porque la importancia de realizar la piel con piel está demostrado que según evidencia favorece el vínculo materno-fetal (20).

En cuanto, a la lactancia Juan Miguel Martínez - Galiano pudo observar que aquellas mujeres que no habían sufrido VG abandonaron más tarde la lactancia que las que no, ya que muchas veces el maltratador dificulta ese vínculo de apego entre la madre y el recién nacido (20). Cabe añadir, que las consecuencias de reducir el tiempo de lactancia materna, perjudica tanto a la madre puérpera como al neonato al no adquirir todos los beneficios que aporta este tipo de lactancia en los primeros meses de vida. La lactancia materna en el bebé proporciona anticuerpos que protegen de enfermedades al bebé, reduce la muerte súbita del neonato y disminuye el riesgo de desnutrición entre otros beneficios. Por otro lado, tres ejemplos de ventajas en la madre son: previene la depresión post-parto, ayuda a la rápida recuperación y evitar el sangrado tras el parto (20).

Cabe destacar, el estudio de María Mercedes Lafaurie, en el que se observó afectación de los niveles neuroendocrinos de los neonatos y la embarazada como consecuencia la VG. Esto se producía por el estrés materno que alteraba los niveles de hormonas como el cortisol, lo que daba lugar a que en el nacimiento estos neonatos tengan niveles altos de este tipo de hormonas lo que puede afectar en su desarrollo (15). Por lo que se evidencia que tanto los fetos/embriones como los recién nacidos son seres vivos en desarrollo y la alteración de su homeostasis hormonal les podrían afectar de modo notable a su correcto desarrollo, predisponiéndolos a padecer alteraciones en su desarrollo y a la aparición de diversas patologías.

En cuanto a la salud mental de la embarazada en el estudio de María Mercedes Lafaurie- Vilamil et al., estas enfermedades relacionadas con la salud mental como son la depresión, la depresión postparto, el trastorno de estrés postraumático y el síndrome de estrés postraumático. Afectan no solo a nivel de autocuidado, sino que repercute en el cuidado del feto y neonato. Las consecuencias de este tipo de enfermedades como el tener menor apetito o falta de interés/ energía va a tener consecuencias directas en el seguimiento del embarazo y en la falta de adherencia a las instrucciones médicas como indica María Mercedes Lafaurie- Vilamil et al., pudiendo alterar el resultado obstétrico y una posible pérdida de la salud y de bienestar del neonato (8).

En el caso del trastorno por estrés postraumático causado por VG, puede impedir realizar procedimientos ginecológicos, por miedo de las pacientes a recordar acontecimientos traumáticos por lo que rechazarán las consultas de ginecología o matrona y seguimiento del embarazo de igual manera. También, este trastorno puede provocar en la embarazada preeclampsia por el aumento de la tensión arterial en consecuencia al estrés materno, necesidad de un parto por cesárea y se ve comprometida la calidad de relación madre-bebé, por lo que la VG se convierte en un gran factor de riesgo a padecer estas patologías (8).

Como se evidencia en este estudio estas repercusiones no son únicamente físicas, sino que afecta de igual modo a nivel psicológico. La violencia de género

en la salud mental puede llevar a que se desarrollen sentimientos tanto de baja auto percepción, depresión e impotencia. Además, como consecuencia puede interferir en el desarrollo de las habilidades maternas en las embarazadas con repercusiones en el correcto cuidado del bebé.

En definitiva, las consecuencias directas que sufre la embarazadas y el neonato en la VG afectan a la morbilidad de nuestra población por lo que es muy importante esta detección precoz de este tipo de casos para la prevención en el deterioro de la salud mental y física de la embarazada y de la misma manera preservar el bienestar del feto y la salud del neonato.

Detección y abordaje en enfermería: Prevalencia, barreras y facilidades en la detección y abordaje por parte de los enfermeros.

La revisión bibliográfica de Calvo González German et al., expone datos que son bastante llamativos que hace que nos preguntemos si la detección y abordaje que realizamos son efectivos. El 70% de los casos de VG pasan de forma desapercibida y se tarda entre 6-10 años en detectar un caso de VG lo que significa que el 70% de mujeres siguen perpetuando en sus vidas una agresión continua hasta 6-10 años. Teniendo estos datos como profesionales de la salud cuya función se centra en preservar el bienestar de nuestros pacientes debemos llevar a cabo una mejoría en la actuación que disminuya esta prevalencia y poder ayudar a todas aquellas mujeres que sufren en silencio este tipo de violencia (1).

Según estudios como el de Calvo González et al., Laura Andreu-Pejó, Jiménez Siles, María Nalía Gómez Fernández et al., Sophie Duchese Anne-Claire Donnadieu et al., Raquel Baidés Noriega presentan las posibles barreras que se encuentran a la hora de la detección y el abordaje de casos de violencia de género a embarazadas, estos estudios nos indican en qué aspectos podemos mejorar y en qué se necesita realizar hincapié para llevar a cabo un buen cuidado de estas mujeres. La mayoría de los estudios concuerdan en las facilidades y dificultades que presentan. Dentro de las barreras: en estos estudios se dividen desde el punto de vista organizativo y estructural, desde la perspectiva de los de los profesionales y barreras relacionadas con la mujer (1,13,21,23,22).

En el primer grupo (organizativo y estructural) encontramos las siguientes dificultades, no tener tiempo suficiente de consulta para una detección eficaz de VG en embarazadas debido a la alta carga asistencial en los centros sanitarios y falta de profesional sanitario especializado las 24h. Por otro lado, se habla de la falta de herramientas para la detección de VG y formación para su utilización. Con la finalidad de conseguir que los profesionales se sientan con la confianza y destreza de saber si se tratan de signos y síntomas relacionados con un caso de VG para comenzar con su abordaje. En el caso de las matronas entrevistadas en el estudio de María Nalía Gómez Fernández et al., un 16,7% refieren que se deberían de utilizar estas herramientas objetivas al sospechar de VG y el otro 83,3% que se debería de realizar de forma sistemática. En mi opinión, el realizar este cribado a todas las pacientes podría reducir la prevalencia ya que algunos casos pasan de forma inadvertida. A su vez, en estos estudios se expone la ausencia de un lugar acogedor, íntimo e idóneo para abordar casos de forma privada, el ofrecer un lugar donde se sientan cómodas puede facilitar contar sus episodios de violencia o agresión por parte de su pareja ya que es un tema no agradable para ellas. Por último, existe una falta de conocimiento de cómo se debe realizar la derivación conveniente, lo que puede impedir el seguimiento del proceso de estos casos ya que una vez detectado tiene que derivarse a otros profesionales para su atención integral. Asimismo, mencionan falta de comunicación respecto este tema entre los profesionales de la salud, ausencia de un apartado específico para su registro y un seguimiento a largo plazo (21,23). Desde mi punto de vista el registro de estos casos es muy importante para que haya un conocimiento sobre estos episodios por el personal de la salud que trate con estas pacientes con el fin de abordar esta problemática, aunque este profesional no haya realizado la detección.

En el segundo grupo, desde el punto de vista de los profesionales. Otra barrera por parte de un 24% de los profesionales es la incomodidad que refieren tener a la hora de realizar preguntas sobre VG, y sentimiento de no capacidad dando lugar a una desconfianza en el uso a las herramientas o recursos (21). En un estudio realizado a matronas, ellas exponían sentir responsabilidad y miedo por

no realizar una correcta detección. Debido que ello podía presentar un riesgo a la embarazada al no abordar el problema y como consecuencia dar continuidad a esos episodios de maltrato. Al mismo tiempo, refieren no tener respaldo a la hora de preservar su integridad física y garantizar su seguridad ante el abordaje de VG, dado que los agresores pueden atentar contra la integridad física de los profesionales de la salud como resultado de un sentimiento de intimidación o venganza al haber detectado y llevar a cabo medidas para acabar con ese caso de VG (23).

Una de las barreras en relación con la presunta víctima es la barrera lingüística (33%), con aquellas mujeres provenientes de un país extranjero. Esto se convierte en una complicación, dado que la mujer tiene que acudir al no conocer el idioma con su cónyuge, evitando que pueda tratar esta problemática a solas con la enfermera. Por otro lado, se encuentra la dependencia económica, que impide que estas pacientes quieran llegar a denunciar por miedo a quedarse sin recursos y se convierte en una barrera socioeconómica. A nivel sociocultural, las propias pacientes tienen una diferente perspectiva ética dependiendo de su país de origen, a la hora de ellas mismas detectar signos de VG. Esto dificulta la confesión por parte de la paciente ya que ellas mismas no ven signos de ser víctimas de VG y las consecuencias que el sufrir este tipo de casos conllevan. Cabe añadir, que muchas víctimas no denuncian por miedo a un riesgo inminente en algunos casos tanto para su propia vida y la de su bebé (21,22, 23).

Por otra parte, en cuanto a las facilidades, según el estudio de Jiménez Siles se observó que la utilización de herramientas objetivas aumentaba en un 300% la probabilidad de detección de víctimas de VG en comparación con no realizar ningún cribado, por lo que la evidencia nos muestra la importancia del uso de recursos como herramientas específicas para una detección eficaz (3). De acuerdo con el protocolo de SCAYL, la herramienta de ayuda para el diagnóstico de VG más recomendada según varios estudios es *Woman Abuse Screening Tool* (WAST) (anexo 3) (14). Este cuestionario se utiliza en varias partes de España, en Castilla y León, en la Comunidad Balear, en Galicia, en el País Vasco y en el área de salud mental de Comunidad de Murcia.

En el caso del estudio realizado María Nalía Gómez Fernández et al., las matronas comentan tener una mayor facilidad en la detección de signos debido a que ellas realizan un cuidado continuado al realizar el seguimiento del embarazo dando lugar al vínculo matrona-paciente. Además, a estas citas, las mujeres suelen acudir con sus parejas, por lo que las matronas pueden observar el comportamiento de pareja y adquirir información en el caso de sospecha de VG como explican las matronas entrevistadas, ellas ven como una ventaja la posibilidad como matronas de hablar con las parejas de los pacientes sobre temas sexuales al ser preguntas que competen a las matronas y se realizan en el seguimiento de embarazo, por lo que esta temática sexual nos puede mostrar signos y ayudar a la detección de casos de VG (23).

En otro estudio por Hannah W. de Klerk et al., se expone la influencia que tiene en la detección de casos de VG de haber sufrido un episodio de VG por una profesional de la salud. Aquellas profesionales que han referido tener un histórico de VG afirmaron que se veían más capacitadas a la hora de detectar un caso de violencia frente aquellas que no lo habían sufrido. Esto se convierte en una ventaja en la detección de tal manera que aquellos profesionales que hayan sufrido este tipo de violencia puedan contribuir a la formación de los demás profesionales del equipo y que les ayuden a interpretar ciertos signos o comportamientos que pueda ayudar en la detección de una posible VG (24).

Formación de enfermeros sobre VG

En referencia a la formación sobre VG que tienen los profesionales de la salud, se observó que en general existe un nivel bajo nivel de formación, con tan solo un 63% de los profesionales, con un nivel de formación sobre el tema adecuado. Por otro lado, en el estudio de Raquel Baidés Noriega se afirma que con tan solo 21 horas formación, existiría mejoría en la detección de signos de VG por parte de los profesionales (13). Por lo que como resultado obtenemos que la formación sobre el tema de VG es insuficiente y a la vez imprescindible para la detección y abordaje y se presenta como el principal problema. Cabe añadir que, los profesionales solicitan información para sentirse cómodos a la hora de detectar,

abordar la problemática y para el uso de ciertas herramientas específicas utilizadas para estos casos de VG. Cabe mencionar, otra consecuencia de la falta de conocimiento específico,

produce la falta de aplicación de protocolos de VG a la hora del abordaje, siendo estos claves para llevar a cabo una detección y abordaje eficaz y sistemático.

Por lo tanto, sería deseable mejorar la detección y el abordaje de VG esto se podría conseguir realizando este cribado de una forma temprana. Asimismo, unificar los protocolos de las diferentes comunidades autónomas y consolidar la actuación sanitaria a nivel nacional llegando a un consenso con las mejores prácticas. También, acercar proyectos de educación para la salud a los colegios desde por ejemplo AP para realizar una prevención precoz y recalcar que en los centros sanitarios siempre van a recibir apoyo en caso de sufrir un episodio de VG y acercar a los más pequeños la igualdad entre el hombre y la mujer.

En mi opinión, se debería hacer hincapié en el cuestionario de valoración al riesgo, para que sobre todo las víctimas estén protegidas y los profesionales tengan conocimiento de si es preciso actuar de forma inmediata para preservar la integridad física de la mujer. Finalmente, darle importancia a la formación de los profesionales de la salud sobre el tema de VG para que todo el equipo sepa cómo actuar ante un caso de este tipo de violencia, porque todavía sigue siendo insuficiente.

En definitiva, la VG en la embarazada es un fenómeno complejo cuyo abordaje de enfermería juega un papel fundamental. Esto se debe a su contacto directo a lo largo del embarazo, lo cual permite a estos profesionales a detectar de una manera temprana los casos VG.

Los factores de riesgo de sufrir VG en una mujer no dependen de un único factor, sino que se consideran los aspectos socio-culturales, económicos y educativos. En el embarazo, la mujer está expuesta a una situación de riesgo produciendo no solo consecuencias directas a la embarazada sino también al feto, estas

repercusiones son físicas, psicológicas y sociales tanto a corto como a largo plazo.

El equipo de enfermería se enfrenta a obstáculos y oportunidades a la hora de realizar una detección y/o abordaje de VG. Estas complicaciones se presentan tanto a nivel estructural y organizativo, en los propios profesionales y dificultades para acceder a las víctimas. Es importante considerar estas barreras con el objetivo de resolverlas y permitir que los profesionales de la salud puedan realizar una prevención tanto primaria como secundaria eficaz.

10. LIMITACIONES Y FORTALEZAS ANÁLISIS DAFO

Según el análisis DAFO.

En relación con las debilidades, a la hora de realizar la búsqueda de la revisión sistemática se encontró una escasez de artículos relacionados con la violencia de género en embarazadas, en idioma español. Por lo que se hizo más tediosa la comprensión de los artículos. Otra limitación fue los sesgos que se pudieron encontrar en artículos, aunque el nivel de evidencia es alto, siempre hay un porcentaje que da lugar a sesgos y puede encontrarse una posible interpretación errónea de los resultados.

La Oportunidad que encontramos en este trabajo es, una futura línea de investigación centrada en responder a ¿Qué herramientas son eficaces a la hora de realizar una buena detección y/o abordaje? Dado que es importante seguir investigando sobre la eficacia de estas herramientas. Además, de buscar mejoras en la detección y abordaje y realizar hincapié de esta problemática, en el sistema sanitario, que causa tanto morbilidad como mortalidad en embarazadas y en el neonato y que se debe de intervenir de manera eficaz dado que la prevalencia es alta.

Fortalezas: La fortaleza principal de este trabajo al realizarlo es que es un tema de actualidad y de interés público. Esta revisión sistemática expone cuál es la

situación en la actualidad de VG en embarazadas y cuál es el abordaje a nivel sanitario.

Las amenazas: A nivel de futura investigación las amenazas son que, a pesar de encontrar soluciones para esta problemática, encontramos aquellas poblaciones con culturas y nivel socioeconómico bajo que se encuentran con dificultad para un cambio de mentalidad sobre VG y la reestructuración de valores éticos.

11. CONCLUSIONES

El papel enfermero tiene un rol imprescindible en la detección, manejo y prevención de mujeres víctimas de VG, ya que constituye una de las puertas de entrada en la detección de estos casos de VG. Además, en el abordaje de VG, el equipo de enfermería cuenta con la capacidad de establecer un vínculo terapéutico con el paciente y brindar un cuidado integral.

- Los factores de riesgo de VG en madres gestantes son: El principal factor de riesgo es el estado de embarazo unido con factores socio-culturales, económicos y educativos.
- Las consecuencias de los actos de VG en la madre gestante: a nivel físico el principal es el trauma y a nivel mental es la depresión.
- Las principales consecuencias de los actos de VG en el feto: bajo peso al nacer y parto prematuro.
- El enfoque ideal de abordaje por parte de enfermería implica realizar una prevención primaria, secundaria y terciaria, mediante la utilización de herramientas objetivas-específicas, contando con la formación correspondiente de los enfermeros y en colaboración con un equipo interdisciplinar.

12. BIBLIOGRAFÍA

1. González GC, Bejarano RC. La violencia de género: evolución, impacto y claves para su abordaje. *Enfermería Global*. 5 de enero de 2014;13(1):424-39.
2. La violencia de género un problema de salud pública. - Dialnet [Internet]. [citado 25 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5154889>
3. Jiménez-Siles S, Oropesa-Ropero J, Jiménez-Siles S, Oropesa-Ropero J. Detección de violencia de género en las consultas de embarazo. *Ene* [Internet]. 2022 [citado 25 de mayo de 2023];16(1). Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1988-348X2022000100006&lng=es&nrm=iso&tlng=es
4. Intimate partner violence against women during pregnancy: a critical reading from a gender perspective | *Rev. colomb. enferm*;10(1): 64-77, Abril de 2015. | LILACS | BDEFN | COLNAL [Internet]. [citado 25 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/biblio-1005711>
5. Gómez Fernández MA, Goberna Tricas J, Payà Sánchez M. Las matronas y la detección de la violencia en el embarazo. *Matronas profesión*. 2015;16(4):124-30.
6. BOE.es - Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado [Internet]. [citado 25 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.boe.es/>
7. Drexler KA, Quist-Nelson J, Weil AB. Intimate partner violence and trauma-informed care in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol MFM*. marzo de 2022;4(2):100542.
8. Lafaurie Villamil MM, Cuadros Salazar LL, García Bocanegra PA, Hernández Ayala IJ, Pulido Espinosa JS, Reynales Triana LF, et al. Violencia de la pareja íntima durante el embarazo y sus repercusiones en la salud mental. *Revista Ciencia y Cuidado*. 2015;12(2):100

9. Osorio Castaño JH, Carvajal Carrascal G, Gázquez Rodríguez M de los Á. Apego materno-fetal: un análisis de concepto. Revista Habanera de Ciencias Médicas. 2019;18(6):969-82.
10. Galiano JMM. Detección y atención a la violencia de género en el embarazo. Una asignatura pendiente. Enfermería Global [Internet]. 6 de octubre de 2011 [citado 25 de mayo de 2023];10(4). Disponible en: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/137531>
11. C.G.P.J - El Observatorio contra la violencia doméstica y de género [Internet]. [citado 25 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.poderjudicial.es/cgpj/es/Temas/Violencia-domestica-y-de-genero/El-Observatorio-contra-la-violencia-domestica-y-de-genero/>
12. INEbase / Sociedad /Seguridad y justicia /Estadística de violencia doméstica y violencia de género / Últimos datos [Internet]. INE. [citado 25 de mayo de 2023]. Disponible en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176866&menu=ultiDatos&idp=1254735573206
13. Baidés Noriega R. Violencia de Género: papel de Enfermería en la Prevención Secundaria desde Atención Primaria. Enfermería Global. 2018;17(51):484-508.
14. Procesos de Atención [Internet]. Portal de Salud de la Junta de Castilla y León. [citado 25 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/coordinacion-sociosanitaria/procesos-atencion>
15. Lafaurie V. MM. Violencia de la pareja íntima contra las mujeres en el embarazo: una lectura crítica con perspectiva de género. Revista Colombiana de Enfermería. 2015;10(1):64-77.
16. Ulutaş Ü, Uçar T. The relationship between domestic violence against women, adaptation to pregnancy and maternal-fetal antenatal attachment. Perspect Psychiatr Care. octubre de 2022;58(4):1433-41.
17. Debono C, Borg Xuereb R, Scerri J, Camilleri L. Intimate partner violence: psychological and verbal abuse during pregnancy. J Clin Nurs. agosto de 2017;26(15-16):2426-38.

18. Pastor-Moreno G, Ruiz-Pérez I, Ricci-Cabello I, Pastor-Moreno G, Ruiz-Pérez I, Ricci-Cabello I. Historia de Violencia y Violencia de Compañero íntimo en mujeres embarazadas. Resultados en salud. Index de Enfermería. diciembre de 2018;27(4):191-5.
19. Garmi G, Marjeh M, Salim R. Does minor trauma in pregnancy affect perinatal outcome? Arch Gynecol Obstet. octubre de 2014;290(4):635-41.
20. Martínez-Galiano JM. Mother-newborn health indicators in possible victims of gender-based violence during pregnancy. Applied Nursing Research. 1 de abril de 2017;34:48-51.
21. Andreu-Pejó L, Valero-Chillerón MJ, González-Chordá VM, Mena Tudela D, Cervera Gasch A. Integrative review of the literature on screening for gender-based violence during pregnancy: Barriers, facilitators, and tools. Nurs Health Sci. septiembre de 2022;24(3):564-78.
22. Duchesne S, Donnadiou AC, Chariot P, Louis-Sylvestre C. Screening for domestic violence during pregnancy follow-up: evaluation of an intervention in an antenatal service. Arch Womens Ment Health. 1 de abril de 2021;24(2):293-301.
23. Gómez-Fernández MA, Goberna-Tricas J, Payá-Sánchez M. El saber experiencial de las matronas de Atención Primaria en la detección de violencia de género durante el embarazo. Estudio cualitativo. Enfermería Clínica. 1 de noviembre de 2019;29(6):344-51
24. de Klerk HW, Gitsels JT, de Jonge A. Midwives and sexual violence: A cross-sectional analysis of personal exposure, education and attitudes in practice. Women Birth. septiembre de 2022;35(5):e487-93.
25. Valdés Sánchez CA, García Fernández C, Sierra Díaz Á. Violencia de género: conocimientos y actitudes de las enfermeras en atención primaria. Aten Primaria. diciembre de 2016;48(10):623-31.

13. ANEXOS

ANEXO 1. Guía Caspe.

A/ ¿Los resultados de la revisión son válidos?

Preguntas "de eliminación" 1

¿Se hizo la revisión sobre un tema claramente definido?

¿Buscaron los autores el tipo de artículos adecuado?

¿Crees que estaban incluidos los estudios importantes y pertinentes?

¿Crees que los autores de la revisión han hecho suficiente esfuerzo para valorar la calidad de los estudios incluidos?

Si los resultados de los diferentes estudios han sido mezclados para obtener un resultado "combinado", ¿era razonable hacer eso?

B/ ¿Cuáles son los resultados?

¿Cuál es el resultado global de la revisión?

¿Cuál es la precisión del resultado/s?

C/ ¿Son los resultados aplicables en tu medio?

8 ¿Se pueden aplicar los resultados en tu medio?

9 ¿Se han considerado todos los resultados importantes para tomar la decisión?

10 ¿Los beneficios merecen la pena frente a los perjuicios y costes?

ANEXO 2. Herramienta para la detección de posibles casos de violencia de género.

TABLA 2: Cuestionario Women Abuse Screening Tool (WAST) ¹⁴.

Nº	Cuestionario WAST-Largo			Total
1a	En general, ¿cómo describiría su relación con su pareja?			≥3 cribado positivo
	Mucha tensión (3 puntos)	Alguna tensión (2p)	Ninguna tensión (1p)	
2b	Usted y su pareja resuelven sus discusiones con...			
	Mucha dificultad (3p)	Alguna dificultad(2p)	Sin dificultad (1p)	
3c	Al terminar las discusiones usted ¿Se siente decaída o mal con usted misma?			
	Muchas veces (3p)	A veces (2p)	Nunca (1p)	
4d	Las discusiones ¿Terminan en golpes patadas o empujones?			
	Muchas veces (3p)	A veces (2p)	Nunca (1p)	
5e	¿Siente miedo de lo que su pareja haga o diga?			
	Muchas veces (3p)	A veces (2p)	Nunca (1p)	
6f	Su pareja ¿Ha abusado de usted físicamente?			≥ 11
	Muchas veces (3p)	A veces (2p)	Nunca (1p)	
7g	Su pareja ¿Ha abusado de usted emocionalmente?			
	Muchas veces (3p)	A veces (2p)	Nunca (1p)	
8h	Su pareja ¿Ha abusado de usted sexualmente?			
	Muchas veces (3p)	A veces (2p)	Nunca (1p)	
	WAST LARGO POSITIVO :TOTAL PUNTOS			≥ 11

ANEXO 3.

TABLA 3. Resumen de los estudios incluidos en la revisión. (Elaboración Propia)

Año y autores	Tipo de texto	Objetivos	Resultados
2014 Calvo González, Germán et Al.,	Revisión bibliográfica	Estudiar los aspectos más importantes de la VG, estudiar su repercusión en la actualidad y las políticas relacionadas con VG. Averiguar su abordaje a nivel sanitario y sociocultural.	<ul style="list-style-type: none"> • El 70% de los casos de VG pasan de una forma desapercibida. Asimismo, se tarda una media de 6-10 años en detectar un caso de una mujer que sufre VG, lo que desemboca a que se prolongue en su familia hasta que se aborde. • Se observó en un servicio de urgencias del Instituto Municipal de Asistencia Sanitaria de Cataluña, que solo se detectó 0,76% de casos de VG de la suma de pacientes que se atendieron y solo 10,5% por el personal sanitario. El 29,6% eran pacientes que acudían de forma reincidente a urgencias con síntomas ginecológicos, traumatológicos, psiquiátricos, digestivos y neurológicos, mientras que un 52,6% presentaban signos relacionados con VG como abortos, relaciones sexuales no consentidas y un aumento de signos de violencia.

			<ul style="list-style-type: none"> • Según diversos estudios, concuerdan en la afirmación que estas mujeres utilizan más recursos sanitarios que aquellas mujeres que refieren no haber sufrido un tipo de violencia a lo largo de su vida. • Se evidencia a nivel de formación que se considera que en AP existe un grado medio-alto de conocimiento sobre el tema
2014 Gali Garmi et al.,	Estudio de cohortes retrospectivo	Estudiar los resultados en el embarazo de aquellas mujeres que sufrieron un trauma leve frente a las que no.	<p>Consecuencias en las embarazadas que sufren VG.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El nacimiento del hijo con un percentil por debajo de la media, sufrieron un desprendimiento de placenta y/o experimentaron un parto prematuro antes de las 37 semanas. • El tiempo de hospitalización fue mayor en aquellas mujeres con trauma menor que aquellas que no habían sufrido un acontecimiento así. No se apreciaron casos de fallecimiento del feto ni de la embarazada
2021 Ulutas et al.,	Estudio. Artículo revista	El objetivo fue determinar la relación entre violencia	Para obtener los resultados se utilizaron tres cuestionarios: <i>Domestic Violence against Women Scale (DVAWS)</i> , <i>Prenatal Self-Evaluation Questionnaire (PSEQ)</i> y <i>Maternal-Fetal Antenatal Attachment Scale (MAAS)</i> .

		<p>doméstica y el fenómeno apego materno-fetal en madres embarazadas en Irán.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Los resultados del estudio sugerían que en el ámbito económico obtuvieron menor puntuación, lo que significa menos riesgo de sufrir VG, aquellas mujeres que tenían estudios superiores y se encontraban en el mundo laboral en comparación con las que se encontraban desempleadas. Por otro lado, • Las mujeres cuyos maridos eran funcionarios o trabajaban para empresas tenían menos riesgo que aquellos que ejercían como autónomos. • A nivel social, aquellas mujeres que tenían un nivel moderado o alto de vida tenían menos riesgo frente aquellas que poseían un bajo nivel de vida. • En el ámbito de pareja, tenían menos susceptibilidad de sufrir esta violencia aquellas parejas que se casaron “por amor”, al igual aquellas que planificaron el embarazo y las primíparas también obtuvieron menor incidencia
--	--	---	---

<p>2016 Mis Christie Debono et al.,</p>	<p>Es un estudio de investigación.</p>	<p>El objetivo fue averiguar la relación existente entre las diferentes variables sociodemográficas, aquellas en relación con el embarazo, el abuso a nivel tanto psicológico como verbal hacia la embarazada por su cónyuge. Averiguar cuales son los factores de riesgo de abuso tanto psicológico como verbal durante el embarazo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Los resultados que se evidenciaron fueron que el haber realizado una educación superior en las mujeres podría haber evitado el sufrir este tipo de violencia, dado que las mujeres que tenían menos años de formación fueron más propensas a sufrir VG. • Se obtuvieron variables asociadas al embarazo. Las mujeres que tenían más tendencia a sufrir VG en este periodo eran aquellas cuyo embarazo no fue planificado aquellas que atestiguaron haber tenido miedo frente a su pareja, y las mujeres de 25 años o menores embarazadas eran más vulnerables, sobre todo a nivel psicológico. • En relación con el abuso verbal en la muestra se obtuvo un 12% de mujeres que afirmaban haber sufrido VG durante el embarazo
---	--	---	---

2017 Carmen Ana Valdés, Carla García Fernández et al.,	Estudio descriptivo transversal	Se evaluó el abordaje por parte de las profesionales de la salud: enfermeras sobre la VG y el conocimiento sobre esta problemática.	<p>En los resultados obtenidos se consideró un nivel de conocimiento medio ya que se respondió a un 62,2% de forma correcta, a una encuesta de evaluación del conocimiento sobre VG.</p> <p>Realizaron otra prueba en el que se pudo observar que los profesionales en matrimonio o que viven con su cónyuge tienen más conocimiento sobre VG, pero al mismo tiempo tienen poco conocimiento de la ley de VG, influyendo de esta manera su ámbito cercano a nivel de formación. Todavía cabe señalar que realizando una comparación entre centros sanitarios las respuestas correctas fueron similares.</p>

<p>2017 Juan Miguel Martínez - Galiano</p>	<p>Estudio observacional</p>	<p>Objetivo: fue investigar el impacto de la violencia en el embarazo, parto, puerperio y en el recién nacido y en el sur de España cuál es la probabilidad de estas situaciones de violencia.</p>	<p>Las consecuencias fueron que estas mujeres con presunto abuso, a lo largo del parto necesitaron más medicación, era menor la prevalencia de realizar piel con piel y tuvieron una traza cardiotocográfica menos calmada a diferencia con otras embarazadas. En cuanto a la lactancia, las mujeres que no habían sufrido VG dejaron más tarde la lactancia que las que no, según prevalencia. En el caso de los neonatos, los registros que se obtuvieron fueron que los bebés de madres maltratadas nacían con bajo peso y sufrieron un parto prematuro</p>
<p>2022 Jiménez Siles</p>	<p>Revisión bibliográfica</p>	<p>Describir la visión y las vivencias de los profesionales sanitarios en cuanto la detección de VG en mujeres embarazadas.</p>	<p>Las barreras en las que encontramos tanto desde el punto de vista organizativo y estructural, desde la perspectiva de los de los profesionales y barreras relacionadas con la mujer.</p> <ul style="list-style-type: none"> • A nivel organizativo y estructural se encuentra la falta de tiempo suficiente en la consulta para conseguir que la detección sea un éxito. También, aparece la ausencia de recursos y herramientas específicas para los profesionales de la salud. De igual modo, no existe en los centros un lugar en el que se consiga un ambiente acogedor e íntimo para abordar a estas víctimas. Asimismo, la ausencia de seguimiento a largo plazo por parte de los

			<p>profesionales de la salud y falta de entorno para llegar a un consenso de buenas prácticas entre los profesionales de la salud. De la misma forma, incapacidad de realizar la derivación conveniente en estos casos desde el equipo sanitario al equipo comunitario, e ignorancia del protocolo de actuación para realizar un abordaje del problema de forma interdisciplinar.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los profesionales de la salud, existe un déficit de formación y falta de programas para mejorar el abordaje y la detección. Al mismo tiempo, aprender sobre el manejo de las herramientas y destreza a la hora de observar signos y síntomas clínicos relacionados con VG. Otra barrera encontrada fue la falta de comodidad a la hora de abordar el tema con la paciente. Los profesionales sienten no tener capacidad de llevar a cabo una detección de forma eficaz, desembocando en la desconfianza al usar las herramientas y recursos. • La presunta víctima, es la barrera lingüística con aquellas mujeres provenientes de un país extranjero. Esto se convierte en una complicación, dado en algunas situaciones la mujer tiene que acudir al no tener conocimiento del idioma con su cónyuge. De la
--	--	--	--

			<p>misma forma, se contempló la barrera del perfil sociocultural y demográfico de las propias pacientes dado su nivel educativo y que presentaron una diferente perspectiva ética dependiendo de su país de origen, a la hora de ellas mismas detectar signos de VG. Otra dificultad fue caer en una mala relación terapéutica, en la que no se consiguió el vínculo de confianza con el personal sanitario o que no se sentían comprendidas. Y por último, negación por contar lo que sufren, ya sean por represalias o vergüenza al relatar su caso de VG</p>
<p>2022 Laura Andreu - Pejó</p>	<p>Revisión sistemática.</p>	<p>Cuyo objetivo es explorar los pros y los contras en el cribado de VG en embarazadas y saber que herramientas son las más adecuadas para en el cribado.</p>	<p>Los resultados se dividen en aquellos que facilitan la detección de la VG y los que no: por un lado, tenemos las barreras en las que encontramos tanto desde el punto de vista organizativo y estructural, desde la perspectiva de los de los profesionales y barreras relacionadas con la mujer.</p> <ul style="list-style-type: none"> • A nivel organizativo y estructural se encuentra la falta de tiempo suficiente en la consulta para conseguir que la detección sea un éxito. También, aparece la ausencia de recursos y herramientas específicas para los profesionales de la salud. De igual modo, no existe en los centros un lugar en el que se consiga un ambiente

			<p>acogedor e íntimo para abordar a estas víctimas. Asimismo, la ausencia de seguimiento a largo plazo por parte de los profesionales de la salud y falta de entorno para llegar a un consenso de buenas prácticas entre los profesionales de la salud. De la misma forma, incapacidad de realizar la derivación conveniente en estos casos desde el equipo sanitario al equipo comunitario, e ignorancia del protocolo de actuación para realizar un abordaje del problema de forma interdisciplinar.</p> <ul style="list-style-type: none">• Por parte de los profesionales de la salud, existe un déficit de formación y falta de programas para mejorar el abordaje y la detección. Al mismo tiempo, aprender sobre el manejo de las herramientas y destreza a la hora de observar signos y síntomas clínicos relacionados con VG. Otra barrera encontrada fue la falta de comodidad a la hora de abordar el tema con la paciente. Los profesionales sienten no tener capacidad de llevar a cabo una detección de forma eficaz, desembocando en la desconfianza al usar las herramientas y recursos.• Barreras relacionadas con la presunta víctima, es la barrera lingüística con aquellas mujeres provenientes de un país
--	--	--	--

			<p>extranjero. Esto se convierte en una complicación, dado en algunas situaciones la mujer tiene que acudir al no tener conocimiento del idioma con su cónyuge. De la misma forma, se contempló la barrera del perfil sociocultural y demográfico de las propias pacientes dado su nivel educativo y que presentaron una diferente perspectiva ética dependiendo de su país de origen, a la hora de ellas mismas detectar signos de VG. Otra dificultad fue caer en una mala relación terapéutica, en la que no se consiguió el vínculo de confianza con el personal sanitario o que no se sentían comprendidas. Y por último, negación por contar lo que sufren, ya sean por represalias o vergüenza al relatar su caso de VG</p>
<p>2019 Sophie Duchese</p>	<p>Estudio cuasiexperimental.</p>	<p>Evaluar el impacto de una breve formación de los profesionales de la salud en la detección de</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El 38% de los sanitarios referían no examinar signos de VG, 14% rara vez, 5% bastante y 14% siempre. • Comentaban un 38%, dificultad para reconocer a las mujeres que sufrían VG, referían tener una “falta de reflejos” en la detección un 29%, y 24% profesionales sentían incomodidad a la hora del

Anne-Claire et al.,		VG durante el seguimiento del embarazo.	abordaje
2018 Raquel Baides Noriega.	Revisión bibliográfica.	Conocer cómo realizar un Abordaje y detección por parte de enfermería en AP.	<ul style="list-style-type: none"> • Tener en cuenta a la hora de realizar una detección, los antecedentes de abuso infantil o de la VG en la familia, abuso de drogas y alcohol. • Contemplar como signos de alerta el trauma en el embarazo sin ninguna justificación, embarazadas que no acuden de forma temprana a las revisiones, víctimas que padecen una depresión postparto que no cede y alta demanda de anticoncepción de emergencia. • Es preciso también, darle importancia a las entrevistas, prestar atención a el comportamiento de la pareja, el uso de herramientas objetivas para su detección y realizar un abordaje de forma integral tanto a nivel mental como físico y social. • Se afirma que tienen más facilidad aquellos profesionales de la salud con más de 21 horas de formación, en la detección de signos de VG

			<ul style="list-style-type: none"> En esta revisión, se plantean posibles diagnósticos de enfermería NANDA aplicables a la VG toma de decisiones, manejo inefectivo del régimen terapéutico, riesgo de suicidio, conflicto de decisiones, autoestima situacionalmente baja y ansiedad
2022 Hannah W. de Klerk et al.,	Estudio transversal	Para examinar como abordan las matronas que han sufrido violencia sexual y como debe ser su formación.	<ul style="list-style-type: none"> En este estudio evidenciaron que un factor influyente en esta detección de VG es la experiencia de haber sufrido este tipo de violencia. Aquellas profesionales que han referido haber sufrido un caso de VG a lo largo de su vida afirmaron que se veían más capacitadas a la hora de detectar un caso de violencia frente aquellas que no lo habían sufrido
2019 María Nalía Gómez Fernández et al.,	Estudio cualitativo.	Estudiar, desde el punto de vista de las matronas, las dificultades y facilidades en la detección y abordaje de la VG a lo largo del embarazo.	<ul style="list-style-type: none"> Las matronas en este estudio exponían sentir responsabilidad y miedo por no realizar una correcta detección y que ello pudiese dar lugar a consecuencias en la embarazada. Refieren no tener respaldo a la hora de preservar su integridad física y garantizar su seguridad ante el abordaje de VG. Por otro lado, las barreras por parte de las víctimas se encuentra la dependencia económica, dado que muchas no ejercen un trabajo.

			<ul style="list-style-type: none"> • A nivel sociocultural, las propias pacientes tienen una diferente perspectiva ética dependiendo de su país de origen, a la hora de ellas mismas detectar signos de VG. Una matrona explica “Porque a veces depende de la cultura y ellas no lo ven como un maltrato, quizás para ti sí lo es, pero para ellas no”. Cabe añadir, que añaden como barreras a parte de las mencionadas la existencia en casos de mujeres extranjeras una barrera idiomática, la alta carga asistencial, la ausencia de privacidad de la consulta y la falta de conocimiento de derivación de estos casos. • Las facilidades, por parte de las matronas apuntan tener una facilidad mayor en la detección de signos, al realizar el seguimiento del embarazo. A estas citas, las mujeres suelen acudir con sus parejas, por lo que las matronas pueden observar el comportamiento de pareja y adquirir información en el caso de sospecha de VG.
2018	Estudio transversal	Examinar la prevalencia de casos de VG a lo	<ul style="list-style-type: none"> • Tienen más probabilidad de sufrir VG aquellas mujeres sin estudios universitarios, aquellas que se encontraban en divorcio o separadas, al igual que aquellas con ingresos familiares

<p>Guadalupe Pastor-Moreno et al.,</p>		<p>largo de la vida de mujeres embarazadas, determinar las características sociales y demográficas y cuáles eran los resultados en salud</p>	<p>inferiores a 999 euros y también tenían peor percepción de la salud a lo largo del embarazo.</p>
<p>2015 María Mercedes Lafaurie</p>	<p>Revisión sistemática</p>	<p>Realizar una caracterización de la pareja íntima en los diferentes casos de violencia de género en embarazadas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Las complicaciones en el recién nacido se encuentran el bajo peso al nacer <2700g, que a su vez produce mayor riesgo de mortalidad y morbilidad hasta la primera infancia, el desarrollo cognitivo del neonato se encuentra alterado y lo que prolonga problemas a lo largo de la vida. Este fenómeno se explica por el estrés producido en la embarazada “estrés materno”, este hace que se forme una alineación de las hormonas del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal-placenta. • Los autores concluyeron que la alteración de niveles neuroendocrinos en los niños puede ser consecuencia de la VG

<p>2015 María Analía Gómez Fernández et al.,</p>	<p>Revisión bibliográfica</p>	<p>Examinar las repercusiones de la VG y salud reproductiva de la mujer y del abordaje por parte de sanidad en estos casos de VG</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La VG psicológica es más prevalente en el embarazo. Según esta revisión, es importante tener en cuenta la historia de violencia de la embarazada porque este se convierte en el principal factor de riesgo. • Se afirma que el estado de embarazo no es un factor protector de la VG porque sus parejas sentían aún más celos y mayor inseguridad por parte de sus compañeros por no estar seguro sobre la paternidad del bebé. Se observó que era otro factor de riesgo en el periodo del embarazo, la menor disponibilidad a la hora de mantener relaciones sexuales. • Otros Los resultados obtenidos por la autora acorde con el abordaje, 25% de las mujeres que acuden a AP sufren VG y otro dato relevante es que los sanitarios no se sienten cómodos cuando deben preguntar sobre V
<p>2015 María Mercedes</p>	<p>Revisión bibliográfica</p>	<p>Examinar cuales son las consecuencias a nivel de la salud mental por sufrir</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Las repercusiones en la embarazada y las secuelas en su salud mental, los más señalados por la revisión sistemática sobre violencia en la pareja íntima son la depresión, la depresión postparto, el trastorno de estrés postraumático y el síndrome de

Lafaurie-Villamil et al.,		VG, el trastorno de estrés postraumático y la depresión.	<p>estrés postraumático.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La depresión además de afecciones en la propia embarazada, produce que tenga menor apetito, una alteración del sueño, y a su vez autovaloración negativa, ideas de culpa, sentimiento de no sentirse útil, falta de interés, de energía y astenia. Durante el embarazo, esta depresión puede influir en conductas como el abandono de acudir a las consultas de seguimiento del embarazo, falta de autocuidado, falta de adherencia a las instrucciones médicas y abuso de alcohol y tabaco lo que puede afectar al resultado obstétrico. • Se ha evidenciado que el trastorno por estrés postraumático causado por VG en las mujeres, se puede presentar al realizar procedimientos ginecológicos a estas pacientes. De igual manera este trastorno, pudo producir complicaciones en el embarazo como preeclampsia, necesidad de un parto por cesárea y afectar la calidad de relación madre-bebé.
---------------------------	--	--	---