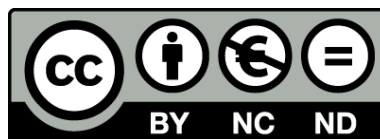




UNIVERSITAT DE
BARCELONA

Detección y abordaje de la violencia de género durante el embarazo por parte de las matronas en atención primaria: Un abordaje desde la Investigación Acción Participativa

María Analía Gómez Fernández



Aquesta tesi doctoral està subjecta a la llicència **Reconeixement- NoComercial – SenseObraDerivada 4.0. Espanya de Creative Commons.**

Esta tesis doctoral está sujeta a la licencia **Reconocimiento - NoComercial – SinObraDerivada 4.0. España de Creative Commons.**

This doctoral thesis is licensed under the **Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivs 4.0. Spain License.**



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud

Programa de Doctorado en Enfermería y Salud

**Detección y abordaje de la violencia de género
durante el embarazo por parte de las matronas
en atención primaria: Un abordaje desde la
Investigación Acción Participativa.**

Doctoranda:

María Analía Gómez Fernández

Directoras:

Dra. Josefina Goberna Tricas

Dra. Montserrat Payà Sánchez

Tutora:

Dra. Josefina Goberna Tricas

Barcelona 2019

*"Solo se ve lo que se busca,
solo se busca lo que se tiene en mente"*
(A. Bertillon S.XIX)

Agradecimientos.

Quiero hacer constar mi agradecimiento a todas aquellas personas que, de una forma u otra, han contribuido en la realización de esta tesis:

En primer lugar quiero darles las gracias de forma muy especial a mis directoras de tesis, la Dra. Josefina Goberna Tricas y la Dra. Montserrat Payà Sánchez, por haber confiado en este trabajo donde mujeres ayudan a mujeres, por su excelente dirección, por su implicación y por todas las horas dedicadas. ¡Muchas gracias por haberme dado la oportunidad de aprender junto a vosotras!

A mis compañeras matronas de L'Hospitalet de Llobregat, sin ellas, este trabajo no habría sido posible. He perdido la cuenta de las veces que les he escuchado decir "en lo que te pueda ayudar, ya sabes". Con vosotras me formé y con vosotras sigo aprendiendo. ¡Sois maravillosas! Igualmente quiero darle las gracias al equipo directivo, por su apoyo.

Al profesorado de las Universidades de Cataluña que han compartido conmigo su experiencia. A las compañeras del Programa Municipal per a la Dona del Ayuntamiento de L'Hospitalet y a las trabajadoras sociales de L'Hospitalet, por su compromiso y entusiasmo. A la Unidad de Soporte a la Investigación Costa de Ponent (IDIAP Jordi Gol), por el soporte estadístico.

A las mujeres gestantes que han tenido la generosidad de participar en este trabajo y a las que han revelado su situación, también por su valentía.

A mis padres, al resto de mi familia, a mis amigos y amigas, por su apoyo incondicional, en esto y en todo lo demás. Especialmente a mi marido, Abel, la convivencia con una doctoranda no acostumbra a ser fácil y él ha sabido tomarse con paciencia y buen humor todas mis horas delante del ordenador.

A todos y a todas, MUCHAS GRACIAS.

Índice.

Lista de acrónimos.....	11
RESÚMEN.....	15
1. INTRODUCCIÓN.....	19
2. MARCO TEÓRICO.....	23
2.1. La violencia de género.....	25
2.1.1. Origen y perpetuación de la violencia de género.....	25
2.1.2. Conceptualización de la violencia de género.....	29
2.1.3. Manifestaciones de la violencia de género.....	32
2.1.4. Magnitud de la violencia de género.....	37
Prevalencia.....	37
Repercusiones en la salud.....	38
2.1.5. Modelos explicativos de la permanencia de la mujer con el agresor.....	40
2.2. La violencia de género durante el embarazo.....	43
2.2.1. Magnitud de la violencia de género durante el embarazo.....	44
Prevalencia.....	44
Repercusiones en la salud.....	45
2.3. El sistema sanitario ante la violencia de género.....	49
2.3.1. Legislación en el contexto de la violencia de género y su implicación en el ámbito sanitario.....	49
Ámbito europeo.....	49
Ámbito estatal.....	49
Ámbito autonómico (Cataluña).....	51
2.3.2. La detección y el abordaje de la violencia de género desde los servicios sanitarios.....	52
2.3.3. La detección y el abordaje de la violencia de género durante el embarazo.....	55
Las matronas en la detección y el abordaje de la violencia de género durante el embarazo.....	59
2.4. La formación del personal sanitario en violencia de género.....	65
2.4.1. Directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS).....	65
2.4.2. Directrices de The National Institute for Health and Care Excellence (NICE).....	65
2.4.3. Directrices de la legislación europea, española y catalana.....	66
2.4.4. Las necesidades formativas del personal sanitario.....	68

3. MARCO EMPÍRICO.....	71
3.1. Justificación del estudio y elección del método.	73
3.1.1. La investigación acción participativa: una metodología que vincula el conocimiento y la acción.	74
La investigación acción participativa en el ámbito de la salud.....	78
La investigación acción participativa en el ámbito de la educación.	79
3.2. Objetivos.	81
3.2.1. Objetivos generales.....	81
3.2.2. Objetivos específicos.....	81
3.3. Metodología.....	83
3.3.1. Diseño del estudio.....	83
3.3.2. Ámbitos del estudio.	84
3.3.3. Sujetos del estudio.	85
3.3.4. Recogida y análisis de datos.	86
Fase I: Análisis de la situación.	86
Conocimiento de la formación inicial sobre violencia de género en el grado de Enfermería y la especialidad de Matrona en Cataluña.	86
Recogida de los datos.	86
Análisis de las entrevistas.....	88
Conocimiento de la formación continuada, detección y abordaje de la violencia de género en el embarazo en los dos ASSIR de L´Hospitalet de Llobregat.....	88
Recogida de datos.....	88
Análisis de las entrevistas.....	89
Equipo investigador (EI) y grupo de investigación acción participativa (GIAP).	90
Fase II: Elaboración de las estrategias de acción.	91
Priorización de las estrategias de acción.....	91
Diseño de las estrategias de acción.	92
Estrategia de acción 1.	92
Estrategia de acción 2.	93
Fase III: Implementación de las estrategias de acción.	97
Estrategia de acción 1. Implementar una actividad formativa sobre detección y abordaje de la violencia de género durante el embarazo.	97
Estrategia de acción 2. Aplicar un instrumento validado adecuado para la detección de la violencia de género durante el embarazo.....	98
Fase IV: Evaluación de las estrategias de acción implementadas.....	103
Recogida de datos.....	103
Análisis de los grupos focales.....	104
Criterios de rigor de las Fases I, II, III y IV.	104

Fase V. Diseño y validación de un programa de formación continuada sobre detección y abordaje de la violencia de género en el embarazo para matronas y otros/as profesionales sanitarios/as.	105
Diseño del programa de formación continuada.	105
Validación del programa de formación continuada.	106
Criterios de rigor de la Fase V.	108
3.3.5. Aspectos éticos.	110
4. RESULTADOS	111
4.1. Fase I: Análisis de la situación.	113
4.1.1. Conocimiento de la formación inicial sobre violencia de género en el grado de Enfermería y la especialidad de Matrona en Cataluña.	113
Características de las universidades y de las asignaturas donde se trata la violencia de género.	113
Características del profesorado entrevistado que imparte formación sobre violencia de género.	115
Trayectoria del profesorado.	116
Características y realidad de la formación inicial sobre violencia de género.	117
Contexto de la formación.	117
Perspectivas y experiencias del alumnado.	121
Propuestas de mejora en la formación inicial en violencia de género.	123
4.1.2. Conocimiento de la formación continuada, detección y abordaje de la violencia de género en el embarazo en los ASSIR de L'Hospitalet de Llobregat.	126
Características de las matronas del GIAP.	126
Capacitación de las matronas en violencia de género.	128
Necesidades formativas.	134
Experiencias de detección y abordaje de la violencia de género.	137
Obstáculos y facilitadores en la detección y abordaje de la violencia de género.	139
Propuestas de mejora en la detección y abordaje de la violencia de género.	142
4.2. Fase II: Elaboración de las estrategias de acción.	147
Estrategia de acción 1.	147
Estrategia de acción 2.	148
Revisión de los instrumentos validados para la detección y evaluación de violencia de género.	149
Selección del instrumento más adecuado para ser aplicado en el contexto profesional de las matronas de atención primaria.	159

4.3. Fase III: Implementación de las estrategias de acción.....	163
Estrategia de acción 1. Implementar una actividad formativa sobre detección y abordaje de la violencia de género durante el embarazo	163
Estrategia de acción 2. Aplicar un instrumento validado adecuado para la detección de la violencia de género durante el embarazo.....	167
4.4. Fase IV: Evaluación de las estrategias de acción implementadas por parte de las matronas del GIAP.....	189
Valoración de la estrategia de acción 1.	190
Valoración de la estrategia de acción 2.	191
Cambio de perspectiva sobre la detección y abordaje de la violencia de género durante el embarazo.	195
Comparación del número de casos detectados implementando las estrategias de acción con los detectados previamente.	196
Propuestas de mejora de las acciones implementadas.....	196
4.5. Fase V. Diseño y validación de un programa de formación continuada sobre detección y abordaje de violencia de género en el embarazo para matronas y otros/as profesionales sanitarios/as.	199
4.5.1. Resultados de la validación del programa de formación continuada.....	199
4.5.2. Programa de formación continuada sobre detección y abordaje de violencia de género en el embarazo para matronas y otros/as profesionales sanitarios/as.....	202
Destinatarios y enfoque.	202
Objetivos de aprendizaje.	202
Contenidos.	204
Formadores.	212
Metodología para el desarrollo del programa formativo.	212
Evaluación de los aprendizajes.....	213
Ejemplos de actividades de enseñanza-aprendizaje.....	215
5. DISCUSIÓN.....	225
5.1. Interpretación de los resultados.....	227
5.1.1. Formación inicial y continuada sobre detección y abordaje de la violencia de género.....	227
5.1.2. Detección y abordaje de la violencia de género durante el embarazo.	234
5.2. Limitaciones del estudio.	249
6. CONCLUSIONES.....	251
7. LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN.....	255
8. FINANCIACIÓN Y DIFUSIÓN DE RESULTADOS.....	259
8.1. Financiación.....	261

8.2. Difusión de resultados.	263
8.2.1. Artículos publicados en revistas científicas.	263
8.2.2. Artículo en proceso de revisión.	264
8.2.3. Capítulo de libro.	264
8.2.4. Ponencias.	264
8.2.5. Comunicaciones formato oral.	265
8.2.6. Comunicaciones formato poster.	265
9. BIBLIOGRAFÍA	267
10. ANEXOS	301
Anexo 1. Guion de preguntas estímulo.	303
Anexo 2. Informe de análisis de la situación y propuestas de mejora para la detección y abordaje de la violencia de género en el embarazo por parte de las matronas.	307
Anexo 3 Programa de la actividad formativa sobre detección y abordaje de la violencia de género durante el embarazo.	311
Anexo 4. Cuestionario de valoración de calidad del curso.	313
Anexo 5. Manual de aplicación del instrumento ISA y abordaje de las mujeres en contextos de violencia de género.	315
Anexo 6. Cuestionario de datos sociodemográficos y hoja de registro de las mujeres que no participan en el estudio.	325
Anexo 7. Cuestionario de validación del programa de formación continuada.	327
Anexo 8. Aprobación de comités de Bioética.	329
Anexo 9. Documentos de consentimiento informado.	331
Anexo 10. Referencias bibliográficas del programa de FC.	335
Anexo 11. Artículos.	339
Artículo 1. “Las matronas y la detección de la violencia en el embarazo”.	339
Artículo 2. “Aspectos bioéticos de la relación asistencial de las matronas con las mujeres embarazadas en contexto de violencia de género”.	347
Artículo 3. “Intimate partner violence as a subject of study during the training of nurses and midwives in Catalonia (Spain): A qualitative study”.	363
Artículo 4. “Intimate partner violence during pregnancy and midwives’ skills for detecting and addressing: a qualitative reading of their training and experience-based knowledge”.	373
Artículo 5. “El saber experiencial de las matronas de Atención Primaria en la detección de violencia de género durante el embarazo. Estudio cualitativo”.	407
Artículo 6. “Characteristics and clinical applicability of the validated scales and tools for screening, evaluating and measuring the risk of intimate partner violence. Systematic literature review (2003-2017)”.	429
Artículo 7. “Formación en detección de la violencia de género durante el embarazo: evaluación de una propuesta contextualizada”.	439

Índice de figuras.

Figura 2.1. Modelo ecológico para comprender la violencia interpersonal.....	28
Figura 2.2. Rueda de poder y control.	33
Figura 2.3. Ciclo de la violencia.	35
Figura 2.4. El iceberg de la violencia de género.	36
Figura 2.5. Número de víctimas mortales e hijos/as huérfanos/as por violencia de género.	37
Figura 2.6. Prevalencia (%) de violencia de género física durante el embarazo.....	45
Figura 2.7. La espiral de la investigación acción participativa.	77
Figura 4.1. Árbol de códigos de las entrevistas al profesorado.	116
Figura 4.2. Árbol de códigos de las entrevistas a las matronas.....	128
Figura 4.3. Diagrama de flujo de la selección de trabajos.	150
Figura 4.4. Esquema general de la recogida de datos de la estrategia de acción 2.	168
Figura 4.5. Árbol de códigos de los grupos focales con las matronas.	189

Índice de tablas.

Tabla 2.1. Ejemplos de las manifestaciones de la violencia de género.....	32
Tabla 2.2. Consecuencias de la violencia de género en la salud de las mujeres.....	38
Tabla 2.3. Experiencias de los hijos e hijas de las mujeres que sufren violencia y repercusiones en su salud.....	39
Tabla 2.4. Indicadores de ayuda en la detección de situaciones de violencia.....	56
Tabla 4.1. Características de las universidades y de las asignaturas donde se trata la violencia de género.....	114
Tabla 4.2. Características del profesorado.....	115
Tabla 4.3. Características de las asignaturas en las que imparten contenidos sobre violencia de género los dieciséis profesores/as entrevistados.....	118
Tabla 4.4. Características de las matronas.....	127
Tabla 4.5. Características de la formación continuada sobre violencia de género realizada por las matronas.....	130
Tabla 4.6. Descripción de los instrumentos de cribado, evaluación y riesgo de violencia de género.....	152
Tabla 4.7. Ejes temáticos de las intervenciones llevadas a cabo en la actividad formativa.....	164
Tabla 4.8. Puntuaciones promedio del cuestionario de valoración de la actividad formativa.....	165
Tabla 4.9. Características sociodemográficas y de hábitos tóxicos de las mujeres que cumplimentaron el cuestionario ISA.....	170
Tabla 4.10. Antecedentes obstétricos de las mujeres que cumplimentaron el cuestionario ISA.....	171
Tabla 4.11. Factores de riesgo gestacional de las mujeres que continuaron con el embarazo.....	173
Tabla 4.12. Tipo de parto, características y complicaciones de sus recién nacidos/as; y complicaciones en el puerperio.....	175
Tabla 4.13. Exposición a la violencia de género entre las mujeres que solicitan un IVE y gestantes que continúan con el embarazo.....	176
Tabla 4.14. Características sociodemográficas y de hábitos tóxicos de las mujeres que solicitan un IVE según exposición a la violencia de género.....	178
Tabla 4.15. Antecedentes obstétricos de las mujeres que solicitan un IVE según exposición a la violencia de género.....	179
Tabla 4.16. Características sociodemográficas y de hábitos tóxicos de las mujeres que continúan con el embarazo según exposición a la violencia de género.....	181

Tabla 4.17. Antecedentes obstétricos de las mujeres que continúan con el embarazo según exposición a la violencia de género.....	182
Tabla 4.18. Tipo parto, complicaciones del parto, del recién nacido/a y del puerperio de las mujeres que continúan con el embarazo según exposición a la violencia de género.	184
Tabla 4.19. Modelo de regresión logística sobre IVE de las mujeres estudiadas.....	185
Tabla 4.20. Modelo de regresión logística sobre parto por cesárea de las mujeres que continúan con el embarazo.	186
Tabla 4.21. Modelo de regresión logística sobre complicaciones del recién nacido/a de las mujeres que continúan con el embarazo.	187
Tabla 4.22. Puntuaciones promedio del cuestionario de validación del programa de formación continuada.....	200

Lista de acrónimos.

AP: Atención Primaria

ASSIR: Atención a la Salud Sexual y Reproductiva

CAID: Centre d'Atenció i Informació a la Dona

CAP: Centro de Atención Primaria

CSI: Consorci Sanitari Integral

ECTS: European Credit Transfer and Accumulation System

EI: Equipo Investigador

EEUU: Estados Unidos

FC: Formación Continuada

GIAP: Grupo de Investigación Acción Participativa

IAP: Investigación Acción Participativa

ICE: Institut de Ciències de l'Educació

ICS: Institut Català de la Salut

IDIAP: Instituto de Investigación en Atención Primaria

IES: Instituto de Estudios de la Salud

IVE: Interrupción Voluntaria del Embarazo

LGTBI: Lesbianas, Gays, Transexuales, Bisexuales e Intersexuales

L'H: L'Hospitalet de Llobregat

NICE: National Institute for Health and Care Excellence

OMS: Organización Mundial de la Salud

OSM: Observatorio de Salud de la Mujer

PMD: Programa Municipal per a la Dona

ROC: Receiver Operating Characteristic

UB: Universitat de Barcelona

VG: Violencia de Género

UNFPA: United Nations Population Fund

VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana

WAVE: Women Against Violence Europe

Lista de acrónimos de los instrumentos para la detección y evaluación de violencia de género.

AAS: Abuse Assessment Screen

B-SAFER: Brief Spousal Assault Form for the Evaluation of Risk

CADRI: Conflict in Adolescent Dating Relationships Inventory

CAS: Composite Abuse Scale

CBS-R: Revised Controlling Behaviour Scale

CTS: Conflict Tactics Scales

CUVINO: Cuestionario de Relación de Parejas de Novios

CVP: Cuestionario de Violencia en la Pareja

CVSEP: Cuestionario de Violencia Sufrida y Ejercida de Pareja

DA-5: Danger Assessment-5

DV-MOSAIC: Method of Assessment of Domestic Violence Situations or Domestic Violence Method

DVSI: Domestic Violence Screening Instrument

DVSI-R: Revised Domestic Violence Screening Instrument

EAPA-P: Escala de Abuso Psicológico Aplicado en la Pareja

EPV: Escala de Predicción del Riesgo de Violencia Grave contra la pareja

HITS: Hurt-Insult-Threaten-Scream

IFVCS: Indian Family Violence and Control Scale

ISA: Index of Spouse Abuse

ISVP: Índice de Severidad de Violencia de Pareja

K-SID: Kingston Screening Instrument for Domestic Violence

NorAQ: NorVold Abuse Questionnaire

OAS: Ongoing Abuse Screen

ODARA: Ontario Domestic Assault Risk Assessment

OVAT: Ongoing Intimate Partner Violence

PASNP: Partner Abuse Scale Non-Physical

PASPH: Partner Abuse Scales: Physical

PMWI: Psychological Maltreatment of Women Inventory

PMWI-F: Psychological Maltreatment of Women Inventory

PVS: Partner Violence Screen

RVD-BCN: Riesgo Violencia Mujer- Barcelona

SARA: Spousal Assault Risk Assessment

SCIRS: Coercion in Intimate Relationships Scale

SEA: Scale of Economic Abuse

SIGLE: System for Information on Grey Literature in Europe

STaT: Questions Screen for Intimate Partner Violence

VIDOFyP: Violencia Doméstica: Frecuencia y Percepción

VIFJ4: Escala de medición de la Violencia Intrafamiliar

WAST: Woman Abuse Screening Tool

WEB: Women's Experience with Battering Scale

RESÚMEN

Introducción. La violencia de género es un grave problema de salud en el mundo, por su elevada prevalencia y por las complicaciones que puede tener en la salud de las mujeres. La cuales se amplían si la mujer está embarazada, puesto que la violencia puede ocasionar complicaciones del curso del embarazo, parto y/o posparto y repercutir a su vez en la salud del feto y el futuro/a hijo/a. Las matronas son a menudo el primer punto de contacto asistencial de las mujeres gestantes, por ello se encuentran en una posición que favorece la detección y el abordaje de la violencia de género durante el seguimiento del embarazo. Pero para ello necesitan la formación adecuada y superar las posibles dificultades que puedan surgir durante la asistencia a estas mujeres.

Objetivos. Los objetivos fueron: (1) Conocer las características y la realidad de la formación inicial y continuada de las matronas en el ámbito de la detección y abordaje de la violencia de género. (2) Promover cambios de mejora en la detección y abordaje de la violencia de género en el embarazo por parte de las matronas.

Metodología. Se realizó un estudio de investigación acción participativa. En un primer momento, se procedió a realizar un análisis documental de los planes de estudio del grado de Enfermería de todas las Facultades y Escuelas de Enfermería, así como del programa de especialización de Matrona en Cataluña. Con posteriores entrevistas semiestructuradas a dieciséis profesores/as universitarios/as donde se recopiló información del nivel de profundidad con que se tratan los temas de violencia de género, sus propuestas para mejorar la capacitación del personal sanitario, y las metodologías de enseñanza-aprendizaje idóneas a tal fin. Seguidamente, se realizó un estudio de caso en una comunidad de práctica (dos centros de atención primaria en L'Hospitalet de Llobregat- Barcelona), donde se realizó entrevistas semiestructuradas a las doce matronas asistenciales donde se profundizó en los factores que facilitan u obstaculizan la detección y el abordaje de la violencia de género durante el embarazo, se diseñaron e implementaron sus propuestas de mejora basadas en su experiencia y se valoró su utilidad (mediante grupos focales con las matronas participantes y comparación de los casos detectados antes y tras las acciones de mejora). El desarrollo de la investigación acción participativa mostró la pertinencia de conocer la prevalencia de la violencia de género, las características y los factores asociados a la misma entre las mujeres gestantes que continúan el embarazo y aquellas que solicitan una interrupción del mismo en el ámbito de estudio. Para ello se realizó un estudio cuantitativo observacional, longitudinal, analítico, prospectivo de cohortes.

Igualmente la investigación guio el diseño de un programa de formación continuada sobre detección y abordaje de violencia de género en el embarazo para matronas y otros/as profesionales sanitarios/as, el cual se validó siguiendo la metodología de juicios de expertos.

Resultados. En Cataluña se imparte formación inicial en violencia de género con una media de 5.5 horas en el grado de Enfermería y con 2 horas en la especialidad de Matrona. La metodología de enseñanza principal es la activa. El profesorado se siente personalmente comprometido con la capacitación sobre violencia de género del alumnado pero solicitan más tiempo para tal fin. Conceden una gran importancia a que los alumnos adquieran conocimientos no solo biomédicos sino también psicosociales. Todas las matronas entrevistadas habían recibido formación inicial y continuada sobre violencia de género, pero no se sienten seguras a la hora de detectar y abordar los casos, tienen poca experiencia en la asistencia a mujeres expuestas a la violencia de género y demandan ampliar su formación en el tema. Las matronas consideran que el seguimiento del embarazo que realizan y la consecuente relación de confianza con las mujeres, favorece la detección y abordaje de la violencia de género. Sin embargo, las limitaciones del tiempo, las barreras idiomáticas o sus propios miedos, lo dificulta. Proponen mejorar la gestión del tiempo en las agendas, disponer de traductores, aplicar un instrumento objetivo de detección, determinar circuitos internos, disponer de material informativo en las consultas e incorporar información sobre violencia de género en las actividades grupales de educación sanitaria. Durante la investigación se diseñaron e implementaron dos acciones de mejora: (1) una actividad formativa sobre violencia de género (en base a la experiencia del profesorado universitario y las necesidades sentidas por las matronas asistenciales); (2) la aplicación de un instrumento validado para la detección de la violencia de género (el Index of Spousal Abuse) previa formación para su uso, y el desarrollo de un circuito de asistencia a las mujeres en contexto de violencia de género. Ambas acciones fueron valoradas como útiles tanto por aumentar los casos detectados de violencia de género por parte de las matronas como por mejorar sus habilidades y su seguridad en la asistencia de los casos.

Respecto a la prevalencia de violencia de género según el cuestionario validado empleado, el 25% de las mujeres que solicitan una interrupción del embarazo están expuestas a la violencia de género (n=120) y el 8.92% de las mujeres que continúan con la gestación (n=381), existiendo una asociación estadísticamente significativa entre exposición a la violencia y complicaciones durante el parto (p=0.025). Igualmente la exposición a la violencia incrementa de forma significativa el riesgo de realizar una interrupción del embarazo (OR=4.06; IC=2.23-7.48; p<0.001) y que el/la recién nacido/a tenga complicaciones de salud (OR=2.68; IC= 1.02-6.48; p=0.035). El programa de formación continuada diseñado ha sido valorado de forma positiva por los seis expertos/as con puntuaciones medias en los ítems evaluados entre 8.3 y 10 (sobre 10) a excepción de un ítem con una puntuación media de 5.8 y un coeficiente de concordancia de Kendall= 0.44.

Conclusiones. Es necesario dedicar más tiempo a la formación de estudiantes de Enfermería y Matrona en violencia de género de una forma transversal y sistematizada, que incluya la práctica clínica, desde las perspectivas sanitaria, psicológica, social, ética y legal. De igual forma, es conveniente responder a la demanda de las matronas en cuanto a desarrollar la formación desde una perspectiva multidisciplinar, con metodologías activas que proporcionen conocimientos específicos y habilidades comunicativas. El cuestionario Index of Spousal Abuse se ha mostrado como útil para la detección de la violencia durante el embarazo, previa formación para su aplicación y para el abordaje de los casos de violencia de género. Es necesario incorporar el cribado sistemático tanto a las mujeres que continúan con el embarazo, como a las que deciden interrumpirlo.

Palabras claves: Violencia de Género, Embarazo, Matrona, Capacitación Profesional, Formación Continuada, Investigación Cualitativa.

1. INTRODUCCIÓN

Introducción.

Esta tesis doctoral nació de mi preocupación como matrona asistencial, cuando al realizar el seguimiento del embarazo en atención primaria, observaba indicios de que algunas mujeres se podían encontrar en una situación de violencia de género (VG). Igualmente, deriva de un convencimiento profundo de que durante el control gestacional aparece una oportunidad extraordinaria para detectar esta problemática, y poder abordarla. Desafortunadamente, según la literatura¹ la VG está muy presente durante el embarazo. Sin embargo, a raíz de los comentarios de mis compañeras matronas y basándome en mi propia experiencia, apenas se estaban detectando casos de VG en nuestro contexto asistencial.

La formación de los y las profesionales de la salud en relación a la detección y abordaje de la VG, en concreto durante la gestación, ha cobrado una gran relevancia en esta tesis, la cual se ha desarrollado en dos ámbitos, el académico y el asistencial. He procurado vincular a lo largo de toda la investigación los conocimientos teóricos y los prácticos.

En un primer momento, la motivación de efectuar una aproximación al objeto de estudio desde una perspectiva académica, me llevó a revisar los contenidos relacionados con la formación en detección y atención a la VG en los planes de estudio de los currículums formativos del grado de Enfermería y del programa de especialización de las Matronas en Cataluña. E indagar a través de las narraciones del profesorado en el nivel de profundidad con que se tratan los temas de VG, además de identificar sus propuestas y las metodologías de enseñanza-aprendizaje idóneas para mejorar la capacitación del personal sanitario en este tema. Seguidamente, la motivación de conocer la realidad de la VG durante el embarazo tal como se manifiesta en la comunidad de práctica, a la vez que suscitar propuestas transformadoras, me condujo a través de las narraciones de las matronas de dos centros de atención primaria en L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona), a profundizar en los factores que facilitan u obstaculizan la detección de la VG durante el embarazo, a implementar las propuestas de mejora de las matronas basadas en su propia experiencia: una actividad formativa y la aplicación de un instrumento validado para la detección de la VG; y posteriormente, a valorar su utilidad.

Paralelamente, procedí a la elaboración de un programa de formación continuada (FC) sobre la detección y abordaje de VG en el embarazo, nutrido de las fases anteriores, para finalmente validar el mismo, bajo el juicio de expertos procedentes de los ámbitos académico y asistencial. Incorporando las perspectivas teórica y práctica.

Deseo que la divulgación de los resultados de esta tesis contribuya a conocer mejor la dimensión y el fenómeno de la VG. Que la descripción que se realiza de los instrumentos validados de cribado, evaluación y riesgo de VG, pueda ser valiosa para profesionales de la salud e investigadores/as que busquen el instrumento más adecuado para su propósito y contexto específico. Y que el programa de FC, junto con las estrategias de mejora para la detección y el abordaje de la VG durante el embarazo que en este trabajo se han demostrado como útiles, sean un recurso más, nunca suficiente, para erradicar la VG de nuestra sociedad.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. La violencia de género.

2.1.1. Origen y perpetuación de la violencia de género.

La violencia, en palabras de Victoria Camps Cervera², es “un fenómeno connatural a la vida humana, tanto como la necesidad de justificar o de dar explicaciones del mismo fenómeno. No se sabe de la existencia, jamás, de épocas o sociedades humanas no violentas. Aunque constituye una dimensión casi inseparable de las relaciones humanas, hay que remarcar que la violencia, real y ficticia, ha sido un motivo de preocupación constante”. Por su parte, Teresa San Segundo-Manuel³ define la violencia como “un instrumento de poder, el caldo de cultivo de la discriminación y el eje que determina y consolida el dominio y el control de quien ejerce violencia sobre quien la padece”. Ése es el marco en el que se desarrolla la violencia de género (VG). Es preciso analizar las razones que hacen que la VG se perpetúe, consolide y persista hasta nuestros días en sociedades modernas y democráticas.

Desde el ámbito de la sociología, Ana Cagigas Arriazu⁴ hace el siguiente análisis: “la sociedad, en general, se caracteriza por la opresión. Todas las instituciones, las estructuras o las personas dominan o son dominadas en función de la raza, la clase social, la religión, la edad o el género. El sistema de dominación y subordinación más opresor es el del género”. La antropóloga feminista Gayle Rubin en 1975⁵ define el sistema sexo-género como: “el sistema de relaciones sociales que transforma la sexualidad biológica en productos de actividad humana y en el que se encuentran las resultantes necesidades sexuales históricamente específicas”. El género, igual que la raza o la clase social, es una parte de la estructura social, con lo cual no es natural, mientras que el sexo sí que viene determinado biológicamente⁴. Simone de Beauvoir⁶ en su libro “El segundo sexo” publicado en 1949 puso de manifiesto esta diferenciación de la construcción social: “No se nace mujer, se llega a serlo”. Es decir, nacemos hombres o mujeres, no masculino o femenino, esto es un artificio, una construcción que aprendemos e incorporamos, tal era el sentido de la frase de Beauvoir. Celia Amorós Puente⁷, en la misma línea expone que “este sistema sexo-género es sinónimo de patriarcado”, porque tal sistema implica una señal de identidad: la pertenencia a un grupo social determinado, en este caso al del sexo femenino. Pero esa señal de identidad no existiría, si no fuera porque existe este sistema de dominación, el patriarcado, que es el que la genera y la perpetúa.

Ello conlleva, según Amelia Valcárcel⁸, que todas las mujeres, generalmente, están en posición simbólica de sumisión frente al poder simbólico masculino. Las formas en que este hecho antropológico se manifiesta son relativamente variadas y lo que es más grave, adoptan en parte del mundo el papel de rasgos culturales diferenciales, puesto que comprometen estructuras ancestrales de familia, sistemas de valores y creencias completas. Algunas de las manifestaciones son: mutilación de los órganos genitales femeninos, asesinato por causa de la dote, homicidios por honor, tráfico de mujeres, prostitución (esclavismo o servidumbre), violencia sexual durante conflictos armados o violencia por parte de una pareja⁹. El patriarcado fue la primera estructura de dominación y subordinación de la Historia y aún hoy sigue siendo un sistema básico de dominación, el más poderoso y duradero de desigualdad, y el que menos se percibe como tal. Ana Cagigas Arriazu⁴ define el patriarcado "como la relación de poder directa entre los hombres y las mujeres en las que los hombres, que tienen intereses concretos y fundamentales en el control, uso, sumisión y opresión de las mujeres, llevan a cabo efectivamente sus intereses. Esta relación de poder provoca desigualdad entre los dominadores: los hombres, y los subordinados: las mujeres". El origen de la desigualdad, en palabras de Carme Valls Llobet⁹ estaría en los pueblos primitivos desde el inicio de la división sexual del trabajo, cuando las mujeres pasaron a ser posesión del hombre, dedicadas al cuidado de la casa y de los hijos e hijas, es decir, las mujeres se convierten en seres humanos al servicio de los hombres, y para justificar esta posición fueron consideradas como seres inferiores, secundarios, sin posibilidad de tener criterio ni deseo propio.

Pero como es evidente, las funciones y papeles asignados a hombres y mujeres dentro del orden social han ido cambiando al ritmo de las transformaciones operadas en las diversas sociedades. Tanto en Occidente como en las otras partes del globo, muchas mujeres alcanzan su formación académica en igualdad con los hombres, pueden trabajar sin demasiados impedimentos y desempeñan una actividad laboral, pero simultaneándola con las funciones que tradicionalmente se venían considerando inherentes a su sexo, como el cuidado y la atención a la familia. Con el fin de acomodarse a los requerimientos y exigencias que el propio poder masculino dominante estimaba necesario para mantener dicho poder bajo control. Tales avances no pueden tomarse como conquistas inamovibles de las mujeres, el proceso de concesiones a la mujer es una variable de las múltiples estratagemas aplicadas al mantenimiento del sistema que consagra la superioridad del hombre y proclama la inferioridad de la mujer³.

El patriarcado, ha elaborado una ideología que lo sustenta, dándole apariencia científica. El énfasis se pone en la diferencia natural y en los factores culturales que dieron lugar a la construcción de un "ideal" de mujer, que asignaba determinadas funciones sociales, las domésticas, y ciertas conductas tales como la dulzura, la paciencia o la comprensión, las cuales, "por casualidad", eran las idóneas para realizar las tareas que le habían sido asignadas con anterioridad. Es, por tanto, una estructura primaria de poder que se mantiene de manera intencionada y deliberada. La sociedad patriarcal considera que la mujer carece de relevancia y de valía en comparación con el hombre, y que son éstos los que deben ocupar predominantemente los puestos de mayor poder en empresas, en la política, en el gobierno y, por supuesto, también dentro de la casa. Las mujeres tienen asignados espacios físicos y simbólicos que no han sido elegidos por ellas y que no suponen el reconocimiento ni el poder del colectivo genérico, que los hombres se reservan para sí⁴. Esta manera de estructura social se ha visto como el orden natural de las cosas, pero como expone Amelia Valcárcel ¹⁰ "este orden es producto de la voluntad humana (voluntad interesada de los hombres, como poder dominante)".

Por lo anteriormente expuesto, la violencia contra las mujeres en el seno de la relación de pareja no es lo mismo que cualquier otro tipo de violencia⁹, puesto que según Miguel Lorente Acosta¹¹ "la intención no es solo lesionar, sino aleccionar". En este contexto patriarcal, en el que la mujer debe permanecer en el lugar correspondiente y desempeñando el rol asignado, puesto que de lo contrario, la estructura social cobraría inestabilidad, la violencia a la mujer se convierte en una violencia estructural⁴. A diferencia de otros tipos de violencia interpersonal que son considerados como parte de la violencia externa, la violencia estructural se caracteriza porque tiene su origen y se fundamenta en las normas y valores socioculturales que determinan el orden social establecido. Surge, por tanto, desde dentro y actúa como elemento estabilizador de la convivencia, puesto que contribuye a mantener la escala de valores, a reducir los puntos de fricción que puedan presentarse en la pareja entre hombres y mujeres, empleando la sumisión y el control de la mujer. Bajo este planteamiento se intenta recluir y confinar este tipo de conductas al ámbito privado, ocultándolo y dejando entrever una cierta normalidad. Por el contrario, los otros tipos de agresiones, aquellas que forman la violencia externa, se apartan de las normas y los valores sociales, tienen su origen en factores que están al margen de lo aceptado por la sociedad (drogas, robos, racismo, entre otros), por lo que son interpretados como elementos desestabilizadores que atacan directamente a la convivencia y al orden establecido¹¹.

No obstante, el patriarcado, aun siendo una cuestión cultural, no deja de entrañar en última instancia un comportamiento voluntario humano de índole funcional, con plena responsabilidad de los representantes del género, pues no hay herencia cultural que pueda disculpar en todo sujeto consciente el sentido de la ética, con mayor fuerza aún que la pretendida herencia biológica³. Aquí cabría señalar el modelo ecológico de Heise desarrollado en 1998¹² y citado en la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2005¹³ donde la VG interpersonal resulta de la interacción de factores en diferentes niveles del entorno social. Heise conceptualiza el modelo ecológico como cuatro círculos anidados (Figura 2.1)¹², el círculo más interno representa la historia biológica y personal que cada individuo aporta a su comportamiento en las relaciones, por ejemplo, la normalización de la violencia, bajo nivel de educación, bajo nivel económico o la experiencia pasada de violencia. El segundo círculo representa el contexto inmediato en el que tiene lugar la violencia, con frecuencia la familia u otra relación íntima o de conocidos, por ejemplo, la disparidad entre el nivel de educación de las parejas o las respuestas familiares a la violencia, que culpan a las mujeres y se concentran en restaurar el honor familiar, fomentan la VG. El tercer círculo representa las instituciones y las estructuras sociales, tanto formales como informales, en las que se integran las relaciones: vecindario, lugar de trabajo, redes sociales y grupos de pares. El cuarto círculo exterior es el entorno económico y social, incluidas las normas culturales, siendo la VG más prevalente en sociedades donde los hombres tienen poder económico y de toma de decisiones en el hogar, y donde las mujeres no tienen fácil acceso al divorcio o donde los adultos rutinariamente recurren a la violencia para resolver sus conflictos¹²⁻¹⁴.

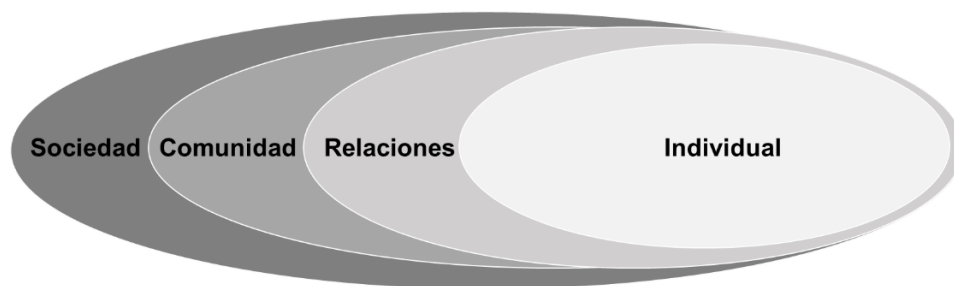


Figura 2.1. Modelo ecológico para comprender la violencia interpersonal.
Reproducido de la fuente: [Heise¹²]

En conclusión, para entender el fenómeno social de la VG como una violencia estructural, hay que profundizar en las creencias sociales y en la aceptación intemporal de las funciones desiguales, los roles asignados en forma asimétrica a cada uno de ambos sexos³. Esas mismas creencias, han provocado que las mujeres durante años han tratado de buscar explicaciones a la violencia “normalizándola” y “racionalizándola” en el conjunto de normas y valores aprendidos de su entorno próximo y social. Los roles sociales y las posiciones socioculturales que catalogan a la mujer como un ser inferior y sin valor acaban llevándola a la autoinculpación, ya que cree que es un error de su conducta el que provoca “las airadas reacciones” de su pareja⁹. Ello contribuye (entre otros factores que se desarrollan en capítulos sucesivos) a que la VG haya permanecido y permanezca en un enorme porcentaje de casos oculta y silenciada por las víctimas, lo que ha provocado su perpetuación a lo largo de la Historia hasta nuestros días⁴.

2.1.2. Conceptualización de la violencia de género.

El lenguaje colabora muchas veces a favor del patriarcado, y las primeras definiciones de violencia contra las mujeres recibieron el nombre de “violencia doméstica”, una forma de esconder la realidad, ya que no son las paredes de una casa ni los muebles los que agreden; con el lenguaje se intentaba encubrir al agresor⁹. La expresión “violencia doméstica” se usa en muchos países para referirse a la violencia dentro de la pareja, pero puede abarcar también el maltrato infligido a niños y ancianos o el maltrato infligido por cualquier integrante de la familia¹⁵. Según el “Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica” de Estambul de 2011¹⁶: la “violencia doméstica” “se entenderá como todos los actos de violencia física, sexual, psicológica o económica que se producen en la familia o en el hogar o entre cónyuges o parejas de hecho antiguas o actuales, independientemente de que el autor del delito comparta o haya compartido el mismo domicilio que la víctima”. La “violencia contra las mujeres” “se deberá entender como una violación de los derechos humanos y una forma de discriminación contra las mujeres, y designará todos los actos de violencia basados en el género que implican o pueden implicar para las mujeres daños o sufrimientos de naturaleza física, sexual, psicológica o económica, incluidas las amenazas de realizar dichos actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, en la vida pública o privada”. Y por “violencia contra las mujeres por razones de género” “se entenderá toda violencia contra una mujer porque es una mujer o que afecte a las mujeres de manera desproporcionada”.

La presente tesis doctoral se centra en la violencia que sufre la mujer por parte de su pareja o expareja, es decir cuando existe o ha existido un vínculo afectivo. Según lo expuesto, en el mencionado Convenio¹⁶, los tres términos desarrollados no encajan del todo con la acepción concreta a la que se pretende referir en este trabajo.

Sin embargo, en el “Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género del Ministerio de Sanidad y Consumo” del 2012¹⁷, se alude como definición de la “VG” a la determinada por la Asamblea General de Naciones Unidas en 1993¹⁸: “todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada”. Es decir, la “VG”, recibe la definición que emplea el Convenio del Consejo de Europa¹⁶ para referirse a la “violencia contra las mujeres”. Pero este mismo Protocolo¹⁷ menciona que “las actuaciones que se proponen están principalmente centradas en la violencia ejercida por la pareja o expareja, por ser las formas más comunes de su expresión”. Las OMS, por su parte, en el documento “Comprender y abordar la violencia contra las mujeres” publicado en 2013¹⁵, sí que utiliza un término más delimitado: “violencia en la pareja” siendo definida como “cualquier comportamiento, dentro de una relación íntima, que cause o pueda causar daño físico, psíquico o sexual a los miembros de la relación”. Este, deriva de la traducción del término anglosajón Intimate Partner Violence¹⁹. Por otro lado, en el ámbito jurídico Español, la Ley Orgánica 1/2004 de “Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género”²⁰ expone que “la presente ley tiene por objeto actuar contra la violencia que, como manifestación de la discriminación, la situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres, se ejerce sobre éstas por parte de quienes sean o hayan sido sus cónyuges o de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, aun sin convivencia”. Es decir, el término “VG” es restringido únicamente al ámbito de pareja, dejando al margen otras formas de violencia hacia las mujeres. En la actualidad, otros términos como “violencia machista” están desplazando a “VG”. Bajo la consideración de que el adjetivo machista tiene mayor fuerza argumentativa, puesto que alude tanto a la causa como al agente de la violencia: violencia causada por el machismo²¹.

En algunos ámbitos institucionales, concretamente desde la Generalitat de Catalunya, a través de la Ley 5/2008 “Derecho de las Mujeres a Erradicar la Violencia Machista”²² se incorpora la definición jurídica de violencia machista como “la violencia que se ejerce contra las mujeres como manifestación de la discriminación y de la situación de desigualdad en el marco de un sistema de relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres”. Posteriormente clarifica que “dicha violencia se puede manifestar en el ámbito de la pareja, familiar, laboral, social o comunitario”. En el preámbulo, se argumenta el uso del término machista, señalando que “el machismo es el concepto que de forma más general define las conductas de dominio, control y abuso de poder de los hombres sobre las mujeres y que a su vez, ha impuesto un modelo de masculinidad que todavía es valorado por una parte de la sociedad como superior”²². No obstante, también existen detractores de este término, manifestando que parece restringir que la ejercen solo unos pocos hombres, los que son machistas, lo que podría llevar a interpretar que la VG es un problema que afecta a unas pocas personas, cuando en realidad es un problema de toda la sociedad²¹. Por otra parte, algunas autoras como Celia Amorós²³ o la escritora vasca Luisa Etxenike Urbistondo²⁴, han propuesto la resignificación del lenguaje del terrorismo, para hablar de terrorismo patriarcal, terrorismo sexista o terrorismo de género. Luisa Etxenike²⁴ defiende la utilización del término terrorismo porque “la VG no está compuesta de hechos aislados, sino que es una violencia sistémica” y porque “se necesita para acabar con ella el mismo empeño que se ha aplicado a luchar contra el terrorismo: la misma unidad política y el mismo rechazo social”. Esta coexistencia de denominaciones, en palabras de Ana Rubio Castro²⁵, “tiene el efecto y la intención de confundir más que de clarificar”, puesto que tal como expresa Celia Amorós²³: “conceptualizar es politizar”. Pero no es el objetivo de este apartado politizar, sino mostrar la complejidad del fenómeno y las dificultades del abordaje en pro de su erradicación. Por último, precisar que en la presente tesis doctoral, al centrarse en la detección y el abordaje de las situaciones de violencia durante el embarazo, se utilizará el término “VG” tal como es definido por la Ley Orgánica 1/2004²⁰, para referirse a la violencia ejercida por un hombre hacia una mujer dentro de la pareja o expareja, es decir cuando existe o ha existido un nexo afectivo.

2.1.3. Manifestaciones de la violencia de género.

Podemos diferenciar distintos tipos o formas de la VG, en función del ámbito en el que se produce o bien por sus manifestaciones. En la tabla 2.1 a modo de síntesis, se muestran las definiciones de las diferentes formas de violencia (física, sexual, psicológica y económica) y algunos ejemplos de sus manifestaciones.

Tabla 2.1. Ejemplos de las manifestaciones de la violencia de género.

Violencia física	<p>Actos no accidentales que impliquen el uso deliberado de la fuerza:</p> <ul style="list-style-type: none">• Abofetear, empujar, golpear, arañar, ahogar, morder, agarrar, sacudir, escupir, quemar, torcer una parte del cuerpo.• Impedir que la mujer busque tratamiento médico u otra ayuda.• Usar objetos domésticos para golpear o apuñalar a una mujer, usar armas (cuchillos, pistolas).
Violencia sexual	<p>Comportamientos sexuales contra la voluntad de la mujer, mediante imposición, chantaje, amenaza o uso de la fuerza:</p> <ul style="list-style-type: none">• Sin contacto corporal: exhibicionismo, forzar a ver pornografía, mensajes, gestos o palabras obscenos, insultos sexistas, acoso sexual, voyeurismo.• Con contacto corporal: tocamientos, imponer relaciones sexuales o prácticas no deseadas, obligar a adoptar posturas que la mujer considera degradantes, violación.• Contra los derechos sexuales y reproductivos: embarazo forzado, esterilización forzada, aborto forzado, impedir usar un método anticonceptivo.
Violencia psicológica	<p>Conductas que atentan contra la integridad psíquica y emocional de la mujer y contra su dignidad:</p> <ul style="list-style-type: none">• Amenazar a la mujer o alguien cercano a ella (como los hijos/as) a través de palabras o acciones.• Comentarios humillantes e insultantes, culpabilizar, exigir obediencia, chantaje emocional.• Aislamiento: encerrar en casa, obligar a dejar el trabajo o prohibir ver a familiares o amigos.
Violencia económica	<p>Comportamientos que privan a la mujer y/o a sus hijos/as de los recursos para su bienestar físico o psicológico:</p> <ul style="list-style-type: none">• Prohibir trabajar.• Excluirla de la toma de decisiones financieras de la familia.• Negarse a pagar cuentas o manutención.• Destruir activos de propiedad conjunta.

Fuente: elaboración propia a partir de: [Generalitat de Catalunya²⁶, OMS¹⁵, Ministerio de Sanidad y Consumo¹⁷, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad²⁷, UNFPA y WAVE¹⁴].

La siguiente rueda de poder y control (Figura 2.2) ofrece un marco para comprender sus manifestaciones y mecanismos en una relación de pareja¹⁴. La rueda fue desarrollada por Domestic Abuse Intervention Programs (DAIP) en 1984²⁸ y consta de ocho secciones que resumen los patrones de comportamiento usados por un individuo para controlar o dominar intencionalmente a su pareja: intimidación; abuso emocional; aislamiento; minimizar, negar, culpar; manipulación de los niños/as; privilegio masculino; abuso económico; y uso de coerción y amenazas. Estas acciones sirven para ejercer "poder y control" que aparecen en el centro de la rueda. En el borde, consta la violencia física y sexual, la cual mantiene todo lo anterior cohesionado¹⁴.



Figura 2.2. Rueda de poder y control.
Fuente: [DAIP²⁸].

En general, al inicio de la relación aparecen conductas de abuso psicológico, que suelen ser atribuidas a los celos del hombre o a su afán de protección de la mujer. Suelen ser conductas restrictivas y controladoras que van minimizando la capacidad de decisión y autonomía de la mujer, produciendo dependencia, aislamiento y temor, como por ejemplo el control sobre la ropa, las amistades o las actividades. El aumento progresivo de la violencia puede extenderse durante un largo periodo de tiempo, y suele ser difícil para la mujer darse cuenta del proceso en el que está inmersa¹⁷. La teoría del ciclo de la violencia de Leonor Walker descrito en 1984²⁹ plantea que este fenómeno comprende tres fases que se manifiestan de forma cíclica:

- Fase de acumulación de tensión: se caracteriza por una escalada gradual de la tensión, donde la hostilidad del hombre va en aumento sin motivo comprensible y aparente para la mujer. Se intensifica la violencia verbal y pueden aparecer los primeros indicios de violencia física. Se presentan como episodios aislados que la mujer cree que puede controlar y que desaparecerán. La tensión aumenta y se acumula.
- Fase de explosión o agresión: estalla la violencia y se producen agresiones físicas y/o psicológicas y/o sexuales. Es en esta fase donde la mujer suele denunciar o pedir ayuda.
- Fase de calma, reconciliación o “luna de miel”: el agresor manifiesta que se arrepiente y pide perdón a la mujer. Utiliza estrategias de manipulación afectiva tales como regalos, caricias, disculpas, promesas, etc., para evitar que la relación se rompa. Esta estrategia, provoca que la mujer piense que la situación cambiará¹⁷.

En la Figura 2.3, se muestra el ciclo de la violencia de Leonor Walker²⁹ con un ejemplo del testimonio de una mujer en una situación de violencia.

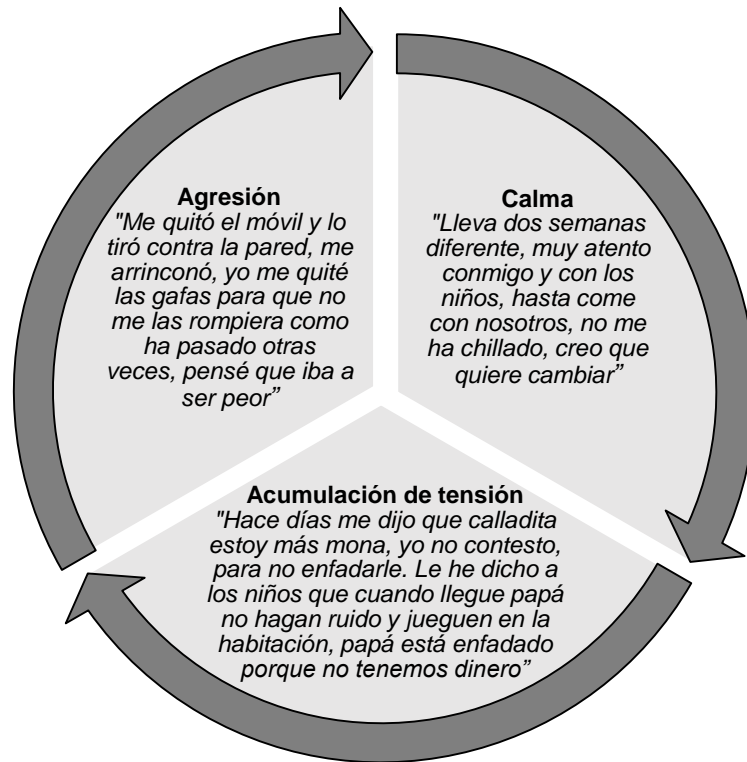


Figura 2.3. Ciclo de la violencia.

Fuente: [ciclo de la violencia de Leonor Walker²⁹, testimonio recogido por anónimo en un centro Servicio de Intervención Especializada].

Con el tiempo, las fases de agresión aumentan con respecto a la severidad y duración, mientras que las fases de calma se acortan¹⁴. O desaparecen los episodios violentos y de calma, persistiendo una amenaza constante basada en el recuerdo de episodios violentos que pueden volver a repetirse³⁰. Las mujeres en esta situación, desarrollan una estrategia para la supervivencia que puede incluir negar el abuso, rechazar la ayuda ofrecida e incluso defender al agresor¹⁴. A lo largo del proceso de la violencia, las mujeres sufren una pérdida progresiva de autoestima y de esperanza de cambiar la situación, aumentando la sumisión y el miedo. Todo esto hace difícil que la mujer rompa la relación²⁶. Sin embargo, aunque el ciclo de la violencia es muy frecuente, se han descrito otras formas de relación violenta donde hay una situación continua de frustración y amenaza, o dinámicas en la relación de pareja bajo la estructura de dominación, y en la que solo de forma ocasional aparece la agresión, siendo éstas más difíciles de detectar que las formas más severas de violencia¹⁷. Son los denominados micromachismos, conductas sutiles y cotidianas que constituyen estrategias de control y microviolencias que atentan contra la autonomía personal de las mujeres y que suelen ser invisibles o, incluso, estar perfectamente legitimadas por el entorno social³¹.

Por su parte Luis Bonino Mendez³² describe algunos ejemplos de micromachismos-microviolencias, como las maniobras atemorizantes (la mirada, el tono de voz, la postura y cualquier otro indicador verbal o gestual que puede servir para atemorizar); la toma de decisiones sin contar con la mujer en situaciones que la involucran; el uso expansivo del espacio físico (impedir el uso de ese espacio común, monopolizar el televisor u ocupar con las piernas todo el espacio inferior de la mesa cuando se sientan alrededor de ella); la delegación de la carga doméstica y la crianza de los hijos e hijas (definiéndose el varón solo como "ayudante"), esta última es la más frecuente microviolencia sobre la autonomía de la mujer, al obligarla a un sobreesfuerzo vital que le impide su desarrollo personal. Por ello, el abordaje de la VG, no puede centrarse solo en sus formas extremas, sino que debe incluir los micromachismos que son formas de violencia y abuso cotidianos³². La trascendencia de los micromachismos, está ilustrada en la infografía de Amnistía Internacional del 2016³³ (Figura 2.4), donde se representa la VG como un iceberg. El abuso físico representa la punta del iceberg, siendo por tanto la parte visible, mientras que de forma invisible aparecen la mayoría de las formas de violencia, múltiples, más sutiles y que sustentan la violencia más grave. Es precisamente por su carácter sutil, por lo que en ocasiones las mujeres la toleran y se adaptan a ella, pudiendo llegar al aprendizaje de la indefensión que implica no responder ante la agresión³⁴.

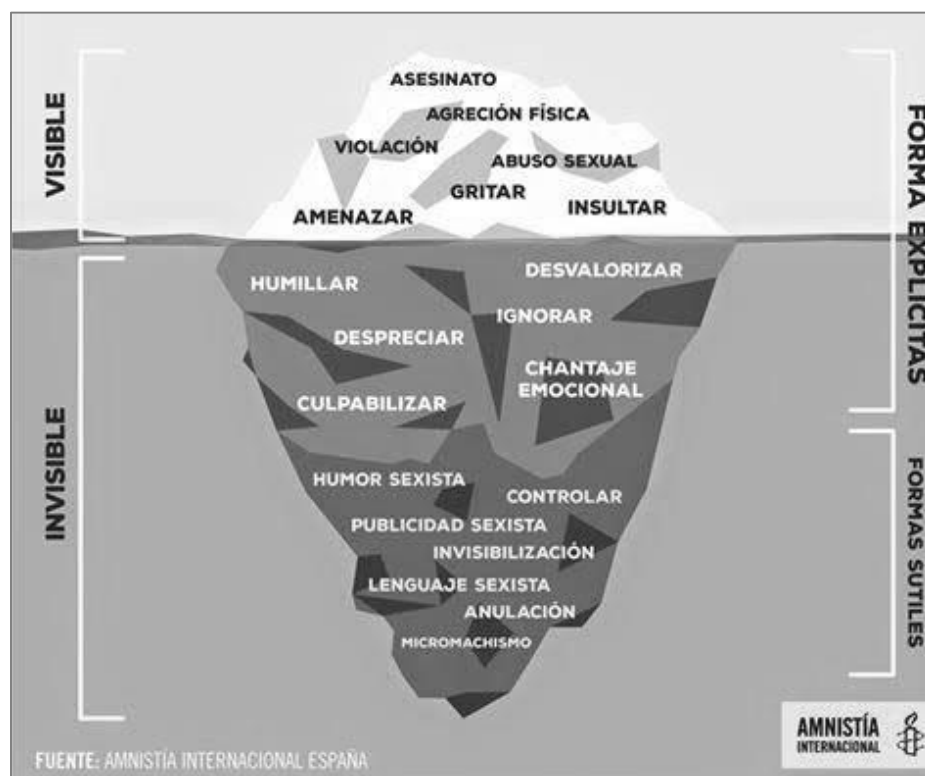


Figura 2.4. El iceberg de la violencia de género.
Fuente: [Amnistía Internacional³³].

2.1.4. Magnitud de la violencia de género.

La OMS³⁵ considera la VG como un problema de salud pública, tanto por su prevalencia como por las graves consecuencias en la salud.

Prevalencia.

Según el documento “Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer” de la OMS publicado en 2013³⁶: casi un tercio (30%) de todas las mujeres que han tenido una relación, han sufrido violencia física o sexual por parte de su pareja. Las estimaciones de prevalencia de la violencia de pareja oscilan entre el 23.2% en los países de ingresos altos y el 24.6% en la región del Pacífico Occidental, al 37% en la región del Mediterráneo Oriental y el 37.7% en la región de Asia Sudoriental. Por otro lado, el 38% de los feminicidios que se cometen en el mundo son perpetrados por la pareja³⁵. En España, según la Macroencuesta de Violencia contra la Mujer del 2015³⁷: del total de mujeres de 16 años o más, el 10.4% ha sufrido violencia física, el 8.1% sexual, el 25.4% psicológica y el 10.8% económica por parte de su pareja o expareja en algún momento de su vida. Respecto a las víctimas mortales, en España, en los últimos diez años (del 2008 al 2018), 631 mujeres han sido asesinadas por sus parejas o exparejas. Desde el 2013 también se ha registrado el número de hijos/as menores de 18 años que han quedado huérfanos/as por VG. En la figura 2.5 se muestra el número de mujeres asesinadas por año y los hijos/as huérfanos/as según el Portal estadístico de la Delegación del Gobierno para la Violencia de Género³⁸.

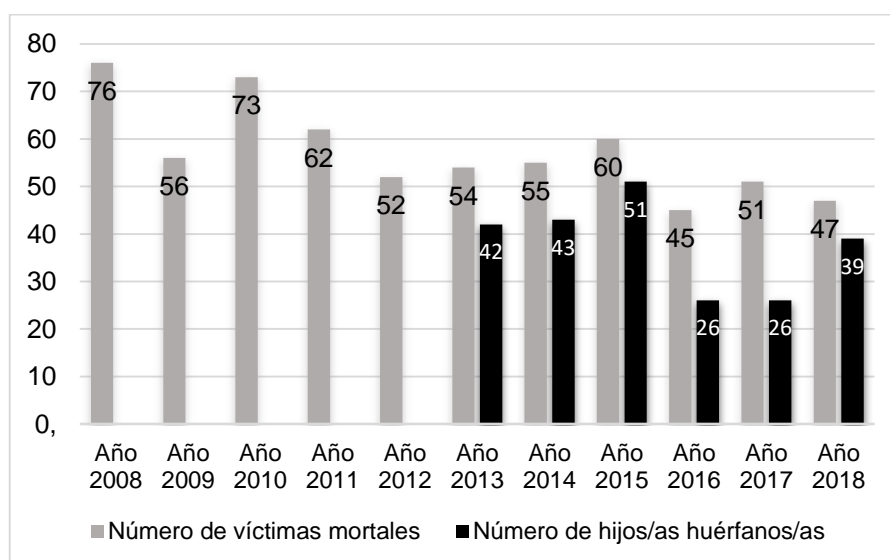


Figura 2.5. Número de víctimas mortales e hijos/as huérfanos/as por violencia de género.

Fuente: [Delegación del Gobierno para la Violencia de Género³⁸].

Repercusiones en la salud.

La VG, en cualquiera de sus manifestaciones, tiene siempre repercusiones en la salud física, emocional, sexual, reproductiva y social, que persisten incluso después de que la situación haya terminado¹⁷. En realidad, las mujeres víctimas de VG perciben que tienen peor salud, respecto a las mujeres que no han sufrido VG³⁷ y presentan una peor calidad de vida³⁹. En la tabla 2.2 se sintetizan algunas de las posibles repercusiones.

Tabla 2.2. Consecuencias de la violencia de género en la salud de las mujeres.

Fatales
<ul style="list-style-type: none">• Muerte: por homicidio, suicidio, lesiones fatales.
En la salud física
<ul style="list-style-type: none">• Lesiones: contusiones, traumatismos, heridas, quemaduras.• Deterioro funcional.• Síntomas físicos inespecíficos: cefaleas, algias.
En condiciones crónicas de salud
<ul style="list-style-type: none">• Dolor crónico.• Síndromes de intestino irritable, trastornos gastrointestinales.• Trastornos del sueño.• Discapacidades.
En la salud sexual y reproductiva
<ul style="list-style-type: none">• Pérdida de deseo sexual, dispareunia.• Trastornos menstruales.• Enfermedades de transmisión sexual, incluido virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).• Embarazos no planificados y abortos.
En la salud psíquica
<ul style="list-style-type: none">• Depresión, ansiedad.• Trastornos por estrés postraumático.• Trastornos de la conducta alimentaria.• Intento de suicidio, autolesiones.• Conductas de evasión: consumo de alcohol, drogas o psicofármacos.
En la salud social
<ul style="list-style-type: none">• Aislamiento social.• Absentismo laboral, pérdida de empleo.• Cambio de domicilio y/o ciudad forzado por la necesidad de protegerse.

Fuente: elaboración propia a partir de: [Ministerio de Sanidad y Consumo¹⁷, OMS³⁶, UNFPA y WAVE¹⁴].

Por otro lado, los hijos e hijas de las mujeres que están expuestas a la VG, son víctimas directas de la VG, siempre¹⁷. Tal es así, que la VG ejercida contra la madre, se considera una forma de maltrato infantil, puesto que pueden recibir violencia, son testigos y en ocasiones son utilizados por parte del agresor como instrumento para infligir daño a la mujer⁴⁰⁻⁴². En la tabla 2.3 se muestran una recopilación de algunos ejemplos de experiencias que pueden vivir los hijos e hijas en un contexto de VG y sus posibles repercusiones.

Tabla 2.3. Experiencias de los hijos e hijas de las mujeres que sufren violencia y repercusiones en su salud.

Experiencias	Repercusiones
<ul style="list-style-type: none"> • Observar a su madre mientras está siendo maltratada, amenazada o incluso asesinada. • Ser testigos de las consecuencias emocionales de la violencia en su madre: miedo, ansiedad, depresión. • Escuchar desde otra parte de la casa: golpes, gritos, amenazas. • Presenciar la desautorización de su madre como figura materna. • Sufrir amenazas, chantajes y manipulación. • Enfrentarse a la violencia: interponerse entre el agresor y su madre, con el riesgo de sufrir daños. • Presenciar la intervención de la policía: detención de su padre, juicios. • Enfrentarse a la experiencia de la pérdida de su madre, padre o ambos. 	<ul style="list-style-type: none"> • En la salud física: alteraciones del desarrollo; síntomas psicossomáticos (asma, alergias); alteraciones del sueño y de la alimentación (inapetencia, anorexia). • En la salud psíquica: trastorno de estrés postraumático, alteraciones emocionales (ira, depresión, baja autoestima); alteraciones cognitivas (retraso del desarrollo); alteraciones de la conducta (inmadurez, delincuencia, consumo de drogas). • En la salud social: escasas habilidades sociales, retraimiento, falta de empatía, agresividad (conductas agresivas de hijos varones hacia sus futuras parejas), mayor tolerancia a la violencia (hijas con mayor posibilidad de ser maltratadas).

Fuente: elaboración propia a partir de: [Generalitat de Catalunya²⁶, Ministerio de Sanidad y Consumo¹⁷, Servicio Murciano de Salud³⁰].

Las repercusiones de la VG se amplían al entorno relacional de la mujer y a los profesionales que trabajan con mujeres en contexto de VG. Respecto al entorno relacional como familiares, amistades o vecindario, con especial repercusión en personas dependientes de la mujer, pueden experimentar sentimiento de rabia e impotencia. También pueden producirse sentimientos de culpa en los familiares por mantener actitudes pasivas o haber aconsejado mantener la relación a pesar de la violencia¹⁷.

En cuanto a los/las profesionales, escuchar los relatos de las mujeres o de sus hijos/as produce sentimientos de dolor, tristeza, rabia, agresividad, impotencia, y puede afectar a la idea que tengan del mundo y las relaciones¹⁷. Al brindar atención, se es testigo indirecto de tragedias y traumatismos ajenos, lo que pueden tener consecuencias como la rememoración de propias experiencias violentas⁴³. Es el denominado por McCann y Pearlman en 1990⁴⁴ como “trauma vicario”: son “aquellos síntomas que padecen los/las profesionales que forman parte de equipos que trabajan con víctimas de violencia, derivado de que el/la profesional reproduce y vive los síntomas y sufrimiento de las víctimas”. O el “síndrome de burnout”, descrito por el psicoanalista Herbert Freudenberger en 1974⁴⁵ como “el proceso de pérdida de motivación e interés por los/las pacientes que se acompaña de fatiga, frustración, agotamiento físico, emocional, mental, etc., y que aparece ante la implicación emocional prolongada”.

2.1.5. Modelos explicativos de la permanencia de la mujer con el agresor.

Existen diferentes teorías o modelos psicológicos que intentan explicar la permanencia de la mujer en una relación de violencia, a continuación se expondrán los más extendidos. La permanencia con la pareja, puede estar basada en determinadas pautas de interacción, tales como el ciclo de la violencia²⁹ (ya descrito previamente) o la intermitencia entre el buen y el mal trato, descrito por Dutton y Painter en 1993⁴⁶. Dichas interacciones fomentarían un vínculo emocional que supondría una gran barrera para el abandono de la relación, puesto que el “castigo” administrado a intervalos intermitentes intercalados con contactos permisivos y amigables, fomentan el vínculo traumático^{3,47}. Brocker y Rubin en 1985⁴⁸ describen la “trampa psicológica” donde la mujer tiene la esperanza de que cese el maltrato y cree que, invirtiendo más esfuerzos y tiempo, puede reestablecer una relación de pareja armoniosa. Seligman en 1975⁴⁹ por su parte, describió la “teoría de indefensión aprendida” y Walker en 1979²⁹ continuó investigando en esta línea: la mujer aprende que no hay relación entre lo que haga y las consecuencias que obtiene, llegando a un estado de indefensión, en el cual la mujer no puede actuar y sigue “por inercia” en la relación⁵⁰. Pudiendo aparecer paralelamente un déficit en diferentes áreas: afectación motivacional (pasividad), afectación intelectual (empobrecimiento de la capacidad para la resolución de problemas) y trauma emocional (sentimiento creciente de indefensión, incompetencia, frustración y depresión)³.

Graham y Rawling en 1991⁵¹ describieron el Síndrome de Estocolmo, que en este contexto fue desarrollado por Montero en 2001⁵² como el “Síndrome de Estocolmo Doméstico”: “la mujer desarrolla el síndrome para proteger su propia integridad psicológica y recuperar la homeostasis fisiológica y conductual”. Está basado en la idea de que el síndrome es el producto de un tipo de estado disociativo que lleva a la mujer a negar la parte violenta del comportamiento del agresor, mientras desarrolla un vínculo con el lado que percibe más positivo³⁰. El “modelo transteórico del cambio” de Prochaska y DiClemente descrito en 1982⁵³ adaptado por Brown en 1997⁵⁴ al ámbito de la VG, ayuda a comprender mejor las circunstancias en las que se encuentra la mujer. Se centra en el análisis de las etapas del cambio por las que pasa la mujer para abandonar una relación de pareja violenta, siendo por tanto un modelo que lo aborda en positivo. Las diferentes etapas son las siguientes: precontemplación (se tiende a minimizar o negar el problema y sus consecuencias); contemplación (hay una gran ambivalencia y disonancia cognitiva entre el afecto y el maltrato que sufre); preparación (disminuye la ambivalencia, se tiene más conciencia del problema y aumentan los deseos de cambio); acción (se realizan cambios, se toman decisiones, se emprenden acciones legales, etc.), finalmente, mantenimiento y terminación⁵⁴. Sin embargo, en 2012 Mercado-Corona et al.⁵⁰ afirman que ninguna teoría o modelo explica totalmente por qué las mujeres permanecen en una relación violenta, por lo que, para intentar aclararlo, integra teorías o modelos de factores múltiples, el denominado “modelo ecológico de factores múltiples”. El modelo ecológico incluye: las barreras externas, como la falta de redes sociales, familiares y/o institucionales, la presencia de hijos/as y la dependencia económica del agresor; y barreras internas, tales como la normalización de la violencia, sostenida por la sociedad patriarcal y/o historia personal infantil de violencia, la dependencia emocional y el amor hacia el agresor, el ideal de familia, el miedo a represalias o a perder la custodia de los hijos/as, y la vergüenza^{55,56}.

2.2. La violencia de género durante el embarazo.

Los perfiles de víctimas y agresores varían y no puede establecerse una tipología, pero cabe recordar que hay colectivos de mujeres especialmente vulnerables y que quedaron establecidos en el “Pacto de Estado contra la Violencia de Género” (2018-2022)⁵⁷, y en el “Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género” del 2012¹⁷: “las mujeres mayores, migrantes, con cualquier tipo de discapacidad, de minorías étnicas, que residan en el ámbito rural o las mujeres embarazadas”. Florencia Luna⁵⁸ afirma que se debe entender la vulnerabilidad desde la idea de “capas de vulnerabilidad”, en lugar de analizarla en términos de subpoblaciones. La metáfora de las capas ofrece la idea de flexibilidad, relación entre ellas y dinamismo, es decir no hay una “sólida y única vulnerabilidad” que agote la categoría, puede haber diferentes capas operando simultáneamente.

El embarazo es un momento en el que pueden aparecer cambios en la relación de pareja y, en algunos casos, situaciones complejas y reacciones violentas. Uno de los posibles factores que puede desencadenar la violencia puede ser el aumento del estrés que siente la pareja, especialmente cuando el nacimiento es inminente. Este estrés puede manifestarse en algunos hombres, como una frustración que se podría orientar contra la madre y el feto⁵⁹. De hecho, si se produce violencia física durante el embarazo, en muchas ocasiones los golpes se dirigen hacia el abdomen, lo cual es especialmente preocupante, ya que puede causar algunos de los resultados negativos de salud reproductiva que se describirán posteriormente⁶⁰. Según algunas autoras, ello indica la ira hacia el feto⁶¹. Otras, sin embargo, aluden a los celos como el principal desencadenante de la violencia^{62,63} que durante el embarazo puede derivar en acusación de infidelidad y dudas sobre la paternidad⁶⁴. También la preocupación de la mujer por su bebé y su menor disponibilidad física y emocional durante el embarazo, pueden limitar su capacidad para desempeñar los roles “esperados” de ama de casa, lo que puede llevar a un aumento de la violencia⁶⁴. Algunos trabajos concluyen que las mujeres tienen más riesgo de sufrir VG durante el embarazo^{1,65,66}, que se convierte en más grave cuando ya existía previamente⁶⁷ o incluso, que durante el embarazo aumente el riesgo de homicidio^{68,69}. Sin embargo, la OMS en 2011⁶⁰, afirma que existen pruebas contradictorias sobre si la VG aumenta o disminuye durante el embarazo, pero lo que las investigaciones sí muestran claramente es que el embarazo no previene la VG, siendo que la mujer sufra VG antes del embarazo el factor de riesgo más importante para predecir la VG durante el mismo^{1,70}.

A su vez, el embarazo añade dificultad para separarse de la pareja, por la sobrecarga emocional de la mujer durante la gestación y porque implica romper el “ideal de la familia”^{17,71}.

2.2.1. Magnitud de la violencia de género durante el embarazo.

Prevalencia.

El estudio multinacional de la OMS de 2005¹³ sobre la salud de la mujer y la violencia doméstica contra mujeres (el cual diferencia en los países entre ciudad y provincia), reveló que la prevalencia de la violencia física durante el embarazo oscila entre el 1% en la ciudad de Japón y el 28% en Perú provincia, con la mayoría de los lugares entre un 4% y un 12%. De existir violencia física, los golpes se dirigen hacia el abdomen entre el 23% y el 52% de los casos¹³ (Figura 2.6). Los resultados de un meta-análisis del 2013¹ a nivel mundial muestran que la prevalencia de abuso emocional, abuso físico y abuso sexual durante el embarazo es del 28.4%, 13.8% y 8.0%, respectivamente y orienta hacia una mayor proporción de víctimas en países en desarrollo (25.3%) que en países desarrollados (16%). En China, otro meta-análisis del 2017⁷⁰ reveló una prevalencia de VG durante el embarazo del 7.7%. Según Shamu et al.⁷² tras realizar una revisión sistemática en 2011, concluyeron que en África la prevalencia de VG durante el embarazo oscila entre el 2% y el 57%, con una prevalencia general del 15.23%. A nivel de España, un trabajo del 2004⁷³, indica una prevalencia del 13.5% de en la población estudiada. Otro estudio publicado en 2014 por Velasco et al.⁷⁴ revela una prevalencia de entre el 7.7 y el 21.3% (sumando violencia psicológica, física y sexual), dependiendo de cuál sea el instrumento de evaluación). Sin embargo, es probable que estas tasas de prevalencia se subestimen ya que muchas mujeres prefieren mantener su historia de violencia en silencio debido al estigma, la vergüenza y el temor a represalias⁷⁵.

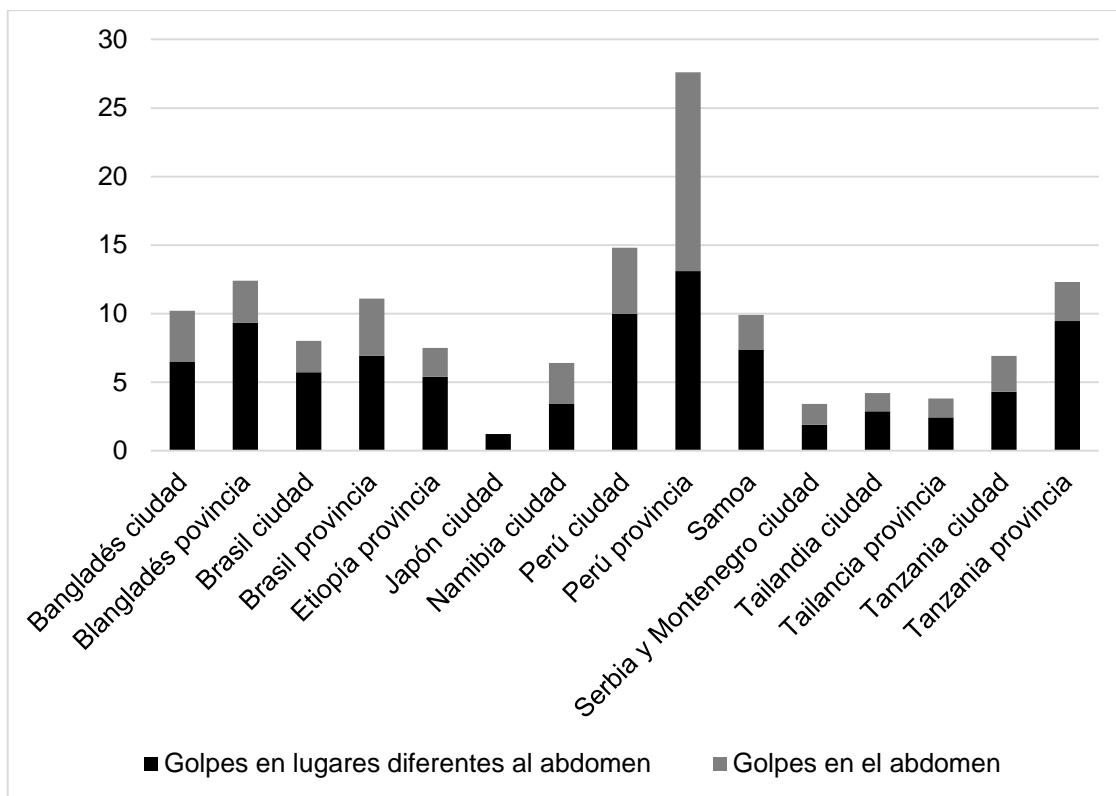


Figura 2.6. Prevalencia (%) de violencia de género física durante el embarazo.
Fuente: [OMS¹³].

Repercusiones en la salud.

La VG durante el embarazo está asociada con repercusiones en la salud para la mujer embarazada y su hijo/a debido al trauma directo de la violencia sobre el cuerpo de una mujer, especialmente si se produce sobre el abdomen, así como debido a los efectos del estrés. La OMS en su documento “Intimate partner violence during pregnancy” de 2011⁶⁰, clasifica las repercusiones adversas de la VG durante el embarazo en fatales y no fatales. A continuación se detallan:

Repercusiones fatales.

Como repercusiones fatales de la VG durante el embarazo, se encontrarían las que tienen como resultado la muerte, tales como el homicidio⁷⁶, el suicidio^{30,77}, muerte materna por complicaciones del embarazo, parto o puerperio⁷⁸, el aborto, muerte fetal o la muerte perinatal^{79- 83}.

La “coerción reproductiva” definida por Miller y Silverman en 2012⁸⁴, puede conllevar la interrupción voluntaria del embarazo (IVE)^a por petición de la mujer^{85,86}, pero también que la mujer sea obligada por parte de su pareja a realizar un IVE, lo cual es más frecuente si el feto es femenino (los generocidios, que incluyen la selección del sexo prenatal y el infanticidio femenino, están llevando a distorsiones flagrantes entre la proporción de hombres y mujeres en países como China, India, Vietnam y varios países del Este de Europa)⁶¹. La “coerción reproductiva” es el comportamiento utilizado por la pareja para presionar o coaccionar a una mujer para que se quede embarazada, o continuar o terminar un embarazo en contra de su voluntad, mediante el uso de manipulación, intimidación, amenazas y/o actos reales de violencia. Incluye una amplia gama de comportamientos incluida la esterilización forzada o, por el contrario, la promoción del embarazo a través de conductas que abarcan la presión verbal, las relaciones sexuales forzadas, la manipulación del preservativo, actos de sabotaje del método anticonceptivo (por ejemplo, quitar un anillo vaginal o control de las píldoras) o no permitir que las mujeres busquen asesoramiento sanitario para usar anticoncepción^{84,87,88}. Puede existir por ello, un mayor uso de la anticoncepción de emergencia entre las mujeres que se encuentran en una situación de violencia⁸⁹. Una vez que la mujer está embarazada, las parejas pueden adoptar comportamientos para controlar los resultados del embarazo, incluidos actos violentos para intentar inducir el aborto y la coacción para continuar o interrumpirlo^{84,88}. Debido a ello, existe una asociación entre embarazo no deseado (o no planificado) y VG⁹⁰⁻⁹³. Las mujeres que tienen embarazos no deseados son hasta tres veces más propensas a estar en una situación de violencia que las mujeres que tienen una gestación planificada⁹⁴. Algunas de las mujeres que se encuentran en una situación de violencia y se quedan embarazadas optarán por un IVE, para no exponer a su hijo o hija a una situación familiar de violencia o porque creen que tener un hijo/a va a atarlas aún más a su pareja⁹⁵. Según un meta-análisis publicado en 2014⁹⁶ a nivel mundial, la prevalencia de violencia física, sexual y psicológica entre las mujeres que solicitan una IVE es del 24.9%. Conjuntamente, también se observó una relación con el número de IVE, es decir, las mujeres que sufrían VG eran más propensas a tener una historia de múltiples IVE.

^a En la presente tesis, se utilizará el concepto interrupción voluntaria del embarazo (IVE), para referirse a la interrupción del embarazo por petición de la mujer, sin que exista una causa médica.

No debemos perder de vista las repercusiones en la salud de las mujeres que pueden tener los abortos “no seguros”, especialmente en aquellos países en los cuales es punible¹⁵. A diferencia de España, donde se puede interrumpir el embarazo, según la “Ley Orgánica 2/2010 de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo”⁹⁷, dentro de las primeras catorce semanas de gestación a petición de la embarazada, siempre que concurren los requisitos siguientes: que se haya informado a la mujer embarazada sobre los derechos, prestaciones y ayudas públicas de apoyo a la maternidad y que haya transcurrido un plazo de al menos tres días, desde la información mencionada y la realización de la intervención.

Repercusiones no fatales.

La VG durante el embarazo se asocia con una serie de conductas de salud adversas durante el mismo, que incluyen por ejemplo el tabaquismo⁶⁰. Las mujeres que están expuestas a la VG tienen tasas de tabaquismo significativamente más altas antes del embarazo y tienen menos probabilidades de dejar de fumar durante el mismo que las mujeres que no están expuestas a la violencia⁹⁸. Se asocia también con abuso de alcohol y otras sustancias; y con demora en la solicitud de atención prenatal^{78,80,99-101}. Las posibles explicaciones son que las mujeres fuman, beben o toman drogas como conductas de evasión para lidiar con el estrés, la vergüenza y el sufrimiento causado por la violencia⁶⁰. Respecto a la demora en la atención prenatal, puede deberse a que la pareja evita que la mujer salga de casa, o a que la propia mujer falta a las visitas porque presenta lesiones o porque tiene depresión, ansiedad o estrés a causa de la violencia, lo cual puede condicionarla para no solicitar debidamente asistencia prenatal^{60,102}.

Respecto al curso del embarazo, las investigaciones realizadas demuestran que las mujeres que revelan VG, tienen mayor prevalencia de complicaciones tales como hemorragias⁸¹ (fundamentalmente por desprendimiento prematuro de placenta^{103,104}), infecciones de transmisión sexual^{66,105,106}, retraso del crecimiento intrauterino^{81,82,107} y trabajo de parto prematuro^{82,99,107-109}. Lo que puede conducir a bajo peso al nacer^{78,107,110} y otras complicaciones que implican ingresos en unidades de cuidados intensivos neonatales¹¹¹. Conjuntamente, la VG durante el embarazo, se asocia con alteraciones de desarrollo infantil tales como comportamientos violentos en la infancia, ansiedad, depresión, mal rendimiento escolar o poca autoestima¹¹². Se encontró mayor nivel de cortisol (relacionado con el estrés) en los niños/as expuestos a VG cuando su madre estaba embarazada, lo cual se atribuye a los efectos a largo plazo^{64,113}.

Un estudio longitudinal muestra que el estrés prenatal materno predice los problemas conductuales y emocionales de los niños/as hasta cuatro años más tarde, y que el mecanismo subyacente incluye el efecto del estado de ánimo materno en el desarrollo cerebral del feto, que afecta el desarrollo madurativo del niño/a¹¹⁴.

Respecto al parto, además de partos prematuros, también se ha encontrado asociación entre VG y otras complicaciones tales como mayor número de cesáreas^{103,115-117}, especialmente cuando la mujer sufre o ha sufrido episodios de violencia sexual¹¹⁸.

En cuanto al puerperio, la VG también se relaciona con el cese más precoz de lactancia materna¹¹⁹⁻¹²¹, falta de apego con el/la recién nacido/a^{60,122} (incluso más casos de abandono infantil¹²³) y mayor prevalencia de depresión puerperal^{109,124,125}.

2.3. El sistema sanitario ante la violencia de género.

2.3.1. Legislación en el contexto de la violencia de género y su implicación en el ámbito sanitario.

Ámbito europeo.

- El “Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica” de Estambul de 2011¹⁶, se fundamenta en las siguiente líneas de actuación: prevenir la violencia, proteger a las víctimas y entablar acciones judiciales contra los agresores; sensibilizar y hacer un llamamiento a toda la sociedad, especialmente a los hombres y niños, para que cambien de actitud y rompan con una cultura de tolerancia y negación que perpetúa la desigualdad de género y la violencia que la causa; destacar la importancia de una actuación coordinada de todos los organismos y servicios oficiales pertinentes y la sociedad civil; y la recogida de datos estadísticos y de investigación sobre todas las formas de violencia contra la mujer. Incluyen entre otras, la violencia por parte de la pareja, el acoso sexual, la violación, el matrimonio forzado, los crímenes cometidos supuestamente en nombre del “honor” o las mutilaciones genitales. En su artículo 20, alude a la obligación de tomar las medidas necesarias para que “las víctimas tengan acceso a servicios de salud y servicios sociales”, que “los servicios dispongan de recursos adecuados” y que “los profesionales estén formados para proporcionar una asistencia a las víctimas y orientarlas hacia servicios adecuados” (uno de los temas que se aborda en capítulos posteriores de esta tesis).

Ámbito estatal.

- La Ley Orgánica 11/2003, de 29 de septiembre, de medidas concretas en materia de seguridad ciudadana, violencia doméstica e integración social de los extranjeros¹²⁶, se sustenta en un conjunto de medidas legislativas dirigidas a fortalecer la seguridad ciudadana, combatir la violencia doméstica y favorecer la integración social de los extranjero. Entre sus concreciones incluye la mutilación genital femenina.

- La Ley 27/2003, de 31 de julio, reguladora de la Orden de protección de las víctimas de la violencia doméstica¹²⁷, recoge acciones coordinadas que aúnen tanto las medidas cautelares penales sobre el agresor, esto es, aquellas orientadas a impedir la realización de nuevos actos violentos, como las medidas protectoras de índole civil y social, que eviten el desamparo de las víctimas de la violencia doméstica y den respuesta a su situación de especial vulnerabilidad. Indica que la orden de protección “será notificada a las partes, y comunicada por el juez inmediatamente, mediante testimonio íntegro, a la víctima y a las Administraciones públicas competentes para la adopción de medidas de protección, sean éstas de seguridad o de asistencia social, jurídica, sanitaria, psicológica o de cualquier otra índole”.
- La Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género²⁰, se plantea como objetivos: actuar contra la violencia de los hombres hacia las mujeres; y prevenir, sancionar y erradicar esta violencia, así como prestar asistencia a sus víctimas. Incluye maltrato en el seno de las relaciones de pareja, agresión sexual en la vida social y acoso en el medio laboral. En su Título I, Capítulo III, el cual es específico del ámbito sanitario, indica que “las Administraciones Sanitarias (...) promoverán e impulsarán actuaciones de los profesionales sanitarios para la detección precoz de la violencia de género y propondrán las medidas que estimen necesarias a fin de optimizar la contribución del sector sanitario en la lucha contra este tipo de violencia”, se fomentará la formación de los profesionales y en “los Planes Nacionales de Salud que procedan, se contemplará un apartado de prevención e intervención integral en violencia de género”.
- En la ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres¹²⁸, la mayor novedad radica, con todo, en la prevención de conductas discriminatorias y en la previsión de políticas activas para hacer efectivo el principio de igualdad.

En su Artículo 27: “integración del principio de igualdad en la política de salud”, indica que “las Administraciones Públicas, a través de sus Servicios de Salud y de los órganos competentes en cada caso, desarrollarán, de acuerdo con el principio de igualdad de oportunidades, las siguientes actuaciones: “(...) las acciones de educación sanitaria, de iniciativas destinadas a favorecer la promoción específica de la salud de las mujeres (...); el fomento de la investigación de la diferencias entre mujeres y hombres en relación a la protección de la salud (...); la consideración, dentro de la protección, promoción y mejora de la salud laboral, del acoso sexual y el acoso por razón de sexo; la integración del principio de igualdad en la formación del personal al servicio de las organizaciones sanitarias, garantizando en especial su capacidad para detectar y atender las situaciones de violencia de género; la presencia equilibrada de mujeres y hombres en los puestos directivos y de responsabilidad profesional del conjunto del Sistema Nacional de Salud; la obtención y el tratamiento desagregados por sexo, siempre que sea posible, de los datos contenidos en registros, encuestas, estadísticas u otros sistemas de información médica y sanitaria”.

- La Ley 4/2015, de 27 de abril, del Estatuto de la víctima del delito¹²⁹, incluye medidas reparadoras del daño y minimizadoras de sus efectos, y contempla a los hijos/as como víctimas de la VG o doméstica. Alude a que las víctimas tienen derecho a la información desde el primer contacto con las autoridades competentes, a conocer “las medidas de asistencia y apoyo disponibles, sean médicas, psicológicas o materiales, y el procedimiento para obtenerlas”.

Ámbito autonómico (Cataluña).

- La Ley 5/2008, de 24 de abril, del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista²², tiene el objetivo de enmarcar normativamente la transversalidad de la perspectiva de género en todos los ámbitos y contribuir a hacer posible el ejercicio de una democracia plena. Se refiere a la violencia hacia las mujeres ya sea en el ámbito de la pareja, familiar, laboral, social o comunitario. En su Artículo 32: “contenido del derecho a la atención y la asistencia sanitarias específicas”, indica que “las mujeres que sufren cualquier forma de violencia machista tienen derecho a una atención y una asistencia sanitaria especializada”.

En esta línea, indica que “el Gobierno, mediante la Red Hospitalaria de Utilización Pública, debe garantizar la aplicación de un protocolo de atención y asistencia en todas las manifestaciones de la violencia machista, en los diferentes niveles y servicios”; también “debe garantizar que el personal profesional sanitario tenga la formación específica adecuada” y “debe promover la adopción, por parte de los servicios de salud concertados y privados, de un protocolo de atención y asistencia respecto a todas las manifestaciones de violencia machista”. Además indica en su Artículo 11, que “todas las personas profesionales, especialmente profesionales de la salud, los servicios sociales y la educación, deben intervenir obligatoriamente cuando tengan conocimiento de una situación de riesgo o de una evidencia fundamentada de violencia machista, de acuerdo con los protocolos específicos y en coordinación con los servicios de la Red de Atención y Recuperación Integral”.

- La Ley 17/2015, de 21 de julio, de igualdad efectiva de mujeres y hombres¹³⁰, establece y regula los mecanismos y recursos para hacer efectivo el derecho a la igualdad y a la no discriminación por razón de sexo en todos los ámbitos, etapas y circunstancias de la vida. En su Artículo 48: “políticas de salud y servicios”, entre otros, indica explícitamente que “las administraciones públicas de Cataluña competentes en materia sanitaria, en el ámbito de sus respectivas competencias, deben tomar las medidas necesarias para (...) garantizar una detección precoz de las situaciones de violencia machista como fenómeno que afecta en gran medida a la salud de las mujeres”, entre las que se incluye la formación del personal sanitario.

2.3.2. La detección y el abordaje de la violencia de género desde los servicios sanitarios.

Desde los servicios sanitarios se puede desempeñar un papel crucial para ayudar a las mujeres que sufren VG ya que la mayoría entra en contacto con ellos en algún momento de su vida: consultas a demanda y preventivas, seguimiento del embarazo, asistencia al parto, cuidado médico de los hijos e hijas, cuidado de las personas mayores, etc. Además, las mujeres expuestas a cualquier forma de VG acudirán con mayor frecuencia a los servicios sanitarios, en particular a atención primaria (AP), urgencias, obstetricia y ginecología, y salud mental^{17,131}.

Se estima que de las mujeres que acuden a los servicios de salud comunitaria y de urgencias, entre el 38% y el 40% sufren o han sufrido VG. El motivo por el cual consultan no siempre es una lesión directa de la agresión, sino que suele ser una manifestación encubierta¹³², identificándose una minoría de los casos¹³³. Los servicios sanitarios cuentan con profesionales de diferentes disciplinas (Enfermería, Medicina, Trabajo Social, Psicología, Matronas, Fisioterapia, etc.) para coadyuvar en el diagnóstico y tratamiento de las diversas problemáticas a las que procura dar respuesta el sistema sanitario, haciendo posible de esta forma intervenir desde un Modelo de Atención Integral a la Salud¹⁷. Paralelamente, las mujeres indican que son los/las profesionales de la salud en quienes más confiarían para revelar situaciones de violencia¹³⁴. La OMS, en su informe “Violencia contra las mujeres: Un tema de salud prioritario” publicado en 1998¹³⁵, recomienda al personal sanitario que “no tenga miedo de preguntar. Contrariamente a la creencia popular, la mayoría de las mujeres están dispuestas a revelar el maltrato cuando se les pregunta de forma directa y no valorativa. En realidad, muchas están esperando silenciosamente que alguien les pregunte”.

A nivel estatal, disponemos del “Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género” del 2012¹⁷, el cual concede una gran importancia a la prevención de la VG desde el sistema sanitario a través de actuaciones en el ámbito de la sensibilización y formación de profesionales, y de atención a la salud integral de las mujeres, lo que incluye actuaciones de salud comunitaria y educación para la salud. El mismo protocolo indica planes de actuación para la asistencia a las mujeres y sus familias que se encuentran en contexto de VG, según la situación de la mujer: cuando presenta indicadores de sospecha, pero no reconoce sufrir malos tratos; cuando reconoce sufrir malos tratos, pero no se encuentra en peligro extremo; o cuando reconoce sufrir malos tratos y se encuentra en peligro extremo. Según las directrices de la OMS para la práctica clínica en “Respuesta a la violencia de pareja y a la violencia sexual contra las mujeres” del 2014¹³⁶: el personal sanitario puede brindar atención a las mujeres que revelen su situación, ofrecerles apoyo y derivación a otros servicios, recoger pruebas forenses (en particular en los casos de violencia sexual) o prestar los servicios médicos y el seguimiento apropiados. Paralelamente se alude a que “los profesionales de la salud deberán estar debidamente capacitados sobre la manera adecuada de formular las preguntas, así como de responder a lo que revelan las mujeres expuestas a la violencia”, cumpliendo unos requisitos mínimos: “disponer de un protocolo o un procedimiento normalizado de trabajo, capacitación de los/las profesionales, privacidad del entorno, confidencialidad y disponer de un sistema de derivación implantado”.

Una condición mínima para que los/las profesionales puedan preguntar a las mujeres acerca de su posible exposición a la violencia, es que el hecho de hacer estas preguntas no implique un riesgo, por ejemplo, que su pareja no esté presente cuando se hacen las preguntas, conjuntamente con conocer los recursos disponibles a los que se puede remitir a las mujeres. Cabe destacar que según las mencionadas directrices de la OMS, la información acerca de la exposición a la violencia se debe registrar siempre en la historia clínica. Puede suceder que las mujeres no quieran que la información quede registrada por temor a que su pareja se entere. Las preferencias de las mujeres deben equilibrarse con la necesidad de obtener suficientes pruebas forenses en caso de que la mujer decida iniciar una querrela judicial¹³⁶. En España, “el personal sanitario tiene la obligación legal de poner en conocimiento de la autoridad si tienen noticia de algún delito público o la sospecha de mismo”, recogándose en la Ley de Enjuiciamiento Criminal de 1882¹³⁷, en sus artículos 262 y en el Real Decreto 1030/2006¹³⁸ en su Anexo II, apartado 6.6.3, donde se establece la Cartera de Servicios Comunes del Sistema Nacional de Salud. El dilema surge cuando la mujer solicita que no se denuncie su situación, puesto que se debe considerar el reconocimiento a su autonomía, también amparada por la Ley de Autonomía del Paciente del 2002¹³⁹, que recoge la necesidad del previo consentimiento del paciente para las actuaciones sanitarias y el derecho a la intimidad y confidencialidad entre otros. En relación a este aspecto, la OMS no recomienda la notificación obligatoria de la violencia de pareja a la policía por parte de los proveedores de servicios de salud¹³⁶. De hecho, en su documento “Prevención de la violencia: la evidencia” del 2013¹⁴⁰ formula: “aunque los sistemas de notificación obligatoria funcionan en muchos países, hay pocos datos probatorios de su eficacia para prevenir cualquier forma de violencia. Los partidarios creen que sirve para aumentar la seguridad de las víctimas y mejorar la respuesta de los servicios de asistencia sanitaria a este tipo de violencia y para la recopilación de datos, los detractores creen que aumenta el riesgo de maltrato y disuade a las mujeres de acudir a estos servicios”. Si bien los preceptos legales prevalecen, lo correcto legalmente no es necesariamente lo moralmente correcto cuando contextualizamos a cada uno de los casos de forma individual, sopesando riesgos y beneficios³⁰. Sin duda, tomar una decisión en estas circunstancias supone un conflicto ético para el personal sanitario¹⁴¹. De hecho, en una encuesta realizada en España a 347 médicos de AP, una de las dificultades más señaladas en la actuación ante las mujeres víctimas de VG era “los problemas éticos si la mujer no quiere denunciar”, junto con “el miedo a perjudicar a la paciente con la actuación que se desarrolle”. En esta misma encuesta, aparecía también como dificultades en la detección que “la víctima no quiera reconocer el maltrato”, “los obstáculos idiomáticos o culturales” y “la falta de tiempo”²⁷.

Llegado el momento de tener que notificar al juzgado un caso de VG, lo más oportuno sería contar con el consentimiento de la mujer. En cualquier caso, siempre se le ha de informar previamente y asegurar que tiene preparado un plan de huida y protección, ya que la notificación tiene como objetivo proteger su vida y su salud, y forma parte del proceso de trabajo con la mujer³⁰. En relación a este punto, la Guía de “Práctica Clínica de Actuación en salud mental con mujeres maltratadas por su pareja” del Servicio Murciano de Salud del 2011³⁰ manifiesta: “existe un acuerdo generalizado entre el personal sanitario en iniciar el procedimiento legal cuando exista peligro vital o extremo para ella o para sus hijos e hijas y, en el resto de los casos, cuando la mujer esté preparada para afrontar las consecuencias del mismo. De lo contrario se podría aumentar el riesgo de rechazo y pérdida de confianza o de ruptura de la relación profesional sanitario-paciente, llegando incluso a incrementar el riesgo de agresión, homicidio o suicidio”.

2.3.3. La detección y el abordaje de la violencia de género durante el embarazo.

Las actuaciones sanitarias durante el periodo de embarazo se convierten en un momento favorable para la detección y la prevención de la VG. El seguimiento del embarazo posibilita el contacto y la relación con las mujeres. El personal de obstetricia puede observar cualquier signo de alarma que la mujer presente, no debiendo dudar en indagar acerca de tal situación¹⁷. Con “signos de alarma”, se hace referencia a los indicadores de ayuda en la detección de situaciones de violencia, signos y síntomas que pueden hacer considerar que una mujer sufre VG. Es importante que el personal sanitario los conozca y mantenga una actitud de alerta para identificarlos¹⁷. En la tabla 2.4 se presenta una síntesis de algunos ejemplos de los mismos, según antecedentes y características de la mujer, e indicadores que pueden ser detectados durante la consulta.

Tabla 2.4. Indicadores de ayuda en la detección de situaciones de violencia.

Antecedentes y características de la mujer		
Antecedentes de violencia	Antecedentes personales y de hábitos de vida	Aspectos sociales
<ul style="list-style-type: none"> • Relaciones violentas con parejas anteriores. • Haber sufrido o presenciado malos tratos en la infancia, abusos y/o agresiones sexuales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Lesiones frecuentes. • Otros problemas de salud frecuentes: dolores, trastornos del sueño y la alimentación. • Abuso de alcohol, psicofármacos u otras drogas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aislamiento, escasas relaciones y actividades. • Bajas laborales. • Situaciones de riesgo de exclusión social: prisión, prostitución, pobreza, infección por el VIH, discapacidades, migración.
Síntomas psicológicos	Síntomas físicos frecuentes	Utilización de servicios sanitarios
<ul style="list-style-type: none"> • Insomnio. • Depresión. • Ansiedad. • Trastorno de estrés postraumático. • Intentos de suicidio. • Baja autoestima. • Agotamiento psíquico. • Irritabilidad. • Trastornos de la conducta alimentaria. • Labilidad emocional. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cefalea. • Dolor crónico en general. • Mareos. • Molestias gastro-intestinales: diarrea, estreñimiento, dispepsia, vómitos, dolor abdominal. • Molestias pélvicas. • Dificultades respiratorias. 	<ul style="list-style-type: none"> • Existencia de períodos de hiper-frecuentación y otros de largas ausencias. • Incumplimiento de citas o tratamientos. • Uso repetitivo de los servicios de urgencias. • Frecuentes hospitalizaciones. • Acudir con la pareja cuando antes no lo hacía.
Durante la consulta		
Características de las lesiones	Actitud de la mujer	Actitud de la pareja
<ul style="list-style-type: none"> • Retraso en la demanda de asistencia. • Incongruencia entre el tipo de lesión y la explicación de la causa. • Hematomas o contusiones en zonas sospechosas: cara/cabeza, brazos, genitales. • Lesiones por defensa: en antebrazos y región dorsal. • Lesiones en diferentes estadios de curación. • Lesión típica: rotura de tímpano. 	<ul style="list-style-type: none"> • Temerosa, evasiva, incómoda, nerviosa. • Rasgos depresivos. • Autoestima baja. • Sentimientos de culpa. • Estado de ansiedad o angustia, irritabilidad. • Sentimientos de vergüenza. • Vestimenta que oculta lesiones. • Falta de cuidado personal • Justifica o resta importancia a las lesiones. • Si está presente su pareja: temerosa en las respuestas o busca constantemente su aprobación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Solicita estar presente en toda la visita. • Muy controlador, siempre contesta él o, por el contrario, despreocupado, despectivo o intentando banalizar los hechos. • Excesivamente preocupado o solícito con ella. • A veces colérico u hostil con ella y/o con el profesional.

Fuente: elaboración propia a partir de: [Generalitat de Catalunya²⁶, Generalitat de Catalunya⁵⁹, Ministerio de Sanidad y Consumo¹⁷, UNFPA y WAVE¹⁴].

Tabla 2.4. Indicadores de ayuda en la detección de situaciones de violencia (continuación).

Salud sexual y reproductiva		
Antecedentes gineco-obstétricos	Durante el embarazo	Durante el puerperio
<ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de control de la fertilidad: embarazos no deseados o no aceptados. • Antecedentes: abortos de repetición, bajo peso al nacer, sufrimiento fetal. • Dispareunia, dolor pélvico, infecciones ginecológicas de repetición, anorgasmia, dismenorrea. • Infecciones de transmisión sexual. 	<ul style="list-style-type: none"> • Inicio tardío de las visitas de seguimiento prenatal. • Consulta frecuente por disminución de la percepción de movimientos fetales. • Lesiones en zona abdominal, genitales o mamas. • Embarazo en la adolescencia. • Poco o ningún interés en asistir a las clases de preparación al nacimiento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Desgarros y dehiscencia de la episiotomía. • Mala o lenta recuperación post parto. • Petición de anticoncepción lo antes posible por presión de la pareja a reiniciar relaciones sexuales. • Hipogalactia y fracaso de la lactancia materna. • Depresión post parto que no remite, con ansiedad en la relación madre-bebé. • Retraso en la visita neonatal.

Fuente: elaboración propia a partir de: [Generalitat de Catalunya²⁶, Generalitat de Catalunya⁵⁹, Ministerio de Sanidad y Consumo¹⁷, UNFPA y WAVE¹⁴].

La indagación sistemática o cribado universal sobre VG desde los servicios de salud ha sido motivo de controversia. Aunque hay literatura que lo apoya^{142,143}, una revisión Cochrane de 2014¹⁴⁴ concluye que no hay suficiente evidencia científica para recomendar el cribado universal desde los servicios de salud. En relación a este aspecto, el documento de la OMS “Prevención de la violencia: la evidencia” del 2013¹⁴⁰, muestra que los estudios revelan que el cribado universal puede ser eficaz al facilitar el descubrimiento de la violencia en la relación de pareja y de este modo aumentar el número de víctimas identificadas, pero que faltan datos sobre su continuidad o eficacia para ayudar a reducir la violencia. Sin embargo, según las directrices de la OMS para la práctica clínica en “Respuesta a la violencia de pareja y a la violencia sexual contras las mujeres” del 2014¹³⁶, en caso de que la mujer presente un trastorno mental, seropositividad al VIH o esté embarazada, se recomienda una indagación sistemática por su mayor vulnerabilidad. Conjuntamente, en 2017 el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos⁷⁷ y la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia¹⁴⁵ se ha pronunciado a favor de la indagación sistemática durante el seguimiento del embarazo y puerperio. Puesto que, según la OMS¹³⁶, las preguntas sistemáticas durante las consultas prenatales, pueden dar mejores resultados para la salud de la mujer y ofrecen la posibilidad de seguimiento durante la atención prenatal.

Asimismo, según la literatura, las mujeres embarazadas en entornos prenatales es más probable que revelen la VG¹⁴⁴ y valoran de forma positiva que se les pregunte sobre VG^{146,147}. Siempre se debe indagar sobre VG de una forma segura para la mujer, es decir de forma privada y asegurando la confidencialidad. No se debe preguntar en presencia de un familiar, amigos o niños de más de dos años, ni por supuesto en presencia de su pareja¹⁴. Respecto a la forma de preguntar, el “Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género” del Ministerio de Sanidad y Consumo del 2012¹⁷ muestra algunos ejemplos de preguntas abiertas, tales como “Durante el embarazo a veces, se agudizan los problemas o conflictos de pareja ¿se encuentra usted en esta situación?, ¿cómo vive su pareja el embarazo?, ¿se siente apoyada por él?”. También se han desarrollado diversos instrumentos para los servicios de urgencias, los servicios prenatales, los centros de salud mental, y otros, con el fin, en general, de identificar a las víctimas de la violencia en la relación de pareja. Los instrumentos constan normalmente de una serie de preguntas acerca de las relaciones habituales de una pareja y sus experiencias en relación con la violencia física, sexual y psicológica¹⁴⁰. Se pueden clasificar de la siguiente manera: instrumentos de cribado: tienen como objetivo la detección de casos probables, son breves y rápidos (10 ítems o menos); instrumentos de evaluación: realizan una exhaustiva valoración y son más extensos que los de cribado¹⁴⁸; instrumentos de riesgo de VG: se dirigen a detectar el riesgo de violencia contra la pareja o expareja; son aplicados, por regla general, en contextos judiciales y penales¹⁴⁹.

Los datos indican que la indagación sistemática por los/las profesionales de la salud, a través de instrumentos, puede ser eficaz al facilitar el descubrimiento de la VG¹⁴⁰. Por ejemplo, un estudio en un servicio de urgencias canadiense comparó la utilización de un instrumento de cribado de cinco preguntas sobre la VG, con respecto a la atención habitual de urgencias y encontró que el instrumento aumentaba el porcentaje de detección desde 0.4% a 14%¹⁵⁰. Durante el embarazo la detección puede aumentar hasta en cuatro veces con el uso sistemático de instrumentos de detección¹⁴⁴. Como es indiscutible, las ventajas de los instrumentos solo pueden obtenerse si éstos se complementan con protocolos que incorporen la identificación y el apoyo a las víctimas en la práctica habitual^{140,151}. En Cataluña, se dispone de un protocolo específico de actuación ante la VG durante el embarazo el “Protocolo para el abordaje de la violencia machista en el ámbito de la salud en Cataluña. Documento operativo de embarazo” del 2010⁵⁹, el cual también recomienda el cribado universal.

Aunque sigue habiendo una falta de consenso con respecto a qué instrumento de detección puede ser el más efectivo⁷⁷, algunos protocolos de seguimiento de embarazo se han decantado por un instrumento en concreto. Este sería el caso del “Protocolo de seguimiento del embarazo en Cataluña (3ª Edición)” del 2018¹⁵² que indica el uso del Partner Violence Screen (PVS)^b. El PVS es un instrumento de cribado que consta de tres preguntas de respuesta dicotómica (sí/no): una de ellas indaga sobre violencia física y las otras dos, sobre la sensación de la mujer respecto a su seguridad en la relación actual y en relaciones previas. El PVS fue diseñado para la detección de la VG en los servicios de urgencias hospitalarios¹⁵³.

Las matronas en la detección y el abordaje de la violencia de género durante el embarazo.

La OMS y el Consejo Internacional de Enfermeras lanzan en 2018¹⁵⁴ una campaña mundial para pedir a los gobiernos, los profesionales sanitarios y los usuarios de los servicios que valoren a las enfermeras y las matronas, y aboguen por su liderazgo para prestar cuidados de la mejor calidad, puesto que son el eje de los sistemas sanitarios y desempeñan un papel crucial tanto en la promoción de la salud como en la prevención, el tratamiento y los cuidados. La OMS calcula que las enfermeras y las matronas representan casi la mitad del total de trabajadores sanitarios en todo el mundo. Sin embargo, la OMS calcula que en 2030 harán falta 9 millones de enfermeras y matronas más en todo el mundo¹⁵⁴.

^b El Protocolo de seguimiento del embarazo en Cataluña (3ª Edición) se presentó en junio del 2018 y se puso en marcha progresivamente en los meses posteriores (no estaba en vigor durante la elaboración de esta tesis).

La definición de matrona que se consensuó en la Reunión del Consejo de la Confederación Internacional de Matronas en 2005¹⁵⁵ fue la siguiente: “una matrona es una persona que, habiendo sido admitida para seguir un programa educativo de partería, debidamente reconocido por el Estado, ha terminado con éxito el ciclo de estudios prescritos en partería y ha obtenido las calificaciones necesarias que le permitan inscribirse en los centros oficiales y/o ejercer legalmente la práctica de la partería. La matrona está reconocida como un profesional responsable que rinde cuentas y que trabaja en asociación con las mujeres para proporcionar el necesario apoyo, cuidados y consejos durante el embarazo, parto y el puerperio, dirigir los nacimientos en la propia responsabilidad de la matrona y proporcionar cuidados al neonato y lactante. Este cuidado incluye las medidas preventivas, la promoción de nacimiento normal, la detección de complicaciones en la madre y niño/o, el acceso a cuidado médico u otra asistencia adecuada y la ejecución de medidas de emergencia. La matrona tiene una tarea importante en el asesoramiento y la educación para la salud, no solo para la mujer, sino también en el seno de sus familias y de la comunidad. Este trabajo debe incluir la educación prenatal y preparación para la maternidad y puede extenderse a la salud de mujeres, la salud sexual o reproductiva, y el cuidado de los niños/as. Una matrona puede ejercer en cualquier emplazamiento, incluyendo la casa, la comunidad, los hospitales, las clínicas o las unidades de salud”.

En España, la profesión de Matrona es una especialidad de Enfermería. Antes de 2007, en España, la titulación en Enfermería correspondía a una diplomatura universitaria de tres años de duración. Con la adhesión a la Declaración de Bolonia y la aplicación del Espacio Europeo de Educación Superior¹⁵⁶, se homologó a grado universitario prolongándose su duración a cuatro años. Entre las competencias de las personas graduadas en Enfermería se encuentra: “Conocer e identificar los problemas psicológicos y físicos derivados de la VG. Estar capacitado en la prevención, la detección, la asistencia, y la rehabilitación de las víctimas de VG”¹⁵⁷. Las aspirantes a matronas, tras obtener la titulación universitaria de enfermera, acceden mediante un examen nacional común, a un sistema de residencia de dos años. La residencia se basa en la adquisición de conocimientos mediante la experiencia profesional y la formación teórica. En el 2009, el Sistema Nacional de Salud (SAS/2009)¹⁵⁸ incluyó en su programa formativo de la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona) la competencia de “identificar y asesorar a la mujer sobre la legislación vigente en materia de salud sexual y reproductiva: (...) delitos contra la libertad sexual, VG (...) y detectar situaciones de VG en las mujer gestante, durante el proceso de parto y puerperio atendiendo a las necesidades que presenten las mujeres en esta situación”.

Esto supone un desarrollo mayor de la competencia ya presente en los planes de estudio de Enfermería, al focalizarse en el ámbito ginecológico y obstétrico. Del mismo modo, el Código Deontológico Internacional de las Matronas¹⁵⁹, indica que éstas tienen el deber moral y ético de comprender las consecuencias adversas que la violación de los derechos éticos y humanos tiene sobre la salud de las mujeres y sus hijos/as y que trabajarán para acabar con esa violación. Considerándose, como es elemental, que la VG implica una violación de los derechos humanos de la mujer¹⁶⁰.

En Cataluña, el Decreto 283/1990 creó el Programa Sanitario de Atención a la Mujer¹⁶¹, con el objetivo de promover, impulsar, coordinar y llevar a cabo las actividades de atención integral a la mujer en los aspectos relativos a la orientación y la planificación familiar, la educación maternal, el embarazo, el parto, el puerperio y el resto de estados fisiológicos y enfermedades directamente relacionados con la sexualidad. Posteriormente, su denominación cambió a Atención a la Salud Sexual y Reproductiva (ASSIR). Con este programa se dota a los equipos de AP de una estructura de apoyo a su labor asistencial hacia la salud sexual y reproductiva, que son las unidades ASSIR. Estas unidades de apoyo a la AP de salud, están ubicadas en un nivel entre la AP y la atención especializada. La gestión de estas unidades ASSIR en Cataluña es variada, en la mayoría de casos se gestionan desde la AP del Institut Català de la Salut (ICS), y en otros son gestionados por un hospital o un consorcio. También la ubicación de estos equipos es diversa en el territorio catalán, y pueden encontrarse en los centros de especialidades y en los Centros de Atención Primaria (CAP), donde es la matrona quien proporciona principalmente la atención. Finalmente, puede haber unidades ASSIR en las consultas externas de un hospital. En la cartera de servicios de los ASSIR de 2007¹⁶² se definieron tres líneas de servicios: las actividades asistenciales, las actividades informativas y educativas, y las actividades formativas. Las actividades asistenciales son: atención a jóvenes, consejo reproductivo, atención materno-infantil (control y seguimiento del embarazo, diagnóstico prenatal, educación maternal, atención al puerperio), prevención del cáncer de cuello uterino, prevención del cáncer de mama, atención a las infecciones de ITS, atención a la patología ginecológica, actividad comunitaria a personas adultas (educación afectiva y sexual), y atención a la violencia hacia las mujeres. En Cataluña, las matronas son el primer punto de contacto para las mujeres embarazadas dentro del ASSIR (tanto si la mujer continúa con el embarazo, como si solicita información para interrumpirlo). Son el profesional de referencia para la clasificación del riesgo del embarazo, y el control y seguimiento del embarazo de bajo y medio riesgo con la colaboración de los/las obstetras, psicólogos/as en algunos casos, y otros/as profesionales del equipo de AP.

El seguimiento del embarazo de alto riesgo lo lleva a cabo el/la obstetra con la colaboración de la matrona. Si el embarazo es de muy alto riesgo, el seguimiento se realiza a nivel hospitalario¹⁶². No obstante, todas las mujeres gestantes tienen contacto en un momento u otro del embarazo o puerperio con la matrona de AP, independientemente del riesgo, ya sea durante el seguimiento del embarazo, visitas de puerperio o cursos de educación maternal. Tanto en la atención al puerperio (visitas en domicilio, en la consulta, atención grupal y revisión post-parto) como en los cursos de educación maternal donde se ofrece información y educación para el proceso del embarazo, parto y puerperio para las mujeres y sus parejas, la matrona es el profesional de referencia¹⁶². Además, en los cursos de educación maternal y de preparación al parto pueden abordarse temas como: el buen trato en la pareja, la igualdad, la corresponsabilidad, la sexualidad y la violencia¹⁷. La “Guía para embarazadas”, que entregan las matronas en la primera visita del embarazo o visita preconcepcional en Cataluña, y que pretende apoyar a las mujeres y sus parejas en el cuidado de su embarazo, parto y puerperio, en su 2º edición, publicada en junio de 2018¹⁶³, incorpora como una de las novedades, información sobre VG, lo cual es una muestra más del interés del Departament de Salut (Generalitat de Catalunya) de impulsar medidas para erradicar la VG durante el embarazo. Conjuntamente con ella, la guía del 2018 “Recomendaciones de la OMS- Cuidados intraparto para una experiencia positiva de parto”¹⁶⁴ aconseja modelos de continuidad de la atención dirigidos por matronas, las cuales apoyan a la mujer durante todo el período prenatal, intraparto y postnatal, para fomentar un embarazo, parto, y crianza saludables. Cuando la mujer no desea continuar con la gestación puede realizar un IVE. El Departament de Salut (Generalitat de Catalunya) ha promovido la inclusión del IVE con métodos farmacológicos en la cartera de servicios de los ASSIR desde 2011¹⁶⁵. El IVE farmacológico se realiza con una pauta combinada de medicamentos. En primer lugar se administra vía oral antiprogéstágeno (mifepristona), que detiene la progresión del embarazo, y posteriormente un análogo sintético de prostaglandina (misoprostol o gemeprost), para favorecer la expulsión del contenido gestacional al estimular las contracciones uterinas y la dilatación cervical¹⁶⁶. En Cataluña esta pauta se emplea en mujeres gestantes de hasta los 67 días (9 semanas) y que cumplan unos criterios de seguridad recogidos en el “Protocolo de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE)” del 2014¹⁶⁷.

Las mujeres que no cumplan los criterios de seguridad, excedan de dichas semanas o no deseen emplear el método farmacológico, son derivadas a los centros concertados con la Generalitat de Catalunya para realizar un IVE quirúrgico, donde bajo sedación se realizará un aspirado o legrado uterino. En el mencionado protocolo del IVE del 2014 de la Generalitat de Catalunya¹⁶⁷ están estipuladas tres visitas. La primera visita tiene como objetivo, cumplimentar la historia clínica, realizar una anamnesis, una exploración y solicitar pruebas complementarias si fuera necesario. Se informa a la mujer del proceso, de los derechos, prestaciones y ayudas públicas de apoyo a la maternidad y de la Ley Orgánica 2/2010⁹⁷. Si la mujer cumple los criterios de seguridad y decide realizar un IVE farmacológico será remitida a la segunda visita, en caso contrario, será derivada para un IVE quirúrgico. Esta visita la realiza, como norma general, la matrona. En la segunda visita, a 72 horas como mínimo después de la primera (para así completar el periodo de reflexión, estipulado por la mencionada Ley Orgánica 2/2010⁹⁷), el ginecólogo/a valora las pruebas complementarias, establece la pauta de medicación, informa del proceso, de signos de alarma, de reacciones adversas, atiende dudas, etc. Y la tercera visita, tiene como objetivo confirmar la finalización del embarazo y ofrecer consejo contraceptivo. Esta visita la realiza generalmente de nuevo la matrona.

Desde estas premisas, las matronas aparecen como el personal sanitario que se encuentran en unas condiciones favorables para la detección, prevención y ayuda a la mujeres que sufre VG en el momento vital que nos ocupa, el embarazo^{168- 172}.

2.4. La formación del personal sanitario en violencia de género.

2.4.1. Directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

La OMS en 2014¹³⁶ determina que “el personal sanitario, en particular médicos, enfermeros/as y matronas, deben recibir capacitación sobre la prestación de apoyo de primera línea a las mujeres que hayan sufrido VG o agresión sexual”. Dicha capacitación deberá permitir hacerlo, formar las aptitudes apropiadas, incluso para saber cuándo y cómo preguntar, y la mejor manera de responder a las inquietudes de las mujeres, además de recoger evidencia forense cuando corresponda. Debe proporcionar conocimientos básicos sobre el tema de la violencia, incluidos aspectos relativos a la legislación vigente, los servicios existentes y el apoyo local disponible, así como sobre las actitudes que resultan inapropiadas en el personal sanitario. Se debe prestar atención al autocuidado del profesional inclusive en lo concerniente a traumas psíquicos vicarios o indirectos. Añade que se debe ofrecer al personal sanitario una capacitación multidisciplinaria intensiva, con la participación de diferentes categorías de profesionales sanitarios, personal de policía y personas expertas en el ámbito, impartida por activistas que luchen contra la VG o por personal que trabaje en servicios especializados en VG donde sea posible derivar a las mujeres. El enfoque multidisciplinario es apoyado también por otros autores y autoras^{172,173}. Finalmente la OMS sugiere que el uso de técnicas interactivas puede ser útil¹³⁶, esto último es corroborado en otras investigaciones^{174- 176}.

2.4.2. Directrices de The National Institute for Health and Care Excellence (NICE).

La guía NICE “Domestic violence and abuse” de 2016¹⁷⁷ recomienda que “la formación al personal sanitario incluya una comprensión básica de la dinámica de la violencia doméstica y el abuso, y sus vínculos con la salud mental y el alcohol y abuso de drogas, junto con sus deberes legales”. Además, debe cubrir el concepto de vergüenza que está asociado con la violencia basada en el "honor" y la conciencia de la diversidad y la igualdad.

La mencionada guía propone cuatro niveles de formación: el primero va dirigido a fisioterapeutas, logopedas, dentistas, recepcionistas, intérpretes, trabajadores/as voluntarios/as y comunitarios no especializados, que deben ser entrenados para responder si una mujer revela una situación de violencia. El segundo nivel, va dirigido a enfermeras/os, médicos, matronas, personal de atención social y profesionales de salud mental, que deben ser entrenados para indagar acerca de la VG. El tercer nivel se dirige a trabajadores/as sociales o personal sanitario que trabaja como enlace a servicios de especialistas, quienes deben ser formados en la valoración del riesgo y la planificación de seguridad. Por último, el cuarto nivel va dirigido a especialistas en VG como personal asesor, juristas o terapeutas cuya formación debe dirigirse a estar capacitados/as en brindar asesoramiento y apoyo específico.

2.4.3. Directrices de la legislación europea, española y catalana.

En el Convenio de Estambul del Consejo de Europa: “Prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica” del 2011¹⁶, se especifica “la necesidad de incluir en los programas de estudios oficiales y a todos los niveles de enseñanza, material didáctico sobre temas como la igualdad entre mujeres y hombres, los papeles no estereotipados de los géneros, el respeto mutuo, la solución no violenta de conflictos en las relaciones interpersonales, la violencia contra las mujeres por razones de género, y el derecho a la integridad personal, adaptado a la fase de desarrollo del alumnado”. Alienta además a reforzar la formación adecuada de los/las profesionales que traten con víctimas o autores de todos los actos de violencia, en materia de prevención y detección de dicha violencia, igualdad entre mujeres y hombres, necesidades y derechos de las víctimas, así como sobre la manera de prevenir la victimización secundaria.

La legislación española ampara la formación del personal sanitario. La Ley Orgánica 1/2004 (Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género)²⁰, indica que “las Universidades deben incluir y fomentar en todos los ámbitos académicos la formación, docencia e investigación en igualdad de género y no discriminación de forma transversal”. Específicamente en el ámbito sanitario, señala que “las Administraciones educativas competentes asegurarán que en los ámbitos curriculares de las licenciaturas y diplomatura^c 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”. El carácter transversal que se le adjudica a la formación en VG en la legislación, implica un riesgo de indefinición, al no estar explícitamente vinculada a un contenido concreto o a una determinada asignatura del plan de estudios, lo cual puede implicar una amplia variabilidad según Universidades, en relación a número de horas de formación y contenidos desarrollados, o, incluso, que pase desapercibida y no se imparta. Por otro lado, la misma Ley Orgánica 1/2004²⁰ indica que “se desarrollarán programas de sensibilización y formación continuada (FC) del personal sanitario con el fin de mejorar e impulsar el diagnóstico precoz, la asistencia y la rehabilitación de la mujer en las situaciones de VG”. Igualmente, la Ley Orgánica 3/2007 (Para la igualdad efectiva de mujeres y hombres)¹²⁸, apunta la necesidad de “la integración del principio de igualdad en la formación del personal al servicio de las organizaciones sanitarias, garantizando en especial su capacidad para detectar y atender las situaciones de VG”.

A nivel autonómico en Cataluña, la Ley 5/2008 (Del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista)²², expresa que “el Gobierno debe garantizar que el personal profesional sanitario tenga la formación específica adecuada para desarrollar la tarea a que se refiere este artículo. A tales efectos, corresponde al Instituto de Estudios de la Salud (IES), dependiente del departamento competente en materia de salud, prestar dicha formación específica exigida”. En el mismo sentido, la Ley 17/2015 (De igualdad efectiva de mujeres y hombres)¹³⁰, señala que “la formación de los profesionales de la salud debe garantizar (...) la formación para detectar las situaciones de violencia machista y las prácticas de control sexual”. Pero además en este caso, la ley 17/2015¹³⁰ ampara la formación del personal docente: “la Administración educativa debe ofrecer formación en coeducación a su personal docente, incluidas la educación sexual y contra la violencia machista (...)”.

^c Actuales grados y masters, según La Declaración de Bolonia de 1999¹⁵⁶.

Conjuntamente el “Pacto de Estado contra la Violencia de Género” (a desarrollar entre 2018-2022)⁵⁷, remarca el impulso de la formación de los distintos agentes para garantizar la mejor respuesta asistencial, haciéndose necesario que se amplíe la formación de jueces, fiscales, equipos psicosociales, médicos forenses, fuerzas y cuerpos de seguridad, personal sanitario y personal docente, entre otros. “Incluyendo la formación en género en los estudios del personal sanitario y en todos los planes de las especialidades de medicina” y “la mejora de la detección precoz de la VG en los centros sanitarios, a través de una mayor formación especializada del personal sanitario difundiendo los protocolos de actuación e implementando un programa formativo especializado en prevención de la VG a profesionales sanitarios y de la educación”.

2.4.4. Las necesidades formativas del personal sanitario.

La mencionada formación es también una necesidad sentida por el personal sanitario. Por ejemplo, en la ya mencionada encuesta realizada en España a 347 médicos de AP, uno de los obstáculos más señalados para la valoración de la VG fue que consideraban que tenían una falta de habilidades para desarrollar la entrevista clínica²⁷. Pagels et al.¹⁷⁸ por su parte, evidencian que la mitad de los médicos de diferentes disciplinas (de familia, de emergencias, internistas y de obstetricia y ginecología) que participaban en su estudio llevado a cabo en 2015 no se sentían cómodos/as hablando de VG con sus pacientes. En ese mismo sentido, otros trabajos¹⁷² revelan que las matronas no se sentían preparadas para reconocer los signos de violencia y no sabrían cómo manejar la situación si tuvieran que hacerlo. Bradbury-Jones y Broadhurst en su trabajo publicado en 2015¹⁷⁹ apuntan que los/las estudiantes de Enfermería y Matrona a los cuales entrevistaron, consideraban que tenían que ampliar su formación en VG, puesto que a pesar de tener sólidos conocimientos teóricos, carecían de confianza para su aplicación en su futura práctica. Por ello, la comunidad de Madrid en la guía “Criterios de formación en violencia de pareja hacia las mujeres” de 2008¹⁸⁰, dirigido a sanitarios/as, indica que uno de los criterios básicos a incorporar en el diseño de acciones formativas es “dotar al personal de la salud de instrumentos técnicos y estrategias de afrontamiento para hacer frente con seguridad y eficacia a esta tarea de ayudar a las mujeres”.

En ese mismo sentido, investigaciones realizadas con enfermeros/as^{181,182} y matronas^{183,184} hallaron que la falta de conocimiento era una barrera muy importante para la detección de la VG, y que existe una relación entre los niveles de conocimiento y la frecuencia de indagar sobre VG^{185,186}. Según una revisión sistemática del 2016¹⁸⁷, la formación mejora conocimientos, actitudes, habilidades y comportamientos del personal sanitario. Desde estas premisas, la formación, es por tanto la piedra angular que permite que el personal sanitario tenga las capacidades necesarias para detectar situaciones de VG^{176,188,189}.

3. MARCO EMPÍRICO

3.1. Justificación del estudio y elección del método.

A través del marco teórico se ha tratado de manifestar la necesidad y relevancia de realizar más estudios con el objetivo de proporcionar evidencia y contribuir con ello a la lucha contra la VG. Especialmente en el momento vital en que se centra este trabajo, el embarazo, durante el cual, la mujer puede encontrarse en una situación de mayor vulnerabilidad, no solo física, sino psicológica, laboral y, en cierto sentido, también social. Simultáneamente, los efectos negativos de la VG pueden afectar no solo a la madre, sino también al feto. La continuidad del seguimiento del embarazo, favorece que entre la matrona y la mujer gestante se establezca un vínculo de confianza que facilita la comunicación, pudiendo ayudar a que se revele una situación de VG. No obstante, parece necesario que las matronas tengan la formación oportuna que les permita detectar y abordar esas situaciones. De esta forma surgen las preguntas de investigación que se han abordado en el presente trabajo: ¿cuál es la realidad de la formación inicial y continuada de las matronas sobre VG en nuestro medio?, ¿cómo realizan la detección y el abordaje de la VG durante el embarazo las matronas? y ¿cómo contribuir a su mejora?

Puesto que la mirada de la investigación se dirige a profundizar en las vivencias, experiencias, motivaciones, percepciones, sentimientos y actitudes en el contexto de la detección y abordaje de la VG durante el embarazo, los modos de análisis basados en la estadística son insuficientes y se requieren instrumentos metodológicos más flexibles que puedan aportar soluciones a los interrogantes planteados¹⁹⁰. En este caso el paradigma cualitativo permite comprender el fenómeno, describirlo desde la subjetividad de las experiencias individuales vividas, y aportar, desde ese marco, modos de transformación del fenómeno en cuestión¹⁹¹. Las palabras “mejora” y “transformación” emergen como claves en este trabajo, siendo la metodología de la Investigación Acción Participativa (IAP) la que mejor se ajusta a las necesidades de la investigación planteadas en esta tesis doctoral, por diversas razones. En primer lugar, pone el énfasis en la participación, son los/las propios/as participantes los/las que generan la transformación, promovida por su experiencia en el campo. En segundo lugar, permite generar conocimiento científico, estudiando y comprendiendo el fenómeno desde su interior. Y en tercer lugar, contribuye a la formación de los/las participantes, puesto que suscita la reflexión crítica de los/las mismos/as y las acciones que se llevan a cabo durante la investigación son, por sí mismas, formativas¹⁹². A la par, es una metodología flexible, abierta y dinámica lo cual se estima como muy útil cuando la investigación busca mejorar una determinada realidad desde la perspectiva de sus protagonistas¹⁹³.

Por otro lado, la IAP permiten vincular la teoría y la práctica¹⁹⁴, de modo que es especialmente útil en esta tesis doctoral, la cual tiene la peculiaridad de desarrollarse en dos ámbitos, el académico y el asistencial.

El presente trabajo además de generar conocimiento científico, contribuyendo al comprensión del fenómeno de la VG, procura avanzar en las acciones necesarias para que desde los centros sanitarios se dé respuesta a esta problemática, lo cual se torna indispensable para la integridad y el bienestar de la madre y el feto. El interés radica en que esta tesis doctoral pueda constituirse como un recurso para docentes y personal sanitario asistencial (especialmente matronas) que quieran desarrollar formación en VG, así como implementar las estrategias de mejora para la detección y el abordaje de la VG durante el embarazo, que en este trabajo se han demostrado como útiles.

3.1.1. La investigación acción participativa: una metodología que vincula el conocimiento y la acción.

Como se ha mencionado, el método de investigación cualitativa utilizado en esta tesis es la IAP. A continuación se expone brevemente los aspectos más destacados sobre su origen, características y procedimiento, así como su aplicabilidad en los ámbitos sanitario y educativo.

El concepto de IAP se remonta a 1946, utilizado por Lewin¹⁹⁵ como una forma de estudio de las realidades sociales, donde tras el análisis y la discusión de un problema se toman decisiones grupales sobre cómo proceder a fin de solucionarlo. Según Miguel Martínez en 2004¹⁹⁶ la IAP tomó dos vertientes: una más bien sociológica desarrollada principalmente a partir de los trabajos de Kurt Lewin en 1988¹⁹⁷, Sol Tax en 1958¹⁹⁸ y Fals Borda en 1970¹⁹⁹, y otra educativa, inspirada en la ideas y prácticas de Paulo Freire en 1970²⁰⁰, Hilda Taba en 1957²⁰¹, Lawrence Stenhouse en 1985²⁰² y John Elliot en 1990²⁰³, entre otros. Ambas vertientes han sido y son exitosas en sus aplicaciones. Lewin¹⁹⁷ afirma que mediante este tipo de investigación los avances teóricos y los cambios sociales se pueden lograr simultáneamente. La IAP proporciona un medio que vincula la teoría y la práctica, el conocimiento científico y la mejora social¹⁹⁴. Lo cual es especialmente interesante en esta tesis que se desarrolla como se ha mencionado en dos ámbitos, el académico y el asistencial y cuyo tema de estudio, la violencia de género durante el embarazo, requiere para su erradicación de un importante cambio social en pro de la igualdad.

En palabras de Reason y Bradbury²⁰⁴, la IAP es un método de investigación basado en una forma democrática, cooperativa, transparente y eficaz de investigar y de intervenir en los cambios de la vida cotidiana, tratando de desvelar la complejidad de sus problemas mediante el diálogo y la colaboración. Por su parte, Antonio Latorre¹⁹² señala que las metas de la IAP son: mejorar y/o transformar la práctica, a la vez que procurar una mejor comprensión de la misma, además de hacer protagonistas de la investigación a los sujetos estudiados. La IAP otorga simultáneamente la expansión del conocimiento científico y la solución de un problema, pero igualmente, aumenta la competencia de sus respectivos participantes¹⁹⁶. Es considerada como una forma de adquirir el conocimiento de manera reflexiva por los/las participantes a fin de mejorar la racionalidad y la justificación de las actuales prácticas, la comprensión de dichas prácticas y la situación en que se realizan¹⁹⁴. Así, aparece como especialmente interesante en la IAP el poder recoger información de las personas implicadas, de las acciones tal y como se desarrollan, es decir, información introspectiva sobre cómo entienden y viven las situaciones¹⁹⁴. Aquí adquieren especial importancia los/las “informantes claves”, personas que cuentan con un amplio conocimiento acerca del medio o problema de estudio. La experiencia de estas personas será muy valiosa tanto en los primeros pasos de la IAP, para efectuar una primera aproximación al objeto de estudio, como en las fases posteriores de trabajo de campo, devolución-difusión de los resultados y puesta en marcha de las acciones propuestas²⁰⁵.

Los miembros de una IAP, pueden ser clasificados en el equipo investigador (EI): se trata del equipo que motivará todo el proceso y que irá implicando progresivamente a otros actores sociales. Y el grupo de Investigación Acción Participativa (GIAP): se trata de un grupo mixto formado por el EI y por otras personas de la comunidad que participan en el proceso de forma activa. Este grupo debe asumir una alta corresponsabilidad y protagonismo a lo largo del proceso. Incluso puede llegar a formar parte de plataformas estables y dinamizadoras de la comunidad¹⁹³. La participación del GIAP puede adoptar dos formas básicas, aunque entre ambos polos se pueden establecer toda una serie de posibilidades según cada situación concreta. Así, puede participar durante todo el proceso o bien de una forma parcial, es decir, en algunas de las fases, por ejemplo en el diseño pero no en la realización de la investigación para, una vez obtenidos los resultados, discutir y analizar posibles propuestas de actuación²⁰⁵.

Como características más sobresalientes en la IAP podemos señalar:

- Parte de una preocupación compartida por un grupo²⁰⁶.
- Analiza situaciones y acciones relacionadas con problemas prácticos para intentar resolverlos²⁰⁶.
- Considera la acción desde el punto de vista de los/las participantes que toman parte en la investigación directa o indirectamente²⁰⁶.
- Es cooperativa porque participantes e investigadores/as trabajan juntos para profundizar en la comprensión del problema²⁰⁶.
- El/la investigador/a se implica en la acción, desempeñando un rol activo a lo largo de todo el proceso y se concibe como un recurso más que se utiliza con sus capacidades de análisis, crítica y empatía al servicio de la investigación. Así, la principal tarea del investigador/a en su rol de experto/a es propiciar el carácter participativo. Su presencia es más necesaria al principio, mientras el grupo comienza a dar sus primeros pasos. Posteriormente tiene que saber desaparecer en el momento oportuno, concediendo el protagonismo al grupo, no para abandonar responsabilidades, sino para transferirlas¹⁹⁴.
- Las modificaciones llevadas a la práctica son evaluadas continuamente dentro de la situación²⁰⁶. La puesta en práctica de las acciones y su valoración abren un nuevo ciclo o fase en el que se identificarán nuevas necesidades y se concretarán nuevos objetivos¹⁹³.

En relación al último punto, cabe señalar que una de las características de la IAP es su flexibilidad y adaptabilidad a las condiciones materiales y temporales del contexto. En consecuencia, no hay dos IAP que se desarrollen exactamente de la misma manera¹⁹⁴.

Para Lewin¹⁹⁷, la IAP consistía en análisis-diagnóstico de una situación problemática en la práctica, recolección de la información, formulación de estrategias de acción para resolver el problema, ejecución y evaluación de resultados, pasos que luego se repetían de forma iterativa y cíclica. Colmenares en 2012²⁰⁷, basándose en Lewin, detalla el proceso en fases: Fase I, relacionada con descubrir una preocupación temática, es denominada en ocasiones como autodiagnóstico²⁰⁵. Se puede llevar a cabo con la búsqueda de testimonios, aportes y consideraciones; además, con la práctica de un diagnóstico planificado y sistemático que permita la recolección de la información necesaria para clarificar dicha temática o problemática seleccionada.

Al respecto, Antonio Latorre¹⁹² señala que esta metodología de investigación conlleva “establecer nuevas relaciones con otras personas. Así pues, conviene desarrollar algunas destrezas respecto a saber escuchar, saber gestionar la información, saber relacionarse con otras personas, saber implicarlas en la investigación y que colaboren en el proyecto”. La construcción del plan de acción, como Fase II, implica encuentros con los/las interesados/as, a fin de diseñar las acciones acordadas por consenso que el grupo considere más acertadas para la solución de la situación identificada o los problemas existentes en un área de conocimiento, en una comunidad o en una organización, es decir, en una realidad seleccionada. La Fase III se corresponde con la ejecución del plan de acción y por último, la Fase IV comprende procesos de reflexión permanente y evaluación durante el desarrollo de la investigación, además de la sistematización, codificación, categorización de la información, y la respectiva consolidación del informe de investigación que da cuenta de las acciones y transformaciones propiciadas a lo largo de la investigación. Esta fase constituye un punto de partida para el inicio de un nuevo proceso de identificación de necesidades²⁰⁷. Kemmis y Mc Taggart en 1988²⁰⁸ describieron la espiral de la IAP (Figura 2.7), donde en primer lugar se realiza un reconocimiento del terreno y análisis de la situación, para posteriormente planificar y llevar a cabo la acción y la observación, a continuación reflexionar y de nuevo, si procede, modificar la acción y reiniciar el ciclo²⁰⁹.

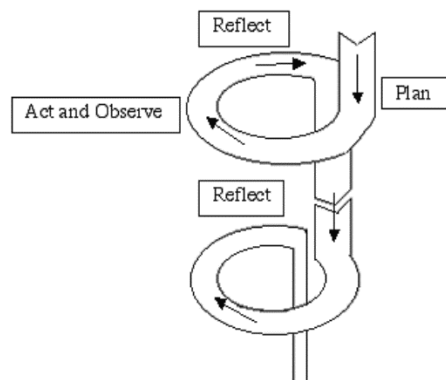


Figura 2.7. La espiral de la investigación acción participativa.
Fuente: [Kemmis y McTaggart²⁰⁸]

La investigación acción participativa en el ámbito de la salud.

La IAP como se ha mencionado, se utiliza desde hace varias décadas en disciplinas como la educación o la sociología, sin embargo es un método emergente en el ámbito de la salud en España¹⁹⁴. En el contexto sanitario, cuando el interés se centra en el cambio o la evaluación de las prácticas, protocolos o programas profesionales, la metodología de la IAP es muy oportuna para ser desarrollada por investigadores/as, gestores/as y/o profesionales sanitarios/as¹⁹⁴. De esta forma la IAP puede dar respuesta una de las preguntas de la investigación, centrada en cómo mejorar la detección y el abordaje de la VG durante el embarazo. Del mismo modo, el método puede ser de utilidad cuando se pretende valorar las prácticas de los usuarios y usuarias con relación a su salud- enfermedad, cuando se buscan soluciones a problemas de las prácticas locales o comunitarias, para la mejora de una situación profesional o de salud y, finalmente, en todas aquellas situaciones en que se trabaje por la emancipación, liberación o transformación de personas en contextos de mayor vulnerabilidad, como podría ser en este caso, las mujeres embarazadas que se encuentran en una situación de VG¹⁹⁴. Las organizaciones, como las sanitarias, deben evolucionar y adaptar su servicio al entorno y sus nuevas necesidades, en el marco de una cultura de aprendizaje, innovación y mejora continua²¹⁰. La IAP sirve a estos intereses añadiendo la fortaleza de que son los/las propios/as profesionales sanitarios/as los/las que comparten sus experiencias y conocimientos¹⁹⁴ y se organizan como equipo para dar respuesta a necesidades expresadas y reales de su servicio²¹¹. De esta forma, en el contexto de esta tesis, durante todo el proceso de la IAP, las matronas son productoras de conocimiento y agentes del cambio, suscitado por sus propias reflexiones, autocrítica, experiencias, y participación en las estrategias de acción.

La investigación acción participativa en el ámbito de la educación.

En el ámbito de la educación, la IAP se relaciona con un primer paso que implica realizar un análisis de la situación, donde se detectan problemas o necesidades, se formulan objetivos y se generan propuestas de intervención que conduzcan a la resolución de los problemas o necesidades²¹². Teniendo en cuenta que cualquier cambio en la práctica educativa tiene que partir, necesariamente, de una aceptación y comprensión de las innovaciones planteadas por parte de los/las participantes y más concretamente de los/las ejecutores de la acción, la IAP ha abierto un camino para que las respuestas individuales, con poco sentido especialmente en educación, pasen a ser colectivas, compartiendo la responsabilidad del cambio a partir de una reflexión crítica conjunta de los problemas²⁰⁶. Bartolomé-Pina en 1986²¹³ señala que las reformas educativas si son impuestas desde "arriba" no producen innovación, es el profesorado quien conocen los verdaderos problemas. Precisamente por ello, por contar con el profesorado y otros agentes implicados en los procesos educativos, la IAP es un valioso método para generar mejoras en el ámbito educativo.

3.2. Objetivos.

3.2.1. Objetivos generales.

1. Conocer las características y la realidad de la formación inicial y continuada de las matronas en el ámbito de la detección y abordaje de la violencia de género.
2. Promover cambios de mejora en la detección y abordaje de la VG en el embarazo por parte de las matronas.

3.2.2. Objetivos específicos.

1. Conocer los contenidos relacionados con la formación en VG en el grado de Enfermería y el programa de especialización de Matrona de Cataluña e indagar a través de las narraciones del profesorado, en el nivel de profundidad con que se tratan, sus propuestas y las metodologías de enseñanza-aprendizaje idóneas para mejorar la capacitación del personal sanitario en este tema.
2. Profundizar en los conocimientos y las necesidades formativas respecto a la VG durante el embarazo de las matronas de atención primaria.
3. Conocer los obstáculos, los facilitadores y las propuestas de mejora en la detección y abordaje de la VG durante el embarazo por parte de las matronas de atención primaria.
4. Diseñar, implementar y evaluar acciones de mejora en la detección y el abordaje de la VG durante el embarazo por parte de las matronas de atención primaria.
5. Determinar la prevalencia, características y los factores asociados a la VG en las mujeres gestantes que continúan con el embarazo o deciden interrumpirlo.
6. Elaborar y validar un programa de formación continuada sobre detección y abordaje de VG en el embarazo para matronas y otros/as profesionales sanitarios/as.

3.3. Metodología.

3.3.1. Diseño del estudio.

Se realizó un estudio de IAP basada en el modelo de Kemmis y McTaggart en 1988²⁰⁸.

En este apartado se presenta el diseño, así como los procedimientos utilizados en el estudio para alcanzar los objetivos específicos.

1. Para dar respuesta al objetivo específico 1, se ha partido de un estudio documental de los planes de estudio del grado de Enfermería de todas las Facultades y Escuelas de Enfermería, así como del programa de especialización de Matrona en Cataluña. Con posteriores entrevistas individuales al profesorado desde una perspectiva fenomenológica descriptiva de acuerdo con Giorgi y Giorgi²¹⁴. Se procedió a recopilar información del nivel de profundidad con que se tratan los temas de VG, sus propuestas para mejorar la capacitación del personal sanitario en este tema, y las metodologías de enseñanza-aprendizaje idóneas a tal fin.
2. Para dar respuesta a los objetivos específicos 2, 3 y 4, se ha realizado un estudio de caso de acuerdo con Stake²¹⁵. El cual, permitió profundizar a través de las narraciones de las matronas como comunidad de práctica (en este caso de los dos ASSIR de L'Hospitalet de Llobregat) en los factores que facilitan u obstaculizan la detección y el abordaje de la VG durante el embarazo, implementar sus propuestas de mejora basadas en su experiencia y valorar su utilidad. Se recurrió a una perspectiva fenomenológica interpretativa de acuerdo con Mackey²¹⁶.
3. El desarrollo de la IAP mostró la pertinencia de conocer la prevalencia de la VG, las características y los factores asociados a la misma entre las mujeres gestantes que continúan el embarazo o que solicitan un IVE en el ámbito de estudio (ASSIR de L'Hospitalet de Llobregat). Para ello se realizó un estudio cuantitativo observacional, longitudinal, analítico, prospectivo de cohortes, dando respuesta al objetivo específico 5.

4. El desarrollo de la IAP guio el diseño de un programa de FC sobre detección y abordaje de VG en el embarazo para matronas y otros/as profesionales sanitarios/as, nutrido de las fases anteriores. El programa de FC se validó siguiendo la metodología de juicio de expertos de Pérez-Juste²¹⁷, los cuales provenían de los ámbitos académico y asistencial. Incorporando las perspectivas teórica y práctica. Dando respuesta al objetivo específico 6.

3.3.2. Ámbitos del estudio.

Ámbito académico.

Las Facultades y Escuelas Universitarias que imparten el grado de Enfermería de Cataluña, así como el Instituto de Estudios de la Salud (IES) para la especialidad de Matrona en Cataluña.

Cataluña cuenta con catorce Facultades o Escuelas de Enfermería. La formación teórica de los/las enfermeros/as que estaban realizando la especialidad de Matrona en Cataluña se impartía en la Universitat de Barcelona (UB) hasta el año 2012, a partir de ese año es impartida por el IES. El IES es un Organismo público que depende del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya y vela por la promoción y renovación pedagógica en el ámbito de las ciencias de la salud.

Ámbito asistencial.

Ámbito asistencial: los ASSIR de L'Hospitalet de Llobregat (L'H), Rambla Just Oliveras y Ronda de la Torrassa, pertenecientes al ASSIR Delta de Llobregat. L'H, es un municipio de la provincia de Barcelona, con 257.349 habitantes, de los cuales el 18.66% tienen una nacionalidad diferente a la española, según el Instituto de Estadística de Cataluña de 2017²¹⁸. En L'H trece matronas prestan atención sanitaria (como plantilla fija) en dos centros ASSIR, ubicados dentro de dos CAP públicos (Rambla Just Oliveras y Ronda de la Torrassa), proporcionando atención a la salud sexual y reproductiva de las mujeres y sus parejas en las distintas fases de su vida.

Como se ha mencionado en el marco teórico, las matronas son el profesional de referencia del seguimiento del embarazo normal sin factores de riesgo asociados. En los casos donde exista algún problema de la salud, los profesionales de referencia son los/as ginecólogos/as, las matronas derivan a estas mujeres a la consulta del ginecólogo/a y prestan asistencia conjuntamente con ellos/as. Las matronas entre los dos centros ASSIR de L´H (según datos de la propia institución) realizan el control y seguimiento del embarazo a una media de 2.100 mujeres gestantes cada año. Durante el 2017 del total de 2208 gestantes visitadas, el 52.72% habían nacido fuera de España. Esta elevada presencia de multiculturalidad hace más compleja la detección y abordaje de la VG al prestar asistencia a mujeres de diferentes procedencias culturales sin conocer en profundidad sus marcos de valores y relacionales, además de tener que superar la barrera idiomática en muchos casos. Respecto a las mujeres que solicitan un IVE, durante el 2017 entre los dos ASSIR de L´H, 476 gestantes realizaron un IVE farmacológico y 294 mujeres fueron derivadas para un IVE quirúrgico, es decir un total de 770 mujeres, de las cuales el 50.78% habían nacido fuera de España. Las matronas en L´H prestan asistencia durante la primera visita (previa al IVE) como durante la tercera visita (posterior al IVE) a estas mujeres.

3.3.3. Sujetos del estudio.

Ámbito académico.

- Los/las profesores/as que imparten formación sobre VG en el grado de Enfermería y la especialidad de Matrona en las Universidades de Cataluña.

Ámbito asistencial.

- Las matronas que prestan asistencia en los ASSIR de L´H. Junto con las matronas y otros/as profesionales sanitarios/as que acudieron a la actividad formativa impartida.
- Las mujeres gestantes (o púerperas^d) que continúan con el embarazo o que solicitan interrumpirlo y son asistidas por las matronas en los ASSIR de L´H.

^d Con el objetivo de aumentar la captación de sujetos, se decidió incorporar como sujetos del estudio a las púerperas, es decir mujeres que habían parido como máximo un mes y medio antes de la aplicación del instrumento validado.

3.3.4. Recogida y análisis de datos.

El trabajo se ha desarrollado en cinco fases. Fase I: análisis de la situación, Fase II: elaboración de las estrategias de acción, Fase III: implementación de las estrategias de acción, Fase IV: evaluación de estrategias de acción implementadas y fase V: propuesta de formación continuada, fruto de una espiral de la IAP que puede reiniciar un nuevo ciclo. Durante todo el desarrollo de la IAP se han realizado procesos reflexivos que han llevado a elaborar o modificar las acciones implementadas y reiniciar por tanto las fases, generando espirales de la IAP²⁰⁸.

Fase I: Análisis de la situación.

Conocimiento de la formación inicial sobre violencia de género en el grado de Enfermería y la especialidad de Matrona en Cataluña.

El objetivo fue efectuar un análisis de la situación desde la perspectiva académica. Conocer la formación inicial en el tema de enfermeros/as y matronas, así como las propuestas y las metodologías de enseñanza-aprendizaje idóneas para mejorar la capacitación del personal sanitario en este tema, a través de la experiencia del profesorado universitario.

Se llevó a cabo entre septiembre de 2015 y septiembre de 2016. La recogida de datos se realizó mediante análisis documental, entrevistas individuales y diarios de campo.

Recogida de los datos.

En un primer momento se realizó una revisión sistemática de los sitios web de las instituciones para determinar los contenidos de VG, mediante el análisis documental y descriptores temáticos en los planes de estudio del grado de Enfermería y del programa de especialización de las matronas de Cataluña. Se determinó la asignatura o asignaturas en las que se imparte la VG y sus características.

En un segundo momento, se envió una carta vía correo electrónico a los catorce directores/as y/o jefes/as de estudios en el caso del grado de Enfermería, y a la responsable de la formación teórica de la especialidad de Matrona. En esta carta se les explicaba el estudio, se pedía confirmación acerca de la vinculación entre asignaturas y formación de VG, y se preguntaba si había otras asignaturas en las que también se trataba el tema. También se les solicitaba los datos de contacto de los/las profesores/as responsables de la formación en VG de cada asignatura. Cinco directores/as o jefes/as no respondieron al correo (a pesar de que se les envió un segundo correo recordatorio) y nueve confirmaron la presencia de la formación y facilitaron el contacto de los/las profesores/as.

En un tercer momento, se contactó vía correo electrónico con el profesorado responsable de la formación en VG, en el correo se les informaba del estudio y se le pedía que accedieran a realizar una entrevista semiestructurada individual presencial. Se contactó con un total de veintiún profesores/as de Enfermería y catorce aceptaron ser entrevistados/as. Por otro lado, el programa formativo del IES también contenía temas relacionados con la VG en una asignatura, impartida por dos profesores/as, lo cual fue confirmado por la responsable de formación teórica de la especialidad de Matrona.

Se pudo entrevistar a una de ellos, pero se obtuvo información de las horas dedicadas a la VG, metodología y temas tratados de ambos. Se entrevistó también a la profesora responsable de la misma asignatura en la Universidad, donde se impartieron las clases teóricas de las matronas durante 18 años. La doctoranda entrevistó por tanto a un total de dieciséis profesores/as: catorce del grado de Enfermería y dos de la especialidad de Matrona (identificados como p1 - p16 en el apartado de resultados). Cada entrevista fue grabada y la duración promedio fue de noventa minutos, se realizaron notas de campo durante todo el proceso. Se utilizó un guion de preguntas abiertas que actuaron como pregunta estímulo (disponible en anexo 1). La primera entrevista (incluida en los resultados, fue realizada de forma conjunta por una de las directoras de tesis y la doctoranda) se consideró como prueba piloto, para valorar si se requería realizar algún cambio en el guion de preguntas estímulo, finalmente se decidió no realizar ningún cambio por considerarse conveniente. No se repitió ninguna entrevista puesto que se había respondido a lo que se solicitaba. A partir de la decimotercera se dejaron de aportar nuevos datos, por lo tanto, se consideró que la recopilación de datos había alcanzado el punto de saturación. No obstante, se continuó con las tres entrevistas restantes para confirmar que no había nuevos temas emergentes y para entrevistar a todo el profesorado que había aceptado participar.

Análisis de las entrevistas.

Tras la transcripción literal de las grabaciones, los textos fueron enviados vía correo electrónico al profesorado entrevistado, por si deseaban hacer alguna aclaración o modificación. Las entrevistas fueron analizadas basándose en las respuestas directas del profesorado. El análisis de los datos se realizó siguiendo un enfoque inductivo, y de acuerdo a las recomendaciones de Taylor and Bogdan publicadas en 1987²¹⁹: 1) Descubrimiento 2) Codificación de los datos y 3) Relativización. Las investigadoras (directoras de tesis y doctorada) identificaron de forma independiente los códigos iniciales para posteriormente hacer una puesta en común²²⁰. Es de mencionar que el grado de acuerdo fue elevado. Finalmente se obtuvieron seis categorías de códigos y veintisiete subcategorías o unidades de significado. Con el apoyo del programa Atlas-Ti v.7.5.10 se procedió a sistematizar la codificación, estableciendo las relaciones entre categorías y subcategorías (se desarrollarán en el apartado de resultados).

Conocimiento de la formación continuada, detección y abordaje de la violencia de género en el embarazo en los dos ASSIR de L'Hospitalet de Llobregat.

El objetivo fue efectuar un análisis de la situación desde la perspectiva asistencial. Comprender la realidad y las necesidades sentidas de una comunidad de práctica, iniciar un proceso reflexivo en las matronas acerca de su práctica clínica y recopilar sus propuestas de mejora.

Se llevó a cabo entre octubre de 2016 y febrero de 2017.

Recogida de datos.

Se contactó con la responsable de formación de la institución sanitaria, para obtener información referida a los cursos y jornadas con contenidos en VG realizados desde la propia institución en los últimos cinco años. Se revisaron los programas formativos, determinado el año en que se llevó a cabo, el número de horas impartidas, los temas tratados y la metodología empleada.

A continuación, se analizaron las historias clínicas para determinar la prevalencia de VG en la población atendida en los ASSIR de L´H en año 2016, a través del diagnóstico VG, según la clasificación internacional de enfermedades CIE 10: “VIOLÈNCIA DE GÈNERE”, con el código T74.9. Puesto que no aparecía ninguna codificación de VG en las historias clínicas, en una espiral de la IAP se decidió incorporar preguntas sobre los casos detectados en las entrevistas individuales a las matronas.

Posteriormente, en una reunión de equipo, se presentó el trabajo a todas las matronas, explicando los objetivos y la metodología y solicitándoles su colaboración. La respuesta fue unánime: todas las matronas deseaban participar por su interés personal en la temática. Seguidamente, se concretó, vía correo electrónico, día y hora para realizar de forma individual y presencial una entrevista semiestructurada. Se pudo entrevistar a todas las matronas de L´H (un total de doce, puesto que una de ellas es la doctoranda, la cual realizaba las entrevistas), identificadas como m1 – m12 en el apartado de resultados. Cada entrevista fue grabada y la duración promedio fue de ochenta minutos, se realizaron notas de campo durante todo el proceso. Se utilizó un guion de preguntas abiertas que actuaron como pregunta estímulo (disponible en anexo 1). La primera entrevista (incluida en los resultados) se consideró como prueba piloto, para valorar si se requería realizar algún cambio en el guion de preguntas estímulo, finalmente se decidió no realizar ningún cambio por considerarse conveniente. No se repitió ninguna entrevista puesto que se había respondido a lo que se solicitaba. A partir de la décima, se dejaron de aportar nuevos datos, por lo tanto, se consideró que la recopilación de datos había alcanzado el punto de saturación. No obstante, se continuó con las dos entrevistas restantes para confirmar que no había nuevos temas emergentes y para entrevistar a todas las matronas de los ASSIR de L´H que habían manifestado su deseo de participar en la IAP.

Análisis de las entrevistas.

Tras la transcripción literal de las grabaciones, los textos fueron enviados vía correo electrónico a cada matrona entrevistada, por si deseaba hacer alguna aclaración o modificación. El análisis de las entrevistas se basó en lo que refirieron las matronas y en el sentido que ellas mismas fueron generando al reflexionar sobre su ejercicio profesional. Comprendiendo las experiencias vividas por las matronas respecto al fenómeno de la VG durante el embarazo²²¹, teniendo en cuenta los conocimientos y experiencia de la doctoranda, la cual forma parte de la comunidad de práctica²²².

El análisis de los datos se realizó siguiendo un enfoque inductivo, y de acuerdo a las recomendaciones de Taylor and Bogdan²¹⁹: 1) Descubrimiento 2) Codificación de los datos y 3) Relativización. Tres investigadoras (directoras de tesis y doctorada) identificaron de forma independiente los códigos iniciales para posteriormente hacer una puesta en común²²⁰. Es de mencionar que el grado de acuerdo fue elevado. Finalmente se obtuvieron siete categorías de códigos y cuarenta seis subcategorías o unidades de significado. Con el apoyo del programa Atlas-Ti v.7.5.10 se procedió a sistematizar la codificación, estableciendo las relaciones entre categorías y subcategorías (se desarrollarán en el apartado de resultados). Posteriormente, se elaboró un “Informe de análisis de la situación y propuestas de mejora para la detección y abordaje de la violencia de género en el embarazo por parte de las matronas” (disponible en anexo 2).

Equipo investigador (EI) y grupo de investigación acción participativa (GIAP).

Tras las entrevistas individuales, se distinguieron tres matronas en base a su especial interés e implicación en el tema para formar parte del EI. Además se procuró que fueran tres personas con diferentes perfiles en cuanto a años de experiencia como matrona en AP y cualidades. Las tres (m4, m10, m12) aceptaron participar como EI y de esta forma motivar el proceso de cambio a lo largo de la IAP. El papel de la doctoranda dentro del EI fue el de coordinar el proceso y sistematizar las decisiones de cambio, la cual tuvo fácil acceso al campo de estudio por pertenecer al equipo asistencial de los ASSIR de L´H. Las directoras de tesis dentro del EI actuaron como investigadoras expertas ejercieron de consultoras metodológicas, apoyo en el análisis y mentoras durante todo el proceso. De esta se conformó un EI heterogéneo (ámbito asistencial y académico). El resto del equipo de matronas junto con el EI formó el GIAP, las cuales participaron durante todo el proceso de forma activa.

Fase II: Elaboración de las estrategias de acción.

El objetivo de esta fase fue determinar las estrategias de acción que se implementarían y diseñar las mismas, en base a los resultados de la anterior fase.

Se llevó a cabo entre marzo y noviembre de 2017. La recogida de datos se realizó mediante revisión de la literatura, actas de reunión y diarios de campo.

Priorización de las estrategias de acción.

El “Informe de análisis de la situación y propuestas de mejora para la detección y abordaje de la violencia de género en el embarazo por parte de las matronas” elaborado en la Fase I se presentó al EI, y en diferentes reuniones se pensaron cursos de acción que llevaran a superar las dificultades y potenciar las fortalezas, desde la perspectiva de la práctica clínica y la investigación, y la factibilidad de las acciones.

Posteriormente, en una reunión de equipo, se expuso al resto del GIAP las estrategias propuestas. Se tuvieron en cuenta sus aportaciones y sugerencias, finalmente, las estrategias de acción fueron aprobadas por todo el equipo de matronas. Se priorizaron dos:

- Estrategia de acción 1: Implementar una actividad formativa sobre detección y abordaje de la violencia de género durante el embarazo.
- Estrategia de acción 2: Aplicar un instrumento validado adecuado para la detección de la violencia de género durante el embarazo.

La primera estrategia se priorizó por ser una demanda unánime y enfática de todas las matronas además de una necesidad detectada por el EI durante la Fase I. La segunda porque además de dar respuesta a una de las propuestas de mejora compartida por las matronas (las cuales aludían a la necesidad de disponer de un instrumento objetivo de detección) el EI consideró que podría ser una estrategia formativa por sí misma, al generar experiencia y aprendizajes en las matronas.

Diseño de las estrategias de acción.

Estrategia de acción 1.

En una espiral de la IAP, el EI se reunió en diversas ocasiones para diseñar y organizar la actividad formativa^e. El EI diseñó la actividad formativa en base a las necesidades sentidas por las matronas y a las detectadas por el EI en la Fase I de la investigación: considerando los contenidos, formadores y metodologías que las matronas valoraron como más pertinentes a fin de ampliar su formación en el tema. Conjuntamente, atendiendo a las necesidades formativas detectadas y a las metodologías de enseñanza-aprendizaje idóneas analizadas (basadas en las narraciones de las matronas y los profesores e incorporando de esta forma la perspectiva teórica y práctica). Se tuvo en cuenta también, entre otras cuestiones, las características de la formación a ofrecer que mejor se ajustaran a las condiciones laborales de las matronas del GIAP (mejor día de la semana, horario y lugar) y a los criterios psicológicos del aprendizaje (número de horas, distribución de los diferentes tipos de conocimientos y secuenciación). Fruto de otra espiral de la IAP, el EI decidió que la actividad formativa se dirigiera no solo a matronas, sino a otros/as profesionales sanitarios/as que tuvieran interés en tema, como medida para contribuir a combatir la VG en el ámbito sanitario. El programa de la actividad formativa está disponible en anexo 3. En otra espiral de la IAP y con el objetivo de evaluar el impacto de la actividad, el EI diseñó el “Cuestionario de valoración de calidad del curso” ad hoc (disponible en anexo 4) para que los/as asistentes lo cumplimentaran al finalizar la actividad.

^e La cual se pudo organizar gracias a contar con el soporte del proyecto de investigación 2016ACUP083 “Prevención y detección de las violencia de género durante el embarazo: de la violencia machista a la violencia obstétrica” financiado por RecerCaixa en la convocatoria de 2016. Y obtuvo la acreditación del Institut de Ciències de l'Educació (ICE) de la UB como curso de formación continuada.

Estrategia de acción 2.

En otra espiral de la IAP, se detectó la necesidad de revisar los instrumentos validados para la detección y evaluación de VG, con el objeto, posteriormente, de seleccionar el más adecuado para ser aplicado en el contexto profesional de las matronas de AP.

Se consultó el “Catálogo de instrumentos para cribado y frecuencia del maltrato físico, psicológico y sexual” del Observatorio de Salud de la Mujer (OSM) publicado en 2005¹⁴⁹, donde se recogían y analizaban 46 instrumentos: 41 validados y 5 no validados. De los cuales, validados en español aparecen: *Cuestionario breve para detectar situaciones de violencia de género en las consultas clínicas*²²³, *Domestic Abuse Assessment Questionnaire*²²⁴, *Conflict Tactics Scales (CTS2)*²²⁵, *Hurt-Insult-Threaten-Scream (HITS)*²²⁶ y *Woman Abuse Screening Tool (WAST)*²²⁷. Es decir, cinco instrumentos y todos de cribado. Bajo esa limitación, en una espiral de la IAP, se decidió profundizar en los instrumentos identificadas en la Guía del OSM analizando y describiendo las características, propiedades y, sobre todo, su aplicabilidad clínica, pero además actualizar la información identificando nuevos instrumentos validados o adaptados a otros idiomas, publicados en los últimos 15 años (2003- 2017).

Se realizó una revisión sistemática en las bases de datos inglesas y españolas: PubMed (literatura biomédica de MEDLINE), Cochrane Librabry (literatura con evidencia científica de alta calidad sobre el cuidado de la salud), ENFISPO (artículos de Enfermería, Fisioterapia y Podología de revistas en español), IME (artículos de biomedicina de revistas en español), , CINHAL (artículos de revistas de Enfermería y otras Ciencias de la Salud), CUIDEN (literatura sobre cuidados de la salud en español) y Cuidatge (artículos de Enfermería de revistas en español o catalán). Estrategia de búsqueda: en cada base de datos incluía operadores booleanos con el uso de las siguientes palabras claves: (intimate partner violence OR domestic violence OR spouse abuse) AND validation AND (scale OR questionnaire OR test) para las bases de datos en inglés, usándose las siguientes combinaciones para las bases de datos españolas: (violencia Y test), (violencia Y cuestionario), (violencia Y validación) en ENFISPO, IME y CUIDEN; y (violencia OR género) AND (validación OR escala OR cuestionario OR test) en Cuidatge.

La búsqueda se restringió a los trabajos publicados en los últimos 15 años y se amplió para localizar depósitos de tesis: Portal DART-Europe E-theses (base de datos de tesis doctorales europeas) y TESEO (base de datos de tesis doctorales españolas). Y literatura gris (es decir, literatura publicada fuera de las bases científicas), explorando los sitios web de organizaciones oficiales: el OSM en España, el Ministerio Español de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y la OMS; el System for Information on Grey Literature in Europe (SIGLE). Además se llevó a cabo una búsqueda activa en Internet empleando el buscador Google y Google académico para identificar estudios publicados en revistas no indexadas (donde los nombres de los cuestionarios encontrados previamente fueron usados como palabras claves).

El se reunió en diferentes ocasiones para seleccionar el instrumento más adecuado para ser aplicado en el contexto profesional de las matronas de AP. Con la aprobación del resto del GIAP, se decidió utilizar el cuestionario validado Index of Spouse Abuse (ISA) en su versión validada al español (α Cronbach 0.98)²²⁸ o en su versión original en inglés (α Cronbach 0.90-0.96)²²⁹ en aquellas mujeres que tuvieran un mejor dominio de la lengua inglesa que la española (en el apartado de resultados se detalla).

En otra espiral de la IAP, se reveló la pertinencia de determinar la prevalencia, características y los factores asociados a la VG en las mujeres embarazadas que continúan con embarazo o deciden interrumpirlo. Puesto que al aplicar el cuestionario ISA se podía contribuir a conocer el fenómeno de la violencia de género (averiguando cómo está afectando el fenómeno de la VG a mujeres embarazadas en la población de L'H). Partiendo de la hipótesis de que la exposición a la VG está asociada al IVE, al parto mediante cesárea y a complicaciones del recién nacido/a, se diseñó un estudio observacional, longitudinal, analítico, y prospectivo de cohortes. La recogida y análisis de los datos se detalla en el apartado siguiente (Fase III: implementación de las estrategias de acción).

Por cuestiones éticas, el EI consideró oportuno informar a la mujer del resultado del cuestionario ISA y proporcionarle el asesoramiento oportuno en caso de ser necesario. Para ello, antes de aplicar el instrumento validado, el EI razonó pertinente:

- Consensuar en el supuesto de que el instrumento determine que la mujer se encuentra en una situación de VG, el circuito a seguir: forma de registro en la historia clínica, derivación a otros servicios, asesoramiento a la mujer, etc. A modo de circuito interno (por ser una necesidad detectada por el EI y una demanda de las matronas).
- Conocer cómo se hace la acogida a las mujeres que se encuentran en contextos de VG en los recursos públicos al alcance, y establecer medidas para favorecer la coordinación desde el ASSIR con los mismos (ya que las matronas consideraban primordial interactuar y conocer a los/las profesionales que prestan asistencia específica a las mujeres en situación de VG).
- Disponer de material informativo de los recursos disponibles en la consulta en diferentes idiomas (puesto que fue una demanda explícita de las matronas y el EI consideró que podría ser un recurso útil para las mujeres migradas).

Se pidió colaboración a las jefas de los/las trabajadores/as sociales que prestan asistencia en L´H^f, pertenecientes al Institut Catalá de la Salut (ICS) y Consorci Sanitari Integral (CSI) y a la directora del Programa Municipal per a la Dona (PMD) del Ayuntamiento de L´H (al cual pertenece el Centre d'Atenció i Informació a la Dona: CAID), que nombró a una trabajadora social y una psicóloga como personas de referencia del PMD (ambas prestan asistencia psicosocial a mujeres en contexto de VG en el PMD).

Paralelamente, se pidió colaboración al PMD para participar como docentes en la actividad formativa de la estrategia de acción 1.

^f Los/las trabajadores/as sociales de Atención Primaria, son considerados según el Protocolo "Prevenió i tractament de la violència contra les dones" del PMD de L´H del 2006⁴⁴⁶ el primer nivel de recursos disponibles en la asistencia a las mujeres que se encuentran en una situación de VG, trabajando de forma coordinada con el PMD, el cual entre otras funciones ofrece atención multidisciplinar a mujeres en situación de VG.

El EI se reunió en diversas ocasiones con las colaboradoras mencionadas, se les presentó el instrumento elegido y se recogieron sus aportaciones y sugerencias en la aplicación del mismo. Al mismo tiempo, se consensuó el abordaje y circuito de derivación de las mujeres que según el cuestionario se encontraran en una situación de violencia a el/la trabajador/a social de referencia o al PMD.

Fruto del interés de crear lazos entre los/las profesionales del trabajo social, del PMD y de las matronas, se propuso que todos/as dispusieran del contacto del resto de los/las profesionales, para ello se generaron listas de contactos que fueron intercambiadas (para comentar casos, resolver dudas, etc.). Conjuntamente se generaron espacios donde se pudieran encontrar los diferentes profesionales, y así compartir experiencias y que las matronas pudieran conocer cómo se hace la acogida a las mujeres en los recursos públicos al alcance. En el caso de los/las trabajadores sociales, el espacio de encuentro se produjo en una reunión con las matronas de L'H, en el caso las profesionales del PMD, el espacio de encuentro se produjo durante la implementación de la actividad formativa (estrategia de acción 1). El PMD facilitó folletos del centro en diferentes idiomas (español y catalán; y multilingüe: inglés, francés, italiano, portugués, árabe, ruso, rumano, urdú, chino) al ASSIR, los cuales fueron distribuidos a las matronas. Igualmente desde el PMD informaron que disponen de traductores que solicitan de forma previa a la visita de la mujer si es necesario. Asimismo, aludieron a un recurso para uso puntual en caso de control extremo por parte de la pareja violenta que impida desplazarse a la mujer al PMD, en cuyo caso una de las trabajadoras sociales del PMD podría acudir al ASSIR para realizar la entrevista durante el seguimiento del embarazo. La mencionada información fue transmitida a todas las matronas del GIAP.

En otra espiral de la IAP, se generó el documento: "Manual de aplicación del instrumento ISA y abordaje de las mujeres en contextos de violencia de género" (disponible en anexo 5 con los datos de los profesionales anonimizados) donde se recoge cómo aplicar el cuestionario ISA, cómo comunicar a las mujeres el resultado positivo del cuestionario, circuitos de derivación a otros/as profesionales en caso de ser necesarios y sugerencias de registro en la historia clínica. Dicho manual fue presentado al equipo de trabajadores sociales, a las personas de referencia del PMD y al GIAP en diferentes reuniones de trabajo, sus aportaciones y sugerencias fueron atendidas e incorporadas al mencionado manual.

Fase III: Implementación de las estrategias de acción.

El objetivo de esta fase fue poner en marcha las estrategias de acción diseñadas en la fase anterior.

Se llevó a cabo entre diciembre de 2017 y diciembre de 2018⁹. La recogida de datos se realizó mediante diarios de campo, los cuestionarios validados ISA (español e inglés) y cuestionarios ad hoc.

Al acabar la fase se había implantado con éxito las dos acciones de mejora priorizadas. A continuación se detalla.

Estrategia de acción 1. Implementar una actividad formativa sobre detección y abordaje de la violencia de género durante el embarazo.

Se invitó a asistir a la actividad formativa facilitándoles el programa (anexo 3) a todas las matronas del GIAP y otros/as profesionales de la salud. Se ofrecieron 50 plazas que se ocuparon rápidamente, por lo que se procedió a ampliarlas, ofertando finalmente 70 (según aforo de la sala). Se implementó la actividad formativa sobre detección y abordaje de la VG durante el embarazo dirigido a matronas y otros/as profesionales sanitarios/as. Posteriormente, los asistentes evaluaron la calidad del mismo mediante el “Cuestionario de valoración de calidad del curso” ad hoc (anexo 4). El cuestionario constaba de 24 ítems a los que se aplicaba una escala de valoración tipo Likert, de cuatro niveles, además de ofrecer un espacio para recoger respuestas abiertas en torno a la mejora de la actividad. Los ítems valoraban ocho aspectos: organización; horario; instalaciones y medios técnicos; contenidos y metodología; enfoque de los temas; competencia de las formadoras; valoración general del curso; y grado de satisfacción general. Las respuestas cuantitativas fueron descritas mediante media; respecto a la información cualitativa, fue analizada mediante vaciado de las respuestas directas.

⁹ El final de la Fase III se superpone a la Fase IV, puesto que algunas variables correspondían a resultados perinatales. Fue necesario esperar a que todas las mujeres pasaran el periodo del puerperio (primeros cuarenta días tras el parto) para dar por concluido el trabajo de campo de la Fase III.

Estrategia de acción 2. Aplicar un instrumento validado adecuado para la detección de la violencia de género durante el embarazo.

Se aplicó un instrumento validado (cuestionario ISA) para la detección de la VG durante el embarazo por parte de las matronas. Se recogieron otros datos sociodemográficos y obstétricos de las gestantes con un cuestionario ad hoc, y se abordaron los casos que según el cuestionario se encontraban en una situación de VG. A continuación se detalla la recogida y análisis de los datos.

Sujetos de estudio.

Criterios de inclusión: mujeres que solicitan un IVE y mujeres que acuden al seguimiento gestacional o del puerperio en alguno de dos centros ASSIR de L'H y hablen español o inglés (excluyendo la primera visita de seguimiento del embarazo).

Criterios de exclusión: menores de edad y gestantes que no hayan tenido pareja masculina en el último año o que acudan para la asistencia al parto a un centro privado.

Recogida de datos.

Tres matronas del EI (dos en el centro de Just Oliveras y una en Ronda Torrasa) iniciaron una prueba piloto de aplicación del cuestionario ISA y del "Manual de aplicación del instrumento ISA y abordaje de las mujeres en contextos de violencia de género" con 70 mujeres en el mes de diciembre de 2017. Para posteriormente en una reunión en enero de 2018 con todas las matronas del GIAP compartir la experiencia y solicitar su colaboración. Todas las matronas aceptaron participar en la aplicación del instrumento, pero algunas expresaron que no se sentían seguras a la hora de abordar las situaciones en las cuales según el cuestionario ISA la mujer se encontrara en una situación de VG, para ello se acordó que una matrona del EI las acompañaría durante esas visitas^h.

^h Se produjeron cambios en el GIAP: una matrona se jubiló y otra se cambió de centro de trabajo, por lo que se incorporaron a la Fase III y IV de la IAP otra matrona y una enfermera. La última no realiza seguimiento gestacional, pero sí asistencia a las mujeres que solicitan un IVE, en su caso se ha identificado también como "m" en el apartado de resultados para mantener su anonimato (mostró interés en participar en el trabajo, pero expresó que no deseaba abordar los casos en que según el cuestionario ISA la mujer se encontrara en una situación de violencia, el EI se encargaría de hacerlo).

En días sucesivos a esta reunión, se hizo llegar al GIAP el material necesario para la aplicación del cuestionario ISA: un archivador, en cuyo contenido aparecía el “Manual de aplicación del instrumento ISA y abordaje de las mujeres en contextos de violencia de género” (disponible en anexo 5), cuestionarios en español e inglés, hojas de registro de las mujeres que no participan en el estudio (disponibles en anexo 6), documentos de consentimiento informado en español e inglés (disponibles en anexo 9) e información de los recursos disponibles y folletos del PMD en diferentes idiomas.

El cuestionario ISA consta de 30 preguntas sobre la exposición a la VG en el último año (22 sobre violencia psicológica y 8 sobre violencia física, de las cuales 2 de ellas son sobre violencia sexual). Cada pregunta refleja una conducta de la pareja y la mujer debe indicar la frecuencia de cada una en una escala tipo Likert. Para interpretar el cuestionario, las preguntas reciben valores diferentes, ya que indican formas de violencia de mayor o menor gravedad. Se aplica una fórmula matemática para obtener el resultado final y se toman puntos de corte diferentes para determinar que una mujer se encuentra o no expuesta a la violencia psicológica y/o física. Si alguna pregunta no ha sido respondida computa como 0. El valor de cada pregunta y los puntos de corte son diferentes para el cuestionario ISA en su versión original y para el ISA en su versión adaptada en español, se utilizó en cada caso el pertinente^{228,229,230}.

La técnica de muestreo fue no probabilístico accidental²³¹. Las matronas ofrecían participar en el estudio a todas las mujeres a medida que acudían a la consulta para solicitar un IVE (en la primer o tercera visitaⁱ, puesto que son las que realiza la matrona) o para el seguimiento gestacional o puerperal.

ⁱ En un primer momento el EI había planificado captar a las mujeres que solicitan un IVE durante la tercera visita, pero durante la prueba piloto se detectaron pérdidas de casos porque algunas mujeres no acudían. Por ello, se decidió que las mujeres que solicitaba un IVE serían incorporadas al estudio en la primera o en la tercera visita.

El tamaño muestra fue calculado para el ajuste del modelo multivariante, siguiendo las recomendaciones de Peduzzi et al.²³²: disponer de diez eventos de interés por parámetro a estimar. El modelo multivariante fue aplicado al IVE, parto mediante cesárea y complicaciones del recién nacido/a para probar las hipótesis planteadas. Respecto al evento IVE, se analizaron once variables explicativas junto con el término independiente: siendo necesario reclutar a un total de 120 mujeres que acudían para un IVE. En el caso de las mujeres que continúan con el embarazo, respecto al evento cesárea y complicaciones del recién nacido/a, se analizaron cuatro variables explicativas junto con el término independiente (siendo necesario 50 casos de parto por cesárea y 50 casos de complicaciones del recién nacido/a). Asumiendo un porcentaje previsible del 18.64% de cesáreas y de 13.53% de complicaciones del recién nacido/a (según los datos del hospital de referencia) y previniendo una pérdida de casos del 2%: era necesario un total de 377 mujeres que continúan con el embarazo (según el modelo más exigente, en este caso complicaciones del recién nacido/a).

Se registraron aquellos casos que la mujer no quería participar o cumplían algún criterio de exclusión. Los datos fueron recogidos entre diciembre de 2017 y diciembre de 2018. Se incorporaron al estudio (entre marzo y junio de 2018) las mujeres que tras la información necesaria, dieron su consentimiento por escrito. La matrona (o enfermera) pedía a la mujer que auto-cumplimentara a solas el cuestionario ISA al final de la visita, en su versión validada al español²²⁸ o su versión original en inglés²²⁹ (en aquellas mujeres que tuvieran un mejor dominio de la lengua inglesa que la española). La matrona (o enfermera) cumplimentaba una serie de datos sociodemográficos y obstétricos con un cuestionario ad hoc, aquellos que pueden no estar disponibles en la Historia Clínica Informatizada de la mujer (disponible en anexo 6). El cuestionario ISA fue evaluado a posteriori por el EI, los resultados fueron comunicados a la matrona de referencia.

En sucesivas visitas, se informaba a la mujer del resultado del cuestionario. En caso de ser positivo, si la mujer no tenía una visita sucesiva programada, se citaba expresamente (en el plazo máximo de un mes) para ofrecerle recursos de ayuda, seguidamente se les preguntaba por el momento de inicio de la violencia (antes o durante el embarazo). Las matronas del EI actuaban siempre que fuera necesario con la matrona de referencia, planificando la forma de informar a la mujer e incluso estando presente durante la visita informativa (para que la matrona de referencia aprendiera a abordar los casos).

[†] Hospital General de L'Hospitalet durante el año 2016.

Más tarde, cuando se produjera el nacimiento (en los casos de las mujeres captadas durante el embarazo) se accedió a través de su Historia Clínica Informatizada, para obtener otros datos, como el tipo de parto y si se produjeron complicaciones durante el proceso. El mencionado seguimiento se realizó entre 2 y 6 meses después, dependiendo del momento gestacional de la captación.

Variables.

Las variables que se recogieron fueron las siguientes:

Para todos los sujetos de estudio:

- Exposición o no a la VG: psicológica, física y cualquier forma de VG (incluye VG psicológica o física) determinado por el cuestionario ISA. En caso de exposición a la violencia: momento de inicio de la violencia (antes del embarazo o durante el embarazo).
- Momento en que se cumplimenta el cuestionario (pre-IVE, post-IVE, segundo trimestre del embarazo, tercer trimestre del embarazo o puerperio).
- Sociodemográficas: edad (en años, agrupada en <26, 26-37 y >37), nacionalidad (país de nacimiento, agrupada en África, Asia, España, Indo-Pakistán, Resto de Europa y Sudamérica- Centroamérica), nivel de estudios (agrupada en sin estudios-primarios, secundarios, universitarios), situación laboral (agrupada en con ingresos: baja laboral, pensionista -ejemplos: viudedad, discapacidad, etc.-, prestación por desempleo, trabajo activo o sin ingresos: estudiante o tareas domésticas), consumo o no de tóxicos (alcohol, tabaco, otras drogas).
- Obstétricas: número de hijos previos, número de IVE previos, número de abortos no voluntarios previos (espontáneos o por causa médica).

Para las mujeres que continúan con el embarazo:

- Embarazo actual: factores de riesgo gestacional según el protocolo de seguimiento del embarazo de Cataluña^k (2ª edición) del 2005²³³ y nivel de riesgo (bajo, medio, alto, muy alto) al final del embarazo.
- Parto: tipo de parto (eutócico, cesárea o instrumentado -incluye espátulas, fórceps y ventosa-), presencia o no de complicaciones del parto (hemorragia, infección, mortalidad materna, sospecha de pérdida de bienestar fetal, trombosis, otros). Según diagnóstico empírico o analítico.
- Recién nacido/a: sexo (femenino o masculino), semanas de gestación en el momento del parto, peso (gramos), percentil (según Calculadora Fetal Medicine Barcelona del 2017²³⁴), presencia o no de complicaciones del recién nacido/a (complicaciones que implican ingreso en Unidad de Cuidados Neonatales o traslado de hospital).
- Puerperio (periodo de la cuarentena): presencia o no de complicaciones del puerperio (depresión puerperal, infección por mastitis, de la sutura, urinaria o uterina, hemorragia, otros). Según diagnóstico empírico o analítico.
- Presencia o no de factores de riesgo al final del embarazo que aumenta el riesgo de una cesárea^l según el protocolo de seguimiento del embarazo de Cataluña (2ª edición) del 2005²³³.
- Presencia o no de otros factores que aumentan el riesgo de una cesárea según la evidencia científica: cesárea previa, inducción al parto, macrosomía fetal (>4000g), prematuridad (menos de 37 semanas de gestación) y/o presentación fetal anómala (diferente a vértice) ^{218, 235-236}.
- Presencia o no de factores de riesgo al final del embarazo que aumenta el riesgo de complicaciones del recién nacido/a según el protocolo de seguimiento del embarazo de Cataluña (2ª edición) del 2005²³³.
- Presencia o no de otros factores que aumentan el riesgo de complicaciones del recién nacido/a según la evidencia científica: anomalías congénitas, prematuridad (menos de 37 semanas de gestación) y bajo peso (percentil menor o igual a 3)^{243,244,247,252- 256}.

^k El cuál era el vigente durante la elaboración de esta tesis. Clasifica los diferentes problemas de salud o complicaciones que pueden aparecer en el curso del embarazo como factores de riesgo medio, alto o muy alto. La suma de ellos hace que el embarazo se clasifique como de riesgo bajo, medio, alto o muy alto. En junio de 2018 se presentó la 3ª edición del mismo.

^l Puesto que no todos los problemas de salud o complicaciones que pueden aparecer en el curso del embarazo aumentan el riesgo de una cesárea o el riesgo de complicaciones del recién nacido/a, se hizo una selección de los que sí influyen, según el propio protocolo y la evidencia científica.

Análisis de los datos.

Las variables cuantitativas se describieron mediante frecuencia absoluta, porcentaje, media, mediana y rango intercuartil. Las variables categóricas se expresaron con frecuencia absoluta y porcentaje. Para la comparación entre grupos se utilizó el test de Wilcoxon para variables cuantitativas y el test exacto de Fisher para las categóricas. Para estudiar el efecto de la exposición a la VG y otros factores se ajustaron modelos de regresión logística multivariante sobre la variable IVE (en el global de la muestra), cesárea y complicaciones del recién nacido/a (sobre la muestra de mujeres que continuaron con el embarazo). Como se ha descrito en el apartado anterior, algunas de las variables se agruparon para proceder a su análisis. Un valor de $p < 0.05$ se consideró significativo y un odds ratio < 1 indica la reducción del riesgo, mientras que un odds ratio > 1 un riesgo mayor. El paquete estadístico utilizado fue R, versión 3.5.1.

Fase IV: Evaluación de las estrategias de acción implementadas.

Los objetivos de esta fase fueron evaluar los cambios ocurridos durante el proceso, conocer la experiencia de las matronas del GIAP durante las estrategias de acción, la percepción de su utilidad, y sus propuestas de mejora. Al mismo tiempo, contrastar el número de casos detectados tras la implementación de las dos estrategias de acción con los detectados previamente.

Se llevó a cabo entre julio de 2018 y diciembre de 2018. La recogida de datos se realizó mediante diarios de campo y dos grupos focales.

Recogida de datos.

Se concretó, vía correo electrónico, día y hora para realizar dos grupos focales con el GIAP, uno en cada centro y en horario de media día, para evitar desplazamientos y facilitar la asistencia de ambos turnos (mañana y tarde). El primero fue realizado de forma conjunta por una de las directoras de tesis y la doctoranda, el segundo por la doctoranda. A ellos acudieron todas las matronas, excepto una por encontrarse de baja laboral, un total de diez matronas y una enfermera. Cada grupo focal fue grabado y la duración promedio fue de sesenta minutos. Se utilizó un guion de preguntas abiertas que actuaron como pregunta estímulo (disponible en anexo 1).

Se tomaron notas de campo durante el proceso. No se repitió ningún grupo focal, puesto que se había respondido a lo que se solicitaba. Paralelamente, los datos obtenidos en el segundo grupo focal, fueron muy similares al primero.

Análisis de los grupos focales.

Tras la transcripción literal de las dos grabaciones, los textos fueron enviados vía correo electrónico a las participantes, por si deseaban hacer alguna aclaración o modificación. El análisis de los textos se basó en lo que refirieron las matronas y en el sentido que ellas mismas fueron generando al reflexionar sobre las estrategias de acción. Procurando comprender sus experiencias vividas respecto al fenómeno de la VG en el embarazo durante las acciones implementadas²²¹. El análisis de los datos se realizó siguiendo un enfoque inductivo, y de acuerdo a las recomendaciones de Taylor and Bogdan²¹⁹: 1) Descubrimiento 2) Codificación de los datos y 3) Relativización. Tres investigadoras (directoras de tesis y doctorada) identificaron de forma independiente los códigos iniciales para posteriormente hacer una puesta en común²²⁰. Es de mencionar que el grado de acuerdo fue elevado. Finalmente se obtuvieron cinco categorías de códigos y quince subcategorías o unidades de significado. Con el apoyo del programa Atlas-Ti v.7.5.10 se procedió a sistematizar la codificación, estableciendo las relaciones entre categorías y subcategorías (se desarrollarán en el apartado de resultados).

Criterios de rigor de las Fases I, II, III y IV.

Para garantizar la confiabilidad de la investigación, se tuvo en cuenta los siguientes criterios de rigor: la credibilidad (se contactó con todas las Universidades de Cataluña que imparten el grado de Enfermería y con el IES, y se entrevistó a quince profesores/as con diferentes características, se pudo entrevistar a todas las matronas que realizan asistencia en AP en L'H y se distribuyó a todas las personas asistentes a la actividad formativa el cuestionario de valoración ad hoc); la fiabilidad (las investigadoras se reunieron en diversas ocasiones para consensuar el sistema de categorías y triangular la aplicación de los códigos); la transferibilidad (se han descrito minuciosamente los contextos de investigación, las características de la muestra y el proceso de obtención y análisis de datos); y la confirmabilidad (se dispone de las grabaciones, transcripciones, notas de campo y análisis para su contraste)^{257,258}.

Fase V. Diseño y validación de un programa de formación continuada sobre detección y abordaje de la violencia de género en el embarazo para matronas y otros/as profesionales sanitarios/as.

La Fase V, es fruto de otra espiral de la IAP, la cual tiene como objetivo diseñar y validar un programa de formación continuada que dé respuestas a las necesidades formativas detectadas durante las fases previas.

Se llevó a cabo entre marzo de 2017 y marzo de 2019^m. La recogida de datos se realizó mediante revisión bibliográfica, diarios de campo y un cuestionario ad hoc.

Se ha desarrollado en dos fases: en primer lugar, el diseño del programa de FC y posteriormente, la validación del mismo.

Diseño del programa de formación continuada.

Se seleccionaron los contenidos del programa en base a una exhaustiva revisión bibliográfica y se recurrió a la experiencia formativa de las directoras de la presente tesis. El El diseñó el programa de FC en base a las necesidades sentidas por las matronas y a las detectadas por el EI en la Fase I de la investigación: considerando los contenidos, formadores y metodologías que las matronas valoraron como más pertinentes con tal de ampliar su formación en el tema. Conjuntamente, atendiendo a las necesidades formativas detectadas y a las metodologías de enseñanza-aprendizaje idóneas analizadas (basadas en las narraciones de las matronas y los profesores). Incorporando de esta forma la perspectiva teórica y práctica. Conjuntamente, en otra espiral de la IAP, se tuvieron en cuenta los elementos de mejora advertidos tras la implementación de la estrategia de acción 1 (Implementar una actividad formativa sobre detección y abordaje de la violencia de género durante el embarazo), recogidos mediante el Cuestionario de Valoración de la Calidad del Curso y mediante los grupos focales realizados con las matronas del GIAP que acudieron a la actividad formativa. Todos los elementos mencionados se desarrollan en el apartado de resultados. La estrategia de acción 1, puede ser entendida por tanto, como un “curso piloto” del programa de formación continuada, puesto que se presentaron sintéticamente algunos de los contenidos del mismo.

^m El Diseño del programa de formación continuada fue desarrollándose de forma paralela a la Fase II, III y IV.

Validación del programa de formación continuada.

Se procedió a la validación del programa de FC correspondiéndose con la denominada evaluación pre-formativa, siguiendo a Colás y Rebollo²⁵⁹, aquella que se centra en el análisis de necesidades o contexto y en el diseño. Estas autoras identifican tres momentos del programa en los que llevar a cabo procesos evaluativos: planificación, desarrollo del programa y resultados. Este trabajo se sitúa en la primera, planificación. De manera similar, siguiendo a Aguilar y Ander-Egg²⁶⁰, la validación realizada se sitúa en el momento “antes o ex-ante”, como indicador de “pertinencia, viabilidad y eficacia potencial” del programa de FC diseñado. Los otros momentos serían: durante (implementación de la propuesta o programa) y después (ex-post, resultados e impacto). La técnica de validación seleccionada fue la metodología de juicio de expertos de Pérez-Juste²¹⁷.

Según Cabero et al.²⁶¹, la validez de la técnica del juicio de expertos viene determinada fundamentalmente por dos aspectos: los expertos seleccionados y el instrumento utilizado para la recogida de la información de los mismos. Respecto a los expertos seleccionados, se optó por un enfoque mixto por lo que respecta a la procedencia de los evaluadores: externos e internos al programa; y del ámbito académico y/o asistencial. Atendiendo de esta forma a tres perspectivas: en primer lugar, sus protagonistas, dos matronas asistenciales (evaluadoras internas). En segundo lugar, dos docentes de la Escuela de Enfermería de la UB que son también matronas asistenciales, por su papel en la formación inicial y su perspectiva de las necesidades formativas de las matronas, por tanto con doble rol, asistencial y docente (evaluadoras externas). En tercer lugar, dos docentes más, uno procedente de la Facultad de Educación de la UB, por sus aportaciones en relación al enfoque pedagógico del programa, y otra procedente de la Facultad de Filosofía, por su perspectiva sobre la lógica interna del programa y de las cuestiones éticas en la detección y abordaje de la VG (evaluadores externos).

Por lo que respecta al instrumento, se confeccionó un cuestionario de validación ad hoc (anexo 7) con once preguntas que combinaba la obtención de información cuantitativa (en una escala tipo Likert de cuatro niveles) con la cualitativa (comentarios abiertos donde los/las expertos/as realizaban las consideraciones o sugerencias oportunas). Se incluyeron dos de los tres bloques de cuestiones fundamentales a examinar propuestos por Pérez-Juste²¹⁷: la calidad intrínseca del programa (concreción de finalidades y objetivos, justificación y exposición del marco teórico en que se apoya el programa); y la calidad técnica del programa (presentación de objetivos específicos, metodología y fundamentación, recursos y sistema de comprobación y mejora). Sin evaluar el tercer bloque: calidad metodológica del programa (aportaciones referidas a la implementación del programa, evaluación del mismo y optimización), puesto que como se ha mencionado la validación fue pre-formativa. El cuestionario incluía las preguntas básicas a examinar, según Pérez-Juste²¹⁷: pertinencia de los objetivos del programa en relación a las necesidades que pretende cubrir; la ya nombrada calidad intrínseca del programa entendida como fundamentación de lo diseñado; viabilidad por lo que respecta al contexto de aplicación, medios y recursos propuestos; y la también especificada calidad técnica o clarificación de objetivos, especificaciones necesarias y evaluabilidad del programa. A la vez, con el objeto de cubrir el abanico de consideraciones aportadas por las fuentes bibliográficas consultadas^{259,260,262} se incorporaron cuestiones sobre la temporalización, la coherencia y las referencias bibliográficas aportadas.

Se contactó vía correo electrónico con los/las seis expertos/as mencionados/as, en el correo se les informaba del trabajo y se le pedía que accedieran a evaluar el programa de FC con el cuestionario que se ha descrito anteriormente. Cuando se obtuvo sus respuestas, la información cuantitativa fue descrita mediante media. Conjuntamente, para determinar el grado de acuerdo entre los/as evaluadores/as, se utilizó el coeficiente de concordancia de Kendall. Respecto a la información cualitativa, fue analizada mediante vaciado de las respuestas directas. En otra espiral de la IAP, se incorporaron sus sugerencias al programa de FC y se modificaron aquellas cuestiones con peor puntuación, como la temporalización (en el apartado de resultados se detalla). Se siguió de esta forma las recomendaciones Aguilar y Ander-Egg²⁶⁰ que afirman que la evaluación debe ser utilizada tanto para enjuiciar el valor del programa, como para su perfeccionamiento. Finalmente, se envió un informe a cada de uno de los/las evaluadores/as agradeciendo su labor e informando de los resultados de la evaluación.

Criterios de rigor de la Fase V.

Para garantizar la calidad de la validación del programa, se tuvo en cuenta los “Estándares para la Evaluación de Programas, Proyectos y Materiales Educativos”, elaborados por “el Comité Conjunto de Estándares para la Evaluación Educativa” (Joint Committee de 1994)²⁶³. Según dicho comité, los estándares, se organizan en torno a cuatro atributos principales: utilidad, viabilidad, propiedad y precisión. A continuación se exponen los que se han cumplido (29 de un total de 30):

Estándares de utilidad (cumplidos 7 de un total de 7): Identificación de los interesados (matronas asistenciales). Credibilidad del evaluador (matronas asistenciales, profesorado de la Escuela de Enfermería, de la Facultad de Educación y de la Facultad de Filosofía de la UB). Foco y selección de la información (preguntas centrales relacionadas con el análisis de necesidades y la planificación del programa). Identificación de valores (se ha explicitado el enfoque de análisis e interpretación de los resultados de la validación). Claridad del informe (relatado en el apartado de resultados de la tesis). Oportunidad y difusión del informe (lectura y defensa de la tesis, previsión de difusión mediante congresos científicos y publicaciones científicas). Impacto de la evaluación (se puso los resultados de la validación a disposición de las matronas asistenciales participantes).

Estándares de viabilidad (3/3): Procedimientos prácticos (agilidad del procedimiento de validación). Viabilidad práctica (los/las evaluadores/as elegidos/as presentan los valores éticos oportunos para no sesgar ni usar de forma indebida los resultados). Eficacia de costos (el procedimiento produce información valiosa para la validación de manera sencilla).

Estándares de propiedad (8/8): Orientación hacia el servicio (el interés de la validación es asegurar que el programa responde a las necesidades formativas de las matronas en el ámbito de la VG durante el embarazo). Acuerdos formales (se ha pedido la colaboración a los/as evaluadores/as y la doctoranda se ha puesto a su disposición para clarificar dudas o consultas). Derechos de las personas (se les ha pedido su autorización para agradecer públicamente su colaboración en la validación). Relaciones humanas (la participación en la validación se ha efectuado desde el respeto y la cordialidad). Evaluación completa y justa (se ha solicitado máxima objetividad y sinceridad). Revelación de los resultados (se pone a disposición de todos/as los/as interesados/as los resultados de la validación). Conflicto de interés (no hay conflicto de interés entre los/las evaluadores/as ni entre ellos/ellas y la doctoranda). Responsabilidad fiscal (los/las evaluadores/as no recibieron ninguna compensación económica).

Estándares de precisión (11/12): Documentación del programa (se ha acompañado de contextualización, propósito, objetivos de aprendizaje, contenidos, metodología, actividades de enseñanza-aprendizaje y evaluación). Análisis del contexto (exposición del contexto institucional al que se dirige el programa). Propósitos y procedimientos descritos (se ha comunicado a los/las expertos/as la finalidad y procedimiento de la validación). Fuentes de información defendibles (se han descrito las referencias bibliográficas). Información válida (se ha descrito el procedimiento de validación utilizado). Información fiable (ibídem). Información sistemática (se ha asegurado la comprensión del procedimiento por parte de los/las evaluadores/as). Análisis de la información cuantitativa (se ha calculado media y coeficiente de concordancia de Kendall). Análisis de la información cualitativa (se ha tratado de manera objetiva y sistemática). Conclusiones justificadas (la adecuación de conclusiones expuestas se puede contrastar con la información recogida en la validación). Informes imparciales (se ha procedido de manera objetiva y el informe puede asimismo cotejarse con la información recogida durante la validación). No cumpliéndose: metaevaluación (ya que se vincula a procesos de evaluación formativa y sumativa, que no pre-formativa o de diseño).

3.3.5. Aspectos éticos.

Para realizar el estudio se tuvo en cuenta la “Declaración de Helsinki” de la Asociación Médica Mundial de 2013²⁶⁴, el “Codi de bones pràctiques en Recerca” de la Universitat de Barcelona de 2010²⁶⁵, la “Guía de buenas prácticas en investigación en Atención Primaria” del Instituto de Investigación en Atención Primaria (IDIAP) Jordi Gol de 2010²⁶⁶, la “Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal”²⁶⁷, la “Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica¹³⁹” y las “Recomendaciones éticas y de seguridad para la investigación sobre la violencia doméstica contra las mujeres” de la OMS del 2001²⁶⁸.

Previamente a la realización de la investigación, se obtuvo la aprobación del proyecto por parte de la Comisión de Bioética de la UB (IRB00003099) y del Comité Ético de Investigación Clínica del IDIAP Jordi Gol (P15/129) (disponibles en anexo 8). Se les facilitó a los sujetos de estudio de forma verbal y escrita información de los objetivos y del procedimiento del estudio. Cuando aceptaron participar, se solicitó su consentimiento por escrito, asegurándoles la confidencialidad y anonimato (se les entregó una copia del documento de consentimiento informado, disponible en anexo 9). Las dudas fueron atendidas y se puso a disposición de los participantes los datos de contacto de la doctoranda.

4. RESULTADOS

4.1. Fase I: Análisis de la situación.

4.1.1. Conocimiento de la formación inicial sobre violencia de género en el grado de Enfermería y la especialidad de Matrona en Cataluñaⁿ.

Características de las universidades y de las asignaturas donde se trata la violencia de género.

En la tabla 4.1 se muestran las catorce Universidades con Escuelas o Facultades de Enfermería de Cataluña, clasificadas según si son públicas o privadas, si se obtuvo o no la confirmación por parte del director/a o jefe/a de estudios, y las características de la asignatura donde se tratan los temas de VG tanto en el grado de Enfermería como en la especialidad de Matrona: contenido, el curso académico en que se imparte, el número de European Credit Transfer and Accumulation System (ECTS) y su carácter de obligatoria u optativa. También si se hizo, o no, entrevista al profesor/a responsable de la formación. De las catorce Escuelas o Facultades de Enfermería (cuatro públicas y diez privadas), en trece se contemplaban contenidos sobre VG en sus planes de estudios. La VG tiende a impartirse en asignaturas relacionadas con la Sociología, en el primer curso académico y con carácter obligatorio. Se pudo entrevistar a profesores de siete Escuelas o Facultades de Enfermería y de la especialidad de Matrona.

ⁿ Se han generado siete artículos (que aparecen en el apartado de difusión de resultados y en anexo 11), los dos primeros derivados de revisiones de la literatura, los cinco restantes se irán citando en cada una de las fases del apartado de resultados. Se ha considerado más coherente el redactado de la tesis en formato clásico y no como compendio de publicaciones. Concretamente los resultados de este apartado se recogen en el artículo 3: Intimate partner violence as a subject of study during the training of nurses and midwives in Catalonia (Spain): A qualitative study. Nurse Educ Pract. 2017; 27:13-21.

Tabla 4.1. Características de las universidades y de las asignaturas donde se trata la violencia de género.

Universidad			Asignatura				
Nº	Tipo de Universidad	Confirmación director/a	Contenido	Curso académico	ECTS	Tipo	Entrevista profesor/a
1	Pública	Sí	Sociología Psicología	1º 4º	9 6	Ob Ob	Sí (p4) y (p14) Sí (p8)
2	Pública	Sí	Psicología Sociología Comunitaria	1º 2º 3º	6 6 6	Ob Ob Ob	Sí (p16) Sí (p1) Sí (p10)
3	Pública	Sí	Comunitaria Sociología	1º 3º	6 3	Ob Op	No Sí (p13)
4	Pública	No	Comunitaria	3º	6	Ob	∅
5	Privada	Sí	Sociología Materno- Infantil	1º 3º	6 3	Ob Ob	No Sí (p15)
6	Privada	Sí	Materno- Infantil	3º	2	Ob	Sí (p6)
7	Privada	Sí	Sociología Materno- Infantil	1º 2º	9 6	Ob Ob	No No
8	Privada	Sí	Sociología Ética y Legislación Materno- Infantil	1º 2º 3º	6 6 3	Ob Ob Ob	Sí (p3) Sí (p2) Sí (p5)
9	Privada	Sí	Sociología	4º	4	Op	No
10	Privada	Sí	Sociología Psicología	1º 3º	6 3	Ob Ob	Sí (p7) Sí (p11)
11	Privada	No	Materno- Infantil	2º	5	Ob	∅
12	Privada	No	Comunitaria	1º	6	Ob	∅
13	Privada	No	Psicología	1º	6	Ob	∅
14	Privada	No	∅	∅	∅	∅	∅
Formación Matronas			Ética y Legislación	1º	1.5	Ob	Sí (p9) y (p12)

Fuente: elaboración propia.

Notas: Nº número; Ob Obligatoria; Op Optativa; ∅ Información no disponible.

Características del profesorado entrevistado que imparte formación sobre violencia de género.

Se entrevistó a un total de quince mujeres y un hombre. Las características del profesorado entrevistado pueden observarse en la tabla 4.2. Una profesora trabaja en la Universidad a tiempo parcial combinándolo con asistencia clínica. El resto actualmente se dedican a la docencia a tiempo completo, aunque catorce de ellos/ellas también tienen experiencia en asistencia clínica. Todos/as tienen más de seis años de experiencia docente universitaria. Siete profesores/as pertenecen a Universidades públicas, siete a privadas y dos imparten o impartían formación en la especialidad de Matrona.

Tabla 4.2. Características del profesorado.

Profesor/a	Género	Ocupación	Años de experiencia	Tipo de Universidad
p1	mujer	Tiempo completo	8	Pública
p2	mujer	Tiempo completo	8	Privada
p3	mujer	Tiempo completo	9	Privada
p4	mujer	Tiempo completo	10	Pública
p5	mujer	Tiempo completo	20	Privada
p6	mujer	Tiempo completo	22	Privada
p7	mujer	Tiempo completo	23	Privada
p8	mujer	Tiempo completo	24	Pública
p9	mujer	Tiempo completo	25	M (Pública)
p10	mujer	Tiempo completo	26	Pública
p11	mujer	Tiempo completo	27	Privada
p12	mujer	Tiempo completo	29	M (Pública)
p13	mujer	Tiempo completo	30	Pública
p14	mujer	Tiempo completo	36	Pública
p15	mujer	Tiempo parcial	6	Privada
p16	hombre	Tiempo completo	>30	Pública

Fuente: elaboración propia. Nota: M especialización de Matrona.

Las entrevistas individuales al profesorado ha proporcionado un denso conocimiento de su vinculación con el tema y de la manera como desarrollan su docencia en relación a la prevención y detección de VG. Se presenta la información, ordenada a partir de los cuatro temas identificados como centrales en el análisis (Trayectoria del profesorado, Contexto de la formación, Perspectiva y experiencias del alumnado y Propuestas de mejora en la formación inicial en violencia de género) y de las subcategorías más referenciadas. En la Figura 4.1 se recoge el árbol de códigos y la relación entre categorías y subcategorías de los mismos.

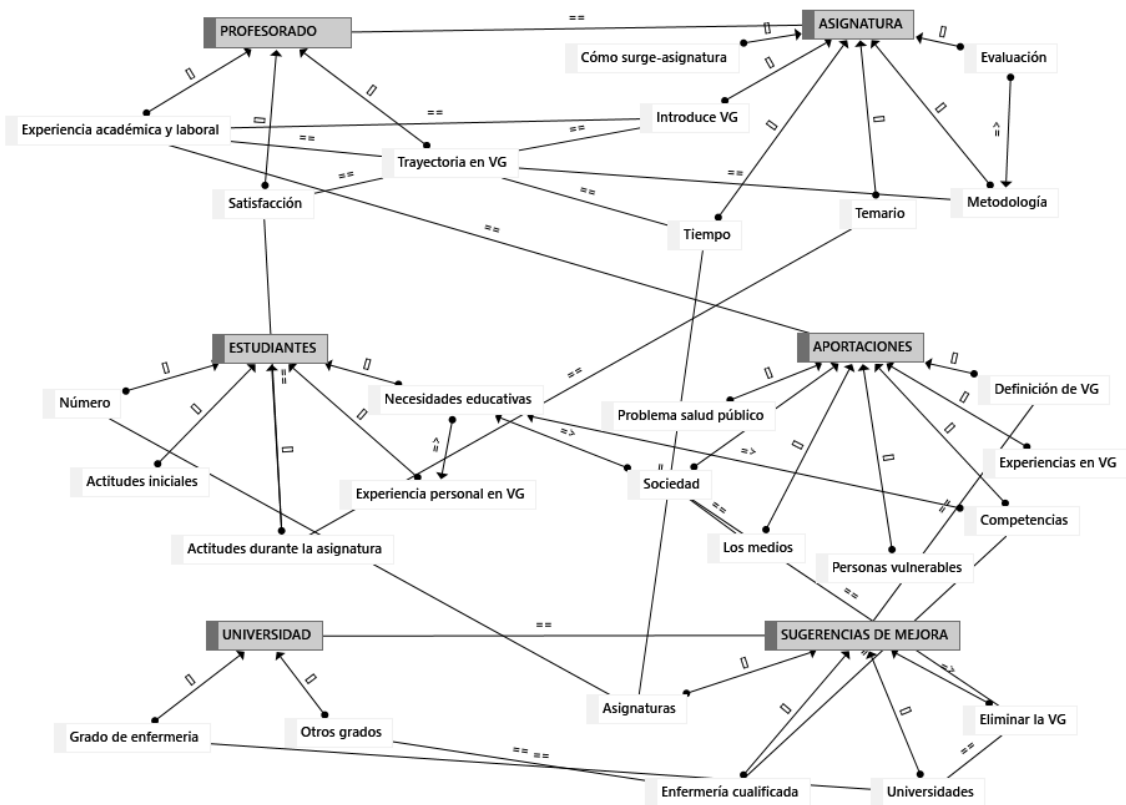


Figura 4.1. Árbol de códigos de las entrevistas al profesorado.

Fuente: elaboración propia.

Notas: □ es parte de; == está asociado con; => es causa de

Trayectoria del profesorado.

La mayoría de los/las profesores/as tiene una amplia trayectoria en tratar temas de VG, iniciada en ocasiones antes de dar clase en la Universidad. Así, se observa una especial sensibilidad en temas de VG que trasciende el estricto ámbito académico y se enraíza en la trayectoria personal. La mayoría demuestra experiencia en VG derivada de inquietudes y compromisos personales, académicos o de la experiencia laboral:

“Soy activista del feminismo desde los años 70, así es que experiencias he vivido muchas” (p11).

“Yo desde siempre he estado en grupos de mujeres (...). Luego también hice la tesis doctoral sobre el género (...) y es un tema que está presente en mi vida, como desigualdad social, como mujer, como madre y como todo” (p13).

“Trabajé unos cinco años de psicoterapeuta, ahí me di cuenta verdaderamente del impacto de la VG” (p16).

Experiencia significativa. El profesorado mencionaba vivencias personales que les habían impactado significativamente y que, en ocasiones, les habían cambiado su perspectiva o les había revelado la necesidad de ampliar sus conocimientos sobre VG:

“Tengo una amiga de hace muchísimos años (...) y a la madre la mató el padre. Entonces, hay casos así que me han marcado mucho (...) en cualquier lugar, en cualquier momento puede pasar, ¿no?” (p8).

“Cada año en los trabajos de fin de grado, siempre hay alguien que lo hace del tema de la VG. Y un alumno me lo hizo ver con su trabajo, que habría que profundizar mucho más” (p13).

Características y realidad de la formación inicial sobre violencia de género.

Contexto de la formación.

Asignaturas con contenido en VG. En la tabla 4.3 se muestran las principales características de las asignaturas en las que imparten contenidos sobre VG los dieciséis profesores/as entrevistados/as. Destacan los siguientes rasgos: la VG tiende a impartirse en asignaturas relacionadas con la Sociología, aunque en algunos casos también se aborda en asignaturas Materno-Infantil, Psicología, Ética y Legislación o Salud Comunitaria, en el 1º o 3º curso académico y con carácter obligatorio. El número de alumnos/as por clase en el grado de Enfermería y la especialidad de Matrona oscila entre 70 y 100, excepto en el caso de la asignatura optativa, que es cursada por 40 alumnos/as como término medio. Existe un claro predominio de la metodología docente activa, con trabajos en grupo en los que el alumnado expone al resto de los compañeros, trabajos individuales que entregan al profesor/a o sesiones participativas que invitan al debate, por ejemplo seminarios de discusión a partir de referentes externos (películas, páginas webs) o análisis de casos clínicos. Todos/as los/las profesores/as piden alguna tarea de evaluación relacionada con la VG, dentro del sistema de evaluación continua, y la mayoría incluye también una prueba escrita tipo test. En cuanto al tiempo, a lo largo del grado de Enfermería se dedican entre 1 y 9 horas a la VG, con una media de 5.5 horas. Dentro de cada asignatura se imparten entre 1 y 6 horas, con una media de 3 horas. En la especialidad de Matrona se imparten 2 horas. Quince de los dieciséis profesores/as entrevistados/as considera que es insuficiente el tiempo que le pueden dedicar a este tema:

“El número de horas me parece totalmente inadecuado, como para muchos otros temas, quiero decirte, temas como este, que nos pone los pelos de punta” (p11).

Tabla 4.3. Características de las asignaturas en las que imparten contenidos sobre violencia de género los dieciséis profesores/as entrevistados.

Profesor/a	Contenido	Curso académico	ECTS	Tipo	Nº alumnos/as	Metodología	Evaluación	Nº horas VG ^a (Nº horas clase) ^b
1	Sociología	2º	6	Ob	90	Trabajo individual sin presentación y clase teórica	Evaluación continua con o sin test	4 (60)
2	Ética y Legislación	2º	6	Ob	80	Trabajo individual sin presentación y taller de capacitación	Evaluación continua	2 (60)
3	Sociología	1º	6	Ob	80	Trabajo en grupo con presentación y clase teórica	Evaluación continua y test	3 (60)
4	Sociología	1º	9	Ob	90	Trabajo individual, trabajo en grupo con presentación y clase teórica	Evaluación continua y test	4 (90)
5	Materno-Infantil	3º	3	Ob	90	Trabajo en grupo con presentación y clase teórica	Evaluación continua y test	2 (30)
6	Materno-Infantil	3º	2	Ob	80	Trabajo en grupo con presentación	Evaluación continua con o sin test	6 (20)
7	Sociología	1º	6	Ob	80	Trabajo en grupo con presentación y clase teórica	Evaluación continua y test	6 (60)
8	Psicología	4º	6	Ob	90	Taller de capacitación y clase teórica	Evaluación continua y test	∅ (60)
9	Ética y Legislación	1º	1.5	Ob	60	Debate y clase teórica	Evaluación continua y test	5 (15)
10	Salud Comunitaria	3º	6	Ob	80	Taller de capacitación	Evaluación continua	2 (60)
11	Psicología	3º	3	Ob	80	Taller de capacitación y clase teórica	Evaluación continua y test	3 (30)
12	Ética y Legislación	2º	3	Ob	60	Taller de capacitación y clase teórica	Evaluación continua y test	8 (30)
13	Sociología	3º	3	Op	40	Trabajo en grupo con presentación y clase teórica	Evaluación continua	2 (30)
14	Sociología	1º	9	Ob	90	Trabajo individual, trabajo en grupo con presentación y clase teórica	Evaluación continua y test	4 (90)
15	Materno-Infantil	3º	3	Ob	100	Trabajo individual sin presentación y clase teórica	Evaluación continua y test	1 (30)
16	Psicología	1º	6	Ob	80	Trabajo en grupo con presentación y clase teórica	Evaluación continua y test	3 (60)

Fuente: elaboración propia.

Notas: a Número de horas dedicadas a la VG; b Número de horas de clase de toda la asignatura; Ob Obligatoria; Op Optativa.

Motivo para introducir temas de VG. De los dieciséis profesores/as entrevistados/as, seis tratan el tema de la VG en su asignatura porque constaba ya en los planes de estudio o el plan docente; dichos planes docentes son elaborados por las comisiones de estudio o comisiones de profesorado de cada Facultad. Sin embargo, diez profesores/as han introducido el tema en el plan docente de la asignatura que imparten por iniciativa propia, sin que ello implique la modificación de la redacción de los planes de estudio previamente aprobados. Lo añadieron al temario cuando se hicieron cargo de la asignatura, ya que consideran que es importante para Enfermería:

“Cuando trabajábamos otros años la sexualidad, aquí salía el tema de la relaciones y acababa saliendo el tema de la violencia. Y entonces pensé: démosle más peso, vamos a introducirlo (...). A mí me preocupaba que en toda la formación de Enfermería no había nadie que hablara de eso” (p6).

El cambio de los estudios de Enfermería de diplomatura (3 años) a grado (4 años), que tuvo lugar en España en el año 2007, impulsó a muchos/as profesores/as a incluir la VG en sus programaciones, por el aumento de créditos en la formación, aunque algunos/as la trataban ya en la anterior diplomatura. Los profesores/as en general, desconocen la situación de la formación en VG en la totalidad del grado de Enfermería: no están seguros acerca de si se trata en otras asignaturas y no saben exactamente cuándo se empezó a impartir:

“Yo desde el grado, si lo hacían antes lo desconozco (...) cuando empezó el grado, asumí ésta asignatura, ahí comencé a tratar el tema, pero si se trataba antes del grado, lo desconozco” (p3).

Temario. La mayoría de los/las profesores/as se centran en la aplicación práctica de la detección y abordaje de los casos de VG en el ámbito sanitario, es decir la detección, los protocolos de actuación y las consecuencias de la VG en la salud. Todos/as destacan la importancia de sensibilizar al alumnado y dotarles de herramientas:

“Principalmente sensibilizarlos, que no se encuentren que no saben qué hacer, que conozcan que hay un protocolo que tiene que seguir, que se lo tienen que tomar en serio” (p3).

Algunos amplían lo anterior con un enfoque más social, tratando las desigualdades, la vulnerabilidad de algunas personas a sufrir violencia (niños/as, mujeres, ancianos/as, inmigrantes), la influencia del género en la sociedad, los otros tipos de violencia relacionados con el género como la homofobia, los valores o la educación en la igualdad para prevenir la VG:

“Intentamos trabajar medidas preventivas y de educación. Empezamos a hablar de forma genérica de las desigualdades en salud, después abordamos la cuestión del género, las teorías feministas y después entramos en tema de VG” (p1).

La diversidad de enfoques. En Enfermería, en las asignaturas con contenidos en salud Comunitaria se expone la VG como un problema de salud pública. En las asignaturas con contenidos en salud Materno-Infantil se trata la VG en el embarazo y la repercusión en los niños/as. Desde las asignaturas de Ética y Legislación se explica al alumnado la responsabilidad legal y los posibles conflictos éticos que se pueden encontrar. Cuando se trata desde asignaturas con contenidos de Psicología se aborda desde la perspectiva de que las mujeres con trastornos psicológicos son más vulnerables a sufrir VG, y también desde las consecuencias de la VG en la salud psicológica. En las asignaturas con contenidos en Sociología, se aborda la VG como una desigualdad social derivada del poder patriarcal y se expone como actualmente continúan existiendo los comportamientos machistas en la sociedad. En el caso de la especialidad de Matrona, desde la asignatura de Ética y Legislación, se expone a los/las alumnos/as la responsabilidad legal que tienen, el deber de conocer los protocolos, específicamente en los casos de agresión sexual, y se abordan los posibles conflictos éticos que pueden surgir, asociados en su mayoría con el respeto a la autonomía de la madre, a la vez que se vela por el bienestar fetal:

“Generalmente tratamos la detección y abordaje desde la consulta, si conocen todos los documentos que desde el departamento están ya editados (...) después la parte legal (...)” (p12).

De forma común, todos/as insisten al alumnado respecto a que la VG es un problema de salud y desde ese marco su detección y abordaje es una de las competencias de Enfermería y Matrona.

Perspectivas y experiencias del alumnado.

Actitud inicial. Los/as profesores/as mencionan que el alumnado de Enfermería y Matrona, en general, al inicio prestan más interés a los problemas bio-médicos que a los aspectos sociales de la salud:

“La imagen social de la enfermera, los alumnos la tienen que ir completando y cambiando (...) que entiendan que la enfermera no es solo curar la herida, si no son otras cosas” (p3).

“(...) cuando las enfermeras entran en la especialidad a ser matrona, el objetivo es saber hacer partos, este el objetivo básico” (p9).

Los/as profesores/as comentan que al inicio de la asignatura, muchos/as alumnos/as del grado de Enfermería muestran indiferencia o se sorprenden cuando se tratan los temas de VG. Sobre todo ocurre si los/las alumnos/as son jóvenes y tiene poca experiencia clínica. No es tan visible en el alumnado de la especialidad de Matrona, porque suelen tener mayor experiencia clínica y, en general, son sensibles con todos los temas que afectan a las mujeres:

“Mucha gente joven cree que no existe la desigualdad en relación al género (...) Que ahora con las leyes, pues ya no existe. Porque piensan que lo del voto de las mujeres es una cosa que siempre ha estado ahí y no se dan cuenta de lo que ha costado (...)” (p13).

“Cuando hablamos de la especialidad de Matrona, es como si estuviéramos hablando de un máster, hablamos de un posgrado, entonces son gente titulada, algunos recién titulados pero otros que no, ya tienen experiencia profesional (...) Sí, sí, las matronas en estos temas, más o menos sensibles sí son, porque evidentemente lo son a todos los temas que se relacionan con la mujer, sí son sensibles” (p9).

También detectan grupos de alumnos/as que tienen actitudes que normalizan o favorecen la VG, hacen comentarios machistas, reproducen estereotipos de género o tienen tendencias sexistas. Esto se hace especialmente visible con la normalización de los celos:

“Pasamos una encuesta y nos quedamos bastante paradas de lo que contestaban los alumnos de Enfermería, pensaban que los celos es signo de amor, el amor romántico, que la VG es un problema de la casa que no tiene que salir, que es importante la manera en que las mujeres van vestidas. Entonces dijimos: ¡esto hay que trabajarlo!” (p13).

Actitud a lo largo de la asignatura. En general, el profesorado expresa satisfacción al ver la evolución de los/las alumnos/as a lo largo de la asignatura. Puesto que cambian su perspectiva: realizan comentarios de rechazo hacia la VG o adquieren una actitud de compromiso e implicación.

Experiencias particulares del alumnado. Los/as profesores/as mencionan que parte del alumnado ha vivido casos cercanos de VG. Además, comentan que las estudiantes de Enfermería y de Matrona son en su mayoría mujeres y por tanto susceptibles de sufrir VG, lo que lo hace aún más relevante impartir esa formación:

“Te encuentras que las cifras de VG entre las propias universitarias es alta, en adolescentes es alta, ya no solo porque van a atender a personas, sino porque ellas mismas son un público que puede estar inmerso” (p11).

De hecho, cuatro profesoras explican que han tenido casos de estudiantes que son o han sido víctimas de VG:

“Empezamos a detectar que había casos entre las propias alumnas, que nos venían a pedir asesoramiento, venían a pedirnos dónde podían hacer terapia” (p14).

Los/as profesores/as inciden en la importancia del análisis y la reflexión personal de las alumnas, ya que si no son capaces de identificar la VG en ellas mismas, difícilmente podrán ayudar a las mujeres en el ámbito asistencial.

Necesidades formativas. El profesorado cree que los/las alumnos/as, en general, deben sensibilizarse en temas relacionados con las desigualdades sociales y progresar en valores éticos. Deben ser conscientes de la posición privilegiada que tienen como personal sanitario. Por otra parte, los/las pacientes y sus familias suelen tener la confianza de explicar su problema al personal de Enfermería o de Matrona con más facilidad que a otros/as profesionales de la salud. El alumnado necesita aprender a escuchar activamente a las mujeres y verlas de forma holística. Los/as profesores/as, obviamente, creen que los/las alumnos/as deben tener recursos sanitarios para hacer frente a la VG, pero también psicológicos, para reconocer los signos o síntomas de la VG no explícita, y saber preguntar:

“Es más la relación personal, la sensibilidad, ver que la persona está triste y pensar que ahí puede estar pasando algo. Necesitan mucha psicología para poder verlo, pero también la sensibilidad de pensar que eso puede existir, porque si no sabes que algo existe, pues no lo ves” (p7).

Los/as profesores/as mencionan también la importancia de la formación de los/las alumnos/as a través de las prácticas clínicas:

“Yo creo que dentro de las prácticas clínicas (...) en algún momento ellos tienen que pasar por algún sitio que se haga esta detección. Porque es la mejor forma de que no lo olviden” (p8).

Esta formación puede ser bidireccional. Una profesora comentó que cree que los/las alumnos/as cuando realizan las prácticas, pueden contribuir en la sensibilización del personal de Enfermería Clínica. Los/as alumnos/as pueden preguntar si existen protocolos o qué se hace en los casos de VG:

“En el seguimiento de prácticas, vamos haciendo seminarios de reflexión sobre la práctica y quizás se podría pedir a los estudiante que pregunten a los profesionales: ¿qué hay?, ¿qué deja de haber? y ¿por qué deja de haber? O sea, la reflexión nuestra tiene que llegar luego a los profesionales asistenciales (...). Los alumnos son gente joven, que ahora tiene ganas de cambiar cosas” (p5).

Propuestas de mejora en la formación inicial en violencia de género.

En la asignatura. Se destaca principalmente el factor tiempo. Todos los/las profesores/as coinciden en que a pesar de que ha aumentado el número de horas con el cambio de la diplomatura al grado, les sigue faltando tiempo para tratar en profundidad este tema y muchos otros. La mayoría cree que disponer de más horas les permitiría trabajar el tema con mayor profundidad, utilizar más las metodologías interactivas y trabajar con grupos reducidos de alumnos/as, donde el alumnado podría expresar sus opiniones con mayor libertad y reflexionar en torno a su propia realidad. También incluirían en sus clases medios audiovisuales, como películas, o invitarían a organizaciones de mujeres víctimas de VG a participar en las clases, a fin de tomar mayor conciencia de la realidad estudiada desde la experiencia y la dimensión afectiva.

En el grado de Enfermería y la especialidad de Matrona. Todos los/las profesores/as están de acuerdo en proponer que los temas de la VG y de género se impartan de forma transversal. Es decir, a lo largo de los cursos y en las diferentes asignaturas, también en las prácticas clínicas y en los trabajos de investigación de fin de grado. Ya que el factor género está presente en cada fragmento de realidad.

Comentan también que la formación tanto en el grado de Enfermería como en la especialidad de Matrona, debería tener también un enfoque humanista y no sólo biomédico, cobrando más importancia las cuestiones sociales. Puesto que los problemas sociales repercuten en la salud de las personas:

“Tanto Enfermería como en la especialidad de Matrona, todo lo que son ciencias de la salud, en general todavía nos mantenemos mucho en este paradigma biomédico. Y en Enfermería que tendría que tener precisamente esta parte más humanista (...). No digo que todo el mundo, pero el enfoque que les damos, sí que sigue priorizándose la parte biomédica” (p9).

Para conseguir lo anterior, algunos/as profesores/as creen que se debe dar más importancia a la perspectiva social de la salud ya al principio, cuando se diseñan los planes de estudios del grado de Enfermería:

“En el plan de estudios, en general todo lo que tiene que ver con valores, con cultura y con desigualdades, se le tendría que dar un poco más de peso. Lo que se hace desde la Universidad, tiene repercusiones en las personas” (p7).

También afirman que el propio profesorado debería ser más sensible y tener más formación en temas de género, en general, y en VG, en particular. Piensan que así se transmitiría mucho más a los/las alumnos/s la importancia que tienen los problemas sociales en la salud de las personas y se daría un gran avance en su enfoque transversal:

“Incluso muchas veces cuando pides a los profesores que no utilicen lenguaje sexista en los correos electrónicos, no sé, hay como una especie de mofa: desde que te escribo a ti correos electrónicos pongo arrobas en todas partes” (p1).

Proponen ideas para que la VG tenga más importancia, como hacer talleres, asignaturas optativas o animar al alumnado a que realicen el trabajo de fin de grado en estos temas.

En la Universidad. Los/as profesores/as proponen que se aborde el tema de la VG en todos los estudios relacionados con la salud, pero consideran que también deberían abordarse en aquellos que no están relacionados con la salud, como un tema central que debe incluirse en todos los estudios de nivel universitario:

“A nivel universitario, yo pienso que en algún momento, en todas las carreras se debería abordar (...) todos podemos en algún momento estar en contacto con una mujer y que pudiesen detectarlo (...), para concienciar a la sociedad” (p6).

Afirman que en las Universidades se forman profesionales, pero también se forman ciudadanos. Por tanto, esta educación como profesionales y como personas, tendrá repercusiones en beneficio de la sociedad:

“Si tienes la visión de que vas a formar ciudadanos, estos temas tendrían que tener una relevancia importantísima. Yo creo que no son temas para estar dentro de una asignatura, sino que son temas para formar ciudadanos, que es lo que queremos. Que les conviertan en mejores personas, que así serán mejores profesionales, eso es evidente” (p3).

En la sociedad. Los/as profesores/as remarcan que continúa existiendo machismo en la sociedad y que los roles familiares tradicionales se siguen reproduciendo; por ello remarcan la necesidad de cambios en el imaginario social, para disminuir la presencia de VG. Por otro lado, comentan cómo los medios de comunicación contribuyen a ello, por ejemplo normalizando la publicidad sexista. Critican cómo tratan la VG: habitualmente en las noticias, en los apartados de Sucesos; solo se habla de los casos más graves, es decir los feminicidios.

Todos/as destacan que para cambiar esta situación, el medio es la educación. Desde las Universidades, pero también desde las familias y los colegios:

“Ya desde el colegio tendrían que ser conscientes del problema, para que yo aquí solo tuviera que profundizar y reforzar la responsabilidad como enfermeros. Porque claro, los cambios que hagamos en la gente joven serán los cambios sociales que habrá en un futuro” (p3).

4.1.2. Conocimiento de la formación continuada, detección y abordaje de la violencia de género en el embarazo en los ASSIR de L´Hospitalet de Llobregat^o.

Características de las matronas del GIAP.

Se entrevistó a un total de doce matronas, el total de las matronas de L´H, todas mujeres. Las características de las matronas entrevistadas pueden observarse en la tabla 4.4. Todas tienen vinculación laboral permanente con la institución. Las doce desempeñan tareas asistenciales, dos de ellas combinándolas con funciones de gestión. Existen dos grupos de edad, tres matronas tienen entre 34 y 41 años; las otras nueve entre 53 y 60 años.

Diez se formaron como matronas de forma inmediata o como máximo a los dos años de acabar sus estudios de enfermera. Las otras dos, trabajaron como enfermeras durante 9 y 13 años antes de cursar los estudios de especialización como matronas. Una vez conseguida la titulación de matrona, cuatro de ellas trabajaron como enfermeras generalistas en AP u hospitalaria entre 8 y 19 años, para después pasar a ejercer como matronas. Respecto a los años de experiencia como matronas en AP, existe un amplio rango de entre 2 y 30 años de experiencia, que no guarda siempre relación directamente proporcional con la edad. De hecho, si bien actualmente todas las matronas se dedican a tiempo completo a su trabajo en AP, todas tienen experiencia previa a nivel hospitalario en el área materno-infantil.

^o Los resultados de este apartado se recogen en el artículo 4: "Intimate partner violence during pregnancy and midwives' skills for detecting and addressing: a qualitative reading of their training and experience-based knowledge." En proceso de revisión en la revista Violence Against Women. Y en el artículo 5: "El saber experiencial de las matronas de Atención Primaria en la detección de violencia de género durante el embarazo. Estudio cualitativo." En prensa en la revista Enfermería Clínica.

Tabla 4.4. Características de las matronas.

Matrona	Edad	Enfermería^a	Matrona^b	Matrona en atención primaria^c
m1	60	1977	1979	15
m2	59	1978	1981	17
m3	59	1978	1982	26
m4	58	1982	1984	20
m5	56	1982	1985	24
m6	56	1982	1986	27
m7	55	1983	1986	30
m8	53	1985	1987	14
m9	53	1985	1996	20
m10	41	1996	1998	13
m11	39	1998	2013	2
m12	34	2003	2008	8

Fuente: elaboración propia.

Nota: a año de finalización de los estudios de Enfermería; b año de finalización de los estudios de Matrona; c años de experiencia como matrona en atención primaria.

El análisis de las entrevistas ha proporcionado un profundo conocimiento sobre la formación, capacitación y saberes de las matronas, construidos desde su formación y experiencia. Se presenta esta información estructurada a partir de los cinco temas identificados como centrales (Capacitación de las matronas en violencia de género, Necesidades formativas, Experiencias de detección y abordaje de la violencia de género, Obstáculos y facilitadores en la detección y abordaje de la violencia de género, y Propuestas de mejora en la detección y abordaje de la violencia de género), y de las subcategorías más significativas, que han permitido integrar en ellas también lo singular. En la Figura 4.2 se recoge el árbol de códigos y la relación entre categorías y subcategorías de los mismos.

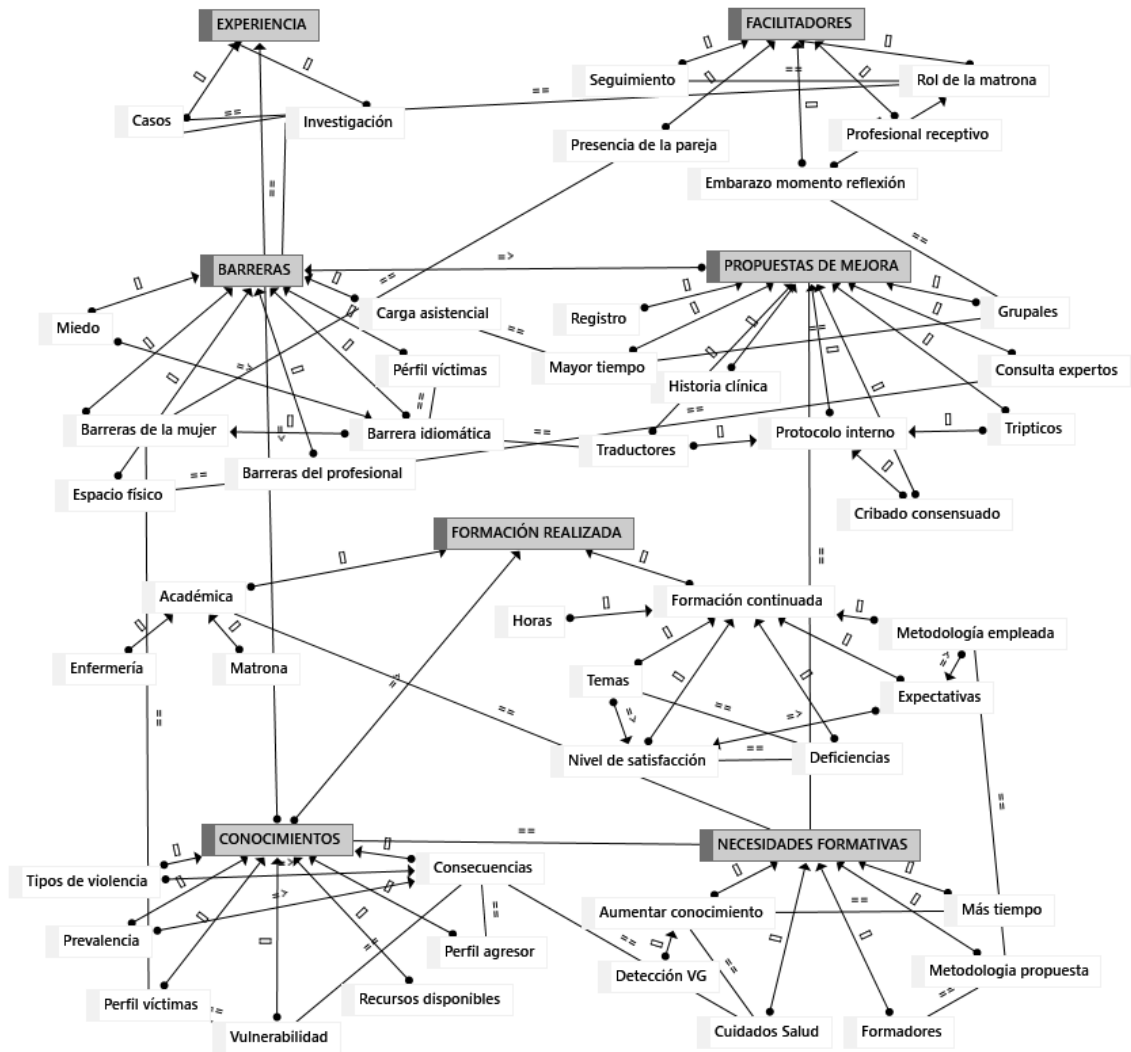


Figura 4.2. Árbol de códigos de las entrevistas a las matronas.

Fuente: elaboración propia.

Notas: [] es parte de; == está asociado con; => es causa de

Capacitación de las matronas en violencia de género.

Se presenta esta información a partir de los dos contenidos identificados como esenciales, por un lado, la formación realizada, distinguiendo aquí entre la formación sobre VG recibida durante los estudios universitarios y la relativa a FC. Y por otro lado, los conocimientos y capacitación de las matronas, fruto del proceso formativo y de sus años de experiencia profesional.

Formación reglada. De las doce matronas entrevistadas solo una recuerda haber recibido formación sobre VG durante sus estudios de Enfermería. Ésta lo hizo gracias a su inscripción voluntaria a un curso de créditos optativos. El resto de las matronas no recuerda haber recibir formación sobre VG durante su formación como enfermera. Lo atribuyen principalmente a que se formaron hace años en una época en que la VG era un aspecto que no se abordaba de forma abierta, no era tan visible socialmente como en la actualidad:

“No, la verdad es que no, hace treinta años que estudié Enfermería. Este tema ni se hablaba (...) ni en las clases, ni a nivel de profesionales, se comentaba (...) La gente ahora tenemos mucha más consciencia de este problema” (m8).

Durante el periodo de formación para la especialización como matrona, las cuatro matronas que hicieron la residencia en los últimos 21 años (m9, m10, m11 y m12), recibieron formación sobre VG (dos de ellas antes incluso de la promulgación de la Ley Orgánica 1/2004^P), aunque reconocen que la formación recibida fue de pocas horas y en aquel momento no se sintieron motivadas para profundizar de forma significativa en el tema. Le dieron poca importancia e incluso lo olvidaron, como en el siguiente caso:

“Fue una sesión, una tarde creo, pero no recuerdo exactamente los contenidos” (m11).

Las ocho matronas restantes, todas formadas hace más de 30 años, no recuerdan haber recibido formación sobre VG durante el periodo en que cursaron la especialidad:

“En absoluto, para nada (...) A nosotras nos prepararon mucho de cara al parto y al puerperio inmediato, pero ni seguimiento del embarazo, ni lactancia, ni problemas sociales” (m1).

Formación continuada. Todas las matronas han realizado FC sobre VG. Esta FC fue interna, es decir, organizada por la propia institución sanitaria, impartida dentro del horario laboral y dirigida conjuntamente a diferentes profesionales de la salud (médicos/as, enfermeros/as, matronas, auxiliares de enfermería, etc). Según los programas formativos revisados, se realizaron tres cursos con contenido relacionado con la VG: a ellos asistieron todas las matronas con excepciones puntuales y justificadas.

^P La Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género²⁰, indica que en las diplomaturas y licenciaturas (actuales grados) y en los programas de especialización de las profesiones socio-sanitarias, se incorporen contenidos sobre VG.

En la tabla 4.5 se detallan las características de dichos cursos, recogiendo el título, el año en que se llevaron a cabo, la duración en horas, los temas tratados y la metodología docente empleada. Entre el 2014 y el 2016 tres matronas recibieron un total de 16.5 horas de FC sobre VG, y las otras nueve, 22 horas.

Los temas de tales cursos que las matronas destacan en las entrevistas, fueron la detección y el abordaje de la VG desde la consulta sanitaria, haciendo especial énfasis en la asistencia a las adolescentes. Asimismo, se trató el abordaje de la violencia sexual y, de forma específica, la violencia hacia los niños y la VG durante el embarazo. La metodología docente que predominó fue la clase teórica, con excepción de uno de los cursos en el que se empleó una metodología mixta, es decir, se combinaron las clases teóricas con metodologías activas, en este caso a través de recursos audiovisuales (vídeos e imágenes proyectadas) que invitaban al debate. Ninguna matrona había realizado FC sobre VG fuera de la institución sanitaria.

Tabla 4.5. Características de la formación continuada sobre violencia de género realizada por las matronas.

Título	Año	Nº de horas	Temas	Metodología docente
Curso: Detección y prevención de la violencia machista	2014	5.5	Detección de la VG El ciclo de la VG Abordaje de la VG	Clase teórica
Jornada: Aproximación a la violencia de género	2015	5.5	Detección de la VG Circuitos de atención Violencia en los niños Abusos sexuales VG en adolescentes VG en el embarazo	Clase teórica
Curso: Sensibilización y prevención de la violencia de género	2016	11	VG en los adolescentes Diversidad sexual y de género	Taller de capacitación y clase teórica

Fuente: elaboración propia.

De los tres cursos mencionados, las matronas destacan elementos que resultaron reveladores y que les han hecho cambiar su percepción de la VG. Como muestra de ello, destaca la percepción de cómo están normalizadas socialmente determinadas formas de violencia hacia las mujeres:

“Me encantó porque incluso a veces nosotras mismas, no somos conscientes de la violencia que puede haber, porque hay cosas que ya están como estipuladas en la sociedad (...)” (m6).

Por otro lado, una matrona explica que, tras uno de los cursos, una compañera, también profesional sanitaria, le reveló que al asistir se había dado cuenta que ella misma había sufrido VG, y que no fue consciente de ello hasta ese momento, debido a la normalización social de algunas formas de VG:

“Hubo una compañera que vino a decirme: ¡yo a raíz de esta formación, me he dado cuenta que he sido maltratada! (...) Esta persona era un profesional sanitario y no lo había detectado como violencia, lo tenía normalizado” (m10).

Las matronas destacan elementos de dichos cursos que les han hecho mejorar sus competencias en el desarrollo de la asistencia clínica, en especial en lo concerniente a la prevención de la homofobia en los adolescentes, como otra forma de violencia relacionada con el género:

“Bueno, me fue muy bien de cara a la educación sanitaria con los adolescentes sobre VG (...) es decir que hay que hablar de todas las posibles parejas habidas y por haber, no solo de un chico y una chica” (m4).

A continuación, se ofrece las reflexiones de las matronas en relación a sus procesos formativos combinados con los años de práctica profesional.

Capacidad de detectar situaciones de violencia en las mujeres que asisten. Desde la formación recibida y gracias a su saber experiencial tras años de ejercicio profesional, las matronas identifican diferentes formas de violencia, nombrando principalmente la violencia psicológica, la física y la sexual. Opinan que la violencia psicológica es la más frecuente:

“En nuestra sociedad, la violencia física sí que está mal vista, pero otras formas como la sexual está más normalizada (...) En el post-parto me he encontrado a mujeres que dicen que se sienten presionadas por sus parejas a reiniciar las relaciones sexuales” (m10).

Consideran que su capacidad en la detección de situaciones de violencia se rige por su percepción y sensibilidad. En general, no preguntan de forma sistemática sobre VG. Sin embargo, explican que sí lo hacen si detectan algún signo de sospecha, ya sea físico o psicológico:

“(...) me hace sospechar que no se presente a las visitas, que llegue tarde, ves algo y sí empiezas a indagar (...) Entonces intento quedarme a solas con la mujer” (m2).

Algunas matronas expresan que no preguntan de forma directa sobre VG, sino que tienen presente la posibilidad y lo preguntan de modo indirecto, al interesarse por el estado emocional de la mujer y la relación con su pareja:

“Yo lo que hago como de una forma natural es preguntar: ¿está contenta?, ¿tu pareja te ayuda? (...) lo hago de esta manera, ¿qué tal?, y ¿qué dice tu pareja?...” (m6).

También alertan que cada vez detectan más casos de VG entre las adolescentes que asisten, principalmente violencia psicológica y sexual. Por ejemplo, cuando las chicas manifiestan que se sienten presionadas, de una u otra manera, a tener relaciones sexuales sin protección:

“Visitamos muchas chicas jovencitas que vienen por la pastilla post-coital o vienen para información de IVE y te dicen que él se ha negado a ponerse el preservativo” (m1).

Sin embargo, entre las matronas entrevistadas, existen dudas respecto a cuáles son los límites para considerar que una mujer se encuentra o no bajo una situación de violencia:

“Las mujeres te dicen: el preservativo no se lo pone, antes cambia de pareja (...) Yo a esto ya me he acostumbrado, me parece fatal, pero no diría que es violencia” (m3).

Conocimientos sobre el perfil de las víctimas. Las matronas hacen notar que, a su entender, cualquier mujer puede ser víctima de VG independientemente de su nivel socio-cultural o económico, y que no hay un perfil concreto. Aunque algunas matronas sí aluden a la posibilidad de que exista una mayor prevalencia de casos entre las mujeres que han vivido situaciones de VG en la infancia, o que han sido educadas en sociedades intensamente patriarcales que normalizan ciertas formas de VG:

“Pero sí que quizás más frecuentemente en mujeres que desde pequeñas han tenido una educación de que el hombre es superior, que hayan podido vivir otros casos (...) pueden vivir la violencia como normal o incluso merecida” (m11).

Algunas matronas consideran que las embarazadas o las mujeres que acaban de tener un bebé, pueden ser más susceptibles de sufrir violencia, principalmente ocasionado por los cambios de rol en la pareja. También consideran que a determinadas mujeres que asisten les resultará más difícil salir de esa situación violenta, a causa de su falta de independencia económica o la existencia de uno o varios hijos. Primordialmente las mujeres inmigrantes, a las que se añade, en muchas ocasiones, que no tienen la red de apoyo (porque quedó en sus países de origen) y desconocen el idioma de la sociedad de llegada y los recursos sociales disponibles a tal efecto:

“(..) aquí que están a lo mejor solo con su pareja o con su pareja y sus hijos, dicen: ¿dónde voy?, cuando además muchas veces hay una dificultad idiomática añadida” (m10).

Conocimientos sobre el perfil de los agresores. A partir de su formación y su experiencia profesional afirman que los hombres maltratadores no cumplen tampoco un único perfil socio-cultural o económico. Pueden ser hombres que se comportan correctamente en la consulta cuando acompañan a sus parejas, sin generar sospechas de su carácter violento en el ámbito familiar:

“No creo que haya un perfil concreto. Puede ser un hombre amable, educado que nunca te lo imaginarías” (m7).

Conocimientos en relación a las repercusiones de la VG en la salud de las mujeres. Reconocen que la VG puede repercutir gravemente en la salud de la mujer, tanto en el ámbito físico como psicológico. Sugieren que en el caso de las embarazadas, los daños se amplían al poder afectar al feto, al curso del embarazo, al parto y al cuidado del recién nacido/a:

“(..) cuando hay agresión de la forma que sea, hay una somatización en la persona, que puede que no se dé ni cuenta de por qué siempre le pasan cosas. Le duele la cabeza...una serie de síntomas (...)” (m6).

“El estado de nerviosismo constante de la mujer, que tenga miedo, le tiene que afectar de alguna forma, esa tensión se puede transmitir al feto” (m11).

Capacidad en el abordaje de los casos. Para el abordaje de los casos, las matronas se basan, fundamentalmente, en su criterio individual, fundamentado en la formación recibida y la experiencia acumulada. Aunque saben que existen protocolos oficiales, reconocen que no los usan tanto como deberían.

La presión asistencial no les permite poner al día sus conocimientos. Todo ello influye en la percepción generalizada de que sus conocimientos al respecto no están suficientemente actualizados:

“Si hay protocolos, en intranet⁹ estarán, pero no puedo estar mirando cada día los protocolos que hay, no tengo tiempo” (m11).

Todas las matronas señalan que, ante la detección de un caso de violencia, actúan derivando a la mujer a otros/as profesionales. Derivan a los servicios sociales del propio centro sanitario o les facilitan, a las mujeres, el número de teléfono de atención a las víctimas (disponible para todo el país). Solo tres matronas nombraron los servicios de información y atención a las mujeres víctimas de VG (en el caso de L’H, el CAID del PMD):

“También el CAID que hacen un abordaje multidisciplinar. Pero yo trabajo mucho con los trabajadores sociales del ambulatorio, porque puedes hablar con ellos personalmente” (m10).

Necesidades formativas.

Se recogen a continuación, cuáles son las demandas, necesidades e intereses de las matronas en este tema, así como las orientaciones generales de cara a su satisfacción.

Desarrollar la formación. Las matronas señalan que les gustaría profundizar más en su formación a través de cursos específicos que tengan contenidos tales como las manifestaciones de la VG en las diferentes culturas y pautas para abordarlas. El alto nivel de diversidad cultural entre las mujeres que asisten, incrementa la dificultad y complejidad de la detección. Les gustaría que los cursos fuesen dirigidos y programados específicamente para matronas, puesto que los realizados hasta el momento eran más abiertos y estaban dirigidos a diferentes profesiones de la salud. Se muestran interesadas, receptivas y optimistas para seguir formándose en este tema y mejorar así la asistencia:

“Necesitamos un curso específico para nosotras, cuando hemos hecho esas sesiones para todos, pues se tratan generalidades” (m9).

⁹ Red informática interna de la institución sanitaria.

Formación para la detección. Demandan mayor formación para abordar la entrevista con la mujer, es decir, saber cómo preguntar y mostrarse receptivas y sensibles para crear un clima de intimidad que favorezca que la mujer se sienta cómoda para explicar su situación. Además, se desprende de la información que necesitan estrategias que les permitan hacerlo a pesar de la presión del tiempo limitado que tienen para cada consulta:

“Aprender a trabajar la confianza para poder llegar a que la mujer se sincere (...) echo de menos formación a nivel general en estos temas para que seamos sensibles y seamos sensibles a la hora de abordarlos. La mujer tiene que tener la confianza y que tú sepas de qué manera abordarla, pero para eso se necesita tiempo, si le quieres dar un margen para que hable, los silencios, el llanto, se te va el tiempo, claro” (m11).

Por otro lado, conceden una gran importancia a saber observar, acostumbrarse a ello y reconocer indicadores indirectos de riesgo, aquellos que advierten de la posibilidad de que una mujer esté sufriendo VG:

“(...) tendríamos que tener la misma habilidad para detectar violencia que la que tenemos para detectar si hay algún problema físico (...) esto es lo que nos falta, saber cuándo tenemos que estar alerta” (m8).

Capacitación para el abordaje. Las matronas consideran que es importante conocer de forma más detallada los circuitos de derivación a los que dirigir a las mujeres, pero dan más importancia a saber acoger emocionalmente a las mujeres víctimas de VG y asesorarlas una vez que han revelado su situación. En el mismo sentido, piensan que es preciso un mayor y más detallado conocimiento de los recursos disponibles que tendrá la mujer en caso de querer denunciar la situación, en referencia a ayudas sociales, económicas y judiciales, así como los procedimientos concretos que tendrá que seguir. Creen que informar a las mujeres de esto les daría seguridad:

“Poder decirle, pues mira en el momento que hagas esto, pues luego pasará esto otro. (...) Pienso que le dará seguridad, porque una vez que está convencida para denunciar, pues tiene que saber el soporte que va a tener” (m1).

Destacan también que necesitan conocer mejor los procedimientos para asesorar a las mujeres, pero también para protegerse como profesionales. En relación a ello, les preocupan las cuestiones éticas, no traspasar los límites del respeto a la mujer y a sus decisiones. Así, por ejemplo, mencionan la necesidad de conocer la forma más conveniente de registrar en la historia clínica los casos de VG por respeto a la privacidad de la mujer:

“El registro en la historia clínica, me crea un poco de ambigüedad, porque no sé si estoy inmiscuyéndome en la intimidad de alguien, sobre todo cuando no quieren denunciar (...) yo no sé aquí cómo lo tendríamos que hacer, también a nivel jurídico” (m6).

Currículum formativo de los formadores. Consideran necesario que se desarrolle una formación holística. Proponen contenidos aportados desde otros ámbitos además del sanitario: jurídico, psicológico, sociológico y antropológico. Demandan que los formadores les puedan aportar no solamente conocimientos teóricos, sino, sobre todo, experiencia profesional desde su tarea asistencial en servicios directamente relacionados con la VG. De esta forma pueden compartir con ellas su experiencia:

“Gente que esté muy involucrada en ayudar a estas mujeres, que lo vea cada día (...) porque esa gente sabrá cómo podemos detectarlo, tienen mucha información (...) yo creo que son la gente que más nos pueden abrir los ojos” (m8).

Propuestas relacionadas con la metodología docente. Las matronas demandan metodologías activas. Explican que les gustaría profundizar en análisis de casos. También mencionan el role-playing como técnica para poner en práctica algunas habilidades y confrontar alternativas. Proponen debates, visualización de vídeos o incluso la escucha de testimonios. Plantean que les gustaría que se invitara a los cursos de FC a alguna mujer que haya sufrido VG y quiera compartir su vivencia.

“Incluso estaría bien que viniera una persona que ha sufrido VG (...) porque estos casos, calan en la gente” (m8).

No obstante, algunas matronas no coinciden en la necesidad de introducir métodos activos y participativos, ya que pueden provocar incomodidad en el caso de profesionales de carácter más reservado. Cuatro matronas, a pesar de creer que son más enriquecedoras las metodologías activas que las clases teóricas, mencionan que con las primeras, en ocasiones se siente incómodas, les pone nerviosas hablar en público o tienen una cierta vergüenza a exponer su opinión, con lo que deberían plantearse respetado la decisión de la persona a no intervenir:

“A mí me ha gustado mucho como lo han hecho las ponentes del último curso, un poco más interactivo. Pero a mí me cuesta mucho hablar en público, entonces que tampoco sea una cosa forzosa (...)” (m6).

Estiman que las clases teóricas son útiles para una primera parte de la FC. Entienden que al inicio es necesario que se expongan los conocimientos de una forma teórica a todo el grupo, pero, desde su perspectiva, se hace necesaria la inclusión de metodologías participativas realizadas en grupos reducidos:

“Pues al principio sí una charla, que te den una noción básica, que puedas preguntar. Pero después que nos den herramientas, que sea algo práctico (...) la clase magistral sí todos juntos, pero luego hacer grupos más pequeños para que sea más participativo” (m12).

Experiencias de detección y abordaje de la violencia de género.

Durante las entrevistas individuales, de las doce matronas entrevistadas, cuatro no recuerdan haber detectado ningún caso de VG durante su ejercicio profesional en AP: dos ellas tienen menos de 10 años de experiencia en AP, sin embargo las otras dos más de 15 años. Las ocho matronas restantes, afirman haber detectado entre uno y cuatro casos, casi siempre de violencia física y ninguno durante el año previo (2016).

Según sus relatos, aproximadamente en la mitad de las ocasiones fue la propia mujer o un familiar quien les reveló directamente su situación, solicitándoles ayuda:

“Yo solamente me he encontrado una. Un caso en todo el tiempo que llevo, que me haya dicho claramente, bueno más que ella, la madre que la acompañaba y luego ella dijo que sí, que la maltrataba, pero solo este caso, de aquello que te hable abiertamente y te lo diga” (m1).

En los casos restantes las matronas relatan que, ante la detección de un signo de sospecha, continuaron indagando, lo cual llevó a que la mujer manifestara que sufría violencia:

“(…) una embarazada que vino con un golpe en la cara, pero de esto hace años y años, quizás haga pues ocho o diez años, entonces le pregunté ¿qué le había pasado?, pero yo ya sabía lo que me iba a decir (…)” (m8).

Todas las matronas reflexionan sobre la posibilidad de que existan muchos más casos de los que detectan actualmente, sus narraciones revelan que creen que la VG durante el embarazo está infradetectada:

“Yo puedo decir que yo he detectado en todo el tiempo que llevo de matrona, dos casos de VG en el embarazo y seguro que he estado delante de muchas más. Entonces yo creo que detectamos nada, con lo que realmente hay” (m10).

Opinan que detectar la VG es complejo, por un lado, por la falta de herramientas de los sanitarios para abordarlo y, por otro, porque son cuestiones muy íntimas de las mujeres y por tanto opinan que no están dispuestas a revelar su situación de violencia:

“Es un tema muy difícil de tratar porque se tratan aspectos muy íntimos, que muchas mujeres ni se lo han planteado ellas y que tú, ni profesionalmente ni personalmente tienes herramientas para poder tratar (…)” (i10).

“Yo creo que son temas como muy escondidos, la gente no lo va proclamando, (….) son temas que creo que las mujeres los esconden, no lo manifestarán por vergüenza” (i7).

Consideran que es un tema poco abordado desde AP porque está poco estandarizado el cribado y porque los propios profesionales, generalmente por falta de tiempo o por limitaciones personales, detectan pocos casos. Las narraciones de las matronas revelan que creen que se debería comenzar a abordarlo más y se muestran dispuestas a ello:

“Bueno, es un tema que tampoco está muy contemplado en el programa de Atención a la Mujer, parece que ahora pues sí hemos hecho algún curso (...) Es un tema que hay que trabajarlo y ponerlo en marcha (...) tú estás haciendo el doctorado sobre esto y preguntas cosas que nos haces reflexionar un poquito” (m5).

Obstáculos y facilitadores en la detección y abordaje de la violencia de género.

En primer lugar, se presentan los obstáculos para seguidamente desarrollar los facilitadores en la detección y abordaje de la violencia de género. Se muestra dos tipos de obstáculos, externos e internos a la función sanitaria, que interactúan entre sí aumentando las dificultades para la detección de VG en las mujeres que acuden a consulta. Entre los primeros hay obstáculos relacionados con las condiciones en que se presta asistencia (la presión del tiempo; la falta de privacidad); y obstáculos relacionados con el contexto de la mujer (barreras idiomática; económica; cultural; la autovaloración de la mujer -sentimientos de vergüenza-). Los internos se refieren al ejercicio de la detección de VG por parte de la matrona (dilemas éticos; preocupación por la seguridad de la mujer; por la propia seguridad).

Condiciones en que se presta asistencia. Las matronas manifiestan que para abordar el tema de VG se necesita tiempo, tiempo de calidad, es decir, sin presiones. Habitualmente debido a la carga asistencial y al exceso de burocracia no disponen de ese tiempo. Expresan que, por ello, en las visitas de seguimiento de embarazo se tiende a priorizar los cuidados biomédicos, es decir, los relacionados con el estado físico de la mujer como la exploración física, las pruebas de laboratorio, la vacunación, etc., sobre los cuidados psico-sociales, como sería interesarse por su entorno familiar:

“La vacuna de la gripe, de la tosferina... Claro, registra en el ordenador, en el carnet de la mujer (...) Demasiada tarea física, demasiada burocracia y dejamos la parte más importante que es saber cómo está la mujer” (m1).

Estiman que las consultas no son todo lo privadas que sería deseable. Por una parte, porque no están suficientemente insonorizadas. Por otra parte, explican que en demasiadas ocasiones se producen interrupciones durante la visita:

“Tienes tres puertas, más un teléfono que constantemente está sonando, entonces cuando una mujer está revelando una situación de estas, ¿no puede ser que nadie interrumpa la consulta! (...)” (m12).

Contexto de la mujer. No tener un conocimiento suficiente del idioma, como pasa en algunas pacientes migradas, obstaculiza la detección y el abordaje. Además, explican que es frecuente que quien hace de traductor en la consulta sea la propia pareja, lo cual les imposibilita permanecer a solas con la mujer para preguntar sobre VG:

“Son las dos cosas, la barrera idiomática y que como hay barrera idiomática siempre vienen ellos. Si vienen solas ¿cómo te aclaras con ellas? Si vienen ellos ¿cómo te van a contar?, con lo cual es un tema muy difícil” (m7).

Según sus relatos, determinadas mujeres que asisten no revelan su situación, a causa de su falta de independencia económica o por vergüenza (al culpabilizarse por no actuar o debido a la carga del imaginario patriarcal, que les exige ser buenas madres, esposas, profesionales, etc.). Igualmente señalan que puede haber diferencias culturales a la hora de delimitar lo que se considera como violencia y lo que no. Se desprende de sus narraciones, que ello les comporta un dilema ético en torno a si confrontar o no a la mujer a que reflexione sobre lo que está viviendo:

“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” (m1).

La complejidad en la detección y abordaje de la VG. Las matronas reconocen que les da un cierto miedo abordar este tema, fundado en que en ocasiones se puede poner a la mujer en riesgo de sufrir un daño mayor si no se aborda el caso de la forma oportuna. Mencionan que tienen miedo a ofender a la mujer cuando se le pregunta por VG o a no saber dirigir las a los recursos oportunos si revelasen que sufren violencia. Por otro lado, se deriva de la información, que se les plantean dilemas éticos, puesto que en ocasiones perciben que el principio de beneficencia entra en conflicto con el principio de autonomía de la mujer:

“Me crea un poco de ambigüedad, porque no sé si estoy inmiscuyéndome en la intimidad de alguien ¿sabes? Sobre todo cuando no quieren denunciar” (m6).

Conjuntamente, no se sienten respaldadas en términos de protección de su seguridad e integridad física:

“Creo que no estamos respaldadas. Si la mujer se confesara, tú tienes que seguir indagando, te puede venir el marido, el marido te puede amenazar a ti (...) Tú una vez que has hecho todo, tienes que ir a justificar esto al juzgado, sale tu nombre (...)” (m5).

Los facilitadores por su parte, se relacionan con las funciones y características del mismo servicio sanitario:

El seguimiento. Las narraciones de las matronas revelan que estiman que las visitas de control del embarazo y puerperio y la relación que se establece durante las mismas en AP favorecen que las mujeres revelen su situación. Igualmente, permite observar indicadores o signos de alerta que advierten de la posibilidad de VG durante la gestación y hacen que las matronas indaguen más en visitas sucesivas si fuera necesario para asegurarse:

“(...) en el hospital es distinto, pero aquí las vemos cada dos por tres (...) tienen confianza contigo (...). Cuando las recibes el primer día, pues siempre hay una distancia, pero después te cuentan, nosotras podemos obtener mucha información” (m8).

Embarazo, momento favorable para la detección. Consideran que, a diferencia de otros servicios, a las visitas del seguimiento del embarazo las mujeres en muchas ocasiones acuden acompañadas de sus parejas, especialmente en la primera visita de seguimiento. Se desprende de la información que esto, en ciertas ocasiones, puede ser un facilitador ya que les permite observar actitudes y comportamientos reconocidos como signos de alerta ante la existencia de situación de VG:

“(...) a veces a ellos los ves con una actitud de: ordeno y mando. Y recíprocamente, ellas están de menos, las hacen de menos” (m9).

El rol profesional de la matrona. Piensan que las matronas en AP tienen una posición privilegiada para la detección y abordaje de casos, puesto que en las visitas está normalizado que pregunten por la relación de pareja, y porque dedican tiempo al cuidado integral de la embarazada:

“(...) vas a abordar por el embarazo, temas muy íntimos como puede ser la sexualidad. Como está normalizado que la matrona aborde estos temas porque es nuestro rol, pues esto te da pie a abordar otros temas” (m10).

Según sus relatos, las matronas como enfermeras especialistas en obstetricia y ginecología, deben proporcionar cuidados obstétricos y ginecológicos, pero de forma integral, es decir, atendiendo a la mujer en todas sus áreas y no solo en su dimensión biológica. De forma unánime consideran que es parte de sus funciones como matronas la detección y abordaje de la VG. Si detectan un caso de VG durante el embarazo, creen que deben derivarlo a otro profesional, pero manteniendo el seguimiento:

“Nosotras sería un primer diagnóstico y derivación a otros profesionales, también hacer un seguimiento, en el sentido de que si tú la vas a continuar viéndola en el embarazo (...) estar pendiente, ir preguntando (...)” (m10).

Propuestas de mejora en la detección y abordaje de la violencia de género.

En este particular las propuestas se articulan en torno a mejoras en las condiciones en que se presta el servicio (como aumentar el tiempo de visita) y, especialmente, en los recursos a disposición de la matrona para proceder a detectar si existe o no VG (instrumentos de detección; circuitos internos; mejoras en la historia clínica informatizada, etc.). En relación a los derivados del contexto de la mujer, se ciñen a los límites de la realidad y proponen superar la barrera idiomática (puesto que sobre ello se puede incidir, a través por ejemplo de traductores o mediadores culturales). Se detallan en primer lugar, las propuestas de mejora de las matronas relacionadas con la práctica clínica (detección de la VG durante el embarazo y posterior abordaje de los casos detectados), y, en segundo lugar, las relacionadas con la educación sanitaria que desarrollan. Conjuntamente, tal como se ha desarrollado previamente, de forma unánime las matronas creen que, a pesar de que han recibido formación sobre el tema, necesitan ampliar y profundizar aún más para mejorar sus competencias en la detección y el abordaje de la VG.

Mejorar la gestión del tiempo en las agendas. Todas las matronas creen que se precisa disponer de más tiempo en la atención a la mujer. Independientemente, en los casos en que se sospecha que la mujer sufre VG o que revela una situación de violencia, las matronas estiman necesario disponer de apoyos para dedicar más tiempo en esa misma visita. Otras dos matronas proponen ante este tipo de situaciones reservar más tiempo en las sucesivas visitas de control del embarazo:

“(...) quizás cuando tú veas una gestante que pueda tener algún problema de estos, pues que puedas asignarle más tiempo en próximas visitas” (m9).

Disponer de traductores. Una matrona comenta que según su experiencia, la mejor forma de poder obtener información veraz cuando existen situaciones de dificultad idiomática, es disponer de traductores en el servicio, se desprende de sus narraciones que con el fin de no tener que acudir a la pareja:

“(..) que tengamos la disponibilidad de un traductor, claro, tendría que ser alguien que tuviéramos nosotras casi en el servicio” (m9).

Aplicar instrumentos objetivos de detección. Las matronas apuntan de forma unánime a la necesidad de disponer de instrumentos que les ayuden en la detección de VG y que les proporcionen objetividad, como preguntas claves o cuestionarios estandarizados, así como estar entrenadas y habituadas a su uso:

“Estaría bien cuando se sospecha algo tener herramientas, no sé quizás tener un cuestionario ya estipulado para hacer determinadas preguntas, que lo tuviéramos todas ¿no?” (m6).

Sin embargo, existen discrepancias entre las matronas en cuanto a la forma de utilizar los cuestionarios. Dos de ellas son partidarias de preguntar en los casos que se detecte algún signo de sospecha de que la mujer sufre violencia, tal como se está haciendo hasta ahora. Las otras diez matronas, sin embargo, están a favor de preguntar de forma sistemática:

“Se podría consensuar (...) de la misma forma que preguntamos por otras cosas, pues eso, preguntarlo, se podría probar, hacerlo durante un tiempo y ver si realmente funciona o no” (m1).

Determinar un circuito interno. A pesar de que las matronas disponen de un protocolo específicos de abordaje de la VG durante el embarazo[†], declaran que necesitarían pautas más concretas a modo de circuito interno, con claras especificaciones que determinen la forma de derivar a la mujer a otros servicios y donde se indique, además la forma de registro en la historia clínica, tanto en los casos de sospecha como en los que se confirme una situación de violencia.

[†] Generalitat de Catalunya. Departamento de Salud. Protocolo para el abordaje de la violencia machista en el ámbito de salud en Cataluña. Documento operativo del embarazo. 2010.

Sin embargo, tal y como ellas reflexionan, para poder abordar los casos de violencia de forma efectiva sería deseable que todos los profesionales relacionados estuvieran al corriente del caso, con el consiguiente dilema ético y legal generado en relación con la salvaguarda de la intimidad y la confidencialidad:

“Tendríamos que registrarlo (...) quizás con un código, para que lo pudiéramos ver nosotras, también el médico de cabecera, la enfermera (...) pero claro, también tienen derecho a la intimidad, son temas muy especiales” (m8).

Actualmente existe la posibilidad, si la mujer lo solicita o el profesional así lo considera, que determinadas notas sean seleccionadas como “confidencial” pudiendo acceder a ellas solo el profesional que la escribe. A pesar de ello, como respuesta a estos problemas relacionados con el respeto a la intimidad y confidencialidad, tres matronas proponen que dentro de la historia clínica informatizada debería existir un apartado específico dedicado a la VG. Del mismo modo, según argumentan, que existe para otros asuntos relacionados con la salud de la mujer, como las infecciones de transmisión sexual, la contracepción o el estado del suelo pélvico:

“Yo lo que haría es que en la historia clínica hubiera un apartado donde estuviese contemplado (...) donde se puede registrar este tema” (m10).

Interactuar con profesionales de centros especializados en la atención a mujeres en contextos de VG. Las matronas presentan que sería conveniente conocer personalmente a los profesionales que trabajan en los centros especializados en VG, donde las matronas pueden derivar a las mujeres. Dichos centros proporcionan atención integral a las mujeres en contexto de VG (asistencia psicológica, social y asesoramiento jurídico). De esta forma poder mejorar la red de trabajo y por ejemplo, consultarles dudas sobre casos concretos:

“Sí, también el tener una buena comunicación con otros equipos (...) que tú puedas consultar cómo actuar cuando sospechas o si quizás no tienes claro preguntarles: pues he visto esto, ¿cómo debería abordarlo en las siguientes visitas?, ¿qué opciones hay?” (m11).

Disponer de material informativo en la consulta. Proponen disponer en la consulta de material informativo sintético sobre los recursos disponibles y los posibles recorridos (tipo folletos o trípticos). Para que en caso de que la mujer desee emprender medidas que la ayuden a salir de su situación, sepa dónde dirigirse, qué pasos seguir o, en caso contrario, que disponga igualmente de la información, por si en un futuro cambia de opinión:

“Folletos que nosotros les podamos dar a las señoras (...) con los recursos y decirle piénsatelo (...) Pues toma esto, y si alguna vez ves que esto que te ocurre, pues no te gusta o crees que no es normal, lo puedes consultar aquí” (m4).

Incorporar información sobre la VG en las actividades de educación sanitaria grupales que imparten. Las matronas de L´H lideran y dinamizan programas de educación para la salud materno-infantil, atención a la mujer y de salud sexual y reproductiva. Plantean impartir formación sobre cuestiones de igualdad de género y sobre VG en estas actividades:

“Creo que incluso va muy bien hablar de esto en los grupos de preparación maternal o de soporte a la lactancia (...) porque en los grupos están más tranquilas, hay más mujeres como ellas y eso da pie a que expliquen cosas que igual en la consulta no te explicarían” (m12).

4.2. Fase II: Elaboración de las estrategias de acción.

Estrategia de acción 1.

La estrategia de acción 1 (implementar una actividad formativa sobre detección y abordaje de la violencia de género durante el embarazo) se diseñó y planificó guiada por un objetivo general: contribuir en la mejora de la formación de las matronas y otros/as profesionales sanitarios/as en el tema; y los seis objetivos específicos planteados que a continuación se detallan:

- Conocer los signos, el ciclo de la violencia y los circuitos de derivación de la zona para las mujeres en contextos de VG.
- Mostrar los principios psicológicos en los que se basa la acogida y la atención a la mujer en situación de VG.
- Desarrollar habilidades comunicativas y para la entrevista que favorezcan la apertura de la otra persona.
- Presentar los principales instrumentos validados de detección la VG del ámbito sanitario, así como su aplicabilidad en la práctica clínica.
- Conocer el marco legal de la VG e interrogarse sobre las posibles limitaciones.
- Confrontar dilemas éticos en el ejercicio profesional a propósito de la detección y abordaje de la VG.

Tal y como se desprende de lo anterior, los objetivos de la estrategia acción, se centraron en dar respuesta a la necesidad sentida por las mismas matronas en el ejercicio de sus funciones y en un contexto determinado, en este caso el municipio de L'H, donde hay un elevado porcentaje de población migrada y, en consecuencia, elevada multiculturalidad. Conjuntamente atendiendo a las propuestas del profesorado universitario para mejorar la capacitación del personal sanitario en este tema. Apuntando de esta forma, hacia una formación holística o multidisciplinar, atención a las diferentes dimensiones de la problemática de la VG: psicológica, social, legal y ética, además de sanitaria; y atienden a la formación integral, no solo cognitiva, sino también procedimental, en relación con las habilidades comunicativas, por ejemplo, y actitudinal, como pone de manifiesto la resolución de dilemas éticos que pueden surgir al respecto, como, por ejemplo, respetar la decisión de la mujer de no separarse del contexto de VG.

Concretamente, las matronas hacían referencia, por una parte, a disponer de instrumentos objetivos de detección, a conocer estrategias de interrogación y comunicación respetuosas con la mujer, con la situación que está atravesando (embarazo y VG) y con su intimidad, y a saber más en relación a los circuitos de derivación y las posibles consecuencias de estos circuitos sobre el bienestar de las mujeres. En relación con este último punto, cabe destacar que las matronas entrevistadas se mostraban altamente responsables de que los pasos que se dieran sirvieran efectivamente para mejorar las condiciones de la vida de las mujeres.

Ajustándose a la demanda del GIAP y a las propuestas del profesorado universitario se decidió que los formadores fueran pluridisciplinares (profesionales de la atención a mujeres en contextos de VG, del Derecho y la Psicología, especialmente). Los profesores universitarios en este sentido, concedían una gran importancia a que los profesionales tuvieran la capacidad de escuchar activamente a las mujeres y verlas de forma holística. Cuando se contactó con los formadores se les solicitó que su intervención se ajustara a los objetivos de la formación y que emplearan metodologías activas que superaran la transmisión de información y pusieran en situación de experimentar situaciones hipotéticas de mujeres expuestas a la VG.

Se decidió que la formación se llevaría a cabo en el Campus de Bellvitge de la UB por su proximidad a los ASSIR de L'Hospitalet de Llobregat. Con una duración de doce horas distribuidas en dos viernes (23 de febrero y 2 de marzo de 2018) en turno de mañana, desarrollándose así dentro del horario laboral de la mayoría de las matronas. Esa distribución, por otra parte, favorecía también que se dispusiera de tiempo suficiente para interiorizar la nueva información adquirida. La secuenciación de los diferentes temas se planificó ofreciendo al inicio los más genéricos para seguir con los más específicos. Se reservaron descansos en mitad de cada jornada para reducir el cansancio y favorecer la concentración.

Estrategia de acción 2.

Para el diseño de estrategia de acción 2 (aplicar un instrumento validado adecuado para la detección de la violencia de género durante el embarazo), se revisó los instrumentos validados para la detección y evaluación de la VG, para posteriormente seleccionar el instrumento más conveniente para ser aplicado en el contexto profesional de las matronas de atención primaria. A continuación se presenta los resultados de ambos procedimientos:

Revisión de los instrumentos validados para la detección y evaluación de violencia de género^s.

Como se ha mencionado en el marco teórico, los instrumentos se pueden clasificar en instrumentos de cribado: tienen como objetivo la detección de casos probables, son breves y rápidos (10 ítems o menos); instrumentos de evaluación: realizan una exhaustiva valoración y son más extensos que los de cribado¹⁴⁸; instrumentos de riesgo de VG: se dirigen a detectar el riesgo violencia contra la pareja o expareja; son aplicados, por regla general, en contextos judiciales y penales¹⁴⁹. La validación de los instrumentos en el ámbito sanitario se basa en el uso de la psicometría, que permite estudiar la adecuación de la escala al fenómeno objeto de la medición y la calidad de la medida²⁶⁹.

Según la revisión realizada, los instrumentos han sido validados mediante diferentes metodologías: el coeficiente de Cronbach, de Cronbach y Shavelson²⁷⁰ es una media de correlaciones entre variables que evalúa consistencia interna. Los valores $\alpha < 0.50$ son considerados inaceptables, entre 0.50 y 0.59 pobres, entre 0.60 y 0.69 cuestionables, entre 0.70 y 0.79 aceptables, entre 0.80 y 0.89 buenos y ≥ 0.90 excelentes²⁷⁰. Sin embargo, también es posible evaluar la idoneidad, determinando la sensibilidad y especificidad comparándolos con los denominados instrumentos “gold standard”^{149,271}, o como los denominan algunos autores y autoras “credible reference standard”^{272,273}, serían por ejemplo en el ámbito de la VG, el *Conflict Tactics Scales* (CTS) de Straus²⁷⁴ publicado en 1979, el *Index of Spouse Abuse* (ISA) de Hudson y McIntosh²²⁹ publicado en 1981, y el *Psychological Maltreatment of Women Inventory* (PMWI) de Tolman^{235,275} publicado en 1989. La sensibilidad, en el caso que nos ocupa, determina la capacidad del instrumento para detectar que una mujer se encuentra en una situación de VG y la especificidad por el contrario, determina la capacidad del instrumento para detectar que una mujer no se encuentra en una situación de VG^{271,149}. La curva de ROC (de sus siglas en inglés Receiver Operating Characteristic) es una representación gráfica que traza la sensibilidad frente a la especificidad. Varía de 0 a 1.0, donde 1.0 es una predicción perfecta, 0.5 no es una predicción y 0 es una predicción inversa²⁷⁶. Una curva de ROC de 0.60 puede considerarse una mejora marginal de la predicción respecto al azar (0.50), entre 0.70 y 0.79 el tamaño del efecto es moderado, y si es mayor de 0.80 puede considerarse un efecto grande (Douglas, 2005)²⁷⁷.

^s Los resultados de este apartado, se recogen en el artículo 6: Characteristics and clinical applicability of the validated scales and tools for screening, evaluating and measuring the risk of intimate partner violence. Systematic literature review (2003–2017). *Aggress Violent Behav.* 2019; 44:57-66.

Tal como se muestra en la Figura 4.3, en total se identificaron 536 trabajos: 513 procedentes de bases de datos (244 de PubMed, 5 en Cochrane Library, 4 de ENFISPO, 5 en IME, 238 CINHALL, 12 en CUIDEN, y 5 de Cuidatge) y 23 procedentes de literatura gris que fueron añadidos. Posteriormente, 8 trabajos fueron eliminados por estar repetidos en dos bases de datos y 461 tras su lectura de título y resumen (por no incluir instrumentos de VG). Se seleccionaron los trabajos que presentaban instrumentos tanto de cribado, evaluación o riesgo de sufrir VG, que informaran de la validación del instrumento, estuvieran disponibles en español o en inglés y fueran publicados en los últimos 15 años (exceptuando algunos trabajos de fecha anterior relevantes por presentar el instrumento original, validado antes del 2003). Se excluyeron disertaciones, investigaciones no originales o conferencias. Un total de 67 trabajos fueron evaluados en el texto completo, 3 de ellos fueron descartados por presentar instrumentos que no fueron validados y 1 por presentar un instrumento de evaluación del conocimiento de los profesionales sobre VG. Finalmente, 63 trabajos fueron incluidos en la revisión.

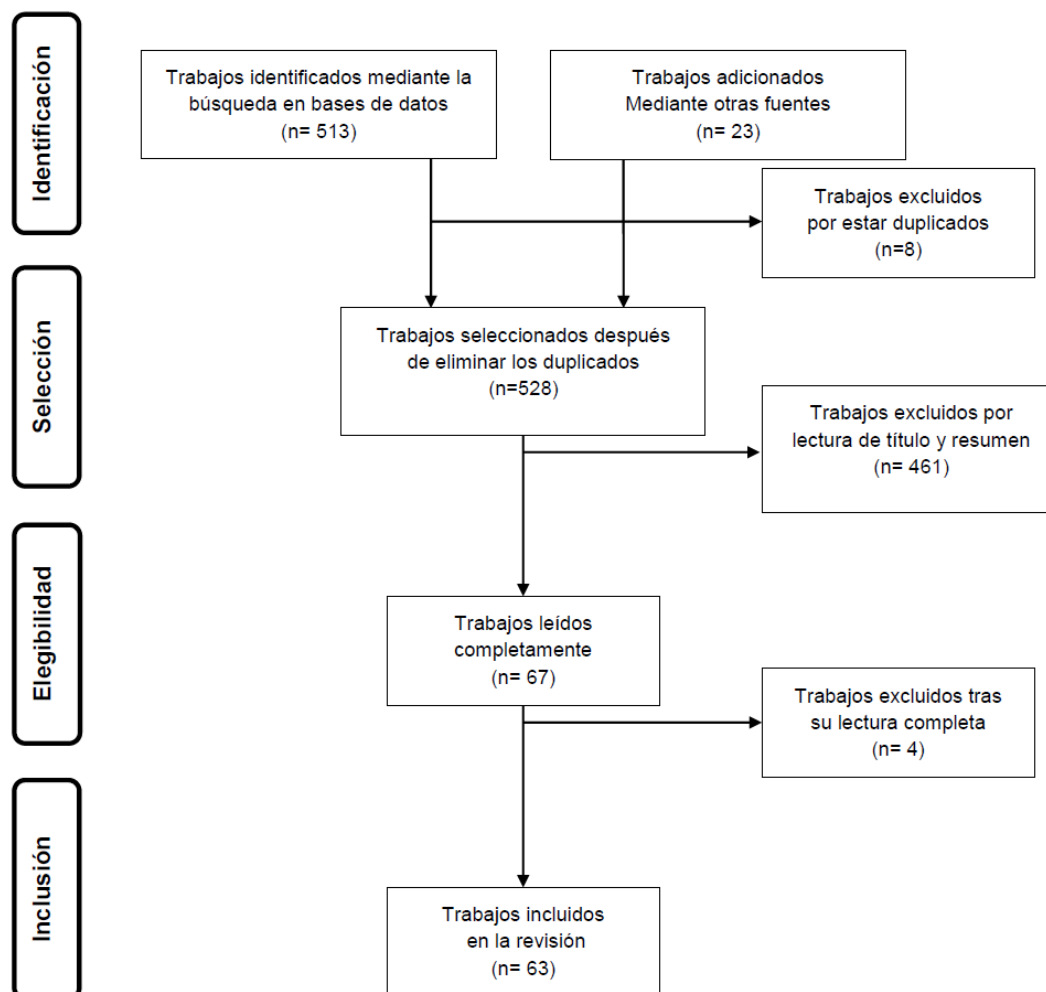


Figura 4.3. Diagrama de flujo de la selección de trabajos.
Fuente: elaboración propia.

Se incluyeron 63 artículos²⁷⁴⁻²⁷⁸ que presentan 39 instrumentos validados: 10 de cribado, 19 de evaluación y 10 de evaluación de riesgos de VG. De los 39 instrumentos, 27 se publicaron a partir de 2003. Los 12 restantes se publicaron antes de 2003 (aparecen marcados con un asterisco en la tabla), lo que se presenta es su validación o su adaptación y validación cultural en diferentes idiomas a partir de 2003.

En la tabla 4.6 se muestra una síntesis de los instrumentos clasificados según hayan sido diseñados para cribado, evaluación o detección de riesgo de padecer VG, si lo fueron originariamente en español, en inglés, o si fueron diseñados en inglés, pero posteriormente adaptados y validados a otros idiomas. La descripción de los instrumentos se muestra siguiendo el siguiente esquema: título (se indica el título de la escala original), autor/a y año de publicación (de la escala original), país de publicación e idioma original, objetivo (se presenta un resumen del mismo), descripción (se presenta un resumen del contenido del instrumento aludiendo al tipo de violencia, ámbito de aplicación, número de ítems y propiedades psicométricas); y existencia de la versión validada a otros idiomas (incluyendo aquí idioma de validación, autor/a, año de publicación y propiedades psicométricas/ otras formas de validación).

Tabla 4.6. Descripción de los instrumentos de cribado, evaluación y riesgo de violencia de género.

Nombre del instrumento	Autor/a (año)	País (idioma original)	Objetivo	Tipo de violencia	Ámbito de aplicación	Ítems	Propiedades psicométricas	Validación a otro idioma: autor (año) y propiedad psicométrica
INSTRUMENTOS DE CRIBADO DE LA VG								
Diseñados en español								
Cuestionario breve para detectar situaciones de violencia de género en las consultas clínicas	Majdalani et al. (2005)	Argentina (español)	Detectar casos de violencia contra la mujer en atención primaria	Física, psicológica y sexual	Atención primaria	5	α Cronbach 0.50-0.75	∅
Escala para la medición de los malos tratos a mujeres	Delgado et al. (2006)	España (español)	Detectar violencia contra la mujer	Física, psicológica y sexual	Clínico	10	α Cronbach 0.70-0.86	∅
Diseñados en inglés								
Ongoing Abuse Screen (OAS)	Weiss et al. (2003)	EEUU (inglés)	Detectar violencia contra la mujer	Física, psicológica y sexual	Clínico	5	α Cronbach 0.60	∅
Ongoing Intimate Partner Violence (OVAT)	Ernst et al. (2004)	EEUU (inglés)	Detectar violencia contra la mujer	Física y psicológica	Clínico	4	α Cronbach 0.60	∅
Safety Question for Screening Intimate Partner Violence	Peralta y Fleming (2003)	EEUU (inglés)	Detectar violencia psicológica contra la mujer en atención primaria	Psicológica	Atención primaria	1	Comparado con CTS: sensibilidad: 8.8%; especificidad: 91.2%	∅
Questions Screen for Intimate Partner Violence (STaT)	Paranjape y Liebschutz (2003)	EEUU (inglés)	Detectar violencia contra la mujer	Física y psicológica	Clínico	3	Comparado con entrevista e ISA: sensibilidad: 64-96%; especificidad: 75-100%	∅

Fuente: elaboración propia.

Notas: ∅ no disponible en otros idiomas; * instrumentos publicadas antes de 2003, pero su validación o su adaptación y validación cultural en diferentes idiomas fue posterior a 2003.

Tabla 4.6. Descripción de los instrumentos de cribado, evaluación y riesgo de violencia de género (continuación).

Nombre del instrumento	Autor/a (año)	País (idioma original)	Objetivo	Tipo de violencia	Ámbito de aplicación	Ítems	Propiedades psicométricas	Validación a otro idioma: autor/a (año) y propiedad psicométrica
INSTRUMENTOS DE CRIBADO DE LA VG								
Diseñados en inglés y disponibles en otros idiomas								
*Abuse Assessment Screen (AAS)	Soeken et al. (1992)	EEUU (inglés)	Detectar violencia contra la mujer embarazada	Física y sexual	Servicio prenatal	5	α Cronbach 0.56	- Chino: Tiwari et al. (2007) Comparando con CTS2: sensibilidad: 66.7%; especificidad: 66-93% - Español: Escribá-Agüir, et al. (2015) α Cronbach 0.85-0.94 - Griego: Antoniou, et al. (2010) α Cronbach 0.80
*Hurt-Insult-Threaten-Scream (HITS)	Sherin et al. (1998)	EEUU (inglés)	Detectar violencia contra la mujer	Física y psicológica	Atención primaria	4	α Cronbach 0.61-0.80	- Español: Chen, et al. (2005) α Cronbach 0.61
*Partner Violence Screen (PVS)	Feldhaus et al. (1997)	EEUU (inglés)	Detectar violencia física contra la mujer	Física y seguridad	Urgencias	3	Comparado con CTS e ISA: sensibilidad: 35-75%; especificidad: 80-94%	- Español: Garcia-Esteve et al. (2011) α Cronbach 0.91
*Woman Abuse Screening Tool (WAST)	Brown et al. (1996)	Canadá (inglés)	Detectar violencia contra la mujer	Física, psicológica y sexual	Atención primaria	8	α Cronbach 0.75-0.91	- Español: Fogarty y Brown (2002) α Cronbach 0.91 - Español versión reducida: Plazaola, et al. (2008) Comparando con ISA: sensibilidad: 91.4%; especificidad: 76.2% -Indonesio: Iskandar, et al. (2015) α Cronbach 0.80

Tabla 4.6. Descripción de los instrumentos de cribado, evaluación y riesgo de violencia de género (continuación).

Nombre del instrumento	Autor/a (año)	País (idioma original)	Objetivo	Tipo de violencia	Ámbito de aplicación	Ítems	Propiedades psicométricas	Validación a otro idioma: autor/a (año) y propiedad psicométrica
INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DE LA VG								
Diseñados en español								
Cuestionario de Relación de Parejas de Novios (CUVINO)	Rodríguez et al. (2010)	España (español)	Medir los conductas violentas en las parejas adolescentes	Física, psicológica y sexual	Clínico y educativo	42	α Cronbach 0.95	∅
Cuestionario de Violencia en la Pareja (CVP)	Cienfuegos y Díaz-Loving (2010)	México (español)	Evaluar la violencia en la pareja	Física, psicológica y sexual	Clínico	38	α Cronbach 0.80	∅
Cuestionario de Violencia Sufrida y Ejercida de Pareja (CVSEP)	Moral y Ramos (2015)	México (español)	Evaluar la violencia en la pareja	Física, psicológica y sexual	Clínico	39	α Cronbach 0.95	∅
Escala de Abuso Psicológico Aplicado en la Pareja (EAPA-P)	Porrúa et al. (2016)	España (español)	Evaluar la violencia psicológica en la pareja	Psicológica y sexual	Clínico	19	α Cronbach 0.92	∅
Escala de medición de la Violencia Intrafamiliar (VIFJ4)	Jalamillo et al. (2014)	Ecuador (español)	Medir el tipo y la severidad de la violencia contra las mujeres	Física, psicológica y sexual	Clínico	25	α Cronbach 0.93	∅
Índice de Severidad de Violencia de Pareja (ISVP)	Valdez et al. (2006)	México (español)	Medir la frecuencia y severidad de la violencia contra la mujer	Física, psicológica y sexual	Clínico	19	α Cronbach 0.99	∅
Violencia Doméstica: Frecuencia y Percepción (VIDOFyP)	Trujano et al. (2006)	México (español)	Medir la violencia contra la mujer y la percepción de esta	Física, psicológica y sexual	Clínico y educativo	30	α Cronbach 0.98	∅

Tabla 4.6. Descripción de los instrumentos de cribado, evaluación y riesgo de violencia de género (continuación).

Nombre del instrumento	Autor/a (año)	País (idioma original)	Objetivo	Tipo de violencia	Ámbito de aplicación	Ítems	Propiedades psicométricas	Validación a otro idioma: autor/a (año) y propiedad psicométrica
INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DE LA VG								
Diseñados en inglés								
Domestic Violence Questionnaire	Indu et al. (2011)	India (inglés y malayalam)	Medir el tipo y frecuencia de la VG en la mujer	Física, psicológica y sexual	Clínico	20	α Cronbach 0.94	∅
Intimate Justice Scale	Jory (2004)	EEUU (inglés)	Medir la violencia psicológica y física contra la mujer	Física y psicológica	Clínico y Servicios sociales	15	α Cronbach 0.74-0.90	∅
NorVold Abuse Questionnaire (NorAQ)	Swahnberg y Wijma (2003)	Suecia (inglés)	Medir el grado de abuso emocional, físico, sexual y el abuso sanitario	Física, psicológica y sexual	Clínico	13	Comparado con CTS y SAQ ^a : sensibilidad: 85-98%; especificidad: 75-96%	- Árabe: Haddad et al. (2011) α Cronbach: 0.75-0.77
Scale of Economic Abuse (SEA)	Adams et al. (2015)	EEUU (inglés)	Medir la violencia económica contra la mujer	Económica	Cínico	28	α Cronbach 0.87-0.96	∅
Coercion in Intimate Relationships Scale (SCIRS)	Shackelford y Goetz (2004)	EEUU (inglés)	Medir la violencia sexual contra la mujer	Sexual	Clínico	34	α Cronbach 0.91-0.95	∅
Indian Family Violence and Control Scale (IFVCS)	Kalokhe et al. (2016)	India (inglés, hindi y marathi)	Medir el abuso a la mujer casada por parte de su cónyuge y la familia conyugal	Física, psicológica y sexual	Clínico	63	Correlación con CTS2 0.35- 0.84	∅
Revised Controlling Behaviour Scale (CBS-R)	Graham-Kevan y Archer (2005). Validado: Sleath et al. (2017)	Reino Unido (inglés)	Medir la violencia psicológica y física recibida o infringida en la pareja	Física y psicológico	Clínico	32	Correlación con CTS2 0.64- 0.92	- Chino: Tiwari et al. (2015): sensibilidad: 96%; especificidad: 95%

Nota : a Sexual Abuse Questionnaire (SAQ) Leserman et al. (1995) ²⁷⁸.

Tabla 4.6. Descripción de los instrumentos de cribado, evaluación y riesgo de violencia de género (continuación).

Nombre del instrumento	Autor/a (año)	País (idioma original)	Objetivo	Tipo de violencia	Ámbito de aplicación	Ítems	Propiedades psicométricas	Validación a otro idioma: autor/a (año) y propiedad psicométrica
INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DE LA VG								
Diseñados en inglés y disponibles en otros idiomas								
*Conflict in Adolescent Dating Relationships Inventory (CADRI)	Wolfe et al. (2001)	Canadá (inglés)	Medir los actos violentos en las parejas adolescentes	Física, psicológica y sexual	Clínico y educativo	35	α Cronbach 0.83-0.85	- Español: Fernández et al. (2006) α Cronbach 0.62-0.85
*Conflict Tactics Scales (CTS2)	Straus et al. (1996)	EEUU (inglés)	Medir la extensión de la violencia física y psicológica dentro de la pareja	Física, psicológica y sexual	Sanitario, educativo y penitenciario	78	α Cronbach 0.78-0.89	- Español: Muñoz, et al. (2007) α Cronbach 0.62-0.81 - Italiano: Signorelli et al. (2014) α Cronbach 0.80-0.94 - Japonés: Umeda y Kawakami (2014) α Cronbach 0.18-0.5
*Index of Spouse Abuse (ISA)	Hudson y McIntosh (1981)	EEUU (inglés)	Evaluar el grado de severidad de la violencia contra mujer	Física, psicológica y sexual	Clínico	30	α Cronbach 0.90-0.96	- Español: Torres, et al. (2010) α Cronbach 0.99; Plazaola-Castaño et al. (2009) α Cronbach 0.98 - Versión reducida: Sierra, et al. (2011) α Cronbach 0.93
*Psychological Maltreatment of Women Inventory (PMWI-F)	Tolman (1989)	EEUU (inglés)	Medir la violencia psicológica contra la mujer	Psicológica	Clínico	14	α Cronbach 0.87-0.92	- Español: García-Esteve, et al. (2011) α Cronbach 0.98
*Subtle and Overt Psychological Abuse of Women Scale-SOPAS	Marshall (1999) Validado : Jones et al. (2005)	EEUU (inglés)	Medir la violencia psicológica contra la mujer	Psicológica	Clínica	65	Correlaciones con PMWI 0.82-0.89	- Español: Buesa y Calvete (2011) α Cronbach 0.92

Tabla 4.6. Descripción de los instrumentos de cribado, evaluación y riesgo de violencia de género (continuación).

Nombre del instrumento	Autor/a (año)	País (idioma original)	Objetivo	Tipo de violencia	Ámbito de aplicación	Ítems	Propiedades psicométricas	Validación a otro idioma: autor/a (año) y propiedad psicométrica
INSTRUMENTOS DE RIESGO DE VG								
Diseñados en español								
Escala de Predicción del Riesgo de Violencia Grave contra la pareja (EPV)	Echeburúa et al. (2010)	España (español)	Predicción de riesgo de violencia grave en la relación de pareja o expareja	Física, psicológica y sexual	Judicial y policial	20	α Cronbach 0.71	∅
Riesgo Violencia Mujer – Barcelona (RVD-BCN)	Álvarez-Freijo et al. (2011)	España (español)	Predicción de riesgo de violencia grave en la relación de pareja o expareja	Física y psicológica	Judicial y Clínico	16	α Cronbach 0.72	∅
Diseñados en inglés								
Danger Assessment-5 (DA-5)	Messing et al. (2017)	EEUU (inglés)	Detección riesgo de homicidio que pueden tener la mujer maltratada	Física, psicológica y sexual	Judicial y Clínico	5	Sensibilidad: 72%; Especificidad: 58%	∅
Domestic Violence Screening Instrument (DVSÍ)	Williams y Houghton (2004)	EEUU (inglés)	Detección riesgo de reincidencia del maltratador	Física, psicológica y sexual	Judicial	12	α Cronbach 0.63-0.85	∅
*Kingston Screening Instrument for Domestic Violence (K-SID)	Gelles y Tolmas (1998) Validado: Roehl et al. (2005)	EEUU (inglés)	Detección riesgo de reincidencia del maltratador	Física, psicológica y sexual	Judicial	10	Curva ROC:0.62	∅
Revised Domestic Violence Screening Instrument (DVSI-R)	Williams y Grant (2006)	EEUU (inglés)	Detección riesgo de reincidencia del maltratador	Física, psicológica y sexual	Judicial	12	α Cronbach 0.68-0.73	∅
*Method of Assessment of Domestic Violence Situations or Domestic Violence Method (DV-MOSAIC)	De Becker (2000) Validado: Roehl et al. (2005)	EEUU (inglés)	Detección riesgo de homicidio que pueden tener la mujer maltratada	Física, psicológica y sexual	Judicial	46	Curva ROC:0.65	∅

Tabla 4.6. Descripción de los instrumentos de cribado, evaluación y riesgo de violencia de género (continuación).

Nombre del instrumento	Autor/a (año)	País (idioma original)	Objetivo	Tipo de violencia	Ámbito de aplicación	Ítems	Propiedades psicométricas	Validación a otro idioma: autor/a (año) y propiedad psicométrica
INSTRUMENTOS DE RIESGO DE VG								
Diseñados en inglés								
Ontario Domestic Assault Risk Assessment (ODARA)	Hilton y Harris (2009)	Canadá (inglés)	Detección riesgo de reincidencia del maltratador	Física, psicológica y sexual	Judicial	13	Curva ROC: 0.71-0.80	∅
Diseñados en inglés y disponibles en otros idiomas								
*Spousal Assault Risk Assessment (SARA)	Kropp et al. (1994)	Canadá (inglés)	Detección riesgo de reincidencia del maltratador	Física, psicológica y sexual	Judicial	58	α Cronbach 0.78	- Español: López y Andrés (2007) Sensibilidad: 85%; especificidad: 72%
Brief Spousal Assault Form for the Evaluation of Risk (B-SAFER)	Kropp et al. (2005) Validado: Storey et al. (2013)	Canadá (inglés)	Detección riesgo de reincidencia del maltratador	Física, psicológica y sexual	Judicial	10	Curva ROC:0.69-0.70	- Español: Loinaz et al. (2011) Curva ROC:0.65

Selección del instrumento más adecuado para ser aplicado en el contexto profesional de las matronas de atención primaria.

Como se ha mencionado en el apartado de metodología, El se reunió en diferentes ocasiones para consensuar el instrumento que se aplicaría durante la investigación. Se tomó como primer criterio que estuviera disponible en español y que en términos de psicometría se considerara excelente, es decir aquellos cuya alfa de Cronbach fuera igual o superior a 0.90²⁷⁰. Seleccionando por tanto los siguientes instrumentos: *Partner Violence Screen (PVS)* (alfa de Cronbach 0.91) cuando se considera en su versión validada al español¹⁵³, y cuya versión original (en inglés), de la cual no se dispone alfa de Cronbach, presenta una sensibilidad del 35-75% y una especificidad de 80-94%²⁸²; de la misma manera, *Woman Abuse Screening Tool (58) WAST* en su versión en español presenta una alfa de Cronbach de 0.91²²⁷, a pesar de que en la versión original (en inglés) era menor (0.75-0.91)²⁸¹. En el caso de los instrumentos de evaluación: *Cuestionario de Relación de Parejas de Novios (CUVINO)* (0.95)²⁸⁴, *Cuestionario de Violencia Sufrida y Ejercida de Pareja (CVSEP)* (0.95)³⁰⁶, *Escala de Abuso Psicológico Aplicado en la Pareja (EAPA-P)* (0.92)³⁰⁷, *Escala de medición de la Violencia Intrafamiliar (VIFJ4)* (0.93)³⁰⁸, *Índice de severidad de violencia de pareja (ISVP)* (0.99)³⁰⁹, *Violencia Doméstica Frecuencia y Percepción (VIDOFyP)* (0.98)²⁸⁵ e *Index of Spouse Abuse (ISA)*, tanto es su versión original (0.90-0.96)²²⁹ como en su versión en español (0.98-0.99)^{298,228} y en su versión en español reducida (0.93)²⁹⁹. Sin embargo, ningún instrumento de evaluación de riesgo podría considerarse excelente según Cronbach y Shavelson²⁷⁰. Si aplicamos los criterios respecto a los instrumentos validados con ROC, según Douglas²⁷⁷ que considera que la ROC debe ser superior a 0.80 para considerarse que el instrumento tiene una elevada predicción, en esta revisión ningún instrumento cumplía dicho criterio.

Seguidamente, se consensuó que se utilizaría un cuestionario de evaluación, puesto que éstos permiten una valoración más exhaustiva de la VG y emplean preguntas acerca de las relaciones habituales de una pareja y sus experiencias en relación con la violencia¹⁴⁰. Los de cribado, sin embargo suelen emplear preguntas más directas por ejemplo el PVS¹⁵³ realiza las siguientes: “Durante el último año ¿ha sido golpeada, recibido patadas o puñetazos, o ha recibido otro tipo de maltrato físico?”, “¿Se siente segura en su relación de pareja actual?”, “¿Se siente amenazada por alguna de sus parejas anteriores?”.

En el caso del instrumento WAST²²⁷ que consta de 8 preguntas, las tres últimas son las siguientes: “¿Tu pareja te ha maltratado físicamente?”, “¿Tu pareja te ha maltratado psicológicamente?”, “¿Tu pareja ha abusado sexualmente de ti?”. Para que la mujer responda de forma afirmativa a estas preguntas, requiere que se defina a sí misma como maltratada, lo cual, según otros trabajos⁷⁴ disminuye de forma notable la detección en comparación con el uso de instrumentos de evaluación (que emplean preguntas sobre “lo cotidiano”). Por otro lado, los instrumentos de evaluación generalmente, están diseñados para ser auto-cumplimentados por la mujer, lo que le permite reflexionar sobre su situación de pareja con mayor privacidad⁷⁴.

Los dos únicos instrumentos diseñados para ser empleados en servicios prenatales se descartaron por ser de cribado y por no cumplir los criterios de excelencia a nivel psicométrico: el *Domestic Abuse Assessment Questionnaire*²²⁴ fue validado comparado los resultados obtenidos con entrevistas abiertas que fueron guiadas por enfermeras del servicio de cuidado prenatal (no se dispone de alfa de Cronbach) y el *Abuse Assessment Screen (AAS)* en su versión en español presenta una alfa de Cronbach de 0.85-0.94²⁹⁵ a pesar de que la versión original es mucho menor (0.56)²⁸³. El siguiente criterio empleado para la selección del instrumento fue que detectara violencia física, psicológica y sexual, por lo que se descartó la *Escala de Abuso Psicológico Aplicado en la Pareja (EAPA-P)*³⁰⁷ por no detectar violencia física. También se descartó el *Cuestionario de Relación de Parejas de Novios (CUVINO)*²⁸⁴ por estar diseñado para ser empleado en adolescentes. Finalmente entre el *Cuestionario de Violencia Sufrida y Ejercida de Pareja (CVSEP)*³⁰⁶, la *Escala de medición de la Violencia Intrafamiliar (VIFJ4)*³⁰⁸, el *Índice de severidad de violencia de pareja (ISVP)* (0.99)³⁰⁹, el *Violencia Doméstica Frecuencia y Percepción (VIDOFyP)* (0.98)²⁸⁵ y el *Index of Spouse Abuse (ISA)*^{298,228} (los cinco aplicables al ámbito clínico), se decidió emplear el ISA por ser señalado como “gold standard” en diversas publicaciones^{320,336,337}, el ISA ha sido utilizado en la validación de nuevos instrumentos tales como *Ongoing Abuse Screen (OAS)*³¹³, *Ongoing Violence Assessment Tool (OVAT)*³²⁰, *Partner Violence Screen (PVS)*²⁸², *Woman Abuse Screening Tool (WAST)* en su versión reducida en español²²⁸, *Women’s Experience with Battering Scale (WEB)*³¹⁴, *Hurt-Insult-Threaten-Scream (HITS)* versión en español²²⁶, *Slapped, Threatened or Thrown (STaT)*³¹⁵, *Abuse Assessment Screen (AAS)*²⁸³. El cuestionario ISA ha adquirido una gran popularidad¹⁴⁹ y se han utilizado algunos de sus ítems para la elaboración de otros cuestionarios, por ejemplo en el *Composite Abuse Scale (CAS)*³¹⁶, el *Partner Abuse Scales: Physical (PASPH)* y el *Partner Abuse Scale: Non-Physical (PASNP)*³¹⁷, el *Psychological Maltreatment of Women Inventory (PMWI)*²⁷⁵.

Respecto a la elección entre el cuestionario ISA con 30 preguntas^{298,228} o versión reducida con 19 preguntas²⁹⁹, se produjo cierto dilema dentro del propio EI, puesto que la versión reducida permitía un uso más ágil, sin embargo finalmente se decidió emplear el ISA en “versión extendida” puesto que permitía tener el mismo cuestionario en su versión original en inglés, lo cual fue analizado como una ventaja a la hora de poder incorporar ambos cuestionarios e intentar superar la dificultad de la barrera idiomática presente en la población donde se desarrolla el trabajo de investigación. No obstante, el cuestionario ISA puede ser respondido en aproximadamente cinco minutos²³⁰, siendo por tanto factible en el contexto de la AP. Conjuntamente, al ser auto-cumplimentado por la mujer, el/la profesional puede realizar otras tareas (tales como completar la historia clínica, solicitar prueba, etc.). Por otro lado, es un cuestionario usado previamente en España en el contexto de la gestación por Velasco et al. en 2014⁷⁴ lo cual permite comparar resultados.

4.3. Fase III: Implementación de las estrategias de acción.

Estrategia de acción 1. Implementar una actividad formativa sobre detección y abordaje de la violencia de género durante el embarazo^t

Todas las matronas del GIAP se mostraron interesadas en acudir a la actividad formativa (finalmente dos no pudieron acudir por necesidades de cobertura del servicio). Se recibieron 101 solicitudes y se admitieron 70 por aforo de la sala. Finalmente fueron 55 las personas que siguieron la actividad.

La actividad formativa se llevó a cabo tal como se había planificado: en las instalaciones del Campus de Bellvitge de la UB, con una duración de doce horas distribuidas en dos días (23 de febrero y 2 de marzo de 2018). Las formadoras fueron multidisciplinares, de los ámbitos sanitario, pedagógico, filosófico, del derecho, de la neurociencia cognitiva y de la atención psicosocial a mujeres en contextos de VG. Las instituciones que colaboraron fueron: UB; ASSIR de L'H (Delta del Llobregat), ICS; el PMD del Ayuntamiento de Hospitalet; el centro Inteligencia en el Lenguaje de Madrid; y la Audiencia Provincial de Barcelona.

En relación a su consecución, cabe tener en cuenta que la implementación se llevó a cabo según lo diseñado, es decir, se realizaron todas las sesiones, ajustándose al horario y cada formadora enfocó su intervención respondiendo a la demanda que le había sido formulada. Posteriormente a la formación, las formadoras pusieron su material a disposición de las asistentes, vía electrónica. Se presenta en la tabla 4.7 los principales ejes temáticos sobre los que versó cada una de las intervenciones.

^t Los resultados de este apartado se recogen en el artículo 7: Formación para la detección de la violencia de género durante el embarazo: evaluación de una propuesta contextualizada. MUSAS. Revista de Investigación en Mujer, Salud y Sociedad. 2019; 4(1):22-37.

Tabla 4.7. Ejes temáticos de las intervenciones llevadas a cabo en la actividad formativa.

<p>UFR de Enfermería (Facultad Medicina y Ciencias de la Salud) y Facultad de Educación (UB)</p> <p>“Presentación y Contextualización”</p>	<p>Objetivos de la actividad formativa y organización. Dimensión poliédrica de la VG: la atención sanitaria de las matronas como espacio idóneo para la detección.</p> <hr/> <p>La IAP como metodología de investigación, formación y cambio. Una aplicación de la IAP en los ASSIR de L´H: una vía para la mejora en la detección y abordaje de la VG dentro de la asistencia sanitaria dispensada por las matronas.</p>
<p>PMD (L´H)</p> <p>“Comprender para acompañar”</p>	<p>El PMD. Marcos teóricos de interpretación de la VG. El círculo de violencia y su escala. Estadísticas de la VG (mundial y estatal). Circuitos de atención a la mujer en VG: servicios sanitarios y sociales, cuerpos de seguridad, entidades del ámbito. Procedimientos de detección y abordaje de la VG: signos en la mujer y en la pareja. Indicadores de riesgo. Preguntas facilitadoras. Funciones de la profesional. El contenido emocional en la VG.</p>
<p>ASSIR L´H (Delta del Llobregat, ICS)</p> <p>“Los cuestionarios como instrumento de detección de la VG”</p>	<p>Prevalencia de la VG durante el embarazo. El iceberg de la VG (Amnistía Internacional). Efectos en la gestante, feto e hijos/as. Signos de alerta en la consulta: conductas y demandas de la mujer. La objetividad de los cuestionarios y el interrogante ante el cribado universal. Instrumentos validados y clasificación: cribado, evaluación y riesgo de VG.</p>
<p>Facultad de Filosofía (UB)</p> <p>“Aspectos éticos en el abordaje de casos de VG en el embarazo”</p>	<p>La vulnerabilidad como herida a los intereses de bienestar y agencia y sus capas. La autonomía como proceso y su doble dimensión (moral y funcional). Las capacidades como indicadores de salud y las oportunidades de participación. Combinación de la capacidad de agencia de la mujer y las oportunidades del entorno. Capacidades y calidad de vida: sentidos objetivo, subjetivo y relacional. Acompañamiento biopsicosocial de la mujer: respeto y protección; reconocimiento recíproco y diálogo. La coordinación del equipo.</p>
<p>Inteligencia en el Lenguaje</p> <p>“Cómo generar confianza a través del lenguaje en el diálogo entre matrona y paciente”</p>	<p>Comunicación y relación: el diálogo basado en la confianza. Toma de consciencia del propio lenguaje. Comunicación verbal y no verbal. Habla y escucha. Habilidades comunicativas, aprendizaje y recursos: el tacto, la mirada, el tono de voz y la escucha activa o en profundidad. El poder de la palabra para generar o transformar la realidad.</p>
<p>Audiencia provincial de Barcelona</p> <p>“Aspectos jurídicos en la detección de VG en el embarazo”</p>	<p>Marco legislativo estatal y convenio europeo en el ámbito de la VG y la violencia doméstica (delito y prevención). Diferenciación conceptual entre violencia doméstica, VG y violencia machista. El circuito de la denuncia. La diferencia del proceso en el ámbito de la VG: la relación afectiva entre agredida y agresor. El requisito de doble declaración. El no decreto de medidas cautelares de protección y las consecuencias sobre la vida diaria de la mujer.</p>

Fuente: elaboración propia.

La metodología utilizada mayoritariamente fue la que combinaba la transmisión de información con la participación del público a través de preguntas o debates espontáneos. En dos de las sesiones tuvo lugar una participación más directa de las asistentes a propósito de actividades que suponían la aplicación de conocimientos expuestos en el momento. Ello fue propiciado por disponer de más tiempo en sus sesiones (dos y cuatro horas), lo que permitió una mayor interacción entre formadores y asistentes. La actitud de las participantes a lo largo de la actividad destacó por su receptividad, obertura y participación, incluso en aquellos contenidos menos directamente relacionados con su función sanitaria (por ejemplo, presentación de la IAP). Es éste un indicador que nos predispone a una evaluación positiva de la actividad formativa realizada, evaluación que abordamos de forma sistemática a continuación.

Como se ha mencionado en el apartado de metodología, al finalizar la formación, el segundo día, se procedió a su evaluación, poniendo a disposición de los asistentes el “Cuestionario de valoración de la calidad del curso” ad hoc (disponible en anexo 4). Se respondieron 42 cuestionarios de los 55 esperados (porcentaje de respuesta del 76.4%) que otorgaban puntuaciones considerablemente elevadas en la totalidad de los ítems, puntuaciones que, sobre 4 y entre paréntesis sobre 10 (se sintetizan en la tabla 4.8).

Tabla 4.8. Puntuaciones promedio del cuestionario de valoración de la actividad formativa.

Organización	3.52 (8.8)
Horario	3.44 (8.6)
Instalaciones	3.57 (8.9)
Medios técnicos	3.65 (9.1)
Contenidos y Metodología: necesidades	3.39 (8.5)
Contenidos y Metodología: expectativas	3.38 (8.4)
Enfoque de las sesiones	3.52 (8.8)
Competencia de las formadoras	3.60 (9)
Valoración general: nuevas capacidades	3.55 (8.9)
Valoración general: nuevos conocimientos	3.52 (8.8)
Valoración general: desarrollo personal	3.76 (9.4)
Grado de satisfacción general	3.49 (8.7)

Fuente: elaboración propia.

Según las puntuaciones, se puede afirmar el éxito de la actividad formativa tanto en sus aspectos organizativos y materiales, como en los de contenido y formativos. Cabe destacar que las sesiones que tuvieron puntuaciones más elevadas en cuanto al enfoque fueron las del PMD, del ASSIR Delta del Llobregat y del Centro de Inteligencia en el Lenguaje (entre 8.9 y 9.3, sobre 10). Los ítems que valoran la satisfacción con la actividad, con puntuaciones entre 8.7 y 9.4, son, por sí solos, una buena muestra del éxito de la actividad formativa. Siendo muy elevados los cuatro, especialmente los referidos a nuevas capacidades desarrolladas (8.9) y desarrollo personal (9.4).

Se recogieron diez cuestionarios con quince comentarios abiertos como propuestas de mejora (porcentaje de respuesta del 23.8%). Dos comentarios fueron sobre instalaciones y medios técnicos (visibilidad de la pantalla y uso del micrófono). Otros once indicaban la conveniencia de introducir más actividades de tipo práctico tales como trabajo a partir de casos (reales o hipotéticos), mediación de conflictos, dinámicas de role-playing y trabajo en equipo. Finalmente, dos comentarios sugerían ampliar contenidos en relación a la inteligencia emocional y a los circuitos de derivación y servicios de atención a mujeres en contextos de VG.

Todo ello orientó al EI, teniendo estas características presentes como elementos de mejora en la Fase V de este trabajo (Diseño y validación de un programa de formación sobre detección y abordaje de violencia de género en el embarazo para matronas y otros/as profesionales sanitarios/as). Aumentando el número de horas de formación y extendiendo el uso de metodologías activas y participativas (siempre respetando el derecho a no intervenir).

Estrategia de acción 2. Aplicar un instrumento validado adecuado para la detección de la violencia de género durante el embarazo.

Como se describe en la Figura 4.4, se determinó la elegibilidad de 143 mujeres que solicitaron un IVE y 432 gestantes o puérperas que continuaban con el embarazo.

En el caso de las mujeres que solicitaban un IVE, 23 fueron excluidas (12 por no cumplir criterios de inclusión, 8 por no querer participar y 3 por acudir a la consulta con un menor, lo que imposibilitaba permanecer a solas con la mujer). Finalmente, 120 mujeres cumplimentaron el cuestionario ISA (todas en español, 84 en la primera visita y 36 en la tercera visita), de ellas, 90 no estaban expuestas a la VG y 30 estaban expuestas a la VG, de estas últimas, 6 no se pudo determinar el momento de inicio de la VG (porque no se presentaron a las visitas sucesivas a pesar de contactar con ellas).

En el caso de las mujeres que continuaban con el embarazo, 51 fueron excluidas (42 por no cumplir criterios de inclusión, 6 por negarse a participar y 3 por acudir a la consulta con un menor). 381 mujeres cumplimentaron el cuestionario (3 en inglés y 378 en español; 114 en segundo trimestre del embarazo, 154 en tercer trimestre y 113 en el puerperio), de las cuales 347 no estaban expuestas y 34 estaban expuestas a la VG. Se produjeron 8 pérdidas durante el seguimiento (6 por acudir para la asistencia al parto en un centro privado y 2 por cambiarse de domicilio, fuera de Cataluña). Cabe señalar que en los 8 casos perdidos ninguna mujer se encontraba expuesta a la VG.

Finalmente, 373 casos de gestantes o puérperas y sus 376 recién nacidos/as (puesto que tres mujeres presentaban embarazos gemelares) fueron analizados, de las 373, en 17 casos no se dispone de la variable complicación del puerperio puesto que no acudieron a las visitas ordinarias de seguimiento puerperal (de esas 17, 15 no estaban expuestas a la violencia y 2 estaban expuestas a VG). En 4 casos de mujeres expuestas a la violencia, no se pudo determinar el momento de inicio (porque no se presentaron a las visitas sucesivas a pesar de contactar con ellas).

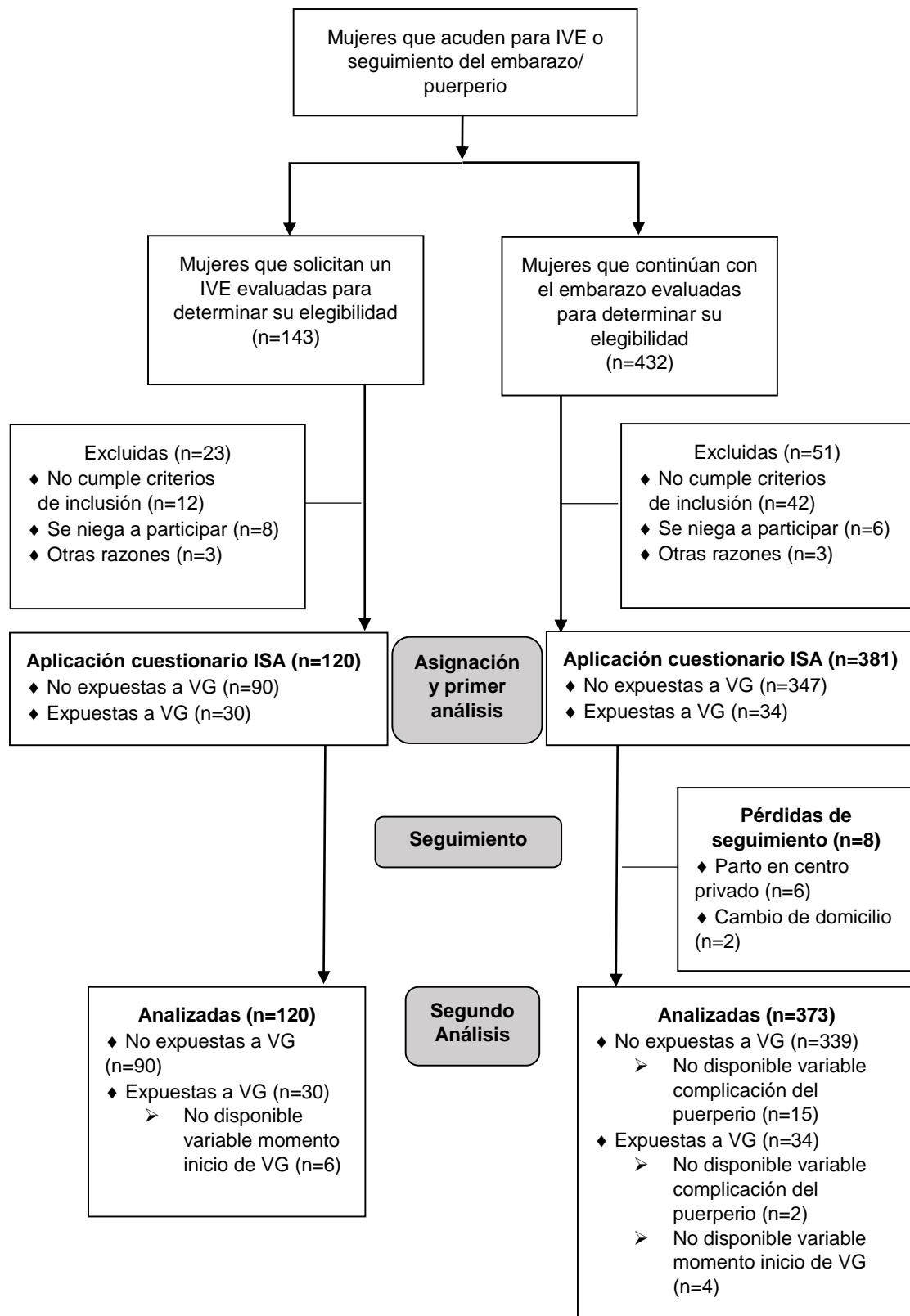


Figura 4.4. Esquema general de la recogida de datos de la estrategia de acción 2.
Fuente: elaboración propia.

- Análisis descriptivo.

En la tabla 4.9 se muestran las características sociodemográficas y de hábitos tóxicos de las mujeres que cumplimentaron el cuestionario ISA, tanto en el caso de las mujeres que interrumpieron el embarazo (n=120) como las que continuaron con el embarazo (n=381). La edad entre las mujeres que solicitan un IVE (Me=27.50) es significativamente menor ($p<0.001$) que entre las mujeres que continúan con el embarazo (Me=32.00). En ambos grupos existe un claro predominio de mujeres procedentes de Sudamérica-Centroamérica: el 58.33% (n=70) de las mujeres que solicitan un IVE y el 48.03% (n=183) de las mujeres que continúan con el embarazo. En segundo lugar aparecen las mujeres españolas: el 35.00% (n=42) de las mujeres que solicitan un IVE y el 37.80% (n=144) de las mujeres que continúan con el embarazo. El nivel de estudios entre las mujeres que continúan con el embarazo es significativamente superior que entre las mujeres que lo interrumpen ($p=0.003$). No obstante, en ambos grupos predominan las mujeres que tienen estudios primarios (48.33%; n=58 en caso del IVE y 31.23%; n=119 en las mujeres que continúan la gestación) o secundarios (42.50%; n=51 en el caso del IVE y el 49.87%; n=190 en las mujeres que continúan la gestación). El 70.00% (n=84) de las mujeres que solicitan un IVE y el 75.85% (n=289) de las mujeres que continúan con el embarazo presentan una situación laboral que les reporta ingresos, ya sea por trabajo activo, prestación por desempleo, baja laboral o pensión. El consumo de "algún tóxico" fue significativamente mayor ($p<0.001$) entre las mujeres que solicitan un IVE (21.67%; n=26) que entre las mujeres que continúan con el embarazo (8.66%; n=33). Siendo el tabaco el tóxico más consumido en ambos grupos.

Tabla 4.9. Características sociodemográficas y de hábitos tóxicos de las mujeres que cumplimentaron el cuestionario ISA.

	IVE (n=120)	Gestantes continúan embarazo (n=381)	p
Edad			<0.001
<26	49 (40.83%)	76 (19.95%)	
26-37	54 (45.00%)	237 (62.20%)	
>37	17 (14.17%)	68 (17.85%)	
	$M_e=27.50$ [22.00, 34.00]	$M_e=32.00$ [27.00, 36.00]	<0.001
Nacionalidad			0.217
África	6 (5.00%)	29 (7.61%)	
Asia	0 (0.00%)	1 (0.26%)	
España	42 (35.00%)	144 (37.80%)	
Indo-Pakistán	0 (0.00%)	7 (1.84%)	
Resto de Europa	2 (1.67%)	17 (4.46%)	
Sudamérica-Centroamérica	70 (58.33%)	183 (48.03%)	
Nivel de estudios			0.003
Sin estudios	2 (1.67%)	5 (1.31%)	
Primarios	58 (48.33%)	119 (31.23%)	
Secundarios	51 (42.50%)	190 (49.87%)	
Universitarios	9 (7.50%)	67 (17.59%)	
Situación laboral			<0.001
Baja laboral	0 (0.00%)	62 (16.27%)	
Estudiante	14 (11.67%)	13 (3.42%)	
Pensionista	1 (0.83%)	1 (0.26%)	
Prestación por desempleo	13 (10.83%)	44 (11.55%)	
Tareas domésticas	22 (18.33%)	79 (20.73%)	
Trabajo activo	70 (58.34%)	182 (47.77%)	
Hábitos tóxicos			<0.001
No tóxicos	94 (78.33%)	348 (91.34%)	
Alcohol	9 (7.50%)	0 (0.00%)	
Tabaco	12 (10.00%)	33 (8.66%)	
Tabaco y alcohol	2 (1.67%)	0 (0.00%)	
Tabaco y marihuana	3 (2.50%)	0 (0.00%)	

Fuente: elaboración propia. Nota: M_e =mediana; p =Valor de p ; []= el rango intercuartil.

En cuanto a los antecedentes obstétricos (véase tabla 4.10), el número de hijos previos fue significativamente mayor entre las mujeres que solicitaban un IVE ($\bar{x}=1.14$), respecto a las mujeres que continúan con la gestación ($\bar{x}=0.76$) ($p<0.001-0.002$). El número medio de IVE previos se duplica en el caso de las mujeres que solicitan un IVE ($\bar{x}=0.85$) respecto a las mujeres que continúan con el embarazo ($\bar{x}=0.40$), apareciendo también significación estadística ($p<0.001$). Sin embargo, se muestra una mayor prevalencia, sin ser estadísticamente significativa, de abortos no voluntarios entre las mujeres que deciden continuar con el embarazo.

Tabla 4.10. Antecedentes obstétricos de las mujeres que cumplimentaron el cuestionario ISA.

	IVE (n=120)	Gestantes continúan embarazo (n=381)	p
Número de hijos previos			<0.001
0	43 (35.83%)	165 (43.31%)	
1	35 (29.17%)	151 (39.63%)	
2	29 (24.17%)	56 (14.70%)	
3	9 (7.50%)	8 (2.10%)	
4	3 (2.50%)	1 (0.26%)	
5	1 (0.83%)	0 (0.00%)	
	\bar{x} 1.14	\bar{x} 0.76	<0.001
	Me 1 [0.00, 2.00]	Me 1 [0.00, 1.00]	0.002
Número de IVE previos			<0.001
0	52 (43.33%)	271 (71.13%)	
1	41 (34.17%)	75 (19.69%)	
2	22 (18.33%)	30 (7.87%)	
3	3 (2.50%)	4 (1.05%)	
4	2 (1.67%)	0 (0.00%)	
5	0 (0.00%)	1 (0.26%)	
	\bar{x} 0.85	\bar{x} 0.40	<0.001
	Me 1 [0.00, 1.00]	Me 0 [0.00, 1.00]	<0.001
Número de abortos no voluntarios previos			0.431
0	99 (82.50%)	288 (75.59%)	
1	19 (15.84%)	77 (20.21%)	
2	1 (0.83%)	12 (3.15%)	
3	1 (0.83%)	3 (0.79%)	
4	0 (0.00%)	1 (0.26%)	
	\bar{x} 0.20;	\bar{x} 0.30	0.063
	Me 0 [0.00, 0.00]	Me 0 [0.00, 0.00]	0.102

Fuente: elaboración propia. Nota: \bar{x} =media; Me=mediana; p=Valor de p; []= el rango intercuartil.

En la tabla 4.11 se detallan el nivel de riesgo gestacional, así como los factores de riesgo específico que presentaban las mujeres que continuaron con el embarazo y se pudo realizar el seguimiento (n=373). Predomina presentar un riesgo gestacional medio (34.58%; n=129) o alto (33.51%; n=125). Entre los factores de riesgo, los cinco más prevalentes son: mayor de 38 años (17.43%; n=65), obesidad (17.16%; n=64), cirugía uterina previa (14.21%; n=53), infección urinaria (11.80%; n=44) e incremento excesivo de peso (10.99%; n=41). En la misma tabla se detallan los factores de riesgo específicos que aumentan el riesgo de una cesárea o de las complicaciones del recién nacido/a, los cuales fueron usados en el análisis multivalente.

Tabla 4.11. Factores de riesgo gestacional de las mujeres que continuaron con el embarazo.

Gestantes continúan embarazo (n=373)			
Nivel de riesgo gestacional			
Bajo	86 (23.06%)		
Medio	129 (34.58%)		
Alto	125 (33.51%)		
Muy Alto	33 (8.85%)		
Factores de riesgo gestacional			
Riesgo medio			
• Estatura baja**	3 (0.80%)	• Esterilidad previa+	7 (1.88%)
• Mayor de 38 años**	65 (17.43%)	• Gran multiparidad+	2 (0.54%)
• Obesidad**	64 (17.16%)	• Control insuf. Gestación**	35 (9.38%)
• Rh negativo+	32 (8.58%)	• Embarazo no deseado**	3 (0.80%)
• Fumadora habitual+	38 (10.19%)	• Metrorragia primer trimestre	26 (6.97%)
• Periodo intergenésico menor a 12 meses**	7 (1.88%)	• Cardiopatía grado 1*	2 (0.54%)
• Riesgo de ITS+	5 (1.34%)	• Incremento excesivo de peso**	41 (10.99%)
• Condic. socioeconómicas desfavorables+	6 (1.61%)	• Infección urinaria+	44 (11.80%)
Riesgo alto			
• Anemia grave**	3 (0.80%)	• Diabetes gestacional**	40 (10.72%)
• Gemelar**	3 (0.80%)	• Sospecha malformación fetal+	5 (1.34%)
• Historia obstétrica desfavorable**	23 (6.17%)	• Obesidad mórbida**	2 (0.54%)
• Cirugía uterina previa*	53 (14.21%)	• Preeclampsia leve**	14 (3.75%)
• Endocrinopatía	21 (5.63%)	• Infección materna**	11 (2.95%)
Riesgo alto			
• Malformación uterina**	3 (0.80%)	• CIR**	5 (1.34%)
• Patología asociada grave**	11 (2.95%)	• Placenta previa**	1 (0.27%)
• Cardiopatía grado 3 y 4**	2 (0.54%)	• Preeclampsia grave**	3 (0.80%)
• Malformación fetal confirmada+	6 (1.61%)	• APP**	6 (1.61%)
	6 (1.61%)	• Rotura de membranas pretérmino**	7 (1.88%)
Otros factores que aumentan el riesgo de una cesárea		Otros factores que aumentan el riesgo de complicaciones del recién nacido/a	
• Inducción al parto	104 (27.88%)	• Prematuridad	16 (4.29%)
• Cesárea previa	52 (13.94%)	• Anomalías congénitas	9 (2.41%)
• Macrosomía	28 (7.51%)	• Bajos peso	7 (1.88%)
• Presentación anómala	17 (4.56%)		
• Prematuridad	16 (4.29%)		

Fuente: elaboración propia. Nota: ITS= Infección de transmisión sexual; Hª=Historia; CIR= Crecimiento intrauterino retardado; APP= Amenaza de parto prematuro; * = Factores que aumentan el riesgo de una cesárea; + = Factores que aumentan el riesgo de complicaciones del recién nacido/a.

Respecto al tipo de parto (tabla 4.12), de las mujeres que continuaron con el embarazo y se pudo realizar el seguimiento (n=373), el 72.39% (n=270), tuvieron un parto eutócico, el 20.64% (n=77) una cesárea y las restantes (6.97%; n=26) un parto instrumentado, incluyendo fórceps, ventosa o espátulas. El 76.94% de los partos se produjeron en el hospital de referencias (Hospital General de L'Hospitalet) el resto se distribuyeron en otros ocho hospitales públicos. El 9.12% (n=34) de las mujeres tuvieron algún tipo de complicación en el parto, siendo la complicación más frecuente la sospecha de pérdida de bienestar fetal (6.97%; n=26). El 50% de los/las recién nacidos/as (n=376) fueron de sexo femenino y el 50% de sexo masculino, con una mediana de 40 semanas de gestación y una mediana de peso de 3290g. De los 376 recién nacidos/as el 10.64% (n=40) fueron ingresados en Unidad de Cuidados Neonatales y el 1.06% (n=4) fueron trasladados de hospital. Dos parejas de gemelos fueron ingresados en la Unidad de Cuidados Neonatales, y una pareja de gemelos no requirió ingreso ni traslado. En el análisis bivariante y multivariante de estos casos, se ha asociado a la madre la complicación o no de los recién nacidos/as como un solo caso. De las 356 mujeres que se pudo averiguar si tuvieron alguna complicación durante el puerperio, el 10.11% (n=36) sí presentaron alguna complicación, siendo la infección por mastitis la más prevalente (3.93%; n=14).

Tabla 4.12. Tipo de parto, características y complicaciones de sus recién nacidos/as; y complicaciones en el puerperio.

Tipo de parto (n=373)	
Eutócico	270 (72.39%)
Cesárea	77 (20.64%)
Fórceps	17 (4.56%)
Ventosa	7 (1.87%)
Espátulas	2 (0.54%)
Complicaciones durante el parto (n=373)	
Sin complicaciones	339 (90.88%)
Sospecha de pérdida de bienestar fetal	26 (6.97%)
Infección	4 (1.07%)
Hemorragia	3 (0.80%)
Otros (pre-eclampsia)	1 (0.28%)
Trombosis y mortalidad	0 (0.00%)
Características de los/las recién nacidos/as (n=376)	
Sexo femenino	188 (50.00%)
Sexo masculino	188 (50.00%)
Semanas de gestación	Me=40; [2990.00, 3590.00]
Peso	Me=3290; [39.00, 40.00]
Percentil	Me=50; [31.00, 76.00]
Complicaciones de los/las recién nacidos/as (n=376)	
Sin complicaciones	332 (88.30%)
Ingreso Unidad de Cuidados Neonatales	40 (10.64%)
Traslado de Hospital	4 (1.06%)
Complicaciones durante el puerperio (n=356)	
Sin complicaciones	320 (89.89%)
Infección mastitis	14 (3.93%)
Depresión puerperal	7 (1.97%)
Infección de orina	6 (1.69%)
Hemorragia	3 (0.84%)
Infección sutura	2 (0.56%)
Infección uterina	2 (0.56%)
Otros (hipertensión arterial y cefalea por punción accidental de duramadre)	2 (0.56%)

Fuente: elaboración propia. Nota: Me=mediana; []= el rango intercuartílico.

En consideración a la exposición a la VG, la tabla 4.13 muestra los resultados de todas las mujeres que cumplimentaron el cuestionario ISA (120 mujeres que solicitaron un IVE y 381 mujeres que continuaron con el embarazo). Entre las mujeres que solicitan un IVE, la exposición a alguna forma de VG en el último año es del 25.00% (n=30) (psicológica un 21.67% y física un 15.20%) siendo significativamente más prevalente ($p<0.001$) que entre las mujeres que deciden continuar con el embarazo que es del 8.92% (n=34) (psicológica un 7.35% y física un 3.67%). Entre las 30 mujeres expuestas a la VG y que solicitan un IVE: 15 estaban expuestas a violencia solo psicológica, 11 a violencia psicológica y física; y 4 a violencia solo física (estas últimas respondían de forma afirmativa a preguntas sobre violencia psicológica, pero el resultado final no superaba el punto de corte establecido para determinar una situación de violencia psicológica). Del mismo modo ocurre con las 34 mujeres expuestas a la VG que decidieron continuar con el embarazo: 20 estaban expuestas a violencia solo psicológica, 8 a violencia psicológica y física; y 6 a violencia solo física (estas últimas respondían de forma afirmativa a preguntas sobre violencia psicológica, sin superar el punto de corte).

Tabla 4.13. Exposición a la violencia de género entre las mujeres que solicitan un IVE y gestantes que continúan con el embarazo.

	IVE (n=120)		Gestantes continúan embarazo (n=381)		p
Alguna forma de violencia	No expuestas	90 (75.00%)	No expuestas	347 (91.08%)	<0.001
	Expuestas	30 (25.00%)	Expuestas	34 (8.92%)	
Violencia psicológica	No expuestas	94 (78.33%)	No expuestas	353 (92.65%)	<0.001
	Expuestas	26 (21.67%)	Expuestas	28 (7.35%)	
Violencia física	No expuestas	105 (87.50%)	No expuestas	367 (96.33%)	<0.001
	Expuestas	15 (12.50%)	Expuestas	14 (3.67%)	

Fuente: elaboración propia. Nota: p=Valor de p.

Referente al momento del inicio de la violencia (datos no incluidos en las tablas), de la mujeres que solicitaron un IVE y se dispone del datos (n=24), en 23 casos inició la violencia antes del embarazo (95.83%) y solo un 1 caso durante el embarazo (4.17%). Entre las mujeres que continúan con el embarazo y se dispone del dato (n=30), en 27 casos inició la violencia antes de embarazo (90.00%) y 3 casos durante el embarazo (10.00%).

- Análisis bivariante.

El análisis bivariante que se muestra se ha analizado según la exposición a la violencia psicológica, física y alguna forma de VG (cualquiera de las dos anteriores) entre las mujeres que solicitan un IVE (n=120) y entre las mujeres que continúan con el embarazo y se pudo realizar el seguimiento (n=373); y su asociación con variables sociodemográficas, obstétricas y perinatales.

Mujeres que solicitan un IVE: en la tabla 4.14 se señala la asociación entre la exposición a la VG y las características sociodemográficas y de hábitos tóxicos entre las mujeres que solicitan un IVE. Las mujeres de Sudamérica- Centroamérica ocupan el mayor número de mujeres expuestas a alguna forma de violencia (n=22). Sin embargo, la prevalencia de exposición a alguna forma de VG según nacionalidades es la siguiente: África (n=6) el 50.00%, Sudamérica-Centroamérica (n=70) el 31.43%, España (n=42) el 11.90%, Resto de Europa (n=2) el 0.00%, existiendo una asociación entre la nacionalidad y la exposición a la VG tanto psicológica (p=0.029), como alguna forma de VG (p=0.030), aunque no existe asociación al analizar de forma independiente la violencia física (p=0.108). A pesar de ello es más prevalente la violencia física entre las mujeres procedentes África (33.33%) y Sudamérica-Centroamérica (15.71%), respecto a las españolas (4.76%). Se observa una tendencia (sin significancia estadística) a descender la prevalencia de alguna forma de VG a medida que aumenta el nivel de estudios: el 26.67% de las mujeres sin estudios o con estudios primarios (n=60), el 23.53% de las mujeres con estudios secundarios (n=51) y el 22.22% de las mujeres con estudios universitarios (n=9). Aparece una tendencia sin ser estadísticamente significativa de mayor consumo de tóxicos entre las mujeres no expuestas a la VG. No se observan diferencias significativas respecto a la edad, ni respecto a la situación laboral.

En cuanto a los antecedentes obstétricos (véase tabla 4.15) el número de abortos no voluntarios previos fue significativamente mayor en el grupo de mujeres expuestas a la violencia física (p<0.001) o alguna forma de VG (p=0.003). No se asoció sin embargo, el número de abortos previos a la violencia psicológica (p=0.077). Por otro lado, se observa una tendencia a tener un número mayor de hijos e IVE previos en el grupo de mujeres expuestas a alguna forma de violencia (sin significancia estadística).

Tabla 4.14. Características sociodemográficas y de hábitos tóxicos de las mujeres que solicitan un IVE según exposición a la violencia de género (n=120).

	Violencia psicológica			Violencia física			Alguna forma de violencia		
	No expuestas VG (n=94)	Expuestas VG (n=26)	p	No expuestas VG (n=105)	Expuestas VG (n=15)	p	No expuestas VG (n=90)	Expuestas VG (n=30)	p
Edad			0.526			0.312			1.000
<26	39 (41.49%)	10 (38.46%)		43 (40.95%)	6 (40.00%)		37 (41.12%)	12 (40.00%)	
26-37	40 (42.55%)	14 (53.85%)		49 (46.67%)	5 (33.33%)		40 (44.44%)	14 (46.67%)	
>37	15 (15.96%)	2 (7.69%)		13 (12.38%)	4 (26.67%)		13 (14.44%)	4 (13.33%)	
Nacionalidad			0.029			0.108			0.030
África	3 (3.19%)	3 (11.54%)		4 (3.81%)	2 (13.33%)		3 (3.33%)	3 (10.00%)	
España	38 (40.42%)	4 (15.38%)		40 (38.10%)	2 (13.33%)		37 (41.11%)	5 (16.67%)	
Resto de Europa	2 (2.13%)	0 (0.00%)		2 (1.90%)	0 (0.00%)		2 (2.22%)	0 (0.00%)	
Sudamérica-Centroamérica	51 (54.26%)	19 (73.08%)		59 (56.19%)	11 (73.34%)		48 (53.34%)	22 (73.33%)	
Nivel de estudios			0.615			0.273			0.947
Sin estudios-Primarios	45 (47.87%)	15 (57.69%)		55 (52.38%)	5 (33.33%)		44 (48.89%)	16 (53.33%)	
Secundarios	42 (44.68%)	9 (34.62%)		42 (40.00%)	9 (60.00%)		39 (43.33%)	12 (40.00%)	
Universitario	7 (7.45%)	2 (7.69%)		8 (7.62%)	1 (6.67%)		7 (7.78%)	2 (6.67%)	
Situación laboral			1.000			0.143			1.000
Con ingresos	66 (70.21%)	18 (69.23%)		76 (72.38%)	8 (53.33%)		63 (70.00%)	21 (70.00%)	
Sin ingresos	28 (29.79%)	8 (30.77%)		29 (27.62%)	7 (46.67%)		27 (30.00%)	9 (30.00%)	
Hábitos tóxicos			0.435			0.187			0.306
No tóxicos	72 (76.60%)	22 (84.62%)		80 (76.19%)	14 (93.33%)		68 (75.56%)	26 (86.67%)	
Tóxicos	22 (23.40%)	4 (15.38%)		25 (23.81%)	1 (6.67%)		22 (24.44%)	4 (13.33%)	

Tabla 4.15. Antecedentes obstétricos de las mujeres que solicitan un IVE según exposición a la violencia de género (n=120).

	Violencia psicológica			Violencia física			Alguna forma de violencia		
	No expuestas VG (n=94)	Expuestas VG (n=26)	p	No expuestas VG (n=105)	Expuestas VG (n=15)	p	No expuestas VG (n=90)	Expuestas VG (n=30)	p
Número de hijos previos			0.578			0.784			0.212
0	37 (39.36%)	6 (23.08%)		39 (37.14%)	4 (26.67%)		37 (41.11%)	6 (20.00%)	
1	25 (26.60%)	10 (38.46%)		30 (28.57%)	5 (33.33%)		24 (26.67%)	11 (36.67%)	
2	22 (23.40%)	7 (26.92%)		25 (23.81%)	4 (26.67%)		21 (23.33%)	8 (26.67%)	
3	7 (7.45%)	2 (7.69%)		7 (6.67%)	2 (13.33%)		5 (5.56%)	4 (13.33%)	
4	2 (2.13%)	1 (3.85%)		3 (2.86%)	0 (0.00%)		2 (2.22%)	1 (3.33%)	
5	1 (1.06%)	0 (0.00%)		1 (0.95%)	0 (0.00%)		1 (1.11%)	0 (0.00%)	
Número de IVE previos			0.358			1.000			0.420
0	43 (45.75%)	9 (34.62%)		45 (42.86%)	7 (46.67%)		42 (46.67%)	10 (33.33%)	
1	29 (30.85%)	12 (46.15%)		36 (34.28%)	5 (33.33%)		28 (31.11%)	13 (43.34%)	
2	18 (19.15%)	4 (15.38%)		19 (18.10%)	3 (20.00%)		16 (17.78%)	6 (20.00%)	
3	3 (3.19%)	0 (0.00%)		3 (2.86%)	0 (0.00%)		3 (3.33%)	0 (0.00%)	
4	1 (1.06%)	1 (3.85%)		2 (1.90%)	0 (0.00%)		1 (1.11%)	1 (3.33%)	
Número de abortos no voluntarios previos			0.077			<0.001			0.003
0	81 (86.17%)	18 (69.23%)		93 (88.57%)	6 (40.00%)		80 (88.89%)	19 (63.34%)	
1	12 (12.77%)	7 (26.92%)		11 (10.48%)	8 (53.33%)		9 (10.00%)	10 (33.33%)	
2	0 (0.00%)	1 (3.85%)		0 (0.00%)	1 (6.67%)		0 (0.00%)	1 (3.33%)	
3	1 (1.06%)	0 (0.00%)		1 (0.95%)	0 (0.00%)		1 (1.11%)	0 (0.00%)	

Fuente: elaboración propia. Nota: p=Valor de p.

Mujeres que continúan con el embarazo: En la tabla 4.16 se muestra la asociación entre la exposición a la VG y las características sociodemográficas y de hábitos tóxicos entre las mujeres que continúan el embarazo.

Las mujeres de Sudamérica- Centroamérica ocupan el mayor número de mujeres expuestas a la violencia (n=20). Sin embargo, la prevalencia de exposición a alguna forma de VG según nacionalidades es la siguiente: Indo-Pakistán (n=7) el 42.86%, África (n=29) el 20.69%, Sudamérica-Centroamérica (n=180) el 11.11%, Resto de Europa (n=17) el 11.76%, España (n=139) el 2.16%, Asia (n=1) el 0.00%, existiendo una asociación entre la nacionalidad y la exposición a la VG tanto psicológica ($p=0.018$), física ($p<0.001$) como alguna forma de VG ($p<0.001$). No se observan diferencias significativas respecto a la edad, sin embargo el grupo con menor exposición a la VG es el de mujeres mayores de 37 años. No hay diferencias respecto al nivel de estudios: donde la prevalencia de alguna forma de VG según el nivel de estudios es la siguiente: el 9.76% de las mujeres sin estudios o con estudios primarios (n=123), el 8.65% de las mujeres con estudios secundarios (n=185) y el 9.23% de las mujeres con estudios universitarios (n=65). Igualmente, no se observan diferencias entre la situación laboral, ni el consumo de tóxicos.

Respecto a los antecedentes obstétricos (véase tabla 4.17), las mujeres expuestas a alguna forma de VG tenían un número de hijos previos superior a las mujeres no expuestas, pero la diferencia no fue estadísticamente significativa. No se observaron diferencias en relación al número abortos previos (ni voluntarios, ni no voluntarios).

Tampoco en referencia al nivel de riesgo durante el embarazo (datos no incluidos en las tablas): el 57.82% de las mujeres no expuestas a alguna forma de VG presentaban un embarazo de riesgo bajo o medio y el 42.18% de riesgo alto o muy alto. El 55.88% de las mujeres expuestas a alguna forma de VG presentaban un embarazo de riesgo bajo o medio y el 44.12% de riesgo alto o muy alto. No existiendo diferencias significativas ni en el caso detallado de exposición a alguna forma de violencia ($p=0.857$), ni en la exposición a la violencia psicológica ($p=0.843$) ni física ($p=0.104$). Tampoco se encontraron diferencias entre los factores de riesgo gestacional (cada uno de ellos analizado de forma independiente) y la exposición a la VG ($p=0.093-1$).

Tabla 4.16. Características sociodemográficas y de hábitos tóxicos de las mujeres que continúan con el embarazo según exposición a la violencia de género (n=373).

	Violencia psicológica			Violencia física			Alguna forma de violencia		
	No expuestas VG (n=345)	Expuestas VG (n=28)	p	No expuestas VG (n=359)	Expuestas VG (n=14)	p	No expuestas VG (n=339)	Expuestas VG (n=34)	p
Edad			0.326			0.549			0.153
<26	70 (20.29%)	6 (21.43%)		74 (20.61%)	2 (14.29%)		68 (20.06%)	8 (23.53%)	
26-37	211 (61.16%)	20 (71.43%)		220 (61.28%)	11 (78.57%)		207 (61.06%)	24 (70.59%)	
>37	64 (18.55%)	2 (7.14%)		65 (18.11%)	1 (7.14%)		64 (18.88%)	2 (5.88%)	
Nacionalidad			0.018			<0.001			<0.001
África	26 (7.54%)	3 (10.71%)		24 (6.68%)	5 (35.71%)		23 (6.78%)	6 (17.65%)	
Asia	1 (0.29%)	0 (0.00%)		1 (0.28%)	0 (0.00%)		1 (0.29%)	0 (0.00%)	
España	136 (39.42%)	3 (10.71%)		138 (38.44%)	1 (7.14%)		136 (40.12%)	3 (8.82%)	
Indo-Pakistán	6 (1.74%)	1 (3.57%)		5 (1.39%)	2 (14.29%)		4 (1.18%)	3 (8.82%)	
Resto de Europa	15 (4.35%)	2 (7.14%)		17 (4.74%)	0 (0.00%)		15 (4.42%)	2 (5.88%)	
Sudamérica-Centroamérica	161 (46.66%)	19 (67.87%)		174 (48.47%)	6 (42.86%)		160 (47.21%)	20 (58.83%)	
Nivel de estudios			1.000			0.505			0.973
Sin estudios-Primarios	114 (33.04%)	9 (32.14%)		117 (32.59%)	6 (42.86%)		111 (32.74%)	12 (35.29%)	
Secundarios	171 (49.57%)	14 (50.00%)		180 (50.14%)	5 (35.71%)		169 (49.86%)	16 (47.06%)	
Universitarios	60 (17.39%)	5 (17.86%)		62 (17.27%)	3 (21.43%)		59 (17.40%)	6 (17.65%)	
Situación laboral			0.648			1.000			0.530
Con ingresos	262 (75.94%)	20 (71.43%)		271 (75.49%)	11 (78.57%)		258 (76.11%)	24 (70.59%)	
Sin ingresos	83 (24.06%)	8 (28.57%)		88 (24.51%)	3 (21.43%)		81 (23.89%)	10 (29.41%)	
Hábitos tóxicos			0.294			1.000			0.524
No tóxicos	316 (91.59%)	24 (85.71%)		327 (91.09%)	13 (92.86%)		310 (91.45%)	30 (88.24%)	
Tóxicos	29 (8.41%)	4 (14.29%)		32 (8.91%)	1 (7.14%)		29 (8.55%)	4 (11.76%)	

Tabla 4.17. Antecedentes obstétricos de las mujeres que continúan con el embarazo según exposición a la violencia de género (n=373).

	Violencia psicológica			Violencia física			Alguna forma de violencia		
	No expuestas VG (n=345)	Expuestas VG (n=28)	p	No expuestas VG (n=359)	Expuestas VG (n=14)	p	No expuestas VG (n=339)	Expuestas VG (n=34)	P
Número de hijos previos			0.084			0.155			0.146
0	156 (45.22%)	7 (25.00%)		159 (44.29%)	4 (28.57%)		153 (45.14%)	10 (29.41%)	
1	136 (39.42%)	12 (42.86%)		143 (39.83%)	5 (35.72%)		134 (39.53%)	14 (41.18%)	
2	45 (13.04%)	8 (28.57%)		49 (13.65%)	4 (28.57%)		44 (12.98%)	9 (26.47%)	
3	7 (2.03%)	1 (3.57%)		7 (1.95%)	1 (7.14%)		7 (2.06%)	1 (2.94%)	
4	1 (0.29%)	0 (0.00%)		1 (0.28%)	0 (0.00%)		1 (0.29%)	0 (0.00%)	
Número de IVE previos			0.147			0.837			0.264
0	247 (71.59%)	20 (71.43%)		256 (71.31%)	11 (78.57%)		242 (71.40%)	25 (73.54%)	
1	70 (20.29%)	3 (10.71%)		70 (19.50%)	3 (21.43%)		69 (20.35%)	4 (11.76%)	
2	25 (7.25%)	4 (14.29%)		29 (8.08%)	0 (0.00%)		25 (7.37%)	4 (11.76%)	
3	2 (0.58%)	1 (3.57%)		3 (0.83%)	0 (0.00%)		2 (0.59%)	1 (2.94%)	
5	1 (0.29%)	0 (0.00%)		1 (0.28%)	0 (0.00%)		1 (0.29%)	0 (0.00%)	
Número de abortos no voluntarios previos			0.783			0.501			0.894
0	261 (75.65%)	21 (75.00%)		272 (75.77%)	10 (71.43%)		257 (75.82%)	25 (73.53%)	
1	68 (19.71%)	7 (25.00%)		72 (20.05%)	3 (21.43%)		67 (19.77%)	8 (23.53%)	
2	12 (3.48%)	0 (0.00%)		11 (3.06%)	1 (7.14%)		11 (3.24%)	1 (2.94%)	
3	3 (0.87%)	0 (0.00%)		3 (0.84%)	0 (0.00%)		3 (0.88%)	0 (0.00%)	
4	1 (0.29%)	0 (0.00%)		1 (0.28%)	0 (0.00%)		1 (0.29%)	0 (0.00%)	

Fuente: elaboración propia. Nota: p=Valor de p.

Con respecto al tipo de parto (véase tabla 4.18), apareció un aumento de la prevalencia de complicaciones durante el parto significativamente mayor entre las mujeres expuestas a la violencia psicológica ($p=0.031$) y alguna forma de violencia ($p=0.025$). En el caso de la exposición a violencia física, a pesar de ser también mayor, no fue estadísticamente significativa ($p=0.371$). De hecho, existe una prevalencia mayor de cesáreas y menor de partos eutócicos entre las mujeres expuestas a la VG (sin significancia estadística). En consideración a las complicaciones del recién nacido/a (que han implicado ingreso en una Unidad de Cuidados Neonatales o traslado de hospital), los resultados revelan un aumento de la prevalencia de complicaciones de los/las recién nacidos/as significativamente mayor entre las mujeres expuestas a las violencia psicológica ($p=0.007$) y a alguna forma de violencia ($p=0.039$). En el caso de la exposición a violencia física, a pesar de ser también mayor, no fue estadísticamente significativa ($p=0.664$). Referente a las complicaciones del puerperio, de las 356 mujeres que se dispone del dato, existen un aumento de la prevalencia de complicaciones significativamente mayor durante el puerperio entre las mujeres expuestas a la violencia física ($p=0.024$), en el caso de la exposición a violencia psicológica y a alguna forma de violencia, a pesar de ser también mayor, no fue estadísticamente significativa ($p=0.508$ y $p=0.349$, respectivamente).

No se encontraron diferencias entre las características exploradas de los/las recién nacidos/as y la exposición de sus madres a la VG (no se muestra en las tablas): ni en relación a las semanas de gestación en el momento del nacimiento ($p=0.992$), ni el percentil ($p=0.413$); tampoco se asoció con bajo peso ($p=0.491$).

Tabla 4.18. Tipo parto, complicaciones del parto, del recién nacido/a y del puerperio de las mujeres que continúan con el embarazo según exposición a la violencia de género.

	Violencia psicológica			Violencia física			Alguna forma de violencia			
	N=373	No expuestas VG (n=345)	Expuestas VG (n=28)	p	No expuestas VG (n=359)	Expuestas VG (n=14)	p	No expuestas VG (n=339)	Expuestas VG (n=34)	p
Tipo de parto				0.482			0.638			0.590
Eutócico		252 (73.04%)	18 (64.29%)		260 (72.43%)	10 (71.43%)		247 (72.86%)	23 (67.65%)	
Cesárea		69 (20.00%)	8 (28.57%)		73 (20.33%)	4 (28.57%)		68 (20.06%)	9 (26.47%)	
Instrument.		24 (6.96%)	2 (7.14%)		26 (7.24%)	0 (0.00%)		24 (7.08%)	2 (5.88%)	
Complicaciones en el parto				0.031			0.371			0.025
No		317 (91.88%)	22 (78.57%)		327 (91.09%)	12 (85.71%)		312 (92.04%)	27 (79.41%)	
Sí		28 (8.12%)	6 (21.43%)		32 (8.91%)	2 (14.29%)		27 (7.96%)	7 (20.59%)	
Complicaciones del recién nacido/a				0.007			0.664			0.039
No		311 (90.14%)	20 (71.43%)		319 (88.86%)	12 (85.71%)		305 (89.97%)	26 (76.47%)	
Sí		34 (9.86%)	8 (28.57%)		40 (11.14%)	2 (14.29%)		34 (10.03%)	8 (23.53%)	
N=356										
Complicaciones del puerperio				0.508			0.024			0.349
No		296 (90.24%)	24 (85.71%)		312 (90.70%)	8 (57.14%)		293 (90.43%)	27 (84.38%)	
Sí		32 (9.76%)	4 (14.29%)		32 (9.30%)	4 (33.33%)		31 (9.57%)	5 (15.62%)	

Fuente: elaboración propia. Nota: Instrument= Parto instrumentado (incluye espátulas, fórceps y ventosa).

- Análisis multivariante.

Se ha estudiado la asociación entre VG e IVE, ajustando por otros factores, mediante análisis multivariante sobre todas las mujeres estudiadas (n=501). En el grupo de mujeres que continúan con el embarazo (n=373) se ha estudiado la asociación entre VG y parto por cesárea, y entre VG y complicaciones del recién nacido/a, ajustando por otros factores.

En la tabla 4.19 se muestran los resultados del análisis multivariante sobre el IVE. Aparece una asociación negativa significativa con la edad (OR=0.93; IC=0.90-0.97; p<0.001), reduciendo por tanto la edad el riesgo de un IVE. Surge una asociación negativa entre estudios secundarios (OR=0.59; IC=0.37-0.94; p=0.026) y universitarios (OR=0.34; IC=0.15-0.74; p=0.009). En otros términos, tener estudios secundarios y universitarios reduce el riesgo de un IVE respecto al grupo de referencia (sin estudios-estudios primarios). Sin embargo, no existe asociación entre ninguna de las nacionalidades valoradas respecto al grupo de referencia (nacionalidad española). No siendo valorable la nacionalidad Asia-Indo-Pakistán por el bajo número de casos. A su vez, no existe asociación entre la situación laboral sin ingresos y el riesgo de IVE, respecto grupo de referencia (con ingresos). Por otro lado, la exposición a alguna forma de VG incrementa de forma significativa el riesgo de realizar un IVE (OR=4.06; IC=2.23-7.48; p<0.001).

Tabla 4.19. Modelo de regresión logística sobre IVE de las mujeres estudiadas.

	Odds Ratio (IC 95%)	p
Intercepto	3.10 (1.00, 9.80)	0.051
Edad	0.93 (0.90, 0.97)	<0.001
Sin estudios-estudios primarios	Grupo de referencia	
Estudios Secundarios	0.59 (0.37, 0.94)	0.026
Estudios Universitarios	0.34 (0.15, 0.74)	0.009
Nacionalidad España	Grupo de referencia	
Nacionalidad África	0.38 (0.12, 0.99)	0.063
Nacionalidad Asia-Indo-Pakistán	0.00 (0, ∞)	0.983
Nacionalidad Resto de Europa	0.43 (0.06, 1.71)	0.291
Nacional. Sudamérica-Centroamérica	0.93 (0.57, 1.53)	0.785
Situación laboral con ingresos	Grupo de referencia	
Situación laboral sin ingresos	1.21 (0.72, 2.01)	0.463
Alguna forma de VG	4.06 (2.23, 7.48)	<0.001

Fuente: elaboración propia. Nota: p= Valor de p; OR= Odds Ratio;
IC 95% = Intervalo de confianza al 95%; ∞= infinito.

Referente a la cesárea, el análisis multivariante en la población que continúa con el embarazo (véase tabla 4.20) muestra que no existe asociación entre la presencia de factores de riesgo gestacional y el parto por cesárea. Sin embargo, existe una asociación positiva significativa entre presencia de otros factores que aumentan el riesgo de una cesárea (inducción, cesárea previa, macrosomía, presentación fetal anómala, y/o prematuridad) (OR=8.31; IC=4.16-18.06; $p<0.001$). Del mismo modo aparece una asociación positiva significativa con la presencia de complicaciones durante el parto (OR=16.60; IC=6.78-44.33; $p<0.001$). Finalmente, no se determina asociación entre alguna forma de VG y el parto por cesárea.

Tabla 4.20. Modelo de regresión logística sobre parto por cesárea de las mujeres que continúan con el embarazo.

	Odds Ratio (IC 95%)	p
Intercepto	0.04 (0.02, 0.09)	<0.001
Presencia de factores de riesgo gestacional (que aumentan la incidencia de una cesárea)	1.20 (0.59, 2.51)	0.625
Presencia de otros factores que aumentan el riesgo de una cesárea	8.31 (4.16, 18.06)	<0.001
Presencia de complicaciones durante el parto	16.60 (6.78, 44.33)	<0.001
Alguna forma de VG	1.00 (0.29, 3.03)	0.994

Fuente: elaboración propia. Nota: p= Valor de p; OR= Odds Ratio; IC 95% = Intervalo de confianza al 95%.

En cuanto a las complicaciones del recién nacido/a (que implican ingreso en Unidad de Cuidados Neonatales o traslado de hospital), el análisis multivariante muestra los siguientes resultados (véase tabla 4.21): no existe asociación entre la presencia de factores de riesgo gestacional, ni entre complicaciones durante el parto y el riesgo de tener complicaciones del recién nacido/a. Sin embargo, aparece una asociación positiva significativa entre la presencia de otros factores que aumentan el riesgo de complicaciones del recién nacido/a (prematuridad, anomalías congénitas y/o bajo peso) (OR=6.41; IC= 7.72-14.77; $p<0.001$). Del mismo modo, la exposición de la madre a alguna forma de VG aumenta de forma estadísticamente significativa el riesgo de complicaciones del recién nacido/a (OR=2.68; IC= 1.02-6.48; $p=0.035$).

Tabla 4.21. Modelo de regresión logística sobre complicaciones del recién nacido/a de las mujeres que continúan con el embarazo.

	Odds Ratio (IC 95%)	p
Intercepto	0.08 (0.04, 0.16)	<0.001
Presencia de factores de riesgo gestacional (que aumentan la incidencia de complicaciones del recién nacido/a)	1.02 (0.47, 2.42)	0.954
Presencia de otros factores que aumentan el riesgo de complicaciones del recién nacido/a.	6.41 (2.72, 14.77)	<0.001
Presencia de complicaciones durante el parto	1.16 (0.55, 2.35)	0.691
Alguna forma de VG	2.68 (1.02, 6.48)	0.035

4.4. Fase IV: Evaluación de las estrategias de acción implementadas por parte de las matronas del GIAP.

La evolución de las estrategias de acción se realizó principalmente en base a la experiencia de las matronas del GIAP durante su implementación. Como se ha mencionado en el apartado de metodología, se recogió la información a través de dos grupos focales. Participaron en los mismos un total de diez matronas y una enfermera. No colaboraron m2, m8 y m10 por jubilación, cambios de puesto laboral y baja laboral. Incorporándose m13 y m14, las cuales tienen 63 y 36 años de edad; y 29 y 1 año de experiencia en el ASSIR respectivamente. En la Figura 4.5 se recoge el árbol de códigos y la relación entre categorías y subcategorías de los mismos.

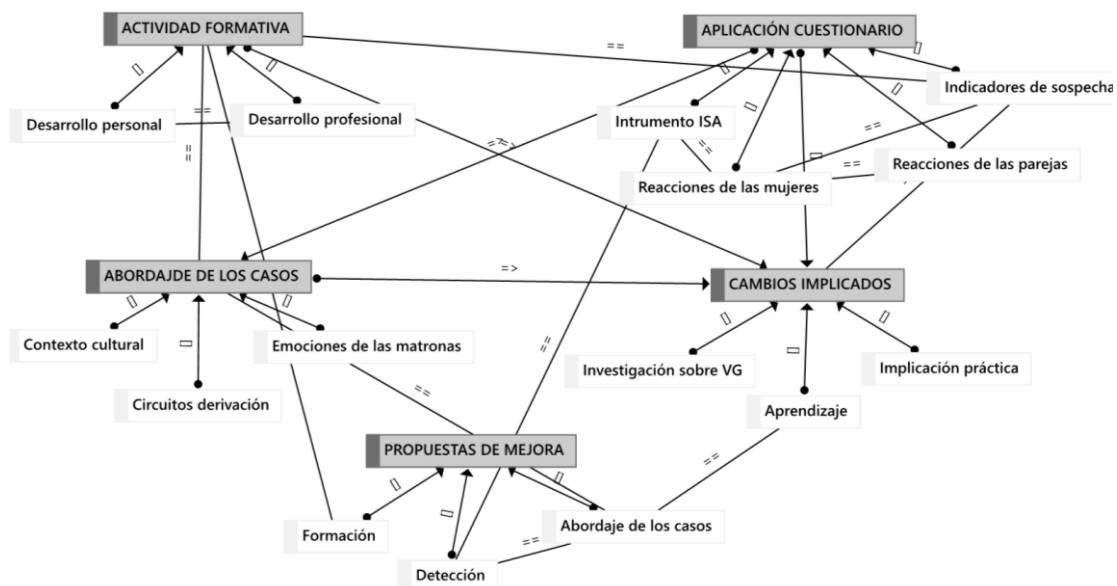


Figura 4.5. Árbol de códigos de los grupos focales con las matronas.

Fuente: elaboración propia.

A continuación, se presenta esta información estructurada en base a la experiencia de las matronas del GIAP durante las dos estrategias de acciones implementadas y su apreciación de la utilidad de las mismas, su cambio de perspectiva respecto a los resultados de la Fase I, la comparación del número de casos detectados durante las implementaciones de las estrategias de acción respecto a los detectados previamente y sus propuestas de mejora.

Valoración de la estrategia de acción 1.

Como ya se ha mencionado en apartados previos, la valoración de la actividad formativa fue muy positiva. No obstante, aquí se muestran algunos de los comentarios al respecto recogidos en los grupos focales con las matronas del GIAP que amplían y matizan significativamente dicha evaluación. Así, sus narraciones revelan que consideran conveniente haber implementado la actividad formativa antes de aplicar el cuestionario ISA:

“A mí me gustó mucho la formación que nos dieron, creo que estuvo muy bien” (m1).

“Yo creo que es básico tener formación. Sobre todo porque si el cuestionario me sale positivo tengo que saber cómo actuar” (m12).

“Sí, es necesario más que para pasar el cuestionario, que también, pero sobre todo para luego, es decir para darles soluciones o conocer el circuito” (m9).

En otro sentido, las matronas comentaban que les resultó provechosa no solo para su desarrollo profesional sino también personal:

“Yo creo que todo suma ¿no? Porque te explican una serie de cosas, que entonces, pues lo integras más y lo incorporas a la visita” (m7).

“Bueno a mí me gusto escuchar a la psicóloga (del PMD). Me gustó cuando explicaban cómo les llegan las mujeres a ellas (...) cómo van avanzando” (m11).

“Estos cursos, a veces te cambian la perspectiva, ahora hasta al ver una película de dibujos animados, no sé, yo que tengo dos niños (...) Estos cursos, te dan qué pensar” (m12).

Valoración de la estrategia de acción 2.

A continuación se muestra la valoración de las matronas del GIAP respecto al propio instrumento ISA y respecto a su experiencia en la aplicación del mismo.

Instrumento ISA. La mayoría de las matronas consideran el instrumento ISA como útil, sin embargo, tres de ellas opinaban que es demasiado extenso. Conjuntamente varias matronas aluden a que la pregunta número 20 “no es una persona amable”, al ser una doble negativa (en caso de que su pareja sea una persona amable la mujer debe responder “nunca”), dificulta la comprensión para algunas mujeres:

“Yo los que hice, lo cogían y sin problema lo rellenaban, sin dudar y rápido (m13).

“Alguna tardaba más, pero eso ya es normal (...) igual porque lo piensan demasiado, que eso ya es indicativo ¿no?” (m9).

“En esta pregunta: no es un persona amable, tienen dificultades para responderla, entonces hay que explicarla” (m6).

El hecho de que el cuestionario deba ser auto-cumplimentado por la mujer, según la mayoría de las matronas es una ventaja, puesto que opinan que favorece la reflexión en el momento de responder:

“Creo que es mejor que sea la propia mujer la que rellene (...) que lo pueda leer y lo pueda reflexionar y pensar antes de marcar. A veces cuando alguien te pregunta, contestas quizás lo que crees que es correcto contestar” (m1).

Sin embargo, dos matronas consideraban una desventaja este hecho, puesto que implica disponer del cuestionario impreso en papel, cuando la tendencia es que estén todos los cuestionarios incorporados en la Historia Clínica Informatizada.

De igual forma, aparecieron opiniones encontradas en relación a tener que calcular el resultado del cuestionario: algunas matronas lo consideraban una desventaja y hubieran preferido disponer del resultado en el momento. Otras sin embargo, aludían a la oportunidad de informar a la mujer en sucesivas visitas disponiendo de esa forma, de más tiempo y preparando la forma de abordaje:

“No sé, porque yo creo que también necesitas tiempo cuando hay un caso positivo, porque claro, la información, porque quizás la mujer lo intuye, pero no lo sabe gestionar. Entonces si tú ya lo preparas... Y claro el tiempo en la consulta es muy limitado” (m6).

A pesar de disponer del cuestionario ISA en inglés, fue utilizado en muy pocos casos, solo tres. Se desprende de la información que la causa es que requiere un mínimo de conocimiento de inglés por parte de la matrona, o que la mujer hable un mínimo de español. Como en el caso que se describe a continuación de una gestante de origen Hindú:

“Esta mujer que le pasé, yo le di la opción de hacerlo en español o inglés. O sea, hablaba español con dificultad, entonces ella me dijo: no, mejor en inglés. Ella me dijo: yo en escrito me manejo mejor con el inglés” (m1).

Por otro lado, la asistencia a mujeres con dificultad idiomática, es compleja y algunas matronas reconocen que no las incluían en el trabajo de investigación:

“Yo sinceramente, a alguna a lo mejor se lo podía haber pasado en inglés, pero no se lo pasé por una cuestión de tiempo (...) son visitas que se alargan más. Me constaba entenderme con ella, para encima, añadirle la investigación” (m4).

Reacciones de las mujeres. De forma unánime afirman que las mujeres no se han sentido ofendidas y se han mostrado muy colaboradoras para participar en el trabajo, incluso comentan que algunas mujeres alababan la iniciativa de preguntar por la VG. La mayoría de las matronas muestran asombro de la sinceridad de las mujeres a la hora de complimentar el cuestionario:

“A las mujeres no les ha costado nada participar, es decir, como si estuvieran esperando que alguien les diera la opción para poder expresarse. En ningún momento me han puesto ninguna pega (...) porque yo pensaba al principio que las mujeres se quedarían muy cortadas, ¿no?, pero luego las he visto muy decididas a poner cruces, en el 4 y en el 5, ¡he alucinado un poco!” (m13).

“Alguna mujer me ha dicho: está muy bien que hagáis estos trabajos y que lo preguntéis, porque esto ocurre con frecuencia” (m1).

Se desprende de sus reflexiones que incluso en los casos en que las mujeres no se encuentran en una situación violenta, con la aplicación del instrumento ISA se genera un espacio para hablar de VG y sensibilizar a la población. Varias matronas comentan que algunas de las mujeres se sorprendían de las preguntas del cuestionario por su dureza o aludían a que anteriormente había tenido parejas violentas:

“Alguna, a la que le salía completamente negativo, sí que me decían: ¡madre mía, qué preguntas, son fuertes!” (m11).

“Alguna mujer te decía: hace unos años me pasó esto exactamente y hasta que me di cuenta y dejé a esa pareja, pues pasó mucho tiempo” (m12).

Reacciones de las parejas. Por otro lado, no ha habido impedimentos según sus relatos, para permanecer a solas con la mujer, incluso en las ocasiones que se pedían a la pareja que se ausentara de la visita. Según su opinión, las mujeres que están en una situación de violencia no acuden siempre acompañadas, por lo que suele aparecer en algún momento la oportunidad de preguntar sobre VG a solas. Ninguna matrona relató incidentes con las parejas:

“La primera reacción es de quedarse, porque les estás haciendo la visita juntos, pero cuando les pedías que salieran, pues lo hacían con naturalidad” (m11).

“De todas maneras, en las que sale positivo (el cuestionario ISA), pues normalmente no suelen venir las parejas ¿sabes? Porque pasan mucho de ellas” (m9).

Indicadores de ayuda en la detección. Las matronas verbalizan que en la mayoría de los casos detectados con el cuestionario ISA, no tuvieron en ningún momento la sospecha de que la mujer se pudiera encontrar en una situación de VG:

“Yo ese caso que se puso a llorar cuando le pasé la encuesta en el postparto, yo a esa señora la controlé durante el embarazo y no, no sospeché nada (m1).

“Había ido al hospital unas semanas antes (a causa de una agresión física por parte de su pareja) y no me decía nada, si no le paso el cuestionario, no me entero, no me lo dice” (m4).

Contexto cultural de la mujer. En este caso, aparece igual que en los resultados de la Fase I, las diferencias culturales como una limitación para el abordaje, puesto que cuando informaban a las mujeres del resultado del cuestionario y les ofrecían recursos, algunas de ellas no creían que se encontraran en una situación de violencia:

“En la siguiente visita cuando se lo comenté y me dijo que nosotros aquí vivimos en una cultura que es diferente, pero que allí pues los hombres... pues es diferente” (m11).

“Hay un factor cultural en la población que tenemos, que lo normalizan. Creo que como profesional me cuesta el abordar que no es lo normal. Sobre todo, sobre el control, ¿sabes?, hay varias preguntas sobre el control, que lo normalizan y lo ven incluso como algo positivo” (m14).

Circuitos de derivación a otros/as profesionales. Las matronas valoran como una acción útil disponer del contacto de los/las trabajadores/as sociales y de material informativo del PMD en la consulta. Así como haber conocido a algunos/as de los trabajadores/as sociales y de los profesionales del PMD:

“Con la trabajadora social, lo que hago es que le envío un correo, con la lista de todos, le envío un correo desde la consulta y me contestan al día siguiente o al otro, son rápidas. (...) Sí, ahora me doy cuenta de que entrego mucho los folletos del CAID (PMD) que nos diste” (m12).

“Sí, estuvo bien, tener un contacto directo con ellos, que nos conozcamos” (m5).

“De alguna manera cuando envías un correo, pues puede ser un poco más personal si les pones cara” (m9).

Emociones de las matronas. Escuchar los relatos de violencia, no deja indiferente a las matronas, las cuales refieren sentimientos de tristeza y rabia. Según los resultados de la Fase I, las matronas intuían que existían casos de VG entre las gestantes que asisten, pero se muestran impresionadas de la prevalencia detectada, especialmente en el caso de las mujeres que solicitan un IVE. La rabia, sin embargo, aparece especialmente cuando en sucesivas visitas del control del embarazo, se enfrentan a que esté presente la pareja que ejerce violencia:

“Yo me quedo un poco mal, o sea me quedo un poco mal sabiendo la prevalencia que tenemos (...)” (m14).

“Rabia, sí, me siento rabiosa, porque cuando lo sabes (...) Yo creo que nosotras ya nos los miramos con otros ojos” (m9).

Cambio de perspectiva sobre la detección y abordaje de la violencia de género durante el embarazo.

Aprendizajes generados. Las matronas comentaban en la Fase I que creían que no indagaban sobre la VG por ser un tema complicado, por falta de herramientas de los sanitarios para abordarlo y porque son cuestiones muy íntimas de las mujeres. Sin embargo, durante los grupos focales, sus narraciones revelan que han ganado confianza:

“Yo ahora me siento más cómoda, después de haber hecho esto. Me encuentro más cómoda porque he tenido ayuda (...) Lo he vivido mejor, pues que fuera más normal preguntar. Porque tú te ofrecías: bueno cuando venga la mujer vendré... Pues perfecto” (m5).

“Yo bueno, recuerdo que en la entrevista te dije que era un tema que me interesa, pero si preguntas, te encuentras, si te encuentras ¿qué haces? Entonces lo primero que tienes que saber es ¿cómo ayudarla? ¿Dónde derivarla? Porque si no lo sabes, no preguntes. Entonces ahora sí lo sé” (...) ahora conocemos mejor el circuito que tenemos, sabemos que podemos decirle que vaya a la trabajadora social o al PMD” (m1).

Las revelaciones anteriores, evidencian que se ha generado aprendizaje y se han disipado algunos de los miedos que afloraban en la Fase I, donde las matronas consideraban que las mujeres se podrían ofender al preguntarles por VG (o no querrían revelar su situación), tenían miedo a no saber abordar la situación si la mujer revelara una situación de violencia, o miedo a las represalias por parte de las parejas.

Otra evidencia del aprendizaje es que algunas matronas pedían en los primeros casos detectados estar acompañadas por alguna matrona del EI en el momento de informar a la mujer del resultado del cuestionario. Tras realizar esa visita con EI (en una o dos ocasiones), en sucesivos casos decidieron hacerlo solas, lo cual denota que han ganado confianza, no solo para preguntar sobre VG, sino para abordar las situaciones en que la mujer la revela. Los siguientes relatos se han recogido en los diarios de campo:

“Tú ya sabes lo que me cuesta a mí este tema Analía, que a mí sabes que me llega al alma. Pero fíjate ahora no digo ni eufemismos, ahora ya digo violencia de género” (m6).

“No, ya se lo digo yo, ya he visto cómo lo haces” (Posteriormente, al preguntar cómo ha ido la visita): “Al inicio me puse un poco nerviosa, pero al ver que la mujer reaccionaba bien, le seguí preguntando y hablando de ello” (m1).

Implicaciones para la práctica. Según las matronas con las acciones implementadas han desarrollado destrezas y tienen más presente la posibilidad de que una mujer se pueda encontrar en una situación de VG:

“Tomas más conciencia. Incluso en mujeres que te sorprende también, que haya dado un resultado determinado, cuando no te lo esperabas (...)” (m6).

“(...) empiezas a tener cierta agudeza para detectar mujeres que no lo expresan, pero tu percibes que algo pasa” (m4).

“Yo sobre todo, ahora intento conocer un poco más a la señora. Porque antes, entraban y les ves el embarazo y ya está, luego te das cuenta cuando empiezas a hacer el cuestionario, que hay cosas detrás que no las sacas normalmente. Entonces ahora lo tengo más en cuenta” (m9).

Comparación del número de casos detectados implementando las estrategias de acción con los detectados previamente.

Según los resultados de la Fase I, de las doce matronas entrevistadas, cuatro no recordaban haber detectado ningún caso de VG durante su ejercicio profesional en AP. Las ocho matronas restantes, afirmaban haber detectado entre uno y cuatro casos, casi siempre de violencia física y ninguno durante el año 2016. Sin embargo, tras la asistencia a la actividad formativa y aplicando el cuestionario ISA (en un periodo de solo cuatro meses), todas las matronas detectaron entre 2 y 9 casos.

Propuestas de mejora de las acciones implementadas.

Formación. Como se ha mencionado previamente, las matronas proponen aumentar el número de horas de la formación realizada, y extender el uso de metodologías activas y participativas. Asimismo, en los grupos focales, una matrona, expresaba que le gustaría realizar alguna estancia formativa en los servicios de información y atención a las mujeres víctimas de VG:

“Pues prácticas in situ, en el CAID (PMD) por ejemplo, ver allí cómo ellas preguntan y cómo lo hacen. Esto que tú venias con nosotras a hacerlo, pues esto, pero allí en el CAID (...) A mí me gustaría ver una entrevista de las que se hacen en el CAID” (m14).

Incorporar un instrumento más breve. Desde la perspectiva de algunas matronas, podría ser útil incorporar un instrumento con menos preguntas, incluso una matrona alude a la posibilidad de no acortar el número de preguntas sino las opciones de respuesta, con el objetivo final igualmente de optimizar el tiempo de la visita:

(...) menos opciones de puntuación, porque igual se ponen a pensar entre 2 y 3 ¿no? Igual eso les hace pararse más a pensar, más que la pregunta, igual les hace pararse a pensar que puntuación le ponen. Porque o son los extremos que lo tiene muy claro o lo otro le hace detenerse más (m11).

Disponer de otros/as profesionales en el ASSIR. En conformidad con la elevada prevalencia de VG entre las gestantes que continúan el embarazo o solicitan un IVE en L'H proponen que existan profesionales del trabajo social o incluso de la psicología en el ASSIR:

“Estaría muy bien que en la planta, hubiera una consulta con la trabajadora social, que le digas: salga usted y pase a esa otra puerta, porque las coges en el momento” (m9).

“O psicólogos porque hay centros ASSIR, que sí tienen, hay centros que tiene por ejemplo un psicólogo” (m5).

4.5. Fase V. Diseño y validación de un programa de formación continuada sobre detección y abordaje de violencia de género en el embarazo para matronas y otros/as profesionales sanitarios/as.

Antes de presentar el programa en su versión definitiva, esto es con las sugerencias de mejora incorporadas, se ha considerado preferible empezar este apartado con los resultados de la validación del programa de FC.

4.5.1. Resultados de la validación del programa de formación continuada.

Como se ha mencionado en el apartado de metodología, se pidió a los/as evaluadores/as que cumplimentaran un cuestionario de validación ad hoc con once preguntas (disponible en anexo 7). En la tabla 4.22, se presentan las puntuaciones medias sobre 4 y entre paréntesis sobre 10, otorgadas por los/las seis evaluadores/as.

Los aspectos del programa de FC más valorados son la contextualización del mismo y las referencias bibliográficas aportadas (ambos con una puntuación media de 10 sobre 10). De igual forma con una puntuación elevada (superior a 8) son valorados aspectos tales como la adecuación de la formación para las personas a las que va dirigido (9.6), los objetivos (8.3), los contenidos (9.6 y 8.3, en relación a si son pertinentes y suficientes respectivamente), la metodología (9.6), las actividades de enseñanza- aprendizaje propuestas (8.8 y 9.6, en relación a su coherencia con los objetivos y la metodología respectivamente) y la evaluación (9.6). El único aspecto que recibió una puntuación baja fue la temporalización (5.8).

Tabla 4.22. Puntuaciones promedio del cuestionario de validación del programa de formación continuada.

¿El programa está claramente contextualizado?	4 (10)
¿El programa se adecúa a la formación en el ámbito de las personas a las que va dirigido?	3.83 (9.6)
¿La temporalización es ajustada?	2.33 (5.8)
¿Los objetivos específicos se corresponden con el objetivo general del programa?	3.33 (8.3)
¿Los bloques de contenido son pertinentes?	3.83 (9.6)
¿Los bloques de contenido son suficientes?	3.33 (8.3)
¿La metodología es adecuada?	3.83 (9.6)
¿Las actividades de enseñanza-aprendizaje propuestas son coherentes con los objetivos?	3.50 (8.8)
¿Las actividades de enseñanza-aprendizaje propuestas son coherentes con la metodología?	3.83 (9.6)
¿La evaluación se orienta a la formación de los participantes?	3.83 (9.6)
¿Las referencias aportadas son suficientes para desarrollar el programa?	4 (10)

Fuente: elaboración propia.

A fin de estudiar la concordancia entre evaluadores, se calculó el coeficiente de concordancia de Kendall, cuyo resultado fue de 0.44, lo que indica un grado de acuerdo moderado entre los/as evaluadores/as³³⁸.

A continuación, se pasa a examinar los ítems en que hubo bajo nivel de acuerdo entre evaluadores/as. Una de las preguntas en la que los/las evaluadores/as discreparon de forma elevada a la hora de puntuar, fue la tercera (“¿La temporalización es ajustada?”): dos evaluadores/as puntuaron la pregunta con un 1, uno/a con un 2, dos con un 3 y uno/a con un 4. A pesar de que las puntuaciones no fueron homogéneas, en el apartado de comentarios, cinco de los/las seis evaluadores/as coincidían en que la propuesta inicial de 100 horas era insuficiente. Por ello, el EI decidió ampliar el programa de FC a 150 horas. Igualmente aparecieron discrepancias moderadas en la sexta pregunta (“¿Los bloques de contenido son suficientes?”), donde un/una evaluador/a puntuó la pregunta con un 2, bajo el argumento de que los consideraba excesivos, dos evaluadores/as puntuaron la pregunta con un 3 y los/las tres restantes con un 4.

El El entendió que las respuestas a esta pregunta podían estar afectadas por la valoración de la temporalización, especialmente a tenor de la explicación dada por el/la evaluador/a cuya puntuación discrepaba de las del conjunto, y que incrementar las horas de formación respondía también a esta apreciación. Por otra parte, el programa de FC ha sido diseñado para ser desarrollado en su totalidad (en condiciones ideales), pero también con la flexibilidad suficiente para adaptarse a diferentes necesidades formativas, pudiendo implementarse parcial e independientemente, por bloques de contenidos, o atendiendo a diferentes niveles de profundidad en cada uno de ellos.

La cuarta pregunta (“¿Los objetivos específicos se corresponden con el objetivo general del programa?”) obtuvo cierta discrepancia en la puntuación, dos evaluadores/as la puntuaron con un 2 (uno/a de ellos/as fue el/la mismo/a evaluador/a mencionado/a que consideraba excesivos los contenidos, recomendaba reducir el número de objetivos específicos bajo el argumento de que “cada objetivo requiere diversas actividades para su enseñanza-aprendizaje”) y los/las cuatro restantes con un 4. Se consideró oportuno no reducirlos porque fue el/la único/a evaluador/a que hizo la mencionada recomendación, por el mismo motivo de flexibilidad en la aplicación del programa y porque una sola actividad de enseñanza-aprendizaje puede cubrir el desarrollo de varios objetivos específicos.

Finalmente, la octava pregunta (“¿Las actividades de enseñanza-aprendizaje propuestas son coherentes con los objetivos?”), obtuvo cierta discrepancia en la puntuación, un/a evaluador/a la puntuó con 2 (comentando que “no eran lo suficiente profundas”), otro/a con un 3 (comentando que “eran demasiado específicas”) y los/las cuatro restantes con un 4. No se hicieron modificaciones en este sentido, por la coincidencia de elevada puntuación de cuatro evaluadores/as y por la contradicción ya indicada entre los/las dos evaluadores/as. Por otra parte, las actividades se ofrecían solo a modo de ejemplos. Finalmente, cabe señalar que uno/una de los/las evaluadores/as recomendaba que las actividades de enseñanza-aprendizaje propuestas aparecieran al final del programa de FC (a modo de anexo) y no el cuerpo del programa de FC, se siguió su recomendación.

4.5.2. Programa de formación continuada sobre detección y abordaje de violencia de género en el embarazo para matronas y otros/as profesionales sanitarios/as.

Se presenta a continuación el programa de FC definitivo al completo: destinatarios y enfoque, objetivos de aprendizaje, contenidos, formadores, metodología para el desarrollo del programa formativo, evaluación de aprendizaje, referencias bibliográficas (disponible con anexo 10) y ejemplos de actividades de enseñanza-aprendizaje.

Destinatarios y enfoque.

El presente programa de FC se dirige especialmente a matronas que ejercen en Atención Primaria u otros/as profesionales de la salud interesados/as en el tema. Tiene, pues, un carácter de FC, pero también la voluntad de sumarse a los esfuerzos de formación inicial en esta competencia de futuros/as profesionales del ámbito sanitario. Si bien se centra de modo especial en el embarazo, contempla también la detección fuera de éste.

Se ha diseñado para ser trabajado en su totalidad con una duración aproximada de 150 horas, pero permite otras modalidades de aplicación: de forma independiente, por bloques de contenidos, diferentes niveles de profundización en los desarrollos, etc.

Objetivos de aprendizaje.

El objetivo general del programa es contribuir a la capacitación de matronas y otros/as profesionales de la salud para detectar y abordar en el ejercicio de sus funciones, preferentemente en Atención Primaria, situaciones de violencia de género (VG) con una consideración especial al embarazo y puerperio.

Referidos a conocimientos.

- Situar la VG como atentado a los Derechos Humanos.
- Reflexionar sobre los diferentes marcos interpretativos y sus aportaciones a la definición de VG.
- Definir VG (machista, sobre-contra la mujer).

- Diferenciar entre VG (machista, sobre-contra la mujer) y violencia doméstica o intrafamiliar y otras violencias.
- Reconocer los rasgos de la VG.
- Identificar los diferentes tipos de violencia.
- Comprender el ciclo, la espiral y el iceberg de la VG.
- Mostrar conocimientos sobre el protocolo sanitario a seguir en casos de VG.
- Especificar los servicios y entidades que ofrecen acogida y atención a mujeres en contextos de VG.
- Conocer el marco legal en relación a VG y considerar posibles implicaciones para la mujer en su aplicación.

Referidos a habilidades y destrezas.

- Atender a los principios psicológicos en los que se apoya la acogida y la atención a la mujer en contexto de VG.
- Mostrar destreza en el uso de instrumentos objetivos de cribado de forma universal en el embarazo y postparto.
- Discriminar indicadores y signos de alerta de VG, en la mujer y en la pareja.
- Favorecer y cuidar una relación comunicativa y de confianza con la mujer gestante.
- Adquirir las capacidades necesarias para devolver a la mujer en contexto de VG una mirada revalorizadora.
- Mostrar confianza en las posibilidades de la mujer en contexto de VG para conducir su propia vida.
- Aplicar el protocolo sanitario de centro en casos de VG.
- Gestionar los procesos de derivación de la mujer en contexto de VG.
- Apoyarse en el equipo para superar situaciones de tensión.
- Cuidarse como profesional y como persona.

Referidos a actitudes, valores y normas.

- Tomar conciencia de la situación opresora que vive la mujer en contexto de VG y de las dificultades (familiares, afectivas, económicas, legales) que ha de afrontar para salir de esa situación.
- Sensibilizarse en relación a la desvalorización a la que se encuentra sometida la mujer en contexto de VG y de sus implicaciones en la vida diaria de la mujer y ante la toma de decisiones.
- Aceptar las decisiones de la mujer y respetar su capacidad de autonomía.
- Valorar las capacidades y fortalezas de la mujer en contexto de VG.
- Saber confiar en las capacidades de agencia de la mujer.
- Comprometerse con el bienestar integral de la mujer en contexto de VG.
- Aceptar los límites de la función profesional y de la realidad.
- Respetar los principios bioéticos de la relación asistencial.
- Identificar los diferentes modelos éticos de relación asistencial y aplicar aquel que mejor se ajuste a cada mujer respetando siempre sus valores y capacidad de autonomía
- Valorar las alternativas ante dilemas surgidos en el ejercicio profesional desde criterios éticos.

Contenidos.

1. Marcos interpretativos.

a. Derechos Humanos:

- i. Carácter de universalidad, indivisibilidad e interdependencia de los Derechos Humanos.
- ii. Doble dimensión moral y jurídica.

b. Igualdad de género:

- i. Superación del patriarcado y de las relaciones asimétricas entre hombre y mujer.
- ii. Superación de la minusvaloración y subordinación de la mujer al hombre.

c. Igualdad de géneros:

- i. Superación del binomio hombre-mujer.
- ii. Inclusión del colectivo LGTBI (Lesbianas, Gays, Transexuales, Bisexuales e Intersexuales).

2. Definición de VG.

- a. La definición de la VG según la Organización de las Naciones Unidas de 1993.
- b. VG, machista y sobre (contra) la mujer:
 - i. Conceptualización de la VG en el ámbito jurídico.
 - ii. Conceptualización social y política de la VG.
- c. Otras violencias: doméstica o intrafamiliar; mutilación genital femenina; matrimonios forzados; inducción a la prostitución; trata de mujeres; violaciones en contextos bélicos; violencia obstétrica.

3. Análisis conceptual de la VG.

- a. Datos estadísticos:
 - i. Estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS).
 - ii. Macroencuesta Violencia contra las mujeres, Instituto de la Mujer y para la Igualdad de Oportunidades.
- b. Rasgos y dimensiones:
 - i. Transversal.
 - ii. Tolerada históricamente.
 - iii. Presente en múltiples dimensiones.
 - iv. Susceptible de pasar inadvertida en alguna de sus formas (psicológica, estereotipos, etc.).
 - v. Resultado de procesos de aprendizaje.
 - vi. Potencialmente extensible a toda mujer.
- c. Tipos de violencia (acto o amenaza):
 - i. Sexual.
 - ii. Física.
 - iii. Psicológica.
 - iv. Económica.
- d. Extensión de la violencia a los hijos/as:
 - i. Como víctimas.
 - ii. Como testigos.
 - iii. Como medio para infligir daño a la mujer.

4. La mujer en contexto de VG.
 - a. El iceberg de la VG (Amnistía Internacional, 2016).
 - b. El ciclo de la violencia (Walker, 1984):
 - i. El acortamiento de tiempo entre las fases en cada nuevo ciclo.
 - ii. Proceso muy sutil y gradual:
 1. Inadvertido para la mujer en sus inicios.
 2. La espiral de la violencia.
 - c. Factores que dificultan que la mujer dé el primer paso para salir del círculo de violencia:
 - i. No reconocimiento de la situación.
 - ii. Miedo a la reacción del agresor.
 - iii. Desconocimiento de los pasos a dar y sus consecuencias.
 - iv. Desconocimiento de los recursos sociales de apoyo.
 - v. Falta de confianza en sus posibilidades.
 - vi. Posible dependencia económica del agresor.
 - vii. Otros: falta de redes, familiares o sociales, de apoyo; diferencias culturales (situaciones de VG normalizadas en el país de origen, etc.).
5. El marco legal.
 - a. De ámbito estatal:
 - i. Ley 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género.
 - ii. Ley 11/2003, de 29 de septiembre, de medidas concretas en materia de seguridad ciudadana, violencia doméstica e integración social de los extranjeros.
 - iii. Ley 27/2003, de 31 de julio, reguladora de la Orden de protección de las víctimas de la violencia doméstica.
 - iv. Ley 4/2015, de 27 de abril, del estatuto de la víctima del delito.
 - b. De ámbito autonómico:
 - i. Ley 5/2008, del 24 de abril, del derecho de la mujer a erradicar la violencia machista. Generalitat de Catalunya.
 - ii. Ley 17/2015, del 21 de julio, de igualdad efectiva entre mujeres y hombres. Generalitat de Catalunya.

- c. De ámbito internacional:
 - i. Convenio del Consejo de Europa, del 11 de mayo de 2011, sobre Prevención y Lucha contra la Violencia contra la Mujer y la Violencia Doméstica.

6. VG y embarazo.

- a. Indicadores de prevalencia: a nivel mundial y a nivel nacional.
- b. Consecuencias sobre la mujer y el feto:
 - i. Repercusiones de la VG en la salud de la gestante:
 - 1. En la salud física.
 - 2. En la salud psicológica.
 - 3. De forma específica durante el embarazo (abusos de tóxicos, demora en la asistencia prenatal, etc.).
 - ii. Interrupción voluntaria del embarazo (IVE) y abortos no voluntarios:
 - 1. Asociación entre VG y embarazo no deseado.
 - 2. Las lesiones abdominales como causa de abortos.
 - iii. Complicaciones durante el embarazo (hemorragias, retraso de crecimiento intrauterino), parto (partos prematuros, partos distócicos) y puerperio (dificultades en la lactancia, depresión postparto).
 - iv. Problemas en el feto (consecuencia de retraso de crecimiento, impactos abdominales), recién nacido/a (consecuencia de las complicaciones del embarazo y parto), y en el desarrollo del niño/a (efecto del estrés materno en el desarrollo, la influencia de ser testigo de violencia en el desarrollo del niño/a).

7. Luces y sombras de la detección.

- a. Competencias de las matronas para la detección y abordaje de la VG (según el Boletín Oficial del Estado del 2009):
 - i. Detectar situaciones de VG en la mujer gestante (o durante el parto o puerperio).
 - ii. Atender a las necesidades que presentan las mujeres gestantes (o durante el parto o puerperio) en situación de VG.
 - iii. Asesorar a la mujer sobre la legislación vigente en VG.
 - iv. Asesorar en materia de prevención de VG.

- b. La relación de confianza entre la mujer gestante y la matrona:
 - i. La continuidad en la atención durante el embarazo como aspecto favorecedor de la confianza en la relación asistencial.
 - ii. El embarazo como momento vital favorecedor de revelar la violencia.
 - c. Los límites de la realidad:
 - i. Condiciones en que se presta asistencia: limitación del tiempo, recursos disponibles, etc.
 - ii. Contexto de la mujer: barrera idiomática y/o cultural, dificultades para salir de la situación violenta (dependencia económica, falta de redes de apoyo, etc.).
8. Indicadores y signos de alerta.
- a. Indicadores:
 - i. Actitudes de la mujer (temerosa, evasiva, baja autoestima, etc.).
 - ii. Actitudes de la pareja (controlador, hostil, solícito en extremo, etc.).
 - iii. Conductas de la mujer:
 - 1. Cuidado personal deficitario.
 - 2. Consumo de tóxicos.
 - 3. Uso incongruente de los servicios sanitarios.
 - iv. Antecedentes gineco- obstétricos (antecedentes de abortos, ausencia de control de la fertilidad, dispareunia, etc.).
 - v. Durante el embarazo (seguimiento gestacional insuficiente, embarazos durante la adolescencia, etc.).
 - vi. Durante el puerperio (retraso de las visitas neonatales, dehiscencia de la episiotomía, lenta recuperación post parto, etc.).
 - b. Signos físicos:
 - i. Lesiones (retraso en la demanda de asistencia, localización y característica de las lesiones, etc.).
 - ii. Trastornos psicósomáticos (trastornos de digestivos, del sueño, algias, etc.).
 - c. Signos psicológicos (depresión, ansiedad, trastornos de estrés postraumático, etc.).

9. Instrumentos objetivos para la detección^u.
- a. De cribado: objetivos y características^v de los siguientes instrumentos:
 - i. Escala para la medición de los malos tratos a mujeres.
 - ii. Abuse Assessment Screen (AAS).
 - iii. Hurt-Insult-Threaten-Scream (HITS).
 - iv. Partner Violence Screen (PVS).
 - v. Woman Abuse Screening Tool (WAST).
 - b. De evaluación: objetivos y características de los siguientes instrumentos:
 - i. Cuestionario de Relación de Parejas de Novios (CUVINO).
 - ii. Índice de severidad de violencia de pareja (ISVP).
 - iii. Conflict Tactics Scales (CTS2).
 - iv. Index of Spouse Abuse (ISA).
 - v. Psychological Maltreatment of Women Inventory (PMWI-F).
 - c. De valoración del riesgo: objetivos y características de los siguientes instrumentos:
 - i. Escala de Predicción del Riesgo de Violencia Grave contra la pareja (EPV).
 - ii. Riesgo Violencia Mujer – Barcelona (RVD-BCN).
 - iii. Spousal Assault Risk Assessment (SARA).
 - iv. Brief Spousal Assault Form for the Evaluation of Risk (B-SAFER).
10. Indicaciones del Protocolo de Seguimiento del Embarazo en Cataluña para la detección y abordaje de la VG.
- a. La VG como factor de riesgo medio y de evaluación continuada.
 - b. El cribado universal.
 - c. El Cuestionario de cribado para detectar violencia contra la pareja: Partner Violence Screen (PVS).
 - d. Los momentos de cribado: inicio del seguimiento de embarazo; cada trimestre; en el seguimiento del post-parto.
 - e. Observación de la relación de pareja.
 - f. El Protocolo RVD-BCN 2011 de valoración de riesgo.

^u Selección realizada en base a dos criterios: elevadas propiedades psicométricas y disponibilidad en español.

^v Tipo de violencia por la que pregunta, propiedades psicométricas y número de ítems.

11. Aspectos comunicativos.

- a. La importancia de la comunicación:
 - i. La construcción de un clima cálido y de confianza.
 - ii. La mujer como protagonista.
 - iii. El interés por todas las esferas de la vida de la mujer.
 - iv. La atención al lenguaje no verbal.
- b. Estrategias de interrogación:
 - i. Las preguntas indirectas.
 - ii. La escucha activa.
 - iii. La suspensión del juicio.
 - iv. El reconocimiento incondicionalmente positivo.
 - v. El dar tiempo y la confianza en las posibilidades de agencia de la mujer.

12. Medidas de prevención y erradicación de la VG.

- a. Prevención:
 - i. Formación de los/las profesionales sanitarios/as:
 - 1. Formación inicial y continuada.
 - 2. Sesiones clínicas multidisciplinares.
 - ii. Sensibilización de la ciudadanía:
 - 1. Incorporación de contenidos de sensibilización y prevención de la VG en las actividades grupales de educación sanitaria.
 - 2. Visibilización del posicionamiento de los centros sanitarios en contra de la VG.
 - 3. Colaboración con asociaciones territoriales del ámbito.
- b. Detección precoz de las situaciones de VG mediante los indicadores de riesgo y signos de alerta, y los instrumentos objetivos disponibles.

- c. Atención de las mujeres que han sufrido o sufren VG, en las diferentes situaciones, siguiendo el Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad del 2012:
 - i. Mujer que presenta indicadores de sospecha pero que no manifiesta sufrir violencia.
 - ii. Mujer que manifiesta padecer violencia y no se encuentra en riesgo de violencia grave.
 - iii. Mujer que afirma padecer violencia y se encuentra en peligro de violencia grave.

13. Aspectos éticos de la relación asistencial.

- a. Principios bioéticos: beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia.
- b. Los Modelos de relación asistencial de Emanuel & Emanuel de 1992 aplicados a la atención a mujeres en contexto de VG: paternalista, informativo, interpretativo y deliberativo.
- c. Algunos dilemas éticos en la práctica profesional:
 - i. El respeto a la decisión de la mujer y la protección debida en situación de mayor vulnerabilidad.
 - ii. El derecho a la privacidad de la mujer y el derecho de los hijos/as a recibir la mejor asistencia.

14. El cuidado de la matrona.

- a. La aceptación de las limitaciones de la función profesional:
 - i. El reconocimiento de la autonomía de la mujer.
 - ii. La afirmación del propio rol como agente sanitario.
- b. La función de los equipos: apoyo y contención:
 - i. El intercambio y la supervisión conjunta.
 - ii. La toma compartida de decisiones.
- c. Estrategias de autocuidado: inteligencia emocional:
 - i. La aceptación de las propias emociones.
 - ii. La regulación de la empatía.

Formadores.

El programa está diseñado para ser impartido por docentes y expertos de las diferentes disciplinas que atienden a la mujer en contexto de VG: Salud, Psicología, Derecho, Educación Social y Trabajo Social especialmente.

Metodología para el desarrollo del programa formativo.

A fin de desarrollar la totalidad de los contenidos y promover aprendizajes significativos, se ha optado por una metodología mixta, que combina procedimientos de pedagogía tradicional (transmisión de información por parte del docente aunque favoreciendo en todo momento la participación de las personas asistentes a través de preguntas, debates, etc.) y de pedagogía activa (construcción de conocimiento por parte de las personas asistentes mediada por la realización de actividades).

Entre los primeros cabe destacar:

- ✓ Clases teóricas.
- ✓ Lectura de textos representativos de puntos de los apartados y comentario en base a preguntas.
- ✓ Exposición oral de temas trabajados en equipo por las personas asistentes.

Entre los segundos:

- ✓ Aprendizaje basado en problemas: resolución de casos, reales o ficticios, en los que las asistentes hayan de buscar información, argumentar los diferentes a seguir y seleccionar el más adecuado, en una situación de práctica profesional relacionada con la VG, con el objeto de conocer y dar la óptima respuesta a la situación planteada.
- ✓ Role-playing: representación de situaciones problemáticas en relación a la detección y abordaje de la VG que las asistentes han de resolver a través del diálogo.
- ✓ Análisis de casos: revisión de situaciones, reales o ficticias, de VG durante el ejercicio profesional, aportando elementos para su enjuiciamiento y mejora.
- ✓ Visionado y análisis de documentales, películas o campañas sobre VG.
- ✓ Sesiones con especialistas: participación previa del grupo-clase a través de la formulación de interrogantes fundamentales a conocer que se pondrán a disposición de los especialistas antes de impartir su sesión.

Propuesta de especialistas:

- Matronas expertas en VG durante el embarazo.
 - Otros/as profesionales sanitarios/as expertos/as en VG.
 - Expertos/as de la intervención psicológica y socio-educativa con mujeres en contextos de VG.
 - Expertos/as en la práctica jurídica de VG y violencia sobre la mujer.
 - Expertos/as en inteligencia o educación emocional.
- ✓ Trabajo de investigación: diseño y aplicación de un proyecto de investigación dirigido a estudiar algún aspecto relacionado con la VG, en general, o durante el embarazo y puerperio, en particular, y la atención de las matronas u otros/as profesionales sanitarios/as.

Evaluación de los aprendizajes.

Se realizará un cuestionario pre y post-formación de autoevaluación de conocimientos y habilidades adquiridos, del que se ofrece una propuesta basada en el cuestionario PREMIS³³⁹ en su versión española:

Por favor rodee el número que describe mejor cómo de preparado/a se siente (1= nada preparado/a, 2= algo preparado/a, 3= preparado/a, 4= muy preparado/a) para realizar las siguientes acciones:

- Hacer preguntas apropiadas sobre violencia de género (VG).
1 2 3 4
- Identificar indicadores de VG de basándose en la historia clínica y el examen físico.
1 2 3 4
- Responder apropiadamente cuando una paciente revela violencia.
1 2 3 4
- Valorar la disponibilidad para el cambio de una víctima.
1 2 3 4
- Orientar a la mujer en relación a los servicios y recursos disponibles en su zona.
1 2 3 4
- Ayudar a una víctima de VG a hacer una valoración del riesgo de letalidad que corre.
1 2 3 4
- Realizar una evaluación del riesgo de los hijos/as de las víctimas.
1 2 3 4
- Ayudar a la víctima de violencia a crear un plan de seguridad.
1 2 3 4
- Documentar la historia de VG y los hallazgos del examen físico en la historia clínica.
1 2 3 4
- Cumplimentar los documentos legales que se requieran para casos de VG.
1 2 3 4

Comentarios o sugerencias:

Por otra parte, en relación a cada bloque de contenidos, se sugiere la realización de ejercicios de práctica reflexiva y procedimientos de evaluación entre iguales, de los que presentamos una posible concreción.

Ejercicios de práctica reflexiva, en torno a cuestiones tales como:

- ✓ Exposición de los nuevos aprendizajes realizados.
- ✓ Explicación de sus aportaciones para mejorar la propia práctica profesional en detección y abordaje de la VG.
- ✓ Valoración del sentido o importancia de tales aprendizajes y de sus aportaciones en la tarea de contribuir a la erradicación de la VG desde el ámbito sanitario.

Evaluación entre iguales de algunas actividades de enseñanza-aprendizaje implementadas en relación a consideraciones como por ejemplo:

- ✓ Argumentación de los aciertos o puntos fuertes introducidos por la/el compañera/o en la resolución de la actividad.
- ✓ Orientación justificada para mejorar aquellos elementos que lo necesiten.

Ejemplos de actividades de enseñanza-aprendizaje.

A continuación se ofrecen cuatro actividades a modo de ejemplo.

Actividad 1) Análisis de caso.

Objetivos de la actividad: Identificar indicadores y signos de alerta de que una mujer pueda estar en una situación de violencia. Conocer las actuaciones e intervenciones a realizar ante la sospecha de una situación de violencia. Analizar los posibles dilemas éticos que pueden surgir.

Metodología: Dividir el grupo en sub-grupos de 4-5 personas. La/el docente facilita por escrito el caso y las preguntas de orientación, e informa al grupo que disponen de aproximadamente 20 minutos para responder. Posteriormente se pasa a la puesta en común (un portavoz de cada grupo reducido hará una puesta en común con el grupo grande). Finalmente, el/la docente con la intervención de todo el grupo darán respuesta a los puntos clave del caso.

✓ Caso de María:

María tiene 31 años, acude sola a la consulta de la matrona (enfermera(o)/médico de familia) para la revisión postparto tras tener a su primer hijo hace 10 días. Al revisar la historia, consta que ha tenido problemas de ansiedad e insomnio, que fueron atribuidos a problemas laborales. Respecto a los antecedentes obstétricos y ginecológicos, realizó un IVE hace 2 años y en la historia consta que María no desea que se comente dicho antecedente delante de su familia ni pareja. María ha tenido un parto mediante cesárea (fue ingresada para inducir el parto por retraso de crecimiento fetal y se realizó una cesárea urgente por sospecha de pérdida de bienestar fetal). Respecto a la exploración y valoración, no existen problemas de salud físicos aparentes, pero expresa que se siente desbordada por el cuidado del recién nacido, las tareas domésticas, etc. María desea iniciar anticoncepción por lo que consulta sobre los métodos anticonceptivos que puede emplear, siendo fumadora de 10 cigarrillos/días. Expresa que durante el embarazo no consiguió dejar de fumar porque le provocaba mucha ansiedad.

Preguntas para trabajar en sub-grupo:

¿Qué indicadores o signos de alerta de VG se pueden detectar en este caso?

¿Cómo abordaríais el caso? ¿Por qué?

¿Qué tipo de intervención realizaríais con María? Procurad detallarla lo máximo posible.

¿Qué dilemas éticos pueden surgir? Apuntad su resolución.

Puntos claves a tratar por parte del docente con el grupo-clase:

En este caso se dará énfasis a la detección de los indicadores, tales como que acuda sola a pesar de que solo han pasado 10 días de la intervención, los antecedentes de ansiedad, insomnio, el antecedente de IVE (especialmente porque su pareja desconoce dicho proceso), el consumo de tóxicos durante el embarazo, la complicación del embarazo y parto, el poco apoyo en el cuidado del recién nacido y muy especialmente la premura en iniciar un método anticonceptivo, puesto que puede relacionarse con relaciones sexuales no consentidas.

Respecto al abordaje del caso, se tendrá en cuenta que la mujer no acude a la consulta para revelar que sufra VG, sino que el profesional lo sospecha. Por ello se dará prioridad a iniciar con preguntas indirectas (interesándose por estado emocional, su relación de pareja, la implicación de su pareja en el cuidado del recién nacido y las tareas domésticas, etc.), para posteriormente realizar preguntas más directas y específicas sobre VG.

En cuanto a las intervenciones, sería deseable desarrollar las siguientes:

- Registrar en la historia clínica la sospecha y la actuación realizada incluida la valoración de vulnerabilidad y riesgo.
- Informar a la mujer de la valoración que hace el/la profesional de la situación en la que se encuentra.
- Trabajo en la consulta – seguimiento:
 - Establecer una relación de confianza.
 - Trabajar con la mujer la toma de conciencia acerca de la relación con su pareja y el impacto en su salud y la de su hijo.
 - Atención integral/interdisciplinar de los problemas físicos-psíquicos-sociales encontrados.
 - Planificar visitas de seguimiento: acompañar a la mujer en la toma de decisiones.

Respecto a los posibles dilemas éticos, se desarrollarán los siguientes:

- Conflicto “autonomía- beneficencia” mediante la deliberación conjunta y acompañamiento cuando la mujer toma decisiones que, desde la perspectiva del profesional sanitario, perjudican o pueden perjudicar su salud.
- Conflicto “materno-filial” mediante la deliberación conjunta cuando los intereses de la mujer (definidos desde la perspectiva de la propia mujer) entran en conflicto con los intereses del hijo/a (definidos desde la perspectiva del profesional sanitario).

Actividad 2) Visualización y análisis documental y de campañas contra la violencia de género.

Objetivos de la actividad: Sensibilizar sobre la VG, empatizar con las mujeres víctimas de VG a través de sus testimonios, y reflexionar sobre la influencia de la VG en las personas cercanas a la mujer (hijos/as, padres, madres, amigos/as).

Metodología: Visualización de los videos y posterior análisis y debate sobre los mismos. El/la docente animará al grupo a expresar las emociones y sentimientos que les han provocado los vídeos, así como a comentar lo que destacarían de ellos. Si no surgen de forma espontánea se plantearán preguntas específicas.

- ✓ Documental: Voces contra el miedo (Informe Semanal, RTVE) (Duración: 13 minutos). Disponible en:

<http://www.rtve.es/alacarta/videos/informe-semanal/informe-semanal-voces-contra-miedo/2170779/>

Preguntas para trabajar:

- ¿Cuál creéis que es el principal objetivo de este documental?
- ¿Qué emociones/ sentimientos han surgido con el testimonio de las mujeres?
- ¿Qué emociones/ sentimientos han surgido con el testimonio de los hombres?
- ¿Habíais pensado antes en las mujeres que superan la situación de VG como supervivientes? ¿Por qué?
- ¿Cómo se puede intervenir desde la atención sanitaria para facilitar a las mujeres en esa situación el dar el primer paso?

- ✓ Campaña: Saca tarjeta roja al maltratador (Ministerio de Igualdad, Gobierno de España) (Duración: 2 minutos). Disponible en:

<https://www.youtube.com/watch?v=9h0QCqIO598>

Preguntas para trabajar:

- ¿Cuál creéis que el principal objetivo de esta campaña?
- ¿Cómo afecta la VG a las personas cercanas a la mujer que la sufre? ¿Y a las cercanas al maltratador?
- ¿Qué papel pueden desempeñar, según la campaña, esas personas cercanas a una y otro?

- ✓ Vídeo: Mamás y Papás (Proyecta Films) (Duración: 3 minutos). Disponible en:

<https://www.youtube.com/watch?v=0Y1yf1R9K5s>

Preguntas para trabajar:

- ¿Cómo os habéis sentido al ver el vídeo?
- ¿Cuál es el principal mensaje de este vídeo?
- ¿De qué manera afecta en el desarrollo de los niños/as crecer en un entorno de violencia?

Actividad 3) Desmontando mitos.

Objetivos de la actividad: Reflexionar de forma individual sobre los mitos de la VG, y cómo se reproducen en la vida cotidiana.

Metodología: Se entregará una lista de afirmaciones, que los/las alumnos/as de forma individual deben clasificar como mito o realidad (10-15 minutos). Posteriormente, la/el docente ofrecerá la solución a la clasificación argumentándola. Es interesante que las personas asistentes puedan comentar libremente acerca de las respuestas y de la argumentación.

✓ Lista de afirmaciones:

- *Los maltratadores son enfermos mentales.*
- *La violencia emocional es tan grave como la física.*
- *Las mujeres maltratadas solían tener problemas psíquicos antes de serlo.*
- *Una minoría de las denuncias por VG son falsas.*
- *Existe un perfil concreto de maltratador.*
- *La VG está provocada por el abuso del alcohol y/o las drogas.*
- *La VG no es algo puntual.*
- *Las mujeres maltratadas solían tener baja autoestima antes de iniciarse el contexto de maltrato.*
- *La VG se da solo en las clases sociales más desfavorecidas, con poca formación y escasos recursos económicos.*
- *El maltratador ha tenido una infancia difícil, fue maltratado.*

✓ Solución:

- *Los maltratadores son enfermos mentales.* Mito: si la causa fuera la enfermedad mental, ejercerían violencia también contra otras personas y no solo sobre su pareja.
- *La violencia emocional es tan grave como la física.* Realidad: la violencia emocional es más prevalente que la física y puede tener también repercusiones físicas por somatización o incluso originar el suicidio de la mujer.
- *Las mujeres maltratadas solían tener problemas psíquicos antes de serlo.* Mito: dichos problemas de existir, son consecuencia no causa de la violencia.
- *Una minoría de las denuncias por VG son falsas.* Realidad: el porcentaje medio de denuncias falsas es del 0.01%.
- *Existe un perfil concreto de maltratador.* Mito: no existe un perfil concreto de hombre que ejerce VG, pueden serlo hombres que en el ámbito público son pacíficos, serviciales, colaboradores, también pueden serlo hombres reservados o por el contrario sociables.

- *La VG está provocada por el abuso del alcohol y/o las drogas.* Mito: no existe una relación directa entre alcohol/drogas y VG. Sí podría, sin embargo, agravar la situación.
- *La VG no es algo puntual.* Realidad: forma parte de un patrón de relación y de objetivo de control, por ello irá en aumento.
- *Las mujeres maltratadas solían tener baja autoestima antes de iniciarse el contexto de maltrato.* Mito: la baja autoestima puede ser consecuencia de la violencia, pero no la causa.
- *La VG se da solo en las clases sociales más desfavorecidas, con poca formación y escasos recursos económicos.* Mito: se da en todas las clases sociales, pero la falta de recursos económicos dificulta más la salida de la situación y añade más sufrimiento a la víctima.
- *El maltratador ha tenido una infancia difícil, fue maltratado.* Afirmación controvertida donde los especialistas no alcanzan un acuerdo. La violencia puede ser una conducta aprendida, pero ni todos los maltratadores fueron maltratados, ni todos los maltratados son hoy maltratadores. Por contra, muchos de ellos son hoy activistas contra la VG.

Actividad 4) Role- playing.

Objetivos de la actividad: Iniciarse en preguntar habitualmente sobre VG. Familiarizarse con el cuestionario de cribado WAST²²⁷. Desarrollar habilidades comunicativas y de interrogación sobre VG.

Metodología: Se solicitan dos personas voluntarias entre el grupo-clase, una de ellos tendrá el rol de el/la sanitario/a que asiste a la mujer; la otra el de la mujer que acude a la consulta. A cada una solo se le facilita por escrito información para desempeñar su rol. El resto del grupo participará como observadores.

Indicaciones de los personajes:

- El/la sanitario/a: Asistes a una mujer que acude sola para un control rutinario y debes realizarle el cuestionario de cribado de VG WAST en algún momento de la consulta (adjunto). Le informarás del resultado y actuarás en consecuencia.

- La mujer: Tienes cita para un control rutinario, pero solicitas también un cribado de infecciones de transmisión sexual. Si te pregunta el/la sanitario/a, debes comunicarle que tu pareja tiene una uretritis y te acusa de haberle transmitido tú una infección. Sabes que eso es imposible porque tú no has tenido relaciones sexuales con otras parejas. Cuando el profesional te facilite el cuestionario WAST lo cumplimentarás según se indica en el adjunto. Si te pregunta el/la profesional, le explicarás que te sientes poco valorada por tu pareja y en muchas ocasiones él insiste en tener relaciones sexuales cuando no lo deseas.
- Grupo de observadores/as: debéis fijaros en los siguientes aspectos: cómo es el lenguaje no verbal del o la profesional y la mujer (tono de voz, contacto visual, posición corporal, etc.). ¿Cómo introduce el cuestionario el/la sanitario/a? ¿Pide permiso para hablar de VG? ¿Qué preguntas realiza el/la sanitario/a tras la respuesta de la mujer al cuestionario WAST? ¿Qué actuaciones por parte del o la profesional consideras acertadas? ¿Qué mejorarías?

El/la docente informa a todo el grupo que interrumpirá el role-playing cuando considere que hay suficiente información para abrir el debate u observe cansancio en quienes hacen la representación. Posteriormente, mientras las personas voluntarias salen de la sala e interiorizan las normas de su personaje, la dispone en semicírculo, reservando el centro para que lo ocupen quienes realizarán la representación.

En el momento de abrir el análisis, el/la docente indicará previamente que este espacio tiene una finalidad pedagógica, no valorativa, que el objetivo es aprender de la representación y no enjuiciarla. Por ello pedirá en primer lugar a quienes han realizado la representación que compartan con el grupo cómo se han sentido mientras la realizaban. Seguidamente, pedirá a la persona que ha representado el rol de mujer que acude a la consulta, que comparta con el grupo cuestiones tales como, por ejemplo: cómo se ha sentido al ser preguntada sobre VG; si ha tenido algunas dificultades al desempeñar su papel; qué elementos de la entrevista considera acertados y por qué; qué mejoraría de la entrevista, etc.

Posteriormente a la persona que ha desempeñado el rol de profesional de la salud, se le pide comparta con el grupo: cómo se ha sentido al preguntar sobre VG; cómo valora su intervención; si cambiaría o mejoraría algo y por qué; qué elementos de la entrevista considera acertados, etc.

Finalmente, al resto del grupo que ha participado como observadores/as se les pide, que intervengan libremente y compartan con las personas asistentes las respuestas a las preguntas formuladas, así como otras cuestiones de su interés.

Posteriormente se puede repetir toda la dinámica con una nueva pareja de voluntarios/as.

Cuestionario WAST²²⁷ (para el/la sanitario/a).

1	En general, ¿cómo describirías tu relación de pareja?	Muy tensa	Con cierta tensión	Sin tensión
2	Tú y tu pareja resolvéis vuestras discusiones con...	Mucha dificultad	Alguna dificultad	Sin dificultad
3	¿Al terminar las discusiones te sientes decaída o mal contigo misma?	Muchas veces	A veces	Nunca
4	¿Las discusiones terminan en golpes, patadas o empujones?	Muchas veces	A veces	Nunca
5	¿Siente miedo de lo que tu pareja diga o haga?	Muchas veces	A veces	Nunca
6	¿Tu pareja te ha maltratado físicamente?	Muchas veces	A veces	Nunca
7	¿Tu pareja te ha maltratado psicológicamente?	Muchas veces	A veces	Nunca
8	¿Tu pareja ha abusado sexualmente de ti?	Muchas veces	A veces	Nunca

Cuestionario WAST (para la mujer).

1	En general, ¿cómo describirías tu relación de pareja?	Muy tensa	Con cierta tensión	Sin tensión
2	Tú y tu pareja resolvéis vuestras discusiones con...	Mucha dificultad	Alguna dificultad	Sin dificultad
3	¿Al terminar las discusiones te sientes decaída o mal contigo misma?	Muchas veces	A veces	Nunca
4	¿Las discusiones terminan en golpes, patadas o empujones?	Muchas veces	A veces	Nunca
5	¿Siente miedo de lo que tu pareja diga o haga?	Muchas veces	A veces	Nunca
6	¿Tu pareja te ha maltratado físicamente?	Muchas veces	A veces	Nunca
7	¿Tu pareja te ha maltratado psicológicamente?	Muchas veces	A veces	Nunca
8	¿Tu pareja ha abusado sexualmente de ti?	Muchas veces	A veces	Nunca

5. DISCUSIÓN

5.1. Interpretación de los resultados.

5.1.1. Formación inicial y continuada sobre detección y abordaje de la violencia de género.

A la luz de los resultados podemos afirmar que todas las Universidades de Cataluña que se han podido explorar imparten formación en temas de VG en el grado de Enfermería. De las cinco Universidades que no se han confirmado, cuatro consta la VG en sus planes formativos, a la par, las matronas también reciben formación en VG cuando cursan la especialidad. Cumpliendo de esta forma con las indicaciones de la “Ley Orgánica 1/2004 de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género”²⁰ (que indica la necesidad de incluir formación sobre VG en los planes de estudio). Existe una amplia diversidad entre Universidades, en cuanto a la asignatura desde la cual se imparte el tema de la VG, el curso lectivo, el número de horas que se le dedica y en consecuencia, la profundidad con que se trata, existiendo, en ocasiones, una visión parcializada desde las diferentes disciplinas. Sin embargo, no se han detectado diferencias entre las universidades públicas y privadas. Consta un claro predominio de la metodología docente activa que invitan a la participación del alumnado, la cual según Blumling et al.³⁴⁰ y Smith et al.³⁴¹ ha demostrado ser útiles para aumentar la confianza de estudiantes de Enfermería y Matrona, en la detección de la VG. Paralelamente, igual que en el estudio de Wyatt et al.³⁴² las matronas asistenciales del GIAP, opinaban durante las entrevistas individuales, que las metodologías docentes más enriquecedoras para tratar el tema de la VG son las realizadas en grupos reducidos de alumnos, con inclusión de análisis de casos, escucha de testimonios o los role-playing. De conformidad con la demanda de las matronas asistenciales y la experiencia de los profesores universitarios, durante el desarrollo de la actividad formativa implementada, se favoreció en todo momento la interacción y participación de las asistentes, y se tuvo igualmente en cuenta para el diseño del programa de FC definitivo que se propone. Al igual que en otros trabajos^{343,344}, los profesores y profesoras de este estudio insisten en que la adecuada detección y el abordaje de la VG es una competencia de Enfermería y la especialidad de Matrona. Asimismo a diferencia de los hallazgos de Protheroe et al.³⁴⁵ y de Sundborg et al.³⁴⁶ todas las matronas del GIAP consideran que la detección de la VG forma parte de sus tareas. Según el profesorado, para potenciar dicha competencia y cuidar a las personas de forma holística, sería necesario dar más peso a los contenidos psicosociales durante la formación y no focalizar solo en la perspectiva biomédica.

Esta necesidad mencionada anteriormente, es sentida también por las matronas, las cuales afirman que tienen más habilidades para detectar problemas de salud físicos que psicosociales. Según el profesorado, la Universidad no solo es un organismo de transmisión cultural, sino que también tiene una responsabilidad social, y la formación que reciban los alumnos repercutirá en la salud, entendida en sentido amplio. Un enfoque de la atención sanitaria biologicista, centrada solo en lo físico en detrimento de lo psicosocial, es un obstáculo para la comprensión de este problema de salud²⁷. El profesorado de este estudio, no limita su enseñanza solo a funciones estrictamente relacionadas con la salud, sino que también incluye el desarrollo de actitudes, igual que en el trabajo de Sawyer et al.¹⁸⁷ Los/as profesores/as introducen en la formación de enfermeros/as y matronas la sensibilización hacia la igualdad de género y la erradicación de la VG, en algunos casos, por una motivación personal, esta observación se encuentran también en otros trabajos³⁴⁷. Por ello, la formación del propio profesorado es fundamental, para que al frente de las asignaturas pertinentes haya docentes implicados y expertos en VG³⁴⁸.

La detección y abordaje de la VG en este estudio ocupa entre 1 y 9 horas lectivas en el grado de Enfermería, con una media de 5.5 horas. Por otro lado en la especialidad de Matrona, se imparten un total de 2 horas. Son datos similares a otros estudios, por ejemplo según Hinderliter et al.³⁴⁹ el 70% del alumnado de Enfermería cursaba entre 1 y 4 horas; o según Ben Natan et al.³⁵⁰ el número medio de horas de formación en Enfermería sobre VG era de 4, con un rango de 0 a 10 horas (no se encontraron estudios que reportaran horas de formación en VG en la especialidad de Matrona). Los/as profesores/as indican que el motivo de no dedicar más horas a la VG es la falta de tiempo, lo cual coincide con los resultados de otros trabajos³⁵¹. La falta de horas de enseñanza dedicadas a ampliar el alcance de la capacitación es estructural, importante y un factor difícil de resolver dado que afecta a los planes de estudio.

Por otro lado, el colectivo de Enfermería y Matrona está compuesto en su mayoría por mujeres, por tanto la VG les puede afectar no solo en la vida profesional, sino personal. Tal como afirman otros/as autores/as³⁵²⁻³⁵⁴ y encontramos indicios en las entrevistas realizadas, existen casos de VG entre las propias universitarias y las profesionales asistenciales, lo cual es otra razón convincente para fomentar esta formación. Igual que manifiestan Beccaria et al.³⁵⁵ o Doran y Hutchinson³⁵⁶, algunos alumnos y alumnas según el profesorado entrevistado, tienen poca sensibilidad inicial sobre este tema, muestran actitudes que favorecen o normalizan la VG, como actitudes estereotipadas o ideas erróneas sobre la VG.

Afortunadamente, el profesorado destaca el cambio de actitudes y el aumento del nivel de implicación del alumnado tras impartir la formación en VG, lo cual es corroborado con estudios realizados a estudiantes de Enfermería³⁵⁷ y refuerza la necesidad de tal formación. Según el profesorado, los/las alumnos/as necesitan conocimientos teóricos y también prácticos. Esta afirmación es reforzada por otros estudios realizados a estudiantes de Enfermería y Matrona, véase, por ejemplo, Ben natal et al.³⁵⁰ y Bradbury y Broadhurst¹⁷⁹. El primero, concluye que cuanto más formación recibe el alumnado de Enfermería, mayor intención tiene de cribar a las mujeres sobre VG, y que las personas más influyentes para esto son los/las instructores clínicos. Las prácticas clínicas, tal como confirman otras autoras³⁴⁹ son la mejor forma de afianzar lo aprendido. De hecho, según Polit y Beck³⁵⁸, los/las estudiantes no pueden detectar indicadores de abuso durante las visitas clínicas si no pueden vincular la teoría con la práctica, es decir, si no tienen la posibilidad de aplicar los indicadores de sospecha de que una mujer esté en una situación de violencia o de cribar de forma sistemática durante la asistencia clínica. Esta consideración ha surgido también en otro nivel, durante las entrevistas a las matronas asistenciales, donde una matrona menciona que le gustaría realizar una estancia formativa en los servicios de información y atención a las mujeres víctimas de VG. Por otra parte, el profesorado piensa que la formación en VG debe estar presente en todas las carreras universitarias, no solo las sanitarias, puesto que uno de los medios para erradicar la VG es la educación³⁵⁹.

A diferencia de otros estudio¹⁷⁵ todas las matronas del GIAP ya habían recibido formación previamente a la realización de este trabajo de investigación. La mayoría de esta formación había sido recibida como formación continuada (FC), impartida por la propia institución en la que trabajan y en horario laboral. Solo una minoría, recuerdan haberlo tratado en los estudios universitarios, lo cual coincide con los resultados de Crombie et al.³⁶⁰ Las matronas habían recibido un total de entre 16.5 y 22 horas de FC, ello supera lo revelado por otros trabajos en los que las matronas habían recibido cursos de formación de una media de 7.5 horas¹⁷⁴ o incluso solamente 3 horas³⁴⁵. A las mencionadas horas, deben sumársele las 12 horas de la actividad formativa implementada durante el presente trabajo. Los contenidos que habían recibido en la FC previa, se centraron fundamentalmente en la detección y el abordaje de la VG, el ciclo de la violencia y los circuitos de atención. Esto es semejante a los resultados de otros trabajos³⁶⁰ donde en la formación recibida por las matronas se abordaba cómo llevar a cabo el cribado y la planificación para ayudar a salir a la mujer de la situación de violencia.

Por otro lado, las matronas habían recibido además formación específica sobre violencia sexual, violencia hacia los niños y violencia durante el embarazo y la adolescencia. La metodología docente predominante según sus descripciones había sido la clase teórica de tipo expositivo, igual que los resultados de Protheroe et al.³⁴⁵. Posiblemente justificada por la pocas horas de formación en relación a la complejidad de la VG y la necesidad de un enfoque multidisciplinar. Las matronas advierten que las situaciones de VG durante el embarazo repercute en la salud de las mujeres y sus hijos; tienen conocimientos teóricos correctos sobre la VG, pero al igual que en otros trabajos^{179,361}, las matronas no se consideraban suficientemente capacitadas. Mauri et al.¹⁷² revelan que las matronas no se sentían preparadas para reconocer los signos de violencia y no sabrían cómo manejar la situación si tuvieran que hacerlo, lo cual es similar a lo manifestado por las matronas entrevistadas y muestra la necesidad de trabajar en la mejora de esa percepción de seguridad. Igual que en los trabajos de Baird et al.¹⁸⁵, Eustace et al.³⁶¹ y Yeung et al.³⁶² las matronas demandan más formación, primordialmente en cuestiones íntimamente relacionadas con la práctica diaria: detección de los casos, técnicas de entrevista, uso de cuestionarios estandarizados, reconocimientos de signos de maltrato, información de los recursos disponibles y los circuitos de derivación al detectar un caso^{181,363,364}. Todas estas propuestas fueron incorporadas a la actividad formativa implementada durante este trabajo y al programa de FC validado que se propone, ampliando la formación recibida de forma previa con aspectos legales y análisis de dilemas éticos, entre otras cuestiones.

Coincidiendo con los hallazgos de Baird et al.¹⁸⁵, todas las matronas del GIAP tenían un fuerte compromiso personal con la VG, se mostraban receptivas y optimistas para seguir formándose en este tema y mejorar la asistencia. Este compromiso parece extensible a matronas de fuera de L'H, ya que se tuvo que ampliar el número de plazas de la actividad formativa implementada por el elevado número de solicitudes para asistir a la misma. En las entrevistas realizadas al inicio, las matronas manifestaban que les gustaría estar mejor capacitadas para conseguir crear una relación de confianza con las mujeres, puesto que consideran que su actitud es fundamental para que revelen la violencia. Lo cual fue considerado también por el profesorado universitario, al aludir a la necesidad de incorporar contenidos psicosociales durante la formación. Esto es semejante a los resultados de otros trabajos^{365,366} y refuerza nuevamente la idea de la idoneidad de una preparación que incluya también recursos psicológicos de relación con las pacientes. En coherencia, en la actividad formativa implementada y en el programa de FC validado que se propone, se incorporó formación sobre habilidades psicológicas, comunicativas y del lenguaje verbal y no verbal.

Las matronas del GIAP, planteaban que en futuros cursos de FC el enfoque fuera pluridisciplinar, y que los formadores provinieran de ámbitos profesionales donde se trabaje con mujeres víctimas de VG. Esta propuesta fue incorporada a la actividad formativa implementada y al programa de FC que se propone, con la participación de profesionales provenientes del PMD: una psicóloga y una trabajadora social. Su intervención fue de hecho, una de las mejor valoradas por las asistentes, posiblemente porque se vinculó directamente con las necesidades de las matronas en su ejercicio profesional para proceder adecuadamente en la detección y abordaje de casos de VG. En este particular, la OMS en 2014¹³⁶ recomienda explícitamente que en la formación a profesionales de la salud en VG, se incluyan como docentes activistas que luchen contra la VG o personal que trabaje en servicios especializados de VG, donde sea posible derivar a las mujeres.

La capacitación es fundamental para que el personal sanitario tenga las habilidades necesarias para detectar situaciones de VG^{367,368}. En este trabajo, la actividad formativa implementada fue valorada por las asistentes en referencia a sus nuevas capacidades desarrolladas con una media 8.9 sobre 10 y a su desarrollo personal con una media de 9.4. Son éstos indicadores muy valiosos ya que denotan que las asistentes se perciben con más recursos, en mejores condiciones para detectar y abordar casos de VG en el ejercicio de sus funciones y que han interiorizado significativamente tales aprendizajes. Conjuntamente en los grupos focales con las matronas del GIAP, valoraron la actividad formativa implementada como muy útil para aplicar en otros ámbitos diferentes a los profesionales tales como los cotidianos, sociales y de relaciones personales-familiares. Esto supone un valor añadido a la formación y refuerza lo expresado por el profesorado universitario, cuando mencionaban que al formar en temas psicosociales, no solo se forman profesionales, sino que se cambian actitudes. Igual que otros estudios^{369,370}, la implementación de la actividad formativa, ha mejorado la propia eficacia percibida por las matronas del GIAP para apoyar y abordar a las mujeres que sufren VG. La confianza de las matronas es fundamental, pues tal como concluye un estudio realizado con enfermeras³⁷¹ la autopercepción de conocimiento influye incluso más que el nivel de conocimiento real en la detección de casos de VG y la aplicación de los protocolos.

El diseño del programa de FC validado que se presente, como se ha mencionado, se ha nutrido de las fases previas llevadas a cabo durante la IAP, procurando incorporar de esta forma las perspectivas teórica y práctica, puesto que ambas perspectivas se necesitan y se justifican mutuamente³⁷². La Ley Orgánica 1/2004 (Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género)²⁰ indica que se deben desarrollar programas de FC dirigidos al personal sanitario con el fin de mejorar el diagnóstico precoz, la asistencia y la rehabilitación de la mujer en las situaciones de VG.

Igualmente el “Pacto de Estado contra la Violencia de Género” (a desarrollar entre 2018-2022)⁵⁷, remarca la necesidad de impulsar la formación del personal sanitario para garantizar la mejor respuesta asistencial. Los servicios sanitarios cuentan con profesionales de diferentes disciplinas (Enfermería, Medicina, Trabajo Social, Psicología, Matronas, Fisioterapia, etc.) para coadyuvar en el diagnóstico y tratamiento de las diversas problemáticas a las que procura dar respuesta el sistema sanitario, haciendo posible de esta forma intervenir desde un “Modelo de Atención Integral a la Salud”¹⁷. De la misma forma, la VG requiere para su abordaje una atención multidisciplinar^{17,373}, por ello, se decidió que los/las destinatarios/as del programa de FC que se propone sean especialmente las matronas que ejercen en Atención Primaria, pero también otros/as profesionales de la salud interesados/as en el tema. La finalidad última del programa es formar al personal sanitario para la detección y la atención integral (física, psicológica, emocional y social) a las mujeres que sufren VG y que acuden a un centro sanitario, para así poder terminar con las relaciones de maltrato que son causa de una mayor morbilidad y mortalidad en las mujeres que la sufren, y recuperar la salud y autonomía de la mujer¹⁷. Por ello se incluyen en el programa objetivos y contenidos psico-sociales, legales y éticos, además de los sanitarios. Colombini et al.³⁷⁴ consideran que uno de los factores claves que favorece la detección de la VG es que el personal esté capacitado con actitudes receptivas y empáticas hacia mujeres que se encuentren en una situación de VG. Por esa razón, en el programa se propone abordar también cuestiones tales como “la relación de confianza entre la mujer gestante y la matrona”.

Para su implementación, se ha optado por proponer una metodología mixta, que combine procedimientos de pedagogía tradicional y de pedagogía activa. Esta última ha sido empleada por otros autores y autoras (y en esta misma investigación) para formar sobre VG a enfermeros, médicos y matronas con resultados positivos en el aprendizaje (véase, por ejemplo: Ambuel et al.¹⁷⁶, Baird et al.³⁷⁵, Payà et al.³⁷⁶ y Yildiz et al.¹⁷⁵), dado que permiten desarrollar procesos no solo cognitivos, sino también afectivos y con ello conseguir aprendizajes más significativos. En concreto, en el programa de FC definitivo que se propone, con actividades de enseñanza-aprendizaje a modo de ejemplo, se encuentra la denominada “desmontado mitos”, puesto que la creencia de algunos mitos sobre VG, según los resultados de Maquibar et al.³⁷⁷, puede afectar negativamente a la capacidad del personal sanitario para detectar casos y brindar una respuesta integral a la VG. A pesar de que eliminar mitos y cambiar actitudes no es fácil dado que se requiere de un proceso largo de tiempo, investigaciones previas muestran que es factible^{187,378-}

Conjuntamente, se presenta también una serie de casos clínicos para analizar y una propuesta de role-playing. Con las actividades mencionadas, se pretende que los asistentes adquieran habilidades para desarrollar una entrevista clínica²⁷. Paralelamente, disipar los miedos y las inseguridades que según otros trabajos^{342,377} y según esta misma investigación, suelen estar presentes entre los/las profesionales sanitarios/as a la hora de abordar las situaciones de VG, al tiempo que seguir aprendiendo sobre VG.

Respecto a los formadores, se propone que sean provenientes de diferentes disciplinas y como es lógico, especialistas en el tema y con una especial implicación, puesto que la formación del propio personal docentes tal como se recoge en este³⁸¹ y otros trabajos^{348,382} es imprescindible para el buen desarrollo del programa de FC. Siguiendo de igual forma, las mencionadas recomendaciones de la OMS de 2014¹³⁶, que indica que se debe ofrecer a los profesionales de la salud una capacitación multidisciplinaria intensiva, donde participen docentes de diferentes categorías de profesionales sanitarios, personal de policía y personas expertas en el ámbito. Durante la validación del programa de FC, se dispuso que se ampliaría el número de horas propuestas, a tenor de las recomendaciones de los expertos que participaron en la evaluación del mismo. En este mismo sentido, un estudio realizado en España en AP por Rodríguez-Blanes et al.³⁸³, reveló que a mayor número de horas de formación recibida y de nivel formativo en VG del personal sanitario, mayor probabilidad de realizar preguntas o de indagar sobre este tema.

5.1.2. Detección y abordaje de la violencia de género durante el embarazo.

De forma previa a la implementación de las estrategias de acción de este trabajo de investigación, las matronas del GIAP tenía poca experiencia en la detección y abordaje la VG, de hecho, cuatro de las doce no habían detectado ningún caso de violencia en el embarazo en su trayectoria profesional en AP y las otros ocho recordaban haber detectado entre uno y cuatro casos. Sin guardar una relación directamente proporcional los años de experiencia en AP con la detección o no de VG. Según los resultados de Coll-Vinent et al.¹³³ solo la mitad de los enfermeros encuestados habían detectado un caso de VG, en este estudio la proporción varía a favor de la detección. Respecto a las dificultades que revelan las matronas para la detección se asocian con factores externos, es decir, los derivados de condicionantes estructurales de la atención clínica e internos (del ejercicio del propio profesional). Los externos se corresponden con las detectadas por otros trabajos^{183,384-386}, la falta de tiempo y la falta de intimidad con la mujer, principalmente por la presencia de la pareja. Sin embargo, aquí también se alude a la posibilidad de observar el comportamiento de las parejas cuando están presentes en las visitas, como factor facilitador, en algunos casos, en la detección de una situación de violencia. Las matronas entrevistadas atienden a mujeres de diversas nacionalidades y manifiestan la dificultad añadida que eso puede implicar, puesto que en ocasiones existe dificultad idiomática, lo cual aparece también en Baird et al.¹⁸³, Janssen et al.³⁸⁷ y en Schwab-Reese y Renner³⁸⁸ como una de las principales barreras para la detección y abordaje de la VG. Se alude también al factor cultural, como diferentes percepciones o valoraciones acerca de lo que es considerado VG. Mauri et al.¹⁷² concluye que otra de las dificultades son los tabús sociales, en este mismo sentido en este estudio, también se expone que algunas mujeres sienten vergüenza y por ello no solicitan ayuda (según la consideración de las matronas). En cuanto a los factores internos, los resultados que se presentan coinciden con los de Henriksen et al.³⁸⁹, LoGiudice³⁸⁴ y Spradge et al.³⁹⁰, donde las matronas expresaban que tenían miedo a no saber cómo manejar la situación en caso de que se revelase VG y temían también la posible venganza de la pareja violenta. Esto puede derivar en evitar preguntar y mantener, por tanto, la violencia infradetectada. Conjuntamente, igual que los resultados de Mauri et al.¹⁷², algunas entrevistadas creían que al preguntar sobre VG podrían ofender a la mujer.

En relación con los factores facilitadores de la detección, como se ha mencionado, se concede una gran importancia a la relación de confianza de la gestante con la matrona^{365,172}. Según LoGiudice³⁸⁴ en AP es más fácil que se establezca una relación de confianza con la matrona, el seguimiento hace que se pueda observar a la mujer y que puedan revelar la violencia en sucesivas visitas, lo cual coincide con los resultados que aquí se presentan. En ese mismo sentido, las matronas del GIAP creen que detectar situaciones de VG durante el embarazo en AP es más fácil que a nivel hospitalario, lo cual es reforzado por otras autoras³⁹¹ que concluye que las matronas de AP tienen más oportunidades de hablar con las mujeres a solas. Igual que otros estudios^{172,392} las matronas piensan que necesitan colaboración interprofesional y por tanto derivar a la mujer a especialistas de otras áreas en el tema si se confirma una situación de violencia. En el estudio de Lazenbatt et al.³⁹³ solo la mitad de las matronas creían que se debe preguntar de forma sistemática a todas las gestantes sobre VG. En este trabajo, sin embargo, la mayoría creen que se debe hacer sistemáticamente, es decir, preguntar a todas las mujeres aunque no se detecten signos de sospecha, lo cual está reforzado por Rurangirwa et al.³⁹⁴ y por Todahl y Walters³⁶⁶. Todahl y Walters señalan que preguntar sobre VG a todas las mujeres evita la sensación por parte de la paciente de ser señalada y crea una oportunidad para resolver dudas sobre VG. Al mismo tiempo, el “Protocolo para el abordaje de la violencia machista del ámbito de la Salud de Cataluña” del 2019²⁶, la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia¹⁴⁵ y el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos⁷⁷ en 2017, recomiendan el “cribado universal” en el caso de las mujeres embarazadas.

Las matronas proponen estrategias de mejora en la detección de la VG durante el embarazo como solventar las dificultades reveladas en cuanto a la limitación del tiempo, disponer de instrumentos objetivos para la detección y disponer de material informativo, como folletos, en las consultas. Esto último coincide con los hallazgos de otras autoras³⁴⁵ donde consideraron un recurso útil disponer de folletos y carteles para informar a la mujer, y con el “Pacto de Estado contra la Violencia de Género” (a desarrollar entre 2018-2022)⁵⁷, que recomienda para fomentar la sensibilización y la prevención de la VG, utilizar las consultas médicas, centros sanitarios y farmacias como plataformas informativas sobre la VG, con carteles, folletos, etc. Es importante subrayar que antes de poner en marcha este trabajo, ya existían carteles informativos en las salas de espera en los centros donde se ha llevado a cabo la investigación de la “Línea de atención contra la violencia machista” en Cataluña: 900 900 120.

Igual que en el trabajo de Leneghan et al.³⁹⁵ las matronas proponían incorporar el tema de la VG en las actividades grupales y daban muestras de sentirse responsables del bienestar de la mujer una vez detectada la situación de VG, al preocuparse por ofrecerles los recursos más adecuados, interesarse por el registro idóneo de los casos en la historia clínica o estar en comunicación con profesionales del ámbito³⁶⁶.

En avenencia con la solicitud de las matronas de disponer de instrumentos objetivos para la detección de la VG, se realizó una revisión de los mismos, para posteriormente seleccionar el más adecuado para ser aplicado al contexto profesional de las matronas del GIAP. Los instrumentos identificados muestran una amplia gama de objetivos, extensión, disponibilidad de idiomas y calidad de las propiedades psicométricas, así como diferentes metodologías empleadas para la validación. Elegir el instrumento adecuado para los clínicos e investigadores es un proceso complejo²⁷⁷, el número de cuestionarios disponibles especialmente en ciencias de la salud ha aumentado considerablemente en las últimas décadas³³¹. En el caso de la VG, la elaboración y validación o adaptación cultural de los instrumentos ya existentes ha sido muy prolífica y continuada en el tiempo entre el 2003 y el 2011 (con una media de 1.44 validaciones por año de instrumentos de cribado, 2.22 de evaluación y 1.11 de riesgo de VG), siendo más comedia desde el 2012 a la actualidad (con una media de 0.16 validaciones por año de instrumentos de cribado, 1 de evaluación y ninguna de riesgo de VG). Destaca especialmente el incremento de instrumentos disponibles de riesgo de VG. El catálogo del OSM de 2005¹⁴⁹ recogía 3 instrumentos de riesgo, sin embargo en la revisión realizada en este trabajo se presentan 10. Por otro lado, no existe consenso sobre la medida de comparación más apropiada para probar la sensibilidad y la especificidad de los instrumentos de detección de VG, lo cual limita la síntesis de datos en múltiples estudios y la determinación del valor de cualquier instrumento de detección de VG²⁴⁴. Terwee et al.³⁹⁶ consideran que la validez de contenido, es decir, que los ítems elegidos son indicadores de lo que se pretende medir²⁷¹, es la propiedad psicométrica más importante del cuestionario, y afirma que si ésta no es adecuada, no debería considerarse el empleo del instrumento. Algunos autores como Nunnally³⁹⁷ afirman que, para las primeras fases de la investigación, un instrumento con validez de contenido alfa de Cronbach de 0.60 o 0.50 puede ser suficiente, para investigación básica se necesita al menos 0.8 y en investigación aplicada entre 0.90 y 0.95. Otros autores sin embargo, son más categóricos, véase por ejemplo Loo³⁹⁸, quien considera como adecuados aquellos instrumentos con una validez de contenido alfa de Cronbach de al menos 0.80.

Cabe tener en cuenta que no existe un instrumento que pueda identificarse como "el mejor": su elección debe hacerse de entre los instrumentos con mejores propiedades psicométricas y considerando el objetivo y el contexto de la evaluación, la población a la que se dirige, y las habilidades y la experiencia del personal que lo utiliza³⁹⁹. Si se elige un instrumento de medición inapropiado, por ejemplo, si no hay correspondencia entre el objetivo del servicio y el del instrumento seleccionado o de baja fiabilidad, puede conducir a un sesgo en la conclusión, la pérdida de oportunidad para las mujeres de ser ayudadas a salir de la situación de violencia, y derroche de tiempo y recursos²⁴⁴.

En este trabajo, se decidió utilizar el cuestionario ISA. A través de él, en la población estudiada la prevalencia de alguna forma de VG (psicológica y/o física) en el último año entre las mujeres que solicitan un IVE es del 25.00%. Por tanto, se aproxima a los resultados de un meta-análisis del 2014⁹⁶ (en el que se revisaron 74 estudios independientes en todo el mundo), donde la prevalencia de VG entre las mujeres que solicitan un IVE varía del 2.50% al 30.00% en el último año y del 14% al 40% en algún momento de su vida. Dicho meta-análisis demuestra que la prevalencia de VG en algún momento de su vida entre las mujeres que solicitan un IVE es del 24.90%. Por consiguiente, se podría conjeturar que posiblemente en la población estudiada se supere la prevalencia del mencionado meta-análisis, si se indagara sobre la VG en algún momento de su vida (no se encontraron estudios llevados en España, que investigaran sobre la prevalencia de la VG entre las mujeres que solicitan un IVE). Se observó que las mujeres expuestas a la VG eran más propensas a tener una historia de IVE previos (sin significancia estadística)⁹⁶. En este mismo sentido, en otros estudios, las mujeres que solicitaban un tercer IVE tenían dos veces y media más probabilidades de tener antecedentes de violencia física o sexual que las mujeres que solicitaban un IVE por primer vez⁴⁰⁰. Aparece una clara relación entre VG e IVE, la VG incrementa en más cuatro veces el riesgo de realizar un IVE entre las mujeres gestantes estudiadas (OR=4.06; 95% IC= 2.23-7.48), en la línea de los resultados de un trabajo desarrollado en Alemania por Stöckl et al.⁴⁰¹ (OR= 8.33, 95% IC= 2.01-34.59). Según la literatura, la asociación entre VG e IVE se podría justificar porque las mujeres que están expuestas a la violencia son más propensas a tener embarazos no deseados⁴⁰² por no usar métodos anticonceptivos o ser obligadas a no usarlos⁴⁰³ y/o por tener un embarazo impuesto por sus parejas⁴⁰⁴. Por ejemplo en el trabajo de Gretchen y Otis⁴⁰⁵ y de Thiel et al.⁴⁰⁶ las mujeres informaron que sus parejas les había impedido activamente la obtención de anticonceptivos, las engañaban sobre el uso de los mismos o las forzaban a tener relaciones sexuales. Incluso algunos autores señalan que las mujeres expuestas a la VG se pueden ver presionadas por sus parejas para realizar un IVE^{406,407}.

A su vez, los presentes resultados muestran que las mujeres que solicitan un IVE y están expuestas a alguna forma de violencia, tienen un número significativamente mayor de abortos no voluntarios. De manera que coincide con los hallazgos de Loeffen et al.⁴⁰⁸ y Roth et al.⁴⁰⁹ que encontraron mayor probabilidad de antecedentes de aborto involuntario previo entre mujeres que revelaban sufrir VG en comparación con las que no revelaban.

Referente a las mujeres que continúan con el embarazo, la prevalencia de alguna forma de VG en el último año es del 8.92%. Siendo por tanto menor respecto a los resultados del meta-análisis del 2013¹ (en el que se revisaron 92 estudios independientes en todo el mundo en 23 países) donde la prevalencia determinada de violencia psicológica durante el embarazo fue del 28.40%, 13.80% física y 8% sexual, con una media de prevalencia de alguna forma de violencia del 19.8%. Igualmente menor a otras investigaciones llevadas a cabo en España: según Alonso et al.⁷³ el 13.50% de las mujeres entrevistadas en un servicio de urgencias hospitalarias en Andalucía, habían estado expuestas a la VG durante el embarazo (valorada con un cuestionario ad hoc, el cual constaba de nueve preguntas sobre violencia psicológica y física). Por su parte, Martínez-Galiano⁴¹⁰ determinó que el 31.20% de las gestantes se encontraban en una “situación posible” de VG, según el cuestionario validado WAST en su versión corta³³⁶, el cual fue administrado por entrevistadores/as entrenados/as en tres hospitales de Andalucía tras el parto. El cuestionario WAST en su versión corta consta solo de dos preguntas, la primera sobre el nivel de tensión en la relación de pareja y la segunda sobre el nivel de dificultad con la que resuelven las discusiones de pareja. Posiblemente la ambigüedad de las preguntas pueda llevar a diferentes interpretaciones por parte de las mujeres y justifique la discrepancia entre la elevada prevalencia detectada respecto a los resultados que se presentan. Igualmente, Velasco et al.⁷⁴ en Andalucía observó una prevalencia mayor de VG durante el embarazo (del 21.3%) empleando el mismo cuestionario que el del presente trabajo. El cuestionario ISA era autocumplimentado por la mujer en el hospital, tras el parto. Es posible que la labilidad emocional que suele estar presente en las primeras horas tras el parto, ejerza una cierta influencia en las respuestas de la mujer. Sin embargo, otro trabajo, llevado a cabo en dos hospitales de Valencia por Carratalá et al.⁴¹¹, donde las gestantes autocumplimentaban el cuestionario ISA cuando acudían a un control gestacional (registro de monitorización cardiotocográfica) determina también una mayor prevalencia de VG (del 19.00%) que los resultados que se presentan.

En el presente trabajo, se decidió pedir a las gestantes que cumplimentaran el cuestionario ISA en cualquier momento de la gestación-puerperio menos en la primera visita de embarazo, puesto que según Garnweidner-Holme et al.¹⁶⁸, las mujeres entrevistadas (las cuales habían sufrido VG durante el embarazo) sugerían que las matronas pregunten sobre VG en el medio o hacia el final del embarazo, ya que opinan que al comienzo de la embarazo existe mucha información sobre otros problemas relacionados con la salud, y porque creen que es importante que primero se construya una relación de confianza con la matrona. No obstante, no se debe perder de vista, que la prevalencia de VG en el embarazo del 8.92% hallada, aunque inferior como se ha mencionado a otros trabajos, es similar o incluso llega a superar la prevalencia de otros problemas de salud detectables durante el seguimiento del embarazo tales como la diabetes gestacional, con una prevalencia aproximada del 12.00%²⁴⁷, los trastornos hipertensivos, con una prevalencia entre el 8.00 y el 10.00%⁴¹² o el riesgo de tener un hijo/a con Síndrome de Down con una prevalencia aproximada del 0.10%⁴¹³, en cuyos casos, ningún profesional de la salud se plantearía no ofrecer un cribado sistemático a las mujeres. Tal como se ha mencionado en el marco teórico, según la tercera edición del “Protocolo de seguimiento del embarazo en Cataluña” de 2018¹⁵² se ha incorporado (respecto a la edición previa del 2005²³³) la recomendación de cribar de forma sistemática sobre VG a todas las gestantes durante el seguimiento del embarazo y el puerperio. Los resultados que se presentan, donde el 25.00% de las mujeres que solicitan un IVE han estado expuestas a la VG durante el último año, resulta de utilidad para reflexionar sobre la necesidad de incorporar el cribado sistemático no solo a las mujeres que deciden continuar con el embarazo, sino también a las que deciden interrumpirlo. Conjuntamente, cabe señalar, que en la aplicación del cuestionario ISA como estrategia de acción en este estudio, se ha presentado especial consideración a las condiciones de aplicación del mismo (dificultades, errores recurrentes, etc.) lo cual puede ayudar a otros/as profesionales a seleccionar, con mayor claridad y seguridad, el instrumento a utilizar y dotarles de más confianza y agilidad en su aplicación.

Algunos trabajos concluyen que el embarazo es un factor de riesgo para la exposición a la VG^{1,65,66} o incluso que se puede convertir en más grave cuando ya existía previamente⁶⁷, a causa de factores tales como las preocupaciones financieras, la disminución de la disponibilidad física y emocional de la mujer durante el embarazo y/o las dudas sobre la paternidad⁴¹⁴. La OMS, alude a que existe literatura contradictoria sobre si la VG aumenta o disminuye durante el embarazo⁶⁰.

En este trabajo, de las mujeres expuestas a la VG, la violencia había iniciado previamente a la gestación en el 95.83% de las mujeres que solicitan un IVE y en el 90% de las mujeres que continúan con el embarazo. Datos similares a los obtenidos por Finnbogadóttir et al.⁴¹⁵, donde el 86.58% de las mujeres embarazadas que estaban expuestas a la VG, la violencia había iniciado previamente a la gestación. Un estudio multinacional de la OMS de 2011⁶⁰ determina que la mayoría de las mujeres que denunciaron violencia física durante el embarazo también fueron golpeadas antes del mismo. En ese mismo sentido, según James et al.¹, las mujeres embarazadas cuyas parejas ejercían VG previamente, tenían cuatro veces más posibilidades de sufrirla durante el embarazo que las mujeres sin historia VG previa. Siendo por tanto la VG antes del embarazo el factor de riesgo más fuerte para predecirla durante el mismo^{70,416}. Las mujeres expuestas a alguna forma de VG tenían un número de hijos previos superior a las mujeres no expuestas (diferencia estadísticamente no significativa) tanto en el caso de mujeres solicitan un IVE, como en el caso de las mujeres que continúan con el embarazo. Lo cual sigue la línea de otros trabajos, donde se relaciona un número mayor de hijos con la exposición a la VG^{417,418}. Referente a la edad, en el análisis multivariante ésta aparece como un factor protector para el IVE, lo cual se podría justificar con el hecho de que existen menos embarazos a medida que aumenta la edad de las mujeres, esta realidad es especialmente evidente a partir de los 35 años²¹⁸. A diferencia de otros trabajos^{37,417}, donde la proporción de mujeres que declaran haber sufrido VG desciende a medida que aumenta la edad, en este estudio, igual que en los resultados de Hall et al.⁹⁶ no se aprecian diferencias significativas en la edad entre las mujeres que están o no expuestas a la VG y solicitan un IVE. Aunque en el caso de las mujeres que continúan con el embarazo, en el grupo de las mujeres de más de 37 años, la prevalencia de VG es menor, respecto a los grupos de mujeres más jóvenes. Con respecto a la nacionalidad, la prevalencia de exposición a la VG entre las mujeres extranjeras (procedentes de Indo-Pakistán, África y Sudamérica-Centroamérica) es mayor respecto a las mujeres españolas, tanto entre las mujeres que solicitan un IVE como entre las mujeres que continúan con el embarazo, siendo similar a los resultados de otros trabajos³⁷. El mencionado meta-análisis del 2013 orienta hacia una mayor proporción de víctimas de VG durante el embarazo en países en desarrollo (25.3%) que en países desarrollados (16%)¹.

Tener estudios secundarios y universitarios es un factor protector para el IVE, respecto a las mujeres que no tienen estudios o tienen estudios primarios. Se observa también una tendencia a descender la prevalencia de la exposición a la VG a medida que se incrementa el nivel de estudios entre las mujeres que solicitan un IVE, pero sin ser estadísticamente significativo. No aparecieron diferencias entre el nivel de estudio y la exposición a la VG entre las mujeres que continuaron con el embarazo, así pues difiere de los resultados de la mencionada Macroencuesta donde las mujeres sin estudios tenían una prevalencia de VG duplicada respecto a las mujeres con estudios universitarios³⁷.

En la población estudiada, la situación laboral no se ha asociado ni al hecho de solicitar un IVE, ni a la exposición o no a la VG, tanto en las mujeres que solicitan un IVE como en las mujeres que continúan con el embarazo (igual que los resultados de Roth et al.⁴⁰⁹ y de Wu et al.⁴¹⁹). Otros/as autores/as, sugieren que las mujeres desempleadas o con trabajos no cualificados tienen más probabilidad de estar expuestas a las VG^{403,420}. En la misma línea Saffari et al.⁴²¹ y Sen y Bolsoy⁴²² demuestran que las mujeres con un nivel socioeconómico bajo o con dificultades económicas⁴¹⁵ tienen un riesgo mayor de encontrarse en una situación de VG. Cabe destacar que en este trabajo, se preguntaba por la situación laboral, sin indagar en el nivel de ingreso, ni la cualificación laboral, por ello a pesar de que la mujer disponga de recursos económicos propios, cabría la posibilidad de que no sean suficientes como para tener una independencia económica. Por otro lado, tener un empleo, según un estudio realizado en Noruega con mujeres que habían vivido violencia por parte de sus exparejas, aumentaba su autoestima y la variedad de opciones que tenían estas mujeres con respecto a actuar de forma independiente y poder tener un mejor nivel de bienestar⁴²³. Sin embargo, Chernyak⁴¹⁷ afirma que el empleo femenino fue un factor de riesgo para la violencia física en su población de estudio (en Tayikistán), lo cual se podría interpretar desde una conducta de control por parte de la pareja.

Aunque existen trabajos que relacionan el consumo de tóxicos con la VG^{424,425} o que revelan que las mujeres que experimentan VG tienen tasas de tabaquismo significativamente más altas antes del embarazo y tienen menos probabilidades de dejar de fumar durante el mismo que las mujeres que no experimentaron violencia⁹⁸, otros, sin embargo, no encontraron una asociación significativa⁴¹⁹.

Según la OMS, el consumo de tóxicos en estas mujeres pueden ser conductas de evasión para contener el estrés, la vergüenza y el sufrimiento⁶⁰. En el presente trabajo, no se detectaron diferencias en el grupo de mujeres que continúan con el embarazo, sin embargo, sí surgió una tendencia sin ser estadísticamente significativa de mayor consumo de tóxicos entre las mujeres no expuestas a la VG. La posible explicación a este fenómeno, sería el control económico que ejercen las parejas violentas que podría limitar el consumo de tóxicos.

A diferencia de otros trabajos^{426- 429} donde la VG durante el embarazo se asociaba con anemia, infecciones urinarias, rotura prematura de membranas, sangrado, amenaza de parto prematuro, depresión durante el embarazo, entre otros, no aparecieron diferencias de los factores de riesgo gestacional ni complicaciones del embarazo entre las mujeres expuestas o no a la VG estudiadas. Alhusen y Wilson⁴³⁰ realizaron un estudio con mujeres que habían padecido VG durante el embarazo usando metodología cualitativa mediante entrevistas y concluyeron que las mujeres se mostraban preocupadas por el efecto de la VG en sus hijos debido al estrés, incluso una mujer expresaba que tras los episodios de violencia no percibía movimientos fetales durante largos periodos de tiempo.

En relación al parto, existe una prevalencia mayor de cesáreas y menor de partos eutócicos entre las mujeres expuestas a la VG, pero la diferencia no fue estadísticamente significativa. La asociación entre VG y cesárea desaparece al ajustar otros factores explicativos, igual que en el trabajo de Velasco⁴³¹, sin embargo no sigue la línea de otras investigaciones^{115- 117}. No obstante, en los resultados que se presentan, surgió un aumento de la prevalencia de complicaciones durante el parto significativamente mayor entre las mujeres expuestas a la violencia psicológica y alguna forma de violencia, en el caso de la exposición a violencia física a pesar de ser también mayor, no fue estadísticamente significativa. Este hecho refuerza las teorías de cómo la violencia psicológica puede tener repercusiones no solo en la salud psicológica de la mujer, sino también en la física, debido al estrés y la somatización¹⁷. Siendo similar a los hallazgos de Ferdos et al.⁴²⁶, Martínez-Galiano⁴¹⁰ o Rahman et al.⁴³² donde la VG durante el embarazo se asociaba a complicaciones tales como sangrado vaginal, infección o registros no tranquilizadores durante el trabajo de parto, entre otros. Del mismo modo, la exposición de la madre a alguna forma de VG aumenta en 2.68 veces el riesgo de complicaciones del recién nacido/a (OR=2.68; 95% IC= 1.02-6.48), igual que concluyen Chen et al.¹¹¹ donde los/las recién nacidos/as tenían entre 2 y 3 veces más probabilidades de ingresar en una unidad cuidados intensivos.

Sin embargo, no apareció asociación entre las semanas de embarazo en el momento en que se producía el parto ni con bajo peso al nacimiento, lo cual es diferente a los resultados de otros/as autores/as que consideran la VG como un factor de riesgo para la prematuridad^{82,99,108,109} o para el bajo peso al nacer^{78,107,110,433}. Este hecho se podría asociar al estrés materno derivado de la VG que provoca altos niveles de cortisol⁴³⁴, lo cual puede desencadenar partos prematuros⁴³⁵ y/o retraso de crecimiento⁴³⁶.

Por lo que respecta a las consecuencias a largo plazo de la exposición prenatal a la VG en relación con el desarrollo mental del niño, aunque no se han estudiado en este trabajo, se ha revisado en un meta-análisis del 2018 determinando que la exposición prenatal a la VG se puede asociar con hiperactividad, agresividad, depresión y/o ansiedad durante la infancia y la adolescencia¹¹². Se halló una prevalencia de complicaciones significativamente mayor durante el puerperio entre las mujeres expuestas a la violencia física. En el caso de la exposición a violencia psicológica y a alguna forma de violencia, a pesar de ser también mayor, no fue estadísticamente significativa. En este mismo sentido, la literatura disponible asocia la VG durante el embarazo con depresión postparto^{109,124,125}, lo cual puede derivar en problemas de vinculación afectiva con el/la recién nacido/a, que a su vez puede influir en su desarrollo madurativo^{60,122}.

Por otra parte, el hecho de incorporar la aplicación del cuestionario ISA de forma sistemática al control gestacional-puerperal y a las visitas de las mujeres que solicitan un IVE, previa implementación de una actividad formativa, ha aumentado de forma flagrante la detección de la VG con respecto a la atención habitual. En un periodo de solo cuatro meses, todas las matronas detectaron entre 2 y 9 casos, en comparación con resultados de la Fase I, donde como se ha comentado, las matronas recordaban haber detectado entre 0 y 4 cuatro casos en todo su recorrido laboral y casi siempre de violencia física, lo cual aparece también O'Doherty et al.¹⁴⁴ Considerándose por tanto que la VG durante el embarazo en la población de estudio estaba infradetectada. Como es lógico, la aplicación de los instrumentos se debe amparar en formación para su correcta aplicación, en protocolos y circuitos para la asistencia y apoyo a las mujeres que se encuentren en una situación de violencia¹⁴⁰, en este caso tener un circuito de derivación a otros/as profesionales y trabajar en red. Igual que los resultados de Colombini et al.³⁷⁴ y de McGarry⁴³⁷, ha sido valorado por las matronas como una acción indispensable y útil. En el mismo sentido mencionado anteriormente, Rodríguez-Blanes et al.³⁸³, observó que la probabilidad de hacer preguntas, era tres veces mayor entre los/las profesionales sanitario cuyo centro de salud disponía de un protocolo de manejo de casos.

Nicolás-Lazo et al.⁴³⁸, entrevistó a profesionales que trabajan en los Servicios de Acogimiento y Recuperación (SAR), los Servicios de Acogimiento Substitutorio del hogar (SAS), los Servicios de Intervención Especializada (SIE) y las Oficinas de Atención a la Víctima del Delito (OAVD) en Cataluña, determinando que el impacto de los servicios sanitarios en la detección y el abordaje de la VG es tal, que más de la mitad de los y las profesionales encuestados para esa investigación remarcan el ámbito sanitario como una fuente de las mujeres derivadas a sus servicios, lo cual refuerza la importancia del cribado universal y del trabajo en red. De hecho, la matronas valoraron como útil haber tenido la oportunidad de conocer durante el presente trabajo de investigación, a los/las trabajadores sociales del referencia y a las profesionales del PMD, puesto que la coordinación y la conexión con esos servicios es imprescindible para la detección y el abordaje la situaciones de VG⁴³⁹.

Las matronas del GIAP expresan que las mujeres aceptaban con naturalidad ser preguntadas sobre VG y comentan que según su experiencia, en caso de encontrarse en una situación de violencia, tenían la percepción de que las mujeres estaban deseando que alguien les pregunte¹³⁵. En la misma línea de los hallazgos de Kataoka y Imazeki¹⁴⁶ donde las gestantes valoraban como oportuno que les realizaran preguntas sobre VG durante el control gestacional, incluidas las que revelaban violencia. Lo cual ha contribuido a que se disipe el miedo a ofender a las mujeres al hacer este tipo de preguntas que tenían algunas matronas⁴⁴⁰. Aquí es importante destacar que tal como indica el “Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género del Ministerio de Sanidad y Consumo” del 2012¹⁷: “el solo hecho de escuchar con respeto es un acto terapéutico”, reconocer la situación en que se está la mujer, es el primer paso para salir de la situación violenta, es la denominada “ruptura del silencio”. La escucha activa, con respeto y sin juicio, es por sí misma reparadora.

Conjuntamente la aplicación del cuestionario ISA por parte de las matronas, ha generado un espacio en la consultas para dialogar y sensibilizar sobre VG a las mujeres que asisten, contribuye por tanto a que desaparezcan los mitos y creencias que acompañan a la VG¹⁷. Esta consideración aparece también en estudios de otras autoras, como Williams et al.⁴⁴¹ donde una enfermera entrevistada menciona que al preguntar sobre VG se genera un momento de diálogo donde por ejemplo, las pacientes expresaban que creían que la VG incluía solo la violencia física.

En la mayoría de los casos detectados con el cuestionario ISA, las matronas, no sospechaban que las mujeres estuvieran en una situación de violencia, eso refuerza nuevamente la estrategia del cribado universal, es decir, preguntar a todas las mujeres independientemente que se detecten o no indicadores de sospecha. Lo cual es revelado por otros autores/as^{77,442} que sugieren que la indagación sistemática es más ventajosa que la dirigida, ya que aumenta las posibilidades de identificación de las víctimas, incluso aquellas que tienen síntomas que no están claramente relacionados con la violencia.

A diferencia de los hallazgos de Bermele et al.⁴⁴³ las matronas de este trabajo no tuvieron dificultades para quedarse a solas con las mujeres, posiblemente el motivo sea que el estudio de Bermele et al., se realizó en un entorno de urgencias hospitalarias, donde las gestantes según sus resultados, en muchas ocasiones no querían permanecer solas. Sin embargo, en AP es más probable que a lo largo del seguimiento del embarazo, la mujer acuda a alguna visita sola o que en su defecto, acepte que su pareja se ausente durante unos minutos³⁸⁴.

En este trabajo se concede importancia al correcto registro de la situación de VG en la historia clínica de la mujer, para favorecer la coordinación entre diferentes profesionales y porque puede ser útil en caso de atención legal. Pero tal como advierte Sugg⁴⁴⁴ se debe tener presente que muchos pacientes ahora tienen acceso desde su domicilio a través del ordenador a sus registros de salud, tales como códigos diagnósticos o incluso las notas de las visitas sanitarias realizadas. Se debe asegurar que la pareja violenta no pueda acceder a esta información confidencial.

En relación a las propuestas de mejora tras la implementación del cuestionario, algunas matronas aludían a la posibilidad de incorporar un cuestionario más breve que el ISA (el cual consta de 30 preguntas). En este sentido, la "Guía Práctica Clínica: Actuación en salud mental con mujeres maltratadas por su pareja" del Servicio Murciano de Salud del 2011³⁰, recomiendan aplicar un instrumento de cribado, en su caso, el WAST en su versión reducida (de dos preguntas) y, en el supuesto de que el resultado sea positivo o que el sanitario sospeche por otros indicadores que la mujer se encuentra en una situación de violencia, confirmarlo con una entrevista clínica y/o cuestionario ISA. Sin embargo otras autoras, como Velasco et al.⁷⁴ han encontrado importantes diferencias en la detección al aplicar un instrumento de cribado o de evaluación. Velasco et al., aplicó a todas la gestantes de su estudio el cuestionario AAS (de cinco preguntas) y simultáneamente el ISA, obteniendo una prevalencia de VG del 7.7% y 21.3% respectivamente.

Esos resultados llevan a reflexionar sobre la posibilidad de que con los cuestionarios de cribado se optimice el tiempo de la consulta, pero se disminuyan los casos detectados, a causa de su brevedad y de que suelen constar de preguntas muy directas. Cabe señalar aquí que, según los resultados presentados, disponer del cuestionario en otros idiomas no ha sido tan útil como se esperaba al diseñar la estrategia de acción (el cuestionario ISA en inglés fue empleado en solo tres casos).

El ya mencionado protocolo común del Ministerio de Sanidad y Consumo del 2012¹⁷ considera a los/las profesionales de trabajo social del centro sanitario como la figura de enlace esencial en el proceso de atención psicosocial, que puede participar en el seguimiento y derivación de los casos que requieran otros dispositivos y/o recursos, en este mismo sentido, las matronas de este estudio consideran como oportuno que estos profesionales estén de forma presencial en el ASSIR para facilitar que la mujer acuda a su consulta.

Simultáneamente, aparecen indicadores de que existen repercusiones emocionales en las matronas al detectar y abordar a las mujeres que se encuentran en una situación de violencia, igual que en Visentin et al.⁴⁴⁵ donde las enfermeras entrevistadas referían sentir impotencia por la gravedad y la complejidad que conlleva la VG. Sería oportuno como propuesta de mejora, desarrollar más las estrategias de autoconciencia y autocuidado, a fin de que el impacto emocional por asistir a víctimas de VG no repercuta negativamente en la toma de decisiones sobre la víctimas, ni en el equilibrio emocional de las y los profesionales¹⁷. Siguiendo las directrices de la OMS de 2014¹³⁶: “se debe prestar atención al autocuidado del profesional inclusive en lo concerniente a traumas psíquicos vicarios o indirectos”. El autocuidado fue un tema tratado durante la implementación de la actividad formativa sobre detección y abordaje de la VG durante el embarazo. No obstante, en los grupos focales se detectó también la necesidad de fomentar el cuidado del equipo entre sí, prueba de ello es que las matronas del GIAP valoraron como muy positiva el acompañamiento por parte de las matronas del EI en el momento de informar a la mujer que se encontraba en una situación de VG según el cuestionario ISA. Igualmente, el hecho de que las matronas se sintieran acompañadas por el EI durante el abordaje de los primeros casos de VG detectados, ha permitido que ganaran seguridad para abordar los sucesivos de forma independiente.

Finalmente, cabe señalar que la IAP es considerada como una forma de adquirir conocimiento de manera reflexiva por los participantes¹⁹⁴. Lo cual ha aparecido reflejado en las matronas de este trabajo, que con el desarrollo de la investigación y tras implementar las dos acciones de mejora, consideran que se sienten más seguras, han mejorado sus conocimientos y se han disipado barreras tales como los miedos. En ese mismo sentido, tal como indican otros trabajos³⁶⁶ indagar de forma sistemática sobre VG ha generado experiencia y aprendizajes a las profesionales.

5.2. Limitaciones del estudio.

En este trabajo existen una serie de limitaciones que deben considerarse al interpretar los resultados:

El estudio realizado se ubica en el paradigma cualitativo. Por ello, sus resultados no pueden generalizarse. Sin embargo, sí pueden transferirse a otras comunidades autónomas u otros centros de atención primaria con características semejantes.

Se proporciona una visión general del estado de la formación en VG en Enfermería y la especialidad de Matrona en de Cataluña, pero no se obtuvo la confirmación de tres universidades de un total de catorce, en consecuencia no se pudo entrevistar a profesores/as de todas ellas.

Cabe considerar también como posible limitación que las matronas que han participado en este trabajo, conocían a la doctoranda y que la misma participó en la aplicación del cuestionario ISA. Los posibles sesgos de subjetividad que de ello puedan derivarse, se procuraron paliar con la triangulación del análisis de la información, mediante reuniones mantenidas con las directoras de tesis a lo largo de todo el trabajo de investigación. Paralelamente, el hecho de que la doctoranda pertenezca a la comunidad de práctica, ha facilitado el acceso al trabajo de campo y la interpretación del fenómeno de estudio.

Por otra parte, no se han incluido en el trabajo aquellas gestantes que acuden para la asistencia al parto a centros privados, por no poder acceder a través de la historia clínica informatizada al tipo de parto y las posibles complicaciones del mismo, ni mujeres que han tenido un aborto espontáneo. Sí se han incluido, sin embargo, mujeres que solicitan un IVE. Asimismo, surge la reflexión acerca del posible sesgo de respuesta, es decir, aquellas mujeres, que a pesar de encontrarse en una situación de VG, deciden no revelarla falseando la cumplimentación del cuestionario.

El estudio no se ha cegado, tanto la doctoranda, como el resto del grupo GIAP y las propias gestantes, conocían el resultado del cuestionario ISA, puesto que se ha priorizado abordar las situaciones de VG e informar a las mujeres de los recursos disponibles. No obstante, ese hecho no ha modificado la asistencia durante el seguimiento del embarazo y los profesionales que prestaron asistencia durante el parto desconocían si la mujer estaba expuesta o no a la VG.

Otra consideración es que la prevalencia de complicaciones del recién nacido/a durante el periodo de recogida de datos ha sido menor que la utilizada para el cálculo de la muestra, por lo que el análisis se ha hecho con 42 casos, en vez de 50. Ello podría haber afectado a los resultados disminuyendo la potencia disponible para detectar efectos asociados a complicaciones del recién nacido/a.

Finalmente, los casos de VG detectados tras las acciones implementadas se han comparado con un control histórico, basado en lo que las matronas rememoraron. Aunque los resultados deban ser interpretados con precaución por no derivar de un estudio randomizado, la diferencia de detección es tan evidente que fundamenta los hallazgos.

Respecto al programa de FC que se propone, si bien puede considerarse una limitación no haberse implementado en su totalidad ni haberse evaluado su aplicación, la realización de la actividad formativa, considerada como “curso piloto”, su evaluación y la validación del programa de FC mediante evaluación pre-formativa, ofrece una primera garantía para llevarlo a cabo.

6. CONCLUSIONES.

A continuación, se presentan las principales conclusiones del estudio realizado:

1. En Cataluña, se imparte formación inicial en VG con una media de 5.5 horas en el grado de Enfermería y con 2 horas en la especialidad de Matrona. Es necesario dedicar más tiempo a la formación de estudiantes de Enfermería y Matrona en VG de una forma transversal y sistematizada, que incluya la práctica clínica y abordándose desde las perspectivas sanitaria, psicológica, social, ética y legal.
2. A pesar de que las matronas reciben formación inicial y continuada, y tienen conocimientos sobre VG, no se sienten seguras a la hora de detectar y abordar los casos. Es conveniente responder a la demanda de las matronas en cuanto a desarrollar la formación desde una perspectiva multidisciplinar, con metodologías activas que proporcionen conocimientos específicos y habilidades comunicativas.
3. Las matronas consideran que el seguimiento del embarazo que realizan y la consecuente relación de confianza con las mujeres, favorece la detección y abordaje de la VG. Sin embargo, las limitaciones del tiempo, las barreras idiomáticas o sus propios miedos, lo dificulta.
4. Las estrategias de ampliar la FC y aplicar de forma sistemática el cuestionario ISA, enmarcado en el desarrollo de la IAP, aumenta las habilidades, los conocimientos y la seguridad de las matronas para detectar y abordar la VG durante el embarazo, conjuntamente incrementa la detección de casos de VG. El cuestionario ISA se ha mostrado por tanto, como útil para la detección de la VG durante el embarazo.
5. La violencia de género durante el embarazo está infradetectada. En la mayoría de los casos inicia antes del embarazo, siendo más prevalente entre las mujeres extranjeras que entre las mujeres españolas.

6. La exposición a la VG durante el embarazo aumenta el riesgo de tener complicaciones durante el parto e incrementa después de ajustar otros factores explicativos, en más del doble el riesgo de que el/la recién nacido/a tenga complicaciones de salud. Sin embargo, no aumenta el riesgo de un parto mediante cesárea.
7. La exposición a la VG incrementa en cuatro veces el riesgo de que las mujeres gestantes soliciten un IVE, incluso después de ajustar otros factores sociodemográficos explicativos. Siendo la exposición a la VG significativamente más prevalente entre las mujeres que solicitan un IVE que entre las mujeres que deciden continuar con el embarazo. Mostrándose por tanto, la necesidad de incorporar el cribado sistemático no solo a las mujeres que continúan con el embarazo, sino también a las que deciden interrumpirlo.
8. El programa de formación continuada validado se concibe como un plan de acción para el desarrollo de actividades que permita que matronas y otros/as profesionales de la salud adquieran conocimientos, destrezas y que sean capaces de tomar decisiones durante la detección y abordaje de la VG, de modo especial durante el embarazo. Como tal, es una herramienta útil para dirigir el proceso.

7. LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN

De los resultados de esta investigación se plantean las siguientes líneas futuras de investigación:

Puesto que el cuestionario ISA ha demostrado ser útil como instrumento para la detección de la VG durante el embarazo, sería pertinente explorar si la detección conlleva a que la mujer pueda salir de la situación de violencia en la que se encuentra, realizando un seguimiento de los casos.

Paralelamente, algunas matronas consideran el cuestionario ISA demasiado extenso, podría ser oportuno un trabajo que comparara la sensibilidad y especificidad de cuestionarios más breves, tales como el ISA en su versión reducida (o incluso el WAST o el PVS), tomando de referencia el ISA como estándar de oro.

También parece interesante profundizar más en la asociación hallada entre exposición a la VG e IVE, mediante un estudio cualitativo recogiendo información a través de las narraciones de las mujeres.

Puesto que la evaluación de FC ha sido del diseño y la planificación, es decir pre-formativa, sería conveniente en futuros trabajos de investigación, implementar el programa en su totalidad, lo cual permitiría hacer la evaluación del desarrollo, de los resultados e impacto del mismo. Aportando nueva información sobre su validez.

Finalmente, podría ser interesante extender la iniciativa a otros centros sanitarios, haciendo otras IAP ad hoc en ellos.

8. FINANCIACIÓN Y DIFUSIÓN DE RESULTADOS

8.1. Financiación.

El presente estudio se engloba en el proyecto de investigación ACUP083 “Prevención y detección de les violencia de género durante el embarazo: de la violencia machista a la violencia obstétrica” financiado por RecerCaixa en la convocatoria de 2016 (Investigadora principal: Dra Josefina Goberna Tricas).

Además este estudio ha sido financiado parcialmente por la Fundación Enfermería y Sociedad en el marco de las Ayudas a la Investigación Enfermera (PR-050/16) del 2016 del Colegio Oficial de Enfermeras y Enfermeros de Barcelona (Investigadora principal: M^a Analía Gómez Fernández).

8.2. Difusión de resultados.

8.2.1. Artículos publicados en revistas científicas^w.

- Gómez-Fernández MA, Goberna-Tricas J, Payà-Sánchez M. “Las matronas y la detección de la violencia en el embarazo”. Publicado en *Matronas Profesión*. 2015; 16(4):124-130, Índice de Impacto: 0.077- Q4 en SJR. Posición en la categoría Nursing 499/617.
- Gómez-Fernández MA, Isidro-Albaladejo M, García-Del Arco M, Molina-Ordoñez. “Aspectos bioéticos de la relación asistencial de las matronas con las mujeres embarazadas en contexto de violencia de género”. Publicado en *Musas Revista de Investigación en Mujer, Salud y Sociedad*. 2017; 2(2):40-55. Indizada en: MIAR, ERIHPlus, CUIDEN, RACO, DOAJ, DULCINEA, Dialnet y Latindex.
- Gómez-Fernández MA, Goberna-Tricas J, Payà-Sánchez M. “Intimate partner violence as a subject of study during the training of nurses and midwives in Catalonia (Spain): A qualitative study”. Publicado en *Nurse Education in Practice*. 2017; 27:13-21. Índice de Impacto: 1.314- Q2 en JCR. Posición en la categoría de Nursing: 50/118.
- Payà-Sánchez M, Gómez-Fernández MA, Martín- Badía J, Goberna-Tricas J. Formación en detección de la violencia de género durante el embarazo: evaluación de una propuesta contextualizada”. Publicado en *Musas Revista de Investigación en Mujer, Salud y Sociedad*. 2019; 4(1):22-38. Indizada en: MIAR, ERIHPlus, CUIDEN, RACO, DOAJ, DULCINEA, Dialnet y Latindex.
- Gómez-Fernández MA, Goberna-Tricas J, Payà-Sánchez M. “Characteristics and clinical applicability of the validated scales and tools for screening, evaluating and measuring the risk of intimate partner violence. Systematic literature review (2003-2017)”. Publicado en *Aggression and Violent Behavior*. 2019; 44:57-66. Índice de Impacto: 2.230- Q1 en JCR. Posición en la categoría de Criminology and Penology: 13/61.

^w Los artículos publicados y en proceso de revisión en revistas científicas están disponibles en el anexo 11.

- Gómez-Fernández MA, Goberna-Tricas J, Payà-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. Índice de Impacto: 0.22- Q3 en SJR. Posición en la categoría Nursing 394/617 (En prensa).

8.2.2. Artículo en proceso de revisión.

- Gómez-Fernández MA, Payà-Sánchez M, Isidro-Albaladejo M, García-Del Arco M, Molina-Ordoñez R, Goberna-Tricas J. “Intimate partner violence during pregnancy and midwives’ skills for detecting and addressing: a qualitative reading of their training and experience-based knowledge”. En revisión en Violence Against Women. Índice de Impacto: 1588- Q1 en JCR. Posición en la categoría de Womens Studies: 9/42.

8.2.3. Capítulo de libro.

- Gómez-Fernández MA, Goberna-Tricas J, Payà-Sánchez M. “La violencia de género en el embarazo”. En: Boladeras, M., Goberna, J. (coords.) Bioética de la maternidad. Barcelona: Universitat de Barcelona Edicions; 2016 p.195-197.

8.2.4. Ponencias.

- Gómez-Fernández MA. “Violència de gènere en l’embaràs: indicadors i complicacions gestacionals”, presentada en la “I Jornada d’aproximació a la violència de gènere del ASSIR Baix Llobregat Centre”, celebrada el 25 Novembre de 2015 en Cornellà (Barcelona).

- Gómez-Fernández MA. “Violència masclista a l’embaràs. L’experiència de les llevadores”, presentada en la “III Jornada d’aproximació a la violència domèstica, la més amagada del ASSIR Baix Llobregat Centre”, celebrada el 24 de Novembre de 2017 en Cornellà (Barcelona).

- Gómez-Fernández MA. “La detección de la violencia de género desde atención primaria”, presentada en el “III Congreso Internacional Género, Ética y Cuidado”, celebrado del 16 al 18 de mayo de 2018 en Barcelona.

- Gómez-Fernández MA. “Detecció de la violència de gènere”, presentada en la “VIII Jornada de Llevadores”, “Emprèn, innova i investiga: conquerint nous horitzons per a la professió”, celebrada el 19 de noviembre de 2018 en Barcelona.

8.2.5. Comunicaciones formato oral.

- Gómez-Fernández MA, Goberna-Tricas J, Payà-Sánchez M. “La violencia de género en el embarazo” presentada en el “II Congreso Internacional Género, Ética y Cuidado”, celebrado del 14 al 16 Octubre 2015 en Barcelona.

- Gómez-Fernández MA, Goberna-Tricas J, Payà-Sánchez M, Isidro-Albaladejo I, Molina-Ordoñez R, García-del Arco, M. “Barreras y dificultades en la detección por parte de las matronas de la violencia de género durante el embarazo: un estudio cualitativo”, presentada en el “XVI Congreso de la Federación de Asociaciones de Matronas de España”, celebrado del 05 al 07 de octubre de 2017 en Gran Canaria.

- Gómez-Fernández MA, Goberna-Tricas J, Payà-Sánchez M, García-Del Arco M, Homs-Mir C, Vidal-Ventura C. “Detección y abordaje de la violencia de género durante el embarazo por parte de las matronas en atención primaria”, presentada en el “XVII Congreso de la Federación de Asociaciones de Matronas de España”, celebrado del 04 al 06 de octubre de 2018 en Oviedo.

8.2.6. Comunicaciones formato poster.

- Gómez-Fernández MA, Goberna-Tricas J, Payà- Sánchez, M. “Complicaciones de salud materno-fetales derivadas de la violencia de género e indicadores de sospecha” presentado en “II Congreso Virtual de Enfermería”, celebrado del 21 al 27 Noviembre de 2016.

- Gómez-Fernández MA, Bover-Font M, Cabrera-García P, Freixas-Trallero E, Gómez-Martín D, Carral-Rodríguez B. “Detección de la violencia machista desde la consulta de la matrona”, presentado en el “XXXIV Reunió de Ginecòlegs i Obstetres i la XI Reunió de Llevadores i Infermers de les Comarques Catalanes”, celebrado el 03 de marzo de 2017 en Tarragona.

- Gómez-Fernández MA. “Parte de lesiones en las situaciones de violencia de género durante el embarazo: implicaciones en la seguridad de la madre y su hijo”, presentado en la “8º Congreso Internacional Virtual de Enfermería y Fisioterapia”, celebrado del 23 al 30 de junio de 2017.
- Gómez-Fernández MA, Homs-Mir C, Peralta-Castillo R, Sánchez-Medina J, Vidal-Ventura C, Gil-Vargas MJ. “Violencia de género durante el embarazo: consecuencias de la salud de los niños y las niñas”, presentado en el “XVI Congreso de la Federación de Asociaciones de Matronas de España”, celebrado del 05 al 07 de octubre de 2017 Gran Canaria.
- Gómez-Fernández MA, Cabrera-García P, Freixas-Trallero E, Peralta-Castillo R, Pizarro-González MA, Bover-Font M. “Consecuencias de la violencia de género en la salud mental de las mujeres y sus hijos/as”, presentado en el “IV Congreso Virtual Internacional de Enfermería en Salud Mental”, celebrado del 07 al 21 de mayo de 2018.
- Gómez-Fernández MA, García-Del Arco M, Isidro-Albaladejo M, Homs-Mir C, Vidal-Ventura C, García-Molina, P. “Violencia de género durante el embarazo: modelos explicativos de la permanencia de la víctima en convivencia con el agresor”, presentado en el “XVII Congreso de la Federación de Asociaciones de Matronas de España”, celebrado del 04 al 06 de octubre de 2018 en Oviedo.
- García-Del Arco M, Gómez-Fernández MA, Homs-Mir C, Vidal-Ventura C, Lozano-García M, Cabrera García P. “Necesidades formativas y propuestas para la formación sobre VG por parte de la matronas de Atención Primaria”, aceptado para ser presentado en el “XVIII Congreso de la Federación de Asociaciones de Matronas de España”, celebrado del 06 al 08 de junio de 2019 en Málaga.
- Gómez-Fernández MA, Cunillera-Puértolas O, Vidal-Ventura C, Homs-Mir C, García-Del Arco M, Lozano-García M. “Violencia de género entre las mujeres que solicitan una interrupción voluntaria del embarazo: prevalencia, características y factores asociados”, aceptados para ser presentado en el “XVIII Congreso de la Federación de Asociaciones de Matronas de España”, celebrado del 06 al 08 de junio de 2019 en Málaga.

9. BIBLIOGRAFÍA

1. James L, Brody D, Hamilton Z. Risk factors for domestic violence during pregnancy: a meta-analytic review. *Violence Vict.* 2013;28(3):359-380. doi:10.1891/0886-6708.VV-D-12-00034
2. Camps-Cervera MV. La violencia en la televisión. *Quad del CAC.* 2003;(17):3-14.
3. San Segundo-Manuel T. *Violencia de Género. Una Visión Multidisciplinar.* (Centro de Estudios Ramón Areces, ed.). Madrid; 2008.
4. Cagigas-Arriazu AD. El patriarcado, como origen de la violencia doméstica. *Monte Buciero.* 2000;(5):307-318.
5. Rubin G. The Traffic in Women. Notes on the "Political Economy" of Sex. In: Routledge, ed. *The Second Wave. A Reader in Feminist Theory.* New York; 1975.
6. De Beauvoir S. *El Segundo Sexo: Lectura Crítica de La Introducción Y La Conclusión.* (Dialogo, ed.). Valencia; 2012.
7. Amorós C. *Feminismo: Igualdad Y Diferencia.* (Universidad Nacional Autónoma de México, ed.). Ciudad de México; 1994.
8. Valcárcel A. Feminismo y poder político. In: Universidad de Granada. Servicio de Publicaciones, ed. *Feminismo, Ciencia Y Transformación Social.* Granada; 1995.
9. Valls-Llobet C. *Mujeres Invisibles.* (Random House Mondadori, ed.). Barcelona; 2008.
10. Valcárcel A. *Sexo Y Filosofía.* (Anthropos, ed.). Santafé de Bogotá; 1991.
11. Lorente-Acosta M. *Mi Marido Me Pega Lo Normal.* (Planeta E, ed.). Barcelona; 2009.
12. Heise LL. Violence against women: an integrated, ecological framework. *Violence Against Women.* 1998;4(3):262-290. doi:10.1177/1077801298004003002
13. World Health Organization. WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women. <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/24159358X/en/>. Published 2005. Accessed August 4, 2018.
14. UNFPA and WAVE. Strengthening Health System Responses to Gender- based Violence in Eastern Europe and Central Asia A Resource Package. <https://eeca.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/WAVE-UNFPA-Report-EN.pdf>. Published 2014. Accessed August 4, 2018.
15. Organización Mundial de la Salud. Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Violencia infligida por la pareja. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/98816/WHO_RHR_12.36_spa.pdf;jsessionid=11FDF26EA5AC4FED7D57946D1C33B987?sequence=1. Published 2013. Accessed August 8, 2018.
16. Consejo de Europa. *Convenio Del Consejo de Europa Sobre Prevención Y Lucha Contra La Violencia Contra Las Mujeres Y La Violencia Doméstica.* Estambul; 2011.
17. Ministerio de Sanidad y Consumo. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género. <http://www.violenciagenero.igualdad.mpr.gob.es/en/profesionalesInvestigacion/sanitario/docs/PSanitarioVG2012.pdf>. Published 2012. Accessed August 8, 2018.

18. Naciones Unidas. Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. Resolución de la Asamblea General 48/104 del 20 de diciembre de 1993. http://www.aulaviolenciadegeneroenlocal.es/consejos Escolares/archivos/declaracion_sobre_la Eliminacion_de_la_violencia_contra_la_mujer.pdf. Published 1993. Accessed August 9, 2018.
19. Organización Mundial de la Salud. Understanding and addressing violence against women. Intimate partner violence. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/77432>. Published 2012. Accessed August 9, 2018.
20. Jefatura del Estado. *Ley Orgánica 1/2004, de 28 de Diciembre, de Medidas de Protección Integral Contra La Violencia de Género*. España; 2004:42166-42197.
21. Peris-Vidal M. La Importancia de la Terminología en la Conceptualización de la Violencia de Género. *Oñati Socio-Legal Ser.* 2015;5(2):716-744.
22. Comunidad Autónoma de Cataluña. *Ley 5/2008, de 24 de Abril, Del Derecho de Las Mujeres a Erradicar La Violencia Machista*. España; 2008:25174-25194.
23. Amorós C. Conceptualizar es politizar. In: Tirant lo Blanch, ed. *Género, Violencia Y Derecho*. Valencia; 2008.
24. Etxenike L. Sin tiempo electoral. El País. Edición País Vasco. http://elpais.com/diario/2011/11/21/paisvasco/1321908012_850215.html. Published November 21, 2011. Accessed August 10, 2018.
25. Rubio-Castro A. La Ley integral: entre el desconcierto del género y la eficacia impuesta. In: Lorenzo-Copello P, ed. *La Violencia de Género En La Ley. Reflexiones Sobre Veinte Años de Experiencia En España*. Madrid; 2010.
26. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Protocol per a l'abordatge de la violència masclista en l'àmbit de la salut a Catalunya Document marc. http://salutweb.gencat.cat/web/.content/_ambits-actuacio/Linies-dactuacio/Serveis-sanitaris/Altres-models-anteriors-datencio-sanitaria/Abordatge-de-la-violencia-masclista/abordatge.pdf. Published 2009. Accessed August 11, 2018.
27. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. La Atención Primaria frente a la Violencia de Género. Necesidades y Propuestas. http://www.violenciagenero.igualdad.mpr.gob.es/ca/violenciaEnCifras/estudios/investigaciones/2015/pdf/Atencion_Primeria_VG.pdf. Published 2015. Accessed August 11, 2018.
28. Domestic Abuse Intervention Project. Power and Control Wheel. <https://www.theduluthmodel.org/>. Published 1984. Accessed August 19, 2018.
29. Walker L. *The Battered Woman Syndrome*. (Springer, ed.). New York; 1984.
30. Servicio Murciano de Salud. Guía Práctica Clínica. Actuación en salud mental con mujeres maltratadas por su pareja. http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_470_maltratadas_compl.pdf. Published 2011. Accessed August 25, 2018.
31. Ferrer-Pérez VA, Bosch-Fiol E, Navarro-Guzmán C, Ramis-Palmer MC, García-Buades ME. Los micromachismos o microviolencias en la relación de pareja : Una aproximación empírica. *An Psicol.* 2008;24(2):341-252.

32. Bonino-Méndez L. Las microviolencias y sus efectos claves para su detección. In: Santos D De, ed. *La Violencia Contra Las Mujeres: Prevención Y Detección: Cómo Promover Desde Los Servicios Sanitarios Relaciones Autónomas, Solidarias Y Gozosas*. Madrid; 2005.
33. Amnistía Internacional. Violencia contra las mujeres en España. <https://www.es.amnesty.org/en-que-estamos/espana/violencia-contra-las-mujeres/>. Published 2016. Accessed August 21, 2018.
34. Observatorio contra la violencia doméstica y de género. Teléfono ANAR. Violencia de Género en Niños, Niñas y Adolescentes. In: *VI Congreso Sobre Violencia Doméstica Y de Género*. Madrid; 2016.
35. Organización Mundial de la Salud. Violencia contra la mujer. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>. Published 2017. Accessed August 24, 2018.
36. World Health Organization. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241564625/en/>. Published 2013. Accessed April 4, 2019.
37. Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. Macroencuesta de violencia contra la mujer 2015. http://www.violenciagenero.igualdad.mpr.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/colecciones/pdf/Libro_22_Macroencuesta2015.pdf. Published 2015. Accessed August 18, 2018.
38. Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. Portal Estadístico Violencia de Género. <http://estadisticasviolenciagenero.igualdad.mpr.gob.es/>. Published 2019. Accessed March 1, 2019.
39. Tavares de Lucena K, Pinheiro de Toledo Vianna R, Agnaldo do Nascimento J, Fernandes Coelho Campos H, Tôrres Oliveira E. Asociación entre la violencia doméstica y la calidad de vida de las Introducción. *Rev Latino-Am Enferm*. 2017;25:e2901. doi:10.1590/1518-8345.1535.2901
40. Generalitat de Catalunya. Departament de Treball Afers Socials i Famílies. Protocol marc d'actuacions contra el maltractament a infants i adolescents de Catalunya. http://treballiaferssocials.gencat.cat/web/.content/03ambits_tematicos/07infanciaiadollescencia/DEST_columna_dreta/documents/Protocol-Marc-Maltractament-IA.pdf. Published 2017. Accessed August 19, 2019.
41. UNICEF Comité Español. Convención sobre los derechos del niño. <https://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf>. Published 2006. Accessed August 18, 2018.
42. Ahmadabadi Z, Najman JM, Williams GM, Clavarino AM, d'Abbs P, Abajobir AA. Maternal intimate partner violence victimization and child maltreatment. *Child Abuse Negl*. 2018;82:23-33. doi:10.1016/j.chiabu.2018.05.017
43. Ojeda TE. El autocuidado de los profesionales de la salud que atienden a víctimas de violencia sexual. *Rev Peru Ginecol y Obstet*. 2006;52(1):21-27.
44. McCann IL, Pearlman LA. Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *J Trauma Stress*. 1990;3(1):131-149.

45. Freudenberger HJ. Staff Burn-Out. *J Soc Issues*. 1974;30(1):159-165. doi:10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x
46. Dutton DG, Painter S. The battered woman syndrome: effects of severity and intermittency of abuse. *Am J Orthopsychiatry*. 1993;63(4):614-622.
47. Amor PJ, Echeburúa E. Claves Psicosociales para la Permanencia de la Víctima en una Relación de Maltrato Psychosocial Keys for the Permanence of the Victim in an Abusive Relationship. *Clínica Contemp*. 2010;1(2):97-104. doi:10.5093/cc2010v1n2a3
48. Brockner J, Rubin JZ. *Entrapment in Escalating Conflicts: A Social Psychological Analysis*. (Springer, ed.). New York; 1985.
49. Seligman ME. *Helplessness: On Depression, Development and Death*. (Freeman and Company, ed.). San Francisco; 1975.
50. Mercado- Corona D, Somarriba-Rocha LA, Cuevas-Renaud CM, Astudillo- García CI, Sánchez- Estrada M. Permanencia femenina en la situación de violencia de pareja: Fortalezas y factores de riesgo. *Rev Latinoam Med Conduct*. 2012;2(1):21-32.
51. Graham D, Rawling E. Bonding with abusive dating partners: dynamics of Stockholm syndrome. In: Levy B, ed. *Dating Violence: Women in Danger*. Seattle; 1991.
52. Montero-Gómez A. Síndrome de adaptación paradójica a la violencia doméstica: una propuesta teórica. *Clínica y Salud*. 2001;12(1):5-31.
53. Prochaska JO, Diclemente C. Trans-Theoretical Therapy - Toward A More Integrative Model of Change. *Psychother Theory Res Pract*. 1982;19(3):276-288. doi:10.1037/h0088437
54. Brown J. Working toward freedom from violence. *Violence Against Women*. 1997;3(1):5-26. doi:10.1177/1077801297003001002
55. Mateo GM. Barreras para escapar de la violencia de género : la mirada de las profesionales de los centros de protección de mujeres. *Cuad Trab Soc*. 2015;28(1):93-102. doi:10.5209/rev_CUTS.2015.v28.n1.44401
56. Asociación pro Derechos Humanos Argituz. Informe de identificación de necesidades y obstáculos encontrados por las mujeres víctimas de violencia de género del área rural de Bizkaia en el acceso efectivo a los servicios y prestaciones de apoyo, atención y justicia. http://www.bizkaia.eus/Gizartekintza/Genero_Indarkeria/pdf/dokumentuak/Mujeres_rurales_VG_c.pdf?hash=f8df54be74b9570cd9bbd7c4da2acbdd. Published 2015. Accessed August 28, 2018.
57. Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. Pacto de Estado contra la Violencia de Género (2018-2022). http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/pactoEstado/docs/Documento_refundido_P_EVG_.pdf. Published 2017. Accessed August 12, 2018.
58. Luna F. Elucidating the concept of vulnerability: Layers not labels. *Int J Fem Approaches Bioeth*. 2009;2(1):121-139. doi:10.3138/ijfab.2.1.121

59. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Protocol per a l'abordatge de la violència masclista en l'àmbit de la salut a Catalunya. Document operatiu d'embaràs. http://salutweb.gencat.cat/web/.content/_ambits-actuacio/Linies-dactuacio/Serveis-sanitaris/Altres-models-anteriors-datencio-sanitaria/Abordatge-de-la-violencia-masclista/arxius/abord_embaras.pdf. Published 2010. Accessed August 10, 2018.
60. World Health Organization. Intimate partner violence during pregnancy. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70764/1/WHO_RHR_11.35_eng.pdf. Published 2011. Accessed August 29, 2018.
61. Coyle C, Shuping M, Speckhard A, Brightup J. The Relationship of Abortion Violence Prevention Strategies and Research Needs. *Issues Law Med*. 2015;30(2):111-127.
62. Nemeth JM, Bonomi AE, Lee MA, Ludwin JM. Sexual Infidelity as Trigger for Intimate Partner Violence. *J Women's Heal*. 2012;21(9):942-949. doi:10.1089/jwh.2011.3328
63. Izaguirre A, Calvete E. Intimate partner violence during pregnancy: Women's narratives about their mothering experiences. *Psychosoc Interv*. 2014;23:209-2015. doi:10.1016/j.psi.2014.07.010
64. Campo M. *Domestic and Family Violence in Pregnancy and Early Parenthood Overview and Emerging Interventions*. (Australian Institute of Family Studies. Australian Government, ed.). Melbourne; 2013.
65. Baird K. Women's lived experiences of domestic violence during pregnancy. *Pract Midwife*. 2015;18(3):27-31.
66. Lafaurie MM. Intimate partner violence against women during pregnancy : a critical reading from a gender perspective. *Rev Colomb Enferm*. 2015;10:64-77.
67. Brownridge DA, Taillieu TL, Tyler KA, Tiwari A, Chan KL, Santos SC. Pregnancy and Intimate Partner Violence : Risk Factors , Severity , and Health Effects. *Violence Against Women*. 2011;17(7):858-881. doi:10.1177/1077801211412547
68. Campbell JC, Webster D, Koziol-mclain J, et al. Risk Factors for Femicide in Abusive Relationships : Results From a Multisite Case Control Study. *Am J Public Health*. 2003;93(7):1089-1097.
69. Martin SL, Macy RJ, Magee ML. Pregnancy-associated Violent Deaths. The Role of Intimate Partner Violence. *Trauma Violence Abuse*. 2007;8(2):135-148. doi:10.1177/1524838007301223
70. Wang T, Liu Y, Li Z, et al. Prevalence of intimate partner violence (IPV) during pregnancy in China: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2017;12(10):1-17. doi:10.1371/journal.pone.0175108
71. Consejería de Igualdad Salud y Políticas Sociales. Protocolo Andaluz para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género. <https://www.juntadeandalucia.es/organismos/saludyfamilias/areas/salud-vida/adulta/paginas/violencia-genero-protocolo.html>. Published 2015. Accessed August 18, 2018.
72. Shamu S, Abrahams N, Temmerman M, Musekiwa A, Zarowsky C. A systematic review of African studies on intimate partner violence against pregnant women: prevalence and risk factors. *PLoS One*. 2011;6(3):e17591. doi:10.1371/journal.pone.0017591.

73. Alonso M, Bedoya J, Cayuela A, Dorado M, Gómez M, Hidalgo D. Violencia contra la mujer. Resultados de una encuesta hospitalaria. *Progresos Obstet y Ginecol*. 2004;47(11):511-520.
74. Velasco C, Luna JD, Martin A, Caño A, Martin-De las Heras S. 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):1050-1058. doi:10.1111/aogs.12459
75. Sapkota D, Baird K, Saito A, Anderson D. Interventions for domestic violence among pregnant women in low-and middle-income countries: a systematic review protocol. *Syst Rev*. 2017;6(254):1-8. doi:10.1186/s13643-017-0657-6
76. McFarlane J, Campbell J, Sharps P, Watson K. Abuse during pregnancy and femicide: urgent implications for women's health. *Obstet Gynecol*. 2002;100(1):27-36.
77. Chisholm C, Bullock L, Ferguson J, (The American College of Obstetricians and Gynecologists). Intimate partner violence and pregnancy: screening and intervention. *Am J Obstet Gynecol*. 2017;217(2):145-149. doi:10.1016/j.ajog.2017.05.043
78. Alhusen JL, Ray E, Sharps P, Bullock L. Intimate Partner Violence During Pregnancy: Maternal and Neonatal Outcomes. *J Women's Heal*. 2015;24(1):100-106. doi:10.1089/jwh.2014.4872
79. Rao N, Norris A, Harrington B, Nampaneni P, Banda V, Norris A. Correlations between intimate partner violence and spontaneous abortion , stillbirth , and neonatal death in rural. *Int J Gynecol Obstet*. 2017;138(1):74-78. doi:10.1002/ijgo.12173
80. Fanslow J, Silva M, Whitehead A, Robinson E. Pregnancy outcomes and intimate partner violence in New Zealand. *Aust New Zeal J Obstet Gynaecol*. 2008;48(4):391-397. doi:10.1111/j.1479-828X.2008.00866.x.
81. Janssen P, Holt V, Sugg N, Emanuel I, Critchlow C, Henderson A. Intimate partner violence and adverse pregnancy outcomes: a population-based study. *Am J Obstet Gynecol*. 2003;188(5):1341-1347.
82. Okah FA, Oshodi A, Liu Y, Cai J. Community Violence and Pregnancy Health Behaviors and Outcomes. *South Med J*. 2014;107(8):513-517. doi:10.14423/SMJ.0000000000000143
83. Dhar D, McDougal L, Hay K, et al. Associations between intimate partner violence and reproductive and maternal health outcomes in Bihar, India: a cross-sectional study. *Reprod Health*. 2018;15(109):1-14. doi:10.1186/s12978-018-0551-2
84. Miller E, Silverman J. Reproductive coercion and partner violence: implications for clinical assessment of unintended pregnancy. *Expert Rev Obstet Gynecol*. 2012;5(5):511-515. doi:10.1586/eog.10.44.Reproductive
85. Pinton A, Hanser A, Metten M, Nisand I, Bettahar K. Existe-t-il un lien entre les violences conjugales et les interruptions volontaires de grossesses répétées? *Gynécologie Obs Fertil Sénologie*. 2017;45(7-8):416-420. doi:10.1016/j.gofs.2017.06.010
86. Roberts SC, 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;12(144):1-7. doi:10.1186/s12916-014-0144-z.

87. Baird K, Creedy D, Mitchell T. Intimate partner violence and pregnancy intentions: a qualitative study. *J Clin Nurs*. 2017;26(15-16):2399-2408. doi:10.1111/jocn.13394
88. Cappelletti M, Gatimu J, Shaw G. *Exposing Reproductive Coercion: A Toolkit for Awareness Raising, Assessment, and Intervention*. (National Organization for Men Against Sexism (NOMAS), ed.). Virginia; 2014.
89. Lewis N, Moore T, Feder G, Macleod J, Whiting P. Use of emergency contraception among women with experience of domestic violence and abuse: a systematic review. *BMC Womens Health*. 2018;18(156):1-8. doi:10.1186/s12905-018-0652-7
90. Martín-De las Heras S, Velasco C, Luna J, Martín A. Unintended pregnancy and intimate partner violence around pregnancy in a population-based study. *Women and Birth*. 2015;28(2):101-105. doi:10.1016 / j.wombi.2015.01.003
91. Stephenson R, Koenig MA, Acharya R, Roy TA. Domestic Violence, Contraceptive Use, and Unwanted Pregnancy in Rural India. *Stud Fam Plann*. 2009;39(3):177-186.
92. Pallitto C, O'Campo P. The relationship between intimate partner violence and unintended pregnancy: analysis of a national sample from Colombia. *Int Fam Plan Perspect*. 2004;30(4):165-173.
93. Maxwell L, Nandi A, Benedetti A, Devries K, Wagman J, García-Moreno C. Intimate partner violence and pregnancy spacing: results from a meta-analysis of individual participant time-to-event data from 29 low-and-middle-income countries. *BMJ Glob Heal*. 2018;3(1):e000304. doi:10.1136/bmjgh-2017-000304
94. Cripe S, Sanchez S, Perales M, Lam N, Garcia P, Williams M. Association of intimate partner physical and sexual violence with unintended pregnancy among pregnant women in Peru. *Int J Gynecol Obstet*. 2008;100(2):104-108.
95. Chibber K, Biggs M, Roberts S, Foster D. The role of intimate partners in women's reasons for seeking abortion. *Women's Heal Issues*. 2014;24(1):e131-8. doi:10.1016/j.whi.2013.10.007.
96. Hall M, Chappell LC, Parnell BL, Seed PT BS. Associations between Intimate Partner Violence and Termination of Pregnancy: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Plos Med*. 2014;11(1):e1001581. doi:10.1371/journal.pmed.1001581
97. Jefatura del Estado. *Ley Orgánica 2/2010, de 3 de Marzo, de Salud Sexual Y Reproductiva Y de La Interrupción Voluntaria Del Embarazo*. España; 2010:21001-21014.
98. Cheng D, Salimi S, Terplan M, Chisolm MS. Intimate partner violence and maternal cigarette smoking before and during pregnancy. *Obstet Gynecol*. 2015;125(2):356-362. doi:10.1097/AOG.0000000000000609
99. Alhusen JL, Lucea MB, Bullock L, Sharps P. Intimate Partner Violence, Substance Use, and Adverse Neonatal Outcomes among Urban Women. *J Pediatr*. 2013;163(2):471-476. doi:10.1016/j.jpeds.2013.01.036
100. Ononokpono DN, Azfredrick EC. Intimate Partner Violence and the Utilization of Maternal Health Care Services in Nigeria. *Health Care Women Int*. 2014;35(7-9):973-989. doi:10.1080/07399332.2014.924939

101. Miller-Graff LE, Howell KH, Grein K, Keough K. Women's Cigarette and Marijuana Use in Pregnancy: Identifying the Role of Past Versus Recent Violence Exposure. *J Interpers Violence*. 2018. doi:10.1177/0886260518779068
102. Gashaw BT, Magnus JH, Schei B. Intimate partner violence and late entry into antenatal care in Ethiopia. *Women and Birth*. 2018. doi:10.1016/j.wombi.2018.12.008
103. Rachana C, Suraiya K, Hisham A, Abdulaziz A, Hai A. Prevalence and complications of physical violence during pregnancy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2002;103(1):26-29. doi:10.1016/S0301-2115(02)00022-2
104. Mitro SD, Sanchez SE, Palomino H, Gelaye B, Williams MA. Childhood abuse, intimate partner violence, and placental abruption among Peruvian women. *Ann Epidemiol*. 2019;(31):26-31. doi:10.1016/j.annepidem.2018.12.003
105. Humphreys J. Sexually Transmitted Infections, Pregnancy, and Intimate Partner Violence. *Health Care Women Int*. 2010;32(1):23-38. doi:10.1080/07399332.2010.529211
106. Sharps PW, Laughon K, Giangrande SK. Intimate Partner Violence and the Childbearing Year. *Trauma, Violence, Abus*. 2007;8(2):105-116. doi:10.1177/1524838007302594
107. Donovan BM, Spracklen CN, Schweizer ML, Ryckman KK, Saftlas AF. Intimate partner violence during pregnancy and the risk for adverse infant outcomes: a systematic review and meta-analysis. *BJOG*. 2016. doi:10.1111/1471-0528.13928
108. Sanchez S, Alva A, Diez Chang G, et al. Risk of Spontaneous Preterm Birth in Relation to Maternal Exposure to Intimate Partner Violence During Pregnancy in Peru. *Matern Child Health J*. 2013;17(3):485-492. doi:10.1007/s10995-012-1012-0
109. Dahlen HG, Munoz AM, Schmied V, Thornton C. The relationship between intimate partner violence reported at the first antenatal booking visit and obstetric and perinatal outcomes in an ethnically diverse group of Australian pregnant women: a population-based study over 10 years. *BMJ Open*. 2018;8(4):e019566. doi:10.1136/bmjopen-2017-019566
110. Shah PS, Shah J. Maternal Exposure to Domestic Violence and Pregnancy and Birth Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analyses. *J Women's Heal*. 2010;19(11):2017-2031. doi:10.1089/jwh.2010.2051
111. Chen PH, Rovi S, Vega ML, Barrett T, Pan KY, Johnson MS. Birth Outcomes in Relation to Intimate Partner Violence. *J Natl Med Assoc*. 2017;109(4):238-245. doi:10.1016/j.jnma.2017.06.017
112. Silva EP, Lemos A, Andrade CHS, Ludermir AB. Intimate partner violence during pregnancy and behavioral problems in children and adolescents: a meta-analysis. *J Pediatr (Rio J)*. 2018;94(5):471-482. doi:10.1016/j.jpmed.2018.01.007
113. Martinez-Torteya C, Bogat GA, Lonstein JS, Granger DA, Levendosky AA. Exposure to intimate partner violence in utero and infant internalizing behaviors: Moderation by salivary cortisol-alpha amylase asymmetry. *Early Hum Dev*. 2017;113:40-48. doi:10.1016/j.earlhumdev.2017.07.014
114. O'Connor TG, Heron J, Golding J, Beveridge M, Glover V. Maternal antenatal anxiety and children's behavioural/emotional problems at 4 years. Report from the Avon Longitudinal Study of Parents and Children. *Br J Psychiatry*. 2002;180(6):502-508. doi:10.1192/bjp.180.6.502

115. Shamu S, Munjanja S, Zarowsky C, Shamu P, Temmerman M, Abrahams N. Intimate partner violence, forced first sex and adverse pregnancy outcomes in a sample of Zimbabwean women accessing maternal and child health care. *BMC Public Health*. 2018;18(595):1-10. doi:10.1186/s12889-018-5464-z
116. Hassan M, Kashanian M, Hassan M, Roohi M, Yousefi H. Maternal outcomes of intimate partner violence during pregnancy: Study in Iran. *Public Health*. 2014;128(5):410-415. doi:10.1016/j.puhe.2013.11.007
117. Faramarzi M, Esmaelzadeh S, Mosavi S. Prevalence, maternal complications and birth outcome of physical, sexual and emotional domestic violence during pregnancy. *Acta Med Iran*. 2005;43(2):115-122.
118. Henriksen L, Schei B, Vangen S, Lukasse M. Sexual violence and mode of delivery: a population-based cohort study. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol*. 2014;121(10):1237-1244. doi:10.1111/1471-0528.12923
119. Ogbo FA, Eastwood J, Page A, et al. Prevalence and determinants of cessation of exclusive breastfeeding in the early postnatal period in Sydney, Australia. *Int Breastfeed J*. 2016;12(16):1-10. doi:10.1186/s13006-017-0110-4
120. Ogunwale AN, Anderson ML, Sangi-Haghpeykar H. Intimate Partner Violence During Pregnancy and Maternal and Neonatal Health Among Hispanic Women. *J Reprod Med*. 2017;62(1-2):65-71.
121. Martin-De las Heras S, Velasco C, Luna-Del Castillo JD, SKhan K. Breastfeeding avoidance following psychological intimate partner violence during pregnancy: a cohort study and multivariate analysis. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol*. 2018;126(6):778-783. doi:10.1111/1471-0528.15592
122. Nishigori H, Obara T, Nishigori T, et al. Mother-to-infant bonding failure and intimate partner violence during pregnancy as risk factors for father-to-infant bonding failure at 1 month postpartum: an adjunct study of the Japan Environment & Children's Study. *J Matern Neonatal Med*. 2018;18:1-161. doi:10.1080/14767058.2018.1560414
123. Kita S, Chan KL, Tobe H, et al. A Follow-Up Study on the Continuity and Spillover Effects of Intimate Partner Violence During Pregnancy on Postnatal Child Abuse. *J Interpers Violence*. 2019. doi:10.1177/0886260518821460
124. Ahmad NA, Silim UA, Rosman A, et al. Postnatal depression and intimate partner violence: a nationwide clinic-based cross-sectional study in Malaysia. *BMJ Open*. 2018;8(5):e020649. doi:10.1136/bmjopen-2017-020649
125. Kornfeld BD, Bair-Merritt MH, Frosch E, Solomon BS. Postpartum Depression and Intimate Partner Violence in Urban Mothers: Co-Occurrence and Child Healthcare Utilization. *J Pediatr*. 2012;161(2):348-353.e2. doi:10.1016/j.jpeds.2012.01.047
126. Jefatura del Estado. *Ley Orgánica 11/2003, de 29 de Septiembre, de Medidas Concretas En Materia de Seguridad Ciudadana, Violencia Doméstica E Integración Social de Los Extranjeros*. España; 2003:35398-35404.
127. Jefatura del Estado. *Ley 27/2003, de 31 de Julio, Reguladora de La Orden de Protección de Las Víctimas de La Violencia Doméstica*. España; 2003:29881-29883.
128. Jefatura del Estado. *Ley Orgánica 3/2007, de 22 de Marzo, Para La Igualdad Efectiva de Mujeres Y Hombres*. España; 2007:1-59.

129. Jefatura del Estado. *Ley 4/2015, de 27 de Abril, Del Estatuto de La Víctima Del Delito*. España; 2015:36569-36598.
130. Comunidad Autónoma de Cataluña. *Ley 17/2015, de 21 de Julio, de Igualdad Efectiva de Mujeres Y Hombres*. España; 2015:1-45.
131. García-Moreno C, Hegarty K, D'Oliveira AFL, Koziol-McLain J, Colombini M, Feder G. The health-systems response to violence against women. *Lancet*. 2015;385(9977):1567-1579. doi:10.1016/S0140-6736(14)61837-7
132. Sprague S, Goslings J, Hogentoren C, et al. Prevalence of intimate partner violence across medical and surgical health care settings: a systematic review. *Violence Against Women*. 2014;20(1):118-136. doi:10.1177/1077801213520574
133. Coll-Vinent B, Echeverría T, Farràs Ú, Rodríguez D, Millá J, Santià M. El personal sanitario no percibe la violencia doméstica como un problema de salud. *Gac Sanit*. 2008;22(1):7-10. doi:10.1157/13115103
134. Feder GS, Hutson M, Ramsay J, Taket AR. Women Exposed to Intimate Partner Violence: expectations and experiences when they encounter health care professionals: a meta-analysis of qualitative studies. *Arch Intern Med*. 2006;166(1):22-37. doi:10.1001/archinte.166.1.22
135. Organización Mundial de la Salud. *Violencia Contra La Mujer Un Tema de Salud Prioritario*.; 1998. http://www.who.int/gender/violence/violencia_infopack1.pdf. Accessed August 19, 2018.
136. Organización Mundial de Salud y Organización Paramericana de la Salud. *Respuesta a La Violencia de Pareja Y a La Violencia Sexual Contra Las Mujeres. Directrices de La OMS Para La Práctica Clínica Y Las Políticas*. Washington, DC; 2014. www.paho.org/violence. Accessed August 14, 2018.
137. Ministerio de Gracia y Justicia. *Real Decreto de 14 de Septiembre de 1882 Por El Que Se Aprueba La Ley de Enjuiciamiento Criminal*. España; 1882.
138. Ministerio de Sanidad y Consumo. *Real Decreto 1030/2006, de 15 de Septiembre, Por El Que Se Establece La Cartera de Servicios Comunes Del Sistema Nacional de Salud Y El Procedimiento Para Su Actualización*. España; 2006.
139. Jefatura del Estado. *Ley 41/2002, de 14 de Noviembre, Básica Reguladora de La Autonomía Del Paciente Y de Derechos Y Obligaciones En Materia de Información Y Documentación Clínica*. España; 2002:40126-40132.
140. Organización Mundial de la Salud. Prevención de la violencia: la evidencia. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85671/1/9789275317488_spa.pdf?ua=1. Published 2013. Accessed September 1, 2018.
141. Grupo de Ética de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitaria, (CAMFiC). Retos éticos en la atención a la violencia de género desde la Atención Primaria de salud. http://manager.formulari.cat/uploads/items/ITEM_1082_EBLOG_2195.pdf. Published 2013. Accessed September 1, 2018.
142. Bourey C, Williams W, Bernstein E, Stephenson R. Systematic review of structural interventions for intimate partner violence in low- and middle-income countries: organizing evidence for prevention. *BMC Public Heal*. 2015;15:1165. doi:10.1186/s12889-015-2460-4.

143. Ghandour R, Campbell J, Lloyd J. Screening and Counseling for Intimate Partner Violence: A Vision for the Future. *J Women's Heal.* 2015;24(1):57-61. doi:10.1089/jwh.2014.4885
144. O'Doherty LJ, Taft A, Hegarty K, Ramsay J, Davidson LL, Feder G. Screening women for intimate partner violence in healthcare settings: abridged Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMJ.* 2014;348:g2913. doi:10.1136/bmj.g2913
145. Sociedad Española de Ginecología y Obstetrica. Control Prenatal del embarazo normal Protocolo actualizado en Mayo de 2017. <https://cgomedic.com/wp-content/uploads/2017/10/Nuevo-Protocolo-Embarazo-Normal-SEGO.pdf>. Published 2017. Accessed August 1, 2018.
146. Kataoka Y, Imazeki M. Experiences of being screened for intimate partner violence during pregnancy: a qualitative study of women in Japan. *BMC Womens Health.* 2018;18(75):1-9. doi:10.1186/s12905-018-0566-4
147. Stöckl H, Hertlein L, Himsl I, et al. Acceptance of routine or case-based inquiry for intimate partner violence: a mixed method study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2013;13(77):1-9. doi:10.1186/1471-2393-13-77
148. Lobo A. *Screening de Trastornos Psíquicos En La Práctica Médica.* (Universidad de Zaragoza. Secretariado de publicaciones., ed.). Zaragoza; 1987.
149. Observatorio de salud de la mujer. Catálogo de instrumentos para cribado y frecuencia del maltrato físico, psicológico y sexual. http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/genero_vg_01.pdf. Published 2005. Accessed August 12, 2018.
150. Morrison L, Allan R, Grunfeld A. Improving the emergency department detection rate of domestic violence using direct questioning. *J Emerg Med.* 2000;19(2):117-124. doi:10.1016/S0736-4679(00)00204-3
151. Stöckl H. A move beyond screening is required to ensure adequate healthcare response for women who experience intimate partner violence. *Evid Based Med.* 2014;19(6):240-240. doi:10.1136/ebmed-2014-110049
152. Generalitat de Catalunya. Departamente de Salut. Protocol de Seguiment d'Embaràs a Catalunya (3a edició). http://salutpublica.gencat.cat/web/.content/minisite/aspcat/promocio_salut/embaras_part_puerperi/protocol_seguiment_embaras/protocol-seguiment-embaras-2018.pdf. Published 2018. Accessed October 28, 2018.
153. Garcia-Esteve L, Torres A, Navarro P, et al. Validación y comparación de cuatro instrumentos para la detección de la violencia de pareja en el ámbito sanitario. *Med Clin (Barc).* 2011;137(9):390-397. doi:10.1016/j.medcli.2010.11.038
154. Internacional Council of Nursing and World Health Organization. Campaña Nursing Now de empoderamiento y apoyo a las enfermeras para superar los retos de salud del siglo XXI. http://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/es/. Published 2018. Accessed August 18, 2018.
155. International Confederation of Midwives. Definición Internacional de Matrona de la ICM. <https://internationalmidwives.org/global/español/definición-internacional-de-matrona-de-la-icm.html>. Published 2005. Accessed August 18, 2018.

156. Espacio Europeo de Educación Superior. Declaración de Bolonia. <http://www.eees.es/es/eees-desarrollo-cronologico>. Accessed May 3, 2018.
157. Ministerio de Educación e Innovación. *Orden CIN/2134/2008, de 3 de Julio, Por La Que Se Establecen Los Requisitos Para La Verificación de Los Títulos Universitarios Oficiales Que Habiliten Para El Ejercicio de La Profesión de Enfermero*. España; 2008:31680-31683.
158. Ministerio de Sanidad y Política Social. *Programa Formativo de La Especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona)*. España; 2009:44697-44729.
159. Confederación Internacional de matronas. Código Deontológico Internacional para Matronas. <http://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/>. Published 2008. Accessed August 28, 2018.
160. Naciones Unidas. Declaración Universal de Derechos Humanos. https://www.un.org/es/documents/udhr/UDHR_booklet_SP_web.pdf. Published 1948. Accessed August 2, 2018.
161. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. *Decreto 283/1990, de 21 de Noviembre, Por El Cual Se Crea El Programa Sanitario de Atención a La Mujer Y Se Establecen Normas Para La Vinculación a Este Programa a Los Profesionales Sanitarios Implicados.*; 1990.
162. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Cartera de Serveis de les Unitats d'Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva de Suport a l'Atenció Primària. http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/ambits_tematicos/linies_dactuacio/mo del_assistencial/ordenacio_cartera_i_serveis_sanitaris/pla_estrategic_dordenacio_mat ernoinfantil_i_atencio_salut_sexual_i_reproductiva/marc_de_treball/documents/placa rte.pdf. Published 2007. Accessed October 16, 2018.
163. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Guia per a embarassades 2a edició revisada. http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/contingut_responsiu/salutAZ/E/embaras_pa rt_i_postpart/documents/arxius/guia_per_a_embarassades.pdf. Published 2018. Accessed August 18, 2018.
164. World Health Organization. WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience WHO recommendations. <http://apps.who.int/bookorders>. Published 2018. Accessed August 18, 2018.
165. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Interrupció farmacològica voluntària de l'embaràs. www.aatrm.net. Published 2011. Accessed October 17, 2018.
166. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Protocol de l' Interrupció Voluntària de l'Embaràs (IVE) farmacològica. Fins els 49 dies d'embaràs. www.gencat.cat/salut. Published 2011. Accessed October 17, 2018.
167. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Protocol de la interrupció voluntària de l'embaràs (IVE) farmacològica fins als 63 dies d'embaràs Actualització d'acord amb l'informe de l'Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. www.gencat.cat/salut. Published 2014. Accessed October 17, 2018.
168. Garnweidner-Holme LM, Lukasse M, Solheim M, Henriksen L. Talking about intimate partner violence in multi-cultural antenatal care: a qualitative study of pregnant women's advice for better communication in South-East Norway. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017;17:1-10. doi:10.1186/s12884-017-1308-6

169. Terré-Rull C. La Matrona ante la violencia doméstica. *Matronas Profesión*. 2000;1(2):4-9.
170. Oliver-Reche MI. En situaciones de violencia de género, "las matronas podemos hacer visible lo invisible." *Matronas Profesión*. 2010;11(3-4):76-76.
171. Grier G, Geraghty S. Intimate partner violence and pregnancy: How midwives can listen to silenced women. *Br J Midwifery*. 2015;23(6):164-168. doi:10.12968/bjom.2015.23.6.412
172. Mauri EM, Nespoli A, Persico G, Zobbi VF. Domestic violence during pregnancy: Midwives' experiences. *Midwifery*. 2015;31(5):498-504. doi:10.1016/j.midw.2015.02.002
173. Forsdike K, Humphreys C, Diemer K, et al. An Australian hospital's training program and referral pathway within a multi-disciplinary health-justice partnership addressing family violence. *Aust N Z J Public Health*. 2018;42(3):284-290. doi:10.1111/1753-6405.12743
174. Salmon D, Murphy S, Baird K, Price S. An evaluation of the effectiveness of an educational programme promoting the introduction of routine antenatal enquiry for domestic violence. *Midwifery*. 2006;22(1):6-14. doi:10.1016/j.midw.2005.05.002
175. Yildiz T, Selimen D, Dogan D. A Study Comparing the Pre- and Post-Training Knowledge of Emergency Department Nurses in Turkey for the Diagnosis of Physically Abused Women. *J Fam Violence*. 2014;29(5):519-525. doi:10.1007/s10896-014-9608-3
176. Ambuel B, Hamberger L, Guse C, Melzer-Lange M, Phelan M, Kistner A. Healthcare Can Change from Within: Sustained Improvement in the Healthcare Response to Intimate Partner Violence. *J Fam Violence*. 2013;28(8):833-847. doi:10.1007/s10896-013-9550-9
177. The National Institute for Health and Care Excellence. Domestic violence and abuse. <https://www.nice.org.uk/>. Published 2016. Accessed October 12, 2018.
178. Pagels P, Kindratt TB, Reyna G, Lam K, Silver M, Gimpel NE. Establishing the Need for Family Medicine Training in Intimate Partner Violence Screening. *J Community Health*. 2015;40(3):508-514. doi:10.1007/s10900-014-9964-1
179. Bradbury-Jones C, Broadhurst K. Are we failing to prepare nursing and midwifery students to deal with domestic abuse? Findings from a qualitative study. *J Adv Nurs*. 2015;71(9):2062-2073. doi:10.1111/jan.12666
180. Servicio Madrileño de Salud. Criterios de formación en violencia de pareja hacia las mujeres. <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM009544.pdf>. Published 2008. Accessed September 2, 2018.
181. Beynon C, Gutmanis I, Tutty L, Wathen C, MacMillan H. Why physicians and nurses ask (or don't) about partner violence: a qualitative analysis. *BMC Public Health*. 2012;12(473):1-12. doi:10.1186/1471-2458-12-473
182. Sundborg EM, Saleh-Stattin N, Wändell P, Törnkvist L. Nurses' preparedness to care for women exposed to Intimate Partner Violence: a quantitative study in primary health care. *BMC Nurs*. 2012;11(1):1-11. doi:10.1186/1472-6955-11-1
183. Baird K, Salmon D, White P. A five year follow-up study of the Bristol pregnancy domestic violence programme to promote routine enquiry. *Midwifery*. 2013;29(8):1003-1010. doi:10.1016/j.midw.2013.01.007

184. Jackson K, Fraser D. A study exploring UK midwives' knowledge and attitudes towards caring for women who have been sexually abused. *Midwifery*. 2007;25(3):253-563.
185. Baird KM, Saito AS, Eustace J, Creedy DK. An exploration of Australian midwives' knowledge of intimate partner violence against women during pregnancy. *Women and Birth*. 2015;28(3):215-220. doi:10.1016/j.wombi.2015.01.009
186. Githui SN, Chege M, Wagoro M, Mwaura J. Barriers to Screening Pregnant Women for Domestic Violence: A Cross-Sectional Study. *J Community Public Heal Nurs*. 2018;4(1):1-4. doi:10.4172/2471-9846.1000207
187. Sawyer S, Coles J, Williams A, Williams B. A systematic review of intimate partner violence educational interventions delivered to allied health care practitioners. *Med Educ*. 2016;50(11):1107-1121. doi:10.1111/medu.13108
188. Gutmanis I, Beynon C, Tutty L, Wathen CN, MacMillan HL. Factors influencing identification of and response to intimate partner violence: a survey of physicians and nurses. *BMC Public Health*. 2007;7(12):1-11. doi:10.1186/1471-2458-7-12
189. Wild KJ, Gomes L, Fernandes A, et al. Responding to violence against women : A qualitative study with midwives in Timor-Leste. *Women and Birth*. 2018:1-8. doi:10.1016/j.wombi.2018.10.008
190. Amezcua M, Gálvez-Toro A. Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Rev Esp Salud Pública*. 2002;(76):423-436.
191. Lorenzini E. Investigación de métodos mixtos en las ciencias de la salud. *Rev Cuid*. 2017;8(2):1549-1560. doi:10.15649/cuidarte.v8i2.406
192. Latorre A. *La Investigación-Acción Conocer Y Cambiar La Práctica Educativa*. (Editorial Graó, ed.). Barcelona; 2003.
193. Folgueiras-Bertomeu P, Sabariego-Puig M. Investigación-acción participativa. El diseño de un diagnóstico participativo. *REIRE Rev d'Innovació i Recer en Educ*. 2018;11(1):16-25.
194. Abad-Corpa E, Delgado-Hiro P, Cabrero-García J. La investigación-acción-participativa. Una forma de investigar en la práctica enfermera. *Invest Edu Enferm*. 2010;28(3):464-474.
195. Adelman C. Kurt Lewin and the Origins of Action Research. *Educ Action Res*. 1993;1(1):7-24.
196. Martínez-Miguélez M. *Ciencia Y Arte de La Metodología Cualitativa*. (Trillas S.A., ed.). México DF; 2004.
197. Lewin K. Acción-investigación y problemas de las minorías. *Rev Psicol Soc*. 1988;3(2):229-240. doi:10.1080/02134748.1988.10821586
198. Tax S. The Fox Project. *Hum Organ*. 1958;17(1):17-19. doi:10.17730/humo.17.1.b1gtr520r323687t
199. Borda O. *Ciencia Propia Y Colonialismo Intelectual*. (Nuestro Tiempo, ed.). México DF; 1970.
200. Freire P. *Pedagogía Del Oprimido*. (Ediciones SX, ed.). Mexico DF; 2005.
201. Taba H. *Action Research: A Case Study*. (ASCD, ed.). Washington; 1957.

202. Stenhouse L. *La Investigación Como Base de La Enseñanza*. (Morata, ed.). Madrid; 1985.
203. Elliot J. *La Investigación-Acción En Educación*. (Morata, ed.). Madrid; 1990.
204. Reason P, Bradbury H. *Action Research. Participative Inquiry and Practice*. (SAGE, ed.). London; 2008.
205. Basagoiti-Rodríguez M, Bru-Martín P, Concha-Lorenzana A. *Investigación-Acción-Participativa (de Bolsillo)*. (Las Segovias, ed.). Madrid; 2001.
206. Munarriz B. Técnicas y métodos en Investigación cualitativa. <https://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/8533/CC-02art8ocr.pdf>. Published 1992. Accessed August 25, 2018.
207. Colmenares A. Investigación-acción participativa: una metodología integradora del conocimiento y la acción. *Voces y Silenc Rev Latinoam Educ*. 2012;3(1):102-115.
208. Kemmis S, McTaggart R. *Cómo Planificar La Investigación-Acción*. (S.A. L, ed.). Barcelona; 1988.
209. Kemmis S, McTaggart R. *The Action Research Planner. Doing Critical Participatory Action Research*. (Springer, ed.). New York; 2014.
210. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Metodología de evaluación y mejora continuada. Calidad y Mejora Continua Conceptos. <http://projectes.camfic.cat/CAMFiC/Seccions/GrupsTrellall/Docs/Qualitat/TEMA1.pdf>. Published 2011. Accessed October 1, 2018.
211. Anguera M, Chacón S, Sánchez M. Bases metodológicas en evaluación de programas. In: Anguera M, Chacón S, Blanco A, eds. *Evaluación de Programas Sociales Y Sanitarios*. Madrid; 2008.
212. Cohen L, Manion L. *Métodos de Investigación Educativa*. (La Muralla, ed.). Madrid; 1990.
213. Bartolomé-Pina M. La investigación cooperativa. *Educar*. 1986;(10):51-78.
214. Giorgi A, Giorgi B. The descriptive phenomenological psychological method. In: Camic P, Rhodes J, Yardley L, eds. *Qualitative Research In Psychology: Expanding Perspectives In Methodology And Design*. American P. Washington DC; 2003.
215. Stake R. *The Art of Case Study Research*. 4º. (SAGE, ed.). London; 2009.
216. Mackey S. Phenomenological nursingresearch: methodological insights derived from Heidegger's interpretive phenomenology. *International Journal of Nursing Studies. Int J Nurs Stud*. 2005;42(2):179-186. doi:10.1016/j.ijnurstu.2004.06.011
217. Pérez-Juste R. *Evaluación de Programas Educativos*. (La Muralla, ed.). Madrid; 2006.
218. Generalitat de Catalunya. Instituto de Estadística de Cataluña. <https://www.idescat.cat>. Published 2017. Accessed October 16, 2018.
219. Taylor S, Bogdan R. *Introducción a Los Métodos Cualitativos de Investigación. La Búsqueda de Significados*. (Paidós, ed.). Barcelona; 1987.
220. Weber RP. *Basic Content Analysis*. SAGE. London; 1990.

221. Miles A, Chapman Y, Francis K, Taylora B. Exploring Heideggerian hermeneutic phenomenology: A perfect fit for midwifery research. *Women and Birth*. 2013;26(4):273-276. doi:10.1016/j.wombi.2013.06.003
222. Lopez KA, Willis DG. Descriptive Versus Interpretive Phenomenology: Their Contributions to Nursing Knowledge. *Qual Health Res*. 2004;14(5):726-735. doi:10.1177/1049732304263638
223. Majdalani MP, Alemán M, Fayanás R, Guedes A, Mejía RM. Validación de un cuestionario breve para detectar situaciones de violencia de género en las consultas clínicas. *Rev Panam Salud Pública*. 2005;17(2):79-83. doi:10.1590/S1020-49892005000200003
224. Canterino JC, Vanhorn LG, Harrigan JT, Ananth C V, Vintzileos AM. Domestic abuse in pregnancy: A comparison of a self-completed domestic abuse questionnaire with a directed interview. *Am J Obstet Gynecol*. 1999;181(5):1049-1051. doi:10.1016/S0002-9378(99)70079-7
225. Medina JJ, Barberet R. *A Spanish Version of the CTS2*. (Instituto Andaluz de Criminología. Universidad de Sevilla., ed.). Sevilla; 2005.
226. Chen PH, Rovi S, Vega M, Jacobs A, Johnson MS. Screening for domestic violence in a predominantly Hispanic clinical setting. *Fam Pract*. 2005;22(6):617-623. doi:10.1093/fampra/cmi075
227. Fogarty CT, Brown JB. Screening for abuse in spanish-speaking women. *J Am Board Fam Pract*. 2002;15(2):101-111.
228. Plazaola-Castaño J, Ruiz-Pérez I, Escribá-Agüir V, Jiménez-Martín J, Herández-Torres E. Validation of the Spanish Version of the Index of Spouse Abuse. *J Women's Heal*. 2009;18(4):499-506. doi:10.1089/jwh.2008.0944.
229. Hudson WW, Mcintosh SR. The Assessment of Spouse Abuse: Two Quantifiable Dimensions. *J Marriage Fam*. 1981;43(4):873-885. doi:10.2307/351344
230. Observatorio de salud de la mujer. Adaptación española de un instrumento de diagnóstico y otro de cribado para detectar la violencia contra la mujer en la pareja desde el ámbito sanitario. https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/genero_vg_02.pdf. Published 2006. Accessed August 4, 2017.
231. Icart-Isern M, Fuentelsaz-Gallego C, Pulpón-Segura A. *Elaboración Y Presentación de Un Proyecto de Investigación Y Una Tesina*. (Universitat de Barcelona, ed.). Barcelona; 2006.
232. Peduzzi P, Concato J, Kemper K, Holford T, Feinstein A. A Simulation Study of the Number of Events per Variable in Logistic Regression Analysis. *J Clin Epidemiol*. 1996;49(12):1373-1379. doi:10.1016/S0895-4356(96)00236-3
233. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Protocol de Seguiment d'Embaràs a Catalunya (2a edició). <http://www.academia.cat/files/204-6702-FITXER/ProtocolSeguimentEmbars2018.pdf>. Published 2005. Accessed January 1, 2018.
234. Fundació Medicina Fetal Barcelona. Calculadora Fetal Medicine Barcelona. <https://medicinafetalbarcelona.org/calc/>. Published 2017. Accessed June 6, 2017.

235. Tomasdottir MO, Kristjansdottir H, Bjornsdottir A, et al. History of violence and subjective health of mother and child. *Scand J Prim Health Care*. 2016;34(4):394-400. doi:10.1080/02813432.2016.1249060
236. Organización Mundial de la Salud. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161444/WHO_RHR_15.02_spa.pdf;jsessionid=F8851D783DB2EC822189DB2E1B783A13?sequence=1. Published 2015. Accessed August 18, 2017.
237. Sociedad Española de Pediatría. El recién nacido prematuro. https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/8_1.pdf. Published 2008. Accessed June 4, 2017.
238. PerkinElmer Life and Analytical Sciences. *Nacimiento Prematuro. Retos Y Oportunidades de La Prediccion Y La Prevención*. (Elmer P, ed.). Waltham; 2009.
239. Martínez AH. *Inducción Del Trabajo de Parto: Resultados Perinatales Y Modelos de Predicción de Riesgo de Cesárea [Tesis]*. (Universidad de Castilla la Mancha. Departamento de Enfermería y Fisioterapia., ed.); 2014.
240. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Cesárea. <http://www.sego.es/>. Published 2015. Accessed July 14, 2017.
241. Salinas HP, Albornoz J, Reyes ÁP, Carmona SG. Factores predictores de cesárea. *Rev Chil Obs Ginecol*. 2004;69(5):357-360. doi:10.4067/S0717-75262004000500005
242. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Defectos del crecimiento fetal. <http://www.sego.es/>. Published 2006. Accessed July 14, 2017.
243. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Protocol d'Assitència al Part i al Puerperi i d'Atenció al nadó. https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/1203/protocol_assistencia_part_puerperi_atencio_nado_2003.pdf?sequence=1. Published 2003. Accessed July 14, 2017.
244. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Obesidad y Gestación. Documentos de Consenso. <http://www.sego.es/>. Published 2010. Accessed July 14, 2017.
245. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Cardiopatía y embarazo. <http://www.sego.es/>. Published 2010. Accessed July 15, 2017.
246. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Protocolos asistenciales en obstetricia: embarazo gemelar bicorial. <http://www.sego.es/>. Published 2015. Accessed July 16, 2017.
247. Grupo Español Diabetes y Embarazo. Sociedad Española de Diabetes y Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Asistencia a la gestante con diabetes. Guía de práctica clínica actualizada en 2014. <http://www.sediabetes.org>. Published 2015. Accessed July 16, 2018.
248. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Trastornos hipertensivos del embarazo. <http://www.sego.es/>. Published 2007. Accessed August 4, 2017.
249. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Placenta Previa. <http://www.sego.es/>. Published 2013. Accessed August 12, 2017.
250. Vega MM, Arroyo AM. Factores relacionados con la cesárea primitiva. *Rev Cuba Obstet y Ginecol*. 2010;36(3):360-367.

251. Haumonté JB, Raylet M, Sabiani L, et al. Quels facteurs influencent la voie d'accouchement en cas de tentative de voie basse sur utérus cicatriciel? *J Gynecol Obstet Biol la Reprod.* 2012;41(8):735-752. doi:10.1016/j.jgyn.2012.09.032
252. Asociación Española de Pediatría. El recién nacido de bajo peso. <https://www.aeped.es/>. Published 2008. Accessed September 1, 2017.
253. Gómez J, Marcos J, Vargas L, Llebrez L. La patología neonatal asociada al proceso del parto. Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP: Neonatología. https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/14_1.pdf. Published 2008. Accessed September 1, 2017.
254. Asociación Española de Pediatría. Niño Pequeño Para La Edad Gestacional Recomendaciones Para El Seguimiento Clínico. <https://www.aeped.es/>. Published 2012. Accessed September 1, 2017.
255. Sociedad Española de Endocrinología Pediátrica. Guía de Práctica Clínica para el seguimiento de los niños PEG. https://www.seep.es/images/site/gruposTrabajo/enlaces/Guia_PEG.pdf. Published 2016. Accessed September 4, 2017.
256. Luke B. Pregnancy and birth outcomes in couples with infertility with and without assisted reproductive technology: with an emphasis on US population-based studies. *Am J Obstet Gynecol.* 2017;217(3):270-281. doi:10.1016/j.ajog.2017.03.012
257. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today.* 2004;24(2):105-112. doi:10.1016/j.nedt.2003.10.001
258. Skrtic TM. Doing Naturalistic Research into Educational Organisations. In: Lincoln, ed. *Organizational Theory and Inquiry: The Paradigm Revolution*. London: SAGE; 1985.
259. Colás-Bravo MP, Rebollo-Catalán MA. *Evaluación de Programas: Una Guía Práctica*. (Kronos, ed.). Sevilla; 1993.
260. Aguilar MJ, Ander-Egg E. *Evaluación de Servicios Y Programas Sociales*. Tres Cantos: Siglo XXI de España General; 1992.
261. Cabero J, Juan A, Lozano AM, et al. Análisis de centros de recursos de producción de las TIC de las universidades españolas. *Rev Educ.* 2010;351:28-32.
262. León JM, González T. Evaluación de programas de salud. Modelos y una guía para su ejecución. In: Rebolloso ETU "Sant J, ed. *Evaluación de Programas. Ámbitos de Aplicación*. Lérida.; 1998.
263. The Joint Committee on Standards for Educational Evaluations. *The Program Evaluation Standards: How to Assess Evaluations of Educational Programs*. London: SAGE; 1994.
264. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. <http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-investigacion/fd-evaluacion/fd-evaluacion-etica-investigacion/Declaracion-Helsinki-2013-Esp.pdf>. Published 2013. Accessed October 22, 2018.
265. Universitat de Barcelona. Codi de bones pràctiques en Recerca. <http://www.ub.edu/agenciaqualitat/sites/default/files/recerca/pdf/codibonespractiques.pdf>. Published 2010. Accessed October 22, 2018.

266. IDIAP Jordi Gol. Guia de bones pràctiques en recerca en atenció primària Guía de buenas prácticas en investigación en atención primaria. <http://datos.bne.es/edicion/a4796067.html>. Published 2010. Accessed October 22, 2018.
267. Jefatura del Estado. *Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.*; 1999.
268. Organización Mundial de Salud. Dando prioridad a las mujeres: Recomendaciones éticas y de seguridad para la investigación sobre la violencia doméstica contra las mujeres. https://www.who.int/violence_injury_prevention/media/en/132.pdf. Published 2001. Accessed October 22, 2018.
269. Terwee CB, Bot SDM, de Boer MR, et al. Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *J Clin Epidemiol.* 2007;60(1):34-42. doi:10.1016/j.jclinepi.2006.03.012
270. Cronbach LJ, Shavelson RJ. My current thoughts on coefficient alpha and successor procedures. *Educ Psychol Meas.* 2004;64(3):391-418.
271. Martín-Arribas M. Diseño y validación de cuestionarios. *Matronas Profesión.* 2004;5(17):23-29.
272. Rabin RF, Jennings JM, Campbell JC, Bair-Merritt MH. Intimate Partner Violence Screening Tools. *Am J f Prev Medincincin.* 2009;36(5):439-445. doi:10.1016/j.amepre.2009.01.024
273. U.S. Preventive Services Task Force. Criteria for Assessing Internal Validity of Individual Studies. <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Name/appendix-vi-criteria-for-assessing-internal-validity-of-individual-studies>. Published 1999. Accessed April 1, 2017.
274. Straus MA. Measuring intrafamily conflict and violence: The conflict tactics (CT) scales. *J Marriage Fam.* 1979;41(1):75-88. doi:10.2307/351733
275. Tolman RM. The development of a measure of psychological maltreatment of women by their male partners. *Violence Vict.* 1989;4(3):159-177. doi:10.1891/0886-6708.4.3.159
276. Hilton NZ, Harris G. Assessing risk of intimate partner violence. In: Campbell J, ed. *Assessing Dangerousness – Violence by Batterers and Child Abusers.* New York. USA; 2007.
277. Douglas KS, Guy LS, Reeves KA, Weir J. HCR-20 Violence Risk Assessment Scheme: Overview and Annotated Bibliography. http://escholarship.umassmed.edu/psych_cmhsr/335. Published 2005. Accessed April 6, 2017.
278. Leserman J, Drossman D, Li Z. The reliability and validity of a sexual and physical abuse history questionnaire in female patients with gastrointestinal disorders. *J Behav Med.* 1995;21(3):141-150. doi:10.1080/08964289.1995.9933752
279. Peralta R, Fleming M. Screening for Intimate Partner Violence in a Primary Care Setting: The Validity of “Feeling Safe al Home” and Prevalence Results. *J Am Board Fam Pract.* 2003;16(6):525-532. doi:10.3122/jabfm.16.6.525

280. Sherin KM, Sinacore JM, Li XQ, Zitter RE, Shakil A. HITS: a short domestic violence screening tool for use in a family practice setting. *Fam Med*. 1998;30:508-512.
281. Brown JB, Lent B, Brett P, Sas G, Pederson LL. Development of the Woman Abuse Screening Tool for Use in Family Practice. *Fam Med*. 1996;28:422-428.
282. Feldhaus KM, Koziol-McLain J, Amsbury HL, Norton IM, Lowenstein SR, Abbott JT. Accuracy of 3 brief screening questions for detecting partner violence in the emergency department. *JAMA*. 1997;277:1357-1361.
283. Soeken K, McFarlane J, Parker B, Lominack MC. The Abuse Assessment Screen: a clinical instrument to measure frequency, severity, and perpetrator of abuse against women. *JAMA*. 1992;267:3176-3178.
284. Rodríguez L, López J, Rodríguez FJ, Bringas C, Antuña MA, Estrada C. Validación del Cuestionario de Violencia entre Novios (CUVINO) en jóvenes hispanohablantes: Análisis de resultados en España, México y Argentina. *Anu Psicol Clínica y la Salud*. 2010;6:45-52.
285. Trujano P, Nava C, Tejeda E, Gutiérrez S. Estudio confirmatorio acerca de la frecuencia y percepción de la violencia: El VIDOFyP como instrumento de evaluación y algunas reflexiones psicosociales. *Interv Psicosoc*. 2006;15(1):95-110. doi:10.4321/S1132-05592006000100007
286. Wolfe DA, Scott K, Reitzel-Jaffe D, Wekerle C, Grasley C, Straatman A. Development and validation of the Conflict in Adolescent Dating Relationships Inventory. *Psychol Assess*. 2001;13(2):277-293. doi:10.1037/1040-3590.13.2.277
287. Straus MA, Hamby SL, Boney-McCoy S, Sugarman DB. The Revised Conflict Tactics Scales (CTS2): Development and Preliminary Psychometric Data. *J Fam*. 1996;17(3):283-316. doi:10.1177/019251396017003001
288. Jory B. The Intimate Justice Scale: an instrument to screen for psychological abuse and physical violence in clinical practice. *J Marital Fam Ther*. 2004;30(1):29-44. doi:10.1111/j.1752-0606.2004.tb01220.x
289. Messing JT, Campbell JC, Snider C. Validation and Adaptation of the Danger Assessment-5 (DA-5): A Brief Intimate Partner Violence Risk Assessment. *J Adv Nurs*. 2017;73(12):3220-3230. doi:10.1111/jan.13459
290. Álvarez-Freijo M, Andrés-Pueyo A, Augé-Gomà M, et al. RVD-BCN Protocolo de valoración del riesgo de violencia contra la mujer por parte de su pareja o ex pareja. file:///C:/Users/Hp/Downloads/RVD-BCN Publicacio CASTELLANO noviembre 2012.pdf. Published 2011. Accessed April 24, 2017.
291. Haddad LG, Shotar A, Younger JB, Alzyoud S, Bouhaidar CM. Screening for domestic violence in Jordan: Validation of an Arabic version of a domestic violence against women questionnaire. *Int J Womens Health*. 2011;3(1):79-86. doi:10.2147/IJWH.S17135
292. Tiwari A, Fong DYT, Chan KL, et al. Evaluating the Chinese Revised Controlling Behaviors Scale. *J Interpers Violence*. 2015;30(2):314-332. doi:10.1177/0886260514534778
293. Tiwari A, Fong D, Chan K, Leung W, Parker B, Ho P. Identifying intimate partner violence: comparing the Chinese Abuse Assessment Screen with the Chinese Revised Conflict Tactics Scales. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol*. 2007;114(9):1065-1071. doi:10.1111/j.1471-0528.2007.01441.x

294. Loinaz-Calvo I, Irureta-Lecumberri M, Bursset DF. Análisis de la reincidencia en agresores de pareja. https://www.recercat.cat/bitstream/handle/2072/171050/SC_3_172_11_cast.pdf?sequence=1. Published 2011. Accessed September 4, 2017.
295. Escribà-Agüir V, Ruiz-Pérez I, Artazcoz L, Martín-Baena D, Royo-Marqués M, Vanaclocha-Espí M. Validity and Reliability of the Spanish Version of the "Abuse Assessment Screen" among Pregnant Women. *Public Health Nurs*. 2015;33(3):264-272. doi:10.1111/phn.12232
296. Fernández-Fuertes AA, Fuertes A, Pulido RF. Evaluación de la violencia en las relaciones de pareja en adolescentes. Validación del Conflict in Adolescent Dating Relationships Inventory (CADRI) - versión española. *Int J Clin Heal Psychol*. 2006;6(2):339-358. doi:10.1017/CBO9781107415324.004
297. Muñoz-Rivas MJ, Rodríguez JMA, Gómez JLG, O'Leary DK, Del Pilar-González M. Validación de la versión modificada de la Conflicts Tactics Scale (M-CTS) en población juvenil española. *Psicothema*. 2007;19(4):693-698. doi:http://apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/128/130
298. Torres A, Navarro P, García-Esteve L, et al. Detecting domestic violence: Spanish external validation of the index of spouse abuse. *J Fam Violence*. 2010;25(3):275-286. doi:10.1007/s10896-009-9290-z
299. Sierra JC, Monge FS, Santos-Iglesias P, Bermúdez MP, Salinas JM. Validation of a reduced Spanish version of the Index of Spouse Abuse. *Int J Clin Heal Psychol*. 2011;11(2):363-383. doi:10.1089/jwh.2008.0944
300. Buesa S, Calvete E. Adaptación de la escala de abuso psicológico sutil y manifiesto a las mujeres en muestra clínica y de la comunidad. *An Psicol*. 2011;27(3):774-782.
301. Lopez-Ferré S, Andrés-Pueyo A. *Adaptación de La S.A.R.A. Evaluación Del Riesgo de Violencia de Pareja*. (Departamento de Justicia. Generalitat de Catalunya., ed.). Barcelona; 2007.
302. Antoniou E, Ioannidi-Kapolou E, Daglas M, et al. Abuse assessment screen (AAS) questionnaire: the Greek validation. *Clin Exp Obstet Gynecol*. 2010;37(4):313-316.
303. Iskandar L, Braun K, Katz A. Testing the woman abuse screening tool to identify intimate partner violence in Indonesia. *J Interpers Violence*. 2015;30(7):208-225. doi:10.1177/0886260514539844
304. Signorelli MS, Arcidiacono E, Musumeci G, Di Nuovo S, Aguglia E. Detecting Domestic Violence: Italian Validation of Revised Conflict Tactics Scale (CTS-2). *J Fam Violence*. 2014;29(4):361-369. doi:10.1007/s10896-014-9594-5
305. Umeda M, Kawakami N. Cross-cultural measurement equivalence of the Japanese version of Revised Conflict Tactics Scales Short Form among Japanese men and women. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2014;68(11):804-811. doi:10.1111/pcn.12194.
306. Moral-De la Rubia J, Ramos-Basurto S. Propiedades Psicométricas del Cuestionario de Violencia Sufrida y Ejercida de Pareja Psychometric Properties of the Suffered and Exerted Couple Violence Questionnaire. *Int J Good Conscienc*. 2015;10(2):109-128.

307. Porrúa-García C, Rodríguez-Carballeira Á, Escartín J, Gómez-Benito J, Almendros C, Martín-Peña J. Development and validation of the scale of psychological abuse in intimate partner violence (EAPA-P). *Psicothema*. 2016;28(2):214-221. doi:10.7334/psicothema2015.197
308. Jaramillo J, Bermeo J, Caldas J, Astudillo J. Construcción de una escala de violencia intrafamiliar. *Rev Fac Cienc Med*. 2014;32(2):30-39.
309. Valdez-Santiago R, Híjar-Medina MC, De Snyder NS, Rivera-Rivera L, Avila-Burgos L, Rojas R. Escala de violencia e índice de severidad: una propuesta metodológica para medir la violencia de pareja en mujeres mexicanas. *Salud Publica Mex*. 2006;48:S221-S231. doi:10.1590/S0036-36342006000800002
310. Indu P, Remadevi S, Vidhukumar K, Anilkumar T, Subha N. Development and validation of the domestic violence questionnaire in married women aged 18-55 years. *Indian J Psychiatry*. 2011;53(3):218-223. doi:10.4103/0019-5545.86811
311. Shackelford TK, Goetz AT. Men's Sexual Coercion in Intimate Relationships: Development and Initial Validation of the Sexual Coercion in Intimate Relationships Scale. *Violence Vict*. 2004;19(5):541-556. doi:10.1891/088667004780927837
312. Delgado A, Aguar M, Castellano M, De Dios-Luna del Castillo J. Validación de una escala para la medición de los malos tratos a mujeres. *Atención Primaria*. 2006;38(2):82-89. doi:10.1157/13090429
313. Weis SJ, Ernst AA, Cham E, Nick TG. Development of a screen for ongoing intimate partner violence. *Violence Vict*. 2003;18(2):131-141. doi:10.1891/vivi.2003.18.2.131
314. Coker A, Pope B, Smith P, Sanderson M, Hussey J. Assessment of clinical partner violence screening tools. *J Am Med Womens Assoc*. 2001;56(1):19-23.
315. Paranjape A, Liebschutz J. STaT: a three-question screen for intimate partner violence. *J Women's Heal*. 2003;12(3):233-239. doi:10.1089/154099903321667573
316. Hegarty K, Sheehan M, Schonfeld C. A multidimensional definition of partner abuse: Development and preliminary validation of the composite abuse scale. *J Fam Violence*. 1999;14(4):399-415. doi:10.1023/A:1022834215681
317. Attala JM, Hudson WW, McSweeney M. A Partial Validation of 2 Short-Form Partner Abuse Scales. *Women Health*. 1994;21(2-3):125-139. doi:10.1300/J013v21n02_08
318. Reis M, Nahmiash D. Validation of the indicators of abuse (IOA) screen. *Gerontologist*. 1998;38(4):471-480. doi:10.1017/CBO9781107415324.004
319. Smith P, Earp J, De Vellis R. Measuring Batterin: Development of the women's experiences with battering (WEB) scale. *Women's Heal Res gender, Behav policy*. 1995;1(4):273-288.
320. Ernst AA, Weiss SJ, Cham E, Hall L, Nick TG. Detecting Ongoing Intimate Partner Violence in the Emergency Department Using a Simple 4-Question Screen: The OVAT. *Violence Vict*. 2004;19(3):375-384. doi:10.1891/vivi.19.3.375.65769
321. Cienfuegos M, Díaz R. Violencia en la relación de pareja. In: Díaz-Loving R, Rivera-Aragón S, eds. *Antología Psicosocial de La Pareja: Clásicos Y Contemporáneos*. México DF; 2010.

322. Swahnberg K, Wijma B. The NorVold Abuse Questionnaire (NorAQ). Validation of new measures of emotional, physical, and sexual abuse, and abuse in the health care system among women. *Eur J Public Health*. 2003;13(4):361-366. doi:10.1093/eurpub/13.4.361
323. Adams AE, Beeble ML, Gregory KA. Evidence of the Construct Validity of the Scale of Economic Abuse. *Violence Vict*. 2015;30(3):363-376. doi:10.1177/1077801208315529
324. Kalokhe AS, Stephenson R, Kelley ME, et al. The development and validation of the Indian Family Violence and Control Scale. *PLoS One*. 2016;11(1):1-15. doi:10.1371/journal.pone.0148120
325. Graham-Kevan N, Archer J. Investigating three explanations of women's relationship aggression. *Psychol Women Q*. 2005;29(3):270-277. doi:10.1111/j.1471-6402.2005.00221.x
326. Jones S, Davidson WS, Bogat GA, Levendosky A, Von-Eye A. Validation of the subtle and overt psychological abuse scale: an examination of construct validity. *Violence Vict*. 2005;20(4):407-416. doi:10.1891/vivi.2005.20.4.407
327. Echeburúa E, Amor PJ, Loinaz I, De Corral P. Escala de Predicción del Riesgo de Violencia Grave contra la pareja -Revisada- (EPV-R). *Psicothema*. 2010;22(4):1054-1060. doi:10.1037/t14533-000
328. Williams KR, Houghton AB. Assessing the Risk of Domestic Violence Reoffending: A Validation Study. *Law Hum Beavhior*. 2004;28(4):437-455. doi:10.1023/B:LAHU.0000039334.59297.f0
329. Roehl J, O'Sullivan C, Webster D, Campbell J. *Intimate Partner Violence Risk Assessment Validation Study, Final Report*. (U.S. Department of Justice, ed.); 2005.
330. Hilton NZ, Harris GT. How Nonrecidivism Affects Predictive Accuracy: Evidence From a Cross-Validation of the Ontario Domestic Assault Risk Assessment (ODARA). *J Interpers Violence*. 2009;24(2):326-337. doi:10.1177/0886260508316478
331. Kropp PR, Hart SD, Webster CW, Eaves D. *Manual for the Spousal Assault Risk Assessment Guide*. (The British Columbia Institute Against Family Violence, ed.). Vancouver; 1994.
332. Kropp PR, Hart SD, Belfrage H. *Brief Spousal Assault Form for the Evaluation of Risk (B-SAFER). User Manual*. (Mid Sweden University, ed.). Vancouver; 2005.
333. Sleath E, Walker K, Tramontano C. Factor Structure and Validation of the Controlling Behaviors Scale—Revised and Revised Conflict Tactics Scale. *J Fam*. 2017. doi:10.1177/0192513X17729721
334. Gelles R, Tolman R. *The Kingston Screening Instrument for Domestic Violence (KSID)*. (University of Rhode Island., ed.). Providence; 1998.
335. Storey JE, Kropp PR, Hart SD, Strand S. Assessment and Management of Risk for Intimate Partner Violence by Police Officers Using the Brief Spousal Assault Form for the Evaluation of Risk. *Crim Justice Behav*. 2013;41(2):256-271. doi:10.1177/0093854813503960
336. Plazaola-Castaño J, Ruiz-Pérez I, Hernández-Torres E. Validación de la versión corta del Woman Abuse Screening Tool para su uso en atención primaria en España. *Gac Sanit*. 2008;22(5):415-420. doi:10.1157/13126922

337. Torres-Giménez A. *Violencia de Pareja: Detección, Personalidad Y Bloqueo de La Huida [Tesis]*. (Universitat de Barcelona. Departament de Salut Pública, ed.); 2014.
338. Schmidt R. Managing Delphi Surveys Using Nonparametric Statistical Techniques. *Decis Sci*. 1997;28(3):763-774.
339. Vives Cases C, Torrubiano Dominguez J, Carrasco Portino M, Espinar-Ruiz E, Gil-Gonzalez D, Goicolea I. Validación de la versión española del cuestionario Physician Readiness to Manage Intimate Partner Violence Survey (PREMIS). *Rev Esp Salud Publica*. 2015;89(2):173-190. doi:10.4321/S1135-57272015000200006
340. Blumling A, Kameg K, Cline T, Szpak J, Koller C. Evaluation of a Standardized Patient Simulation on Undergraduate Nursing Students' Knowledge and Confidence Pertaining to Intimate Partner Violence. *J Forensic Nurs*. 2018;14(3):174-179. doi:10.1097/JFN.0000000000000212
341. Smith R, Wight R, Homer CSE. "Asking the hard questions": Improving midwifery students' confidence with domestic violence screening in pregnancy. *Nurse Educ Pract*. 2018;28:27-33. doi:10.1016/j.nepr.2017.05.006
342. Wyatt T, McClelland ML, Spangaro J. Readiness of newly licensed associated degree registered nurses to screen for domestic violence. *Nurse Educ Pract*. 2019;35:75-82. doi:10.1016/j.nepr.2018.12.010
343. Lee F, Yang Y, Huang J, Chang S, Wang H, Hsieh H. Clinical Competencies of Emergency Nurses Toward Violence Against Women: A Delphi Study. *J Contin Educ Nurs*. 2015;46(6):272-278. doi:10.3928/00220124-20150518-03.
344. Lovi R, Hurley J, Hutchinson M. Qualitative findings from an Australian study of inter-partner violence content within undergraduate health curriculum. *Nurse Educ Today*. 2018;70:1-7. doi:10.1016/j.nedt.2018.07.012
345. Protheroe L, Green J, Spiby H. An interview study of the impact of domestic violence training on midwives. *Midwifery*. 2004;20(1):94-103. doi:10.1016/j.midw.2003.08.001
346. Sundborg E, Törnkvist L, Saleh-Stattin N, Wändell P, Hylander I. To ask, or not to ask: the hesitation process described by district nurses encountering women exposed to intimate partner violence. *J Clin Nurs*. 2017;26(15-16):2256-2265. doi:10.1111/jocn.12992
347. Adams K, Clements PT, Karlowicz KA. Integrating intimate partner violence content across curricula: Developing a new generation of Nurse Educators. *Nurse Educ Today*. 2009;29(1):40-47. doi:10.1016/j.nedt.2008.06.005
348. Lovi R, Hutchinson M, Hurley J. Inclusion of intimate partner violence-related content within undergraduate health care professional curriculum: mixed methods study of academics' attitudes and beliefs. *Contemp Nurse*. 2018;54(6):592-602. doi:10.1080/10376178.2018.1530946
349. Hinderliter D, Doughty A, Delaney K, Rogers C, Campbell J. The Effect of Intimate Partner Violence Education on Nurse Practitioners' Feelings of Competence and Ability to Screen Patients. *J Nurs Educ*. 2003;42(10):449-454. doi:10.3928/0148-4834-20031001-07
350. Ben Natan M, Khater M, Ighbariyea R, Herbet H. Readiness of nursing students to screen women for domestic violence. *Nurse Educ Today*. 2016;44:98-102. doi:10.1016/j.nedt.2016.05.006

351. Woodtli MA, Breslin ET. Violence-related content in the nursing curriculum: a follow-up national survey. *J Nurs Educ.* 2002;41(8):340-348. doi:10.3928/0148-4834-20020801-06
352. Bardina-Martín Y, Murillo-Quintilla M. *Percepción de La Violencia de Género En El Entorno Universitario. El Caso Del Alumnado de La Universidad de Lleida.* (Centre Dolors Pierad'Igualtat d'Oportunitats i Promoció de les Dones. Universitat de Lleida, ed.). Lleida; 2013.
353. Feltes T, List K, Schneider R, et al. Gender-based Violence, Stalking and Fear of Crime. <http://www.gendercrime.eu/>. Published 2012. Accessed February 2, 2019.
354. Halstead V, Williams JR, Gonzalez-Guarda R. Sexual violence in the college population: a systematic review of disclosure and campus resources and services. *J Clin Nurs.* 2017;26(15-16):2137-2153. doi:10.1111/jocn.13735
355. Beccaria G, Beccaria L, Dawson R, Gorman D, Harris JA, Hossain D. Nursing student's perceptions and understanding of intimate partner violence. *Nurse Educ Today.* 2013;33(8):907-911. doi:10.1016/j.nedt.2012.08.004
356. Doran F, Hutchinson M. Student nurses' knowledge and attitudes towards domestic violence: results of survey highlight need for continued attention to undergraduate curriculum. *J Clin Nurs.* 2017;26(15-16):1-11. doi:10.1111/jocn.13325
357. Macías J, Gil E, Rodríguez MA, González JR, González MM, Soler AM. Creencias y actitudes del alumnado de Enfermería sobre la violencia de género. *Index de Enfermería.* 2012;21(1-2):9-13. doi:10.4321/S1132-12962012000100003
358. Polit D, Beck C. *Nursing Research Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice.* (Lippincott, Williams, Wilkins, eds.). Philadelphia; 2008.
359. Instituto de la Mujer. *Guía de Prevención Y Atención de La Violencia de Género En Las Universidades.* (Ministerio de Igualdad., ed.). Barcelona.; 2008.
360. Crombie N, Hooker L, Reisenhofer S. Nurse and midwifery education and intimate partner violence : a scoping review. *J Clin Nurs.* 2016;26(15):2100-2125. doi:10.1111/jocn.13376
361. Eustace J, Baird K, Saito AS, Creedy DK. Midwives' experiences of routine enquiry for intimate partner violence in pregnancy. *Women and Birth.* 2016;29(6):503-510. doi:10.1016/j.wombi.2016.04.010
362. Yeung H, Chowdhury N, Malpass A, Feder GS. Responding to Domestic Violence in General Practice : A Qualitative Study on Perceptions and Experiences. *Int J Family Med.* 2012;1-7. doi:10.1155/2012/960523
363. Finnbogadóttir H, Dykes A. Midwives' awareness and experiences regarding domestic violence among pregnant women in southern Sweden. *Midwifery.* 2012;28(2):181-189. doi:10.1016/j.midw.2010.11.010
364. Di Giacomo P, Cavallo A, Bagnasco AM, Sartini M, Sasso L. Violence against women: knowledge, attitudes and beliefs of nurses and midwives. *J Clin Nurs.* 2017;26(15-16):2307-2316. doi:10.1111/jocn.13625
365. Bradbury-Jones C, Clark M, Parry J, Taylor J. Development of a practice framework for improving nurses' responses to intimate partner violence. *J Clin Nurs.* 2017;26(15):2495-2502. doi:10.1111/jocn.13276

366. Todahl J, Walters E. Universal Screening for Intimate Partner Violence: a Systematic Rev. *J Marital Fam Ther.* 2011;37(3):355-369. doi:https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2009.00179.x
367. Goicolea I, Briones-Vozmediano E, Öhman A, Edin K, Minvielle F, Vives-Cases C. Mapping and exploring health systems' response to intimate partner violence in Spain. *BMC Public Health.* 2013;13:1-18. doi:10.1186/1471-2458-13-1162
368. Verdonk P, Benschop Y, De Haes H, Lagro-Janssen L. From gender bias to gender awareness in medical education. *Adv Heal Sci Educ.* 2009;14(1):135-152. doi:10.1007/s10459-008-9100-z
369. Baird K, Creedy DK, Saito AS, Eustace J. Longitudinal evaluation of a training program to promote routine antenatal enquiry for domestic violence by midwives. *Women and Birth.* 2018;31(5):398-406. doi:10.1016/j.wombi.2018.01.004
370. Cohn F, Salmon M, Stobo J. *Confronting Chronic Neglect: The Education and Training of Health Professionals on Family Violence.* (Institute of Medicine (US) Committee on the Training Needs of Health Professionals to Respond to Family Violence., ed.). Washington (DC); 2002.
371. Valdés-Sánchez C, García-Fernández C, Sierra-Díaz A. Violencia de género: conocimientos y actitudes de las enfermeras en atención primaria. *Aten primaria.* 2016;48(10):623-631. doi:10.1016/j.aprim.2016.01.003
372. Álvarez-Álvarez C. La relación teoría-práctica en los procesos de enseñanza-aprendizaje. *Educ Siglo XXI.* 2012;30(2):383-402.
373. Escobar-Cirujano A. Trabajo en red contra la violencia de género la realidad poliédrica necesita de múltiples miradas. Tejiendo redes. In: Pérez-Viejo J, Escobar-Cirujano A, eds. *Perspectivas de La Violencia de Género.* Badajoz; 2011.
374. Colombini M, Dockerty C, Mayhew SH. Barriers and Facilitators to Integrating Health Service Responses to Intimate Partner Violence in Low- and Middle-Income Countries: A Comparative Health Systems and Service Analysis. *Stud Fam Plann.* 2017;48(2):179-200. doi:10.1111/sifp.12021
375. Baird K, Saito A, Eustace J, Creedy D. Effectiveness of training to promote routine enquiry for domestic violence by midwives and nurses: A pre-post evaluation study. *Women and Birth.* 2018;31(4):285-291. doi:10.1016/j.wombi.2017.10.014
376. Payá-Sánchez M, Gómez-Fernández M, Martín-Badía J, Goberna-Tricas M. Formación para la detección de la violencia de género durante el embarazo: evaluación de una propuesta contextualizada. *MUSAS Rev Investig en Mujer, Salud y Soc.* 2019;4(1):22-38. doi:10.1344/musas2019.vol4.num1.2
377. Maquibar A, Hurtig A, Vives-Cases C, Estalella I, Goicolea I. Nursing students' discourses on gender-based violence and their training for a comprehensive healthcare response: A qualitative study. *Nurse Educ Today.* 2018;68:208-212. doi:10.1016/j.nedt.2018.06.011
378. Schoening AM, Greenwood JL, McNichols JA, Heermann JA, Agrawal S. Effect of an Intimate Partner Violence Educational Program on the Attitudes of Nurses. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2004;33(5):572-579. doi:10.1177/0884217504269901
379. Currier DM, Carlson JH. Creating Attitudinal Change Through Teaching. *J Interpers Violence.* 2009;24(10):1735-1754. doi:10.1177/0886260509335239

380. Jayatilleke AC, Yoshikawa K, Yasuoka J, et al. Training Sri Lankan public health midwives on intimate partner violence: a pre- and post-intervention study. *BMC Public Health*. 2015;15(1):331. doi:10.1186/s12889-015-1674-9
381. Gómez-Fernández MA, Goberna-Tricas J, Payà-Sánchez M. Intimate partner violence as a subject of study during the training of nurses and midwives in Catalonia (Spain): A qualitative study. *Nurse Educ Pract*. 2017;27. doi:10.1016/j.nepr.2017.08.001
382. Martín-Cuadrado AM. Competencias del estudiante autorregulado y los estilos de aprendizaje. *Rev Estilos Aprendiz*. 2011;8(8):1-17.
383. Rodríguez-Blanes GM, Vives-Cases C, José Miralles-Bueno J, San Sebastián M, Goicolea I. Detección de violencia del compañero íntimo en atención primaria de salud y sus factores asociados. *Gac Sanit*. 2017;31(5):410-415. doi:10.1016/j.gaceta.2016.11.008
384. LoGiudice JA. Prenatal screening for intimate partner violence: A qualitative meta-synthesis. *Appl Nurs Res*. 2015;28(1):2-9. doi:10.1016/j.apnr.2014.04.004
385. Rodríguez-Bolaños R d, Márquez-Serrano M, Kageyama-Escobar M. Violencia de género: Actitud y conocimiento del personal de la salud de Nicaragua. *Salud Publica Mex*. 2005;47(2):134-144.
386. Vranda M, Kumar C, Muralidhar D, Janardhana N, Sivakumar P. Barriers to disclosure of intimate partner violence among female patients availing services at tertiary care psychiatric hospitals: A qualitative study. *J Neurosci Rural Pract*. 2018;9(3):326-330. doi:10.4103/jnrp.jnrp_14_18
387. Janssen PA, Holt VL, Sugg NK. Introducing domestic violence assessment in a postpartum clinical setting. *Matern Child Health J*. 2002;6(3):195-203. doi:10.1023/A:1019782230344
388. Schwab-Reese LM, Renner LM. Screening, management, and treatment of intimate partner violence among women in low-resource settings. *Women's Heal*. 2018;14. doi:10.1177/1745506518766709
389. Henriksen L, Garnweidner-Holme L, Thorsteinsen K, Lukasse M. "It is a difficult topic" - a qualitative study of midwives' experiences with routine antenatal enquiry for intimate partner violence. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017;17(165):1-9. doi:10.1186/s12884-017-1352-2
390. Sprague S, Madden M, Simunovic N, et al. Barriers to screening for intimate partner violence. *Women Health*. 2012;52(6):587-605. doi:10.1080/03630242.2012.690840.
391. Lazenbatt A, Taylor J, Cree L. A healthy settings framework: an evaluation and comparison of midwives' responses to addressing domestic violence. *Midwifery*. 2009;25(6):622-636. doi:10.1016/j.midw.2007.11.001
392. Alvarez C, Debnam K, Clough A, Alexander K, Glass NE. Responding to intimate partner violence: Healthcare providers' current practices and views on integrating a safety decision aid into primary care settings. *Res Nurs Health*. 2018;41(2):145-155. doi:10.1002/nur.21853
393. Lazenbatt A, Thompson-Cree M, McMurray F. The use of exploratory factor analysis in evaluating midwives' attitudes and stereotypical myths related to the identification and management of domestic violence in practice. *Midwifery*. 2005;21(4):322-334. doi:10.1016/j.midw.2005.02.006

394. Rurangirwa AA, Mogren I, Ntaganira J, Krantz G. Intimate partner violence among pregnant women in Rwanda, its associated risk factors and relationship to ANC services attendance: A population-based study. *BMJ Open*. 2017;7(2):1-11. doi:10.1136/bmjopen-2016-013155
395. Leneghan S, Sinclair M, Gillen P. Domestic abuse in pregnancy: "I'm more used to unhealthy relationships so don't have a clue about healthy relationships." *Evid Based Midwifery*. 2015;13(4):120-125.
396. Terwee CB, Bot SDM, De Boer MR, et al. Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *J Clin Epidemiol*. 2007;60(1):34-42. doi:10.1016/j.jclinepi.2006.03.012
397. Nunnally JC. *Psychometric Theory*. 1st ed. (MacGraw-Hill., ed.). New York; 1967.
398. Loo R. Encouraging Classroom Discussion of Ethical Dilemmas in Research Management: Three Vignettes. *Teach Bus Ethics*. 2001;5(2):195-212. doi:10.1023/A:1011407102912
399. Feder G, Ramsay J, Dunne D, et al. How far does screening women for domestic (partner) violence in different health-care settings meet criteria for a screening programme? Systematic reviews of nine UK, National Screening Committee criteria. *Health Technol Assess (Rockv)*. 2009;13(16):137-347. doi:10.3310/hta13160
400. Fisher WA, Singh SS, Shuper PA, et al. Characteristics of women undergoing repeat induced abortion. *CMAJ*. 2005;172(5):637-641. doi:10.1503/cmaj.1040341
401. Stöckl H, Hertlein L, Himsl I, et al. Intimate partner violence and its association with pregnancy loss and pregnancy planning. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2012;91(1):128-133. doi:10.1111/j.1600-0412.2011.01264.x
402. Lukasse M, Laanpere M, Karro H, et al. Pregnancy intendedness and the association with physical, sexual and emotional abuse – a European multi-country cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015;15(120):1-9. doi:10.1186/s12884-015-0558-4
403. Gee RE, Mitra N, Wan F, Chavkin DE, Long JA. Power over parity: intimate partner violence and issues of fertility control. *Am J Obstet Gynecol*. 2009;201(2):1-7. doi:10.1016/j.ajog.2009.04.048
404. Romito P, Escribà-Agüir V, Pomicino L, Lucchetta C, Scrimin F, Molzan Turan J. Violence in the Lives of Women in Italy Who Have an Elective Abortion. *Women's Heal Issues*. 2009;19(5):335-343. doi:10.1016/j.whi.2009.07.004
405. Gretchen E, Otis MD. An Examination of Intimate Partner Violence and Psychological Stressors in Adult Abortion Patients. *J Interpers Violence*. 2011;26(16):3248-3266. doi:10.1177/0886260510393004
406. Thiel- De Bocanegra H, Rostovtseva DP, Khera S, Godhwani N. Birth Control Sabotage and Forced Sex: Experiences Reported by Women in Domestic Violence Shelters. *Violence Against Women*. 2010;16(5):601-612. doi:10.1177/1077801210366965
407. Hathaway JE, Willis G, Zimmer B, Silverman JG. Impact of partner abuse on women's reproductive lives. *J Am Med Womens Assoc*. 2005;60(1):42-45.

408. Loeffen MJW, Lo Fo Wong SH, Wester FPJF, Laurant MGH, Lagro-Janssen ALM. Are gynaecological and pregnancy-associated conditions in family practice indicators of intimate partner violence? *Fam Pract*. 2016;33(4):354-359. doi:10.1093/fampra/cmw021
409. Roth L, Sheeder J, Teal SB. Predictors of intimate partner violence in women seeking medication abortion. *Contraception*. 2011;84(1):76-80. doi:10.1016/j.contraception.2010.11.005
410. Martínez-Galiano JM. Mother-newborn health indicators in possible victims of gender-based violence during pregnancy. *Appl Nurs Res*. 2017;34:48-51. doi:10.1016/j.apnr.2017.02.004
411. Carratalá-Navarro S, García-Membrilla E, Navarro-Hernández S, Navarro-Serrano M, Alazar-Agulló M. Prevalencia de violencia de género en mujeres gestantes de Castellón y Xàtiva. In: *III Congreso Internacional "género, Ética Y Cuidado" Visibilizando La Violencia Hacia Las Mujeres En El Embarazo*. Barcelona; 2018.
412. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la preeclampsia y la eclampsia. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/138405/9789243548333_spa.pdf;jsessionid=F913F091589ACD11B682DDE4E0BD4155?sequence=1. Published 2014. Accessed January 19, 2019.
413. Ministerio de Sanidad. Servicios Sociales e Igualdad. Cribado prenatal para la detección del síndrome de Down mediante el análisis de ADN fetal en sangre materna. http://www.ogasun.ejgv.euskadi.eus/r51-catpub/es/k75aWebPublicacionesWar/k75aObtenerPublicacionDigitalServlet?R01HNportal=true&N_LIBR=051918&N_EDIC=0001&C_IDIOM=es&FORMATO=.pdf. Published 2016. Accessed January 19, 2019.
414. Bacchus L, Mezey G, Bewley S. A Qualitative Exploration of the Nature of Domestic. *Violence Against Women*. 2006;12(6):588-604. doi:10.1177/1077801206289131
415. Finnbogadóttir H, Dykes AK, Wann-Hansson C. Prevalence and incidence of domestic violence during pregnancy and associated risk factors: A longitudinal cohort study in the south of Sweden. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016;16(1):1-10. doi:10.1186/s12884-016-1017-6
416. Islam J, Broidy L, Mazerolle P, Baird K, Mazumder N. Exploring Intimate Partner Violence Before, During, and After Pregnancy in Bangladesh. *J Interpers Violence*. 2018. doi:10.1177/0886260518775753
417. Chernyak E. Intimate Partner Violence in Tajikistan: Risk and Protective Factors. *Violence Vict*. 2018;33(6):1124-1147. doi:10.1891/0886-6708.33.6.1124
418. Peek-Asa C, Saftlas AF, Wallis AB, Harland K, Dickey P. Presence of children in the home and intimate partner violence among women seeking elective pregnancy termination. Dalby AR, ed. *PLoS One*. 2017;12(10):e0186389. doi:10.1371/journal.pone.0186389
419. Wu J, Guo S, Qu C. Domestic violence against women seeking induced abortion in China. *Contraception*. 2005;72(2):117-121. doi:10.1016/j.contraception.2005.02.010

420. Leung TW, Leung WC, Chan PL, Ho PC. A comparison of the prevalence of domestic violence between patients seeking termination of pregnancy and other general gynecology patients. *Int J Gynecol Obstet*. 2002;77(1):47-54. doi:10.1016/S0020-7292(01)00596-3
421. Saffari M, Arslan SA, Yekaninejad MS, Pakpour AH, Zaben F AI, Koenig HG. Factors Associated With Domestic Violence Against Women in Iran: An Exploratory Multicenter Community-Based Study. *J Interpers Violence*. 2017. doi:10.1177/0886260517713224
422. Sen S, Bolsoy N. Violence against women: prevalence and risk factors in Turkish sample. *BMC Womens Health*. 2017;17(100):1-9. doi:10.1186/s12905-017-0454-3
423. Alsaker K, Moen BE, Baste V, Morken T. How Has Living with Intimate Partner Violence Affected the Work Situation? A Qualitative Study among Abused Women in Norway. *J Fam Violence*. 2016;31(4):479-487. doi:10.1007/s10896-016-9806-2
424. Leung TW, Leung WC, Ng EHY, Ho PC. Quality of life of victims of intimate partner violence. *Int J Gynecol Obstet*. 2005;90(3):258-262. doi:10.1016/j.ijgo.2005.05.010
425. Gilchrist G, Dennis F, Radcliffe P, Henderson J, Howard LM, Gadd D. The interplay between substance use and intimate partner violence perpetration: A meta-ethnography. *Int J Drug Policy*. 2019;65:8-23. doi:10.1016/j.drugpo.2018.12.009
426. Ferdos J, Rahman MM, Jesmin SS, Rahman MA, Sasagawa T. Association between intimate partner violence during pregnancy and maternal pregnancy complications among recently delivered women in Bangladesh. *Aggress Behav*. 2018;44(3):294-305. doi:10.1002/ab.21752
427. Khaironisak H, Zaridah S, Hasanain FG, Zaleha MI. Prevalence, risk factors, and complications of violence against pregnant women in a hospital in Peninsular Malaysia. *Women Health*. 2017;57(8):919-941. doi:10.1080/03630242.2016.1222329
428. Yu H, Jiang X, Bao W, Xu G, Yang R, Shen M. Association of intimate partner violence during pregnancy, prenatal depression, and adverse birth outcomes in Wuhan, China. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018;18(469):1-7. doi:10.1186/s12884-018-2113-6
429. Paulson JL, Miller-Graff L. Prenatal sleep quality and mental health symptoms across the perinatal period: A longitudinal study of high-risk women. *J Psychosom Res*. 2019;116:31-36. doi:10.1016/j.jpsychores.2018.11.011
430. Alhusen JL, Wilson D. Pregnant Mothers' Perceptions of how Intimate Partner Violence affects Their Unborn Children. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2015;44(2):210-217. doi:10.1111/1552-6909.12542
431. Velasco-Juez M. *Violencia de Pareja Durante El Embarazo En Mujeres Que Dan a Luz En Hospitales Públicos de Andalucía [Tesis]*. (Universidad de Granada. Departamento de Medicina Legal Toxicología y Antropología Física., ed.). Granada; 2015.
432. Rahman M, Nakamura K, Seino K, Kizuki M. Are survivors of intimate partner violence more likely to experience complications around delivery? Evidence from a national Bangladeshi sample. *Eur J Contracept Reprod Heal Care*. 2013;18(1):49-60. doi:10.3109/13625187.2012.745932
433. Hill A, Pallitto C, McCleary-Sills J, Garcia-Moreno C. A systematic review and meta-analysis of intimate partner violence during pregnancy and selected birth outcomes. *Int J Gynecol Obstet*. 2016;133(3):269-276. doi:10.1016/j.ijgo.2015.10.023

434. Valladares E, Peña R, Ellsberg M, Persson LÅ, Högberg U. Neuroendocrine response to violence during pregnancy – impact on duration of pregnancy and fetal growth. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2009;88(7):818-823. doi:10.1080/00016340903015321
435. Wadhwa PD, Entringer S, Buss C, Lu MC. The Contribution of Maternal Stress to Preterm Birth: Issues and Considerations. *Clin Perinatol.* 2011;38(3):351-384. doi:10.1016/J.CLP.2011.06.007
436. Stylianou-Riga P, Kouis P, Kinni P, et al. Maternal socioeconomic factors and the risk of premature birth and low birth weight in Cyprus: a case-control study. *Reprod Health.* 2018;15(157):1-8. doi:10.1186/s12978-018-0603-7
437. McGarry J. Domestic violence and abuse: an exploration and evaluation of a domestic abuse nurse specialist role in acute health care services. *J Clin Nurs.* 2017;26(15-16):2266-2273. doi:10.1111/jocn.13203
438. Nicolás-Lazo G, Bodelón E, Antón-Alonso F, et al. *Diagnosic de La Red de Atención Y Recuperación Integral Para Las Mujeres En Situación de Violencia Machista.* (Universidad Autónoma de Barcelona, ed.). Barcelona; 2016.
439. Dawson AJ, Rossiter C, Doab A, Romero B, Fitzpatrick L, Fry M. The emergency department response to women experiencing intimate partner violence: Insights from interviews with clinicians in Australia. *Acad Emerg Med.* 2019. doi:10.1111/acem.13721
440. Sainz-De Andueza M. *Análisis Y Validación de Los Resultados Del Servicio de Cribado de Violencia de Género En Castilla Y León a Los 4 Años de Su Puesta En Marcha [Tesis].* (Universidad de Valladolid. Programa de doctorado en investigación en ciencias de la salud., ed.); 2018.
441. Williams JR, Halstead V, Salani D, Koermer N. An exploration of screening protocols for intimate partner violence in healthcare facilities: a qualitative study. *J Clin Nurs.* 2017;26(15-16):2192-2201. doi:10.1111/jocn.13353
442. Olive P. Care for emergency department patients who have experienced domestic violence: a review of the evidence base. *J Clin Nurs.* 2007;16(9):1736-1748. doi:10.1111/j.1365-2702.2007.01746.x
443. Bermele C, Andresen PA, Urbanski S. Educating Nurses to Screen and Intervene for Intimate Partner Violence During Pregnancy. *Nurs Womens Health.* 2018;22(1):79-86. doi:10.1016/j.nwh.2017.12.006
444. Sugg N. Intimate Partner Violence. Prevalence, Health Consequences, and Intervention. *Med Clin North Am.* 2015;99(3):629-649. doi:10.1016/j.mcna.2015.01.012
445. Visentin F, Becker Vieira L, Trevisan I, Lorenzini E, Franco-Da Silva E. Women's primary care nursing in situations of gender violence. *Investig y Educ en Enfermería.* 2015;33(3):556-564. doi:10.17533/udea.iee.v33n3a20
446. Programa Municipal per a la Dona. Prevenció i tractament de la violència contra les dones. Pla d'actuació integral a la ciutat de L'Hospitalet de Llobregat.

10. ANEXOS

Anexo 1. Guion de preguntas estímulo.

Entrevistas a los profesores.

Datos personales:

- Universidad a la que pertenece.
- ¿Cuántos años lleva como docente? ¿Cuántos años impartiendo una asignatura que tenga contenidos específicos relacionados con la VG?

Centrándonos ahora en la asignatura en la que imparte formación en relación a la VG:

- Explíqueme ¿Cómo surgió esta asignatura?
- Explíqueme acerca de los motivos por los que se abordan contenido relacionado con la VG en la asignatura que usted imparte.
- ¿Qué número de horas que se dedican dentro de la asignatura a la VG?
- ¿Qué aspectos y temas concretos relacionados con la detección y abordaje de la VG trata usted en su asignatura?
- ¿Cuál es la metodología docente empleada en su impartición?
- ¿Cuál es el sistema de evaluación que se utiliza?

En su opinión, ¿Cuáles son las necesidades formativas del alumnado en general sobre violencia de género?

- ¿Cree que el número de horas dedicadas a la VG son las adecuadas?
- Si dispusiera de más tiempo y recursos, ¿qué otros contenidos abordaría?
- Si tuviera la oportunidad, ¿Cambiaría la metodología? ¿De qué forma?

¿Cuántos alumnos tiene usted, en promedio, cada curso en su asignatura?

- Asignatura optativa: Según su experiencia ¿qué es lo que motiva a los alumnos para escoger esta asignatura?
- Asignatura obligatoria: Según su experiencia ¿qué motivaciones tienen los alumnos en relación a temas de VG?
- ¿Cuál es la actitud de los alumnos ante estos temas?

¿Ha vivido algún curso o experiencia especialmente significativa, que le reveló algún conocimiento especial sobre el tema?

¿Sabe desde cuándo se imparten temas de VG en el grado de Enfermería/ especialidad de Matrona?

¿Tiene propuestas de mejora?

Entrevistas a las matronas.

Datos personales:

- Edad/ año académico Enfermería y Matrona/ años de experiencia como sanitaria/ como matrona en el ASSIR

Formación sobre VG:

- Formación reglada: háblame por favor de la formación que recibiste sobre VG durante la diplomatura de Enfermería o la especialidad de Matrona.
- Formación continuada: ya como matrona, ¿has asistido a algún curso/ taller/ conferencia sobre VG? ¿Me lo podrías explicar? ¿Qué elementos te fueron bien y cuáles encontraste a faltar?
- ¿Cuáles crees que son las necesidades formativas de las matronas en VG?

Conocimientos generales sobre VG y nivel de sensibilización:

- Háblame por favor de tu percepción sobre la violencia que sufren las mujeres durante el embarazo.
- Según su opinión ¿Cómo de frecuente es la VG durante el embarazo?
¿Qué repercusiones sobre la salud tiene la VG durante el embarazo?
¿Consideras que está dentro de sus funciones como matrona la detección de la VG durante el embarazo? ¿De qué manera?

Experiencias:

- Háblame de tu experiencia profesional sobre la VG durante el embarazo. ¿Te has encontrado con algún caso de alguna embarazada que sospecharas o confirmaras que sufría VG? ¿Me puede explicar cómo actuaste?
- En tu opinión ¿Qué facilita la detección de la VG durante el embarazo? Según tu experiencia: ¿Qué dificulta la detección de la VG durante el embarazo?
- ¿Cómo se podría mejorar la detección de la VG durante el embarazo?

Grupos focales con las matronas.

Formación implementada:

- Habladme por favor de vuestra experiencia en la actividad formativa impartida.
- ¿Crees que esta formación ha influenciado en vuestra práctica asistencial en cuanto a detección y abordaje de la VG? ¿De qué manera?
- ¿Consideráis que necesitáis algún otro tipo de formación o de entrenamiento?

Uso del cuestionario.

- Habladme de vuestra experiencia con el cuestionario ISA.
- ¿Creéis que el cuestionario ISA puede ser una herramienta útil? ¿Propondrías algún otro tipo cuestionario/ preguntas? ¿Ha influenciado en la manera de detectar la VG el uso del cuestionario?
- ¿Qué reacciones habéis tenido por parte de las mujeres cuando les proponías participar el estudio y al cumplimentar el cuestionario?

Abordaje de los casos positivos según el cuestionario ISA.

- Habladme de vuestra experiencia con el abordaje de las mujeres expuestas a la VG.
- ¿Cómo ha funcionado el circuito? ¿Tenéis alguna propuesta de mejora en cuanto a los recursos disponibles?

Anexo 2. Informe de análisis de la situación y propuestas de mejora para la detección y abordaje de la violencia de género en el embarazo por parte de las matronas.

Informe de análisis de la situación y las propuestas de mejora para la detección y abordaje de la violencia de género en el embarazo por parte de las matronas.

ASSIR Just Oliveras y Ronda de la Torrassa (L'Hospitalet de Llobregat)

1. Puntos fuertes del servicio

El seguimiento del embarazo. Favorece una relación de confianza con la matrona. Permite observar indicadores o signos para indagar en sucesivas visitas.

El embarazo como momento favorable para la detección. Las mujeres durante esta etapa suelen tener momentos de reflexión y están más abiertas a cuestionarse las relaciones familiares. A las visitas del control del embarazo las mujeres suelen venir acompañadas de sus parejas, lo que permite observar comportamientos y actitudes en los hombres.

El rol de la matrona. Está normalizado que la matrona pregunte por la relación de pareja. Las matronas son sensibles a las cuestiones que influyan en la salud de las mujeres. De forma unánime, las matronas opinan que es parte de sus funciones como matrona la detección de la VG.

2. Puntos débiles del servicio

La falta de tiempo. La carga asistencial y al exceso de burocracia.

La falta de privacidad en las consultas. Las consultas no están insonorizadas. Interrupciones durante la visita de profesionales, de llamadas telefónicas.

Las características de las mujeres que asisten. La dificultad idiomática. Las matronas explican que es frecuente que quien hace de traductor en la consulta sea la propia pareja. En las diferentes culturas pueden existir límites diferentes en lo que se considera violencia o no.

Las barreras del propio profesional. Las matronas reconocen que abordar este tema le da un cierto miedo, fundado en que no se sienten protegidas en términos de protección de datos e integridad física y porque opinan que en ocasiones se puede producir un daño mayor a la mujer si no se aborda el caso de la forma oportuna. También mencionan que tienen un cierto miedo a ofender a la mujer cuando se les pregunta por VG o a no saber dirigir las a los recursos oportunos.

La infra-detección. Opinan que posiblemente existen más casos de VG de los que detectan. Cuatro matronas no recuerdan haber detectado ningún caso de VG en su trayectoria laboral en atención primaria; las ocho matronas restantes, rememoran haber detectado entre uno y cuatro casos, casi siempre de violencia física. De ellos, según sus relatos aproximadamente en la mitad de las ocasiones ha sido la propia mujer quien ha revelado directamente su situación, solicitándoles ayuda; en los casos restantes las matronas describen que ante la detección de un signo de sospecha continuaron indagando, lo cual llevó a que la mujer revelara que sufría violencia.

La falta de investigación en temas de IPV. Todas las matronas entrevistadas habían realizado o colaborado en trabajos de investigación, pero en temáticas diferentes a la VG. Comentan como motivo de no investigar sobre VG, la complejidad del tema. Consideran que es un tema poco abordado desde atención primaria porque está poco estandarizado el cribado. Además una matrona opina que se tiende a investigar sobre otros temas que resultan más atractivos. Las matronas creen que se debería comenzar a investigar más sobre VG y se muestran dispuestas a ello.

3. Propuestas de mejora de las matronas

Aumentar el tiempo de visita. De forma unánime declaran como propuesta de mejora disponer de más tiempo en la atención a la mujer.

Disponer de herramientas de diagnóstico. Proponen disponer de herramientas para la detección de la VG como preguntas claves o cuestionarios estandarizados que ayuden en la detección de los casos.

Disponer de un protocolo interno. Las matronas proponen disponer de un protocolo interno que reúna los circuitos a seguir.

Consensuar la forma de registro. Se desprende de la información que se debería consensuar la forma de registro en la historia clínica, tanto en los casos de sospecha como en los casos en que se confirme una situación de violencia. Las matronas consideran que es importante que figure en la historia clínica pero les preocupa que ello implique no respetar la intimidad de la mujer.

Mejorar el sistema informático. Tres matronas proponen que dentro del sistema informático (e-Cap) debería existir un apartado dedicado a la VG, que permitiera un registro informatizado de la historia clínica. Del mismo modo, según argumentan, que existe para otros asuntos relacionados con la salud de la mujer, como la infecciones de transmisión sexual, la contracepción o el suelo pélvico.

Disponer de traductores. Una matrona comenta que según su experiencia, la mejor forma de poder obtener información veraz cuando existen situaciones de barreras idiomáticas, es disponer de traductores en el servicio.

Interactuar con expertos en VG. Las matronas presentan que sería conveniente conocer a los profesionales que trabajan en los centros de asistencia a las mujeres víctimas de VG, en el caso de L'H el Centre d'Atenció i Informació a la Dona (CAID). También proponen tener contacto con profesionales expertos para poder consultarles casos si les surgen dudas.

Disponer de material informativo en la consulta. Proponen disponer de material informativo de los recursos disponibles en la consulta, a disposición de las mujeres que están en una situación de violencia (tipo folleto).

Incorporar la VG en las actividades de educación sanitaria grupales. Plantean incorporar información sobre cuestiones de igualdad género y VG en estas actividades.

Realizar más formación. De forma unánime las matronas opinan que a pesar de que han realizado formación, necesitan ampliar sus conocimientos en la detección y el abordaje de la VG.

Anexo 3 Programa de la actividad formativa sobre detección y abordaje de la violencia de género durante el embarazo.

recerCaixa**ACUP**
Obra Social "la Caixa"

**Jornada formativa:
DETECCIÓ I ABORDATGE
DE LA VIOLENCIA MASCLISTA A L'EMBARÀS
23 de febrer i 2 de març de 2018**



**Lloc: Universitat de Barcelona
Aula 210. Aulari Campus de Bellvitge
Feixa llarga s/n
Hospitalet de Llobregat**

Activitat realitzada amb el suport RecerCaixa, un programa impulsat per l'Obra Social "la Caixa"
amb la col·laboració de l'ACUP.

Projecte 2016ACUP-083. Prevenció i detecció de les violències de gènere durant l'embaràs: De la
violència masclista a la Violència obstètrica

**UNIVERSITAT DE
BARCELONA**
1) Escola d'Infermeria

Centre de Recerca
Teoria, Gènere, Sexualitat

Ajuntament de L'Hospitalet
pmdona
programa municipal

23 de Febrer de 2018

9-9,30. Presentació del curs

9,30-10,30. Investigació-acció com a mètode de recerca en detecció i abordatge de violència masclista a la gestació

- Dra. Montserrat Payà Sánchez.

Facultat de Pedagogia. Universitat de Barcelona

- Dra. Josefina Goberna Tricas.

Facultat Medicina i Ciències de la Salut.
Universitat de Barcelona

10,30-11. Descans

11-15. Comprendre per acompanyar. Estratègies per a la detecció i l'abordatge de la violència de gènere

- Roser Mateos Perea
- Annabel Morera Bocanegra

Centre d'Atenció i Informació a la Dona.
L'Hospitalet de Llobregat

2 de Març de 2018

9-10. Els qüestionaris coma eina de detecció de la violència de gènere

- Analía Gómez Fernández.

ASSIR Delta del Llobregat, ICS

10- 11,30. Aspectes ètics en l'abordatge dels casos de violència de gènere a l'embaràs

- Júlia Martin Badia.

Facultat de Filosofia. Universitat de Barcelona

11,30-12 Descans

12-14.- *Cómo generar confianza a través del lenguaje en el diálogo entre matrona y paciente*

- Diana Yoldi Olite

Inteligencia en el lenguaje. Madrid

14-15.- Aspectes jurídics en la detecció de la violència de gènere en l'embaràs

- Àngels Vivas Larruy

Magistrada. Audiència Provincial Barcelona

Curs adreçat a llevadores i altres professionals de la salut interessats en el tema.

Places limitades, inscripció gratuïta, per ordre d'inscripció. Oberta fins el 15 de febrer de 2018 a: violenciasembarazo@gmail.com

En el mail cal indicar: Nom, cognoms, DNI, lloc de treball i telèfon de contacte.



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

ADHUC

Centre de Recerca
Teoria, Gènere, Sexualitat




1) Escola d'Infermeria



Ajuntament de L'Hospitalet

pm dona
programa municipal

Anexo 4. Cuestionario de valoración de calidad del curso.

  	
CUESTIONARIO DE VALORACIÓN DE CALIDAD DEL CURSO “DETECCIÓ Y ABORDATGE DE LA VIOLÈNCIA MASCLISTA A L'EMBARÀS” 23 Febrero y 2 Marzo 2018	
Para conocer su opinión rogamos valore los siguientes aspectos del curso utilizando la siguiente escala de puntuación (1 Completamente en desacuerdo / 2 En desacuerdo / 3 De acuerdo / 4 Completamente de acuerdo), marcando una X en la puntuación correspondiente:	
1. Organización del curso	1 2 3 4
1.1 Ha estado bien organizado (información, inscripciones, cumplimiento de fechas/horario i entrega de material)	
1.2 El número de asistentes del grupo ha sido adecuado para el seguimiento del curso	
2. Contenido y Metodología	
2.1 El contenido se ha ajustado a mis necesidades formativas	
2.2 El contenido se ha ajustado a mis expectativas	
3. Horario	
3.1 La duración sido adecuada según sus objetivos y contenido	
3.2 El horario ha favorecido la asistencia	
4. Enfoque de los temas	
Investigació-acció com a mètode de recerca en detecció i abordatge de violència masclista a la	
Comprendre per acompanyar. Estratègies per a la detecció i l'abordatge de la violència de gènere	
Els qüestionaris com a eina de detecció de la violència de gènere	
Aspectes ètics en l'abordatge dels casos de violència de gènere a l'embaràs	
Cómo generar confianza a través del lenguaje en el diálogo entre matrona y paciente	
Aspectes jurídics en la detecció de la violència de gènere en l'embaràs	
5. Competencia de los formadores	
Montserrat Payà (Facultat d'Educació, UB)	
Roser Mateos y Anabel Morera (CAID)	
Analia Gómez (ASSIR Delta, ICS)	
Júlia Martín (Facultat de Filosofia, UB)	
Diana Yoldi (Intel·ligència del Llenguatge, Madrid)	
Àngels Vivas (Audiència Provincial Barcelona)	
6. Instalaciones y medios técnicos	
6.1 Las instalaciones han sido apropiadas para el desarrollo del curso	
6.2 Los medios técnicos han sido adecuados para el desarrollo del contenido del curso	
7. Valoración general del curso	
7.1 Permite adquirir nuevas capacidades	
7.2 Amplia conocimientos para progresar en la carrera profesional	
7.3 Favorece el desarrollo personal	
8. Grado de satisfacción general durante el curso	
En previsión de futuras reediciones del curso, de qué otros temas le hubiera gustado tratar o qué temas le han parecido prescindibles? Qué mejoraría o cambiaría?	

Anexo 5. Manual de aplicación del instrumento ISA y abordaje de las mujeres en contextos de violencia de género.

Manual de aplicación del instrumento ISA y abordaje de las mujeres en contextos de violencia de género.

En ocasiones, preguntar sobre VG crea un cierto dilema entre los sanitarios, puesto es un problema de salud donde influyen sentimientos, miedos, etc. Las matronas, pueden tener dudas sobre la forma de preguntar o cómo reaccionar en caso de que se revele una situación de violencia. Este manual, no pretende dar una respuesta categórica a dichos dilemas, sino solo ser un ejemplo de modelo asistencial. Existen algunas normas básicas que se deben tener en cuenta:

- Ver a la mujer sola, sin la presencia de familiares.
- Asegurarse de disponer del tiempo necesario.
- Asegurar la confidencialidad.
- Observar las actitudes y estado emocional (a través del lenguaje verbal y no verbal).
- Propiciar confianza para facilitar la comunicación y expresión de sentimientos.
- Dar importancia a su relato sin emitir juicios de valor, dándole credibilidad.
- Alertar a la mujer sobre los riesgos que corre.
- Respetar a la mujer ayudándole a pensar, a ordenar sus ideas y a tomar decisiones.
- Registrar en la historia clínica los hechos.
- NO dar la impresión de que todo se va a arreglar fácilmente.
- NO criticar la actitud o ausencia de respuesta de la mujer con frases como: "¿por qué sigue con él?"; "si usted quisiera acabar, se iría...".
- NO recomendar terapia de pareja ni mediación familiar.
- NO utilizar una actitud paternalista.
- NO imponer criterios o decisiones.

¿A quién preguntar sobre VG?

A las mujeres embarazadas: tanto aquellas que deciden continuar con el embarazo, como las que solicitan una interrupción voluntaria del embarazo (IVE) y que acude a la consulta de la matrona del ASSIR Just Olivera o Torrasa.

¿Cuándo preguntar sobre VG?

- Mujeres que continúan con la gestación: en la tercera visita de control del embarazo, es decir entre las 19-25sg. Si no se ha podido hacer antes, se hará en las sucesivas visitas de control de la gestación o incluso en el puerperio.
- Mujeres que solicitan interrumpir la gestación: en la primera o en la tercera visita (es decir la visita post-IVE).

¿De qué material se dispone?

De una carpeta tipo archivado con fundas de plástico.

En la primera funda, aparecerá el algoritmo de actuación y el manual que aquí se presenta.

A continuación, cada funda tendrá un caso. Cada caso tendrá su documentación: consentimientos (dos copias, una es para la mujer) y el cuestionario ISA. La documentación de cada caso estará marcada con las iniciales de la matrona y un número que corresponderá al nº del caso. Ej. Matrona Juana García, caso 1: JG1.

Las últimas fundas serán destinadas a la documentación necesaria en caso de dificultad idiomática, a la información relativa de los recursos disponibles en caso de que la mujer esté en una situación de violencia y a la hoja de registro de casos no incorporados al estudio.

¿Cómo preguntar y abordar a las mujeres en contextos de VG?

En el **Anexo 1** aparece un algoritmo de actuación que, a continuación se detalla:

Paso 1) Valorar si la mujer puede participar o no en estudio: comprobando los criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión

- **Gestante que continúan el embarazo:**
 - ✓ Mujeres que realizan un mínimo de dos visitas a lo largo del embarazo y puerperio en el ASSIR.
 - ✓ Mujeres que paren en un hospital público.
- **Gestantes que solicitan un IVE:**
 - ✓ Mujeres que acuden a la primera o tercera visita del IVE.

Criterios de exclusión:

- ✗ Las mujeres que no hayan tenido pareja en el último año (ejemplo familias monoparentales donde se concibe con semen de donante).
- ✗ Las mujeres que resulta imposible comunicarse con ellas a solas por no hablar español ni inglés.
- ✗ Las menores de edad (por requerir el consentimiento de los padres para poder participar en un estudio de investigación).

En caso de no poder participar en el estudio (por no cumplir los criterios de inclusión o tener criterios de exclusión) se registrará en la "**hoja de registro de casos no incorporados al estudio**": fecha, CIP y nombre de la mujer y el motivo de no participar.

Si existe dificultad idiomática, pero la mujer habla inglés, valorar la posibilidad de utilizar el cuestionario ISA en inglés. En este caso el consentimiento se le entregará también en inglés. Si se tiene la sospecha de que la mujer pueda sufrir violencia, se ofrecerán los recursos oportunos (se dispone de información por escrito en diferentes idiomas)¹.

Nota: Si la carga de trabajo no permite preguntar sobre VG: se realizará en las sucesivas visitas. La matrona puede poner una alerta sanitaria en la historia clínica informatizada tipo: "pendiente estudio VG".

Paso 2) Preguntar si la mujer quiere participar en el estudio. Debe preguntarse a solas: en el caso de que la mujer acuda a la consulta acompañada, se debe pedir al acompañante que se ausente. Una forma modelo podría ser, iniciar la visita de la manera habitual (valorando las pruebas oportunas, haciendo la exploración pertinente, respondiendo a las dudas...) pero antes de terminar la visita:

Primero, dirigirse a la mujer:

"Estamos haciendo un estudio en el ASSIR, pero necesito que estemos a solas."

A continuación (si es necesario), dirigirse al acompañante:

"Podrías esperar fuera por favor, serán solo unos minutos."

Si la mujer o el acompañante (especialmente si es la pareja) preguntaran por el motivo del estudio, se podría decir que: *"son preguntas relacionadas las relaciones íntimas, la sexualidad..."* Puesto que si la mujer sufre violencia, posiblemente exista un gran control por parte del hombre, se le facilitará así la "excusa" que le puede dar si él le pregunta más: *"me han preguntado sobre sexualidad."* De hecho, algunas de las preguntas de los cuestionarios son sobre relaciones sexuales. No obstante, si la matrona considera que no es seguro para la mujer, no lo preguntará y buscará otro momento para realizar el cuestionario.

Nota: Si la pareja o la mujer se negaran al encuentro a solas, se registrará en la "hoja de registro de casos no incorporados al estudio". Se continuará la visita con naturalidad. Frase modelo:

"De acuerdo, no hay problema, no te realizaré las preguntas puesto que las respuestas no son válidas para el estudio si estás acompañada."

Una vez que se está a solas con la mujer: se le debe informar del motivo para realizar los cuestionarios. La mujer debe saber por qué se le pregunta sobre VG, para qué, debe confiar en que sus respuestas son confidenciales. Frase modelo:

¹ El PMD dispone de traductores que solicita de forma previa a la visita de la mujer.

“Como seguro sabes, hay muchas mujeres que desgraciadamente sufren maltrato por parte de sus parejas, esto puede repercutir en su salud y nos preocupa. Por ello, estamos haciendo un estudio, si quieres participar te pediría que rellenes un cuestionario, pero para ello necesito que firmes un consentimiento. Es importante que sepas que es totalmente confidencial.”

Puede ser útil que la matrona le lea el consentimiento, con la hoja girada de tal forma que la mujer siga la lectura. De esta forma, la matrona puede destacarle o aclararle algunos puntos (marcados en negrita en el consentimiento) y puede hacer más humano la frialdad que comporta la firma de todos los consentimientos informados.

Nota: Si alguien interrumpe la consulta, se parará el proceso de información hasta encontrarse de nuevo a solas con la mujer.

Paso 3) Actuar según si la mujer desea o no participar

a) Si la mujer decide no participar: se registrará en la “hoja de registro de casos no incorporados al estudio”. Se informará a la mujer que puede contar con la matrona si se encuentra en una situación de violencia y se continuará la visita con normalidad. Frase modelo:

“De acuerdo, muchas gracias igualmente por dedicarme tu tiempo. Si cambias de opinión, aquí estaremos. Nos vemos el próximo mes.../ te pido la analítica...”

b) Si la mujer decide participar: se le adjudicará un número de caso por orden de entrada a la consulta. Es decir, la matrona rellenará la documentación del caso 1, con la primera mujer que entra en la consulta y participe en el estudio, el caso 2 con la segunda, etc. A continuación se detalla:

I.- La mujer firmará el consentimiento y se le ofrecerá una copia. Si la mujer no desea tener la copia, se guardará con el resto de la documentación del caso. La matrona le agradecerá su participación.

II.- Seguidamente, se realizará a la mujer algunas preguntas sobre sus datos personales.

III.- A continuación, se pedirá a la mujer que auto-cumplimente el cuestionario ISA, dándole instrucciones previas. Frase modelo:

“Por favor cumplimenta el siguiente cuestionario, debes responder si ha experimentado una de estas situaciones por parte de tu pareja en el último año, marcando con una cruz la frecuencia de ello...”

Nota: Para favorecer que la mujer realice “con calma” el cuestionario, la matrona puede aprovechar para solicitar pruebas, registrar en la historia clínica el control de la visita, colocar algún elemento de la consulta... La matrona, no debe ausentarse de la consulta si la pareja está esperando fuera, en cuyo caso es **altamente recomendable cerrar la consulta durante la cumplimentación del cuestionario**. La matrona podrá realizar alguna nota en la hoja del cuestionario ISA, si lo considera oportuno. Por ejemplo: si observa algún comportamiento relevante (como que la mujer se ponga nerviosa, que la pareja interrumpa...) o si la mujer expresa algún sentimiento. **Revisará que la mujer haya auto-cumplimentado todo el cuestionario ISA.**

PASO 4) Valoración del resultado de los cuestionarios y actuar en consecuencia.

El cuestionario ISA se evaluará a posteriori por el equipo investigador: los resultados serán comunicados a la matrona de referencia para actuar junto con ella, en caso de que fuera necesario.

a) **En caso de que el cuestionario ISA tenga resultado negativo:** se informará a la mujer del resultado en las sucesivas visitas (si existieran). Frase modelo:

“Según el cuestionario, no te encuentras en una situación de conflicto de pareja, gracias por colaborar.”

c) **En caso de que el cuestionario ISA tenga resultado positivo:** en las sucesivas visitas o en una visita concertada para ello (a solas con la mujer):

I.- En primer lugar, se le **preguntará por el momento de inicio de la situación violenta**, utilizando para formular la pregunta alguna de los ítems donde la mujer ha respondido de forma positiva: Ejemplos:

“Esta situación como que sientas miedo de tu pareja, ya ocurría antes de quedarte embarazada o ha iniciado durante el embarazo?”

II.- En segundo lugar, se **informará a la mujer del resultado y se ofrecerá los recursos del municipio** (trabajador/a social de referencia o Programa Municipal per a la Dona (PMD) (Anexo 2). Frase modelo:

“Según este cuestionario, te encuentras en una situación de conflicto de pareja importante. Puede que sea oportuno que hables de ello con un experto ¿Qué te parece?... No tiene por qué ser ahora, pero si en algún momento crees que esto puede influir en tu salud o en la salud de tus hijos/ futuro hijo: podemos solicitar cita con el trabajador social de tu ABS, también puedes acudir al PMD ¿lo conoces?...”

Si la mujer desea tener una visita con el trabajador social, se contactará vía teléfono o correo con el/la Trab. Social para facilitarle más información y acordar la cita. Se pactará con la mujer el número de teléfono y momento para contactar con ella e informarla del día y la hora de la cita con el /la Trab. Social de forma segura.

En los casos que la mujer sea muy consciente de su situación, quiera poner en marcha medidas o se observe la necesidad de una asistencia multidisciplinar (t. social, psicología, etc), se ofrecerá la posibilidad de acudir al PMD, se le facilitará el contacto a través de trípticos que estarán disponibles en la mencionada carpeta.

Nota: En caso de control extremo por parte de la pareja violenta que impida desplazarse a la mujer al PMD, la matrona puede contactar con el PMD para que una de las trabajadoras sociales acuda al ASSIR a realizar la primera entrevista durante la sucesiva visita de seguimiento del embarazo.

En ambos casos se registrará la actuación en la historia clínica de la mujer.

Nota: En el caso de la mujer responda de forma afirmativa al cuestionario ISA (raramente, ocasionalmente, con frecuencia o casi siempre) a los ítems 13: "Me amenaza con un arma o un cuchillo", 18: "Me ha llegado a pegar tan fuerte que llegué a necesitar asistencia médica" y/ o 30: "Actúa como si fuera a matarme". La matrona, deberá advertir a la mujer del riesgo vital en el que se encuentra. Frase modelo:

Respondes que en ocasionalmente te ha pegado tan fuerte que..., creo que te encuentras en una situación muy grave de violencia, ¿te sientes segura en su casa?... La mujer podría dirigirse a los mossos d'esquadra o a la guardia urbana. La matrona le facilitará el contacto.

Nota: Se seguirá el Protocol per a l'abordatge de la violència masclista en l'àmbit de la salut a Catalunya (Document operatiu d'embaràs) del 2010 y el Protocol Marc d'actuacions contra el maltractament a infants i adolescents de Catalunya del 2017. Por tanto, en los casos de maltrato grave, es decir cuando esté en peligro la integridad y el bienestar de los hijos (niños a adolescentes) se comunicará al DGAIA.

III.- En tercer lugar, se realizará **seguimiento del caso**. En ambos casos (trab. Social de referencia o PMD) se mantendrá "Feedback": con la matrona, especialmente cuando la mujer no acude a la visita concertada con trab Social, a través de correo o teléfono. También feed-back entre matrona y trab. Social en posterior visita clínica (para favorecer el seguimiento).

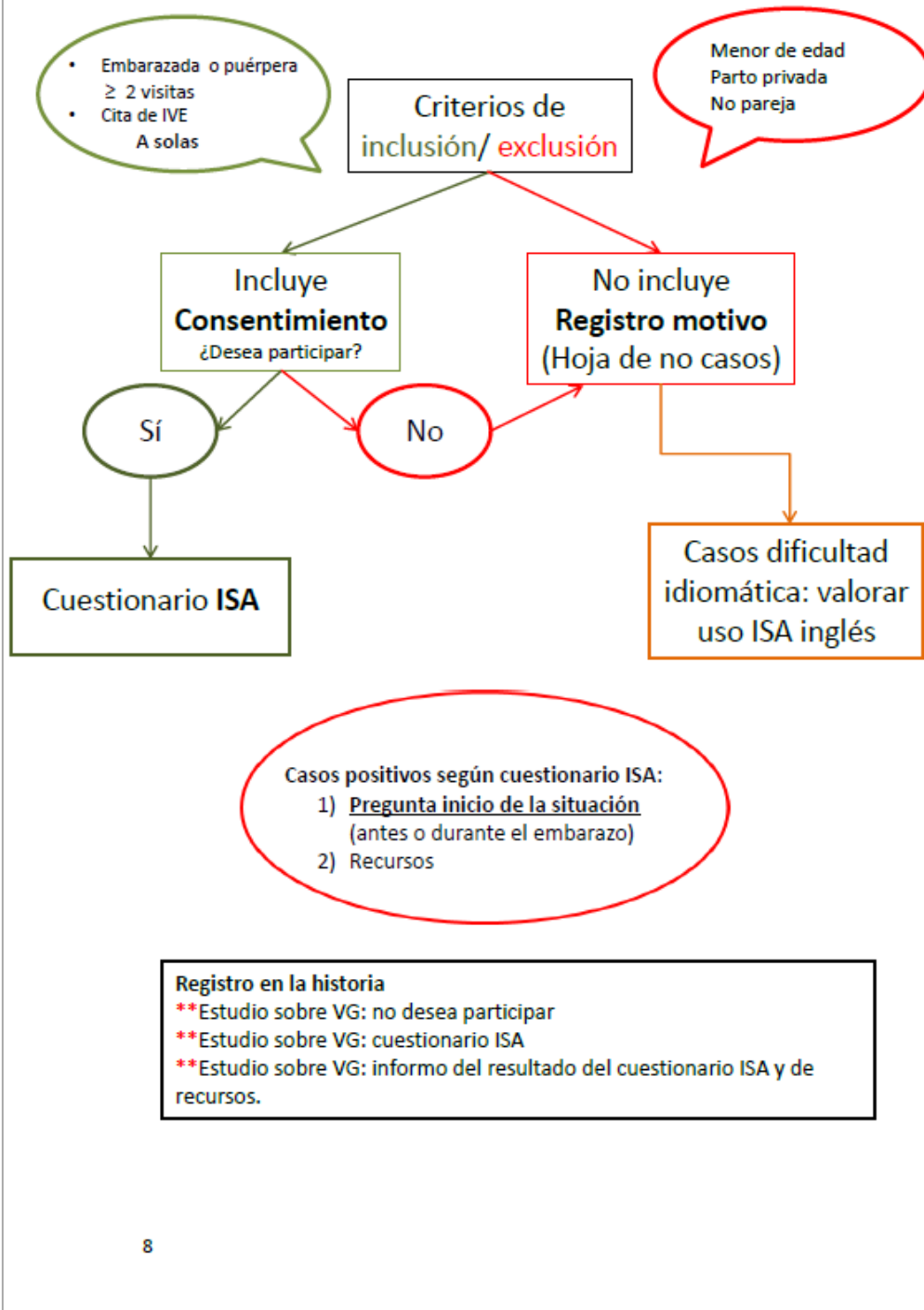
PASO 5) Registro en la historia: se debe registrar en la historia clínica informatizada la actividad.

- a. Mujer que no desea participar: ****Estudio sobre violencia de género: no desea participar.**
- b. Mujer con resultado negativo: ****Estudio sobre violencia de género: cumplimenta el cuestionario ISA.**
- c. Mujer con resultado positivo: ****Estudio sobre violencia de género: informo de resultado del cuestionario ISA y de recursos.**

Nota: Los anteriores textos de registro en la historia clínica, cuentan con el Vº Bº de la letrada del ICS.

Si la matrona lo considera, puede incorporar más texto en la historia clínica con el uso de la nota confidencial. Ejemplo: al informar del resultado del cuestionario ISA la mujer verbaliza "..."

Anexo 1: Algoritmo de actuación.



Anexo 2: Recursos disponibles en L'Hospitalet de Llobregat

Trabajadores/as Sociales.

UGEAP Hospitalet Centre

Sra. XX
ABS Centre
Telf: 93 261 02 52
xx@ambitcp.catsalut.net

Sra. XX
Consultori Sant Feliu
Telf: 93 261 09 08
xx@ambitcp.catsalut.net

Sra. XX
ABS Santj Josep
Telf: 93.261 00 01
xx@ambitcp.catsalut.net

Sra. XX
ABS Can Serra
Telf: 93 437 15 68
xx@gencat.cat

UGEAP Hospitalet Sud

Sra. XX
ABS Sta Eulàlia Nord
Telf: 93 432 95 72
xx@ambitcp.catsalut.net

Sra. XX
ABS Bellvitge
Telf: 93 336 96 78
xx@ambitcp.catsalut.net

Sra. XX
ABS Gornal
Telf: 93 336 51 14
xx@ambitcp.catsalut.net

Sra. XX
ABS Santa Eulàlia Sud
Telf: 93 336 97 44
xx@ambitcp.catsalut.net

UGEAP Hospitalet Nord

Sra. XX
ABS Pubilla Casas
Telf: 93 473 24 60
xx@ambitcp.catsalut.net

Sra. XX
ABS Florida Sud
Telf: 93 447 10 80
xx@ambitcp.catsalut.net

Sra. XX
ABS Florida Nord
Telf: 93 447 10 80
xx@ambitcp.catsalut.net

Sr. XX
ABS Torrasa
Telf: 934407500 Ext:xx
xx@sanitatintegral.org

Sra. XX
ABS Torrasa
Telf: 934407500 Ext:xx
xx@sanitatintegral.org

Sra. XX
ABS Collblanc
Telf: 934407500 Ext:xx
xx@sanitatintegral.org

Sra. XX
ABS Collblanc
Telf: 934407500 Ext:*5109
xx@sanitatintegral.org

Programa Municipal per a la Dona (PMD)

Direcció: PL Can Colom 1. L'H, CP: 08902 (Ubicado en la masia Can Colom)

Teléfono: 93 403 62 70

Fax: 93 403 62 70

Horario habitual del centro:

Lunes, miércoles y viernes de 9.00 a 14.00 h

Martes y jueves de 9.00 a 19.00 h

Web: <http://www.l-h.es/caid>

Correo: caid@l-h.cat

Comissaria Mossos D'Esquadra en L'H

Direcció: Carrer Teide, 99, L'H, CP: 08905

Teléfono: 934 13 13 00

Guardia Urbana de L'H

Direcció: Carrer Migdia, 5, L'H, CP: 08901

Teléfono: 934 09 10 92

Línia d'atenció contra la violència masclista

900 900 120

Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència (DGAIA)

Direcció: Avinguda del Paral·lel, 50-52, Barcelona, 08001

Teléfono: 93 483 10 00

Correo: dgaia.tsf@gencat.cat

Anexo 6. Cuestionario de datos sociodemográficos y hoja de registro de las mujeres que no participan en el estudio.

En español.

País de nacimiento: _____

Nivel de estudios:

Sin estudios Primarios (graduado escolar o FP grado medio)

Secundarios (bachillerato o FP superior) Universitarios

Situación laboral:

Estudiante Tareas domésticas

Trabajo activo Baja laboral En paro Pensionista

Hábitos tóxicos actuales:

Tabaco Alcohol Otros: _____

En caso de tener abortos previos:

Voluntarios, ¿cuántos? _____ Espontáneos o por causa médica ¿cuántos? _____

En inglés.

País de nacimiento: _____
(The country of birth)

Nivel de estudios *(Education level)*:

Sin estudios Primarios (graduado escolar o FP grado medio)
(Without) *(Primary education or Vocational Education and Training)*

Secundarios (bachillerato o FP superior) Universitarios
(A levels or Certificate of Higher Education) *(University Degree)*

Situación laboral *(Employment situation)*:

Estudiante *(student)* Tareas domésticas *(housework)*

Trabajo *(work)* En paro *(unemployed)* Baja laboral *(temporary disability)*

Hábitos tóxicos actuales:

Tabaco *(Smoke)* Alcohol *(Drink alcohol)* Otros *(Other drugs : _____)*

En caso de tener abortos previos:

Voluntarios, ¿cuántos? _____ Espontáneos ¿cuántos? _____
(Voluntary abortion) *(Spontaneous abortion)*

Hoja de registro de las mujeres que no participan en el estudio.

FECHA Y DATOS DE LA MUJER	MOTIVO
Fecha: CIP: Nombre:	<ul style="list-style-type: none"> •No desea participar en el estudio •Es la primer ver que acude al ASSIR durante este proceso •No parirá en un hospital público •No ha tenido pareja en el último año •Imposible comunicarse con ellas a solas •Es menor de edad •El acompañante se niega a salir de la consulta •La mujer se niega a quedarse a sola en la consulta •Viene acompañada de un menor •Otros: Notas:
Fecha: CIP: Nombre:	<ul style="list-style-type: none"> •No desea participar en el estudio •Es la primer ver que acude al ASSIR durante este proceso •No parirá en un hospital público •No ha tenido pareja en el último año •Imposible comunicarse con ellas a solas •Es menor de edad •El acompañante se niega a salir de la consulta •La mujer se niega a quedarse a sola en la consulta •Viene acompañada de un menor •Otros: Notas:
Fecha: CIP: Nombre:	<ul style="list-style-type: none"> •No desea participar en el estudio •Es la primer ver que acude al ASSIR durante este proceso •No parirá en un hospital público •No ha tenido pareja en el último año •Imposible comunicarse con ellas a solas •Es menor de edad •El acompañante se niega a salir de la consulta •La mujer se niega a quedarse a sola en la consulta •Viene acompañada de un menor •Otros: Notas:

Anexo 7. Cuestionario de validación del programa de formación continuada.

Por favor, valore cada ítem según la siguiente escala: 1: Poco; 2: Suficiente; 3: Bastante; 4: Mucho, y realice las consideraciones que estime oportunas.

Muchas gracias por su participación.

Ítems para la validación	1	2	3	4	Comentarios y sugerencias
¿El programa está claramente contextualizado?					
¿El programa se adecúa a la formación en el ámbito de las personas a las que va dirigido?					
¿La temporalización es ajustada?					
¿Los objetivos específicos se corresponden con el objetivo general del programa?					
¿Los bloques de contenido son pertinentes?					
¿Los bloques de contenido son suficientes?					

Ítems para la validación	1	2	3	4	Comentarios y sugerencias
¿La metodología es adecuada?					
¿Las actividades de enseñanza-aprendizaje propuestas son coherentes con los objetivos?					
¿Las actividades de enseñanza-aprendizaje propuestas son coherentes con la metodología?					
¿La evaluación se orienta a la formación de las participantes?					
¿Las referencias aportadas son suficientes para desarrollar el programa?					

Anexo 8. Aprobación de comités de Bioética.

Comisión de Bioética de la Universitat de Barcelona.



Oficina de Gestió de la Recerca
Pavelló Rosa (recinte Maternitat) primer pis
Travessera de les Corts, 131-159
08028 Barcelona

COMISSIÓ DE BIOÈTICA

En Albert Royes i Qui, Secretari de la Comissió de Bioètica de la Universitat de Barcelona

CERTIFICA

Que analitzada la sol·licitud presentada per la Sra. **Amalia Gómez Fernández** doctoranda en el departament d'Infermeria de Salut Pública, Salut Mental i Maternoinfantil de l'Escola d'Infermeria, i referent a la Tesi intitulada "**Estrategia de mejora en la detección y abordaje de la violencia de género en el embarazo, investigación acción participativa en los ASSIR de l'Hospitalet de Llobregat y Diseño y validación de un programa formativo para matronas**", dirigida per les Dres. **Josefina Goberna Tricas i Montserrat Payà Sánchez**, aquesta Comissió, per acord de data 17 de novembre de 2015, va aprovar informar favorablement des del punt de vista bioètic, la realització de l'esmentada tesi.

I perquè en quedi constància a tots els efectes, signa aquest document, amb el vist i plau del President de la Comissió, a Barcelona, 17 de novembre de 2015.

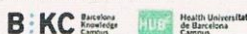

U
B
Universitat de Barcelona
Comissió de Bioètica

Vist i Plau
El president de la Comissió de Bioètica de la
Universitat de Barcelona
Jordi Alberch Vié



Institutional Review Board (IRB00003099)

Doi Campus d'Excel·lència Internacional:





INFORME DEL COMITÈ ÈTIC D'INVESTIGACIÓ CLÍNICA

Rosa Morros Pedrós, Presidenta del Comitè Ètic d'Investigació Clínica de l'IDIAP Jordi Gol.

CERTIFICA:

Que aquest Comitè en la reunió del dia 25/11/2015, ha avaluat el projecte **Estrategia de mejora en la detección y abordaje de la violencia de género en el embarazo, investigación acción participativa en los ASSIR de L'Hospitalet de Llobregat y Diseño y validación de un programa formativo para matronas** amb el codi **P15/129** presentat per l'investigador/a **Analia Gomez Fernandez**.

Considera que respecta els requisits ètics de confidencialitat i de bona pràctica clínica vigents.

Barcelona, a 11/12/2015

Anexo 9. Documentos de consentimiento informado.

Para el profesorado.



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN EL ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN:

“Estrategia de mejora en la detección y abordaje de la violencia de género en el embarazo, investigación acción participativa en los ASSIR de L’Hospitalet de Llobregat y diseño y validación de un programa formativo para matronas”.

A usted se le está invitando a participar en un estudio de investigación. El proceso será estrictamente **confidencial**, su nombre no aparecerá en ningún informe cuando los resultados de la investigación sean publicados.

El objetivo es conocer la presencia y desarrollo de la capacitación relacionados con la formación en detección y atención a la violencia de género en los planes de estudio de los currículum formativos del grado de Enfermería y del programa de especialización de las Matronas en Cataluña y de su implementación, entrevistado al profesorado que lo imparte. Además se pretende conocer la distribución de estos contenidos en asignaturas troncales u optativas, atender a su secuenciación a lo largo del plan de estudios e indagar en el nivel de profundidad con que se tratan los temas y las motivaciones que subyacen en la inclusión de los contenidos específicos en las asignaturas.

En caso de aceptar participar se le realizarán algunas preguntas. Las cuales serán **grabadas** para su posterior análisis.

Cumpliendo lo establecido en la Ley 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de datos de carácter personal, y la L.O. 41/2002, reguladora del derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

CONSENTIMIENTO:

Yo, _____ he leído el procedimiento descrito arriba. El investigador me ha explicado el estudio y ha contestado mis preguntas. He recibido copia de este procedimiento. Comprendo que puedo retirarme del estudio cuando quiera, sin tener que dar explicaciones. Voluntariamente doy mi consentimiento para participar en el mismo.

Fecha

Firma del investigador

Firma del participante

Contacto del investigador:

Analía Gómez (matrona). Correo electrónico: agomezf@ambitcp.catsalut.net

Para las matronas.



**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN EL ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN:
"Estrategia de mejora en la detección y abordaje de la violencia de género en el embarazo,
investigación acción participativa en los ASSIR de L'Hospitalet de Llobregat
y diseño y validación de un programa formativo para matronas".**

A usted se le está invitando a participar en un estudio de investigación. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados: Este proceso se conoce como consentimiento informado. Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto. El proceso será estrictamente **confidencial**, su nombre no aparecerá en ningún informe cuando los resultados de la investigación sean publicados. Una vez que haya comprendido el estudio y si **usted desea participar**, entonces se le pedirá que firme esta forma de consentimiento. Tiene derecho a retirarse de la investigación en cualquier momento.

La metodología del estudio es la investigación acción participativa, se pretende comprender la percepción que tienen las matronas sobre la violencia de género, determinar cómo actúan desde las consultas y recoger las medidas que proponen para mejorar la detección y abordaje de la violencia de género. El objetivo final es implantar dichas estrategias.

En caso de aceptar participar se le realizarán algunas preguntas. Las cuales serán **grabadas** para su posterior análisis.

Cumpliendo lo establecido en la Ley 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de datos de carácter personal, y la L.O. 41/2002, reguladora del derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

CONSENTIMIENTO:

Yo, _____ he leído el procedimiento descrito arriba. El investigador me ha explicado el estudio y ha contestado mis preguntas. He recibido copia de este procedimiento. Comprendo que puedo retirarme del estudio cuando quiera, sin tener que dar explicaciones.

Voluntariamente doy mi consentimiento para participar en el mismo.

Fecha

Firma del investigador

Firma del participante

Contacto del investigador coordinador:

Analia Gómez (matrona)

Correo electrónico:

agomezf@ambitcp.catsalut.net

Para las mujeres gestantes, puérperas o que solicitan un IVE (en español).



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN EL ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN:
"Estrategia de mejora en la detección y abordaje de la violencia de género en el embarazo,
investigación acción participativa en los ASSIR de L'Hospitalet de Llobregat
Y diseño y validación de un programa formativo para matronas".

A usted se le está invitando a participar en un estudio de investigación, antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados: Este proceso se conoce como consentimiento informado. Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto. El proceso será estrictamente **confidencial**, su nombre **no aparecerá en ningún informe** cuando los resultados de la investigación sean publicados. Una vez que haya comprendido el estudio y si **usted desea participar**, entonces se le pedirá que firme esta forma de consentimiento. Tiene derecho a retirarse de la investigación en cualquier momento sin que eso suponga ningún cambio en su asistencia. Si por el contrario, usted decide no participar, su proceso asistencial no sufrirá ningún tipo de cambio.

Uno de los objetivos del estudio es conocer el número de mujeres que sufren violencia de género y que acuden al control del embarazo, del postparto o solicitan interrumpir la gestación, así como saber las consecuencias en la salud de ellas y su futuro hijo.

En caso de aceptar participar en el estudio se le realizarán algunas preguntas para detectar violencia de género y también preguntas sobre su salud, las cuales serán realizadas por la misma matrona que le visita habitualmente. Más tarde se accederá a la historia del hospital para ver el tipo de parto que ha tenido y si ha habido alguna complicación en el mismo.

Los autores de este estudio, en caso de detectar algún indicio de violencia, **no realizarán ninguna medida legal ni social**, sin consensuarla previamente con usted. **Nadie emprenderá ninguna medida en contra de su voluntad** al menos que se encuentre en peligro de vida.

CONSENTIMIENTO:

Yo, _____ he leído el procedimiento descrito arriba. El investigador me ha explicado el estudio y ha contestado mis preguntas. He recibido copia de este procedimiento. Comprendo que **puedo retirarme del estudio cuando quiera, sin tener que dar explicaciones y sin que eso repercuta en mis cuidados médicos**. Voluntariamente doy mi consentimiento para participar en el mismo.]

Fecha:

Firma de la matrona que informa

Firma del participante

Contacto del investigador coordinador:

Analía Gómez (matrona)

Correo electrónico: agomezf@ambitcp.catsalut.net

Teléfono del centro: 933370514

Para las mujeres gestantes, puérperas o que solicitan un IVE (en inglés).



**INFORMED CONSENT FORM FOR PARTICIPATING IN THE RESEARCH STUDY:
"Strategy for improving the detection and treatment of gender-based violence in pregnancy.
A participatory action research project at the L'Hospitalet de Llobregat ASSIR to design and
validate a training program for midwives."**

You have been invited to participate in a research study. Before you decide whether or not to take part, it is important that you should fully understand each of the following statements; this process is known as informed consent:

Feel free to ask any questions that might help clarify your doubts. The process will be strictly **confidential**; **your name will not appear in any report** when the results of the research are published. Once you have understood the study and **if you wish to participate**, you will be asked to sign this consent form. You have the right to **withdraw from the study at any time**, and if you do your withdrawal will have no effect on the care you receive. Equally, if you decide not to participate, the care you receive will not be affected in any way.

One of the objectives of the study is to establish the number of women who suffer gender violence and receive attention during their pregnancy and postpartum or request termination of their pregnancy, and to determine the health consequences for them and their future child.

If you agree to participate in the study, the midwife who normally sees you will ask you some questions designed to detect gender violence, and also some questions about your health. Later the hospital's records will be consulted to determine the type of delivery you have had and whether there were any complications.

If the authors of this study detect any signs of violence, **they will not take any legal or social action without your prior agreement. No one will take any action against your will** unless your life is in danger.

CONSENT:

I, _____ have read the procedure described above. The researcher has explained the study to me and answered my questions. I have received a copy of this procedure. I understand that **I may withdraw from the study at any time, without having to give any explanation, and that my withdrawal will not affect the medical care given to me in any way.** I voluntarily give my consent to participate.

Date:

Signature of the midwife

Signature of the participant

Researcher's contact details
Analia Gómez (midwife)
email: agomezf@ambitcp.catsalut.net
Phone: 933370514

Anexo 10. Referencias bibliográficas del programa de FC.

- Amnistía Internacional. *Violencia contra las mujeres en España* (2016). Disponible en: <https://www.es.amnesty.org/en-que-estamos/espana/violencia-contra-las-mujeres/> [Última consulta: 4 de julio de 2018]
- Álvarez-Freijo, M.; Andrés-Pueyo, A.; Augé-Gomà, M.; Choy-Vilana, A.; Fernández-Velasco, R.; Fernández-Rodríguez, C.; Foulon, H.; López-Ferré, S. (2011). RVD-BCN Protocolo de valoración del riesgo de violencia contra la mujer por parte de su pareja o ex pareja. Barcelona.
- Convenio del Consejo de Europa sobre Prevención y Lucha contra la Violencia contra la Mujer y la Violencia Doméstica (2011). Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2014-5947 [Última consulta: 4 de julio de 2018]
- Emanuel, E.J.; Emanuel, L.L. *Cuatro modelos de la relación médico-paciente*. Madrid: Triacastela, 1992, 109-24.
- Escribá, V.; Royo, M.; Mas, R.; Fullana, A.; Moreno, M^a P. (2009). *Protocolo para la atención sanitaria de la violencia de género (PDA)*. Valencia: Generalitat. Conselleria de Sanitat.
- Disponible en: http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/profesionalesInvestigacion/protocolosAmbitoAutonomico/sanitario/docs/Protocolo_atencion_sanitaria_Valencia.pdf [Última consulta: 5 de julio de 2018]
- Feldhaus, K. M.; J. Koziol-McLain, H. L.; Amsbury, I. M; Norton, S. R.; Lowenstein, and J. T. Abbott. (1997). "Accuracy of 3 Brief Screening Questions for Detecting Partner Violence in the Emergency Department." *JAMA*, 277: 1357–61.
- García-Esteve, L.; Torres, A.; Navarro, P.; Ascaso, C.; Imaz, M.I.; Herreras, Z.; Valdés, M. (2011). "Validación Y Comparación de Cuatro Instrumentos Para La Detección de La Violencia de Pareja En El Ámbito Sanitario." *Medicina Clínica*, 137 (9): 390–97.
- Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. *Protocol de Seguiment de l'Embaràs a Catalunya*. 2018, 3^a ed. rev.
- Gómez-Fernández, MA.; Goberna-Tricas, J.; Payà- Sánchez, M. (2015). Las matronas y la detección de la violencia en el embarazo. *Matronas Profesion*, 16(4), 124-130.

- Gómez-Fernández, MA.; Isidro-Albaladejo, M.; García-delArco, M.; Molina-Ordoñez, R. Aspectos bioéticos de la relación asistencial de las matronas con las mujeres embarazadas en contexto de violencia de género. *MUSAS. Revista de Investigación en Mujer, Salud y Sociedad*, 2(2), 40-55.
- Gómez-Fernández, MA.; Goberna-Tricas, J.; Payà- Sánchez, M. (2017). Intimate partner violence as a subject of study during the training of nurses and midwives in Catalonia (Spain): A qualitative study. *Nurse Education in Practice*, 27, 13e21.
- Instituto De La Mujer Y Para La Igualdad De Oportunidades (2015). *Macroencuesta Violencia contra las mujeres*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2018.
- Disponible en: <http://www.inmujer.gob.es/MujerCifras/Violencia/Macroencuestas.htm> [Última consulta: 4 de julio de 2018]
- James, L.; Brody, D.; Hamilton, Z. (2013). Risk factors for domestic violence during pregnancy: a meta-analytic review. *Violence Vict*, 23(3), 359-80.
- Ley 27/2003, de 31 de julio, reguladora de la Orden de protección de las víctimas de la violencia doméstica. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2003-15411> [Última consulta: 4 de julio de 2018]
- Ley 11/2003, de 29 de septiembre, de medidas concretas en materia de seguridad ciudadana, violencia doméstica e integración social de los extranjeros. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2003-18088> [Última consulta: 4 de julio de 2018]
- Ley 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2004-21760> [Última consulta: 2 de julio de 2018]
- Ley 5/2008 del derecho de la mujer a erradicar la violencia machista. Generalitat de Catalunya. Disponible en: <https://www.parlament.cat/document/nom/TL75.pdf> [Última consulta: 2 de julio de 2018]
- Ley 4/2015, de 27 de abril, del Estatuto de la víctima del delito. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2015-4606> [Última consulta: 4 de julio de 2018]

- Ley 17/2015, del 21 de julio, de igualdad efectiva entre mujeres y hombres. Generalitat de Catalunya. Disponible en: <http://portaldogc.gencat.cat/utillsEADOP/PDF/6919/1436051.pdf> [Última consulta: 4 de julio de 2018]
- Ministerio de Sanidad y Política Social (2012). *Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género*. Disponible en: <http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/profesionalesInvestigacion/sanitario/docs/PSanitarioVG2012.pdf> [Última consulta: 4 de julio de 2018]
- Ministerio de Sanidad y Política Social. *Programa formativo de la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona)*. Boletín Oficial del Estado; 2009 p. 44697–729. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2009/05/28/pdfs/BOE-A-2009-8881.pdf> [Última consulta: 23 de abril de 2018]
- O.M.S. (2017). *Violencia contra la mujer. Datos y Cifras*. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women> [Última consulta: 3 de julio de 2018]
- Payà- Sánchez, M.; Gómez-Fernández, MA.; Martín-Badía, Julia; Goberna-Tricas, J. Formación para la detección de la violencia de género durante el embarazo: una propuesta contextualizada. *MUSAS. Revista de Investigación en Mujer, Salud y Sociedad (En prensa)*.
- Penfold, R. (2006). *Quiéreme bien. Una historia de maltrato*. Barcelona: Lumen. Extracto disponible en: [http://www.arahal.es/opencms/export/galeriaF/Comicx violencia de gxnero.pdf](http://www.arahal.es/opencms/export/galeriaF/Comicx%20violencia%20de%20gxnero.pdf) [Última consulta: 3 de julio de 2018]
- Velasco, C.; Luna, J.D.; Martín, A.; Caño, A.; Martín-De-las-heras, S. (2014). Intimate partner violence against Spanish pregnant women: Application of two screening instruments to assess prevalence and associated factors. *Acta Obstet Gynecol Scand*,93(10),1050–8.
- Walker, L. (1984). *The battered woman syndrome*. New York: Springer.
- World Health Organization. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence, 2013. [Consulta: 30 de abril de 2018]. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85239/9789241564625_eng.pdf;jsessionid=A20A0DAC88D3A61F47FBDD6367373EB4?sequence=1>. [Última consulta: 23 de abril de 2018]

Anexo 11. Artículos.

Artículo 1. “Las matronas y la detección de la violencia en el embarazo”.

matronas
profesión

Matronas Prof. 2015; 16(4): 124-130

Revisión bibliográfica

Las matronas y la detección de la violencia en el embarazo

Midwives and intimate partner violence during pregnancy

M.^a Analia Gómez-Fernández¹, Josefina Goberna-Tricas², Montserrat Payà-Sánchez³

¹Matrona. 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. ²Matrona. 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. ³Doctora 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.

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 privada¹.

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^{1,2}.

Leonor Walker, en 1978, describió el carácter cíclico del fenómeno de la violencia e identificó tres fases³ (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

Este trabajo se inscribe en el contexto del Grupo de Estudios sobre Mujer, Salud y Ética de la Relación Asistencial eDossier (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.

124



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 mujer¹⁴.

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 permite⁴.

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 epidemia⁵. 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 combinados⁶.

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)⁷.

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 acoso⁸.

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 1999⁹. 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^{1,2} (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^{10,11}.

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 utilizada¹². Un metaanálisis de 2013 en el que se revisaron 92 estudios independientes sobre VG entre mujeres embaraza-

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

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%¹³. 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 embarazo¹⁴. En España, un artículo de 2004 indica una prevalencia del 13% en la población estudiada¹⁵. 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 evaluación¹⁶. De hecho, el principal factor de riesgo para sufrir violencia durante el embarazo es la historia de violencia previa¹⁷.

El problema es de tal magnitud que la violencia durante el embarazo es más frecuente que la diabetes gestacional (1-12%)¹⁸, el síndrome de Down (0,18%)¹⁹ o la preeclampsia (2-3%)²⁰, 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 alcohol²¹. 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 pacientes². 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"> • Maltratos en la infancia • Historia de conductas de evasión: abuso de alcohol, drogas o psicofármacos • Historia de Intentos de suicidio • Historia de accidentes repetidos • Trastornos de la conducta alimentaria 	<ul style="list-style-type: none"> • Lesiones en los genitales, el abdomen o los pechos (principalmente durante el embarazo) • Dispareunia, dolor pélvico e Infecciones genitales repetidas/ Infecciones de transmisión sexual • Ausencia de control de la fecundidad • Retraso en la solicitud de atención prenatal • Historia de abortos o de Interrupciones voluntarias del embarazo repetidas
Motivos de consulta/utilización de los servicios sanitarios	Presentación de lesiones durante la consulta
<ul style="list-style-type: none"> • Síntomas somáticos/psicológicos repetidos • Alterancia de hiperfrecuentación con periodos de largas ausencias • Incumplimiento de citas y de tratamientos • Hospitalizaciones frecuentes sin diagnósticos que lo justifiquen 	<ul style="list-style-type: none"> • Retraso en la asistencia por lesiones físicas • Incongruencia entre el tipo de lesión y la explicación del motivo • Distribución central de las lesiones o en zonas escondidas por la ropa • Lesiones en diferentes momentos de curación • Lesiones por defensa (p. ej., cara interna del antebrazo)
Actitud o estado de la mujer durante la consulta	Actitud de la pareja
<ul style="list-style-type: none"> • Rasgos depresivos y de desánimo • Actitud de temor o evasión • Estado de ansiedad o angustia, agresividad • Justificación de las lesiones • Si está presente la pareja, busca su aprobación y muestra temor en las respuestas 	<ul style="list-style-type: none"> • Solicita estar presente durante toda la visita • Control sobre todo lo que dice la mujer: contesta él o la interrumpe para precisar o matizar su relato • Demostrar excesiva preocupación o cuidado • Mostrarse nervioso, e incluso hostil o agresivo, con su pareja o con el profesional sanitario

Tabla 3. Consecuencias de la violencia durante el embarazo

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

En las investigaciones realizadas hasta el momento no se ha determinado si la violencia en realidad comienza, aumenta o disminuye durante el embarazo²¹. Pero lo que está claro es que el hecho de que la mujer esté embarazada no excluye la violencia^{22,23}.

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 paternidad²⁴.

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 VG² (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^{1,21,25-32} (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 deseado³³⁻³⁵. 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 pareja³⁶⁻³⁸.

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%³². 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 IVE³². 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 embarazo³².

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 autoculparse³⁹.

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»³⁹.

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-

didado 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 jurídico⁴⁰.

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 1/2004⁴¹, 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 atendió³⁹.

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 mujer⁴².

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 siguientes³⁹: 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 insolidarias 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 ayuda⁴⁴.

Se estima que de las mujeres que acuden a los servicios de atención primaria de salud, un 17-25% estarán sufriendo VG¹³ (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 auxilio⁴³. Habitualmente, estas mujeres acuden a servicios sanitarios durante años por síntomas somáticos provocados por la VG propiamente dicha⁴⁴. 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^{43,44}.

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 control²¹.

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 sufrirla⁴⁵.

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 ayuda²¹. 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.⁴⁶. 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»⁴¹.

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
- Protocol per a l'abordatge de la violència masculista 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.
- Palittoa 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 MI, 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; 14(1): 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, Lettão 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; 14(1): 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, Michiels 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, Kodj A, Llu 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.
- Arcoz 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.
- Oberg 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.
- Ismaylova 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; 14(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, Farras 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 Pública.* 2012; 86(1): 85-99.
- Protocol per a l'abordatge de la violència masculista 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.

Artículo 2. “Aspectos bioéticos de la relación asistencial de las matronas con las mujeres embarazadas en contexto de violencia de género”.

Musas, vol. 2, núm. 2 (2017): 40 - 55. ISSN 2385-7005. DOI: 10.1344/musas2017.vol2.num2.3

ASPECTOS BIOÉTICOS DE LA RELACIÓN ASISTENCIAL DE LAS MATRONAS CON LAS MUJERES EMBARAZADAS EN CONTEXTO DE VIOLENCIA DE GÉNERO¹

M^a Analia Gómez-Fernández¹, Mónica Isidro-Albaladejo², María García-del Arco³, Raquel Molina-Ordoñez⁴

Autora correspondencia: M^a Analia Gómez-Fernández

Correo electrónico: analiagomez2@yahoo.es

1. Doctoranda del programa Enfermería y Salud. Departamento de Enfermería de Salud Pública, Salud Mental y Maternoinfantil. Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. Universitat de Barcelona. Matrona en la Atención a la Salud Sexual y Reproductiva (ASSIR) Delta de Llobregat. Instituto Catalán de la Salud.
2. Profesora asociada médica. Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. Universitat de Barcelona. Matrona en el ASSIR Baix Llobregat Centre. Instituto Catalán de la Salud.
3. Matrona en el ASSIR Delta de Llobregat. Instituto Catalán de la Salud.
4. Matrona en el ASSIR Delta de Llobregat. Instituto Catalán de la Salud.

Recepción: 17/05/2017 Aceptación: 15/07/2017



¹ El presente trabajo se engloba en el proyecto de investigación ACUP083 “Prevención y detección de les violencia de género durante el embarazo: de la violencia machista a la violencia obstétrica” financiado por RecerCaixa (2016ACUP 0083) y se inscribe dentro de la tesis de doctorado de M^a Analia Gómez-Fernández “Estrategia de mejora en la detección y abordaje de la violencia de género en el embarazo: investigación acción participativa en los ASSIR de L’Hospitalet de Llobregat y Diseño y validación de un programa formativo para matronas” que ha sido financiada parcialmente por la Fundación Enfermería y Sociedad en el marco de las Ayudas a la Investigación Enfermera (PR-050/16)

RESUMEN

Objetivo

Analizar los diferentes modelos asistenciales para ofrecer elementos de reflexión, profundizar en los factores que intervienen y presentar los principales dilemas éticos con los que se pueden encontrar las matronas en la asistencia a embarazadas víctimas de VG.

Material y Métodos

Se realizó una revisión bibliográfica en bases de datos científicas, libros, guías de práctica clínica y legislación sobre el tema.

Resultados

La violencia de género (VG) es un grave problema social en todo el mundo, por su elevada prevalencia y la repercusión que tiene en la salud de las mujeres. El embarazo es un momento de gran vulnerabilidad para sufrir violencia; las consecuencias en la salud de la mujer se amplían al feto en desarrollo y el/la futuro/a hijo/a. Los principales dilemas se asocian con el respeto a la autonomía de la madre a la vez que se vela por el bienestar fetal, con la realización de denuncias y con el miedo.

Conclusiones

Cabe señalar que las matronas deben abordar los casos de VG por ser parte de sus competencias y por obligación moral. La relación asistencial más oportuna sería la que individualiza cada caso, desde una perspectiva dialógica, teniendo en cuenta la vulnerabilidad de las mujeres embarazadas en contextos de VG.

Palabras clave: embarazo, violencia de género, profesionales, bioética.

ABSTRACT

Objectives

To explore the existing welfare models in order to offer elements of reflection, analyze the dynamics that intervene in their development and present the main ethic dilemmas faced by midwives when assisting pregnant women affected by gender-based violence.

Materials and Method

We carried out a systematic bibliographical review of scientific databases, books, practical medical guides and legislation concerning said topic.

Results

Gender-based violence is a serious social problem worldwide due to both its elevated presence and consequences on women's health. Pregnancy is a moment of great vulnerability, when violence and its consequence do not only affect the woman's health but also her fetus and the child to be. The main dilemmas concerning this issue are related to the respect for the mother's autonomy while caring for the fetus' health, violence report and the sense of fear.

Conclusions

Midwives must deal with cases of gender-based violence as part of their competences and moral responsibilities. The most adequate approach consists in individualizing every case from a dialogic perspective taking into account the vulnerability of pregnant women in gender-based violence contexts.

Keywords: pregnancy, intimate partner violence, health professionals, bioethics.

INTRODUCCIÓN

La violencia contra las mujeres ha existido siempre y para muchas de ellas forma parte de su sistema de vida (Instituto de Salud Pública, 2003). Son numerosas las prácticas lesivas contra las mujeres en todo el mundo: matrimonios forzados, infanticidios, mutilación genital, abortos selectivos por el sexo femenino del feto, trata de mujeres, violencia sexual, violencia por la pareja, etc. (De Miguel, 2015; Organización Mundial de la Salud, 2003). Esta violencia en ocasiones permanece oculta, puesto que con frecuencia las mujeres son maltratadas por miembros de su propia familia, lo que comporta que no se atrevan a denunciar al agresor (Instituto de Salud Pública, 2003).

La violencia de género (VG) se define como todo acto de agresión basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad; esto incluye: agresiones físicas, psicológicas y/o sexuales (Naciones Unidas, 1993). En el presente trabajo se utiliza el término VG para referirse a la violencia que sufren las mujeres dentro de la relación de pareja o expareja, puesto que es el comúnmente usado en el ámbito sanitario. Algunos autores se refieren a esta situación como como violencia machista, violencia sexista, violencia patriarcal e incluso terrorismo de género (Amorós 2008; Peris 2015).

La VG deriva del dominio y poder e implica la desigualdad entre los seres humanos, en este caso entre hombres y mujeres (Bugarín, 2014; Lorente, 2009). El sufrimiento que comporta no es solo una situación concreta, sino una práctica en ocasiones institucionalizada en la organización social y frecuentemente silenciosa e invisible (De la Torre, 2010; Valcárcel, 2008). Esta invisibilidad está muy relacionada con el prestigio social que ha tenido y tiene la institución familiar, y la creencia de que los hechos que ocurren en su seno pertenecen al ámbito de lo privado (Instituto Salud Pública, 2003). La discriminación de las mujeres y la violencia ejercida contra ellas vulneran los derechos humanos y las libertades fundamentales, comprometiendo severamente la salud de las mujeres. De hecho, la VG es considerada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un problema de Salud Pública, por ser una causa importante de muerte y lesiones a nivel mundial (OMS, 2013). La VG afecta la salud física y mental de las mujeres a través de vías directas, tales como lesiones, y vías indirectas, como los problemas de salud crónicos que derivan del estrés prolongado (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2012).

El presente trabajo se enmarca dentro del ámbito sanitario en un momento vital, el embarazo, en el cual la mujer puede encontrarse en una situación de mayor vulnerabilidad, no solo física sino psicológica, laboral y, en cierto sentido, también social. Durante el embarazo existen cambios en la relación de pareja que pueden derivar en algunos casos en episodios de violencia o en un aumento de la misma. Esto comporta que las gestantes sean más susceptibles de sufrir violencia que las mujeres que no están embarazadas (Departament de Salut, 2010). La prevalencia de VG durante el embarazo depende de la población de estudio y de la metodología utilizada. Un metaanálisis publicado en 2013 por James, en el cual se revisaron 92 estudios independientes sobre VG entre mujeres embarazadas a nivel mundial, determina que la prevalencia de violencia psicológica fue del 28,4%, física del 13,8%, y el abuso sexual fue de 8,0%. En el territorio Español un estudio realizado por Velasco (2014) revela una prevalencia de entre el 7,7-21% (sumando violencia psicológica, física y sexual) dependiendo del instrumento de evaluación.

Las graves consecuencias que tiene para la salud de la mujer se amplían durante el embarazo en relación a la posibilidad de desencadenar complicaciones de la gestación (como infecciones, sangrado, retraso de crecimiento fetal), parto (como mayor riesgo de cesárea o parto pretérmino) y/o post-parto (como depresión post-parto); y el riesgo de tener consecuencias negativas para la salud del feto y la futura criatura (Gómez, 2015; Departament de Salut, 2010).

Poder dar respuesta a esta problemática desde los centros sanitarios es de vital importancia para la integridad y el bienestar de la madre y del feto. Las matronas proporcionan atención integral a la salud sexual, reproductiva y maternal de la mujer, en sus facetas preventiva, de promoción y de atención y recuperación de la salud, incluyendo asimismo la atención a la madre, en el diagnóstico, control y asistencia del embarazo, parto y puerperio normal, y la atención al hijo recién nacido sano hasta el 28 día de vida (Ministerio de Sanidad y Asuntos Sociales, 2009). Esto implica un contacto directo con las mujeres y una relación de confianza que se establece especialmente durante el seguimiento del embarazo. También cabe señalar que para algunas mujeres el embarazo es el único momento en que tienen contacto con el sistema sanitario. Por ello, las matronas, entre otros profesionales de la salud, ocupan una posición clave para llevar a cabo la prevención, detección, atención y recuperación de situaciones de violencia de género en las mujeres embarazadas (Departament de Salut, 2010). Sin embargo, a menudo, las dudas acerca de

si se está realmente o no ante una situación de VG, así como las dudas sobre cómo intervenir, plantean serios dilemas éticos.

Este trabajo no pretende, en absoluto, ser la respuesta deontológica a tales situaciones dilemáticas, pero sí pretende profundizar en ellas ofreciendo guías para su resolución desde los diferentes modelos asistenciales. Asimismo, delimita los principales factores que clarifican u obstaculizan la detección de la violencia de género durante el embarazo y los elementos de intervención sobre la misma.

MATERIAL Y MÉTODOS

Para dar respuesta al problema de esta investigación, se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica en las bases de datos PubMed, ENFISPO, CINAHL y Cochrane. Los artículos se seleccionaron según criterios científicos y debían tratar los siguientes temas: el abordaje de la VG y las cuestiones bioéticas de la relación asistencial. 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», «profesionales», «bioética» y en inglés, «pregnancy», «intimate partner violence», «professional» y «bioethics». 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. Se seleccionaron 10 artículos por su interés, siguiendo el criterio de título, lectura de resumen y posibilidad de acceder al trabajo. Además, se consultaron 12 guías, 12 libros, 1 tesis doctoral, la Ley Orgánica 1/2004 de medidas de protección integral contra la violencia de género, el Código Deontológico Internacional de las matronas y la orden SAS del Ministerio de Sanidad y Asuntos Sociales del 2009 que regula las competencias de las matronas. Con el fin de delimitar un marco ético de actuación profesional de las matronas y determinar el modelo de relación asistencial más adecuado en la relación clínica, se ha realizado, a partir del análisis de las referencias encontradas, un análisis bioético desde de los cuatro principios enunciados por Beauchamp y Childres (1999).

RESULTADOS

La identificación y el abordaje de la VG es parte de las competencias de las matronas, según la Orden SAS/1346 del Ministerio de Sanidad y Asuntos Sociales (2009). Del mismo modo, el código deontológico internacional de las matronas, indica que éstas tienen el deber moral y ético de comprender las consecuencias adversas que la violación de los derechos éticos y humanos tiene sobre la salud de las mujeres y sus hijos/as y que trabajarán para acabar con esa violación (Confederación Internacional de Matronas, 2008). Por ello, si la VG implica una violación de los derechos de la mujer, podemos considerar maleficente, desde un punto de vista ético, la falta de diligencia y la inhibición o conducta de omisión por parte las matronas ante los casos de VG.

En los últimos años, el desarrollo de la bioética ha proporcionado propuestas que intentan mejorar la atención al paciente, apoyar el sentido de responsabilidad de los profesionales sanitarios y sensibilizar a la ciudadanía de los derechos y los deberes relativos al cuidado de su salud, de las distintas formas de intervención y de la necesidad de una adecuada comunicación interpersonal del sanitario y el paciente (Boladeras, 2012). Para un mejor abordaje de estos planteamientos, en el ámbito sanitario se aplica el análisis de casos y situaciones desde el marco de los cuatro principios bioéticos enunciados por Beauchamp y Childress (1999). Aplicando dichos cuatro principios clásicos de la bioética, a los casos de VG, nos encontramos:

Principio de Beneficencia: definido como obrar en función del mayor beneficio posible para el paciente, procurando su bienestar (Bautista, 2004). Es importante tener presente que «el mayor beneficio posible» puede entenderse como aquello deseable desde un punto de vista médico o sanitario, pero también puede entenderse como aquello que la mujer determina que es su mejor bien de acuerdo a sus propios valores y que dichos valores pueden no coincidir con los de la medicina (Goberna, 2012). Por ello, se debe dialogar con la mujer para comprender lo que entiende como beneficioso para ella y su futuro/a hijo/a, ya que en caso contrario se caería en el paternalismo, pudiendo llegar a realizar una beneficencia coercitiva (Gracia, 2008). Se deben respetar las decisiones que tome la mujer. Si pretendemos su obediencia en lo que el sanitario cree que es beneficioso para ella y el feto, estaremos provocando una relación jerárquica y una transferencia de roles del poder que ejercía su pareja sobre ella al poder del sanitario. Debe ser ella quien tome las decisiones y marque los tiempos (Bugarín, 2014).

Principio de No Maleficencia: este principio es uno de los más antiguos en la medicina hipocrática: «Primum non nocere», es decir, no hacer daño al paciente (Bautista, 2004). La VG infringe daño; por tanto, no ser proactivo en la detección o no ayudar a la mujer a salir de esta situación también provoca daño que atenta contra el principio de no maleficencia (Bugarín, 2014). Además, existen protocolos específicos de detección y abordaje de la VG en el embarazo que las matronas deben conocer y que ayudan a esa detección. En estos se recomienda abordar la VG desde un clima de confianza y empatía (Departament de Salut, 2010; Ministerio de Sanidad y Consumo, 2012). Por ello sería inadmisibles que las matronas «mirasen hacia otro lado» ante la sospecha de un caso de VG y se consideraría por tanto una mala praxis.

Principio de autonomía: la autonomía se ha convertido un principio fundamental de la bioética en las sociedades occidentales de inicios de siglo XXI. El reconocimiento de la libertad de la persona para decidir ha sido uno de los grandes avances del pensamiento moderno. De él se ha derivado un cambio necesario en la manera de entender la relación clínica (Camps, 2011). Hacer uso de la propia capacidad de autonomía requiere que cada persona conduzca sus decisiones en concordancia con sus intereses, deseos y creencias (Bautista, 2004). Para que una decisión sea autónoma deben cumplirse tres puntos: que sea intencionada, que la paciente conozca los pros y los contras y que haya una ausencia de control externo (manipulación o persuasión) (Gracia, 2008). En el caso de las mujeres víctimas de VG, en ocasiones existirá una gran dependencia de la pareja violenta, principalmente a nivel psicológico, pero también a nivel económico. La mujer gestante puede sentirse obligada a permanecer con una pareja violenta para asegurar alimento y refugio a su hijo/a (Cook, 2009). Aunque ciertamente la mujer víctima de VG sufre una enorme vulnerabilidad y una reducción de su libertad, cabe precisar que esta dramática situación no la priva de su autonomía moral, ni de su capacidad de agencia, por lo que es ella la que tiene que tomar las decisiones sobre su proyecto vital y las matronas tienen la obligación de promover las condiciones necesarias para que esto sea así (Bugarín, 2014).

Principio de Justicia: este principio determina que la salud es un derecho humano fundamental que debe ser garantizado con equidad (Bautista, 2004). Desde una perspectiva de salud pública se debe abogar y trabajar por el fortalecimiento de las personas vulnerables y desfavorecidas de la comunidad, con el objetivo de garantizar que los recursos básicos y las condiciones necesarias para la salud sean accesibles a todos (Fundación Víctor Grifols i Lucas, 2012). Pero la realidad social constata que existen

desequilibrios y desigualdades entre los hombres y las mujeres. Esto es especialmente significativo en la VG, que se fundamenta en el poder que el agresor infringe sobre la mujer, forzandola a una situación de subordinación (Naciones Unidas, 1993). Por lo tanto, para cumplir este principio desde los servicios sanitarios, se debe asegurar que las matronas conocen todos los recursos disponibles para ayudar a salir de esa situación de injusticia que supone la VG durante el embarazo, y de esta forma poder informar y asesorar correctamente.

Conflictos éticos: la detección y abordaje de situaciones de VG puede plantear conflictos éticos a las matronas. Por divergencias en la aplicación de los principios; por contradicción entre estos y el código deontológico; y también de índole personal (subjetividad). Ejemplo de ello serían los casos en los que la mujer sufre VG, pero, a pesar de una adecuada información y asesoramiento, no quiere que se realice una denuncia. La ley determina que ante la sospecha racional de agresión, es decir, con una base médica, argumentada y sometida a la crítica de la razón, el sanitario tiene la obligación de hacer un informe a la justicia (Boletín Oficial del Estado, 2004). Pero en ocasiones las mujeres suplican que no se haga por miedo a las consecuencias o porque no están decididas a emprender acciones legales. Algunas mujeres retiran la denuncia a los pocos días o niegan o minimizan los hechos, pasando a defender al agresor. Esto se puede explicar en función del momento del ciclo de violencia² en la que la mujer se encuentra (Aretino, 2007; OMS, 2001). Sin duda, tomar una decisión en estas circunstancias supone un conflicto, puesto que no hacer el parte de lesiones incumple la ley. Además, cabe tener en cuenta que, en caso del embarazo, el feto y el/la futuro/a hijo/a podría sufrir lesiones y secuelas en su salud no solo en caso de una agresión física, sino porque la exposición reiterada en la infancia a un ambiente de abuso y violencia hacia la madre constituiría una forma grave de maltrato psicológico infantil (Servicio Madrileño de Salud, 2008). Por el contrario, denunciar en contra de la voluntad de la mujer choca con el respeto a su capacidad de autonomía y puede hacer que se rompa la relación de confianza, que la mujer se sienta traicionada y no acuda más a la consulta, lo que implica poner en riesgo todo el trabajo realizado hasta el momento. Además, la pérdida del contacto con el sistema sanitario la hace más vulnerable (Babi, 2015; CAMFiC, 2013).

² Leonor Walker, en 1978, describió el carácter cíclico del fenómeno de la violencia e identificó tres fases: acumulación de tensión (ocurren incidentes menores de agresión que van creando un clima de temor e inseguridad), incidente agudo (las tensiones se descargan mediante violencia hacia la mujer) y luna de miel (donde el agresor se muestra cariñoso, amable y da muestras de arrepentimiento).

Otro conflicto ético que se plantea se relaciona con el miedo: el miedo a lo que pueda sucederle a la mujer. Hay que recordar que muchos femicidios³ se producen después de que la mujer se haya separado de su pareja o anunciado que se quería separar. Es imprescindible, a la hora de realizar una denuncia y hasta que la justicia puede proteger a la mujer, ayudarla a tomar medidas de seguridad. En este sentido, las matronas deben conocer los recursos que se pueden ofrecer a la mujer. Pero esta actuación es especialmente difícil de llevar a cabo si se hace sin su consentimiento, puesto que probablemente se habrá roto, como se ha mencionado, la confianza de la mujer en la matrona. También está presente el miedo a no informar; si se produce una agresión después de haber decidido abstenerse de informar a la justicia se le podrían pedir responsabilidades legales al sanitario. Y, por último, está presente el miedo de que la matrona (que también suele ser mujer) pueda sentir hacia el hombre que ejerce la violencia. El nombre del sanitario figura en informes y partes de lesiones que la víctima usará contra el agresor si hay juicio y que este, tarde o temprano, conocerá, lo que compromete aún más la toma de decisiones (CAMFiC, 2013).

Cabe señalar que la relación asistencial durante el embarazo tiene una configuración particular, en la que el profesional tiene la obligación de cuidar de la madre pero también velar por el desarrollo del feto, apareciendo el erróneamente definido como conflicto materno-fetal⁴ (Goberna, 2009).

³ Según la OMS, se entiende por femicidio al asesinato intencional de una mujer por el hecho de ser mujer, incluiría: femicidios íntimos (cometidos por la pareja o expareja), femicidios en nombre del «honor» (por ejemplo cuando la mujer es acusada de adulterio e incluso por haber sido violada), femicidios relacionados con la dote (por ejemplo por traer una dote insuficiente a la familia) o los femicidios no íntimos (cometidos por alguien que no tiene una relación íntima con la mujer, por ejemplo el asesinato en una violación).

⁴ La autora profundiza en la concepción «errónea» del denominado «conflicto materno-fetal»; según Goberna, dicho conflicto aparece cuando los intereses de la mujer embarazada (definidos desde la perspectiva de la propia mujer embarazada) entran en conflicto con los intereses del feto (definidos desde la perspectiva del médico o de la matrona). El profesional percibe que el principio de beneficencia entra en conflicto con el principio de autonomía. Nuestro ordenamiento jurídico reconoce en el artículo 29 del Código Civil que el nacimiento determina la personalidad; asimismo, la Sentencia del Tribunal Constitucional 53/1985 reconoce que al nacisturus no le corresponde la titularidad del derecho a la vida. Sin embargo, reconoce que la vida del nacisturus es un bien jurídico constitucionalmente protegido por el artículo 15 de la Constitución española. De las anteriores argumentaciones puede concluirse que no existen obligaciones por parte de los profesionales sanitarios relacionadas con el principio de autonomía del feto, por lo que no puede existir «conflicto materno-fetal». Evidentemente, ello no significa que el profesional no adquiera responsabilidades relacionadas con la preservación de la salud del feto, ya que estas derivan de la naturaleza de bien jurídicamente protegido. Para ampliar información al respecto, ver: Goberna, J. *Dones i procreació: Ètica de les pràctiques sanitàries i la relació assistencial en embaràs i naixement*. Tesis doctoral, 2009. Universitat de Barcelona. <http://hdl.handle.net/10803/1762>.

Para procurar dar luz y conciliar estos conflictos, vamos a analizar la relación asistencial de las matronas con las mujeres embarazadas en contextos de VG según los cuatro modelos de relación asistencial propuestos por Emanuel y Emanuel (1992):

El modelo paternalista: es aquel que el sanitario actúa como tutor, determinando y poniendo en práctica aquello que es lo mejor para el paciente. El sanitario da al paciente una información previamente seleccionada que le conducirá a consentir la actuación que según el punto de vista sanitario es la mejor. Se concibe la autonomía del paciente como un asentimiento, ya sea en el momento o posteriormente, a lo que el sanitario considera que es lo mejor (Emanuel y Emanuel, 1992). La matrona actuaría, por tanto, únicamente según su criterio objetivo marcado por la mejor praxis recomendada que determinaría qué es lo mejor para la mujer.

El modelo informativo: hace énfasis en el momento de transmisión de la información y proclama una clara diferencia entre los hechos y los valores. En este modelo, la obligación del profesional se limita a dar al paciente la información técnica y profesional, basada en la mejor evidencia disponible, para que así el paciente elija la intervención que desee. Concibe la autonomía del paciente como el control del mismo sobre la toma de decisiones médicas (Emanuel y Emanuel, 1992). La matrona se convertiría en un suministrador de experiencia técnica e información sanitaria, sin tener cabida el diálogo, el consenso y la corresponsabilidad de elaborar un plan de acción, tan necesario en los casos de VG.

El modelo interpretativo: en este modelo, al igual que en el anterior, se pone a disposición del paciente la información disponible, técnica y sanitaria, pero en este caso el sanitario ayuda al paciente a aclarar y articular sus valores, y a determinar qué actuación los desarrolla mejor. Este modelo parte del supuesto de que los valores son dinámicos y dependen del contexto, por lo que pueden variar o entrar en conflicto cuando se aplican a diferentes situaciones. La autonomía del paciente se concibe como una autocomprensión; el paciente llega a conocer más claramente cómo las distintas opciones sanitarias afectan su identidad (Emanuel y Emanuel, 1992). La matrona actuaría como «consejera-consultora», facilitándole información, ayudándole a interpretar sus valores con el fin de determinar las intervenciones que mejor se ajustan a su necesidad. No se limitaría a informar como en el modelo anterior, sino que incorporaría la mujer embarazada en un proceso global de análisis de su situación personal.

El modelo deliberativo: tiene el objetivo de que paciente y profesional interactúen. Este último debe ayudar al paciente a determinar y elegir los mejores valores relacionados con su salud y que pueden desarrollarse en un acto clínico. El sanitario expone la información sobre la situación clínica del paciente y le ayuda a dilucidar los tipos de valores incluidos en las opciones posibles. La autonomía del paciente se concibe como un autodesarrollo moral, es decir, el paciente está capacitado no solamente para seguir unas preferencias irreflexivas o unos valores establecidos, sino también para analizar a través del diálogo los distintos valores relacionados con la salud, su importancia, y sus implicaciones en el tratamiento, en consonancia con su propia identidad (Emanuel y Emanuel, 1992). En este caso, la información proporcionada por la matrona sería el primer paso, pero después esta dialogaría con la mujer y se haría una deliberación conjunta de las medidas a tomar o los pasos a seguir. La matrona comentaría no solo qué es lo que la mujer podría hacer, sino también, conociendo su situación personal y deseando lo mejor para ella y su futuro/a hijo/a, qué decisiones sobre su salud serían las más adecuadas. Esta deliberación no debe ir más allá de un acompañamiento, en algunos casos una relación persuasiva pero evitando siempre la coacción.

CONCLUSIONES

Las mujeres en contexto de VG viven una situación especialmente compleja, en la que a la dureza del maltrato se le añaden los conflictos internos (psicológicos, morales). Esta vulnerabilidad es aún mayor en el caso de las gestantes, porque afecta a dos vidas.

En ocasiones existirán discrepancias entre lo que la matrona considera que es lo mejor para la salud de la mujer y su futuro/a hijo/a y lo que ella desea o puede hacer. Discrepancias entre el respeto a la autonomía de la madre y lo que es beneficioso para el feto, desde una perspectiva médico-sanitaria. Por tanto, se la debe ayudar y no juzgar ni dejar al margen su situación de VG, aunque no se compartan sus decisiones.

Se ha de considerar que la toma de decisiones en situaciones tan complejas como la VG y específicamente durante el embarazo requiere un proceso asistencial de diálogo. Por ello, el modelo paternalista solo sería oportuno en aquellas situaciones en que la urgencia clínica hace necesario que el sanitario determine el mejor curso de acción de acuerdo a su criterio; por ejemplo, en los casos en los que se considere que la mujer o el feto se encuentren en riesgo vital. En el resto de las situaciones, este modelo debería ser

desestimado por no tener en cuenta las convicciones ni los valores de la mujer. Por otro lado, el modelo informativo también parece inadecuado en los casos de VG durante el embarazo, tanto por sus características como por su aplicabilidad, puesto que la mujer espera de la matrona calidad humana y no solo una «técnica informadora» que la asista de forma impersonal. Parecen por tanto a priori más oportunos el modelo interpretativo o deliberativo.

Puesto que la VG durante el embarazo requiere de un proceso asistencial de reflexión, interpretación y en ocasiones de negociación, no es generalizable a todas las mujeres por igual: dependerá del momento vital en que se encuentre. Precisa además de un proceso de toma compartida de decisiones bien elaborado, por lo que demanda tiempo, para la mujer y para la matrona. Tiempo en las consultas, pero también que las matronas tengan formación en habilidades psicológicas, comunicativas, sociales y éticas para abordar de una forma competente estas situaciones. La suma de ambos elementos: tiempo y habilidades, conllevará una relación asistencial que contemple el principio de autonomía desde una relación horizontal y de corresponsabilidad, teniendo en cuenta la vulnerabilidad de la gestante en contexto de violencia y dando a cada mujer, siempre que no se encuentre en riesgo vital, el tiempo que necesite para reflexionar, decidir y salir de esa situación.

BIBLIOGRAFÍA:

- AMORÓS, Celia. Conceptualizar es politizar. En: LAURENZO, Patricia et al. (coords.) *Género, violencia y derecho*. Valencia: Tirant lo Blanch, 2008.
- ARETINO ROMERO, Antonia. *Aspectos éticos de la denuncia profesional de la violencia contra la mujer*. En: *Gaceta Sanitaria*. 2007, vol. 21, núm. 4, p. 273-7.
- BABI ROURERA, Pilar. *Presente continuo. Violencia de género en las consultas*. En: *Mujeres y Salud*. 2015, núm. 38, p. 17-38.
- BAUTISTA, Esperanza. Reciprocidad, responsabilidad y justicia. En: BAUTISTA E. (ed.) *10 palabras clave en la violencia de género*. Navarra: Verbo Divino, 2004, p. 189-239.
- BEAUCHAMP, Tom; CHILDRESS, James. *Principios de ética biomédica*. Barcelona: Masson, 1999.
- BOLADERAS, Margarita (coord.). *Bioética, género y diversidad cultural*. Barcelona: Proteus, 2012.
- BUGARÍN GONZÁLEZ, Rosendo; BUGARÍN, Carmen. *Aspectos éticos en la atención sanitaria de la violencia de género*. En: *Semergen*. 2014, vol. 40, núm. 5, p. 280-5.
- CAMPS, Victoria. *La autonomía, el principio «por defecto»*. En: *Bioética y debate*. 2011, vol. 17, núm. 62, p. 11-13.
- CONFEDERACIÓN INTERNACIONAL DE MATRONAS. *Código Deontológico Internacional para Matronas*. Glasgow: Confederación Internacional de matronas, 2008.
- COOK, Rebecca J.; DICKENS Bernard M. *Dilemmas in intimate partner violence*. En: *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2009, vol. 106, núm. 1, p. 72-5.
- DE LA TORRE, Javier. *Mujer, mujeres y bioética*. Madrid: Universidad Pontificia Comillas, 2010.
- DE MIGUEL, Ana. *Neoliberalismo sexual. El mito de la libre elección*. Madrid: Ediciones Cátedra, 2015.
- DEPARTAMENT DE SALUT. *Protocol per l'abordatge de la violència masclista en l'àmbit de la salut a Catalunya. Document operatiu d'embaràs*. Barcelona: Generalitat de Catalunya, 2010.
- EMANUEL, Ezequiel J.; EMANUEL Linda L. *Cuatro modelos de la relación médico-paciente*. Madrid: Triacastela, 1992, p. 109-24.

- ESPAÑA. Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. *Boletín Oficial del Estado*, 29 diciembre de 2004, núm. 313, p. 42166.
- ESPAÑA. Orden SAS/1349/2009, de 6 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona). *Boletín Oficial del Estado*, 28 de mayo de 2009, núm. 129, p. 44697-729.
- FUNDACIÓ VÍCTOR GRÍFOLS I LUCAS. *Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas N° 27. Ética y salud pública* [en línea]. Barcelona: Fundació Víctor Grífols i Lucas, 2012. Disponible en:
<http://www.sespa.es/adminweb/uploads/docs/cuaderno27X.pdf>
- GOBERNA TRICAS, Josefina. Dones i Procreació: Ètica de les practiques sanitàries i la relació assistencial en embaràs i naixement. Tesis doctoral. Barcelona: Facultat de Filosofia, Universitat de Barcelona, 2009. Disponible en:
<http://hdl.handle.net/10803/1762>
- . *Autonomía, heteronomía y vulnerabilidad en el proceso de parto*. En: *ENE revista de enfermería*. 2012, vol. 6, núm.1, p. 70-77
- GÓMEZ FERNÁNDEZ, Analía; GOBERNA TRICAS, Josefina; PAYÀ SÁNCHEZ, Montserrat. *Las matronas y la detección de la violencia en el embarazo*. En: *Matronas Profesión*. 2015, vol. 16, núm. 4, p. 124-30.
- GRACIA, Diego. *Fundamentos de Bioética*. Madrid: Triacastela, 2008.
- INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA. *La violencia contra las mujeres considerada como problema de salud pública. Documento de Apoyo para la atención a la salud de las mujeres víctimas*. Madrid: Instituto de Salud Pública, 2003.
- JAMES, Lois; BRODY, David; HAMILTON, Zachary. *Risk Factors for Domestic Violence During Pregnancy: A Meta-Analytic Review*. En: *Violence and Victims*. 2013, vol. 23, núm. 3, p. 359-380.
- LORENTE ACOSTA, Miguel. *Mi marido me pega lo normal*. Barcelona: Editorial Planeta, 2009.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. *Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género* [en línea]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2012. Disponible en:
<http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/profesionalesInvestigacion/sanitario/docs/PSanitarioVG2012.pdf>

- NACIONES UNIDAS. *Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer* [en línea]. Naciones Unidas. Derechos Humanos. Oficina de alto comisionado, 1993. Disponible en:
<http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/ViolenceAgainstWomen.aspx>
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). *Dando prioridad a las mujeres: recomendaciones éticas y de seguridad para la investigación sobre violencia doméstica contra las mujeres* [en línea]. Ginebra: OMS, 2001. Disponible en:
http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_FCH_GWH_01.1_spa.pdf
- . *Informe mundial sobre la violencia y la salud* [en línea]. Ginebra: OMS, 2003. Disponible en:
http://www.paho.org/Spanish/AM/PUB/capitulo_4.pdf
- . *Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Femicidio* [en línea]. Washington, DC: OPS, 2013. Disponible en:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/98828/1/WHO_RHR_12.38_spa.pdf?ua=1
- . *Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence* [en línea]. Genova: OMS, 2013. Disponible en:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564625_eng.pdf
- PERIS VIDAL, Manuel. *La Importancia de la Terminología en la Conceptualización de la Violencia de Género*. En: *Oñati Socio-legal Series*. 2015, vol. 5, núm. 2, p.716-744.
- SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD. *Criterios de formación en violencia de pareja hacia las mujeres*. Madrid: Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Salud, 2008.
- SOCIETAT CATALANA DE MEDICINA FAMILIAR I COMUNITÀRIA (CAMFiC). *Retos éticos en la atención a la violencia de género desde la Atención Primaria de salud*. Barcelona: Grupo de Ética de la Societat Catalana, 2013.
- VALCARCEL, Amelia. *Feminismo en el mundo global*. Madrid: Ediciones Cátedra, 2008.
- VELASCO, Casilda et al. *Intimate partner violence against Spanish pregnant women: application of two screening instruments to assess prevalence and associated factors*. En: *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 2014, vol. 93, núm. 10, p. 1050-58.
- WALKER, Lenore et al. *The Battered Women*. New York: William Morrow Paperbacks, 1979.

Artículo 3. “Intimate partner violence as a subject of study during the training of nurses and midwives in Catalonia (Spain): A qualitative study”.

Nurse Education in Practice 27 (2017) 13–21



Contents lists available at ScienceDirect

Nurse Education in Practice

journal homepage: www.elsevier.com/nelpr



Midwifery Education in Practice

Intimate partner violence as a subject of study during the training of nurses and midwives in Catalonia (Spain): A qualitative study



María Analía Gómez-Fernández^{a, b}, Josefina Goberna-Tricas^{c, *},
Montserrat Payà-Sánchez^d

^a Nursing and Health Sciences (PhD programme), University of Barcelona, Faculty of Medicine and Health Sciences, Bellvitge Health Sciences Campus c/ Feixa Llarga s/n, L'Hospitalet de Llobregat, 08907, Barcelona, Spain

^b Delta de Llobregat Sexual and Reproductive Health Care Unit (ASSIR), Catalan Institute of Health (ICS), Rambla Just Oliveras 50, L'Hospitalet de Llobregat, 08901, Barcelona, Spain

^c Department of Public Health, Mental Health and Perinatal Nursing, Faculty of Medicine and Health Sciences, University of Barcelona, Bellvitge Health Sciences Campus, c/ Feixa Llarga s/n, L'Hospitalet de Llobregat, 08907, Barcelona, Spain

^d Department of Theory and History of Education, Faculty of Education, University of Barcelona, Campus Mundet, Paseo Vall D'Hebrón 171, 08035, Barcelona, Spain

ARTICLE INFO

Article history:
Received 22 February 2017
Received in revised form
1 August 2017
Accepted 1 August 2017

Keywords:
Education
Intimate partner violence
Nurses
Midwives

ABSTRACT

While nurses and midwives are in a unique position to identify and help victims of IPV, since they are often their first point of contact in the healthcare system, they need appropriate training. This study sought to examine the presence of IPV-related contents and the depth to which they are addressed in the bachelor's degree in Nursing and in the Midwifery specialisation programme. The study also explored lecturers' motivations for including IPV in their subjects. The methodology employed was qualitative. In-depth interviews were conducted with 16 university lecturers who teach IPV contents in the Nursing degree and Midwifery specialisation programme. The study took place in Catalonia (Spain). The research shows that lecturers feel personally committed in the training for prevention and detection of IPV. The main teaching methodology is active, experiential and requires student activity. In all cases, the lecturers call for more time and spaces to be made available to carry out this training. It would be desirable for more time to be dedicated to nurses and midwives' university training in IPV. The topic should be approached with a more cross-disciplinary, systematised focus from all perspectives: health, psychological, social, ethical and legal. It is important that the training of teaching staff in IPV should be fostered and methodised.

© 2017 Elsevier Ltd. All rights reserved.

1. Introduction

Intimate partner violence (IPV) refers to behaviour by an intimate partner or ex-partner that causes physical, sexual or psychological harm, including physical aggression, sexual coercion, psychological abuse and controlling behaviours (World Health Organization - WHO, 2016). IPV is the result of power relations in which one person exerts control over the other person (Ministry of Health, Social Services and Equality, 2012).

Worldwide, 30% of women who have been in a relationship have experienced some form of IPV (WHO, 2016). In Spain, a survey conducted in 2015 of 10,171 women over 16 years of age found that 12.5% had suffered IPV at some point in their life (Government Office for IPV, 2015a).

The World Health Organization (WHO) stresses that IPV is a significant cause of death and injury worldwide and defines it as a health problem (WHO, 2013).

IPV affects women's physical and mental health through direct pathways, such as injury, and indirect pathways, such as chronic health problems that arise from prolonged stress (Ministry of Health, Social Services and Equality, 2012; WHO, 2012). IPV is of particular concern during pregnancy when not one, but two lives are at risk. Physical assault to the abdomen may increase the risk of spontaneous abortion, preterm delivery or neonatal death. Adverse

* Corresponding author. Department of Public Health, Mental Health and Perinatal Nursing, Faculty of Medicine and Health Sciences, University of Barcelona, Bellvitge Health Sciences Campus, c/ Feixa Llarga s/n, L'Hospitalet de Llobregat, 08907, Barcelona, Spain.
E-mail address: jgoberna@ub.edu (J. Goberna-Tricas).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.nep.2017.08.001>
1471-5953/© 2017 Elsevier Ltd. All rights reserved.

birth outcomes may also be indirectly engendered through negative maternal behaviours, inadequate nutrition or prenatal care, and increased stress levels (Donovan et al., 2016; James et al., 2013; WHO, 2011).

It is estimated that 38%–40% of all women who attend community health and accident and emergency (A&E) services are suffering or have suffered IPV. The reason for their visit is not always an injury directly related to the aggression, but tends to be a hidden manifestation of it (Sprague et al., 2014). However, only a minority of cases are identified in healthcare services (Coll-Vinent et al., 2008). One of the reasons that explains this low rate of detection is the lack of training in this area of the professionals who provide care to these women (Sundborg et al., 2012).

Nurses and midwives are in a unique position to identify and help victims of IPV, since they are often their first point of contact in the healthcare system (Beccaria et al., 2013; Eustace et al., 2016). In Spain, midwives are primarily responsible for the monitoring and control of normal pregnancies. Along with nurses, they constitute the primary contact point for many young women within the health care system. It is thus of paramount importance that nurses and midwives receive training throughout their degree studies which includes attitudinal changes and education about principles. (Crombie et al., 2016; Hewitt, 2015).

Numerous laws and regulations derived from international references require the compulsory inclusion of training in detecting and addressing IPV in the curricula for healthcare professionals (Council of Europe, 2011; United Nations, 2011). Spain also has specific legislation for the fight against IPV:

"Organic Law 1/2004, of protective measures against gender based violence" (Official State Gazette–BOE, 2004) stipulates that all university healthcare disciplines must include contents for training in prevention, detection and support to victims of IPV. It also states that all universities must foster cross-discipline gender equality and non-discrimination.

Prior to 2007, the nursing qualification in Spain corresponded to a three-year university diploma. Following adherence to the Bologna Process and application of the European Higher Education Area, duration of the course was extended to four years and it became a standard university degree. Listed among the competencies of nursing graduates are: "Understand and identify the psychological and physical problems resulting from intimate partner violence (IPV). Be trained in the prevention, early detection, care, and rehabilitation of victims of this violence" (Ministry of Education and Innovation, 2008).

The European directive relating to the recognition of professional qualifications at the European level allows for two methods of study for becoming a midwife, either as an independent degree or as a specialisation with the nursing degree. In Spain, midwifery is a nursing specialisation: after obtaining their degree in nursing, aspiring midwives take a national exam to access a two-year resident training programme, from which they earn the title of Obstetric-Gynaecological Nurse (Midwife). The programme specialisation in obstetrics and gynaecology is based on the acquisition of knowledge through practical experience and theoretical learning: midwives are equipped with the skills to provide care on the sexual and reproductive health of women in the different phases of their lives, from adolescence to menopause, with particular emphasis on the processes of pregnancy, childbirth and puerperium. Among the competencies they must acquire are: "Identify and advise women about current legislation on the subject of sexual and reproductive health; (...) offences against sexual freedom, IPV (...)" (Ministry of Health and Social Policy, 2009).

Spain is organised politically and geographically into 17 Autonomous Communities (ACs). Catalonia is one of these ACs and has 14 Schools or Faculties of Nursing. The theoretical training of all

nurses engaged in the Midwifery specialisation in the Catalonia AC was presented at the university until 2012, and is currently provided by the Catalan Institute of Health Studies (IES). The IES is a public institution attached to the Catalan Ministry of Health and is responsible for pedagogical promotion and renewal in the field of health sciences.

The aim of this article is to use the reflections and explanations given by lecturers to analyse the presence of IPV-related subjects and the depth to which they are addressed in the bachelor's degree in Nursing and the Midwifery specialisation programme in Catalonia (Spain). The study also explores lecturers' motivations for including IPV in their subjects.

2. Method

2.1. Design

A descriptive qualitative research methodology with a phenomenological approach was used (Giorgi and Giorgi, 2003). The objective of this study was to gather information on, systematize, and disseminate the types of training on IPV that are undertaken during the education of nurses and midwives in Catalan universities. Further to this was the objective of identifying the concerns and proposals that the teaching staff had in terms of improving the training in this topic.

2.2. Scope

The study was conducted from September 2015 to September 2016 in the public and private universities of Catalonia that offer a bachelor's degree in Nursing, and at the Catalan Institute of Health Studies (IES), which provides theoretical training in Midwifery. Previously it also took place in the University of Barcelona, where midwifery training was offered between 1994 and 2013 (the IES has provided theoretical training of midwives since 2013).

2.3. Data collection

First, a systematic review was conducted of the institutions' websites to determine IPV contents through document analysis and topic and concept descriptors in the curricula of the Nursing degree and the specialised training course for Midwives in Catalonia. The subject or subjects were identified in which IPV and its characteristics are presented.

Secondly, an email was sent to the directors and/or heads of studies in the case of the Nursing degree, and to the head of the specialised training course for Midwives. The email explained the study, solicited confirmation of the link between subjects and IPV training and asked whether other subjects also addressed the issue. Recipients were requested to furnish the contact details of teaching staff responsible for IPV training in each subject. These lecturers were then sent an email informing them about the study and asking if they would be prepared to take part in an in-person interview.

Table 1 shows the 14 universities with Nursing Schools or Faculties in Catalonia, classified into public or private and showing whether confirmation was given by the director/head of studies or not. The table also indicates the subjects in which IPV-related content is offered in the Nursing bachelor's degree and the specialised training course for Midwives, the academic year in which it is present, the number of European Credit Transfer and Accumulation System (ECTS) credits awarded, whether the subject is compulsory or optional, and if an interview was conducted with the lecturer responsible for the IPV training. Of the 14 Nursing Schools or Faculties, 13 included IPV contents in their curricula, and of the 14

directors/heads of study, five failed to reply to the email (despite a second reminder being sent) and nine confirmed the presence of training and facilitated the lecturers' contact details. Contact was made with a total of 21 lecturers in nursing of whom 14 agreed to be interviewed. The IES training programme also contained IPV-related aspects in one of its subjects, presented by two lecturers, which was confirmed by the head of theoretical training of the Midwifery specialisation. It was possible to interview one of these lecturers and to obtain information regarding the time dedicated to IPV, the methodology employed and the topics addressed by both. An interview was also held with the lecturer responsible for the same subject at the university where the midwifery theory classes had been offered for some 18 years. Consequently, a total of 16 lecturers were interviewed: 14 from the Nursing degree and 2 from the specialised training course for Midwives (identified as i1 – i16).

The same investigator conducted all face to face interviews. Every interview was digitally recorded. The average duration was some 90 min and field notes were taken throughout the process. A guide was used containing open stimulus questions, which are listed in Annex 1.

2.4. Sample

A total of 15 women and one man were interviewed. Their characteristics may be seen in Table 2. Most of the lecturers are currently full-time lecturers, although they also have past experience in clinical care. All of the lecturers have over six years of university teaching experience. Seven of the lecturers belong to public universities, seven to private, and two provided training in Midwifery.

2.5. Analysis

The interviews were transcribed verbatim. The texts were sent by email to the interviewed lecturer for any clarification or modification he or she may have wished to make. The interviews were analysed and conceptualized based on direct responses. Analysis of the data followed an inductive method, in accordance with the recommendations of Taylor and Bogdan (1990): 1) discovery; 2) data coding; and 3) relativization. The researchers made individual identification of the initial codes and subsequently pooled them (Weber, 1990). It is worth pointing out that a great deal of consensus was found. Finally, the information was classified into six code categories and 27 sub-categories or meaning units. Atlas-Ti software, version 7.5.10 was then employed to systematise the coding, establishing the relationships between categories and sub-categories, as shown in Fig. 1. Upon conclusion of the analysis it was possible to identify four themes that stood out in the information collected.

2.6. Quality

To ensure research reliability the following quality standards were taken into account: credibility (contact was made with all Catalan universities that offer the Nursing degree and with the IES, and 16 lecturers of different characteristics were interviewed); dependability (the authors met on several occasions to agree upon the evolution of the work and triangulate application of the codes); transferability (the process of obtaining and analysing the data is described in minute detail); and confirmability (all recordings, transcriptions, field notes, research diary and analysis are available for review) (Graneheim and Lundman, 2004; Skrtic, 1985).

2.7. Ethics

Before initiating the research, approval of the project was obtained from the University of Barcelona's Bioethics Commission. Lecturers who agreed to be interviewed received a full explanation of the study's aims and procedures. They were given an information sheet on the research and their written consent to record the interview was obtained, guaranteeing them confidentiality and anonymity. Any doubts they had were resolved by the interviewer. The researcher's contact details were made available to all lecturers. The interviews were conducted in spaces that offered privacy and confidentiality which were chosen by the interviewees.

3. Results

Analysis of the individual interviews with lecturers provided substantial knowledge of their connection to the subject and the way they develop their teaching in relation to the prevention and detection of IPV. Most of the lecturers have a long track record in addressing IPV, on occasions initiated prior to giving classes at the university. It is therefore possible to find a special sensitivity towards IPV-related subjects that transcends the strictly academic field and is rooted in personal experience. The majority have knowledge of IPV deriving from their personal, academic or work-based concerns and commitments. We present this information, organised on the basis of the three themes identified as central in the analysis (*Context of the training*, *Student's perceptions and experiences* and *Proposals for improvement*) and of the 11 most mentioned sub-categories.

3.1. Context of the training

Subjects with IPV contents. Table 3 shows the main characteristics of the subjects in which the 16 interviewed lecturers present IPV. The following features stand out: IPV tends to be given in Health Sociology subjects (though in some cases it is also addressed in Maternal and Child Health, Health Psychology, Health Ethics and Legislation and Community Health), in the 1st or 3rd academic year and is usually compulsory. The number of students per class in the Nursing degree and Midwifery specialisation ranges from 60 to 100, except in the case of the optional subject, which is taken by an average of 40. There is a clear predominance of active teaching methodology, with group work in which students make presentations to their classmates, individual projects which are handed in to the lecturer or participatory sessions which invite discussion, such as seminars based on external references (films and websites) or analysis of clinical cases. All lecturers ask for some kind of assessment task related to IPV within the continuous assessment system and most also include a written multiple choice test. In terms of time, from 1 to 9 h are dedicated to IPV during the Nursing degree, with an average of 5.5. Teaching hours range from 1 to 6 in each subject, with an average of 3. Five hours are offered in the Midwifery specialisation. Of the 16 lecturers interviewed, 15 consider the time they are able to devote to this subject is insufficient:

"The number of hours seems totally inadequate, like in many other subjects, subjects like this that make your hair stand on end" (i11).

Reason for introducing IPV-related topics. Of the 16 lecturers interviewed, 7 address IPV in their subject because it already appeared in the curriculum or teaching plan; these teaching plans are drawn up by the academic councils or faculty commissions in each faculty. However, nine lecturers have introduced the subject on their own initiative into the teaching plan of their subject,

Table 1
 Characteristics of the universities and subjects in which IPV-related subjects are offered in the Nursing bachelor's degree and Midwifery specialisation.

University			Subject				
Number	Type of University	Director confirmation	Contents	Academic year	ECTS	Type	Lecturer interview
1	Public	Yes	H Sociology	1st	9	C	Yes (i4) and (i14)
			H Psychology	4th	6	C	Yes (i8)
2	Public	Yes	H Psychology	1st	6	C	Yes (i16)
			H Sociology	2nd	6	C	Yes (i1)
3	Public	Yes	Community H	3rd	6	C	Yes (i10)
			Community H	1st	6	C	No
4	Public	No	H Sociology	3rd	3	O	Yes (i13)
			Community H	3rd	6	C	ø
5	Private	Yes	H Sociology	1st	6	C	No
			Maternal and Child H	3rd	3	C	Yes (i15)
6	Private	Yes	Maternal and Child H	3rd	2	C	Yes (i6)
			H Sociology	1st	9	C	No
7	Private	Yes	H Ethics and Legislation	2nd	6	C	No
			H Sociology	1st	6	C	Yes (i3)
8	Private	Yes	H Ethics and Legislation	2nd	6	C	Yes (i2)
			Maternal and Child H	3rd	3	C	Yes (i5)
9	Private	Yes	H Sociology	4th	4	O	No
			H Sociology	1st	6	C	Yes (i7)
10	Private	Yes	H Psychology	3rd	3	C	Yes (i11)
			Maternal and Child H	2nd	5	C	ø
11	Private	No	Community H	1st	6	C	ø
			H Psychology	1st	6	C	ø
12	Private	No	ø	ø	ø	ø	ø
			ø	ø	ø	ø	ø
13	Private	No	ø	ø	ø	ø	ø
			ø	ø	ø	ø	ø
14	Private	No	ø	ø	ø	ø	ø
			ø	ø	ø	ø	ø
Midwifery education			H Ethics and Legislation	1st	1.5	C	Yes (i9) and (i12)

Note: To preserve the anonymity of the universities, the name has been replaced by a number.

Key: H = Health, C = Compulsory, O = Optional, ø = Information not available.

Table 2
 Characteristics of the interviewed lecturers.

Interview	Gender	Occupation	Years of experience	Type of University
i1	woman	Full-time	8	Public
i2	woman	Full-time	8	Private
i3	woman	Full-time	9	Private
i4	woman	Full-time	10	Public
i5	woman	Full-time	20	Private
i6	woman	Full-time	22	Private
i7	woman	Full-time	23	Private
i8	woman	Full-time	24	Public
i9	woman	Full-time	25	M (Public)
i10	woman	Full-time	26	Public
i11	woman	Full-time	27	Private
i12	woman	Full-time	29	M (Public)
i13	woman	Full-time	30	Public
i14	woman	Full-time	36	Public
i15	woman	Part-time	6	Private
i16	man	Full-time	>30	Public

Note: M = Midwifery specialisation.

without this meaning modification of the previously-approved curriculum. They added it to the syllabus when they took over the subject because they considered it important for Nursing:

"(...) It worried me that in all the training offered in Nursing, nobody was talking about it" (i6).

The change in nursing studies from diploma (3 years) to bachelor's degree (4 years) which took place in Spain in 2007 prompted many lecturers to include IPV in their programmes, though some had already approached the issue in the diploma course. In general, lecturers are unaware of the situation as regards IPV training in the Nursing degree as a whole: they are not sure whether it is addressed in other subjects and do not know exactly when it was first offered:

"In my case since the degree (...) when I began the degree course I took on the subject of Health Sociology, and that's where I started to teach it, but if it was taught before I have no idea" (i3).

Syllabus. Most of the lecturers focus on the practical application of detection and treatment of IPV in the health area, which means detection, action protocols and the health consequences of IPV. All lecturers emphasise the importance of raising students' awareness and equipping them with tools:

"Above all make them aware, so they don't find themselves not knowing what to do, so they know that there's a protocol that must be followed, that they have to take it seriously" (i3).

Some expand upon the above by using a more social focus, addressing inequalities and the susceptibility of certain groups in the community to suffering violence (children, women, the elderly, immigrants and so on). They examine the influence of gender in society and other types of gender-related violence such as homophobia, and teach values and education in equality as a way of preventing IPV:

"We try to work on preventive and educational measures. We begin by speaking about health inequalities in general, then we go on to address the gender issue and feminist theories, and finally we enter into the subject of IPV" (i1).

Diversity of approaches. In Nursing, IPV is presented as a public health problem in the subject of Community Health. Maternal and Child Health subjects address IPV in pregnancy and its impact on the children. In Health Ethics and legislation students are informed about legal responsibility and possible ethical conflicts that may be encountered. Health Psychology approaches IPV from the perspective of social inequality derived from patriarchal power and explains that sexist behaviours continue to exist in society. In the

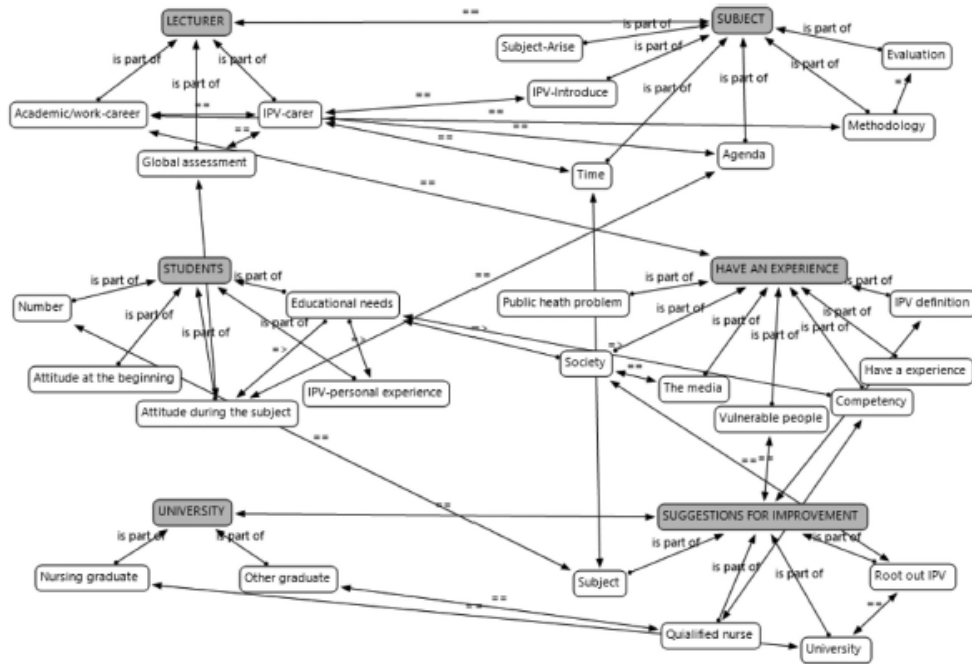


Fig. 1. Code tree: the six code categories and 27 sub-categories, and the relationships between them. Note: — is associated with → is cause of.

Table 3
Characteristics of the subjects in which the 16 interviewed lecturers present IPV.

Interview	Contents	Academic year	ECTS	Type	Student number	Methodology	Evaluation	IPV hours ^a (school hours) ^b
1	H Sociology	2nd	6	C	90	Individual work without presentation and master class	Continuous Assessment with or without test	4 (60)
2	H Ethics and Legislation	2nd	6	C	80	Individual work without presentation and training workshop	Continuous Assessment	2 (60)
3	H Sociology	1st	6	C	80	Group work with presentation and master class	Continuous Assessment and test	3 (60)
4	H Sociology	1st	9	C	90	Individual work, group work with presentation and master class	Continuous Assessment and test	4 (90)
5	Maternal and Child H	3rd	3	C	90	Group work with presentation and master class	Continuous Assessment and test	2 (30)
6	Maternal and Child H	3rd	2	C	80	Group work with presentation	Continuous Assessment with or without test	6 (20)
7	H Sociology	1st	6	C	80	Group work with presentation and master class	Continuous Assessment and test	6 (60)
8	H Psychology	4th	6	C	90	Training workshop and master class	Continuous Assessment and test	6 (60)
9	H Ethics and Legislation	1st	1.5	C	60	Debate and master class	Continuous Assessment and test	5 (15)
10	Community H	3rd	6	C	80	Training workshop	Continuous Assessment	2 (60)
11	H Psychology	3rd	3	C	80	Training workshop and master class	Continuous Assessment and test	3 (30)
12	H Ethics and Legislation	2nd	3	C	60	Training workshop and master class	Continuous Assessment and test	8 (30)
13	H Sociology	3rd	3	O	40	Group work with presentation and master class	Continuous Assessment	2 (30)
14	H Sociology	1st	9	C	90	Individual work, group work with presentation and master class	Continuous Assessment and test	4 (90)
15	Maternal and Child H	3rd	3	C	100	Individual work and master class	Continuous Assessment and test	1 (30)
16	H Psychology	1st	6	C	80	Group work with presentation and master class	Continuous Assessment and test	3 (60)

H = Health, C = Compulsory, O = Optional, a, Information not available.

^a Number of hours devoted to IPV.

^b Number of hours of classroom lessons.

case of Midwifery, the subject of Health Ethics and Legislation covers the responsibilities students have and the protocols they should know, specifically in relation to sexual aggression, and considers the possible ethical conflicts that may arise, most of which are associated with respect for the autonomy of the mother while ensuring foetal wellbeing:

"I treated sexual aggressions (...), the cycle of violence, detection of the tell-tale signs of violence; we also addressed how to have an influence on violence during gestation (...) and the ethical conflicts that can arise, such as in cases where women don't want to report the aggressor" (i12).

All concur in insisting that students understand IPV as a health problem and that consequently its detection and treatment is a competency of nursing and midwifery.

3.2. Student's perceptions and experiences of IPV

Initial attitude. The lecturers point out that, at first, nursing and midwifery students are generally more interested in biomedical problems than the social aspects of health:

"(...) when the nurses enter the specialisation to be a midwife the aim is to know how to do deliveries, this is the basic objective" (i9).

They also mention that the attitude of many Nursing degree students when IPV-related topics are introduced at the beginning of the subject is one of indifference or surprise. This is especially the case if the students are young and have little clinical experience. It is less apparent among students on the Midwifery specialisation because their clinical experience tends to be richer and they are usually more sensitive to all issues that affect women:

"Many young people think that inequality in relation to gender does not exist (...). That now, with the laws, well it no longer exists. Because they think that the vote for women is something that has always been around, and they don't realise what it cost (...)" (i13).

"When we speak about the Midwifery specialisation it's as if we were talking about a post-graduate, then they're qualified people, some recently qualified but others not, who already have professional experience (...). Yes, in these subjects the midwives are more or less sensitive, because obviously they are sensitive to all subjects related to women" (i9).

The lecturers have also detected groups of students with attitudes that normalise or favour IPV, who make sexist remarks, reproduce gender stereotypes or exhibit sexist tendencies. This becomes particularly visible with the normalisation of jealousy:

"We did a survey and we were quite surprised by what the Nursing students answered, they thought jealousy is a sign of love, that IPV is an issue at home and that it should stay there, (...) And that's when we said this is a problem we have to work on" (i13).

Attitude along the course. In general, all the lecturers express satisfaction with students' progress during the course. The students' perspective changes: they make comments rejecting IPV or develop a more committed, involved attitude.

Students' individual experiences. The lecturers mention that some students have had close personal experience of IPV. Moreover, they say that most Nursing and Midwifery students are women and thus more susceptible to suffering IPV, which makes the inclusion of this training even more relevant. In fact, four lecturers explain that they

have had cases of students who are or have been victims of IPV:

"We began to detect that there were cases amongst the female students themselves, who came to ask for advice, came to ask us where they could get therapy" (i14).

The lecturers emphasise the importance of students' self-reflection, since if they are unable to identify IPV in themselves they will hardly be able to help women in the healthcare setting.

Training needs. The lecturers believe that in general their students should know about issues related to social inequalities and enhance their awareness of ethical values. They should be mindful of the privileged position they have as health professionals. Patients and their families tend to more readily trust their problem to the nurse or midwife than to other medical professionals. So students need to learn how to actively listen to the women and see them holistically. Obviously the lecturers think students should have the healthcare resources to tackle IPV, but also that they should have the psychological resources to recognise the signs or symptoms of non-explicit IPV and be able to ask questions:

"They need a lot of psychology to be able to see it, but also the sensitivity to think that it may exist, because if you don't know something exists, then you don't see it" (i7).

Lecturers also mention the importance of students' training through the clinical placements:

"I think that during the clinical placement (...) at some point they should go through some area where this detection is made. Because it's the best way to ensure they don't forget it" (i8).

3.3. Proposals for improvement

In the subject. The time factor stands out above all else. All the lecturers coincide in thinking that despite the increased number of hours with the change from diploma to degree they still have insufficient time to address this and many other subjects in depth. Most lecturers believe that having more time would enable them to work on IPV more extensively, use methodologies that are more interactive and work with smaller groups, which would allow students to express their opinions more freely and reflect upon their own reality. The lecturers would also include audiovisual media like films in their classes, and would invite organisations of female IPV victims to participate with a view to raising awareness of the reality under study from the perspective of experience and the affective dimension.

In the degree and the midwifery specialisation. All the lecturers propose that IPV and gender issues should be offered on a cross-curricular basis. In other words, throughout all the years and across the different subjects, as well as in the clinical placements and the final research project. Because the gender factor is present in every aspect of reality.

They also mention that training both in the Nursing degree and in the Midwifery specialisation should have a more humanist, less biomedical focus, with social issues gaining in importance, given that social problems impact upon people's health:

"As much in Nursing as in the Midwifery specialisation (...) in general we still remain very much in this biomedical paradigm. And in Nursing, which should have precisely that more humanistic part (...)" (i9).

To achieve this change in emphasis, some lecturers consider that more importance should be given to the social perspective of health from the very outset, when the Nursing degree curricula are designed:

"In the curriculum, in general everything that has to do with values, with culture and with inequalities should be given a little more weight. What is done in the university has repercussions in the persons" (i7).

They also argue that the lecturers themselves should be more sensitive and have more training in gender issues in general and IPV in particular. They think that this would better impress upon students the impact social problems can have on people's health and would represent a considerable boost to the cross-curricular focus. They also put forward ideas that would increase the significance of IPV, such as organising workshops, offering more optional subjects and encouraging students to focus their final project on these subjects.

In the university. The lecturers propose that IPV issues be addressed in all health-related courses, but consider they should also be approached in those not connected with health, but also as a core subject that should be covered in all university level studies:

"At the university level, I think that it should be addressed at some point in all courses (...) to raise awareness in society" (i6).

In society. The lecturers stress that male chauvinism still exists in society and that traditional family roles continue to be reproduced; for this reason they emphasise the need for change in the social imaginary in order to reduce the presence of IPV. They also mention that the media contribute to this by, for example, normalising sexist advertising. All the lecturers insist that the way to change this situation is through education. In the universities, but also at home and in school:

"They should already be made aware of this problem at school, so that here I would only have to emphasise and strengthen their responsibility as nurses. Because of course, the changes we make in young people will be the social changes that will take place in the future" (i3).

4. Discussion

Like other authors (Fang Hsin et al., 2015), the lecturers in this study insist that the proper detection and treatment of IPV is a competency of nursing and midwifery. If this competency is to be strengthened and people cared for holistically, greater weight must be applied to psychosocial contents during training and less focus given to the biomedical perspective. According to other studies (Government Office for IPV, 2015b), a biologicistic approach to healthcare centred on the physical in detriment to the psychosocial is an obstacle to understanding this health problem. Lecturers do not limit their teaching only to strictly health related functions, rather they also include attitude training, just as in Sawyer et al. (2016). It is the lecturers who introduce sensitisation towards gender equality and the eradication of IPV into nurse and midwife training, an observation which may also be found in other works (Adams et al., 2009).

In our study, detecting and addressing IPV occupies from 1 to 9 teaching hours in the Nursing degree, with an average of 5.5. A total of 5 h is dedicated to the subject in the Midwifery specialisation.

These data are similar to those of other studies: in Hinderliter et al. (2003) 70% of nursing students dedicated 1–4 h; and in Ben Natan et al. (2016) the average number of hours of IPV training in nursing was 4, with a range of 0–10 (no studies were found detailing the hours of training in IPV in midwifery specialisation courses). Lecturers point to the lack of time as the reason why more hours are not devoted to IPV, which coincides with the results obtained by Woodtli and Breslin (2002). The lack of teaching hours dedicated to broadening the scope of the training is structural, important and a difficult to resolve factor given that it affects the teaching programs.

The nursing and midwifery community is primarily made up of women; IPV therefore affects not only their professional but also their personal life. As other authors have stated (Bardina et al., 2013; McKenna and Boyle, 2016; Villiers et al., 2014) and indications in our interviews have shown cases of IPV also exist among the students themselves, which is another compelling reason not to avoid this training.

Some students have little sensitivity to the subject at first. As we have previously indicated, they show attitudes that encourage or normalise IPV, with stereotyped mindsets and mistaken ideas about domestic violence (Doran and Hutchinson, 2016). The lecturers stress however that their attitudes change and their level of engagement rises following IPV training, an assertion which is substantiated by studies conducted with nursing students (Belknap, 2003; Macías et al., 2012) and which underlines the need for such training. Students must have both theoretical and practical knowledge, and this is supported by other studies carried out with other students of nursing and midwifery (see Ben Natan et al., 2016; Bradbury and Broadhurst, 2015). The former concludes that the more training nursing students receive the greater their readiness to screen women for IPV, and that the most influential people in this regard are the clinical trainers. As other authors confirm (Hinderliter et al., 2003), clinical placements are the best way to consolidate what has been learned. In fact, according to Polit and Beck (2008), students are unable to detect indicators of abuse during clinical visits if they cannot link theory with practice.

5. Conclusions

The University is not solely responsible for the cultural and technical training it undertakes, but also for social and civic training. The lecturers consider the inclusion of such training essential in both the Nursing degree and the Midwifery specialisation. The main teaching methodology is actively experiential and requires student activity. It would be desirable for more time to be dedicated to nurses and midwives' university training in IPV. A more cross-curricular and systematised way to address IPV is needed in the programme throughout the entire course, including clinical placements, in both the Nursing degree and the Midwifery specialisation. The subject should be approached from all its perspectives: health, psychological, social, ethical and legal, overcoming the current partial vision given separately in different disciplines. Teacher training in IPV is fundamental and must be fostered and systematised to ensure engaged teaching staff, and that experts in IPV are available for the relevant subjects, rather than this being due to the exclusively personal motivation of the lecturer, as is often currently the case. Education authorities and universities should also guarantee that IPV training is present in all courses, not only those related to health, since the principal means of eradicating IPV is education. While university lecturers increasingly see their students' ethical and social development as teaching goals, an even more necessary and pressing objective is to be found in relation to realities such as IPV.

As future lines of work it would be interesting to design a common programme of IPV training for all universities. This would be applicable to the bachelor's degree in Nursing and all training units in the Midwifery specialisation.

Declaration of authorship

All of the authors were involved in the conception and design of the study. M^a Analía Gómez-Fernández was involved in acquisition and processing of the data. M^a Analía Gómez-Fernández and Montserrat Payá-Sánchez were the authors most involved in the analysis of the data, but the three authors met on several occasions to agree upon the evolution of the work and triangulate application of the codes. All of the authors revised the manuscript and gave final approval of the version to be published.

The authors declare no potential conflicts of interests.

Declaration of presentation and verification

This article has not been published previously and is not under submission elsewhere.

Funding

This study received funding from the GREM research group (SGR2014-1478) and forms part of a collaboration with the eDOSIER group (SGR2014-157). Both research groups are recognised by the Ministry of Economy and Knowledge of the Government of Catalonia (Spain). Moreover, the research leading to these results has received funding from RecerCaixa (2016ACUP 0083).

Acknowledgements

The authors of this article would like to thank the lecturers who have altruistically shared their experiences and knowledge with us.

Annex 1: Guide to stimulus questions for the lecturer interviews

Personal details:

- University to which the lecturer belongs.
- How long have you been a lecturer? How many years have you presented a subject with contents specifically related to gender violence?

Focusing now on the subject in which you offer training related to gender violence:

- Tell me how this subject arose.
- Is it a compulsory or optional subject?
- Explain the reasons why gender-violence-related content is addressed in the subject that you present. How did it come about that the subject was included?
- How many hours are dedicated to gender violence in the subject?
- What specific aspects and topics related to the detection and management of gender violence do you address in your subject?
- What methodology do you use to teach these aspects and topics? How do you develop them?
- What assessment system do you use?

In your opinion, what are the students' general training needs as regards gender violence?

- Do you think the number of hours dedicated to gender violence is sufficient?
- If you had more time and resources, what other contents would you address?
- If you had the chance, would you change the methodology? If so, how?

How many students do you have, on average, in each year of your subject?

- Optional subject: according to your experience, what motivates students to choose this subject?
- Compulsory subject: according to your experience, what motivations do students have with respect to gender-violence-related topics?
- What are students' attitudes towards these topics?

Have you done any course or had any particularly significant experience that gave you special knowledge on the subject?

Do you know how long gender-violence-related topics have been presented in the Nursing degree or Midwifery specialisation?

- In your opinion, is enough work done on the subject or should it have a greater presence?
- Do you have any suggestions for improvement?

References

- Adams, K., Clements, P.T., Karlowicz, K.A., 2009. Integrating intimate partner violence content across curricula: developing a new generation of nurse educators. *Nurse Educ. Today* 29, 40–47. <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2008.06.005>.
- Bardina, Y., Murillo, M., Calero, M.A., Molina, M., Rodríguez, C., 2013. Percepción de la violencia de género en el entorno universitario. El caso del alumnado de la Universidad de Lleida [University students' Perceptions of Intimate Partner Violence: a cross sectional survey of students at University of Lleida]. Lleida. Retrieved from: <http://repositori.udl.cat/bitstream/handle/10459.1/46895/estudis1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. (Accessed 10 September 2016).
- Becarria, G., Becarria, L., Dawson, R., Gorman, D., Harris, J.A., Hossain, D., 2013. Nursing student's perceptions and understanding of intimate partner violence. *Nurse Educ. Today* 33, 907–911. <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2012.08.004>.
- Belknap, R.A., 2003. Understanding abuse and violence against women: a two-day immersion course. *Nurse Educ.* 28, 170–174.
- Ben Natan, M., Khaier, M., Ighbariyeh, R., Herbet, H., 2016. Readiness of nursing students to screen women for domestic violence. *Nurse Educ. Today* 44, 98–102. <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2016.05.006>.
- Bradbury, Jones C., Broadhurst K., 2015. Are we failing to prepare nursing and midwifery students to deal with domestic abuse? Findings from a qualitative study. *J. Adv. Nurs.* 71, 2062–2073. <http://dx.doi.org/10.1111/jan.12866>.
- Coll-Vinent, B., Echeverría, T., Farras, Ú., Rodríguez, D., Milla, J., Santina, M., 2008. El personal sanitario no percibe la violencia doméstica como un problema de salud [Intimate partner violence is not identified as a health problem by health care workers]. *Gac. Sanit.* 22, 7–10. <http://dx.doi.org/10.1157/13115103>.
- Council of Europe, 2011. Council of Europe Convention on Preventing and Combating Violence against Women and Domestic Violence. Istanbul. Retrieved from: <http://www.coe.int/en/web/istanbul-convention/text-of-the-convention>. (Accessed 12 May 2016).
- Crombie, N., Hooker, I., Reisenhofer, S., 2016. Nurse and midwifery education and intimate partner violence: a scoping review. *J. Clin. Nurs.* 26, 2100–2125. <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.13376>.
- Donovan, R.M., Spracklen, C.N., Schweizer, M.L., Ryckman, K.K., Saftlas, A.F., 2016. Intimate partner violence during pregnancy and the risk for adverse infant outcomes: a systematic review and meta-analysis. *BJOG* 123, 1289–1299. <http://dx.doi.org/10.1111/1471-0528.13928>.
- Doran, F., Hutchinson, M., 2016. Student nurses' knowledge and attitudes towards domestic violence: results of survey highlight need for continued attention to undergraduate curriculum. *J. Clin. Nurs.* 26, 2286–2296. <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.13325>.
- Eustace, J., Baird, K., Saito, A.S., Creedy, D.K., 2016. Midwives' experiences of routine enquiry for intimate partner violence in pregnancy. *Women Birth* 29, 503–510. <http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2016.04.010>.
- Iang Hsin, L., Yung Mei, Y., Joh Jong, H., Shu Cehn, C., Hsiu Hung, W., Hsiu Fen, H., 2015. Clinical competencies of emergency nurses toward violence against women: a delphi study. *J. Contin. Educ. Nurs.* 46, 272–278.
- Giorgi, A.P., Giorgi, B.M., 2003. The descriptive phenomenological psychological

- method. In: Carric, P.M., Rhodes, J.E., Yardley, L. (Eds.), *Qualitative Research in Psychology: Expanding Perspectives in Methodology and Design*. American Psychological Association, Washington DC, pp. 243–273.
- Delegación del Gobierno para la Violencia de Género Government Office for IPV, 2015a. Macroencuesta de violencia contra la mujer 2015. Avance de resultados (First results from a Survey on Violence Against Women). Madrid. Retrieved from: http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/violencia/enCifras/macroencuesta2015/pdf/AVANCE_MACROENCUESTA_VIOLENCIA_CNTRA_LA_MUJER_2015.pdf. (Accessed 12 May 2016).
- Delegación del Gobierno para la Violencia de Género Government Office for IPV, 2015b. La Atención Primaria frente a la Violencia de Género. Necesidades y Propuestas (Primary health-care interventions for intimate partner violence: Needs and proposals). Madrid. Retrieved from: http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/gi/violenciaEnCifras/estudios/Investigaciones/2015/pdf/Atencion_Primary_VG.pdf. (Accessed 12 May 2016).
- Graneheim, U.H., Lundman, B., 2004. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ.* 39(4), 105–112. <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>.
- Hewitt, L., 2015. Intimate partner violence: the role of nurses in protection of patients. *Gen. Care Nurs. Clin. North Am.* 27, 271–275. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gencl.2015.02.004>.
- Hinderliter, D., Daughy, A., Delaney, K., Rogers, C., Campbell, J., 2003. The effect of intimate partner violence education on nurse practitioners' feelings of competence and ability to screen patients. *J. Nurs. Educ.* 42, 449–454.
- James, L., Brody, D., Hamilton, Z., 2013. Risk factors for domestic violence during pregnancy: a meta-analytic review. *Violence Vict.* 28, 359–380. <http://dx.doi.org/10.1891/0886-6708.VV-D-12-00034>.
- Macias, J., Gil, E., Rodríguez, M.A., González, J.R., González, M.A., Soler, A.M., 2012. Creencias y actitudes del alumnado de Enfermería sobre la violencia de género (Beliefs and attitudes toward IPV in nursing students). *Index Enfermería* 21, 9–13. <http://dx.doi.org/10.4321/s1132-12962012000100003>.
- McKenna, L., Boyle, M., 2016. Midwifery student exposure to workplace violence in clinical settings: an exploratory study. *Nurse Educ. Pract.* 17, 123–127. <http://dx.doi.org/10.1016/j.nepr.2015.11.004>.
- Ministerio de Educación e Innovación Ministry of Education and Innovation, 2008. Orden CIN/2134/2008, de 3 de julio, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Enfermero [Nursing school requirements]. Spain. Retrieved from: <https://www.unsa.es/ordenac/docs/News/RequisitosEnfermero.pdf>. (Accessed 25 October 2016).
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad Ministry of Health Social Services and Equality, 2012. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género [National consensus guideline on responding to IPV in health care settings]. Madrid. Retrieved from: <http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/profesionales/Investigacion/sanitario/docs/PSanitarioVG2012.pdf>. (Accessed 25 October 2016).
- Ministerio de Sanidad y Política Social Ministry of Health and Social Policy, 2009. Programa formativo de la especialidad de Enfermería Obstétrica-Ginecológica (Matrona) [The midwifery programme] BOE. Spain. Retrieved from: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/formacion/docs/enfermeriaObstetricoGinecologica.pdf>. (Accessed 25 October 2016).
- Jefatura del Estado Official State Gazette-BOE, 2004. Ley de protección contra la violencia de género [Law of protective measures against gender based violence]. Spain. Retrieved from: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2004-21760>. (Accessed 25 October 2016).
- Polit, D., Beck, C.T., 2008. *Nursing Research Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Lippincott, Williams and Wilkins, Philadelphia.
- Sawyer, S., Coles, J., Williams, A., Williams, B., 2016. A systematic review of intimate partner violence educational interventions delivered to allied health care practitioners. *Med. Educ.* 50, 1107–1121. <http://dx.doi.org/10.1111/medu.13108>.
- Skrlic, T.M., 1985. Doing naturalistic research into educational organisations. In: Hills, Beverley, Lincoln (Eds.), *Organizational Theory and Inquiry: the Paradigm Revolution*. Sage, London, pp. 185–220.
- Sprague, S., Goslings, J., Hogentoren, C., de Milliano, S., Simunovic, N., Madden, K., Ibandari, M., 2014. Prevalence of intimate partner violence across medical and surgical health care settings: a systematic review. *Violence Against Women* 20, 118–136. <http://dx.doi.org/10.1177/1077801213520574>.
- Sundborg, E.M., Saleh-Stam, N., Wändell, P., Törnkvist, L., 2012. Nurses' preparedness to care for women exposed to intimate Partner Violence: a quantitative study in primary health care. *BMC Nurs.* 11. <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6855-11-1>.
- Taylor, S., Bogdan, R., 1990. In: Paídos (Ed.), *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados* [Introduction to qualitative research methods. The search for meaning] (Barcelona).
- United Nations, 2011. Supplement to the Handbook on Violence for Legislation against Women. New York. Retrieved from: <http://www.un.org/womenwatch/daw/waw/v-handbook.htm>. (Accessed 25 October 2016).
- Villiers, T., Mayers, P.M., Khull, D., 2014. Pre-registration nursing students' perceptions and experiences of violence in a nursing education institution in South Africa. *Nurse Educ. Pract.* 14, 666–673. <http://dx.doi.org/10.1016/j.nepr.2014.08.006>.
- Weber, R.P., 1990. In: SAGE (Ed.), *Basic Content Analysis*. London.
- Woodruff, M.A., Breslin, E.T., 2002. Violence-related content in the nursing curriculum: a follow-up national survey. *J. Nurs. Educ.* 41 (8), 340–348.
- World Health Organization (WHO), 2011. *Intimate Partner Violence during Pregnancy*. Geneva. Retrieved from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70764/1/WHO_RHR_11.35_eng.pdf. (Accessed 10 July 2017).
- World Health Organization (WHO), 2012. *Understanding and Addressing Violence against Women*. Geneva. Retrieved from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77432/1/WHO_RHR_12.36_eng.pdf. (Accessed 15 September 2016).
- World Health Organization (WHO), 2013. *Global and Regional Estimates of Violence against Women: Prevalence and Health Effects of Intimate Partner Violence and Non-partner Sexual Violence*. Geneva. Retrieved from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564625_eng.pdf. (Accessed 15 September 2016).
- World Health Organization (WHO), 2016. *Violence against Women. Intimate Partner and Sexual Violence against Women*. Retrieved from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/en/>. (Accessed 10 July 2017).

Artículo 4. “Intimate partner violence during pregnancy and midwives’ skills for detecting and addressing: a qualitative reading of their training and experience-based knowledge”.

Title

Intimate partner violence during pregnancy and midwives’ skills for detecting and addressing: a qualitative reading of their training and experience-based knowledge.

Authors and their institutional affiliation

María Analia Gómez-Fernández

¹PhD student in Nursing and Health Sciences, PhD programme at the University of Barcelona. Faculty of Medicine and Health Sciences. Bellvitge Health Sciences Campus c/ Feixa Llarga s/n, 08907. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona), Spain.

²Midwife at the Delta de Llobregat Sexual and Reproductive Healthcare Unit. Catalan Institute of Health (ICS). Rambla Just Oliveras 50, 08901. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona), Spain.

³Jordi Gol Institute for Research in Primary Care (IDIAP-Jordi Gol), Barcelona, Spain.
e-mail: analigomez2@yahoo.es

Montserrat Payà-Sánchez, PhD

PhD in Pedagogy. Tenured university lecturer, Department of Theory and History of Education. Faculty of Education. University of Barcelona. University of Barcelona. Campus Mundet. Paseo Vall D'Hebrón 171, 08035. (Barcelona), Spain.
e-mail: mpaya@ub.edu

Mónica Isidro-Albaladejo

¹Associate Lecturer. Faculty of Medicine and Health Sciences. University of Barcelona.
Bellvitge Health Sciences Campus. c/ Feixa Llarga s/n, 08907. L'Hospitalet de Llobregat
(Barcelona), Spain.

²Midwife at the Baix Llobregat Centre Sexual and Reproductive Healthcare Unit. Catalan
Institute of Health (ICS). Carrer de Francesc Pi i Margall, 115, 08830 Sant Boi de Llobregat,
(Barcelona), Spain.

³Jordi Gol Institute for Research in Primary Care (IDIAP-Jordi Gol), Barcelona, Spain.
e-mail: misidro@ambitcp.catsalut.net

Maria Garcia-del Arco

¹Midwife at the Delta de Llobregat Sexual and Reproductive Healthcare Unit. Catalan
Institute of Health (ICS). Ronda de la Torrassa, 151-153, 08903. L'Hospitalet de Llobregat,
(Barcelona), Spain.

²Jordi Gol Institute for Research in Primary Care (IDIAP-Jordi Gol), Barcelona, Spain.
e-mail: mgarciadelarco@ambitcp.catsalut.net

Raquel Molina-Ordoñez

¹Midwife at the Delta de Llobregat Sexual and Reproductive Healthcare Unit. Catalan
Institute of Health (ICS). Rambla Just Oliveras 50, 08901. L'Hospitalet de Llobregat,
(Barcelona), Spain.

²Jordi Gol Institute for Research in Primary Care (IDIAP-Jordi Gol), Barcelona, Spain.
e-mail: rmolina@ambitcp.catsalut.net

Josefina Goberna-Tricas, PhD.

Midwife, sociologist and PhD in Philosophy. Tenured university lecturer, Department of Public Health, Mental Health and Perinatal Nursing. Faculty of Medicine and Health Sciences. *ADHUC Research Centre: theory, gender and sexuality*. University of Barcelona. Bellvitge Health Sciences Campus. c/ Feixa Llarga s/n, 08907. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona), Spain.

e-mail: jgoberna@ub.edu

Author responsible for correspondence

Maria Analia Gómez-Fernández

e-mail: analiagomez2@yahoo.es

Telephone: (+34) 670827796

Abstract

Midwives are in a privileged position to identify and help victims of intimate partner violence (IPV), since they are often their first point of contact in the healthcare system; however, suitable training is required. This study sought to know the continuous training on IPV that primary care midwives have received and to identify how they perceive their skills for detecting and addressing IPV. The study also determined their training needs regarding IPV for designing future training programmes. The methodology employed was qualitative. This research demonstrates that the midwives have IPV training and knowledge; however, it has not been sufficient for them to feel adequately equipped to adequately detect and address IPV. It would be ideal to have a continuous training programme on IPV for midwives that responds to their formative needs.

Keywords

Intimate Partner Violence, Midwives, Formation, Pregnancy.

Background

Intimate partner violence (IPV) is defined by the World Health Organization (WHO) as the behaviour of an intimate partner or ex-partner that causes physical, sexual or psychological damage, including physical violence, sexual violence, psychological abuse, and controlling behaviors (WHO, 2017). IPV has a high prevalence rate: across the world 30% of women who have been in an intimate partnership have experienced some form of violence (WHO, 2017). In Spain, in 2015, a survey of 10,171 women found that 12.5% had suffered IPV at some point in their lives (Government Office for IPV, 2015). During pregnancy, according to a meta-analysis (James et al., 2013), 28.4% of pregnant women had suffered psychological violence, 13.8% physical violence and 8% sexual abuse. The WHO defines IPV as a public health problem (WHO, 2013a), because, it affects women's physical health (due to direct injuries or somatisation) and mental health (causing depression, anxiety, etc.) (WHO, 2012). IPV is particularly concerning during pregnancy (Bacchus, Mezey, & Bewley, 2006; Brownridge et al., 2011) as it can cause a miscarriage, premature birth or even neonatal mortality (WHO, 2011).

Midwives are in a unique position to identify and help women who are victims of IPV. In Spain, as many other countries, midwives are the first point of contact for pregnant women within the health system, as they monitor and control a low-risk pregnancy (Ministry of Health and Social Policy, 2009). Spain has specific legislation to combat violence against women: the "Integrated Protection Measures against Gender Violence" law, passed in 2004, declares that all university healthcare disciplines must include training on preventing, detecting and supporting victims, and that they must develop awareness-raising and continuous learning programmes for healthcare professionals (Official Newsletter of the State, 2004).

In compliance with the law, universities have adapted their curriculum, and healthcare centers offer continuous training on topics relating to IPV. However, both the presence of IPV contents in the syllabuses and the extent to which they are discussed are still insufficient (Gómez-Fernández et al., 2017). Healthcare workers in Spain must act according to the National consensus guideline on responding to IPV in health care setting (Ministry of Health, Social Services and Equality, 2012). This guideline and others governments and professional organizations recommend screening all women for IPV rather than asking only women with symptoms (Spanish Society of Gynecology and Obstetrics, 2017; Chisholm, Bullock, Ferguson, & (The American College of Obstetricians and Gynecologists), 2017; WHO, 2013b). However, continuous education and skill-based training are essential for midwives to be able to adequately detect cases of IPV and help victims (The National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2014; United Nations, 2011).

This study is part of a larger project that aims to promote changes for improving the detection and treatment of intimate partner violence during pregnancy in health centers specialized in sexual and reproductive health. This article presents some partial results of said project, in the area of Hospitalet de Llobregat (HL) (Catalonia-Spain).

This study sought to know the both initial and continuous training on IPV that primary care midwives from HL have received and to identify how they perceive their skills for detecting and addressing IPV. The study also determined their training needs regarding IPV for designing future training programmes for midwives and other health care professionals.

Methods

Design

Qualitative research with an interpretive phenomenological approach, in line with Mackey (2005). We have used statements from the main actors, the midwives working at both ASSIR of the municipality of HL, to ascertain their knowledge and perceptions regarding IPV and understand your training needs according to your experience.

Field

The two public primary healthcare units (with sexual and reproductive health services) in the municipality of HL (Spain) between October 2016 and February 2017. HL is a municipality in the province of Barcelona (Catalonia-Spain) with 257,000 inhabitants. The population of HL is very heterogeneous, with substantial cultural diversity (18.66% of the population in HL was born outside of Spain) (Government of Catalonia., 2017). At both units, thirteen midwives who assist to an average of 2,100 pregnant women each year. Midwives are in charge of monitoring a low-risk pregnancy. In cases where there is a health problem, the relevant professional is the gynaecologist (the midwives refer the pregnant women to the gynaecologist and jointly provide assistance).

Data collection

The study was presented to all the midwives at a team meeting. The objectives and methodology were explained, and their collaboration was requested.

Subsequently, the head of training at the health institution was contacted to obtain information on the courses and seminars with content on IPV that had been offered over the past five years. The training programmes were reviewed, noting the year they took place, number of hours, topics, and methodology.

Then a day and time were set via email for conducting an individual, in-depth interview face-to-face with each midwife. The interviews were conducted by the same researcher (MAGF) (she is also primary care midwife from HL) and digitally recorded. The average duration was 80 minutes, with a range between 60 and 95 minutes. Field notes were taken during the process. A script of open-ended questions was used as stimulus. They can be seen in table 1. The interviews were conducted in private areas at the participants' workplaces. After the 10th interview, there were no new themes generated from the interviews. Therefore, it was deemed that the data collection had reached a saturation point. Data collection was continued for two other interviews to confirm that there was no new themes emerging and to interview all the primary care midwives from HL.

Sample

All the primary care midwives from HL were interviewed: a total of 12. The characteristics of the midwives interviewed can be seen in table 2 (identified as i1-i12). They are all women and have a permanent working relationship with the institution. They all perform healthcare duties, however, two combine these duties with management tasks. Ten immediately trained as midwives or within 2 years of completing their nursing studies. The other two worked as nurses for 9 and 13 years before undertaking specialist training to become midwives. Once receiving the certificate in midwifery, four of them worked as general nurses in primary and hospital care for between 8 and 19 years, after which they then started working as midwives. All of them have previous hospital experience in pregnancy, delivery and postpartum care. Regarding their years of experience in primary care, there is a big range of between 2 and 30 years, which does not have a proportional relationship with age.

Analysis

After transcribing the recordings, the texts were emailed to the midwife interviewed in case she wanted to add further comments or make changes. The interviews were analysed based on what the midwives said, and on the meaning they produced as they reflected on their professional activity. The information was analysed inductively as suggested by Taylor and Bogdan: data discovery, coding and relativization (Taylor and Bogdan, 1990). Three researchers with training in nursing (midwife), pedagogy and sociology (MAGF, MPS, JGT) independently identified the initial codes before sharing their observations and agreeing on their applications. It is worth pointing out that a great deal of consensus was found. Using the program Atlas-ti v.7.5.10, the coding was systematised by establishing relations between categories and subcategories (Patton, 1990), as shown in **figure 1**. Three code categories were obtained, along with 23 sub-categories or units of meaning, 12 of which have been referenced significantly more.

Trustworthiness criteria

To guarantee the reliability of the research, the following accuracy criteria proposed by Graneheim and Lundman (2004). Were considered: credibility (all the primary care midwives from HL were interviewed); dependability (the authors met on several occasions to agree on how to analyse the information and triangulate the application of the codes); transferability (the field and the sample have been described in detail); and confirmability (recordings, transcriptions, field notes, research diaries, and analysis can be accessed).

Ethics approval and consent to participate

Before conducting this study, the project was approved by the Bioethics Commission at the University of Barcelona (IRB00003099) and the Clinical Research Committee IDIAP Jordi Gol (P15/129). When the midwives agreed to be interviewed, they were given an information sheet on the research project, and asked to provide written consent for the interview to be recorded. They were assured that their identity would remain anonymous when the data was published. The interviewer cleared up any doubts. The midwives were given the contact details of the researchers.

Results

We present this information structured around the three themes identified as central in the analysis and the 12 most important subcategories.

Training on IPV

In this section, we will differentiate between training received during university study and continuous training.

Higher education. From among the 12 midwives interviewed only one remembers having received training on IPV during her nursing studies. This is because she voluntarily enrolled in an optional credit course. The other midwives do not remember having received any training on IPV during their nursing studies. They attribute this to having completed their studies years ago at a time when IPV was neither openly broached nor as socially visible as it is now. Here is an example:

"No, I can't say I did. I studied nursing thirty years ago. People didn't talk about this (...) not in classes, colleagues didn't even discuss it among themselves (...). We're so much more aware of this problem now." (i8)

During the specialised training in midwifery, the four midwives who did their residency in the past 21 years (i9, i10, i11 e i12), received training on IPV (two even before the law came into effect). Although they recognise that the training received was not very many hours and at the time they did not feel motivated to delve deeper into the topic. They did not consider it important and they even forget about it, as in the following case:

"It was one session, an afternoon, I think, but I don't remember the materials very well." (i11)

The other eight midwives, all of whom studied more than 30 years ago, do not remember having received training on IPV when they were doing their specialization:

"No, not at all (...) We were trained mostly for delivery and the beginning of the postpartum period, not monitoring the pregnancy, breastfeeding or social problems." (i1)

Continuing training. All the midwives have completed continuous training (CT) on IPV. This CT was internal, i.e. organised by the health institution and undertaken during working hours. It was aimed at different health professionals (doctors, nurses, midwives, nursing assistants, etc.). According to the training programmes reviewed, there were three courses with content related to IPV and all the midwives attended with the odd justified exception. In table 3, the characteristics of these courses are described, including the title, year they were held, duration in hours, topics addressed, and teaching methodology. Between

2014 and 2016, three midwives received a total of 16.5 hours of CT on IPV, and the other nine received 22 hours. The main teaching method was a lecture, except for one of the courses that used a mixed methodology, i.e. theory-based classes were combined with active methodologies, including debates based on audio-visual resources (videos and images). None of the midwives had completed CT on IPV outside of the health institution. The course topics that the midwives mentioned in the interviews were detecting and addressing IPV during consultation. They put emphasis on assisting teenagers. In addition, addressing sexual violence was mentioned and, specifically, violence against children and IPV during pregnancy.

From among the three courses mentioned, the midwives emphasised aspects that were enlightening and changed their perception of IPV. A good example is how some forms of violence against women are socially normalised:

"I really liked it because often we're not even aware of how much violence there is because some things are just accepted as normal in society (...)." (i6)

In addition, a midwife explained that, after one of the courses, a colleague who is also a healthcare professional told her that attending the course had made her realise that she had suffered from IPV, but had not been aware of it until then because of the normalisation of some forms of IPV in society.

The midwives highlighted aspects of these courses that improved their ability to provide clinical assistance, particularly concerning the prevention of homophobia in teenagers, which was presented as another form of gender-based violence:

“For me, it was good in terms of educating teenagers about IPV (...) I mean, we have to talk about all the different possibilities for types of relationships, not just about a boy and girl.” (i4)

Knowledge and training for addressing IPV

In this section, we include the midwives’ reflections regarding their training programmes and years of professional practice.

Ability to detect situations of violence in the women they assist. Thanks to the training received and their knowledge acquired through years of professional experience, the midwives identify different forms of violence, mainly mentioning psychological, physical and sexual violence:

“In our society, physical violence is frowned upon, but other forms of violence like sexual violence are normalised (...) In the postnatal period, I’ve treated women who say they feel pressured by their partners to reinitiate a sexual relationship.” (i10)

The midwives think psychological violence is more frequent and widespread in the women they assist, although they suggest that it is possibly under-detected:

“I think it is much more common than we realise. I can say that in all the time I’ve been a midwife, I’ve detected two cases of violence during pregnancy, but I’m sure that I’m come into contact with many more.” (i10)

They think their ability to detect situations of violence depends on their perception and level of awareness. In general, they do not ask after IPV in a systematic way. However, they do if they pick up on something suspicious, whether physical or psychological:

"(...) I start to suspect something if they don't show up to their appointments, or arrive late. If you notice something, you start to follow it up (...) Then I try to get the woman alone." (i2)

Some midwives say that they do not ask directly about IPV, but they keep the possibility in mind and refer to it indirectly when inquiring about the woman's emotional state and relationship with her partner:

"What I normally do is ask naturally: are you happy? Does your partner help you? (...) I do it like this: how's everything? What does your partner think? (...)." (i6)

They also warn that they are finding more and more cases among teenagers, mainly of sexual and psychological violence. For example, when the young women they assist state that they feel pressured in some way to have unprotected sex:

"We attend to a lot of young women who come for the morning-after pill or for information on a voluntary abortion, and they tell you that he refused to put a condom on." (i1)

However, some of the midwives interviewed have doubts concerning the limits for when to consider that a woman is in a situation of violence or not. There is an example in the following transcription:

"The women tell you: he doesn't put a condom on, he'd rather sleep with someone else (...) I've gotten used to this, I think it's terrible, but I wouldn't say it's violence." (i3)

Knowledge about the victims' profile. The midwives make it clear that, as far as they understand, any woman can be a IPV victim regardless of her sociocultural or economic status; there is no unique profile. Some of the midwives do refer to the possibility that there is a greater incidence of cases among women who experienced IPV situations during childhood or were brought up in highly patriarchal societies that normalise some kinds of IPV:

"But it is probably more frequent in women who have been brought up with the idea that men are superior or have experienced other cases of IPV (...) they experience violence as normal or even something they deserve. (i11)

Some midwives think pregnant women or women who just had a baby can be more susceptible to suffering violence, mainly caused by the change of roles in the partnership. They also think that for some of the women they assist it would be very difficult to get out of the situation because of their lack of economic independence, or because they have one or several children. They think that this is most common among immigrant women who on many occasions have lack of networks' support, also do not know the local language or social resources available to them.

"(...) here they don't have anyone except their partner or their partner and their kids, so they think: where would I go? And a lot of the time they have language difficulties as well. (i10)

Knowledge about the offenders' profile. In the same way, based on their training and professional experience, they assert that abusive men do not have a unique sociocultural or economic profile. They can be men who behave correctly when they accompany their partners during the consultation, without raising suspicions of their violent character in the family setting:

"I don't think there's a specific profile. It can be a nice man with good manners who you'd never expect to behave like that. (i7)

Knowledge about the repercussions of IPV for women's health. They recognise that IPV can seriously affect a woman's health, both physically and psychologically. They suggest that, in the case of pregnant women, the damage is even greater as it can affect the foetus, pregnancy, delivery, and care of the new-born baby, as seen in the following observations:

"The woman being nervous all the time, feeling afraid, must take its toll somehow, and that tension can affect the foetus." (i11)

Ability to address cases of IPV. To address cases of IPV the midwives use the official protocols and their own criteria developed during their training and years of experience. But they think they do not use the official protocols as much as they should. They explain that they do not receive specific information or training every time they are changed, or a when a new protocol or document is uploaded on the Health Department's website. Moreover, their high workload does not give them the chance to refresh their knowledge. The midwives explain that they have to do this outside their working hours or on their own initiative. This all contributes to the general sense that their knowledge in the area is not up-to-date enough:

"There are protocols, but we don't find out about them... they must be on the intranet, but I can't be checking what protocols there are every day, I don't have enough time." (i11)[Intranet: internal information network of the health institution].

All the midwives indicate that when they detect a case of violence, they refer the woman to other professionals. This includes the healthcare unit's social services, or they give the woman the telephone number of victim assistance (available across the country). Only three midwives mention the centres with a specialised intervention service (SIE in Spanish) for IPV victims (available in different municipalities):

"There are the SIE centres as well, which provide assistance from different angles. But I work with the outpatient clinic's social services because you can talk with them personally." (i10)

Training needs and proposals for improving training on IPV

The analysis of the interviews has made it possible to take note of the training requests and needs in this area, as well as to outline general directions for responding to them.

Developing the training. The midwives indicate that they would like to strengthen their training through specific courses with content like the manifestations of IPV in different cultures and tips for addressing them. The high level of cultural diversity among the women they assist makes it harder and more complex to detect. They prefer courses specifically designed and planned for midwives as these provide solutions for specific circumstances that arise at work. They are interested, receptive and optimistic about continuing their training in this area and hence improving the care they provide.

Training for detection. They express the need for more training to be able to talk with the woman, i.e. how to ask questions and be receptive and sensitive to create an intimate setting in which the woman feels comfortable enough to explain her situation. They also need strategies to help them do this despite the time pressure they are under as each consultation is limited:

"Learning to build trust so that the woman feels she can be honest (...) I'd like to receive general training on these topics so that we can be more sensitive around them, particularly when we're addressing them. The woman has to trust you and believe that you know how to address the issue, but for this to happen, time is a must, to give her the chance to talk, be silent, cry, but of course the clock is always ticking." (i11)

On the other hand, they place a lot of importance on knowing how to observe, getting used to doing this, and identifying indirect risk factors that suggest the woman could be suffering IPV.

"(...) we must have the same skill for detecting violence as we have for detecting a physical problem (...) this is what we need, to know when we have to be vigilant." (i8)

They also state that it would be useful to have standardised questionnaires that make detection more objective, and they would like to get used to using them:

"When something is suspicious, it would be good if we had tools, something like a questionnaire so that we could ask certain questions (...)." (i6)

Training to address the issue. The midwives think it is important to more fully understand the patient referral system in terms of who they should refer these women to, however, they prioritise knowing how to provide women who are victims of IPV with emotional support, and how to give them advice once they have disclosed their situation. In this sense, they think it is important to have more detailed knowledge of the resources available to the woman in the case that she wants to report the situation, or regarding social, economic and legal assistance, as well as the specific steps she will need to take. They think informing the women on these matters will give them more confidence to face the situation:

“Being able to say to her, when you do this then what will happen is that. (...) I think that would give her confidence because once she is sure she wants to report the situation, then she needs to know what support network she is going to have.” (i1)

They also highlight that they need to have a deeper understanding of the procedures for giving women advice, as well as being able to protect themselves as professionals. In this respect, they are concerned about ethical issues like not overstepping the mark and respecting the patient and her decisions. Hence, for example, they mention that they need to know the best way to make note of cases of IPV in the medical records while still respecting the women’s privacy.

“I’m not very sure about how to take notes in the medical records because I don’t know if I’m interfering with someone’s privacy, particularly when they don’t want to go to the police (...) in that situation, I don’t know what we’re supposed to do or what the legal consequences are.” (i6)

Training curriculum. They think it is necessary to develop holistic training that gives the midwives the skills they need to assist the patient given the complexity of her situation. They propose working contents from other disciplines as well as health: law, psychology,

sociology, and anthropology. They want the trainers to be able to provide them with theoretical knowledge and, most importantly, professional experience based on their assistance in services related to IPV. Hence, it is about the trainers sharing their experiences:

"People who are very involved in helping these women, who see these situations everyday (...) because they're the ones who know how to detect it, they have a lot of information (...) I think they're the people who can really open our eyes to these problems." (i8)

Proposals related with teaching methodology. The midwives want active methodologies. They explain that they would like to delve deeper into case studies. They also mention role-playing as a technique for putting skills into practice and dealing with alternatives. Their suggestions include debates, videos or even listening to testimonies. They express that they would like it if a woman who has suffered IPV came to one of the CT courses and shared her experiences.

"It would even be a good idea if someone who has suffered IPV came (...) because these cases really leave an impression." (i8)

However, some midwives do not agree with the need to introduce active and participative methodologies as they could cause discomfort for professionals who are more reserved. Four midwives, despite thinking that active methodologies are more enriching than theory-based classes, mention that sometimes they feel uncomfortable with the former; they get nervous speaking in public or are embarrassed to express their opinion, so they think these kinds of methodologies should be proposed while respecting some people's decision not to participate:

"I really like how the trainers at the last course did it. It was a bit more interactive. But I find it hard to speak in public, so I don't think it should be something they make us do (...)." (i6)

They think theory-based classes are useful for the first part of CT. They recognise that at the beginning it is necessary to explain the theoretical foundations to the whole group, however, in their opinion, it is important to include participative methodologies in smaller groups:

"A lecture is a good way to start, so that they give you some basic ideas, and you can ask questions. But then they should give us tools, it should be practical (...) everyone should be together in the master class, but then they should split us up into smaller groups so it's more participative. (i12)

Discussion

Unlike other research (Yildiz et al., 2014), all the midwives interviewed in this study had received training on IPV. Most of this training has been CT provided by the institution where they work and during working hours. The midwives who studied after the new law in 2004 (establishing the need to include training on IPV in study plans) are a minority in our study. They recall having addressed the issue at university, which coincides with the findings in Crombie, et al. (2016)

All the midwives have received a total of between 16.5 and 22 hours of CT, which is more than what has been found in other studies where midwives had received training courses of an average of 7.5 hours (Salmon et al., 2006) or as little as 3 hours (Protheroe et al., 2004). The content taught in the CT courses mostly focused on detecting and addressing IPV, the violence cycle and the patient referral system. This is similar to the results found in other papers (see Crombie et al., 2016), where the training received by midwives included how to

screen for IPV, and planning to help the woman get out of a situation of violence. On the other hand, the midwives in this paper also received specific training on sexual violence, violence towards children, and violence during pregnancy and adolescence. According to the midwives, the main teaching methodology was theory-based lectures, as found in (Protheroe et al., 2004).

In line with the findings in Baird et al. (2015), all the midwives have a strong personal commitment to dealing with IPV. They are receptive and optimistic about continuing their training in this area and improving the attention they provide. They know that situations of IPV during pregnancy have repercussions on the health of women and children, and think it is possibly under-detected. They have accurate theoretical knowledge of IPV, however, as found in other papers (Bradbury- Jones and Broadhurst, 2015; Eustace et al., 2016), the midwives do not feel like they are adequately trained. Mauri et al. (2015) demonstrates that the midwives did not feel capable of recognising signs of violence, and would not have known how to manage the situation if they had to. This is similar to what the midwives stated in this study, revealing the need to work on improving their confidence. As with Baird et al. (2015) and Yeung et al. (2012), in our study, the midwives express the need for more training.

Particularly in questions closely related with daily practice: the detection of cases, interview techniques, the use of standardised questionnaires, recognition of signs of abuse, information on the available resources, and the patient referral system when a case is detected (Beynon et al., 2012; Finnbogadóttir and Dykes, 2012).

The midwives state that they would like to be better trained so they can establish a trust-based relationship with the women, especially as they think their attitude is fundamental for getting the women to disclose their situation. This reflects the results found in other papers (Bradbury-Jones et al., 2017; Todahl and Walters, 2011) and reinforces the idea of training that also includes psychological resources for relating with the patients. Therefore, training is

a cornerstone that equips healthcare professionals with the skills needed for detecting situations of IPV (Gmelin, Raible, Dick, Kukke, & Miller, 2018; Goicolea et al., 2013). They suggest that future CT courses should have a multidisciplinary focus, and that the trainers should come from professional environments in which they work with women who are victims of IPV. They think the most enriching teaching methodologies to treat these issues are active, conducted in small groups, and include case analyses, testimonies and role-playing. All these teaching methodologies have been adopted by other researchers to teach nurses, doctors and midwives about IPV with positive learning results (Ambuel et al., 2013; Baird et al., 2018; Yildiz et al., 2014) as they allow them to develop cognitive and affective processes, and hence achieve more significant learning outcomes.

As the results reflect a single case study, the findings cannot be generalised to a greater population (Patton, 1990). However, rich description has been provided to assist the reader to determine the potential transferability of these findings to other primary care midwives.

Conclusions

The results of this study demonstrate that the detection of IPV is one of the aspects included in the professional duties of midwives. They have developed a strong professional commitment to helping women in a comprehensive way. However, despite the training received and their experiential knowledge, they express the need to receive more through an exhaustive CT programme on IPV specifically for midwives. A program which would help them improve their skills regarding asking appropriate questions, recognising signs of IPV, common tools for detection, resources for managing possible obstacles, and the patient referral system for women who disclose that they are in a situation of violence, based on existing protocols and action plans. They also express the need for tools to improve active listening and skills to facilitate the creation of a caring and trusting environment, which are

necessary for the woman to unveil her situation. They propose including active methodologies and trainers who are involved with victims of IPV and have professional experience in the area. They think the trainers should come from different disciplines with the aim of addressing the topic from all angles: health, psychological, social, ethical, and legal. All this indicates the importance of suitable, high-quality training on IPV, as well as the need to design training programmes that consider the emotional aspects of treating IPV victims, and that give midwives the professional confidence they need to deal with cases of IPV in pregnant women.

We think it is important to respond to this feedback as part of the struggle to eliminate IPV. Designing a training programme on IPV for midwives, based on the content highlighted by them, using effective educational strategies, and with a multidisciplinary and holistic approach would undoubtedly improve the skills and confidence of midwives to participate in the fight against IPV through their clinical practice.

Declarations

Availability of data and materials

The datasets used and analysed during the current study are available from the corresponding author on reasonable request.

Competing interests

The authors declare they have no competing interests.

Funding

The research that has led to these results was funded by the project Recercaixa (2016ACUP 0083). This study has also been partially funded by Fundación Enfermería y Sociedad under the framework of their Grants for Nursing Research (PR-050/16).

Authors' contributions

M^a Analía Gómez-Fernández, Montserrat Payá-Sánchez and Josefina Goberna-Tricas were involved in the conception and design of the study. M^a Analía Gómez-Fernández contributed to the data acquisition and processing. The six authors met on several occasions to agree on the evolution of the work, triangulate the application of the codes and interpret the data. All the authors revised the manuscript and gave final approval of the version to be published. The authors declare no potential conflicts of interests. This article has not received prior publication and is not under consideration for publication elsewhere.

Acknowledgements

As the authors of this paper, we would like to thank the midwives who have been kind enough to share their experiences, knowledge and reflections with us.

References

- Ambuel, B., Hamberger, L., Guse, C., Melzer-Lange, M., Phelan, M., & Kistner, A. (2013). Healthcare Can Change from Within: Sustained Improvement in the Healthcare Response to Intimate Partner Violence. *Journal of Family Violence, 28*(8), 833–847. <https://doi.org/10.1007/s10896-013-9550-9>
- Bacchus, L., Mezey, G., & Bewley, S. (2006). A Qualitative Exploration of the Nature of Domestic. *Violence Against Women, 12*(6), 588–604. <https://doi.org/10.1177/1077801206289131>
- Baird, K. M., Saito, A. S., Eustace, J., & Creedy, D. K. (2015). An exploration of Australian midwives' knowledge of intimate partner violence against women during pregnancy. *Women and Birth, 28*(3), 215–220. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2015.01.009>
- Baird, K., Saito, A., Eustace, J., & Creedy, D. (2018). Effectiveness of training to promote routine enquiry for domestic violence by midwives and nurses: A pre-post evaluation study. *Women and Birth, 31*(4), 285–291. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.10.014>
- Beynon, C., Gutmanis, I., Tutty, L., Wathen, C., & MacMillan, H. (2012). Why physicians and nurses ask (or don't) about partner violence: a qualitative analysis. *BMC Public Health, 12*(473), 1–12. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-473>
- Bradbury-Jones, C., & Broadhurst, K. (2015). Are we failing to prepare nursing and midwifery students to deal with domestic abuse? Findings from a qualitative study. *Journal of Advanced Nursing, 71*(9), 2062–2073. <https://doi.org/10.1111/jan.12666>
- Bradbury-Jones, C., Clark, M., Parry, J., & Taylor, J. (2017). Development of a practice framework for improving nurses' responses to intimate partner violence. *Journal of Clinical Nursing, 26*(15), 2495–2502. <https://doi.org/10.1111/jocn.13276>
- Brownridge, D. A., Taillieu, T. L., Tyler, K. A., Tiwari, A., Chan, K. L., & Santos, S. C.

- (2011). Pregnancy and Intimate Partner Violence : Risk Factors , Severity , and Health Effects. *Violence Against Women*, 17(7), 858–881.
<https://doi.org/10.1177/1077801211412547>
- Chisholm, C., Bullock, L., Ferguson, J., & (The American College of Obstetricians and Gynecologists). (2017). Intimate partner violence and pregnancy: screening and intervention. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 217(2), 145–149.
<https://doi.org/10.1016/j.ajog.2017.05.043>
- Crombie, N., Hooker, L., & Reisenhofer, S. (2016). Nurse and midwifery education and intimate partner violence : a scoping review. *Journal of Clinical Nursing*, 26(15), 2100–2125. <https://doi.org/10.1111/jocn.13376>
- Eustace, J., Baird, K., Saito, A. S., & Creedy, D. K. (2016). Midwives' experiences of routine enquiry for intimate partner violence in pregnancy. *Women and Birth*, 29(6), 503–510.
<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2016.04.010>
- Finnbogadóttir, H., & Dykes, A. (2012). Midwives' awareness and experiences regarding domestic violence among pregnant women in southern Sweden. *Midwifery*, 28(2), 181–189. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2010.11.010>
- Gmelin, T., Raible, C. A., Dick, R., Kukke, S., & Miller, E. (2018). Integrating Reproductive Health Services Into Intimate Partner and Sexual Violence Victim Service Programs. *Violence Against Women*, 24(13), 1557–1569.
<https://doi.org/10.1177/1077801217741992>
- Goicolea, I., Briones-Vozmediano, E., Öhman, A., Edin, K., Minvielle, F., & Vives-Cases, C. (2013). Mapping and exploring health systems' response to intimate partner violence in Spain. *BMC Public Health*, 13, 1–18. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-1162>
- Gómez-Fernández, M. A., Goberna-Tricas, J., & Payà-Sánchez, M. (2017). Intimate partner violence as a subject of study during the training of nurses and midwives in Catalonia

(Spain): A qualitative study. *Nurse Education in Practice*, 27.

<https://doi.org/10.1016/j.nepr.2017.08.001>

Government of Catalonia. (2017). Institute of Statistics of Catalonia. Retrieved October 16, 2016, from <https://www.idescat.cat>

Government Office for IPV [Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad]. (2015). A survey of violence against women 2015 [Macroencuesta de Violencia contra la mujer 2015]. Retrieved April 15, 2019, from http://www.violenciagenero.igualdad.mpr.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/colecciones/pdf/Libro_22_Macroencuesta2015.pdf

Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105–112. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>

James, L., Brody, D., & Hamilton, Z. (2013). Risk factors for domestic violence during pregnancy: a meta-analytic review. *Violence & Victims*, 28(3), 359–380. <https://doi.org/10.1891/0886-6708.VV-D-12-00034>

Mackey, S. (2005). Phenomenological nursing research: methodological insights derived from Heidegger's interpretive phenomenology. *International Journal of Nursing Studies*. *International Journal of Nursing Studies*, 42(2), 179–186. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2004.06.011>

Mauri, E. M., Nespoli, A., Persico, G., & Zobbi, V. F. (2015). Domestic violence during pregnancy: Midwives' experiences. *Midwifery*, 31(5), 498–504. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.02.002>

Ministry of Health Social Services and Equality [Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad]. (2012). National consensus guideline on respondig to IPV in health care setting [Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género].

- Retrieved April 1, 2019, from
<http://www.violenciagenero.igualdad.mpr.gob.es/profesionalesInvestigacion/sanitario/docs/PSanitarioVG2012.pdf>
- Official Newsletter of the State [Boletín Oficial del Estado]. (2004). Law against IPV in Spain [Ley de protección contra la violencia de género]. Retrieved April 4, 2019, from
<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2004-21760>
- Patton, M. (1990). *Qualitative evaluation and research methods*. (SAGE, Ed.). Newbury Park.
- Protheroe, L., Green, J., & Spiby, H. (2004). An interview study of the impact of domestic violence training on midwives. *Midwifery*, 20(1), 94–103.
<https://doi.org/10.1016/j.midw.2003.08.001>
- Salmon, D., Murphy, S., Baird, K., & Price, S. (2006). An evaluation of the effectiveness of an educational programme promoting the introduction of routine antenatal enquiry for domestic violence. *Midwifery*, 22(1), 6–14. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2005.05.002>
- Spanish Society of Gynecology and Obstetrics. (2017). Prenatal control of normal pregnancy Protocol updated in May 2017 [Control Prenatal del embarazo normal Protocolo actualizado en Mayo de 2017]. Retrieved January 1, 2019, from
<https://cgomedic.com/wp-content/uploads/2017/10/Nuevo-Protocolo-Embarazo-Normal-SEGO.pdf>. Published 2017. Accedido agosto 1, 2018.
- Taylor, S., & Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados*. (Paidós, Ed.). Barcelona.
- The National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2014). Domestic violence and abuse: multiagency working. Retrieved March 5, 2019, from
<https://www.nice.org.uk/guidance/ph50>
- Todahl, J., & Walters, E. (2011). Universal Screening for Intimate Partner Violence: a

Systematic Rev. *Journal of Marital and Family Therapy*, 37(3), 355–369.

<https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2009.00179.x>

United Nations. (2011). Supplement to the handbook on violence for legislation against women. Retrieved April 1, 2019, from <http://www.un.org/womenwatch/daw/vaw/v-handbook.htm>

World Health Organization. (2011). Intimate partner violence during pregnancy. Retrieved August 29, 2018, from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70764/1/WHO_RHR_11.35_eng.pdf

World Health Organization. (2012). Understanding and addressing violence against women. Retrieved August 29, 2018, from http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77432/WHO_RHR_12.36_eng.pdf;jsessionid=A4BF0712EB1EABAE4871EC69934582B3?sequence=1

World Health Organization. (2013a). Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Retrieved April 4, 2019, from <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241564625/en/>

World Health Organization. (2013b). Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines. Retrieved April 12, 2019, from <http://apps.who.int/rhl/>

World Health Organization. (2017). Violence against women. Intimate partner and sexual violence against women. Retrieved April 18, 2019, from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/en/>

Yeung, H., Chowdhury, N., Malpass, A., & Feder, G. S. (2012). Responding to Domestic Violence in General Practice : A Qualitative Study on Perceptions and Experiences. *International Journal of Family Medicine*, 1–7. <https://doi.org/10.1155/2012/960523>

Yildiz, T., Selimen, D., & Dogan, D. (2014). A Study Comparing the Pre- and Post-Training Knowledge of Emergency Department Nurses in Turkey for the Diagnosis of Physically Abused Women. *Journal of Family Violence, 29*(5), 519–525.
<https://doi.org/10.1007/s10896-014-9608-3>

Figures and tables

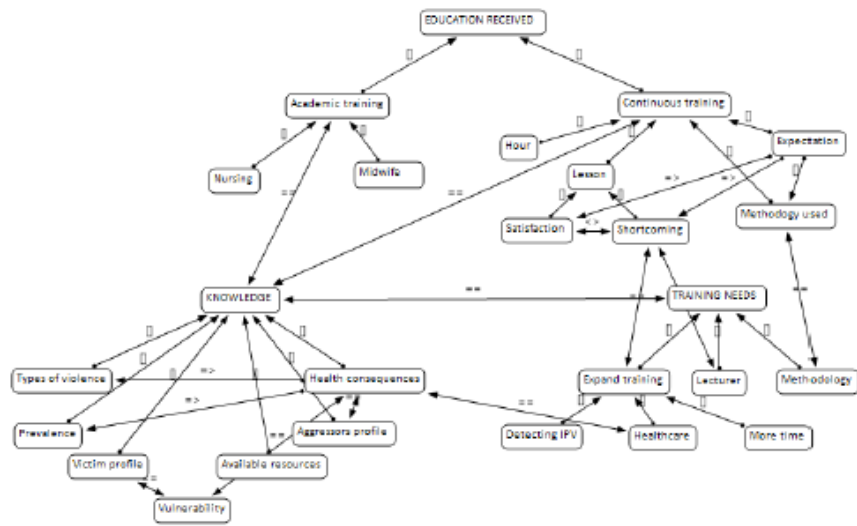


Figure 1 Code tree: the four code categories, 26 sub-categories and the relationships between them.

Figure legend:
 □ is part of
 ⇒ is a cause of
 ⇔ contradicts
 == is associated with

Table 1*Thematic guide of the interviews.*

When did you study nursing and when did you complete the specialisation in midwifery?
Can you describe your professional career?
During your regulated training, did you receive training on IPV?
Have you done continuous training on IPV? What type of content has helped you in your practice and what has been missing?
In your opinion, is IPV widespread among the pregnant women you assist? What are the risks of IPV during pregnancy?
How do you detect and address cases of IPV?
In your opinion, what are the training needs of midwives?
Considering your experience, what proposals would you make for designing future training programmes?

Table 2*Characteristics of the interviewed midwives.*

Interview	Age	Nursing ^a	Midwifery ^b	Community midwife ^c
i1	60	1977	1979	15
i2	59	1978	1981	17
i3	59	1978	1982	26
i4	58	1982	1984	20
i5	56	1982	1985	24
i6	56	1982	1986	27
i7	55	1983	1986	30
i8	53	1985	1987	14
i9	53	1985	1996	20
i10	41	1996	1998	13
i11	39	1998	2013	2
i12	34	2003	2008	8

Table legend:

a: year completed nursing studies

b: year completed midwifery studies

c: years of experience as community midwife

Table 3

Characteristics of the continuous training on IPV undertaken by the midwives (according to the training programmes reviewed).

Title	Year	Number of hours	Topics	Teaching method
Course: Detection and prevention of violence against women	2014	5.5	Detection of IPV The IPV cycle Addressing IPV	Master class
Seminar: Approaching intimate partner violence	2015	5.5	Detection of IPV Patient referral system Violence against children Sexual abuse IPV among teenagers IPV during pregnancy	Master class
Course: Intimate partner violence: awareness-raising and prevention	2016	11	IPV among teenagers Sexual and gender diversity	Master class and training workshop

Artículo 5. “El saber experiencial de las matronas de Atención Primaria en la detección de violencia de género durante el embarazo. Estudio cualitativo”.

Título del artículo:

El saber experiencial de las matronas de Atención Primaria en la detección de violencia de género durante el embarazo. Estudio cualitativo.

The experiential knowledge of primary care midwives to detection intimate partner violence during pregnancy. Qualitative study.

Autores y filiación institucional:

María Analía Gómez-Fernández^{a,b,c}

- a. Doctoranda del programa Enfermería y Salud. Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. Universitat de Barcelona.
- b. Matrona de Atención a la Salud|Sexual y Reproductiva (ASSIR) Delta de Llobregat. Instituto Catalán de la Salud.
- c. Instituto Universitario de Investigación en Atención Primaria (IDIAP Jordi Gol), Barcelona.

Dra. Josefina Goberna-Tricas^d

- d. Matrona, Socióloga, Doctora en Filosofía, Profesora Titular de Universidad, Departamento de Enfermería de Salud Pública, Salud Mental y Maternoinfantil. Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. ADHUC. Centro de Investigación en Teoría, Género y Sexualidad. Universitat de Barcelona.

Dra. Montserrat Payà-Sánchez^e

- e. Doctora en Pedagogía. Profesora Titular de Universidad, Departamento de Teoría e Historia de la Educación. Instituto de Investigación en Educación. Facultad de Educación. Universitat de Barcelona.

Autor responsable para la correspondencia:

M. Analía Gómez-Fernández

Correo electrónico: analiagomez2@yahoo.es

Teléfono: 670827796

Declaración de autoría:

Las tres autoras han hecho contribuciones sustanciales en el diseño del trabajo, la adquisición, análisis e interpretación de los datos y la redacción del artículo. Todas las autoras han aprobado la versión que se presenta. No existen conflictos de interés.

El presente trabajo se engloba en el proyecto de investigación 2016ACUP083 “Prevención y detección de les violencia de género durante el embarazo: de la violencia machista a la violencia obstétrica” y se inscribe dentro de la tesis de doctorado de M. Analía Gómez-Fernández (Programa de Doctorado en Enfermería y Salud en la Universitat de Barcelona), bajo la dirección de la Dra. Josefina Goberna-Tricas y la Dra. Montserrat Payà-Sánchez.

Declaración de presentación y verificación:

Este artículo no ha sido publicado previamente y no está siendo valorado para publicarlo en otras revistas. Resultados preliminares de este trabajo fueron presentados mediante una comunicación oral en el XVI Congreso de la Federación de Matronas de España (FAME) que se celebró en Las Palmas de Gran Canaria del 5 al 7 de octubre de 2017.

Financiación:

La investigación que ha dado lugar a estos resultados ha estado impulsada por Recercaixa (2016ACUP 0083). Además este estudio ha sido financiado parcialmente por la Fundación Enfermería y Sociedad en el marco de las Ayudas a la Investigación Enfermera (PR-050/16).

Agradecimientos:

Las autoras de este artículo queremos darles las gracias a las matronas que han compartido con nosotras de forma altruista sus experiencias, saberes y reflexiones.

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10
- 11
- 12
- 13
- 14
- 15
- 16
- 17
- 18
- 19
- 20
- 21
- 22
- 23
- 24
- 25
- 26
- 27
- 28
- 29
- 30
- 31
- 32
- 33
- 34
- 35
- 36
- 37
- 38
- 39
- 40
- 41
- 42
- 43
- 44
- 45
- 46
- 47
- 48
- 49
- 50
- 51
- 52
- 53
- 54
- 55
- 56
- 57
- 58
- 59
- 60
- 61

Qué se conoce

La violencia de género es un grave problema de salud pública, especialmente si se produce durante el embarazo, **por la posibilidad de desencadenar complicaciones de la gestación, parto y postparto.**

Qué se aporta

El saber experiencial de las matronas de Atención Primaria de los principales factores que actúan, bien como obstáculos, bien como facilitadores, en el proceso de detección de las gestantes que sufren violencia de género, **así como sus propuestas de mejora.**

TÍTULO:

El saber experiencial de las matronas de Atención Primaria en la detección de violencia de género durante el embarazo. Estudio cualitativo.

RESUMEN:

Objetivo: Conocer a través de las narraciones de las matronas de Atención Primaria los factores que obstaculizan o contribuyen a la detección y abordaje de la violencia de género durante el embarazo, así como sus propuestas de mejora para tal fin.

Método: Estudio cualitativo con un enfoque fenomenológico interpretativo. Se hicieron entrevistas semi-estructuradas a las doce matronas que trabajan en los centros de Atención Primaria de L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona).

Resultados: Las dificultades en la detección se relacionan con el sistema de visitas, el contexto de las mujeres y barreras del propio profesional como el miedo. Destacan como factores facilitadores el seguimiento en el control del embarazo y la relación de confianza con la matrona. Las propuestas de mejora se relacionan con la formación y el uso de procedimientos seguros y fiables.

Conclusiones: Sería deseable poner en marcha acciones de mejora tales como ampliar la formación y consensuar un circuito interno de trabajo que incluya instrumentos objetivos de ayuda de la detección, la coordinación con otros servicios y la forma ética y legalmente adecuada de registro en la historia clínica.

Palabras clave: Violencia de Género, Embarazo, Matronas, Investigación cualitativa.

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64

TITLE:

The experiential knowledge of primary care midwives to detection intimate partner violence during pregnancy. Qualitative study.

ABSTRACT:

Aim: To use the reflections of primary care midwives to know the barriers and facilitators for detecting IPV during pregnancy. The second aim is to know proposals for measures to improve the detecting.

Method: Qualitative methodology with a interpretative phenomenological approach. In-depth interviews were conducted with twelve midwives, who work in the sexual and reproductive health care centers in Hospitalet de Llobregat (Barcelona).

Results: The difficulties in detection are the system of visits, the situation of women and barriers of the professional such as fear. The follow-up in the control of pregnancy and the relationship of trust with the midwife stand out as facilitators. The proposals for improvement were to increase training and use safe and reliable health care procedures.

Conclusions: The complexity of IPV makes it likely that IPV during pregnancy is undetected. It would be desirable to implement actions such as expanding training and agreeing on an internal work circuit that includes objective instruments to detecting IPV, coordination with other services and the ethical and legally appropriate way of recording in the clinical record.

Keywords: Intimate Partner Violence, Pregnancy, Midwives, Qualitative methodology

INTRODUCCIÓN:

1
2
3
4 La violencia en la pareja (VG) es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS)
5 como el comportamiento de una pareja íntima o ex pareja que causa daño físico, sexual
6 o psicológico, incluida la violencia física, la violencia sexual, el abuso psicológico y las
7 conductas de control¹.
8

9
10 La OMS define la VG como un problema de salud pública¹ que afecta a la salud física de
11 las mujeres a causa de las lesiones directas o por somatización y a su salud mental
12 provocando depresión, ansiedad, etc². Las graves consecuencias que tiene para la salud
13 de la mujer se amplían si la VG ocurre durante el embarazo, por la posibilidad de
14 desencadenar complicaciones de la gestación, parto y postparto como mayor riesgo de
15 aborto, retraso de crecimiento intrauterino, parto prematuro, depresión postparto o
16 incluso muerte neonatal^{2,3}. Un meta-análisis del 2013 revela una prevalencia de VG
17 durante el embarazo a nivel mundial del 19.8%⁴. Datos similares a los obtenidos por
18 Velasco et al.⁵ en Andalucía con una prevalencia del 22.7%.
19
20
21

22 Desde los servicios sanitarios se puede desempeñar un papel crucial para ayudar a las
23 mujeres que sufren VG, ya que acudirán a ellos con mayor frecuencia, en particular a
24 Atención Primaria (AP), Urgencias, Obstetricia y Ginecología y Salud Mental²⁻⁶. A pesar
25 de que la detección universal durante el seguimiento del embarazo y puerperio es
26 defendida por la OMS⁷, el Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos⁸ y la
27 Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia⁹, la detección de la VG en entornos
28 sanitarios en general y durante el embarazo en particular, está lejos de implementarse
29 universalmente. Según los resultados de investigaciones desarrolladas en España, solo
30 la mitad de los enfermeros encuestados habían detectado un caso de VG¹⁰. Por otro
31 lado, en otro trabajo realizado en España con 347 médicos de AP, aparecían múltiples
32 dificultades en la detección de la VG como dilemas éticos, miedo a perjudicar a la
33 paciente, obstáculos idiomáticos y falta de tiempo, entre otros¹¹.
34
35
36
37

38 Nuestro interés se centra en la detección de los casos de VG durante el embarazo. El
39 estudio que se presenta se ha llevado a cabo con matronas de AP ya que ellas tienen la
40 oportunidad de detectar y abordar la VG en el momento vital que nos ocupa, el
41 embarazo¹². Puesto que el seguimiento del mismo posibilita el contacto y la relación
42 continuada con las mujeres², facilitando que revelen la VG¹³. Es importante documentar
43 la experiencia y vivencia de las matronas en la detección de la VG durante el embarazo
44 si se quiere contribuir a lograr el objetivo de una detección universal en nuestro entorno.
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

El presente trabajo forma parte de un proyecto de investigación más amplio que pretende mejorar la detección y el abordaje de la VG durante el embarazo. Dicho trabajo se fundamenta en el uso de la metodología de la Investigación Acción Participativa (IAP)¹⁴, que se ha planificado en cuatro fases. En este artículo se presenta los resultados de la fase I, donde se procede a realizar un análisis de la situación, detectando necesidades. En las fases posteriores, y siguiendo las pautas de la IAP se elaborarán las estrategias de acción para dar respuesta a las necesidades (fase II), se implementarán (fase III) y finalmente se evaluarán (fase IV).

El objetivo del trabajo fue: Conocer a través de las narraciones de las matronas de AP los factores que obstaculizan o contribuyen a la detección y abordaje de la violencia de género durante el embarazo, así como sus propuestas de mejora para tal fin.

MÉTODO:

Diseño:
Estudio cualitativo con enfoque fenomenológico interpretativo, de acuerdo con Mackey (2005)¹⁵, con el propósito de comprender las experiencias vividas por las matronas respecto al fenómeno de la detección de la VG durante el embarazo.

Ámbito:
Los centros de Atención Primaria (AP) Just Oliveas y Ronda Torrasa, en el municipio de L'Hospitalet de Llobregat (L'H) (Barcelona), que cuentan con 13 matronas que asisten a un 49.6% de embarazadas nacidas fuera de España. El trabajo se llevó a cabo entre octubre de 2016 y febrero de 2017.

Recogida de datos:
Se presentó a las matronas los objetivos y metodología del estudio y se solicitó su colaboración, todas deseaban participar. Se concretó, una cita de entrevista cualitativa semi-estructurada individual. Las entrevistas con una duración promedio de ochenta minutos, fueron realizadas por la misma investigadora en los centros de AP y grabadas digitalmente. Se utilizó un guion de preguntas abiertas (ver Tabla 1) que obedecen a los núcleos temáticos básicos. Se tomaron notas de campo durante todo el proceso. Después de la 10ª entrevista, no se generaron nuevos temas, por lo tanto, se consideró que la recopilación de datos había alcanzado un punto de saturación. Se continuó durante otras dos entrevistas para confirmar que no había nuevos temas emergentes y para dar respuesta al interés de todas las matronas de participar en el trabajo.

Muestra:
Todas las matronas de L'H, un total de doce (puesto que una de ellas, desempeña también el rol de investigadora). Las características de las matronas entrevistadas pueden observarse en la tabla 2 (identificadas como e1-e12). Todas son mujeres, tienen una relación laboral permanente con la institución y experiencia previa en el ámbito hospitalario.

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

Análisis:

Tras la transcripción de las grabaciones, los textos fueron enviados vía correo electrónico a las matronas entrevistadas, por si deseaban hacer alguna modificación. El análisis de las entrevistas se basó en el texto transcrito y en el sentido que ellas mismas fueron generando al reflexionar sobre su ejercicio profesional^{16,17}. Se realizó el análisis de las entrevistas desde un enfoque inductivo: descubrimiento, codificación de los datos y relativización¹⁸. Para realizar el análisis de contenido, las investigadoras **con formación en enfermería (matrona), sociología y pedagogía**, identificaron de forma independiente los códigos iniciales para posteriormente hacer una puesta en común y consensuar la categorización¹⁹. Con el apoyo del programa Atlas-Ti v.7.5.10 se procedió a sistematizar la codificación, estableciendo las relaciones entre categorías y subcategorías, como se recoge en la figura 1.

Criterios de rigor de la investigación:

Para garantizar la confiabilidad de la investigación, se tuvieron en cuenta los siguientes criterios de rigor: la credibilidad (se pudo entrevistar a todas las matronas que realizan asistencia en AP del ámbito de estudio); la fiabilidad (las autoras se reunieron en diversas ocasiones para consensuar el análisis de la información y triangular la aplicación de los códigos); la transferibilidad (**se ha descrito las características de la muestra así como del contexto de investigación**); y la confirmabilidad (se dispone de las grabaciones, transcripciones, notas de campo, diario de investigación y análisis para su contraste)²⁰.

Aspectos éticos de la investigación:

Previamente a la realización de la investigación, se obtuvo la aprobación del proyecto por parte de la Comisión de Bioética de la Universidad de Barcelona (IRB00003099) y del Comité Ético de Investigación Clínica del IDIAP Jordi Gol (P15/129). Cuando las matronas aceptaron ser entrevistadas, se les facilitó una hoja informativa sobre el estudio y se solicitó su consentimiento por escrito para grabar la entrevista, asegurando el anonimato.

RESULTADOS:

Presentaremos la información, ordenada a partir de tres temas identificados como centrales en el análisis (obstáculos, facilitadores y estrategias de mejora) y de las catorce subcategorías más significativas, integrando también en ellas lo singular.

Obstáculos

El análisis de esta categoría muestra dos tipos de obstáculos, externos (los derivados de condicionantes estructurales de la atención clínica) e internos (del ejercicio del propio profesional), que interactúan entre sí aumentando las dificultades para la detección de la VG.

Condiciones en que se presta asistencia. Habitualmente debido a la carga asistencial y al exceso de burocracia las matronas no disponen del tiempo necesario para abordar el tema de la VG. Expresan que, por ello, en las visitas de seguimiento de embarazo se tiende a priorizar los cuidados biomédicos es decir, los relacionados con el estado físico de la mujer sobre los cuidados psico-sociales, como sería interesarse por su entorno familiar. Conjuntamente estiman que las consultas no ofrecen las condiciones de privacidad que sería deseable. Por una parte, porque no están suficientemente insonorizadas. Por otra parte, explican que en demasiadas ocasiones se producen interrupciones durante la visita:

“La vacuna de la gripe, de la tosferina... Claro, registra en el ordenador, en el carnet de la mujer (...) Demasiada tarea física, demasiada burocracia y dejamos la parte más importante que es saber cómo está la mujer” (e1).

“Tienes tres puertas, más un teléfono que constantemente está sonando, entonces cuando una mujer está revelando una situación de estas, ¡no puede ser que nadie interrumpa la consulta! (...)” (e12)

Contexto de la mujer. Las narraciones revelan que no tener un conocimiento suficiente del idioma, como pasa en algunas pacientes migradas, obstaculiza la detección. Además explican que es frecuente que quien hace de traductor en la consulta sea la propia pareja, lo cual les imposibilita permanecer a solas con la mujer para preguntar sobre VG:

“Son las dos cosas, la barrera idiomática y que como hay barrera idiomática siempre vienen ellos. Si vienen solas ¿cómo te aclaras con ellas? Si vienen ellos ¿cómo te van a contar?, con lo cual es un tema muy difícil.” (e7)

1 Estiman que determinadas mujeres que asisten no revelan su situación, a causa de su
2 falta de independencia económica o por vergüenza (al culpabilizarse por no actuar o
3 debido a la carga del patriarcado, que les exige ser buenas madres, esposas,
4 profesionales, etc.). Igualmente señalan que puede haber diferencias culturales a la hora
5 de delimitar lo que se considera como violencia y lo que no, lo cual les comporta un
6 dilema ético en torno a si confrontar o no a la mujer a que reflexione sobre lo que está
7 viviendo:
8

9
10 *(...) son temas que creo que las mujeres los esconden, no lo manifestarán por*
11 *vergüenza” (e7).*
12

13
14 *”Porque a veces depende de la cultura y ellas no lo ven como un maltrato, quizás*
15 *para ti sí lo es, pero para ellas no” (e1).*
16

17
18 **La complejidad en la detección de VG.** Se desprende de las narraciones de las matronas
19 que les da un cierto miedo abordar este tema, fundado en que, en ocasiones, se puede
20 poner a la mujer en riesgo de sufrir un daño mayor si no se aborda el caso de la forma
21 oportuna. También miedo a ofender a la mujer cuando se le pregunta por VG o a no
22 saber dirigirles a los recursos oportunos si revelasen la violencia. Conjuntamente no se
23 sienten respaldadas en términos de protección de su seguridad e integridad física:
24

25
26 *”Si preguntas, te encuentras, si te encuentras ¿qué haces? Entonces lo primero*
27 *que tienes que saber es ¿cómo ayudarla? ¿Dónde derivarla? Porque si no lo sabes,*
28 *no preguntes.” (e1)*
29

30
31 *”Creo que no estamos respaldadas. Si la mujer se confesara, tú tienes que seguir*
32 *indagando, te puede venir el marido, el marido te puede amenazar a ti (...) Tú una*
33 *vez que has hecho todo, tienes que ir a justificar esto al juzgado, sale tu nombre*
34 *(...)” (e5)*
35

36 **Facilitadores**

37
38 Los facilitadores se relacionan con las funciones y características del mismo servicio
39 sanitario.
40

41
42 **El seguimiento.** Las matronas estiman que las visitas de control del embarazo y
43 postparto y la relación que se establece durante las mismas en AP favorecen que las
44 mujeres revelen su situación. Igualmente, permite observar indicadores que advierten
45 de la posibilidad de VG durante la gestación y hacen que las matronas indaguen más en
46 visitas sucesivas si fuera necesario para asegurarse:
47

48
49 *”(...) en el hospital es distinto, pero aquí las vemos cada dos por tres (...) tienen*
50 *confianza contigo (...). Cuando las recibes el primer día, pues siempre hay una*
51 *distancia, pero después te cuentan, nosotras podemos obtener mucha*
52 *información.”(e8)*
53

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

Embarazo, momento favorable para la detección. Consideran que a diferencia de otros servicios, a las visitas del seguimiento del embarazo las mujeres suelen venir acompañadas de sus parejas. Se desprende de la información que esto, en ciertas ocasiones, puede ser un facilitador ya que les permite observar actitudes y comportamientos reconocidos como signos de alerta ante la existencia de situación de VG:

"(...) a veces a ellos los ves con una actitud de "orden y mando" y reciprocamente, ellas están de menos, las hacen de menos." (e9)

El rol profesional de la matrona. Piensan que las matronas tienen una posición privilegiada para la detección de casos, puesto que en las visitas está normalizado que pregunten por la relación de pareja:

"(...) vas a abordar por el embarazo, temas muy íntimos como puede ser la sexualidad. Como está normalizado que la matrona aborde estos temas porque es nuestro rol, pues esto te da pie a abordar otros temas." (e10)

De forma unánime consideran que es parte de sus funciones como matronas la detección de la VG. Si detectan un caso de VG durante el embarazo, creen que deben derivarlo a otro profesional, pero manteniendo el seguimiento:

"Nosotras sería un primer diagnóstico y derivación a otros profesionales, también hacer un seguimiento, en el sentido de que si tú la vas a continuar viéndola en el embarazo (...) estar pendiente, ir preguntando (...)" (e10).

Propuestas de mejora para la detección

Las propuestas de mejora más numerosas se refieren a la práctica clínica de las matronas y posterior abordaje de los casos detectados. Otro bloque de propuestas recurrentes se relaciona con la formación en su doble rol (como formadoras y como destinatarias de la formación).

Mejorar la gestión del tiempo en las agendas. Todas las matronas creen que se precisa disponer de más tiempo en la atención a la mujer. **Independientemente**, en los casos en que se sospecha o se revela una situación de VG, las matronas estiman necesario disponer de apoyos para dedicar más tiempo en esa misma visita. Otras dos matronas proponen ante este tipo de situaciones reservar más tiempo en las sucesivas visitas de control del embarazo:

"(...) quizás cuando tú veas una gestante que pueda tener algún problema de estos, pues que puedas asignarle más tiempo en próximas visitas." (e9)

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

Disponer de traductores. Una matrona comenta que según su experiencia, la mejor forma de poder obtener información veraz cuando existen situaciones de dificultad idiomática, es disponer de traductores en el servicio, **se desprende de sus narraciones que con el fin de no tener que acudir a la pareja.**

Aplicar instrumentos objetivos de detección. Las matronas apuntan de forma unánime a la necesidad de disponer de instrumentos que les ayuden en la detección de VG y que les proporcionen objetividad, como cuestionarios estandarizados. Sin embargo, existen discrepancias entre las matronas en cuanto a la forma de utilizarlos. Dos de ellas son partidarias de preguntar en los casos que se detecte algún signo de sospecha de que la mujer sufre violencia, tal como se está haciendo hasta ahora. Las otras diez matronas, sin embargo, están a favor de preguntar de forma sistemática:

“Se podría consensuar (...) de la misma forma que preguntamos por otras cosas, pues eso, preguntarlo, se podría probar, hacerlo durante un tiempo y ver si realmente funciona o no.”(e1)

Determinar un circuito interno. A pesar de que las matronas disponen de un protocolo específico de abordaje de la VG durante el embarazo, publicado por el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya (2010), declaran que necesitarían disponer de pautas más concretas a modo de circuito interno, con claras especificaciones que determinen la forma de derivar a la mujer a otros servicios y donde se indique, además la forma de registro en la historia clínica, tanto en los casos de sospecha como en los que se confirme una situación de VG. Sin embargo, tal y como ellas reflexionan, para poder abordar los casos de violencia de forma efectiva sería deseable que todos los profesionales relacionados estuvieran al corriente del caso, con el consiguiente dilema ético y legal generado en relación con la salvaguarda de la intimidad y la confidencialidad:

“Tendríamos que registrarlo (...) quizás con un código, para que lo pudiéramos ver nosotras, también el médico de cabecera, la enfermera (...) pero claro, también tienen derecho a la intimidad, son temas muy especiales.”(e8)

Actualmente existe la posibilidad, si la mujer lo solicita o el profesional así lo considera, que determinadas notas sean seleccionadas como “confidencial” pudiendo acceder a ellas solo el profesional que la escribe. A pesar de ello, como respuesta a estos problemas relacionados con el respeto a la intimidad y confidencialidad, tres matronas proponen que dentro de la historia clínica informatizada debería existir un apartado específico dedicado a la VG. Del mismo modo, según argumentan, que existe para otros asuntos relacionados con la salud de la mujer, como las infecciones de transmisión sexual, la contracepción o el estado del suelo pélvico:

“Yo lo que haría es que en la historia clínica hubiera un apartado donde estuviese contemplado (...) donde se puede registrar este tema.” (e10)

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

Interactuar con profesionales de centros especializados. Las matronas presentan que sería conveniente conocer personalmente a los profesionales que trabajan en los centros especializados en VG, donde las matronas pueden derivar a las mujeres. Dichos centros proporcionan atención integral a las mujeres en contexto de VG (asistencia psicológica, social y asesoramiento jurídico). De esta forma poder mejorar la red de trabajo y por ejemplo, consultarles dudas sobre casos concretos:

"Sí, también el tener una buena comunicación con otros equipos (...) que tú puedas consultar cómo actuar cuando sospechas o si quizás no tienes claro preguntarles (...)" (e11)

Disponer de material informativo en la consulta. Proponen disponer en la consulta de material informativo sintético sobre los recursos disponibles y los posibles recorridos (tipo folletos o trípticos). Para que en caso de que la mujer desee emprender medidas que la ayuden a salir de su situación, sepa dónde dirigirse, qué pasos seguir o, en caso contrario, que disponga igualmente de la información, por si en un futuro cambia de opinión:

"Folletos que nosotros les podamos dar a las señoras (...) con los recursos y decirle piénsatelo (...) Pues toma esto, y si alguna vez ves que esto que te ocurre, pues no te gusta o crees que no es normal, lo puedes consultar aquí." (e4)

Incorporar información sobre la VG en las actividades de educación sanitaria grupales que imparten. Las matronas lideran y dinamizan programas de educación para la salud materno-infantil, atención a la mujer y de salud sexual y reproductiva. Plantean impartir formación sobre cuestiones de igualdad de género y sobre VG en estas actividades:

"Creo que incluso va muy bien hablar de esto en los grupos de preparación maternal o de soporte a la lactancia (...) porque en los grupos están más tranquilas, hay más mujeres como ellas y eso da pie a que expliquen cosas que igual en la consulta no te explicarían." (e12)

Realizar más formación. De forma unánime las matronas creen que, a pesar de que han recibido formación sobre el tema, buena parte impartida desde la propia institución de trabajo, indican que necesitan ampliar y profundizar aún más para mejorar sus competencias en la detección y el abordaje de la VG:

"Considero que nos falta más formación porque es un terreno como muy nuevo en nuestro trabajo." (e1)

DISCUSIÓN.

1
2
3 Las dificultades condicionadas por factores externos se corresponden con las detectadas
4 por autores como LoGuiudice²¹ y Arredondo-Provecho et al.²²: la falta de tiempo y la
5 falta de intimidad con la mujer, principalmente por la presencia de la pareja²³. Sin
6 embargo, en este trabajo también se alude a la posibilidad de observar el
7 comportamiento de las parejas cuando están presentes en las visitas, como factor
8 facilitador, en la detección de la VG. Las matronas entrevistadas atienden a mujeres de
9 diversas nacionalidades y manifiestan la dificultad añadida que eso puede implicar,
10 puesto que en ocasiones existe dificultad idiomática, lo cual aparece también en
11 trabajos de Baird et al.²³ y Janssen et al.²⁴, como una de las principales barreras para la
12 detección de la VG. En este estudio se alude también al factor cultural (diferentes
13 percepciones o valoraciones acerca de lo que es considerado VG). Mauri et al.²⁵ concluye
14 que otra de las dificultades son los tabús sociales, en este mismo sentido en nuestro
15 estudio también se comenta que algunas mujeres sienten vergüenza y por ello no
16 solicitan ayuda. En cuanto a los factores internos, los resultados que se presentan
17 coinciden con los detectados por LoGuiudice²¹ y Spradge et al.²⁶, donde las matronas
18 expresaban que tenían miedo a no saber cómo manejar la situación en caso de que se
19 revelase VG y tenían también la posible venganza de la pareja violenta. Esto puede
20 derivar en evitar preguntar y mantener, por tanto, las situaciones de violencia
21 infradetectadas. Conjuntamente, igual que en el estudio de Mauri et al.²⁵, algunas
22 entrevistadas creen que preguntar sobre VG podrían ofender a la mujer.

23 En cuanto a los factores facilitadores de la detección, se concede una gran importancia
24 a la relación de confianza de la gestante con la matrona, igual que manifiestan Bradbury-
25 Jones et al.²⁷ y Mauri et al.²⁵. Según LoGuiudice²¹ en el ámbito de AP es más fácil que se
26 establezca una relación de confianza con la matrona, el seguimiento continuo del
27 embarazo permite que se pueda observar a la mujer y ello contribuye a facilitar que
28 puedan revelar la VG, lo cual coincide con los resultados presentados. En ese mismo
29 sentido, las matronas creen que detectar situaciones de VG durante el embarazo en AP
30 es más fácil que a nivel hospitalario, lo cual es reforzado por otros autores: véase por
31 ejemplo Lazenbatt et al.²⁸ que concluyen que las matronas de AP tienen más
32 oportunidades de hablar con las mujeres a solas.

33 A diferencia de los hallazgos de Protheroe et al.²⁹ todas las matronas entrevistadas
34 consideran que la detección de la VG forma parte de sus tareas e, igual que en el estudio
35 de Mauri et al.²⁵, consideran que necesitan colaboración interprofesional y por tanto
36 derivar a la mujer a especialistas de otras áreas en el tema si se confirma una situación
37 de violencia. En el estudio de Lazenbatt et al.^{28, 30} solo la mitad de las matronas creían
38 que se debe preguntar de forma sistemática a todas las gestantes sobre VG. En este
39 trabajo, la mayoría cree que se debe hacer sistemáticamente, es decir, preguntar a todas
40 a las mujeres aunque no se detecten signos de sospecha, lo cual está reforzado también
41 por Rurangirwa et al.³¹ y por Todahl y Walters³². Éste último señala que preguntar sobre
42 VG a todas las mujeres genera, además, mayor experiencia en el profesional, evita la
43 sensación por parte de la paciente de ser señalada y crea una oportunidad para resolver
44 dudas sobre VG. Actualmente se dispone de un gran número de cuestionarios
45 validados³³ pero no existe consenso sobre la forma de preguntar, ni en la utilización de
46 cuestionarios estandarizados o cuál utilizar⁸. La elección del mismo debe hacerse de
47 entre los instrumentos con mejores propiedades psicométricas y considerando el

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64

objetivo de su uso y la población a la que se dirige³⁴. Como es lógico, la aplicación de los instrumentos se debe amparar en formación para su correcta aplicación, y en protocolos y circuitos de asistencia³⁵.

Las matronas de este estudio proponen estrategias de mejora en la detección de la VG durante el embarazo como solventar las dificultades reveladas en cuanto a la limitación del tiempo y su optimización, así como disponer de material informativo, como folletos, en las consultas, lo que coincide con los hallazgos de Protheroe et al.²⁹ y disponer de instrumentos objetivos para la detección. Dan muestras de sentirse responsables del bienestar de la mujer una vez detectada la situación de VG, al preocuparse por ofrecerles los recursos más adecuados, interesarse por el registro idóneo de los casos en la historia clínica o estar en comunicación con profesionales del ámbito³². Asimismo, proponen incorporar el tema de la VG en las actividades grupales e igual que en Valdez-Santiago et al.³⁶ solicitan ampliar su formación en el tema.

Cabe señalar como limitación de estudio, que al ser cualitativo centrado en el contexto de las matronas de AP en la población de L' H, los resultados sólo pueden ser transferibles a otros contextos que guarden semejanza con el estudiado.

CONCLUSIONES:

Las matronas tienen un fuerte compromiso y sensibilidad por el tema así como un gran interés en mejorar la detección de la VG durante el embarazo. Consideran dentro de sus funciones no solo detectar, sino que también asesorar e, incluso, acompañar a la mujer en el primer paso que decida dar. Existe la necesidad de promover acciones que mejoren la detección de la VG durante el embarazo, lo que implica obtener recursos de las políticas sanitarias para dar respuesta a las necesidades expresadas por las matronas, como ampliar la formación, disponer de servicios de traducción, gestionar las cargas de trabajo y favorecer el trabajo en red, es decir con centros especializados, servicios de pediatría, trabajadores sociales etc. Parece necesario consensuar un circuito interno de trabajo que incluya instrumentos objetivos de ayuda de la detección, tales como cuestionarios, formas de derivación y coordinación con otros servicios, así como promover la forma ética y legalmente adecuada de registro en la historia clínica.

BIBLIOGRAFÍA:

1. World Health Organization. Violence against women. Intimate partner and sexual violence against women, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/en/>; 2017 [consulta el 12 de diciembre de 2018].
2. Ministerio de Sanidad y Consumo. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género, <http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/profesionalesInvestigacion/sanitario/docs/PSanitarioVG2012.pdf>; 2012 [consulta el 12 de diciembre de 2018].
3. World Health Organization. Intimate partner violence during pregnancy, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70764/1/WHO_RHR_11.35_eng.pdf; 2011 [consulta el 12 de diciembre de 2018].
4. James L, Brody D, Hamilton Z. Risk factors for domestic violence during pregnancy: a meta-analytic review. *Violence Vict.* 2013;28(3):359–80.
5. Velasco C, Luna JD, Martín A, Caño A, Martín-DelasHeras S. 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):1050–8. doi: 10.1111/aogs.12459.
6. García-Moreno C, Hegarty K, d'Oliveira AFL, Koziol-McLain J, Colombini M, Feder G. The health-systems response to violence against women. *Lancet.* 2015;385(9977):1567–79. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61837-7
7. Organización Mundial de Salud (OMS) y Organización Panamericana de la Salud. Respuesta a la violencia de pareja y a la violencia sexual contra las mujeres. Directrices de la OMS para la práctica clínica y las políticas, <http://www.paho.org/violence>; 2014 [consulta el 13 de diciembre de 2018].
8. Chisholm C, Bullock L, Ferguson J. Intimate partner violence and pregnancy: screening and intervention. *Am J Obstet Gynecol.* 2017;217(2):145–9. doi: 10.1016/j.ajog.2017.05.043
9. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Control Prenatal del embarazo normal, <https://cgomedic.com/wp-content/uploads/2017/10/Nuevo-Protocolo-Embarazo-Normal-SEGO.pdf>; 2017 [consulta el 13 de diciembre de 2018].
10. Coll-Vinent B, Echeverría T, Farràs Ú, Rodríguez D, Millá J, Santifà M. El personal sanitario no percibe la violencia doméstica como un problema de salud. *Gac Sanit.* 2008;22(1):7–10.
11. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. La Atención Primaria frente a la Violencia de Género. Necesidades y Propuestas, https://www.cop.es/GT/Atencion_Primaria_VG.pdf; 2015 [consulta el 13 de diciembre de 2018].
12. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Protocol per l'abordatge de la violència masclista en l'àmbit de la salut a Catalunya. Document operatiu d'embaràs; http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/ambits_tematicos/linies_dactuacio/model_assistencial/ordenacio_cartera_i_serveis_sanitaris/abordatge_de_la_violencia_masclista/documents/arxius/abord_embaras.pdf; 2010 [consulta el 23 de diciembre de 2018].

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

13. O'Doherty LJ, Taft A, Hegarty K, Ramsay J, Davidson LL, Feder G. Screening women for intimate partner violence in healthcare settings: abridged Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2014;348:g2913. doi:10.1136/bmj.g2913
14. Kemmis S, McTaggart R. *Cómo planificar la investigación-acción*. S.A. L, editor. Barcelona; 1988.
15. Mackey S. Phenomenological nursing research: methodological insights derived from Heidegger's interpretive phenomenology. *International Journal of Nursing Studies*. *Int J Nurs Stud*. 2005;42(2):179–86.
16. Van Manen M. *Writing in the dark: phenomenological studies in interpretive inquiry*. The Athlone Press, editor. London; 2002.
17. Clandinin D, Connelly F. *Narrative Inquiry. Experience and Story in Qualitative Research*. Jossey-Bass Publishers, editor. San Francisco; 2000.
18. Taylor S, Bogdan R. *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados*. Paidós, editor. Barcelona; 1987.
19. Weber RP. *Basic Content Analysis*. SAGE. London; 1990.
20. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today*. 2004;24(2):105–12.
21. LoGiudice JA. Prenatal screening for intimate partner violence: A qualitative meta-synthesis. *Appl Nurs Res*. 2015;28(1). doi: 10.1016/j.apnr.2014.04.004
22. Arredondo-Provecho A, Del Pliego-Pilo G, Nadal-Rubio M, Roy-Rodríguez R. Conocimientos y opiniones de los profesionales de la salud de atención especializada acerca de la violencia de género. *Enferm Clin*. 2008;18(4):175–82. doi: 10.1016/S1130-8621(08)72192-2
23. Baird K, Salmon D, White P. A five year follow-up study of the Bristol pregnancy domestic violence programme to promote routine enquiry. *Midwifery*. 2013;29(8):1003–10. doi: 10.1016/j.midw.2013.01.007
24. Janssen PA, Holt VL, Sugg NK. Introducing domestic violence assessment in a postpartum clinical setting. *Matern Child Health J*. 2002;6(3):195–203.
25. Mauri EM, Nespoli A, Persico G, Zobbi VF. Domestic violence during pregnancy: Midwives' experiences. *Midwifery*. 2015;31(5):498–504. doi: 10.1016/j.midw.2015.02.002.
26. Sprague S, Madden M, Simunovic N, Godin K, Pham N, Bhandari M, et al. Barriers to screening for intimate partner violence. *Women Health*. 2012;52(6):587–605. doi: 10.1080/03630242.2012.690840
27. Bradbury-Jones C, Clark M, Parry J, Taylor J. Development of a practice framework for improving nurses' responses to intimate partner violence. *J Clin Nurs*. 2017;26(15):2495–502. doi: 10.1111/jocn.13276
28. Lazenbatt A, Taylor J, Cree L. A healthy settings framework: an evaluation and comparison of midwives' responses to addressing domestic violence. *Midwifery*. 2009;25(6):622–36. doi: 10.1016/j.midw.2007.11.001.
29. Protheroe L, Green J, Spiby H. An interview study of the impact of domestic violence training on midwives. *Midwifery*. 2004;20(1):94–103.
30. Lazenbatt A, Thompson-Cree ME, McMurray F. The use of exploratory factor analysis in evaluating midwives' attitudes and stereotypical myths related to the identification and management of domestic violence in practice. *Midwifery*.

- 2005;21(4):322–34.
- 1 31. Rurangirwa AA, Mogren I, Ntaganira J, Krantz G. Intimate partner violence
2 among pregnant women in Rwanda, its associated risk factors and relationship
3 to ANC services attendance: A population-based study. *BMJ Open*. 2017;7(2).
4 doi: 10.1136/bmjopen-2016-013155.
5
6 32. Todahl J, Walters E. Universal Screening for Intimate Partner Violence: a
7 Systematic Rev. *J Marital Fam Ther*. 2011;37(3):355–69. doi: 10.1111/j.1752-
8 0606.2009.00179.x.
9
10 33. Gómez-Fernández MA, Goberna-Tricas J, Paya-Sanchez M. Characteristics and
11 clinical applicability of the validated scales and tools for screening, evaluating
12 and measuring the risk of intimate partner violence. Systematic literature review
13 (2003-2017). *Aggress Violent Behav*. 2018;44:57–66. doi:
14 10.1016/j.avb.2018.11.006
15
16 34. Feder G, Ramsay J, Dunne D, Rose M, Arsene C, Norman R, et al. How far does
17 screening women for domestic (partner) violence in different health-care
18 settings meet criteria for a screening programme? Systematic reviews of nine
19 UK, National Screening Committee criteria. *Health Technology Assessment*.
20 2009; 13(6): 137-347. doi 10.3310/hta13160.
21
22 35. Organización Mundial de la Salud. Prevención de la violencia: la evidencia,
23 [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85671/1/9789275317488_spa.pdf?ua](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85671/1/9789275317488_spa.pdf?ua=1)
24 [=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85671/1/9789275317488_spa.pdf?ua=1); 2013 [consulta el 13 de diciembre de 2018].
25
26 36. Valdez-Santiago R, Arenas-Monreal L, Hernández-Tezoquipa I. Experiencia de las
27 parteras en la identificación de mujeres maltratadas durante el embarazo. *Salud*
28 *Publica Mex*. 2004;46(1):56–63.
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

Tabla 1: Guion de preguntas utilizadas en las entrevistas.

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

Hábleme de su percepción sobre la violencia que sufren las mujeres durante el embarazo.

En su opinión ¿quiénes son los profesionales más adecuados para detectar la VG durante el embarazo? ¿Considera que está dentro de sus funciones como matrona la detección de la VG durante el embarazo?

Según su percepción ¿cómo de frecuente es la VG durante el embarazo?

En su trayectoria profesional ¿se ha encontrado con algún caso de alguna embarazada del que sospechara o confirmara que sufría VG? ¿Me lo podría explicar?

¿Cómo vería la posibilidad de incorporar preguntas sobre VG de forma rutinaria a todas las embarazadas? ¿Le plantea alguna dificultad preguntar de forma rutinaria sobre VG?

Según su experiencia ¿qué dificulta la detección de la VG durante el embarazo?

Según su experiencia ¿qué facilita la detección de la VG durante el embarazo?

En su opinión ¿cómo se podría mejorar la detección de la VG durante el embarazo?

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

Tabla 2: Características de las matronas entrevistadas.

Matrona	Edad	Enfermería^a	Matrona^b	Matrona en atención primaria^c
e1	60	1977	1979	15
e2	59	1978	1981	17
e3	59	1978	1982	26
e4	58	1982	1984	20
e5	56	1982	1985	24
e6	56	1982	1986	27
e7	55	1983	1986	30
e8	53	1985	1987	14
e9	53	1985	1996	20
e10	41	1996	1998	13
e11	39	1998	2013	2
e12	34	2003	2008	8

Fuente: elaboración propia.

Nota: a año de finalización de los estudios de Enfermería; b año de finalización de los estudios de Matrona; c años de experiencia como matrona en atención primaria.

Figura 1: Árbol de códigos con las tres categorías, las veintidós subcategorías y su relación entre ellas.



NOTA:
-> (es parte de)
== (está asociado con)
<> (contradice)
=> (es causa de)

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

Artículo 6. “Characteristics and clinical applicability of the validated scales and tools for screening, evaluating and measuring the risk of intimate partner violence. Systematic literature review (2003-2017)”.

Aggression and Violent Behavior 44 (2019) 57–66



Contents lists available at ScienceDirect

Aggression and Violent Behavior

journal homepage: www.elsevier.com/locate/aggbv



Characteristics and clinical applicability of the validated scales and tools for screening, evaluating and measuring the risk of intimate partner violence. Systematic literature review (2003–2017)



María Analía Gómez-Fernández^{a,b}, Josefina Goberna-Tricas^{c,*}, Montserrat Payá-Sánchez^d

^a Department of Public Health, Mental Health and Perinatal Nursing, Faculty of Medicine and Health Sciences, University of Barcelona, Bellvitge Health Sciences Campus, C/Feixa Llarga s/n, 08907, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, Spain

^b Delta de Hombres, Catalan Institute of Health, Rambla Just Oliveras, 50, 08901 L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, Spain

^c Department of Public Health, Mental Health and Perinatal Nursing, Faculty of Medicine and Health Sciences, ADHUC (Research Centre theory, gender and sexuality), University of Barcelona, Bellvitge Campus, C/Feixa Llarga s/n, 08907, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, Spain

^d Department of Education Theory and History, Faculty of Education, GREM (Research Group of Moral Education), University of Barcelona, Mundet Campus, Psoa Vall D'Hebron, 171, 08035, Barcelona, Spain

ARTICLE INFO

Keywords:
Review
Questionnaire
Validation
Violence against women
Intimate partner violence

ABSTRACT

Introduction: Several tools have been developed to objectively identify women who are experiencing intimate partner violence (IPV). The objective of this systematic review is to identify and describe the properties and clinical usefulness of the validated tools for detecting IPV published in the past 15 years.

Method: A systematic review was performed of the bibliographic databases PubMed, Cochrane Library, ENFISPO, IME, CNHAL, CUIDEN and Cuidatge. The search was restricted to articles published in the past 15 years. It was broadened to include grey literature. The articles selected present tools for screening, evaluating and measuring the risk of IPV, along with information on the validation of the tool. They are either written in Spanish or English.

Results: 536 articles were found in total, of which eight were excluded as they appeared in two different databases. A further 461 were excluded after reading the title and summary. 67 full articles were reviewed. 63 articles were finally included and 39 tools.

Conclusion: This systematic review provides a big-picture perspective of validated IPV tools published since 2003. It can help health professionals and researchers choose the most appropriate tool for their specific purposes and context.

1. Introduction

Violence against women (VAW) was defined by the United Nations (1993) as any act of gender-based violence that results in, or is likely to result in, physical, sexual or psychological harm or suffering to women, including threats of such acts, coercion or arbitrary deprivation of liberty, whether occurring in public or in private life (United Nations, 1993).

VAW derives from one person having the power and control in an intimate relationship and, therefore, a situation of inequality (Bugariñ-González & Bugariñ-Diz, 2014). According to the World Health Organisation (WHO), VAW includes physical violence (e.g. hitting, kicking), psychological violence (e.g. constant intimidation, denigration, isolation and humiliation) and sexual violence (e.g. forced sexual

intercourse) (WHO, 2003). Other manifestations of VAW are economic violence (e.g. controlling finances, forcing the woman to justify her expenses or not giving her enough money to cover the family's needs), environmental violence (e.g. breaking objects that have special significance for the woman or mistreating pets) and social violence (e.g. making fun of the woman in public or seductive behaviour towards other women in her presence) (Ministry of Health, Social Services and Equality, 2012; Parveen Azam, Dhingra, & McGarry, 2016).

Even though VAW (and particularly in the form of intimate partner violence (IPV)) is a high priority health issue, (Latzman, Vivolo-Kantor, Clinton-Sherrod, Casanueva, & Carr, 2017; Pill, Day, & Mildred, 2017), obtaining reliable, precise and comparable data on the extent of violence worldwide comes with many difficulties due to the heterogeneity of the available tools (Women's Health Observatory, 2005). The nature

* Corresponding author.

E-mail address: jgoberna@ub.edu (J. Goberna-Tricas).

<https://doi.org/10.1016/j.avb.2018.11.006>

Received 3 April 2018; Received in revised form 24 August 2018; Accepted 26 November 2018

Available online 28 November 2018

1359-1789/ © 2018 Published by Elsevier Ltd.

of the object of study is also problematic as a large part of IPV cases are not brought before the justice system, often because women fear being punished by their partners for revealing their violent situation or the stigma attached (e.g. family and friends).

Nevertheless, the violent acts tend to cause physical injuries and various psycho-affective problems, forcing women to go to health services, e.g. primary healthcare, emergency department or mental health. Consequently, these services offer the opportunity to identify women experiencing IPV, give them support and refer them to the suitable healthcare area (Ministry of Health, Social Services and Equality, 2012). It is important to highlight that universal IPV screening in healthcare settings has been a controversial topic. Even though there is literature that supports it (Bourey, Williams, Bernstein, & Stephenson, 2015), a 2014 Cochrane review concludes that there is not sufficient scientific evidence to recommend universal IPV screening in healthcare (O'Doherty et al., 2014). In the same vein, the latest guides and protocols like the 2013 WHO "Violence prevention: the evidence" (WHO, 2013) guide or the Spanish "General protocol for healthcare in situations of gender-based violence" from 2012 (Ministry of Health, Social Services and Equality, 2012), recommend systematic screening as there has been an increase in the number of women identified as experiencing IPV. In the same way, the American College of Obstetricians and Gynecologists (Chisholm, Bullock, & Ferguson, 2017) and the Spanish Society of Gynecology and Obstetrics (2017) have been staunch advocates for universal IPV screening. However, the effectiveness and efficiency of universal IPV screening requires several factors and processes to come together: professional training, specific resources and access to them, and a continued healthcare relationship (Nomman, Spencer, Eldridge, & Feder, 2010).

Several tools have been developed for emergency departments, primary healthcare, prenatal care and mental health centres, among others, to objectively identify women in IPV situations. They usually have a set of questions about the person's everyday relationships and their experiences relating to physical, psychological and sexual violence (WHO, 2013). They make it possible to collect, quantify, standardise and compare information. They can be classified in the following way: Screening tools: their objective is to detect probable cases. They are brief and quick (10 items or less). Evaluation tools: they perform an exhaustive assessment and are more extensive than screening tools (Lobo, 1987). IPV risk assessment tools: they are aimed at detecting the risk of violence against the partner or ex-partner. They are generally applied in legal and criminal contexts (Women's Health Observatory, 2005).

Healthcare tools are validated using psychometrics, which allows us to study the suitability of the scale for the phenomenon that is being measured, as well as the quality of the measurement (Terwee et al., 2007). However, it is also possible to evaluate suitability, determining the sensitivity and specificity, by comparing the tool with "gold standard" tools (Martín-Arribas, 2004; Women's Health Observatory, 2005), otherwise referred to by some authors as "credible reference standard" (Rabin, Jennings, Campbell, & Bair-Merritt, 2009; U.S. Preventive Services Task Force, 1999).

Examples of credible reference standards include *Conflict Tactics Scales* (CTS) by Straus (1979), *Index of Spouse Abuse* (ISA) by Hudson and McIntosh (1981), and *Psychological Maltreatment of Women Inventory* (PMWI) by Tolman (Tolman, 1989; Tomasdotir et al., 2016). Regarding our topic of interest, there is a lack of consensus on the most appropriate measure of comparison to use in the sensitivity and specificity tests for IPV detection tools (Rabin et al., 2009). There are discrepancies as to whether it is best to use psychometrics or to make comparisons with the so-called "gold standard" tools. In this sense, there are excellent articles (Arkins, Begley, & Higgins, 2016) that provide a rigorous description and evaluation of the psychometric properties of the existing scales and an outstanding evaluation of the validation processes for the various tools. As a result, this is not the focus here. The objective is to identify and describe the properties,

characteristics and, especially, clinical applicability of the validated tools for detecting IPV that have been published in the past 15 years.

2. Methodology

A systematic review of the English and Spanish databases was carried out in the months between April and September 2017: PubMed (biomedical literature from MEDLINE and journals in life sciences), the Cochrane Library (literature containing high-quality scientific evidence about healthcare), ENFISPO (articles about nursing, physiotherapy and podiatry in Spanish-language journals), IME (biomedicine articles in Spanish-language journals), CINHAI (articles in journals on nursing and other health sciences), CUIDEN (literature on healthcare in Spanish) and Cuidatge (articles on nursing in journals in Spanish or Catalan).

Search strategy: In each database, Boolean operators were used with the following keywords for the English databases: (intimate partner violence OR domestic violence OR spouse abuse) AND validation AND (scale OR questionnaire OR test). The following combinations were used for the Spanish databases: (violencia Y test), (violencia Y cuestionario), (violencia Y validación) in ENFISPO, IME and CUIDEN; and (violencia OR género) AND (validación OR escala OR cuestionario OR test) in Cuidatge.

The search was limited to articles published in the past 15 years and it was broadened to find grey literature (i.e. literature published outside the usual scientific bases), exploring the websites of official organisations: the Observatory of Women's Health (OSM is the Spanish acronym), the Spanish Ministry of Health, Social Services and Equality, and the World Health Organisation; the System for Information on Grey Literature in Europe (SIGLE); and repositories for doctoral dissertations: Portal DART-Europe E-theses (a database for European doctoral dissertations) and TESEO (a database for Spanish doctoral dissertations). An active search was also conducted on the internet using the Google and Google Scholar search engines to identify studies published in non-indexed journals. The names of previously identified questionnaires were used as keywords. To evaluate the quality of these studies, the US Preventive Services Task Force criteria for Diagnostic Accuracy Studies were used (U.S. Preventive Services Task Force, 1999). Said criteria were not used to discard the studies selected for the review; rather, it guaranteed that the studies were analysed using a single set of criteria.

2.1. Selection criteria

As shown in Fig. 1, 536 articles were identified in total: 513 from databases (244 from PubMed, 5 from Cochrane Library, 4 from ENFISPO, 5 from IME, 238 from CINHAI, 12 from CUIDEN and 5 from Cuidatge) and 23 from the grey literature. After 8 articles were discarded as they appeared in two different databases. Another 461 were discarded after reading the title and summary (as they did not contain IPV tools).

The articles selected present tools for screening, evaluating and measuring the risk of IPV, along with information on the validation of the tools. They were either written in Spanish or English or published in the past 15 years (except for some articles that were published earlier but validated after 2003). Doctoral dissertations, non-original research and conferences were all excluded. The full text of a total of 67 articles was evaluated; three of them were discarded as they did not present validated tools; and a further article was discarded for presenting a tool for measuring physician readiness to manage IPV. Finally, 63 articles were included in the review.

2.2. Data extraction

To process and order the texts, a secondary document with a pre-designed template was created, including: tool name, author and year of publication, original country of publication and language, tool

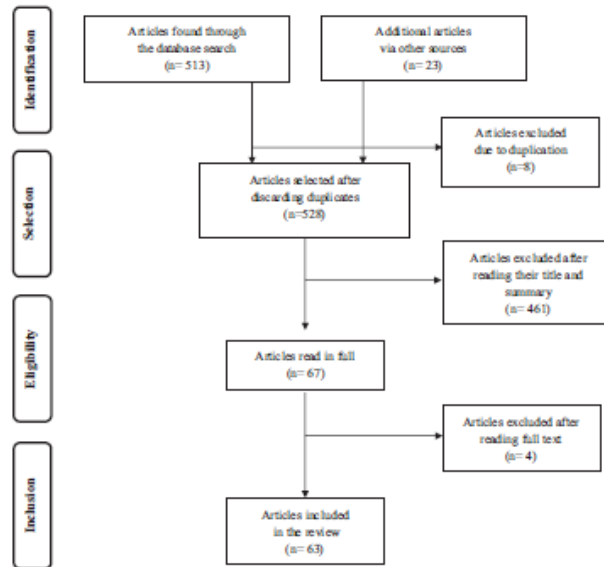


Fig. 1. Flow diagram of the selected articles.

objective, type of violence identified, area of application, number of items, psychometric properties (or other forms of validation) and the existence of a validated version in other languages (here, the language, author, year of publication and psychometric properties or other forms of validation are also included).

As we have seen, the validation of the tools within the health environment is based on the use of psychometric tests (Terwee et al., 2007). Cronbach's coefficient alpha by Cronbach and Shavelson (2004) is an average of correlations between variables that evaluates internal consistency. The values $\alpha < 0.50$ are considered unacceptable, 0.50 to 0.59 are poor, 0.60 to 0.69 are questionable, 0.70 to 0.79 are acceptable, 0.80 to 0.89 are good while values that are ≥ 0.90 are considered excellent.

However, it is also possible to evaluate suitability by determining the sensitivity and specificity; sensitivity (in the case that concerns us here) determines the capacity of the tool to detect that a woman is in an IPV situation, while specificity, on the other hand, determines the capacity of the tool to detect that a woman is not in an IPV situation (Martín-Arribas, 2004; Women's Health Observatory, 2005). Receiver Operating Characteristic (ROC) is a graphic representation that plots sensitivity against specificity. The ROC varies from 0 to 1.0 where 1.0 is a perfect prediction, to 0.5, which is not a prediction, and 0, which is an inverse prediction (Hilton & Harris, 2007). A ROC curve of 0.60 can be considered a slightly improved prediction with respect to luck (0.5), whereas a result of between 0.70 and 0.79 is considered moderately effective, while anything above 0.80 is highly effective (Douglas, Guy, Reeves, & Weir, 2005).

3. Results

3.1. Search results

Sixty-three articles presenting 39 validated tools were included: ten screening tools, 19 evaluation tools and ten IPV risk assessment tools. From among the 39 tools, 27 were published from 2003 onwards. The

remaining 12 tools were published before 2003 (they are marked with an asterisk in Table 1). What this article presents is their validation or their cultural adaptation and validation in different languages from 2003 onwards.

3.2. Tool characteristics and quality

Table 1 presents a summary of the tools. The tools are classified according to how they have been designed for screening, evaluating and detecting the risk of IPV, that is to say, whether they were originally published in Spanish, English, or were designed in English and then adapted and validated in other languages. The tool description adopts the following scheme: title (the title of the original scale is stated), author and year of publication (of the original scale), country of publication and original language, objective (a summary is provided), description (a summary of the tool's content is given, including the type of violence, area of application, number of items and psychometric properties), and whether there is a validated version in other languages (here, the language of validation, year of publication and psychometric properties/other forms of validation are included).

3.3. Tool objectives

The objective of all the screening tools is to detect probable cases of intimate partner violence against women in clinical settings. Some specifically focus on primary healthcare services, (Brown, Lent, Brett, Sae, & Pederson, 1996; Majdalaní, Alemán, Fayanás, Guedes, & Mejía, 2005; Peralta & Fleming, 2003; Sherin, Sinacore, Li, Zitter, & Shakil, 1998) emergency departments (Feldhaus et al., 1997) or during pregnancy (Soeken, McFarlane, Parker, & Lominack, 1992). The objective of the evaluation tools is to measure or assess the degree of violence. As with the previous case, most of them are used in clinical settings, although some can also be applied at educational institutions (Rodríguez et al., 2010; Straus, Hamby, Boney-McCoy, & Sugarman, 1996; Trujano, Nava, Tejada, & Gutiérrez, 2006; Wolfe et al., 2001), prisons (Straus

Table 1
Description of screening, evaluation and IPV risk assessment tools.

Tool name	Author (year)	Country (original country)	Objective	Type of violence	Area of application	Items	Cronbach's α	Validation in another language author (year) and psychometric property
IPV screening tools								
Designed in Spanish Cuestionario breve para detectar situaciones de violencia de género en las consultas clínicas Escala para la medición de los malos tratos a mujeres	Majdani et al. (2005)	Argentina (Spanish)	Detect cases of violence against women in primary health care	Physical, psychological and sexual	Primary healthcare	5	Cronbach's α 0.50–0.75	•
Ongoing Abuse Screen (OAS)	Wells et al. (2003)	USA (English)	Detect violence against women	Designed in English Physical, psychological and sexual	Clinical	5	Cronbach's α 0.60	•
Ongoing Intimate Partner Violence (OIVAT)	Ernst et al. (2004)	USA (English)	Detect violence against women	Physical and psychological	Clinical	4	Cronbach's α 0.60	•
Safety Question for Screening Intimate Partner Violence	Perlin and Fleming (2003)	USA (English)	Detect psychological violence against women in primary healthcare	Psychological	Primary healthcare	1	Compared with CTS: sensitivity: 8.8%; specificity: 91.2%	•
Questionnaire Screen for Intimate Partner Violence (STAT)	Purojito and Lohschütz (2003)	USA (English)	Detect violence against women	Physical and psychological	Clinical	3	Compared with interview and ISA: sensitivity: 64–96%; specificity: 75–100%	•
Designed in English and available in other languages								
*Abuse Assessment Screen (AAS)	Sookan et al. (1992)	USA (English)	Detect violence against pregnant women	Physical and sexual	Prenatal care	5	Cronbach's α 0.56	- Chinese: Tinsui et al. (2007) Compared with CTS2: sensitivity: 66.7%; specificity: 64–69% - Spanish: Borrallo-Agüir et al. (2015) Cronbach's α 0.85–0.94 - Greek: Antoniou et al. (2010) Cronbach's α 0.80
*Hurt/Insult-Threaten-Scream (HITS)	Sherin et al. (1998)	USA (English)	Detect violence against women	Physical and psychological	Primary healthcare	4	Cronbach's α 0.61–0.80	- Spanish: Chan et al. (2008) Cronbach's α 0.61
*Partner Violence Screen (PVS)	Ridgway et al. (1997)	USA (English)	Detect partner violence against women	Physical and safety	Emergency department	3	Compared with CTS and ISA: sensitivity: 33–79%; specificity: 80–94%	- Spanish: García-Baño et al. (2011) Cronbach's α 0.91
*Woman Abuse Screening Tool (WAST)	Brown et al. (1994)	Canada (English)	Detect violence against women	Physical, psychological and sexual	Primary healthcare	8	Cronbach's α 0.75–0.91	- Spanish: Figueras and Brown (2002) Cronbach's α 0.91 - Reduced Spanish version (Paracola-Corrallo et al. (2008) Compared with ISA: sensitivity: 91.4%; specificity: 76.2% - In domain: Ibarra et al. (2015) Cronbach's α 0.80
IPV Evaluation Tools								
Designed in Spanish Cuestionario de Relación de Pareja de Novia (CVRNO)	Rodríguez et al. (2010)	Spain (Spanish)	Measure violent behaviours in teenage couples	Physical, psychological and sexual	Clinical and educational	42	Cronbach's α 0.95	•
Cuestionario de Violencia en la Pareja (CVP)	Condeelis and Díaz (2010)	Mexico (Spanish)	Evaluate violence in couples	Physical, psychological and sexual	Clinical	38	Cronbach's α 0.80	•

(continued on next page)

Table 1 (continued)

Tool name	Author (year)	Country (original country)	Objective	Type of violence	Area of application	Items	Cronbach's α	Validation in another language author (year) and psychometric property
Cuestionario de Violencia Suicida y Ejecución de Pareja (CVSEEP)	Morales La Rubia and Ramos Barreto (2015)	Mexico (Spanish)	Evaluate violence in couples	Physical, psychological and sexual	Clinical	39	Cronbach's α 0.95	*
Escala de Abuso Psicológico Aplicado en la Pareja (EAPAP)	Pons-García et al. (2016)	Spain (Spanish)	Evaluate psychological violence in couples	Psychological	Clinical	19	Cronbach's α 0.92	*
Escala de medición de la Violencia Intrafamiliar (VIFA)	Jaramillo et al. (2014)	Ecuador (Spanish)	Measure the type and severity of violence against women	Physical, psychological and sexual	Clinical	25	Cronbach's α 0.93	*
Índice de severidad de violencia de pareja (ISVP)	Valdes-Santiago et al. (2006)	Mexico (Spanish)	Measure the frequency and severity of violence against women	Physical, psychological and sexual	Clinical	19	Cronbach's α 0.99	*
Violencia Doméstica: Frecuencia y Percepción (VIDOPFP)	Trujano et al. (2006)	Mexico (Spanish)	Measure violence against women and how it is perceived	Physical, psychological and sexual	Clinical and educational	30	Cronbach's α 0.98	*
Designed in English Domestic Violence Questionnaire	Indu et al. (2011)	India (English and Malayalam)	Measure the type and frequency of DV violence against women	Physical, psychological and sexual	Clinical	20	Cronbach's α 0.94	*
Intimate Justice Scale	Joy (2004)	USA (English)	Direct psychological and physical violence against women	Physical and psychological	Clinical and Social Services	15	Cronbach's α 0.74–0.90	*
Norfolk Abuse Questionnaire (NorAQ)	Swahnberg and Wijman (2003)	Sweden (English)	Measure the degree of emotional, physical and sexual abuse, and health abuse	Physical, psychological and sexual	Clinical	13	Compared with CTS and SAQ: sensitivity: 85–98%; specificity: 75–96%	- Arabic: Haddad et al. (2011) Cronbach's α 0.75–0.77
Scale of Economic Abuse (SEA)	Adams et al. (2015)	USA (English)	Measure economic violence against women	Economic	Clinical	28	Cronbach's α 0.87–0.96	*
Coercion in Intimate Relationships Scale (CIRS)	Shackelford and Goets (2004)	USA (English)	Measure sexual violence against women	Sexual	Clinical	34	Cronbach's α 0.91–0.95	*
Indian Family Violence and Control Scale (IFVCS)	Nalobhe et al. (2016)	India (English, Hindi and Marathi)	Measure abuse against married women by spouse or spouse's family	Physical, psychological and sexual	Clinical	63	Correlation with CTS2 0.35–0.84	*
Revised Controlling Behaviour Scale (CBS-R)	Graham-Koven and Archer (2005) Valdimarsdóttir et al. (2017)	UK (English)	Measure psychological and physical violence against a partner	Physical and psychological	Clinical	32	Correlation with CTS2 0.64–0.92	- Chinese: Thwait et al. (2015): sensitivity: 96%; specificity: 99%
Designed in English and available in other language *Conflict in Adolescent Dating Relationship Inventory (CADRI)	Wolfe et al. (2001)	Canada (English)	Measure violent acts in teenage couples	Physical, psychological and sexual	Clinical and education	35	Cronbach's α 0.83–0.85	- Spanish: Fernández-Puentes et al. (2006) Cronbach's α 0.62–0.85
*Conflict Tactics Scales (CTS2)	Straus et al. (1996)	USA (English)	Measure the extent of physical and psychological violence in couples	Physical, psychological and sexual	Health, educational and prisons	78	Cronbach's α 0.78–0.89	- Spanish: Muñoz-Rivas et al. (2007) Cronbach's α 0.62–0.81 - Italian: Signorelli et al. (2014) Cronbach's α 0.80–0.94 - Japanese: Umeda and Kawahara (2014) Cronbach's α 0.18–0.5 - Spanish: Torres et al. (2010) Cronbach's α 0.99; Páez-García et al. (2009) Cronbach's α 0.98 - Reduced version Stern et al. (2011) Cronbach's α 0.93
*Index of Spouse Abuse (ISA)	Hudson and McMarlow (1981)	USA (English)	Evaluate the severity of violence against women	Physical, psychological and sexual	Clinical	30	Cronbach's α 0.90–0.96	- Spanish: García-Rivero et al. (2011) Cronbach's α 0.98
*Psychological Maltreatment of Women Inventory (PMWI-F)	Tolman (1989)	USA (English)	Measure psychological violence against women	Psychological	Clinical	14	Cronbach's α 0.87–0.92	(continued on next page)

Table 1 (continued)

Tool name	Author (year)	Country (original country)	Objective	Type of violence	Area of application	Items	Cronbach's α	Validation in another language author (year) and psychometric property
*Subtle and Overt Psychological Abuse of Women Scale-SOPAS	Marshall (1999) Validation: Ames, Davidson, Bogat, Lerner, and von Eye (2005)	USA (English)	Measure psychological violence against women	Psychological	Clinical	65	Correlations with PMWT 0.82–0.89	- Spanish: Biosa and Calvente (2011) Cronbach's α 0.92
IPV Risk Assessment Tools Designed in Spanish	Echeburua, Amor, Loinas, and de Corral (2010)	Spain (Spanish)	Predict the risk of serious violence by partner or ex-partner	Physical, psychological and sexual	Legal and police	20	Cronbach's α 0.71	*
Escala de Predicci3n del Riesgo de Violencia Grave contra la pareja (EVP)	Alvarez-Fruejo et al. (2011)	Spain (Spanish)	Predict the risk of serious violence by partner or ex-partner	Physical, psychological	Legal and clinical	16	Cronbach's α 0.72	*
Riesgo Violencia Mujer – Barcelona (RVD-BCN)								
Designed in English								
Danger Assessment-5 (DA-5)	Mensing et al. (2017)	USA (English)	Detect the risk of homicide in an abused woman	Physical, psychological and sexual	Legal and clinical	5	Sensitivity: 72% Specificity: 58%	*
Domestic Violence Screening Instrument (DVSI)	Williams and Houghton (2004)	USA (English)	Detect the risk of recidivism in an abusive person	Physical, psychological and sexual	Legal	12	Cronbach's α 0.63–0.85	*
*Kington Screening Instrument for Domestic Violence (K-SID)	Collis and Tolman (1998) Validation: Noell, Gulliflow, Weber, and Campbell (2005)	USA (English)	Detect the risk of recidivism in an abusive person	Physical, psychological and sexual	Legal	10	ROC 0.62	*
Revised Domestic Violence Screening Instrument (DVSR)	Williams and Grant (2006)	USA (English)	Detect the risk of recidivism in an abusive person	Physical, psychological and sexual	Legal	12	Cronbach's α 0.68–0.73	*
*Method of Assessment of Domestic Violence Situations or Domestic Violence Method (DV-MOAS)	De Becker (2000) Validation: Roehl et al., (2005)	USA (English)	Detect the risk of homicide in an abused woman	Physical, psychological and sexual	Legal	46	ROC curve 0.65	*
Ontario Domestic Assault Risk Assessment (ODARA)	Hilton and Harris (2009)	Canada (English)	Detect the risk of recidivism in an abusive person	Physical, psychological and sexual	Legal	13	ROC curve 0.71–0.80	*
Designed in English and available in other languages								
*Spousal Assault Risk Assessment (SARA)	Kropp et al. (1994)	Canada (English)	Detect the risk of recidivism in an abusive person	Physical, psychological and sexual	Legal	58	Cronbach's α 0.78	- Spanish: Lopez-Perez and Audr6n-Puig (2007) Sensitivity: 85% specificity: 72%
Brief Spousal Assault Form for the Evaluation of Risk (B-SAFER)	Kropp, Hart, and Bellows (2005) Validation: Storey et al. (2013)	Canada (English)	Detect the risk of recidivism in an abusive person	Physical, psychological and sexual	Legal	10	ROC curve 0.69–0.70	- Spanish: L6pez-Cabrero et al. (2011) ROC curve: 0.65

Notes

(Φ): not available in other languages.

(*): Tools published before 2003 although their validation or their cultural adaptation and validation in different languages did not take place until after 2003.

(a): Sexual Abuse Questionnaire (SAQ) (Liserman, Drossman, & Z, 1995).

et al., 1996) or social services (Jory, 2004). The risk assessment tools seek to predict the risk of recurrent violence and their application is normally limited to legal and police settings, with the exception of two tools whose use can also be extended to clinical settings (Álvarez-Freijo et al., 2011; Messing, Campbell, & Snider, 2017).

3.4. Length

In the 39 tools presented, the average number of items was 22.9. The shortest screening tool was the *Safety Question for Screening Intimate Partner Violence* (Peralta & Fleming, 2003), with a single item. The longest evaluation tool was the *Conflict Tactics Scales* (CTS2) (Straus et al., 1996), with 78 items.

3.5. Validation languages

Nineteen of the tools were originally designed in English and then translated, culturally adapted and validated in different languages such as Arabic (Haddad, Shotar, Younger, Alzyoud, & Bouhaidar, 2011), Chinese (Tiwarí et al., 2015; Tiwarí et al., 2007), Spanish (Buessa & Calvete, 2011; Chen, Rovi, Vega, Jacobs, & Johnson, 2005; Escribà-Agüir et al., 2015; Fernández-Fuertes, Fuertes, & Pulido, 2006; Fogarty & Brown, 2002; García-Esteve et al., 2011; Loínez-Calvo, Irureta-Lecumberrí, & Doménech-Burset, 2011; López-Ferré & Andrés-Pueyo, 2007; Muñoz-Rivas, Rodríguez, Gómez, O'Leary, & Del Pilar González, 2007; Plazaola-Castaño, Ruiz Pérez, Escribà Agüir, Jiménez Martín, & Hernández Torres, 2009; Sierra, Monge, Santos-Iglesias, Bermúdez, & Salinas, 2011; Torres et al., 2010), Greek (Antonioni et al., 2010), Indonesian (Iskandar, Braun, & Katz, 2015), Italian (Signorelli, Arcidiacono, Musumeci, Di Nuovo, & Aguglia, 2014) or Japanese (Umeda & Kawakami, 2014). Spanish is the main language in this review.

4. Discussion

Selecting the right tool for health professionals and researchers is a complex process (Douglas et al., 2005). This is true in part because the number of available questionnaires, especially in health sciences, has considerably increased in the past few decades (Kropp, Hart, Webster, & Eaves, 1994).

The tools identified cover a wide range in terms of objective, length, availability in different languages and the quality of the psychometric properties, all of which lends significant power to the work. The study sees the great diversity of techniques used for the validation of the tools as a limitation. We should highlight the fact that there is no consensus on the most appropriate measure of comparison to test the sensitivity and specificity of IPV detection tools. This limits the data summary in several studies and the ability to determine the value of tools for detecting IPV (Rabin et al., 2009). Terwee et al. (2007) argue that the content validity (in other words, that the selected items are indicators of what is being measured) (Martín-Arribas, 2004) is the most important psychometric property in a questionnaire. They state that if this aspect does not match up, then the tool shouldn't be used. Some authors like Nunnally (1967) suggest that, for the first stages of research, a tool with a 0.60 or 0.50 Cronbach's alpha regarding content validity can be enough, however, for basic research at least 0.8 is required, and for applied research, somewhere between 0.90 and 0.95 is optimal. Other authors, however, are more categorical, for example: Loo (2001) considers that tools with a Cronbach's alpha of at least 0.80 are suitable.

In this review, the tools considered excellent in psychometric terms, and therefore deemed most useful for clinical application and research, in other words, those whose Cronbach's alpha is equal to or higher than 0.90 (Cronbach & Shavelson, 2004), are in relation to screening the *Partner Violence Screen* (PVS) (0.91) when its version validated in Spanish is considered (García-Esteve et al., 2011), as the original version had a sensitivity of 35–75% and a specificity of 80–94% (Feldhaus

et al., 1997); similarly, the *Woman Abuse Screening Tool* (58) WAST, in the Spanish version, presents a Cronbach's alpha of 0.91 (Fogarty & Brown, 2002), despite the original version having a lower internal validity (0.75–0.91) (Brown et al., 1996). The following are the results for the evaluation tools: *Cuestionario de Relación de Parejas de Novios* (CUVINO) (0.95) (Rodríguez et al., 2010), *Cuestionario de Violencia Sufrida y Ejercida de Pareja* (CVSEP) (0.95) (Moral De La Rubia & Ramos Basurto, 2015), *Escala de Abuso Psicológico Aplicado en la Pareja* (EAPA-P) (0.92) (Porrúa-García et al., 2016), *Escala de medición de la Violencia Intrafamiliar* (VIFJ4) (0.93) (Jaramillo, Bermeo, Galdas, & Astudillo, 2014), *Índice de severidad de violencia de pareja* (ISVP) (0.99) (Valdez-Santiago et al., 2006), *Violencia Doméstica Frecuencia y Percepción* (VI-DOPF) (0.98) (Trujano et al., 2006), *Domestic Violence Questionnaire* (0.94) (Indu, Remadevi, Vidhukumar, Anilkumar, & Subha, 2011), *Coercion in Intimate Relationships Scale* (SIRS) (0.91–0.95) (Shackelford & Goetz, 2004), and *Index of Spouse Abuse* (ISA), both its original version (0.90–0.96) (Hudson & McIntosh, 1981) and Spanish version (0.98–0.99) (Plazaola-Castaño et al., 2009; Torres et al., 2010). However, no risk assessment tool can be considered excellent according to Cronbach and Shavelson (Cronbach & Shavelson, 2004). If we apply the Receiver Operating Characteristic (ROC) criteria to the validated tools, according to which (Douglas et al., 2005) the ROC must be higher than 0.80 for the tool to be a good predictor, no tool fulfilled said criteria in this review.

It is important to remember that if an inappropriate measuring tool (for example, if the objective and selected tool do not correspond) or an unreliable tool is chosen, this can lead to bias in the conclusion, a missed opportunity to help women get out of violent situations, and a waste of time and resources (Rabin et al., 2009). According to our review, no single tool can be seen as "the best". Tool selection will depend on the ideal psychometric properties in relation to the objective and context of the evaluation, the target population, and the skills and experience of the staff who will be using the tool (Feder et al., 2009).

It is very important to have the time limitation in the clinical application because of the healthcare workloads, and accordingly we believe that the application of screening tools would be the most appropriate in a hospital environment (especially within emergency services). We also highly recommend that these tools be capable of screening for physical, psychological and sexual violence, that they be easy for professionals to interpret, and that they be comprehensible for the woman (i.e. easy to understand regardless of the woman's level of education). In this review, we find four screening tools that meet these criteria: in Spanish, *Cuestionario breve para detectar situaciones de violencia de género en las consultas clínicas* (Cronbach's α 0.50–0.75) (Majdalani et al., 2005) and *Escala para la medición de los malos tratos a mujeres* (Cronbach's α 0.70–0.87) (Delgado, Aguilar, Castellano, & de Dios Luna del Castillo, 2006); in English, *Ongoing Abuse Screen* (OAS) (Cronbach's α 0.60) (Weis, Ernst, Cham, & Nick, 2003); and *Woman Abuse Screening Tool* (WAST), also available in English (Cronbach's α 0.75–0.91) (Brown et al., 1996), and in Spanish (Cronbach's α 0.91) (Fogarty & Brown, 2002) and in Indonesian (Cronbach's α 0.80) (Iskandar et al., 2015). Of the four tools, the last mentioned, the *Woman Abuse Screening Tool* (WAST), is the one that presents the highest Cronbach's α .

However, evaluation tools are deemed more suitable with in the area of primary or outpatient care or in the areas of hospital admissions because of the longer continuity of the care and consequently the longer times involved. If we apply the same criterion as that mentioned above, i.e. that the tool include questions on the three types of violence and that only those considered as excellent (Cronbach's $\alpha \geq 0.90$) be selected, we find seven evaluation tools in this review: in Spanish, *Cuestionario de Relación de Parejas de Novios* (CUVINO) (Rodríguez et al., 2010), *Cuestionario de Violencia Sufrida y Ejercida de Pareja* (CVSEP) (Moral De La Rubia & Ramos Basurto, 2015), *Escala de medición de la Violencia Intrafamiliar* (VIFJ4) (Jaramillo et al., 2014), *Índice de severidad de violencia de pareja* (ISVP) (Valdez-Santiago et al., 2006)

and *Violencia Doméstica Frecuencia y Percepción* (VIDOFYP) (Trujano et al., 2006); in English, *Domestic Violence Questionnaire* (Indu et al., 2011) and *Index of Spouse Abuse* (ISA), which is available in its English version (Hudson & McIntosh, 1981) and also in Spanish (Plazaola-Castaño et al., 2009; Torres et al., 2010).

If we want to attain a complete evaluation, one recommended strategy would be to combine both types of tools by first applying a screening tool and then using an evaluation tool if the result is positive or if the health professional suspects that the woman might be in a situation of violence based on other indicators. Accordingly (Murcia Health Service, 2011), a Spanish clinical practice guide on mental health actions with women who have suffered violence by their partners recommends the *Woman Abuse Screening Tool* (WAST) (Fogarty & Brown, 2002) as a screening tool and the *Index of Spouse Abuse* (ISA) (Plazaola-Castaño et al., 2009; Torres et al., 2010) as an evaluation tool.

The tool most commonly labelled as “gold standard” in various publications (see Ernst, Weiss, Cham, Hall, & Nick, 2004 or Plazaola-Castaño, Ruiz-Pérez, & Hernández-Torres, 2008) is *Index of Spouse Abuse* (ISA) (Hudson & McIntosh, 1981), which has been used to validate new tools such as *Ongoing Abuse Screen* (OAS) (Weis et al., 2003), *Ongoing Violence Assessment Tool* (OVAT) (Ernst et al., 2004), *Partner Violence Screen* (PVS) (Feldhaus et al., 1997) or *Woman Abuse Screening Tool* (WAST) in its reduced Spanish version (Plazaola-Castaño & Jime, 2009), *Women's Experience with Battering Scale* (WEB) (Goker, Pope, Smith, Sanderson, & Hussey, 2001), *Hurt-Insult-Threaten-Scream* (HITS) Spanish version (Chen et al., 2005), *Slapped, Threatened or Thrown* (STaT) (Paranjape & Liebschutz, 2003), *Abuse Assessment Screen* (AAS) (Soeken et al., 1992). The ISA questionnaire has become very popular (Women's Health Observatory, 2005) and some of its items have been used to create other questionnaires, for example, *Composite Abuse Scale* (CAS) (Hegarty, Sheehan, & Schonfeld, 1999), *Partner Abuse Scales: Physical* (PASPH) and *Partner Abuse Scale: Non-Physical* (PASNP) (Attala, Hudson, & McSweeney, 1994), *Psychological Maltreatment of Women Inventory* (PMWI) (Tolman, 1989).

According to the WHO (WHO, 2013), the most commonly used tools in health systems are: *Abuse Assessment Screen* (AAS) (Soeken et al., 1992), *Hurt-Insulted-Threatened-Scream* (HITS) (Sherin et al., 1998), *Indicators of Abuse Screen* (IOA) (Reis & Nahmiash, 1998), *Ongoing Violence Assessment Tool* (OVAT) (Ernst et al., 2004), *Partner Violence Screen* (PVS) (Feldhaus et al., 1997), *Slapped, Threatened or Thrown* (STaT) (Paranjape & Liebschutz, 2003), *Woman Abuse Screening Tool* (WAST) (Brown et al., 1996) and *Women's Experience with Battering* (WEB) (Smith, Earp, & Devellis, 1995).

In the case of Spain, in 2005, the Women's Health Observatory (OSM) published the “Tool catalogue for screening and frequency of physical, psychological and sexual abuse,” in which 46 tools are listed and analysed: 41 are validated and the remaining 5 are not (Women's Health Observatory, 2005). There was a proliferation of new tools and already existing tools were validated and culturally adapted between 2003 and 2011 (with an annual average of 1.44 validations for screening tools, 2.22 for assessment tools, and 1.11 in the case of IPV risk). From 2012 until the present, activity in this area has been more restrained (with an average of 0.16 validations per year for screening tools, 1 for assessment tools, and none for IPV risk). It is particularly interesting to highlight the increased availability of tools for IPV risk assessment, which seek to detect the risk of violence against a partner or ex-partner. The aforementioned OSM catalogue (2005) listed 3 risk tools, however, this article presents ten.

5. Conclusions

This review gives a big-picture perspective of the tools validated for screening, evaluation and IPV risk assessment published in the past 15 years. Given the large number of tools in the literature, it is a good idea for future research not to focus on developing new ones; rather, it should compare, adapt and improve (perfect, in some way) the existing

tools. We believe that the results presented in Table 1 provide a summary of the tools' properties, which will be useful for health professionals and researchers looking for the most suitable tool for their specific purposes and context.

It would also be interesting to increase the number of applications of the tools that have displayed excellent psychometric properties, as well as to thoroughly consider the extent to which the objectives were fulfilled in the tools that were implemented, and the conditions in which they were applied (difficulties, recurring errors, etc.). Sharing this information would help other professionals to choose the tool they are going to use with greater clarity and security. It would also give them more confidence and agility when it comes to implementing the tool.

Finally, it is highly recommended that the “gold standard” or “credible reference standard” tools be translated into more languages (French, German, Arabic, Russian, Hebrew, etc.), along with the corresponding study of their psychometric properties. This would be of great help for the task of detecting IPV in health settings.

Acknowledgements

The authors of this work would like to acknowledge the financial support provided, and we would also like to thank the University of Barcelona, the Jordi Gol University Institute for Primary Care Research (IDIAP Jordi Gol), and the Catalan Institute of Health (ICS) for their support to our research work.

Authorship declaration

All of the authors were involved in the conception and design of the study. M Analia Gomez-Fernandez was involved in searching and processing references. M Analia Gomez-Fernandez and Josefina Gobem-Tricas were the authors involved in the revision and analysis of characteristics and quality of scales and tools, but the three authors met on several occasions to agree upon the evolution of the work. All of the authors revised the manuscript and made modifications and all of the authors gave the final approval of the version to be published. It is also part of M Analia Gómez-Fernández's PhD thesis (Doctoral programme in Nursing and Health at the University of Barcelona), under the supervision of Josefina Goberna-Tricas and Montserrat Payá-Sánchez. Her PhD thesis is about IPV during pregnancy.

Declarations of interest

None.

Funding

The research leading to these results has received funding from *RecercaCatxa* (2016ACUP 0083). This study has also been partially funded by *Fundación Enfermería y Sociedad* under the framework of their Grants for Nursing Research (PR-050/16).

Presentation and verification declaration

This article has not been published and it is not being considered for publication in other journals.

References

- Adams, A. E., Beeble, M. L., & Gregory, K. A. (2015). Evidence of the construct validity of the scale of economic abuse. *Violence and Victims, 30*(3), 363–376. <https://doi.org/10.1177/1077801208315529>.
- Álvarez-Freijo, M., Andrés-Puyo, A., Augé Gomà, M., Choy-Vilana, A., Fernández-Velasco, R., Fernández-Rodríguez, C., ... López-Farré, S. (2011). *PROTOCOLLO DE VALORACIÓN DEL RIESGO DE VIOLENCIA CONTRA LA MUJER POR PARTE DE SU PAREJA O EX PAREJA*. (Barcelona).
- Antonou, E., Ioannidi-Kapoliou, E., Daglas, M., Vivilaki, V., Karamitros, D., Dafermos, G.,

- & Iatrakis, V. (2010). Abuse assessment screen (AAS) questionnaire: The Greek validation. *Clinical and Experimental Obstetrics and Gynecology*, 37(4), 313–316.
- Arkins, B., Begley, C., & Higgins, A. (2016). Measures for screening for intimate partner violence: A systematic review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 23(3–4), 217–235. <https://doi.org/10.1111/jpm.12289>.
- Artala, J. M., Hudson, W. W., & McSweeney, M. (1994). A partial validation of 2 short-form partner abuse scales. *Women & Health*, 21(2–3), 125–139.
- Bourey, C., Williams, W., Benítez, F., & Stephenson, R. (2015). Systematic review of structural interventions for intimate partner violence in low- and middle-income countries: Organizing evidence for prevention. *BMC Public Health*, 15(1165), <https://doi.org/10.1186/s12889-015-2460-4>.
- Brown, J. R., Lent, B., Brett, P., Sas, G., & Pederson, L. L. (1996). Development of the woman abuse screening tool for use in family practice. *Family Medicine*, 28, 422–428.
- Bueno, S., & Calvete, E. (2011). Adaptación de la escala de abuso psicológico sutil y manifiesto a las mujeres en muestra clínica y de la comunidad. *Anales de Psicología*, 27(3), 774–782.
- Bugarín-González, R., & Bugarín-Diz, C. (2014). Aspectos éticos en la atención sanitaria de la violencia de género. *Anales de Pediatría*, 40(5), 280–285. <https://doi.org/10.1016/j.semg.2014.03.011>.
- Chen, P.-H., Rowl, S., Vega, M., Jacobs, A., & Johnson, M. S. (2005). Screening for domestic violence in a predominantly Hispanic clinical setting. *Family Practice*, 22(6), 617–623. <https://doi.org/10.1093/fampra/cni075>.
- Chiholm, C., Bullock, L., & Ferguson, J. (2017). Intimate partner violence and pregnancy: Epidemiology and impact. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 217(2), 141–144.
- Clenfuegos, M., & Díaz, R. (2010). Violencia en la relación de pareja. *Antología psicosocial de la pareja: clásicos y contemporáneos* (p. 647–687). México: Miguel Ángel.
- Coker, A., Pope, B., Smith, P., Sanderson, M., & Hussey, J. (2001). Assessment of clinical partner violence screening tools. *Journal of the American Medical Women's Association*, 56(1), 19–23.
- Cronbach, L. J., & Shavelson, R. J. (2004). My current thoughts on coefficient alpha and successor procedures. *Educational and Psychological Measurement*, 64(3), 391–418.
- De Becker, G. (2000). MDSAICD threat assessment systems. Retrieved September 1, 2017, from <https://www.msaicm.ethz.ch/>.
- Delgado, A., Aguas, M., Castellano, M., & de Dios Luna del Castillo, J. (2006). Validación de una escala para la medición de los malos tratos a mujeres. *Atención Primaria*, 38(2), 82–89. <https://doi.org/10.1157/13090429>.
- Douglas, K. S., Guy, L. S., Reeves, K. A., & Weir, J. (2005). HCR-20 violence risk assessment scheme: Overview and annotated bibliography. Retrieved from http://scholarship.umassmed.edu/psych_culstr/335.
- Echeburúa, E., Amor, P. J., Loinaz, I., & de Corral, P. (2010). Escala de Predicción del Riesgo de Violencia Grave contra la pareja -Revisada- (EPV-R). *Psicothema*, 22(4), 1054–1060. <https://doi.org/10.1037/a104533-000>.
- Ernst, A. A., Weiss, S. J., Chalm, E., Hall, L., & Nick, T. G. (2004). Detecting ongoing intimate partner violence in the emergency department using a simple 4-question screen: The O'VAT. *Violence and Victims*, 19(3), 375–384. <https://doi.org/10.1891/vivi.19.3.375.65769>.
- Escribá-Agüir, V., Ruiz-Pérez, I., Artaroz, L., Martín-Buena, D., Royo-Marqués, M., & Vazquez-Espá, M. (2015). Validity and reliability of the Spanish version of the "abuse assessment screen" among pregnant women. *Public Health Nursing*, 33(3), 264–272. <https://doi.org/10.1111/john.12232>.
- Feder, G., Ramsey, J., Dunne, D., Roak, M., Arseno, C., Norman, R., ... Takot, A. (2009). How far does screening women for domestic (partner) violence in different healthcare settings meet criteria for a screening programme? Systematic reviews of nine UK National Screening Committee criteria. *Health Technology Assessment*. <https://doi.org/10.3310/hta13160>.
- Feldhaus, K. M., Kozlowski, J., Ambury, H. L., Norton, I. M., Lowenstein, S. R., & Abbott, J. T. (1997). Accuracy of 3 brief screening questions for detecting partner violence in the emergency department. *JAMA*, 277, 1357–1361.
- Fernández-Fuentes, A. A., Fuentes, A., & Párrido, R. F. (2006). Evaluación de la violencia en las relaciones de pareja en adolescentes. Validación del Conflict in Adolescent Dating Relationships Inventory (CADRI) - versión española. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(2), 339–358. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>.
- Fogarty, C. T., & Brown, J. B. (2002). Screening for abuse in Spanish-speaking women. *Journal of the American Board of Family Practice*, 15(2), 101–111.
- García-Estevé, I., Torres, A., Navarro, P., Aceaño, C., Inaz, M. L., Herrens, Z., & Valdés, M. (2011). Validación y comparación de cuatro instrumentos para la detección de la violencia de pareja en el ámbito sanitario. *Medicina Clínica*, 137(9), 390–397. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2011.03.038>.
- Gelles, R., & Tolman, R. (1998). The Kingston Screening Instrument for Domestic Violence (K-SID). Providence University of Rhode Island.
- Gimhan-Kenna, N., & Archer, J. (2005). Investigating three explanations of women's relationship aggression. *Psychology of Women Quarterly*, 29(3), 270–277. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.2005.00221.x>.
- Haddad, L. G., Shorai, A., Younger, J. B., Alroyud, S., & Bouhaidar, C. M. (2011). Screening for domestic violence in Jordan: Validation of an Arabic version of a domestic violence against women questionnaire. *International Journal of Women's Health*, 3(1), 79–86. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S17135>.
- Hegarty, K., Sheehan, M., & Schofield, C. (1999). A multidimensional definition of partner abuse: Development and preliminary validation of the composite abuse scale. *Journal of Family Violence*, 14(4), 399–415.
- Hilton, N. Z., & Harris, G. T. (2007). Assessing risk of intimate partner violence. In J. Campbell (Ed.), *Assessing dangerousness - Violence by batterers and child abusers* (p. 105–125). (2nd ed.). USA: Springer Publishing Co.
- Hilton, N. Z., & Harris, G. T. (2009). How non-individualism affects predictive accuracy. Evidence from a cross-validation of the Ontario domestic assault risk assessment (ODARA). *Journal of Interpersonal Violence*, 24(2), 326–337.
- Hudson, W. W., & McIntosh, S. R. (1981). The assessment of spouse abuse: Two quantifiable dimensions. *Journal of Marriage and Family*, 43(4), 873–888. <https://doi.org/10.2307/351344>.
- Indu, P., Remadev, S., Vidhikumar, K., Anilkumar, T., & Subha, N. (2011). Development and validation of the domestic violence questionnaire in married women aged 18–55 years. *Indian Journal of Psychiatry*, 53(3), 218. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.85811>.
- Iskandar, I., Bram, K., & Yati, A. (2015). Testing the woman abuse screening tool to identify intimate partner violence in Indonesia. *Journal of Interpersonal Violence*, 30(7), 208–225.
- Jaramillo, J., Bermio, J., Galdas, J., & Astudillo, J. (2014). Construcción de una escala de violencia intrafamiliar. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas*, 32(2), 30–39. <https://doi.org/10.1016/j.rcf.2014.03.001>.
- Jones, S., Davidson, W. S., Bogit, G. A., Ievendovsky, A., & von Eye, A. (2005). Validation of the subtle and overt psychological abuse scale: An examination of construct validity. *Violence and Victims*, 20(4), 407–416. <https://doi.org/10.1891/vivi.2005.20.4.407>.
- Jory, B. (2004). The intimate justice scale: An instrument to screen for psychological abuse and physical violence in clinical practice. *Journal of Marital and Family Therapy*, 30(1), 29–44. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2004.tb01220.x>.
- Kulokhe, A. S., Stephenson, R., Kelsey, M. F., Dunkle, K. L., Paranjape, A., Solis, V., ... Sahay, S. (2016). The development and validation of the Indian family violence and control scale. *PLoS One*, 11(1), 1–15. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0148120>.
- Kropp, P. R., Hart, S. D., & Bellarage, H. (2005). *Brief spouse assault form for the evaluation of risk (B-SAFE)*. User manual. Vancouver.
- Kropp, P. R., Hart, S. D., Webster, C. W., & Eaves, D. (1994). *Manual for the spouse assault risk assessment guide*. Vancouver: The British Columbia Institute Against Family Violence.
- Latzman, N. F., Vivolo-Kantor, A. M., Clinton-Sherrod, A. M., Casanueva, C., & Carr, C. (2017). Children's exposure to intimate partner violence: A systematic review of measurement strategies. *Aggression and Violent Behavior*, 37(April), 220–235. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2017.10.009>.
- Lazerian, J., Drossman, D. A., & Z, L. (1995). The reliability and validity of a sexual and physical abuse history questionnaire in female patients with gastrointestinal disorders. *The Journal of Behavioral Medicine*, 21(3), 141–150.
- Lobo, A. (1987). *Screening de trastornos psíquicos en la práctica médica*. Zaragoza: Universidad de Zaragoza, Secretariado de publicaciones.
- Loinaz-Calvo, I., Irueta-Lecumberri, M., & Doménech-Burset, F. (2011). Análisis de la reincidencia en agresores de pareja. *Barcelona*.
- Loe, R. (2001). Encouraging classroom discussion of ethical dilemmas in research management: Three vignettes. *Teaching Business Ethics*, 5(2), 195–212.
- Lopez-Ferré, S., & Andrés-Pueyo, A. (2007). *Adaptación de la S.A.R.A. Evaluación del riesgo de violencia de pareja*. Barcelona.
- Majdani, M. P., Alemán, M., Fajana, R., Guedes, A., & Mejía, R. M. (2005). Validación de un cuestionario breve para detectar situaciones de violencia de género en las consultas clínicas. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 17(2), 79–83. <https://doi.org/10.1590/s1020-4989200500020003>.
- Marshall, L. L. (1999). Effects of men's subtle and overt psychological abuse on low-income women. *Violence and Victims*, 14(1), 69–88.
- Martin-Arribas, M. (2004). Diseño y validación de cuestionarios. *Motivos Profesionales*, 5(17), 23–29.
- Messing, J. T., Campbell, J. C., & Snider, C. (2017). Validation and adaptation of the danger Assessment 5 (DA-5): A brief intimate partner violence risk assessment. *Journal of Advanced Nursing*. <https://doi.org/10.1111/jan.13459>.
- Ministry of Health Social Services and Equality (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad) (2012). Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género. Madrid. Retrieved from <http://www.violenciagero.msssi.gob.es/profesionales/investigacion/sanitaria/docs/PSanitarioVG2012.pdf>.
- Moral De La Rubia, J., & Ramos Basurto, S. (2015). Propiedades Psicométricas del Cuestionario de Violencia Sufrida y Ejercida de Pareja psychometric properties of the suffered and exerted couple violence questionnaire. *International Journal of Good Conscience*, 10(2), 109–128.
- Muñoz-Rivas, M. J., Rodríguez, J. M. A., Gómez, I. I. G., O'Leary, D. K., & Del Pilar González, M. (2007). Validación de la versión modificada de la Conflict Tactics Scale (M-CTS) en población joven española. *Psicothema*, 19(4), 693–698. <https://www.psicothema.com/pdf/revista/articulo/view/128730>.
- Murcia Health Service (Servicio Murciano de Salud) (2011). *Actuación en salud mental con mujeres maltratadas por su pareja*. Retrieved from http://www.guliasalu.es/GPC/GPC-470_maltratadas_compil.pdf.
- Norman, N., Spencer, A., Eldridge, S., & Feder, G. (2010). Cost-effectiveness of a programme to detect and provide better care for female victims of intimate partner violence. *Journal of Health Services Research & Policy*, 15(3), 143–149.
- Nunnally, J. C. (1967). *Psychometric theory* (1st ed.). New York: McGraw-Hill.
- O'Doherty, L. J., Taft, A., Hegarty, K., Ramsey, J., Davidson, L. L., & Feder, G. (2014). Screening women for intimate partner violence in healthcare settings: Abridged Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMJ*, 348(May12 1), g2913. <https://doi.org/10.1136/bmj.g2913>.
- Paranjape, A., & Liebschutz, J. (2003). STaT: A three-question screen for intimate partner violence. *Journal of Women's Health*, 12(3), 233–239. <https://doi.org/10.1089/154099903321667573>.
- Parveen Azam, A., Dhillon, K., & McGarry, J. (2016). A literature review of intimate partner violence and its classifications. *Aggression and Violent Behavior*, 31, 16–25.

- <https://doi.org/10.1016/j.avb.2016.06.008>.
- Peralta, R., & Fleming, M. (2003). Screening for intimate partner violence in a primary care setting: The validity of “feeling safe at home” and prevalence results. *Journal of the American Board of Family Practice*, 16(6), 525–532.
- Pill, N., Day, A., & Mildred, H. (2017). Trauma responses to intimate partner violence: A review of current knowledge. *Aggression and Violent Behavior*, 34, 178–184. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2017.01.014>.
- Plazuela-Gasallo, J., & Jime, J. M. (2009). Validation of the Spanish version of the Index of spouse abuse. 18(4).
- Plazuela-Gasallo, J., Ruiz P6rez, I., Escriv6 Aguil6r, V., Jim6nez Mart6n, J., & Hern6ndez Torres, E. (2009). Validation of the Spanish version of the index of spouse abuse. *Journal of Women's Health*, 18(4), 499–506.
- Plazuela-Gasallo, J., Ruiz-P6rez, I., & Hern6ndez-Torres, E. (2008). Validaci6n de la versi6n corta del Woman Abuse Screening Tool para su uso en atenci6n primaria en Espa1a. *Gaceta Sanitaria*, 22(5), 415–420.
- Porri6-Garc6a, C., Rodr6guez-Gurballe6n, 6., Escart6n, J., G6mez-Benito, J., Almendros, C., & Mart6n-Pe1a, J. (2016). Development and validation of the scale of psychological abuse in intimate partner violence (EAPA-P). *Psicothema*, 28(2), 214–221. <https://doi.org/10.7334/psicothema2015.197>.
- Rabin, R. F., Jennings, J. M., Campbell, J. C., & Bals-Meritt, M. H. (2009). Intimate partner violence screening tools. *American Journal of Preventive Medicine*, 36(5), 439–445. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2009.01.024>.
- Rek, M., & Nahmish, D. (1998). Validation of the indicators of abuse (IOA) screen. *The Gerontologist*, 38(4), 471–480. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>.
- Rodr6guez, L., L6pez, J., Rodr6guez, F. J., Bringsas, C., Antu1a, M. A., & Estrada, C. (2010). Validaci6n del Cuestionario de Violencia entre Novios (CUVINO) en j6venes hispanohablantes: An6lisis de resultados en Espa1a, M6xico y Argentina. *Anuario de Psicolog6a Cl6nica Y de la Salud*, 6, 45–52.
- Roehl, J., O'Sullivan, C., Webster, D., & Campbell, J. (2005). *Intimate partner violence risk assessment validation study, final report*.
- Shackelford, T. K., & Goetz, A. T. (2004). Men's sexual coercion in intimate relationships: Development and initial validation of the sexual coercion in intimate relationships scale. *Violence and Victims*, 19(5), 541–556.
- Sherin, K. M., Slatom, J. M., Li, X. Q., Zitzer, R. E., & Shakil, A. (1998). HITS: A short domestic violence screening tool for use in a family practice setting. *Family Medicine*, 30, 508–512.
- Sierra, J. C., M6nge, F. S., Santos-Iglesias, P., Berm6dez, M. P., & Salluas, J. M. (2011). Validation of a reduced Spanish version of the Index of spouse abuse. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11(2), 363–383. <https://doi.org/10.1089/ijch.2008.0944>.
- Signorelli, M. S., Arcidiacono, E., Musum6d, G., Di Nuovo, S., & Aguglia, E. (2014). Detecting domestic violence: Italian validation of revised conflict tactics scale (CTS-2). *Journal of Family Violence*, 29(4), 361–369. <https://doi.org/10.1007/s10896-014-9594-5>.
- Sleath, E., Walker, K., & Tramontano, C. (2017). Factor structure and validation of the controlling behaviors scale–revised and revised conflict tactics scale. *Journal of Family Psychology*, 31(1), 177–211. <https://doi.org/10.1037/a0042531>.
- Smith, P. H., Earp, J. A., & Devellis, R. (1995). Measuring Battered: Development of the women's experiences with battering (WER) scale. *Women's Health: Research on Gender, Behavior and Policy*, 1(4), 273–288.
- Soeken, K., McFarlane, J., Parker, R., & Lominack, M. C. (1992). The abuse assessment screen: A clinical instrument to measure frequency, severity, and perpetrator of abuse against women. *JAMA*, 267, 3176–3178.
- Stoney, J. E., Kropp, P. R., Hart, S. D., & Straind, S. (2013). Assessment and management of risk for intimate partner violence by police officers using the brief spousal assault form for the evaluation of risk. *Criminal Justice and Behavior*, 41(2), 256–271.
- Straus, M. A. (1979). Measuring intrafamily conflict and violence: The conflict tactics (CT) scales. *Journal of Marriage and the Family*, 41(1), 75–88.
- Straus, M. A., Hamby, S. L., Boney-McCoy, S., & Sugarman, D. B. (1996). The revised conflict tactics scales (CTS2): Development and preliminary psychometric data. *Journal of Family Psychology*, 10, 283–316.
- Swahnberg, K., & Wijma, B. (2003). The NorVold abuse questionnaire (NorAQ): Validation of new measures of emotional, physical, and sexual abuse, and abuse in the health care system among women. *European Journal of Public Health*, 13(4), 361–366.
- Terwee, C. B., Bot, S. D. M., de Boer, M. R., van der Windt, D. A. W. M., Kool, D. L., Dekker, J., ... de Vet, H. C. W. (2007). Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *Journal of Clinical Epidemiology*, 60(1), 34–42. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2006.03.012>.
- The Spanish Society of Gynecology and Obstetrics (Sociedad Espa1ola de Ginecolog6a y Obstetricia) (2017). *Control Prenatal del embarazo normal Protocolo actualizado en Mayo de 2017*. 1–26.
- Thwart, A., Fong, D., Chan, K., Leung, W., Parker, R., & Ho, P. (2007). Identifying intimate partner violence: Comparing the Chinese abuse assessment screen with the Chinese revised conflict tactics scales. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 114(9), 1065–1071.
- Thwart, A., Fong, D. Y. T., Chan, K. L., Yan, E. C. W., Lam, G. L. I., Tang, D. H. M., & Gidhan-Kwani, N. (2015). Evaluating the Chinese revised controlling behaviors scale. *Journal of Interpersonal Violence*, 30(2), 314–332. <https://doi.org/10.1177/0886260514534778>.
- Tolman, R. M. (1989). The development of a measure of psychological maltreatment of women by their male partners. *Violence and Victims*, 3(4), 159–177.
- Tomasd6ttir, M. O., K6rftjand6ttir, H., Bj6rnad6ttir, A., Geir, L., Sveinigd6ttir, T., Olafsd6ttir, O. A., & Sigurdsson, J. A. (2016). History of violence and subjective health of mother and child. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 34(4), 394–400. <https://doi.org/10.1080/02813432.2016.1249060>.
- Torres, A., Navarro, P., Garc6a-Estev, L., Tarragona, M. J., Ascaso, C., Herez, Z., ... Mart6n-Saiz, R. (2010). Detecting domestic violence: Spanish external validation of the Index of spouse abuse. *Journal of Family Violence*, 25(3), 275–286. <https://doi.org/10.1007/s10896-009-9290-z>.
- Trujano, P., Nava, C., Tejada, E., & Guti6rrez, S. (2006). Estudio confirmatorio acerca de la frecuencia y percepci6n de la violencia: El VIDOPYP como instrumento de evaluaci6n y algunas reflexiones psicoeducativas. *Intervenci6n Psicosocial*, 15(1), 95–110. <https://doi.org/10.4321/S1132-05592006000100007>.
- U.S. Preventive Services Task Force (1999). *Criteria for assessing internal validity of individual studies*. Retrieved April 1, 2017, from <https://www.upstareviewerservices.org/Page/Name/appendix-vi-criteria-for-assessing-internal-validity-of-individual-studies>.
- Umeda, M., & Kawakami, N. (2014). Cross-cultural measurement equivalence of the Japanese version of revised conflict tactics scales short form among Japanese men and women. *Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 68(11), 804–811.
- United Nations (1993). *Declaration on the elimination of Intermarriage*. *International Journal of Refugee Law*, 6(4), 714–718.
- Valdez-Santiago, R., Hajar-Medina, M. C., de Snyder, N. S., Rivera-Rivera, L., Avila-Burgos, L., & Rojas, R. (2006). Escala de violencia e indice de severidad: una propuesta metodol6gica para medir la violencia de pareja en mujeres mexicanas. *Salud P6blica de M6xico*, 48, S221–S231. <https://doi.org/10.1590/S0036-36342006000800002>.
- Weis, S. J., Ernst, A. A., Cham, E., & Nick, T. G. (2003). Development of a screen for ongoing intimate partner violence. *Violence and Victims*, 18(2), 131–141. <https://doi.org/10.1891/1089-1000.2003.18.2.131>.
- Williams, K. R., & Grant, S. R. (2006). Empirically examining the risk of intimate partner violence: The revised domestic violence screening instrument (DVSI-R). *Public Health Reports*, 121(4), 400–408.
- Williams, K. R., & Houghton, A. B. (2004). Assessing the risk of domestic violence re-offending: A validation study. *Law and Human Behavior*, 28(4), 437–455. <https://doi.org/10.1023/B:LAHI.0.000039334.59297.f0>.
- Wolke, D. A., Scott, K., Reitzel-Jaffe, D., Wekerle, C., Grasley, C., & Stratman, A.-L. (2001). Development and validation of the conflict in adolescent dating relationships inventory. *Psychological Assessment*, 13(2), 277–293. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.13.2.277>.
- Women's Health Observatory (Observatorio de salud de la mujer) (2005). *Cat6logo de instrumentos para cribado y frecuencia del maltrato f6sico, psicol6gico y sexual*. Retrieved from <http://www.msssi.gob.es/organizacion/mis/planCali/dadSNS/pdf/equidad/genero/vg.01.pdf>.
- World Health Organization (Organizaci6n Mundial de la Salud) (2003). *La violencia en la pareja. Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud*. vol. 50. <https://doi.org/10.1590/S1020-49891999000400008>.
- World Health Organization (Organizaci6n Mundial de la Salud) (2013). *Prevenci6n de la violencia: la evidencia. El Paso*. Retrieved from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85671/1/9789275317488_gpa.pdf?ua=1.

Artículo 7. “Formación en detección de la violencia de género durante el embarazo: evaluación de una propuesta contextualizada”.

FORMACIÓN PARA LA DETECCIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO DURANTE EL EMBARAZO: EVALUACIÓN DE UNA PROPUESTA CONTEXTUALIZADA *

Montserrat Payá-Sánchez¹, Analia Gómez-Fernández², Julia Martín-Badía³, Josefina Goberna-Tricas⁴.

Autor correspondencia: Montserrat Payá-Sánchez.

Correo electrónico: mpava@ub.edu

1. Doctora en Pedagogía. Profesora titular de Universidad, Departamento de Teoría e Historia de la Educación. Instituto de Investigación en Educación. Facultad de Educación. G.R.E.M. Grupo de Investigación en Educación Moral. Universitat de Barcelona.

2. Doctoranda del Programa Enfermería y Salud. Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. Universitat de Barcelona. Matrona de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva (ASSIR) Delta de Llobregat. Institut Català de la Salut. Instituto Universitario de Investigación en Atención Primaria (IDIAP Jordi Gol), Barcelona.

3. Licenciada en Filosofía. Doctoranda del Programa Ciudadanía y Derechos Humanos. Facultad de Filosofía. Técnica de investigación del Proyecto 2016ACUP083. Departamento de Enfermería de Salud Pública, Salud Mental i Maternoinfantil. Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. Universitat de Barcelona.

4. Matrona, Socióloga, Doctora en Filosofía, Profesora titular de Universidad, Departamento de Enfermería de Salud Pública, Salud Mental y Maternoinfantil. Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. ADHUC. Centro de Investigación en Teoría, Género y Sexualidad. 2017 SGR 588 Creació i Pensament de les Dones. Universitat de Barcelona.

Recepción: 08/06/2018 Aceptación: 30/07/2018



* La investigación que ha dado lugar a estos resultados ha sido impulsada por RecerCaixa (proyecto 2016ACUP083 «Prevención y detección de las violencias de género durante el embarazo: de la violencia machista a la violencia obstétrica») y se inscribe en la tesis doctoral en curso de M. Analia Gómez-Fernández, cuyas directoras son las Dras. Josefina Goberna-Tricas y Montserrat Payá-Sánchez.

RESUMEN

Introducción:

La violencia de género es una realidad terrible que afecta a todos los países. Cuando dicha lacra afecta a la mujer gestante, los efectos negativos se multiplican y afectan también al feto. Mejorar en los procedimientos para su detección y abordaje es una de las medidas para superarla. Por las funciones que desarrollan durante el seguimiento del embarazo, parto y posparto, y por la relación de confianza que establecen con la mujer gestante, las matronas son profesionales que se encuentran en una posición especialmente adecuada para proceder a su detección.

Material y Métodos:

Presentamos los objetivos, metodología, contenidos y evaluación de una actividad formativa dirigida a matronas del municipio de Hospitalet de Llobregat, que se llevó a cabo en el pasado año en el seno de una Investigación Acción Participativa que pretende mejorar la detección y abordaje de los casos de violencia de género durante el embarazo.

Resultados:

Los resultados de evaluación de la actividad informan favorablemente de su repetición y apuntan, para su mejora, más actividades de aplicación de contenidos y ampliación de la formación recibida sobre servicios de atención a las mujeres, circuitos de derivación e inteligencia emocional.

Discusión y Conclusiones:

Se ha planteado la evaluación desde su carácter formativo. Se han evaluado objetivos e impacto de la actividad. De manera coherente con la Investigación Acción Participativa de la que procede, se ha optado por un enfoque horizontal y participativo. Promover acciones formativas y someterlas a evaluación es una de las vías para combatir la violencia de género.

Palabras clave: violencia de género; embarazo; matronas; formación continuada.

ABSTRACT

Introduction:

Intimate partner violence is a terrible reality that is present in all countries. When it involves a pregnant woman, the negative effects multiply affecting also the fetus. Improving the procedures for detection and treatment is one of the measures that will allow to eventually overcome intimate partner violence. Because of the functions that midwives perform during pregnancy, monitorization, and post-partum, and because of the relationship of trust they establish with the pregnant woman, midwives are in a particularly suitable position to proceed with their detection.

Materials and Method:

In this article we present the objectives, contents and evaluation of a training activity aimed at midwives of the municipality of Hospitalet de Llobregat that took place this year in the context of a Participatory Action Research that aims to improve the detection and approach of cases of intimate partner violence during pregnancy.

Results:

The results of the training activity's assessment report favorably on its repetition and point, for its improvement, to the realization of more activities focused on the application of contents and to increase the training received on services of attention to women in contexts of intimate partner violence, circuits of referral, and emotional intelligence.

Discussion and Conclusions:

The assessment has focused on the activity's formative nature. The objectives and the impact of the activity have been evaluated. In accordance with the Participatory Action Research, we have chosen a horizontal and participatory approach. Promoting training actions and submitting them to evaluation is one of the ways to combat intimate partner violence.

Keywords: intimate partner violence; pregnancy; midwives; continuous training.

INTRODUCCIÓN

La violencia de género (VG) es uno de los problemas más graves que tenemos, en conjunto, todas las sociedades. No en vano, la Organización Mundial de la Salud la ha catalogado como un problema de salud pública (World Health Organization, 2013). Según datos del Instituto de la Mujer y para la Igualdad de Oportunidades (2018), en el 2015 en España, 60 mujeres murieron asesinadas por su pareja o expareja. 44 en el 2016, y 49 mujeres en el 2017. El reciente Pacto de Estado contra la Violencia de Género, del 27 de diciembre de 2017, aprobado por unanimidad, con una dotación de 200 millones de euros y un compromiso en la aplicación de veinte y seis medidas para el presente año, es un intento de respuesta a tan terrible realidad. Las acciones formativas y de prevención, contenidas en el documento, son las más numerosas, diez en total, y se dirigen a la ciudadanía, a la población en edad escolar, profesorado, personal sanitario, profesionales de justicia y de los Cuerpos y Agentes de Seguridad. Hay otra medida específicamente dirigida al ámbito de Salud relacionada con la mejora de la asistencia, ayuda y protección de las víctimas.

Esta violencia se extiende también a los hijos e hijas de la pareja, aunque no se tuvo en cuenta hasta el año 2013. El Pacto anteriormente nombrado incluye seis medidas específicas dirigidas a la asistencia y protección de los menores. Entre ellas, se encuentra el refuerzo de la ayuda a la infancia y la elaboración de estudios sobre esta situación. Serían buenas noticias si no fuera por la realidad que las ha motivado.

Las matronas, en la prestación de su servicio, se encuentran con situaciones de VG que son aún más graves en situación de embarazo, ya que los efectos negativos aumentan y afectan también al feto. Por otro lado, la continuidad de las visitas en un momento vital y de especial importancia para la mujer favorece que entre la matrona y la gestante se establezca un vínculo de confianza que facilita la comunicación, dando pie, quizás, a que la mujer revele la situación de violencia que está sufriendo.

En el presente artículo, damos a conocer resultados parciales de una investigación-acción participativa que se está desarrollando en los dos ASSIR, Rambla Just Oliveres y Ronda Torrasa, del municipio de Hospitalet de Llobregat (Barcelona), y en la que están participando las matronas que allí trabajan. Concretamente, los resultados que se presentan en este artículo hacen referencia a los objetivos, metodología, contenidos y evaluación de una actividad formativa («Jornada sobre Detección y Abordaje de la

Violencia Machista en el Embarazo»), diseñada en el contexto de la investigación anteriormente mencionada y que se llevó a cabo en aulas formativas del campus de Bellvitge (Universidad de Barcelona) los días 23 de febrero y 2 de marzo de 2018, con un cómputo total de 12 horas de formación y que contó con el apoyo de las instancias ya citadas y del Instituto de Ciencias de la Educación (ICE) de la misma universidad.

El contexto: un proceso de investigación-acción participativa

La investigación-acción participativa (IAP) es una metodología que se incluye en el paradigma cualitativo de investigación. Éste se caracteriza por estudiar los fenómenos desde su interior y por interesarse por su comprensión y no tanto por su explicación en términos de relación causa-efecto. Por su parte, la IAP es una metodología cualitativa de investigación que pone énfasis en la participación de los agentes. Son los mismos protagonistas de la realidad a estudiar los que se organizan para hacerlo, con el objetivo de mejorarla en el sentido o sentidos que ellos mismos determinan. Los equipos de investigación son mixtos o heterogéneos (comunidad de práctica y académica). De carácter flexible, cíclico e iterativo, se despliega mediante diversas espirales autorreflexivas o dialécticas de observación-acción-evaluación conducidas por los mismos agentes (Ander-Egg, 2003; Kemmis y McTaggart, 1988). A lo largo de todos estos procesos, la IAP produce formación porque genera productos que amplían el conocimiento sobre la realidad investigada y porque, al hacerlo, sus protagonistas ganan en aprendizajes. La acción que se lleva a cabo, la reflexión que la sigue y la toma de acuerdos del siguiente paso a implementar son, por sí mismas, formativas.

En el marco del proyecto anteriormente citado, en el que se inscribe una tesis doctoral, se está llevando a cabo una experiencia de IAP. El tema de investigación nace de la problematización, por parte de la doctoranda, de su ejercicio profesional como matrona, en relación con la prevalencia, detección y abordaje de la VG durante el embarazo. También del interés por contribuir desde la universidad a una capacitación más completa de las matronas de Atención Primaria en este ámbito. Las preguntas que guían la investigación se pueden sintetizar en dos: ¿cómo contribuir a una detección fiable de la VG durante el embarazo?, y ¿cómo abordar la VG en este contexto? Estas preguntas han llevado, hasta el momento presente, a realizar las siguientes acciones, producto de diversas espirales autorreflexivas: elaborar el estado de la cuestión sobre VG en el embarazo; estudiar la formación sobre VG y VG durante el embarazo, tanto inicial — en

los estudios de enfermería y matronas en las universidades catalanas, públicas o privadas — como continuada; hacer emerger el saber experiencial y el conocimiento tácito de las matronas de los dos ASSIR de Hospitalet de Llobregat (Barcelona); conocer los instrumentos validados del ámbito sanitario para la filtración y evaluación de la VG, y los específicos para el embarazo; seleccionar los más apropiados para aplicar dentro de su seguimiento; y conocer cómo se acoge a las mujeres que se encuentran en contextos de VG y los recursos públicos al alcance. Todas estas acciones han ampliado el conocimiento sobre el tema de estudio, que se ha difundido a partir de la publicación, hasta el momento, de dos artículos en revistas especializadas (*Matronas Profesión* y *Nurse Education in Practice*), y diversas comunicaciones en congresos internacionales del ámbito sanitario.

Asimismo, también han ampliado el conocimiento de sus protagonistas en relación a los instrumentos de detección y evaluación de VG, así como la aplicación y puntuación de uno de ellos, el Index of Spouse Abuse —ISA— (Hudson y McIntosh, 1981), uno de los más utilizados tanto en investigación como en la práctica clínica por sus excelentes propiedades psicométricas, por estar disponible, convenientemente validado, en inglés y español, y por medir la severidad de la violencia física, psicológica, sexual e, incluso, los comportamientos de control hacia la mujer por parte de su pareja. Además, han posibilitado un mayor conocimiento de los recursos disponibles y circuitos de derivación y atención a las mujeres en situación de VG dentro del municipio. Los conocimientos que se han generado, por su parte, han incidido en la orientación de las fases siguientes (p.e.: sesiones de trabajo con profesionales del Programa Municipal para la Mujer (PMD) del Ayuntamiento de Hospitalet, especialistas en atención a mujeres en contextos de VG, y con trabajadores/as sociales del mismo municipio). Con las líneas que siguen, intentaremos mostrar uno de estos recorridos.

UNA ESPIRAL AUTORREFLEXIVA

En las primeras fases de la investigación, se realizaron entrevistas semiestructuradas individuales con las matronas de los dos ASSIR anteriormente mencionados (a excepción de una de ellas por desarrollar un rol más activo como investigadora). Uno de los ejes sobre el que giraba la entrevista era el de propuestas de mejora en la detección y abordaje de VG durante el embarazo. Las matronas participantes coincidieron en apuntar hacia la demanda formativa como una de las mejoras más efectivas para saber detectar a las mujeres que se encuentran en esta situación. Esta petición hacía referencia, por una parte,

a disponer de instrumentos objetivos de filtro, a conocer estrategias de interrogación y comunicación respetuosas con la mujer, con la situación que está atravesando (embarazo y VG) y con su intimidad, y a saber más en relación a los circuitos de derivación y las posibles consecuencias de estos circuitos sobre el bienestar de las mujeres. En relación con este último punto, queremos mencionar que las matronas entrevistadas se mostraban altamente responsables en relación a que los pasos que se dieran sirvieran de forma efectiva para mejorar las condiciones de la vida de las mujeres.

Esta información orientó la investigación en cuatro dimensiones: a) revisar los instrumentos validados para la detección y evaluación de VG, y seleccionar los más adecuados para aplicarlos en el contexto profesional de las matronas; b) conocer los protocolos existentes en Cataluña y en Hospitalet de Llobregat sobre VG (Pla de Salut. Quadern n° 14 [2010]; Planificació y Evaluació Salut Pública. Generalitat de Catalunya [2009]; Pla d'actuació integral a la ciutat de l'Hospitalet de Llobregat [2006]); c) contactar con el Programa Municipal para la Mujer (PMD) y las jefas de los trabajadores/as sociales del municipio para pedirles orientación y colaboración; y d) diseñar e implementar formación dirigida a matronas de Hospitalet de Llobregat. Sobre esta última vía, presentamos a continuación el proceso de diseño de la actividad formativa llevada a cabo, los objetivos, metodología, contenidos y su evaluación.

MATERIAL Y MÉTODO

Jornada sobre Detección y Abordaje de la Violencia Machista en el Embarazo

En las entrevistas, las matronas habían informado respecto a los conocimientos y metodologías que valoraban como más pertinentes para ampliar su formación en este ámbito: docentes pluridisciplinares (profesionales de la atención a mujeres en contextos de VG, del Derecho y la Psicología, especialmente), y metodologías activas que superaran la transmisión de información y las pusieran en contexto de experimentar situaciones hipotéticas de mujeres en VG, dentro del ejercicio de sus funciones. Con estas orientaciones, el equipo de base de la IAP diseñó una de las posibles actividades formativas. Para ello examinó, entre otras cuestiones, las características de la formación que mejor se ajustaran a las condiciones laborales de las matronas (mejor día de la semana, horario y lugar) y a los criterios psicológicos del aprendizaje (número de horas,

distribución de los diferentes tipos de conocimientos y secuenciación). El objetivo general de la acción (contribuir a la mejora de la formación de las matronas en este ámbito) se concretó en seis objetivos específicos:

- Conocer los signos, la espiral de violencia y los circuitos de derivación de la zona para las mujeres en contextos de VG.
- Mostrar los principios psicológicos en los que se basa la acogida y la atención de la mujer en situación de VG.
- Desarrollar habilidades comunicativas y para la entrevista que favorezcan la apertura de la otra persona.
- Presentar los principales instrumentos validados de filtro y evaluación de la VG del ámbito sanitario, así como su aplicabilidad en la práctica clínica.
- Conocer el marco legal de la VG e interrogarse sobre sus posibles limitaciones.
- Confrontar dilemas éticos en el ejercicio profesional a propósito de la detección y abordaje de la VG.

Tal y como se desprende de lo anterior, los objetivos de la acción se centran en dar respuesta a la necesidad sentida por las mismas matronas en el ejercicio de sus funciones y en un contexto determinado (en el municipio de Hospitalet de Llobregat hay un elevado porcentaje de población migrada y, en consecuencia, elevada multiculturalidad); apuntan hacia una formación holística o multidisciplinar (atención a las diferentes dimensiones de la problemática de la VG: psicológica, social, legal y ética, además de sanitaria); y atienden a la formación integral (no solo cognitiva, sino también procedimental, en relación con las habilidades comunicativas entre otras, y actitudinales, como pone de manifiesto la resolución de dilemas éticos que pueden surgir como; por ejemplo, respetar la decisión de la mujer de no separarse del contexto de VG). Exponemos a continuación el desarrollo de la Jornada, la metodología empleada y los contenidos abordados.

Como ya se ha indicado, la duración de la formación fue de doce horas distribuidas en dos días. Las formadoras eran multidisciplinarias, provenientes de los ámbitos sanitario, pedagógico, filosófico, del derecho, de la neurociencia cognitiva y de la atención psicosocial a mujeres en contextos de VG.

Las instituciones participantes fueron: Universidad de Barcelona; ASSIR Delta del Llobregat, Institut Català de la Salut (ICS); el Programa Municipal para la Mujer,

Ayuntamiento de Hospitalet; el centro Inteligencia en el Lenguaje, Madrid; y la Audiencia Provincial de Barcelona.

Se ofrecieron cincuenta plazas, que se ocuparon enseguida, por lo que se procedió a su ampliación. De las ciento y una solicitudes recibidas, se admitieron setenta por las dimensiones de la sala. Finalmente, fueron cincuenta y cinco las personas que siguieron la actividad. Las formadoras también pusieron su material a disposición de las asistentes, vía electrónica, posteriormente a la formación.

Presentamos seguidamente (v. Tabla 1) los principales ejes temáticos sobre los que versó cada una de las presentaciones.

Tabla 1. Tabla 1: Ejes temáticos de las sesiones

<i>Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud) y Facultad de Educación (UB)</i> «Presentación y Contextualización»	Objetivos de la Jornada y organización. Dimensión poliédrica de la VG: la atención sanitaria de las matronas como espacio idóneo para la detección. Investigación-acción participativa (IAP) como metodología de investigación, formación y cambio. Una aplicación de la IAP en los ASSIR Rambla Just Oliveres y Ronda Torrasa: vía de mejora en detección y abordaje de VG en la asistencia sanitaria de la matrona.
<i>Programa Municipal d'atenció a la dona (PMD). (Hospitalet de Llobregat)</i> «Comprender para acompañar»	El PMD. Marcos teóricos de interpretación de la VG. El círculo de violencia. Estadísticas de la VG. Circuitos de atención a la mujer en VG: servicios sanitarios y sociales, cuerpos de seguridad, entidades del ámbito. El contenido emocional en la VG. Detección y abordaje de la VG: signos. Indicadores de riesgo. Preguntas facilitadoras. Funciones de la profesional.
<i>Facultad Medicina y Ciencias de la Salud/ASSIR Delta del Llobregat (ICS)</i> «Instrumentos de detección de VG»	Prevalencia de VG en el embarazo. El iceberg de la VG. Efectos en la gestante, feto e hijos/as. Signos de alerta en consulta: conductas y demandas de la mujer. La objetividad de los cuestionarios y el dilema ante el cribado universal. Instrumentos validados y clasificación: cribado, evaluación y riesgo de VG.

<p><i>Facultad de Filosofía (UB)</i> «Aspectos éticos en el abordaje de casos de VG en el embarazo»</p>	<p>La vulnerabilidad como herida a los intereses de bienestar y agencia, y sus capas. La autonomía como proceso y su doble dimensión (moral y funcional). Las capacidades como indicadores de salud y oportunidades de participación. Capacidades y calidad de vida: sentidos objetivo, subjetivo y relacional. Acompañamiento biopsicosocial de la mujer: respeto y protección; reconocimiento recíproco y diálogo. La coordinación del equipo.</p>
<p><i>Inteligencia en el Lenguaje</i> «Cómo generar confianza a través del lenguaje en el diálogo entre matrona y paciente»</p>	<p>Comunicación y relación: el diálogo basado en la confianza. Toma de consciencia del propio lenguaje. Comunicación verbal y no verbal. Habla y escucha. Habilidades comunicativas, recursos: el tacto, la mirada, el tono de voz y la escucha activa o en profundidad. El poder de la palabra para generar o transformar la realidad.</p>
<p><i>Audiencia Provincial de Barcelona</i> «Aspectos jurídicos en la detección de VG en el embarazo»</p>	<p>Marco legislativo estatal y convenio europeo en el ámbito de la VG y la violencia doméstica (delito y prevención). Diferenciación conceptual entre violencia doméstica, VG y violencia machista. El circuito de la denuncia. La diferencia del proceso en el ámbito de la VG: la relación afectiva entre agredida y agresor. El requisito de doble declaración. El no decreto de medidas cautelares de protección y las consecuencias sobre la vida diaria de la mujer.</p>

La metodología utilizada principalmente fue la que combinaba la transmisión de información con la participación del público a través de preguntas o debates espontáneos. En dos de las sesiones, tuvo lugar una participación más directa de las asistentes a propósito de una serie de actividades que suponían la aplicación de conocimientos expuestos en el momento. Ello fue propiciado porque se dispuso de más tiempo en sus sesiones (dos y cuatro horas). La actitud de las participantes a lo largo de la Jornada destacó por su receptividad, apertura y participación, incluso en aquellos contenidos relacionados en menor medida con su función sanitaria (por ejemplo, presentación de la IAP). Este es un indicador que nos predispone a una evaluación positiva de la Jornada realizada, evaluación que abordamos de forma sistemática en el siguiente apartado.

RESULTADOS

Como es habitual en los cursos de formación continuada organizados en la universidad y acreditados por el ICE, y especialmente en el seno de proyectos de investigación con metodologías de IAP, al finalizar la formación, el segundo día, se procedió a su

evaluación. A tal fin, se puso a disposición de las asistentes el «Cuestionario de Evaluación de la Calidad del Curso», consistente en veinticuatro ítems a los que se aplicaba una escala de valoración tipo Lickert, de cuatro niveles, además de ofrecer un espacio para recoger respuestas abiertas en torno a la mejora de la actividad. Los ítems valoraban ocho aspectos: organización; horario; instalaciones y medios técnicos; contenidos y metodología; enfoque de los temas; competencia de las formadoras; valoración general del curso; y grado de satisfacción general. A través de este instrumento, nos acercaremos a la evaluación de los efectos o del impacto de la Jornada.

Se respondieron 42 cuestionarios de los 55 esperados (porcentaje de respuesta del 76,4%) que otorgaban puntuaciones considerablemente elevadas en la totalidad de los ítems, puntuaciones que, sobre 10 y entre paréntesis sobre 4, sintetizamos a continuación en la Tabla 2:

Tabla 2. Puntuaciones promedio

Organización	8,8 (3,52)
Horario	8,6 (3,44)
Instalaciones	8,9 (3,57)
Medios técnicos	9,1 (3,65)
Contenidos y metodología: necesidades	8,5 (3,39)
Contenidos y metodología: expectativas	8,4 (3,38)
Enfoque de las sesiones (X)	8,8 (3,52)
Competencia de las formadoras (X)	9 (3,60)
Valoración general: nuevas capacidades	8,9 (3,55)
Valoración general: nuevos conocimientos	8,8 (3,52)
Valoración general: desarrollo personal	9,4 (3,76)
Grado de satisfacción general	8,7 (3,49)

A tenor de las puntuaciones, cabe afirmar el éxito de la Jornada tanto en sus aspectos organizativos y materiales, como en los de contenido y formativos, en los que nos centraremos. Sobre este particular, cabe destacar que las sesiones que obtuvieron puntuaciones más elevadas en cuanto al enfoque fueron las del PMD, de l'ASSIR Delta del Llobregat y del Centro de Inteligencia en el Lenguaje (entre 8,9 y 9,3). Ello nos inclina

a pensar que fueron también las que más y mejor conectaron con las necesidades de las matronas para proceder adecuadamente en la detección y abordaje de casos de VG. Como indicábamos líneas atrás, este dato también nos orienta y estimula a tener esta característica presente como elemento de mejora de la actividad de cara a una segunda edición, ampliando el tiempo de formación en relación con los contenidos trabajados en estas sesiones.

Los ítems que valoran la satisfacción con la actividad—con puntuaciones entre 8,7 y 9,4—son, por sí solos, una buena muestra del éxito de la actividad formativa. Siendo muy elevados los cuatro, queremos destacar especialmente los referidos a las nuevas capacidades desarrolladas (8,9) y al desarrollo personal (9,4). Estos indicadores son muy valiosos, ya que denotan que las asistentes perciben que tienen más recursos y que se encuentran en mejores condiciones para detectar y abordar casos de VG en el ejercicio de sus funciones; que han interiorizado significativamente tales aprendizajes; y que posiblemente los valoran también como útiles para aplicar en otros ámbitos profesionales o, incluso, cotidianos (sociales y de relación, entre otros).

Se recogieron diez cuestionarios con quince comentarios abiertos como propuestas de mejora (porcentaje de respuesta del 23,8%). Dos comentarios fueron sobre instalaciones y medios técnicos (visibilidad de la pantalla y uso del micrófono). Otros once indicaban la conveniencia de introducir más actividades de tipo práctico tales como trabajo a partir de casos (reales o hipotéticos), mediación de conflictos, dinámicas de role-playing y trabajo en equipo. Finalmente, dos comentarios sugerían ampliar contenidos en relación con la inteligencia emocional y con los circuitos de derivación y servicios de atención a mujeres en contextos de VG. Agradecemos todas estas aportaciones, así como la respuesta a los cuestionarios de «Evaluación de la Calidad», porque nos ayudan a mejorar de cara a una posible reedición de la Jornada. En este sentido, modificar la calendarización del curso en pro de disponer de hora y media en las sesiones que tuvieron solo una para, así, poder introducir una actividad de aplicación de contenidos y ampliar la formación en los contenidos anteriormente especificados es una primera aportación de estos resultados que redundaría, probablemente, en una mejora del mismo y de la que tomamos buena nota. Ello supondría reservar, por ejemplo, tres días para la Jornada formativa, lo que posibilitaría, además de tiempo para introducir dinámicas y metodologías más activas y vivenciales, dar tiempo también a las personas participantes

para asentar aprendizajes y, de este modo, generar nuevos contenidos a desarrollar, plantear dudas o ampliar la reflexión crítica.

DISCUSIÓN: EL ENFOQUE EVALUATIVO DE LA ACTIVIDAD

Siguiendo a Fernández-Ballesteros (1996), hemos planteado la evaluación en términos de evaluación de objetivos (formulación y consecución), y de los efectos o impacto de la actividad. De manera coherente con el contexto metodológico que la ha propiciado (la IAP anteriormente mencionada), hemos incluido en la evaluación la perspectiva de sus destinatarios (evaluación participativa) en un mismo nivel, horizontal, con la evaluación interna, realizada por las diseñadoras de la actividad, como ejercicio reflexivo (Anguera, Chacón y Blanco, 2008). En consecuencia, la hemos abordado en su sentido formativo, es decir, con vistas a la mejora del diseño e implementación de posteriores actividades o jornadas. Nos hemos apoyado para su realización en dos instrumentos: la observación participante (evaluación interna) y el cuestionario (evaluación participativa).

Por lo que hace referencia a la formulación de objetivos, como ya se ha comentado, cabe destacar que la Jornada fue diseñada a partir de una necesidad y una demanda reales y contextualizadas: las expresadas por las matronas que ejercen en los ASSIR Rambla Just Oliveres y Ronda Torrasa, lo que es un primer indicador de su pertinencia. Asimismo, la formulación de objetivos tuvo en cuenta el criterio de diversidad (Pérez Juste, 2006), apuntando no solo a la dimensión cognitiva de los posibles aprendizajes, sino también a la procedimental, actitudinal y ética. En relación con su consecución, cabe tener en cuenta que la implementación se llevó a cabo según lo diseñado, es decir, se realizaron todas las sesiones ajustándose al horario y cada formadora enfocó su intervención respondiendo a la demanda que le había sido formulada. De este modo, consideramos cubierto el criterio de coherencia entre lo formulado y lo realizado. Por otra parte, aunque la mayor parte de las sesiones siguió un enfoque transmisivo, hay que destacar que se favoreció en todo momento la interacción y participación de las personas asistentes. Ello es un indicio de desarrollo de objetivos no solo conceptuales, sino también reflexivos, críticos y valorativos. Por último, las actividades de aplicación que se llevaron a cabo en dos de las sesiones permitieron el entrenamiento de algunas de las estrategias propuestas.

Es a partir de estos dos indicadores que se puede afirmar que, en su conjunto, las metodologías utilizadas en la formación fueron pertinentes (en tanto que permitieron el desarrollo de los objetivos de la formación) y dieron, en la medida de lo posible, respuesta a las demandas de las matronas. En una hipotética segunda edición, aumentando el número de horas de formación, sería aconsejable extender el uso de metodologías activas y participativas.

CONCLUSIONES

Los indicadores expuestos en los apartados anteriores, entre ellos también el elevado número de solicitudes y la participación de las personas asistentes en los dos días de la Jornada, informan acerca de la concienciación de las matronas sobre su función en la detección y abordaje de la VG. Siendo escasa la formación inicial en este ámbito y algo más prevalente la continuada, resulta necesario incrementarla en ambos sentidos. La propuesta de Jornada que hemos presentado en este artículo puede servir no de pauta ni de modelo, sino de estímulo para diseñar y ofertar nuevas actividades de formación dirigidas a las matronas.

La VG es una realidad poliédrica en la que convergen cuestiones sanitarias, legales, éticas, psicológicas, afectivas, sociales, y también económicas. Las matronas, como profesionales de referencia en el seguimiento del embarazo, procuran atender a la mujer en su totalidad, no solo ocupándose de los temas biológicos y de salud. En ellas se encuentra elevada la capacidad para construir una relación de confianza con la gestante que favorece su apertura y comunicación. Por ello, se trata de unas profesionales especialmente indicadas para cuestionar si se hallan ante una mujer en contexto de VG. Para su detección y abordaje, ellas mismas así lo han solicitado, necesitan disponer de instrumentos objetivos de filtro y de información relativa a esas otras áreas de convergencia de la VG: cuestiones psicológicas, legales, éticas y de circuitos, especialmente, cuyo conocimiento tranquiliza y da fuerza a las matronas para seguir con su tarea. Porque se preocupan por el bienestar de la mujer y no solo, aunque ello no sea poco, por su salud y la del feto.

Promover acciones por la vía formativa es uno de los caminos para cambiar la realidad. “(...) si la educación no lo puede todo, alguna cosa fundamental puede la educación” (Freire, 1999, 3ª ed.; 108), afirmaba uno de los grandes pedagogos del siglo

pasado que destacó por los aprendizajes que su método de alfabetización de personas adultas conseguía, cambiando también las condiciones de vida de las personas alfabetizadas. A tenor de los resultados de la evaluación, entendemos que la Jornada cumplió sus objetivos de formación, y que los aprendizajes que favoreció se continúan ahora en la práctica profesional de las personas asistentes, contribuyendo a mejorar en algún aspecto la detección y abordaje de la VG en el ejercicio de sus funciones.

AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecer a las matronas de los ASSIR Rambla Just Oliveres y Ronda Torrasa de l'Hospitalet de Llobregat haber compartido con nosotras sus reflexiones y propuestas para mejorar la detección y abordaje de la violencia de género en el marco de su atención sanitaria. También a las participantes en la «Jornada sobre Detección y Abordaje de la Violencia de género en el Embarazo», por sus preguntas y comentarios a lo largo del desarrollo de la Jornada, así como por sus valoraciones una vez concluida la actividad.

BIBLIOGRAFÍA

- ANDER-EGG, Ezequiel. *Repensando la Investigación-Acción Participativa*. Barcelona: Lumen, 2003.
- ANGUERA-ARGILAGA, M^a Teresa; CHACÓN-MOSCOSO, Salvador; BLANCO-VILLASEÑOR, Ángel. *Evaluación de programas sociales y sanitarios*. Madrid: Síntesis, 2008.
- FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, Rocío (ed.). *Evaluación de programas: una guía práctica en ámbitos sociales, educativos y de salud*. Madrid: Síntesis, 1996.
- FREIRE, Paulo. *Pedagogía de la autonomía. Saberes necesarios para la práctica educativa*. Madrid: Siglo XXI, 1999.
- GÓMEZ-FERNÁNDEZ, M^a A.; GOBERNA-TRICAS, J.; PAYÁ-SÁNCHEZ, M. Intimate partner violence as a subject of study during the training of nurses and midwives in Catalonia (Spain): A qualitative study. En: *Nurse Education in Practice*. 2017, núm. 27, pp. 13-21. [Consulta: 30 de abril de 2018]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/2445/121977>.
- HUDSON, Walter W.; MCINTOSH, Sally R. The Assessment of Spouse Abuse: Two Quantifiable Dimensions. En: *Journal of Marriage and Family*. 1981, vol. 43, núm. 4, pp. 873-88.
- INSTITUTO DE LA MUJER Y PARA LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES. *Estadísticas. Víctimas mortales por violencia de género*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2018. [Consulta: 23 de abril de 2018]. Disponible en: www.inmujer.gob.es/MujerCifras/Violencia/VictimasMortalesVG.htm.
- KEMMIS, Stephen; MCTAGGART, Robin. *Cómo planificar la investigación-acción*. Barcelona: Laertes, 1988.
- PÉREZ JUSTE, Ramón. *Evaluación de programas educativos*. Madrid: Editorial La Muralla, 2006.
- PLA D'ACTUACIÓ INTEGRAL A LA CIUTAT DE L'HOSPITALET DE LLOBREGAT. *Prevenció i tractament de la violència contra les dones. Programa Municipal per a la Dona*. 2006. [Recuperado el 30 de abril de 2018]. Disponible en: www.l-h.cat/gdocs/d1278023.pdf.
- PLA DE SALUT. *Quadern nº 14. Recomanacions per a l'atenció sanitària a les dones maltractades*. 2010. [Consulta: 30 de abril de 2018]. Disponible en: http://canalsalut.gencat.cat/web/contingut/responsiu/salutAZ/V/violencia_masclista/documents/arxiu/donesmal.pdf.

PLANIFICACIÓN Y EVALUACIÓN SALUD PÚBLICA. *Protocolo para el abordaje de la violencia machista en el ámbito de la salud en Cataluña*. Generalitat de Catalunya, 2009. [Consulta: 30 de abril de 2018]. Disponible en:

http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/ambits_tematicas/linies_dactuacio/model_assistencial/ordenacio_cartera_i_serveis_sanitaris/abordatge_de_la_violencia_masclista/documents/arxiu/cast_femchist.pdf>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*. 2013. [Consulta: 30 de abril de 2018]. Disponible en:

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85239/9789241564625_eng.pdf;jsessionid=A20A0DAC88D3A61F47FBDD6367373EB4?sequence=1>.

