



VIOLENCIA DE GÉNERO EN MUJERES EMBARAZADAS

Maternidades Vulnerables, 2020

*“Pensé, yo tengo que salirme
de esto porque si no acabaré
muerta, él en la cárcel y los
niños en los servicios sociales”*

*Testimonio de una mujer embarazada víctima de violencia de pareja.
Salir a Tiempo (2019).*

Índice

1. Introducción.
2. Atención integral a las mujeres en situaciones de vulnerabilidad.
3. Vulnerabilidad de las mujeres que sufren violencia de género durante el embarazo.
4. Necesidades de las madres que sufren violencia de género durante el embarazo.
5. Conclusiones y Recomendaciones.
6. Referencias Bibliográficas.
7. Declaración de Autoría.

1. Introducción

La Asociación Salud y Familia, entidad no gubernamental de ámbito estatal lleva trabajando ininterrumpidamente veinticinco años en el ámbito de atención a las familias y las mujeres vulnerables y presenta un alto nivel de especialización en el abordaje de la maternidad en situaciones de vulnerabilidad ofreciendo un amplio abanico de opciones y prestaciones a las madres a la par que conectándolas y mejorando su acceso a sistemas de protección normalizados como son los servicios de salud, los servicios sociales, los servicios de empleo y el sistema de ayudas públicas a familias.

La Asociación Salud y Familia, con el apoyo financiero y la colaboración institucional continuada de las administraciones públicas y el tercer sector social, ha conseguido ensamblar y hacer operativo un modelo de atención integral a la maternidad en situaciones de vulnerabilidad que ofrece de forma perseverante segundas oportunidades en salud reproductiva, acceso a la formación profesional y al empleo, empoderamiento de las madres y las mujeres y apoyo para la construcción de redes sociales amplias.

La desigualdad social y económica ha ido progresivamente en aumento desde los años ochenta en la mayoría de países occidentales y España no es una excepción. La desigualdad social alimenta creencias que nos hacen más proclives a tolerarla, aceptarla y justificarla. A su vez, las relaciones sociales adoptan formas que mantienen y refuerzan la desigualdad social a través de dos grandes rutas culturales: a) La posición social individual se ha ido convirtiendo en el núcleo fundamental de la evaluación que hacemos de nosotros mismos y de los demás, b) Cada vez nos vamos sintiendo más alejados unos de otros.

Pese al contexto de desigualdad social creciente hay margen para la libre elección. Adaptamos nuestras elecciones a las oportunidades reales que nos presenta la vida. En este sentido, existen diferencias abismales en la libertad de elegir, especialmente entre las mujeres que, todavía hoy, crecemos bajo un patrón social de vigilancia, amoldamos nuestros cuerpos, nos negamos espacios, controlamos horarios, coartamos movimientos y gestos y seguimos siendo disciplinadas mediante los estereotipos, el acoso, el escarnio y el insulto en nuestra vida cotidiana. Las mujeres somos reconocidas principalmente como cuidadoras y esto ha venido ocurriendo demasiado tiempo. En la actualidad, las mujeres españolas presentan niveles educativos más elevados que los hombres y, sin embargo, perdura una menor tasa de actividad, una brecha salarial significativa, un menor reconocimiento e influencia en todos los ámbitos y una violencia de género reticular que socava la salud y la vida de millones de mujeres. Quedan, pues, brechas por cerrar y caminos por recorrer, ya que participar y formar parte de la voluntad general se ha configurado como una aspiración de una mayoría significativa de mujeres españolas.

Desde el inicio del siglo XXI, España es una sociedad con una población que presenta una notable diversidad cultural, un incremento de la movilidad territorial entre personas residentes, un mayor número de incidencias y necesidades asociadas a la variedad de culturas y subculturas y un aumento continuado de la distancia entre los rangos de ingresos. Estos cambios recientes y acelerados provocan que las agendas públicas estén abiertas y, en muchas ocasiones, por páginas diferentes pues cada cambio demográfico, tecnológico, normativo o de costumbres lleva aparejado un impacto sistémico.

En las sociedades europeas y también en España, el aislamiento y la segregación social, los niveles educativos bajos y la consiguiente lejanía respecto a la corriente principal de la sociedad provocan efectos duraderos a lo largo del ciclo vital de las personas: a) Socavan las bases sociales del respeto hacia una misma que se construye en la infancia y la juventud, b) Reducen las habilidades para conseguir recursos y c) Hacen más difícil convertir los medios y los recursos en funcionamientos satisfactorios.

En este contexto de complejidad social y cultural, la pobreza en España ha presentado una gradación de intensidad ascendiente concentrándose especialmente en las familias con menores a su cargo y, entre éstas, en las familias de origen inmigrante, en las familias monomarentales y en las madres adolescentes y jóvenes. Asimismo, es necesario subrayar la tendencia de las familias en situación de pobreza y vulnerabilidad a registrar una fecundidad y una natalidad netamente superiores a la media española, esta última en línea con las tendencias demográficas en la Europa continental y del Sur.

Las mujeres en situación de vulnerabilidad focal y/o múltiple viven a menudo en ecosistemas sociales que propician el aislamiento cultural y social, el cual se ve agravado cuando son madres poniendo en riesgo simultáneamente su proyecto vital como mujeres y la crianza de sus hijas/os en clave de socialización abierta. La maternidad en situaciones de vulnerabilidad reduce a corto, medio y largo plazo las redes de apoyo familiar y social y conduce a la cronicidad de la privación, la discriminación, la vulnerabilidad y/o la pobreza para las madres y a la transmisión intergeneracional de menores capacidades para sostener la vida.

Este Informe sobre **VIOLENCIA DE GÉNERO EN MUJERES EMBARAZADAS** forma parte de una serie que se ocupa de: a) Definir las características de un modelo de atención integral a la maternidad en situaciones de vulnerabilidad que ofreciendo segundas oportunidades sea capaz de generar protección al minimizar las consecuencias adversas de las decisiones automáticas y de los entornos de privación y discriminación, b) Identificar las intersecciones o nudos sociales y culturales que constituyen ámbitos específicos de vulnerabilidad a los que las mujeres estamos expuestas por nuestra triple condición de mujeres, gestantes y cuidadoras.

2. Atención integral a las mujeres en situaciones de vulnerabilidad.

La vulnerabilidad es un concepto amplio y multifactorial que se aplica a personas y grupos sociales. Puede resumirse en la susceptibilidad a ser dañada/o física, mental y/o moralmente. En la valoración de la amplitud y la intensidad de la vulnerabilidad deben tenerse en cuenta:

- Los riesgos sociales, ambientales, físicos, mentales y morales a los que las personas y grupos sociales estamos expuestas/os.
- Las capacidades para prevenir, resistir o sobreponerse a determinados riesgos, daños y/o discriminaciones.
- Las respuestas sociales, sanitarias y legales a las necesidades y los contextos de vida de las mujeres y de las madres en general y, más especialmente de las que se encuentran en circunstancias y/o posiciones sociales más desfavorecidas.

La perspectiva de género se refiere a la metodología y los mecanismos de análisis que permiten identificar, cuestionar y valorar la discriminación, desigualdad y exclusión de las mujeres que se pretende justificar en base a las diferencias biológicas entre mujeres y hombres emborronando las diferencias culturales en la asignación asimétrica de roles, actividades y conductas. Esta perspectiva debe ser implementada cuando tratamos la maternidad, que continua siendo una de las elecciones decisivas en la vida de las mujeres de cualquier origen, raza, religión, clase social y/o nivel formativo. Analizar la maternidad y las circunstancias puntuales o crónicas de vulnerabilidad con la lente de la perspectiva de género permite entender que la vida de mujeres y hombres puede modificarse en la medida que no está “naturalmente” determinada y al cuestionar los estereotipos abre la posibilidad de pensar y actuar de modo que:

- Se produzcan mejoras en la vida de mujeres y hombres, enriqueciendo todos los ámbitos de actividad humana tanto sean reproductivos como productivos.
- Se comprenda como se gesta y se expresa la discriminación hacia las mujeres en su diversidad y se abran vías para transformarla.
- Se redistribuyan equitativamente las actividades entre mujeres y hombres en la esfera privada y pública. Cuando nos focalizamos en la maternidad, la crianza y la vida en familia es necesario centrarse en la corresponsabilidad en el cuidado de las/os hijas/os y la redistribución de las actividades de sostenimiento de la vida humana.
- Se modifiquen las estructuras sociales, los mecanismos, las reglas, las prácticas y los valores que perpetúan la desigualdad de género.
- Se fortalezca el poder de gestión y decisión de las mujeres y de las madres teniendo en cuenta las situaciones de vulnerabilidad y discriminación que irán apareciendo a lo largo del ciclo de vida.

La equidad se basa en que la unidad de medida de la justicia social es el trato que reciben las personas más desfavorecidas, en este caso las mujeres y las madres en situaciones de vulnerabilidad. En la práctica, un programa, modelo o servicio equitativo tiene que desarrollar tres componentes estratégicos:

- Abrir rutas múltiples de accesibilidad física, económica y cultural de tal modo que la oferta de atención llegue y penetre en los entornos más desfavorecidos y discriminados y en las situaciones de vulnerabilidad.
- Crear entornos ricos en oportunidades y adecuados a las necesidades específicas de los diversos grupos de mujeres y madres vulnerables.
- Proporcionar un trato que promueva los códigos modernos del respeto vinculados estrechamente al empoderamiento y consistentes en fomentar que cada mujer o madre haga algo por sí misma, mejore su capacidad para cuidarse y coopere con los demás.

La atención integral se entiende como el conjunto de acciones coordinadas con el fin de satisfacer las necesidades esenciales para preservar la vida humana así como para promover el aprendizaje a través de la experiencia en un marco de respeto hacia los valores de las personas. En el ámbito de la atención a la maternidad en situaciones de vulnerabilidad, el enfoque integral facilita:

- Salir del sistema protocolizado de atención a las mujeres y las madres basado en el principio de eficiencia bajo mínimos.
- Integrar la mayoría de funciones claves en un único nivel de atención social y sanitaria, pues todo aquello que es relevante para las mujeres, las madres y las familias se produce en primer plano al alcance del profesional y se encuentra en el seno del campo relacional entre madres y profesionales.
- Ofrecer simplicidad y presencia plena en la atención social y sanitaria de primera línea, desplazando y minimizando todo tipo de transacciones administrativas. Este marco de atención favorece que, tanto las madres como los profesionales que las atienden, puedan aplicar sus habilidades a los ámbitos donde es factible una acción eficaz.
- Identificar el centro de gravedad de la situación de todas y cada una de las madres en situación de vulnerabilidad, presentar un horizonte creíble de acciones y generar confianza.
- Detectar oportunidades y reorganizar, cuando es necesario, prioridades de forma compartida entre las madres y los profesionales que las atienden.

3. Vulnerabilidad de las mujeres que sufren violencia de género durante el embarazo.

La violencia contra las mujeres es la expresión más brutal de la desigualdad de género existente en nuestra sociedad. Se trata de una violencia que se dirige sobre las mujeres por el hecho mismo de serlo al ser consideradas por sus agresores como sujetos carentes de los derechos mínimos de libertad, respeto y capacidad de decisión. Entre las múltiples violencias que sufren las mujeres por el hecho de serlo destaca la violencia procedente de la pareja íntima. La violencia de pareja supone un comportamiento sistemático con una secuencia repetitiva que se manifiesta en un amplio espectro de conductas violentas como son: violencia psicológica o emocional, violencia de control, violencia física, violencia sexual, violencia económica y violencia vicaria.

Las múltiples manifestaciones de la violencia de género afectan a todas las mujeres en todos los países del mundo con independencia de su posición social, nivel de estudios, raza, religión o etnia y en España se resiste a la acción política colectiva emprendida por las administraciones públicas a través del Pacto de Estado contra la Violencia de Género (2018) y a las amplias expresiones de repulsa que se han venido sucediendo en los últimos años por parte del movimiento de mujeres.

En la última Macroencuesta de Violencia contra la Mujer llevada a cabo en España durante el año 2019, se evidencia que en las mujeres

encuestadas de 16 o más años que alguna vez han tenido pareja el 14,4% han sufrido violencia física y/o sexual, el 31,9% han sufrido violencia psicológica y el 26,5% violencia de control. Estas cifras aumentan considerablemente entre las mujeres más jóvenes con edades de 16 a 24 años; entre las mujeres que sufren algún tipo de discapacidad acreditada igual o superior al 33% y prácticamente se duplican cuando las mujeres han nacido en el extranjero. Asimismo cabe señalar la existencia de una magnitud desconocida de violencia oculta, pues el 35,7% de las mujeres entrevistadas que habían sufrido violencia física y/o sexual de cualquier pareja reconocieron que habían hablado de estas agresiones por primera vez en su vida con la entrevistadora.

La violencia de pareja contra las mujeres actúa mediante un efecto cascada donde a cada capa de control y violencia se añade una nueva que potencia los abusos sucesivos. La violencia de pareja, según se va instalando produce un efecto sistémico de larga duración en la vida de las víctimas y no desaparece durante el embarazo. En clara oposición a las creencias populares, el embarazo no protege de la violencia de pareja, en ocasiones la violencia física empieza en el embarazo aun cuando no hubiera existido previamente y en algunos casos, en que la mujer había sufrido agresiones físicas anteriores, éstas decrecen y permanece la violencia psicológica. Existen evidencias muy sólidas en los países desarrollados de que la violencia de pareja durante el embarazo puede llegar a ser más frecuente que algunas patologías relevantes durante la gestación como la diabetes gestacional y la preeclampsia así como que existe un mayor riesgo de violencia de pareja durante el embarazo en los siguientes grupos y situaciones:

- Mujeres que viven solas en una posición económica desfavorecida.
- Adolescentes.
- Embarazos no planificados y/o no deseados.
- Antecedentes de violencia de pareja previos al embarazo.
- Antecedentes de violencia de pareja en embarazos anteriores.
- Mujeres que han tenido parejas anteriores a la actual.
- Mujeres con hij@s de parejas anteriores a la actual.
- Mujeres cuya pareja actual maltrata a l@s hij@s.
- Mujeres cuya pareja abusa del alcohol.

Internacionalmente, la prevalencia de violencia de pareja en el embarazo oscila del 4% al 25% de las mujeres embarazadas y esta variabilidad es debida a la diversidad de las poblaciones estudiadas, las definiciones que se aplican de violencia de pareja y los métodos utilizados para medirla. Aunque existen numerosas evidencias de que la violencia de pareja alrededor del embarazo es más prevalente en países en desarrollo, en España el estudio realizado en quince hospitales públicos de Andalucía (2015) revela que un 21% de las mujeres embarazadas sufrieron violencia psicológica y un 3,6% violencia física y/o sexual. La citada prevalencia de violencia física y/o sexual durante el embarazo confluye con la prevalencia estimada de un 4% en otros países de nuestro entorno.

La violencia de pareja socava la integridad física, psicológica y moral de las víctimas en cualquier momento de la vida pero en el embarazo coloca a las mujeres en una situación de extrema vulnerabilidad que disloca las expectativas, los interrogantes y las emociones que acompañan los cambios fisiológicos connaturales a la gestación. Las dinámicas de creación y regeneración de la vida se ven severamente comprometidas, pues el estrés, la vergüenza y el sufrimiento que causa la violencia de pareja ocupan y condicionan por entero la vida de la mujer embarazada. La violencia de

pareja interfiere de forma determinante las funciones maternas de autocuidado y de protección de la vida fetal a través de mecanismos tales como:

- La violencia que sufre la embarazada le provoca **vergüenza** lo que puede llevar a la ocultación y la negación de la situación y a conductas de aislamiento.
- La violencia que sufre la embarazada le provoca **culpabilidad** al percibir que podría no llegar a ser la madre ideal que había deseado y puede desencadenar situaciones encubiertas de depresión.
- La violencia que sufre la embarazada cuando el embarazo ha sido buscado como un recurso mágico de reconciliación con el agresor le provoca **frustración** y la fantasía de cambio vital se esfuma lo que puede suponer una pérdida de interés por el cuidado de su salud y la del feto.
- La violencia que sufre la embarazada le provoca **estrés** y pérdida de **confianza** en sí misma lo que puede desencadenar un consumo compensatorio de tabaco y otros tóxicos así como unas pautas de alimentación no saludables.
- La violencia que sufre la embarazada le provoca **miedo** de qué pasará con el futuro hij@ y/o con l@s hij@s que ya tiene lo que contribuye decisivamente a minimizar u ocultar los hechos y a proteger al agresor.

Las expectativas sociales idealizadas sobre la maternidad concentran en la mujer embarazada las atenciones, las preocupaciones y las exigencias de modo que el agresor acostumbra a quedar fuera de foco. En la sombra, el agresor va ensanchando y multiplicando las grietas de vulnerabilidad y dependencia de la mujer embarazada mediante abuso verbal, amenazas, coacciones, desvalorización del cuerpo de la embarazada y violencia física y/o sexual. Cuando el agresor acompaña a la mujer embarazada a los

servicios sanitarios y/o sociales acostumbra a mostrarse hipervigilante y preocupado por la atención que recibe la mujer, contesta a las preguntas en lugar de ella, interrumpe para rectificarla, da otra versión de los hechos, mantiene una actitud defensiva cuando se pregunta por la relación de pareja, puede llegar a hacer consultas legales sobre la pareja y l@s hij@s y frecuentemente plantea situaciones de conflicto al personal de recepción.

La violencia de pareja durante el embarazo, parto y puerperio presenta algunos patrones arquetípicos y, por tanto, identificables como son:

Durante el embarazo

- Rechazar el cuerpo de la mujer y humillarla en relación a los cambios fisiológicos que se van produciendo a lo largo del embarazo.
- Agredir físicamente a la mujer embarazada provocándole caídas, cortes, quemaduras y/o golpeándola directamente en su abdomen.
- Mantener relaciones y prácticas sexuales sin consentimiento de la mujer embarazada.
- Controlar o limitar el acceso de la mujer embarazada a la atención prenatal.
- Negar la paternidad.
- Negar apoyo económico y material.
- Amenazar con quedarse la criatura cuando nazca.

Durante el parto

- Menospreciar el dolor y la importancia del proceso de parto.
- Intentar influir y/o no colaborar con el personal sanitario.
- Hacer comentarios negativos sobre el sexo del bebé.

Durante el puerperio

- No prestar apoyo ni ayuda práctica en los cuidados que necesita el bebé.
- Culpabilizar a la madre por el tiempo que dedica al bebé.
- Obligar o prohibir la lactancia materna.
- Limitar las salidas del domicilio con el bebé.
- Amenazar a la madre con quitarle el bebé.
- Obligar a la madre a mantener relaciones sexuales prematuramente y sin protección anticonceptiva.

La violencia de pareja tiene consecuencias adversas de largo alcance en la salud integral de la víctima en cualquier momento del ciclo vital. Todo y así, cuando la violencia de pareja se despliega alrededor del embarazo provoca trastornos, disfunciones y patologías severas en los ámbitos de la salud sexual y reproductiva y de la salud materno-infantil entre los que destacan:

Salud sexual y reproductiva

- Abortos provocados de repetición, muy a menudo ocultados al agresor.
- Antecedentes de abortos espontáneos.
- Impedimentos por parte del agresor sobre que la mujer use o tome decisiones acerca de la utilización de métodos anticonceptivos.
- Relaciones sexuales sin protección anticonceptiva lo que provoca intervalos intergenésicos cortos.

Salud materna durante el embarazo

- Fracturas, cortes, quemaduras, hemorragias, dientes rotos y cefaleas persistentes cuando existe violencia física y/o sexual.
- Anemia por déficits de alimentación.

- Demoras en el acceso a la atención prenatal motivadas por el ocultamiento de la violencia y/o por el control del agresor sobre las salidas del domicilio.
- Síntomas depresivos y ansiosos.
- Mayores probabilidades de desarrollar hipertensión arterial, diabetes gestacional y hemorragias antenatales.
- Infecciones vaginales y del tracto urinario.
- Mayor consumo de tabaco.
- Mayor número de visitas a urgencias e ingresos hospitalarios por complicaciones obstétricas.

Salud neonatal y materna

- Mayor frecuencia de partos prematuros.
- Mayor frecuencia de bajo peso al nacer.
- Mayor frecuencia de ingresos del neonato en las Unidades de Cuidados Neonatales.
- Dificultad de inicio de la lactancia materna y abandono de la misma antes de los cuatro meses de edad del bebé.
- Mayor frecuencia de la depresión post-parto.

Salud infantil y materna

- Dificultades maternas para establecer un vínculo positivo con el bebé.
- Dificultades maternas para aceptar cualquier limitación o discapacidad del bebé.
- Dificultades para hacerse cargo de la responsabilidad de la crianza del bebé que se ven muy agravadas en entornos socioeconómicos adversos.
- Dificultades para buscar apoyo institucional y tejer redes básicas de apoyo social.
- Los síntomas ansiosos y depresivos de la madres víctimas de violencia de pareja son predictores de trastornos emocionales y de conducta durante los primeros cuatro años de vida del/la niño/a

4. Necesidades de las madres que sufren violencia de género durante el embarazo.

Detectar, acompañar, tratar y cubrir en lo posible las necesidades de las mujeres que sufren violencia de pareja alrededor del embarazo constituye uno de los grandes desafíos de salud pública pues las necesidades son múltiples y con un impacto de largo alcance a la par que las víctimas son esquivas a las ofertas de atención dada la situación que viven de control, dominación y explotación de sus vulnerabilidades.

Siguiendo las directrices de los organismos sanitarios internacionales, en España a lo largo de los últimos años se han desarrollado recomendaciones y guías o protocolos de actuación enfocados a la detección de la violencia de pareja durante el embarazo y a la atención específica a las víctimas. Pese a todas las barreras que genera el agresor, las mujeres embarazadas acuden a la atención prenatal por lo que se establece un contacto rutinario con el personal sanitario y, en consecuencia, existe una oportunidad singular para identificar a las embarazadas que sufren violencia de pareja. Por otra parte, se dispone de instrumentos validados por el Observatorio de Salud de las Mujeres como son los test AAS (Abuse Assessment Screen) consistente en cuatro preguntas y diseñado originalmente para ser aplicado en la atención prenatal así como de otros test más extensos como son ISA (Index of Spouse Abuse) y WAST (Women Abuse Screening Tool). Cada vez más personal sanitario, especialmente matronas y enfermeras, está sensibilizado y conoce los protocolos pero la falta de tiempo, el miedo a ofender y no saber manejar la situación y la percepción de que no podrán resolver el problema desalientan el cribado sistemático y la observación de los signos de sospecha.

Las mujeres muestran **signos de alerta** que son formas de expresión silenciosa de la violencia de pareja que sufren durante el embarazo. Por ejemplo, cuando existen demoras entre lesiones y petición de asistencia, cuando el embarazo ha sido no planificado y/o no deseado, cuando aparecen complicaciones obstétricas ilógicas, cuando presentan infecciones del tracto urinario o enfermedades de transmisión sexual y en los casos que vienen acompañadas del presunto agresor, éste muestra un lenguaje no verbal que expresa una actitud de supremacía y control y/o tiene conflictos con el personal de recepción.

Los servicios sociales también cuentan con recomendaciones e **indicadores de sospecha** de violencia de pareja alrededor del embarazo y la primerísima infancia. Igualmente las mujeres muestran signos de alerta indirectos cuando describen una distribución marcadamente desigual de poder en la relación de pareja, cuando ellas son las que deben justificar en qué gastan el dinero, cuando existen episodios de violencia entre familiares, cuando se inquietan al hablar del padre de l@s niñ@s, cuando existe un impago de la pensión alimentaria y en los casos que la mujer acude acompañada del supuesto agresor éste muestra displicencia o desprecio hacia los profesionales y/o tiene conflictos con el personal de recepción.

Las mujeres embarazadas que sufren violencia de pareja sienten una combinación de miedo y vergüenza a ser señaladas como víctimas y a que su pareja les agreda con mayor intensidad y/o les abandone. Por ello, serán más proclives a la ocultación de su situación o a buscar apoyo informal en el entorno más próximo sobre todo cuando sufren violencia física y/o sexual, y quizás lo harán en mayor medida que las mujeres que sufren este tipo de violencia en cualquier momento de la vida. En este sentido (Macroencuesta de Violencia contra la Mujer, 2019) es necesario tener presente que el recurso más utilizado por cualquier mujer que sufre cualquier tipo de violencia de pareja es la búsqueda de ayuda informal del entorno próximo (20,5%) frente a un 6,8% que la buscan en los servicios

sanitarios y si tenemos en cuenta únicamente a las mujeres que han sufrido violencia física y/o sexual, éstas recurren al entorno próximo en un 77,2% frente a un 27% que buscan ayuda en los servicios sanitarios. Asimismo el recurso a los entornos más próximos por parte de las mujeres que habían sufrido violencia física y/o sexual de pareja fue notablemente eficaz, pues el 82,2% acabaron por separarse del agresor en comparación con el 88,2% de las que también se separaron y recurrieron a algún tipo de ayuda formal, incluidos los servicios sanitarios. Esta tendencia nos sugiere la necesidad de que las intervenciones imprescindibles de detección y atención de la violencia de pareja durante el embarazo y en el puerperio sean más permeables y den recorrido y alternativas a las mujeres más allá del sistema sanitario así como que adopten, siempre que la situación de alerta lo permita, un enfoque de reducción de los riesgos de la violencia de pareja junto con un plan de seguridad.

Existe un amplísimo consenso sobre la necesidad de realizar una detección sistemática de la violencia de pareja durante el embarazo, debiendo preguntarse por la misma en la primera visita de atención prenatal, en el segundo y tercer trimestre de gestación y durante el puerperio. Preguntar sobre la violencia de pareja es una forma de expresar apoyo cuando se lleva a cabo con garantías de confidencialidad y con una actitud de apertura en que sepamos transmitir que creemos a las víctimas, las respetamos, escuchamos su experiencia, nos las tomamos en serio, aceptamos sus decisiones y podemos proporcionarles recursos y ayuda.

En España, es clave reconocer las dificultades para l@s propios profesionales que supone el abordaje de la violencia de pareja durante el embarazo, pues este es el punto de partida de una transformación que requiere formación, sensibilización, espacios adecuados para mantener la privacidad, disponibilidad de tiempo en consulta y apoyo institucional expresado en forma de evaluaciones y protocolos de seguimiento. Otra dimensión fundamental en el abordaje de la violencia de pareja durante el embarazo es que la profesional encuentre un punto de equilibrio entre no minimizar la situación y tampoco aumentar la presión sobre la víctima. La

intervención no debe en ningún caso crear falsas expectativas o aumentar la situación de riesgo para la mujer embarazada y otr@s hij@s si l@s hubiese.

Para cualquier pareja, el embarazo y la expectativa de la crianza provocan que se pongan de manifiesto nuevas exigencias personales y sociales. Cuando existe violencia de pareja, anterior o sobrevenida, alrededor del embarazo, el agresor se siente desplazado a un segundo plano y puede llegar a sobrecargar de tareas a la mujer embarazada a la vez que la familia del agresor puede contribuir a aumentar el estrés de la embarazada mediante reproches, críticas e insinuaciones o, en el mejor de los casos, mostrando preocupación y miedo sobre el curso del embarazo. Este ambiente hostil socava la confianza de la mujer embarazada en sus propias competencias y desvanece la ensoñación del hij@ mágic@ que venía a arreglar la convivencia en pareja.

El agresor despliega, cuando menos, violencia de control sobre la mujer pero casi nunca está en el foco de la atención y de las incertidumbres familiares y sociales relacionadas con el embarazo. Mientras tanto, la embarazada se ve sometida a un escrutinio continuo que lleva consigo un proceso de intensa victimización. Así las cosas, la profecía se cumple y a lo largo del embarazo emerge una gran variedad de síntomas que merman la calidad de vida de la mujer que duerme mal, se alimenta de forma errática, sufre trastornos digestivos y casi siempre se siente cansada y ansiosa. En la consulta prenatal, la víctima expresará los síntomas aislados del contexto, l@s profesionales verán signos que no relacionarán con las causas y prestarán una atención predominantemente biológica y centrada en el feto.

La violencia de pareja alrededor del embarazo tendrá consecuencias severas para la crianza del bebé pues la situación de agotamiento de las madres y la mayor frecuencia de la depresión post-parto se asocian a dificultades para encontrar y sostener el ritmo de la lactancia materna y establecer un vínculo de apego consistente y seguro entre madre e hij@.

La violencia de pareja durante el embarazo tiene un efecto intergeneracional y es predictiva de una mayor incidencia de maltrato y negligencia infantil en l@s hij@s. Las madres pueden llevar a cabo un proceso mental de identificación con el agresor y utilizar conductas violentas para resolver conflictos con l@s hij@s, especialmente violencia psicológica y los padres agresores acostumbran a ejercer violencia psicológica y física. Est@s niñ@s cuando llegan a la edad adulta tienen más probabilidades de ser víctimas o victimarios.

La violencia de pareja contra las mujeres alrededor del embarazo es una de las razones más sólidas que justifican la necesidad de desarrollar la educación afectivo-sexual en las escuelas. Todos los organismos internacionales que se ocupan de la salud, los derechos humanos de las mujeres y de la infancia y del desarrollo humano han aportado evidencias que apoyan un enfoque que abarque la educación emocional y las habilidades sociales además de la sexualidad. Desde edades tempranas, l@s niñ@s necesitan disponer de palabras e imágenes para nombrar lo que piensan y sienten pues ésta es la base que permite construir el cuidado de un@ mism@ y establecer relaciones sociales y sexuales fundadas en el respeto. La educación afectivo-sexual facilita a l@s niñ@s y l@s jóvenes identificar y evitar los abusos, proteger sus derechos a lo largo de la vida, prevenir la violencia de género y desarrollar una sexualidad saludable.

5. Conclusiones y Recomendaciones.

Las propuestas a **corto plazo** para asegurar la protección y la atención a las mujeres que sufren violencia de pareja alrededor del embarazo son aquellas que reúnen condiciones de factibilidad, bajo coste, optimización de recursos ya existentes y aceptación social muy amplia. Entre ellas cabe destacar las siguientes:

- En el marco de la atención prenatal, integrar e implementar de forma generalizada y sistemática la detección de violencia de pareja durante el embarazo. Para ello, l@s profesionales, especialmente las matronas y enfermeras, deben disponer de espacios que protejan la privacidad, tiempo suficiente en consulta y estímulo institucional expresado en forma de monitorización de la práctica clínica y evaluaciones periódicas.
- En la historia clínica digital debe figurar un apartado específico sobre violencia de género con acceso restringido, de tal manera que se garantice que este tipo de datos nunca serán accesibles al agresor.
- Cuando se identifica violencia de pareja durante el embarazo debe evitarse cuidadosamente por parte de l@s profesionales en atención prenatal, parto y puerperio, automatismos en el trato a la mujer embarazada que puedan infantilizarla o bien excesos de intervenciones técnicas y/o partos instrumentales que no sean necesarios.
- Integrar la formación para detectar y abordar la violencia de pareja durante el embarazo en la etapa académica y en la formación continuada de l@s profesionales en planificación familiar, atención prenatal, parto y puerperio. L@s profesionales que trabajan en los ámbitos de salud sexual y reproductiva y de salud materno-infantil deben permanecer atent@s y estar actualizad@s sobre las violencias de género y la violencia vicaria que se deriva contra l@s hij@s.

- L@s profesionales en planificación familiar, atención prenatal y puerperio deben estar al día y tener recopilados y accesibles los recursos de apoyo que ofrecen las organizaciones no gubernamentales de mujeres y madres para de este modo poder ofrecer información rigurosa y motivadora sobre derechos y recursos comunitarios que protegen a las víctimas de la depresión post-parto.
- Cuando se identifica violencia de pareja durante el embarazo, sea reconocida o no por la mujer embarazada, l@s profesionales en atención prenatal deben valorar cuidadosamente los niveles de riesgo y las necesidades de seguridad para la mujer y para l@s menores a su cargo si los hubiese, utilizar estrategias de acercamiento que conduzcan a la disminución de la violencia sufrida y reforzar el autocuidado en alimentación, actividad física diaria y horas de sueño.
- Abordar la violencia de pareja identificada durante el embarazo estimulando la colaboración del entorno de la mujer en los preparativos del parto y la crianza, protocolizar una visita sistemática con servicios sociales y promover la toma de contacto con Organizaciones no gubernamentales de mujeres y madres.
- L@s profesionales en planificación familiar, atención prenatal y puerperio deben ofrecer un consejo proactivo a las mujeres embarazadas víctimas de violencia de pareja sobre la prioridad de respetar el intervalo intergenésico durante un mínimo de dos años y poner a su disposición de forma atenta e inmediata, información e implantación de anticonceptivos de larga duración y alto impacto.

Las propuestas a **medio plazo** para prevenir la ocurrencia de violencia de pareja durante el embarazo y a lo largo del ciclo de vida de las mujeres, así como prevenir la incidencia de maltrato y negligencia infantil que se ejerce de forma vicaria sobre l@s hij@s son aquellas que precisan de un impulso sostenido, que suponen procesos de coordinación institucional y que

requieren sinergias intersectoriales y colaboración multidisciplinar. Entre ellas cabe destacar las siguientes:

- En el marco de la atención pediátrica integrar e implementar de forma generalizada y sistemática la detección y el abordaje del maltrato y la negligencia infantil e identificar la concurrencia (o no) de violencia de pareja. Para ello, l@s profesionales deben disponer de estímulo y apoyo institucional expresado en forma de monitorización de la práctica clínica y evaluaciones periódicas.
- Promover programas de segundas oportunidades centrados en el apoyo y fortalecimiento de las capacidades maternas que ofrezcan acceso prioritario a las madres que viven en entornos socioeconómicos adversos y que se ven sometidas a desigualdades y discriminaciones múltiples. Estos programas deberían implementarse mediante la colaboración pública con el tercer sector social pues este último es capaz de penetrar, atraer y fidelizar a madres y familias que se encuentran alejadas de la corriente principal de la sociedad.
- Promover el acceso prioritario, gratuito e inmediato a las guarderías públicas de los bebés nacidos de madres y de familias en situación de desventaja socioeconómica que viven sometidas a desigualdades y discriminaciones múltiples.
- Partiendo del liderazgo de las asociaciones de madres, de mujeres y de familias promover iniciativas, proyectos y programas en colaboración con centros de formación ocupacional y organizaciones de inserción laboral para facilitar la entrada y/o la reinserción en el mercado laboral de las madres en situación de desventaja y vulnerabilidad múltiple pues la autonomía económica de las madres es un factor protector del maltrato y la negligencia sobre l@s hij@s.
- Implementar de forma generalizada y sistemática la educación afectivo-sexual en el sistema educativo de tal forma que sea una parte inherente de los planes de estudios y de los proyectos educativos de los centros. El profesorado debe recibir formación

curricular y formación continuada rigurosa y actualizada así como una dotación específica y el apoyo firme y decidido de las administraciones públicas. En la actualidad funcionan programas de educación afectivo sexual que abarcan la comunidad educativa en Navarra (“Creciendo en Igualdad”) y un programa piloto (“Coeduca’t”) en Cataluña.

- Financiar de forma consistente y continuada líneas de investigación que incluyan:
 - a) Revisiones sistemáticas de la evidencia científica sobre los vínculos entre los riesgos de la salud materno-fetal durante el embarazo y la salud a lo largo de la primera infancia.
 - b) Estudios en profundidad sobre el rol que juega el embarazo en la evolución y la ocurrencia de la violencia de pareja y cómo el embarazo influye en las estrategias de las mujeres para afrontar la violencia de pareja.
 - c) Estudios en profundidad sobre las características psicosociales y las dinámicas de relación social y de pareja de los agresores.
 - d) Evaluaciones de impacto y resultados de las intervenciones de prevención, detección y abordaje de la violencia de pareja en la atención prenatal así como de otras modalidades alternativas de intervención sociosanitaria dirigidas a las mujeres embarazadas que sufren violencia de pareja y discriminación múltiple.

6. Referencias Bibliográficas.

- Artacoz, L.; Garrido, A et al (2019) “Violencia masclista en l’àmbit de la parella des d’una perspectiva de salut pública: marc conceptual” a BARCELONA nº 21.
<https://www.aspb.cat/wp-content/uploads/2019/11/ASPB-marc-conceptual-violencia-masclista.pdf>
- Casanueva, C; Martin, SL; Ruyan, DK (2009) “Repeated reports for child maltreatment among intimate partner violence victims: Findings from de National Survey of Child and Adolescent Well-being”. Child abuse and neglect 33 (2) pp 84-93.
- Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género (2020) “Macroencuesta de violencia contra la mujer 2019”. Secretaría de Estado de Igualdad y Contra la Violencia de Género, Ministerio de Igualdad.
https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/macroencuesta2015/pdf/Macroencuesta_2019_estudio_investigacion.pdf
- FRA- European Union Agency for Fundamental Rights (2014) “Violencia de género contra las mujeres: una encuesta a escala de la UE”. Luxemburgo: Oficina de publicaciones de la Unión Europea.
https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra-2014-vaw-survey-at-a-glance-oct14_es.pdf
- Guterman, K (2015) “Unintended pregnancy as a predictor of child maltreatment”. Child abuse and neglect, 48, pp 160-169.
- Herrero, J.; Rodríguez, FJ., Torres, A. (2017) “Acceptability of Partner Violence in 51 Societies: The Role of Sexism and Attitudes Toward Violence in Social Relationships”, VIOLENCE AGAINST WOMEN, Volume 23, issue 3, pp:351-367
<https://doi.org/10.1177/1077801216642870>

- Instituto Europeo de Salud Mental Perinatal (2020) “*Guía de actuación ante la violencia de género en el embarazo*”. Salud mental perinatal, 22 de Junio 2020.
<https://saludmentalperinatal.es/2020/06/22/guia-de-actuacion-ante-la-violencia-de-genero-en-el-embarazo/>
- Jamieson, B (2018) “Exposure to Interpersonal Violence During Pregnancy and its Association With Women’s Prenatal Care Utilization: A Meta-Analytic Review”. Trauma Violence & Abuse number 20, pp: 1-18
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30322355/>
- Lee, SJ; Bellamy, JL; Guterman, NB (2009) “Father, physical child abuse and neglect: Advancing the knowledge base”. Child Maltreatment 14 (3) pp 227-231.
- Méndez M, E.; Sánchez Miret, C. (2020) “Salir a Tiempo”. Barcelona. ASOCIACIÓN SALUD Y FAMILIA.
https://saludyfamilia.es/sites/default/files/Estudio%20SALIR%20A%20TIEMPO_2.pdf
- Méndez M, E. (2010) “La zona gris de la violencia de pareja contra las mujeres inmigrantes”, Barcelona, ASOCIACIÓN SALUD Y FAMILIA.
<https://saludyfamilia.es/sites/default/files/ELVIRA%20M%C3%89ND.EZ.%20La%20zona%20gris%20de%20la%20violencia%20de%20pareja.pdf>
- Méndez M, E. (2008) “Detecció i Atenció Psicosocial de la Violència Domèstica contra Dones Vulnerables”. ASOCIACIÓN SALUD Y FAMILIA.
https://saludyfamilia.es/sites/default/files/Deteccio%20i%20atencio%20psico-social%20preco%20de%20la%20violencia_cat.pdf

- Méndez M, E. (2018) “Desarrollo de un Modelo de Prevención, Atención y Protección a la Maternidad Vulnerable”. ASOCIACIÓN SALUD Y FAMILIA.
<https://saludyfamilia.es/sites/default/files/Informe%20Maternidad%20Vulnerables%202018.pdf>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2012) “Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género”, Madrid, Informes, Estudios e Investigaciones.
<https://violenciagenero.igualdad.gob.es/profesionalesInvestigacion/sanitario/docs/PSanitarioVG2012.pdf>
- Peral López, MC (2018) “Madres maltratadas: violencia vicaria sobre sus hijas e hijos”. Uma Editorial, Málaga.
- Rivas C, Ramsay J, Sadowski L, Davidson LL, Dunne D, Eldridge S, Hegarty K, Taft A, Feder G, A (2009) “Intervenciones de defensa para reducir o erradicar la violencia, promover el bienestar físico y psicosocial de mujeres víctimas de abuso por parte de la pareja”. Oxford, BIBLIOTECA COCHRANE PLUS Núm. 3
https://www.cochrane.org/es/CD005043/BEHAV_intervenciones-de-apoyo-para-ayudar-las-mujeres-que-sufren-abuso-de-su-pareja-acceder-los-recursos
- Sepúlveda, García de la Torre, A (2006) “La violencia de género como causa de maltrato infantil”. Cuadernos de Medicina Forense pp 149-164.
- Taft, A (2002) “Violence against women in pregnancy and after childbirth: Current knowledge and issues in health care responses”. AUSTRALIAN DOMESTIC AND FAMILY VIOLENCE CLEARING HOUSE.
<http://arrow.latrobe.edu.au:8080/vital/access/manager/Repository/latrobe:34154;jsessionid=076CE4370E5C39432EFAF0C3D086DFD7>

- UNESCO, ONU Mujeres, ONU SIDA, OMS, UNFPA, UNICEF (2018) “Orientaciones técnicas internacionales sobre educación en sexualidad. Un enfoque basado en la evidencia”.
<https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000265335>
- Velasco Juez, MC; Caño Aguilar, A; Martin de las Heras, S (2020) “Guía de actuación ante la violencia de género durante el embarazo”. Granada: Médicosmundi Sur.
https://www.medicusmundi.es/storage/resources/publications/5ef3d06c18fee_guia-actuacion-violencia-embarazo.pdf
- Velasco Juez, MC.; Luna JD.; Martin A.; Caño A.; Martin 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 Vol 93, pp 1050-1058
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25053015/>
- Velasco Juez, MC.; “Violencia durante el embarazo en mujeres que dan a luz en hospitales públicos de Andalucía”. Tesis doctoral, Universidad de Granada.
<https://digibug.ugr.es/handle/10481/40120>
- World Health Organization (2016) “Who recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience”. Geneva, World Health Organization.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241549912>

7. Declaración de autoría.

La Dra. Elvira Méndez Méndez, médica especialista en medicina preventiva y salud pública es la autora de este Informe y responsable de su orientación, contenidos y fuentes utilizadas.

Este Informe ha sido un encargo de la Asociación Salud y Familia en el marco del programa *MATERNIDADES VULNERABLES* y en su producción han sido relevantes las aportaciones de las señoras Mónica Camina Zarate, Ascension Iglesias Redondo, Jérica Joaquín Rodríguez y el señor Félix López Sánchez.

El Programa *MATERNIDADES VULNERABLES* ha sido financiado por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, convocatoria de subvenciones 2019 para la realización de actividades de interés general con cargo a la asignación tributaria del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas.



Associació Asociación
SALUD Y FAMILIA

Noviembre 2020. Barcelona.

Composición de Portada: Pere Anglada.

Diseño y maquetación: Carolina Herrera.

Esta obra está sujeta a la licencia de Reconocimiento – NoComercial-SinObraDerivada- 3.0 Unported de Creative Commons. Para ver una copia de esta licencia, visitar: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/>

