

# Enfermería Clínica

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.

--Manuscript Draft--

<b>Manuscript Number:</b>	ENFCLIN-18-233R1
<b>Article Type:</b>	Original
<b>Keywords:</b>	Palabras clave: Violencia de Género, Embarazo, Matronas, Investigación cualitativa. Keywords: Intimate Partner Violence, Pregnancy, Midwives, Qualitative methodology
<b>Corresponding Author:</b>	ANALIA GOMEZ, Ph.D. Student University of Barcelona Hospitalet de Llobregat, Barcelona SPAIN
<b>First Author:</b>	ANALIA GOMEZ, Ph.D. Student
<b>Order of Authors:</b>	ANALIA GOMEZ, Ph.D. Student Josefina Goberna-Tricas, Matrona, Socióloga, Doctora en Filosofía Montserrat Payà- Sánchez, Doctora en Pedagogía. Profesora de Universidad
<b>Abstract:</b>	<p>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.</p> <p>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).</p> <p>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.</p> <p>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.</p>

**CARTA DE PRESENTACIÓN:**

Apreciada Rafaela Camacho Bejarano,

Lamentablemente, no hace falta justificar la necesidad de realizar estudios dirigidos a luchar contra la violencia de género (VG), mucho menos necesitamos dicha justificación cuando la violencia se sufre durante la gestación ya que nos hallamos ante un período de mayor vulnerabilidad para toda mujer. Dar respuesta a esta problemática desde los centros sanitarios es de vital importancia para contribuir a la salud y al bienestar de la mujer y el feto.

Los resultados de este trabajo, enmarcado en una investigación desarrollada mediante acción participativa, muestran que las matronas, como profesionales en contacto directo con las mujeres durante el seguimiento del embarazo normal, tienen un fuerte compromiso y sensibilidad por el tema así como un gran interés en mejorar la detección de la VG durante el embarazo, puesto que perciben que es muy probable que exista una infradetección. Consideramos que algunas propuestas de mejora, como las que se detallan en el presente artículo, contribuirían a avanzar en la lucha contra la VG, no solo en el ámbito de estudio español, sino que pueden ser de utilidad para todas las matronas y otros profesionales sanitarios que en su labor diaria estén en contacto con mujeres embarazadas.

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 en la convocatoria de 2016 y forma parte 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 Payá-Sánchez. La temática de la tesis doctoral versa sobre la detección y abordaje de la VG durante el embarazo.

Atentamente,

Barcelona,  
08 de noviembre de 2018.

**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<sup>a,b,c</sup>**

- 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<sup>d</sup>**

- 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<sup>e</sup>**

- 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.

**Qué se conoce**

1  
2 La violencia de género es un grave problema de salud pública, especialmente si se  
3 produce durante el embarazo, **por la posibilidad de desencadenar complicaciones de la**  
4 **gestación, parto y postparto.**  
5  
6

**Qué se aporta**

7  
8  
9 El saber experiencial de las matronas de Atención Primaria de los principales factores  
10 que actúan, bien como obstáculos, bien como facilitadores, en el proceso de detección  
11 de las gestantes que sufren violencia de género, **así como sus propuestas de mejora.**  
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

**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  
65

**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 control<sup>1</sup>.  
8

9  
10 La OMS define la VG como un problema de salud pública<sup>1</sup> 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, etc<sup>2</sup>. 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<sup>2,3</sup>. **Un meta-análisis del 2013 en el que se revisaron 92 estudios  
17 independientes en 23 países a nivel mundial, revela una prevalencia de VG durante el  
18 embarazo del 19.8%<sup>4</sup>. Datos similares a los obtenidos por Velasco et al.<sup>5</sup> en Andalucía  
19 con una prevalencia del 22.7% de VG durante el embarazo.**  
20  
21  
22

23  
24 **Desde los servicios sanitarios se puede desempeñar un papel crucial para ayudar a las  
25 mujeres que sufren VG, ya que acudirán a ellos con mayor frecuencia, en particular a  
26 Atención Primaria, Urgencias, Obstetricia y Ginecología y Salud Mental<sup>2, 6</sup>. A pesar de  
27 que la detección universal durante el seguimiento del embarazo y puerperio es  
28 defendida por la OMS<sup>7</sup>, el Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos<sup>8</sup> y la  
29 Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia<sup>9</sup>, la detección de la VG en entornos  
30 sanitarios en general y durante el embarazo en particular, está lejos de implementarse  
31 universalmente en la práctica diaria. Según los resultados de investigaciones  
32 desarrolladas en España, solo la mitad de los enfermeros encuestados habían detectado  
33 un caso de VG<sup>10</sup>. Por otro lado, en otro trabajo realizado en España con 347 médicos de  
34 Atención Primaria, aparecían múltiples dificultades en la detección de la VG como  
35 dilemas éticos y morales si la mujer no quiere denunciar, miedo a perjudicar a la  
36 paciente con la actuación que se desarrolle, obstáculos idiomáticos o culturales y falta  
37 de tiempo, entre otros<sup>11</sup>.**  
38

39  
40  
41  
42 **Nuestro interés se centra en la detección de los casos de VG durante el embarazo. El  
43 estudio que se presenta se ha llevado a cabo con matronas de Atención Primaria ya que  
44 ellas tienen la oportunidad de detectar y abordar la VG en el momento vital que nos  
45 ocupa, el embarazo<sup>12</sup>. Puesto que el seguimiento del mismo posibilita el contacto y la  
46 relación continuada con las mujeres<sup>2</sup>, facilitando que revelen la VG<sup>13</sup>. Es importante  
47 documentar la experiencia y vivencia de las matronas en la detección de la VG durante  
48 el embarazo si se quiere contribuir a lograr el objetivo de una detección universal en  
49 nuestro entorno.**  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60  
61  
62  
63  
64  
65

1 El presente trabajo forma parte de un proyecto de investigación más amplio que  
2 pretende mejorar la detección y el abordaje de la VG durante el embarazo por parte de  
3 las matronas de forma integral. Dicho trabajo se fundamenta en el uso de la metodología  
4 de la Investigación Acción Participativa (IAP) <sup>14</sup>, en la que se ha planificado por el  
5 momento cuatro fases. En este artículo se presenta los resultados de la fase I, donde se  
6 procede a realizar un análisis de la situación, detectando problemas y necesidades. Para  
7 ello se acude a un estudio cualitativo con un abordaje fenomenológico interpretativo.  
8 En las fases posteriores del trabajo, y siguiendo las pautas de la IAP se elaborarán las  
9 estrategias de acción para dar respuesta a los problemas detectados (fase II), se  
10 implementarán (fase III) y finalmente se evaluarán (fase IV).

11 El objetivo del trabajo que aquí se presenta fue: Conocer a través de las narraciones de  
12 las matronas de Atención Primaria de L'Hospitalet de Llobregat, los factores que actúan  
13 como obstáculos, los que lo hacen como facilitadores, y sus propuestas de mejora en la  
14 detección y abordaje de la VG durante el embarazo.

## 21 **MÉTODO:**

### 22 **Diseño:**

23 Se planteó un estudio cualitativo con enfoque fenomenológico interpretativo, de  
24 acuerdo con los postulados de Mackey (2005)<sup>15</sup>, con el propósito de comprender las  
25 experiencias vividas por las matronas respecto al fenómeno de la detección de la VG  
26 durante el embarazo. Con ellas hemos profundizado en la complejidad del objeto de  
27 estudio y explorado sus propuestas de mejora, desde su experiencia y perspectiva en  
28 Atención Primaria.

### 29 **Ámbito:**

30 Los dos Centros de Atención Primaria de titularidad pública, que dan atención a la Salud  
31 Sexual y Reproductiva (Just Oliveras y Torrassa), en el municipio de L'Hospitalet de  
32 Llobregat (Barcelona). En el conjunto de los dos centros, existen trece matronas que  
33 prestan atención sanitaria, siendo la matrona el profesional de referencia del  
34 seguimiento del embarazo sin factores de riesgo asociados. Se asiste a una media de  
35 2.100 gestantes cada año, el 49,6% de embarazadas que acuden a estos centros han  
36 nacido fuera de España. El trabajo se llevó a cabo entre octubre de 2016 y mayo de 2017.

### **Recogida de datos:**

1 La primera autora de este estudio, la cual también es matrona de Atención Primaria en  
2 L'Hospitalet de Llobregat, presentó la iniciativa al resto de las matronas, explicando los  
3 objetivos y la metodología del estudio y solicitándoles su colaboración. La respuesta fue  
4 unánime; todas las matronas deseaban participar por su interés personal en la temática.  
5 A continuación, se concretó, una cita de entrevista cualitativa semi-estructurada con  
6 cada una de ellas. Las entrevistas con una duración promedio de ochenta minutos,  
7 fueron realizadas por la misma investigadora en el propio centro de Atención Primaria y  
8 grabadas digitalmente. Previamente el conjunto de investigadoras diseñaron un guion  
9 de preguntas que obedecen a los núcleos temáticos básicos, con el objetivo de guiar a  
10 la investigadora, no olvidar ningún tema relevante y proporcionar un estímulo abierto a  
11 la matrona entrevistada para responder. Se iniciaba la entrevista planteando una  
12 pregunta genérica ("Hábleme de su percepción sobre la VG que sufren las mujeres  
13 durante el embarazo") y se complementaba con preguntas determinadas con el objetivo  
14 de profundizar en los diferentes núcleos temáticos, respetando un formato abierto (ver  
15 Tabla 1). Se tomaron notas de campo durante todo el proceso. Las entrevistas se iban  
16 transcribiendo conforme se realizaban y las investigadoras realizaban reuniones  
17 periódicas. Después de la 10ª entrevista, no se generaron nuevos temas, por lo tanto,  
18 se consideró que la recopilación de datos había alcanzado un punto de saturación. Se  
19 continuó durante otras dos entrevistas para confirmar que no había nuevos temas  
20 emergentes y para dar respuesta al deseo manifestado por todas las matronas de ser  
21 entrevistadas con la voluntad de participar activamente en el estudio (tanto por su  
22 interés en el tema de la VG en su trabajo asistencial, como en su voluntad de  
23 participación en la IAP).  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36

### **Muestra:**

37 Tal como se ha indicado, dado el interés expresado por las matronas y puesto que se  
38 trataba de un número no excesivo, se decidió (durante el proceso de IAP) la participación  
39 de todas las matronas de Atención Primaria de L'Hospitalet de Llobregat, un total de  
40 doce (puesto que una de ellas, la primera autora de este estudio, desempeña también  
41 el rol de investigadora). Las características de las matronas entrevistadas pueden  
42 observarse en la tabla 2 (identificadas como e1-e12). Todas son mujeres y tienen una  
43 relación laboral permanente con la institución. En cuanto a sus años de experiencia en  
44 Atención Primaria, existe un amplio rango de entre 2 y 30 años, que no siempre tiene  
45 una relación proporcional con la edad. Si bien actualmente todas las matronas se  
46 dedican a tiempo completo a su trabajo en Atención Primaria, todas tienen experiencia  
47 previa a nivel hospitalario en el área materno-infantil.  
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, siguiendo a Van Manen<sup>16</sup> y Clandinin y Connelly<sup>17</sup>. Se realizó el análisis de las entrevistas desde un enfoque inductivo, y de acuerdo a las recomendaciones de Taylor y Bogdan<sup>18</sup>: descubrimiento, codificación de los datos y relativización. 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 categorización<sup>19</sup>, **cabe señalar que se encontró un gran consenso**. 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, de acuerdo a las recomendaciones de Graneheim y Lundman<sup>20</sup>, se tuvieron en cuenta los siguientes criterios de rigor: la credibilidad (se pudo entrevistar a todas las matronas que realizan asistencia en Atención Primaria 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 suficientemente 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).

### **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 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.

**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 como la exploración física, las pruebas de laboratorio, la vacunación, etc., 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 imaginario patriarcal, 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. Mencionan también un cierto miedo a ofender a la mujer cuando se le  
22 pregunta por VG o a no saber dirigir las a los recursos oportunos si revelasen que sufren  
23 violencia. Conjuntamente no se sienten respaldadas en términos de protección de su  
24 seguridad e integridad física:  
25  
26  
27

28 *“Si preguntas, te encuentras, si te encuentras ¿qué haces? Entonces lo primero*  
29 *que tienes que saber es ¿cómo ayudarla? ¿Dónde derivarla? Porque si no lo sabes,*  
30 *no preguntes.” (e1)*  
31  
32  
33

34 *“Creo que no estamos respaldadas. Si la mujer se confesara, tú tienes que seguir*  
35 *indagando, te puede venir el marido, el marido te puede amenazar a ti (...) Tú una*  
36 *vez que has hecho todo, tienes que ir a justificar esto al juzgado, sale tu nombre*  
37 *(...).” (e5)*  
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

## Facilitadores

Los facilitadores se relacionan con las funciones y características del mismo servicio sanitario.

**El seguimiento.** Las matronas estiman que las visitas de control del embarazo y postparto y la relación que se establece durante las mismas en Atención Primaria 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.”(e8)*

**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, 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.” (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 (detección de la VG durante el embarazo 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 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.” (e9)*

**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 preguntas claves o cuestionarios estandarizados. 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.”(e1)*

1  
2  
3 **Determinar un circuito interno.** A pesar de que las matronas disponen de un protocolo  
4 específicos de abordaje de la VG durante el embarazo, publicado por el Departament de  
5 Salut de la Generalitat de Catalunya (2010), declaran que necesitarían disponer de  
6 pautas más concretas a modo de circuito interno, con claras especificaciones que  
7 determinen la forma de derivar a la mujer a otros servicios y donde se indique, además  
8 la forma de registro en la historia clínica, tanto en los casos de sospecha como en los  
9 que se confirme una situación de violencia. Sin embargo, tal y como ellas reflexionan,  
10 para poder abordar los casos de violencia de forma efectiva sería deseable que todos  
11 los profesionales relacionados estuvieran al corriente del caso, con el consiguiente  
12 dilema ético y legal generado en relación con la salvaguarda de la intimidad y la  
13 confidencialidad:  
14  
15

16  
17  
18 *“Tendríamos que registrarlo (...) quizás con un código, para que lo pudiéramos*  
19 *ver nosotras, también el médico de cabecera, la enfermera (...) pero claro,*  
20 *también tienen derecho a la intimidad, son temas muy especiales.”(e8)*  
21  
22

23 Actualmente existe la posibilidad, si la mujer lo solicita o el profesional así lo considera,  
24 que determinadas notas sean seleccionadas como “confidencial” pudiendo acceder a  
25 ellas solo el profesional que la escribe. A pesar de ello, como respuesta a estos  
26 problemas relacionados con el respeto a la intimidad y confidencialidad, tres matronas  
27 proponen que dentro de la historia clínica informatizada debería existir un apartado  
28 específico dedicado a la VG. Del mismo modo, según argumentan, que existe para otros  
29 asuntos relacionados con la salud de la mujer, como las infecciones de transmisión  
30 sexual, la contracepción o el estado del suelo pélvico:  
31  
32

33  
34  
35 *“Yo lo que haría es que en la historia clínica hubiera un apartado donde estuviese*  
36 *contemplado (...) donde se puede registrar este tema.” (e10)*  
37  
38

39 **Interactuar con profesionales de centros especializados.** Las matronas presentan que  
40 sería conveniente conocer personalmente a los profesionales que trabajan en los  
41 centros especializados en VG, donde las matronas pueden derivar a las mujeres. Dichos  
42 centros proporcionan atención integral a las mujeres en contexto de VG (asistencia  
43 psicológica, social y asesoramiento jurídico). De esta forma poder mejorar la red de  
44 trabajo y por ejemplo, consultarles dudas sobre casos concretos:  
45  
46

47  
48 *“Sí, también el tener una buena comunicación con otros equipos (...) que tú*  
49 *puedas consultar cómo actuar cuando sospechas o si quizás no tienes claro*  
50 *preguntarles (...) (e11)*  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60  
61  
62  
63  
64  
65

1 **Disponer de material informativo en la consulta.** Proponen disponer en la consulta de  
2 material informativo sintético sobre los recursos disponibles y los posibles recorridos  
3 (tipo folletos o trípticos). Para que en caso de que la mujer desee emprender medidas  
4 que la ayuden a salir de su situación, sepa dónde dirigirse, qué pasos seguir o, en caso  
5 contrario, que disponga igualmente de la información, por si en un futuro cambia de  
6 opinión:  
7

8  
9 *“Folletos que nosotros les podamos dar a las señoras (...) con los recursos y decirle  
10 piénsatelo (...) Pues toma esto, y si alguna vez ves que esto que te ocurre, pues  
11 no te gusta o crees que no es normal, lo puedes consultar aquí.” (e4)*  
12

13 **Incorporar información sobre la VG en las actividades de educación sanitaria grupales  
14 que imparten.** Las matronas lideran y dinamizan programas de educación para la salud  
15 materno-infantil, atención a la mujer y de salud sexual y reproductiva. Plantean impartir  
16 formación sobre cuestiones de igualdad de género y sobre VG en estas actividades:  
17  
18

19  
20 *“Creo que incluso va muy bien hablar de esto en los grupos de preparación  
21 maternal o de soporte a la lactancia (...) porque en los grupos están más  
22 tranquilas, hay más mujeres como ellas y eso da pie a que expliquen cosas que  
23 igual en la consulta no te explicarían.” (e12)*  
24  
25

26 **Realizar más formación.** De forma unánime las matronas creen que, a pesar de que han  
27 recibido formación sobre el tema, buena parte impartida desde la propia institución de  
28 trabajo, indican que necesitan ampliar y profundizar aún más para mejorar sus  
29 competencias en la detección y el abordaje de la VG:  
30  
31

32  
33 *“Considero que nos falta más formación porque es un terreno como muy nuevo  
34 en nuestro trabajo.” (e1)*  
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

## DISCUSIÓN.

1  
2  
3 Las dificultades que las matronas revelan para la detección de la VG durante el embarazo  
4 se asocian con factores externos (es decir, los derivados de condicionantes estructurales  
5 de la atención clínica) e internos (del ejercicio del propio profesional). Las dificultades  
6 condicionadas por factores externos se corresponden con las detectadas por autores  
7 como LoGuiudice<sup>21</sup> y Arredondo-Provecho et al.<sup>22</sup>: la falta de tiempo y la falta de  
8 intimidad con la mujer, principalmente por la presencia de la pareja<sup>23</sup>. Sin embargo, en  
9 este trabajo también se alude a la posibilidad de observar el comportamiento de las  
10 parejas cuando están presentes en las visitas, como factor facilitador, en algunos casos,  
11 en la detección de una situación de violencia. Las matronas entrevistadas atienden a  
12 mujeres de diversas nacionalidades y manifiestan la dificultad añadida que eso puede  
13 implicar, puesto que en ocasiones existe dificultad idiomática, lo cual aparece también  
14 en trabajos de Baird et al.<sup>23</sup> y Janssen et al.<sup>24</sup>, como una de las principales barreras para  
15 la detección de la VG. En este estudio se alude también al factor cultural (diferentes  
16 percepciones o valoraciones acerca de lo que es considerado VG). Mauri et al.<sup>25</sup> concluye  
17 que otra de las dificultades son los tabús sociales, en este mismo sentido en nuestro  
18 estudio también se comenta que algunas mujeres sienten vergüenza y por ello no  
19 solicitan ayuda. En cuanto a los factores internos, los resultados que se presentan  
20 coinciden con los detectados por LoGuiudice<sup>21</sup> y Spradge et al.<sup>26</sup>, donde las matronas  
21 expresaban que tenían miedo a no saber cómo manejar la situación en caso de que se  
22 revelase VG y temían también la posible venganza de la pareja violenta. Esto puede  
23 derivar en evitar preguntar y mantener, por tanto, las situaciones de violencia  
24 infradetectadas. Conjuntamente, igual que en el estudio de Mauri et al.<sup>25</sup>, algunas  
25 entrevistadas creen que preguntar sobre VG podrían ofender a la mujer.

26  
27 En cuanto a los factores facilitadores de la detección, se concede una gran importancia  
28 a la relación de confianza de la gestante con la matrona, igual que manifiestan Bradbury-  
29 Jones et al.<sup>27</sup> y Mauri et al.<sup>25</sup>. Según LoGuiudice<sup>21</sup> en el ámbito de Atención Primaria es  
30 más fácil que se establezca una relación de confianza con la matrona, el seguimiento  
31 continuo del embarazo permite que se pueda observar a la mujer y ello contribuye a  
32 facilitar que puedan revelar las situaciones y condiciones de violencia en sucesivas  
33 visitas, lo cual coincide con los resultados que aquí se presentan. En ese mismo sentido,  
34 las matronas creen que detectar situaciones de VG durante el embarazo en Atención  
35 Primaria es más fácil que a nivel hospitalario, lo cual es reforzado por otros autores:  
36 véase por ejemplo Lazenbatt et al.<sup>28</sup> que concluyen que las matronas de Atención  
37 Primaria tienen más oportunidades de hablar con las mujeres a solas.  
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

1 A diferencia de los hallazgos de Protheroe et al.<sup>29</sup> todas las matronas entrevistadas  
2 consideran que la detección de la VG forma parte de sus tareas e, igual que en el estudio  
3 de Mauri et al.<sup>25</sup>, consideran que necesitan colaboración interprofesional y por tanto  
4 derivar a la mujer a especialistas de otras áreas en el tema si se confirma una situación  
5 de violencia. En el estudio de Lazenbatt et al.<sup>28, 30</sup> solo la mitad de las matronas creían  
6 que se debe preguntar de forma sistemática a todas las gestantes sobre VG. En este  
7 trabajo, la mayoría cree que se debe hacer sistemáticamente, es decir, preguntar a todas  
8 a las mujeres aunque no se detecten signos de sospecha, lo cual está reforzado también  
9 por Rurangirwa et al.<sup>31</sup> y por Todahl y Walters<sup>32</sup>. Éste último señala que preguntar sobre  
10 VG a todas las mujeres genera, además, mayor experiencia en el profesional, evita la  
11 sensación por parte de la paciente de ser señalada y crea una oportunidad para resolver  
12 dudas sobre VG. Aunque no existe consenso sobre la forma de preguntar, ni en la  
13 utilización de cuestionarios estandarizados o cuál utilizar<sup>8</sup>. Actualmente se dispone de  
14 un gran número de cuestionarios validados con una amplia gama de objetivos,  
15 extensión, disponibilidad de idiomas y calidad de las propiedades psicométricas, para la  
16 detección de la VG<sup>33</sup>. La elección del mismo debe hacerse de entre los instrumentos con  
17 mejores propiedades psicométricas y considerando el objetivo de su uso, la población a  
18 la que se dirige, y las habilidades y la experiencia del personal que lo utiliza<sup>34</sup>. Como es  
19 lógico, la aplicación de los instrumentos se debe amparar en formación para su correcta  
20 aplicación y, en protocolos y circuitos para la asistencia y apoyo de las mujeres que se  
21 encuentran en una situación de VG<sup>35</sup>.

22 Las matronas de este estudio proponen estrategias de mejora en la detección de la VG  
23 durante el embarazo como solventar las dificultades reveladas en cuanto a la limitación  
24 del tiempo y su optimización, así como disponer de material informativo, como folletos,  
25 en las consultas, lo que coincide con los hallazgos de Protheroe et al.<sup>29</sup> donde las  
26 matronas consideraron un recurso útil disponer de folletos y carteles para informar a la  
27 mujer, y disponer también de instrumentos objetivos para la detección. Dan muestras  
28 de sentirse responsables del bienestar de la mujer una vez detectada la situación de VG,  
29 al preocuparse por ofrecerles los recursos más adecuados, interesarse por el registro  
30 idóneo de los casos en la historia clínica o estar en comunicación con profesionales del  
31 ámbito<sup>32</sup>. Cabe señalar que proponen incorporar el tema de la VG en las actividades  
32 grupales e igual que en Valdez-Santiago et al.<sup>36</sup> solicitan ampliar su formación en el  
33 tema.

34 Cabe señalar como limitación de estudio, que al ser cualitativo centrado en el contexto  
35 de las matronas de Atención Primaria en la población de L' Hospitalet de Llobregat, los  
36 resultados sólo pueden ser transferibles a otros contextos que guarden semejanza con  
37 el estudiado. Se ha proporcionado una amplia descripción para ayudar al lector a  
38 determinar posibles similitudes.

## 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. La contemplan como su función, y 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](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, Martin A, Caño A, Martin-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 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, <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, Santiñà 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\\_Primary\\_VG.pdf](https://www.cop.es/GT/Atencion_Primary_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\\_tematicas/linies\\_dactua cio/model\\_assistencial/ordenacio\\_cartera\\_i\\_serveis\\_sanitaris/abordatge\\_de\\_la \\_violencia\\_masclista/documents/arxiu/abord\\_embaras.pdf](http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/ambits_tematicas/linies_dactua cio/model_assistencial/ordenacio_cartera_i_serveis_sanitaris/abordatge_de_la _violencia_masclista/documents/arxiu/abord_embaras.pdf); 2010 [consulta el 23 de diciembre de 2018].

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 interpretative inquiry*. The Althouse 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 32. Todahl J, Walters E. Universal Screening for Intimate Partner Violence: a  
6 Systematic Rev. *J Marital Fam Ther*. 2011;37(3):355–69. doi: 10.1111/j.1752-  
7 0606.2009.00179.x.
- 8 33. Gómez-Fernández MA, Goberna-Tricas J, Paya-Sanchez M. Characteristics and  
9 clinical applicability of the validated scales and tools for screening, evaluating  
10 and measuring the risk of intimate partner violence. Systematic literature review  
11 (2003-2017). *Aggress Violent Behav*. 2018;44:57–66. doi:  
12 10.1016/j.avb.2018.11.006
- 13 34. Feder G, Ramsay J, Dunne D, Rose M, Arsene C, Norman R, et al. How far does  
14 screening women for domestic (partner) violence in different health-care  
15 settings meet criteria for a screening programme? Systematic reviews of nine  
16 UK, National Screening Committee criteria. *Health Technology Assessment*.  
17 2009; 13(6): 137-347. doi 10.3310/hta13160.
- 18 35. Organización Mundial de la Salud. Prevención de la violencia: la evidencia,  
19 [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)  
20 =1; 2013 [consulta el 13 de diciembre de 2018].
- 21 36. Valdez-Santiago R, Arenas-Monreal L, Hernández-Tezoquipa I. Experiencia de las  
22 parteras en la identificación de mujeres maltratadas durante el embarazo. *Salud*  
23 *Publica Mex*. 2004;46(1):56–63.

**Tabla 1:** Guion de preguntas utilizadas en las entrevistas.

1	
2	
3	<b>Hábleme de su percepción sobre la violencia que sufren las mujeres durante el embarazo.</b>
4	En su opinión ¿quiénes son los profesionales más adecuados para detectar la VG durante el
5	embarazo? ¿Considera que está dentro de sus funciones como matrona la detección de la VG
6	durante el embarazo?
7	Según su percepción ¿cómo de frecuente es la VG durante el embarazo?
8	En su trayectoria profesional ¿se ha encontrado con algún caso de alguna embarazada del que
9	sospechara o confirmara que sufría VG? ¿Me lo podría explicar?
10	¿Cómo vería la posibilidad de incorporar preguntas sobre VG de forma rutinaria a todas las
11	embarazadas? ¿Le plantea alguna dificultad preguntar de forma rutinaria sobre VG?
12	Según su experiencia ¿qué dificulta la detección de la VG durante el embarazo?
13	Según su experiencia ¿qué facilita la detección de la VG durante el embarazo?
14	En su opinión ¿cómo se podría mejorar la detección de la VG durante el embarazo?
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	

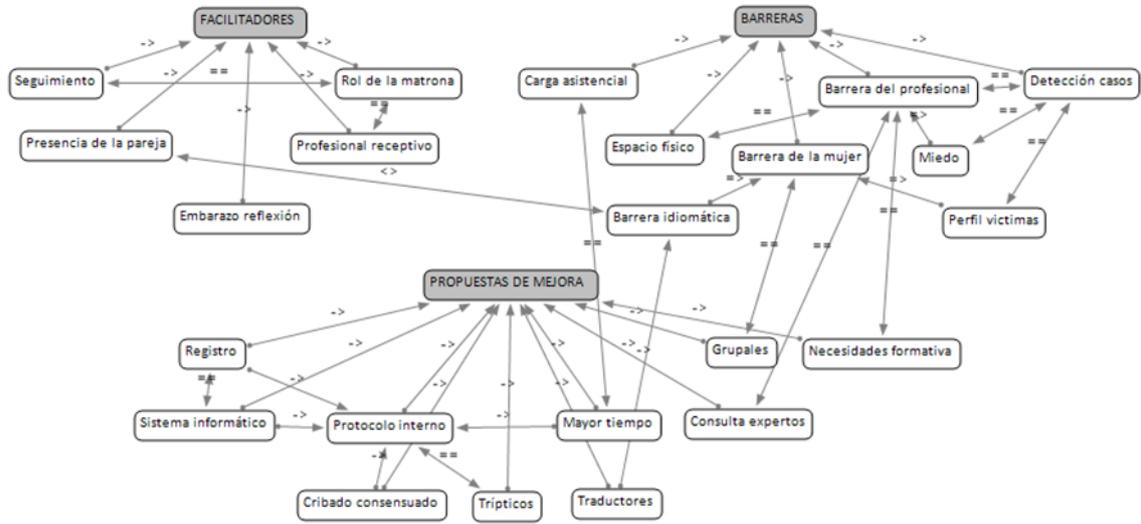
**Tabla 2:** Características de las matronas entrevistadas.

<b>Matrona</b>	<b>Edad</b>	<b>Enfermería<sup>a</sup></b>	<b>Matrona<sup>b</sup></b>	<b>Matrona en atención primaria<sup>c</sup></b>
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.

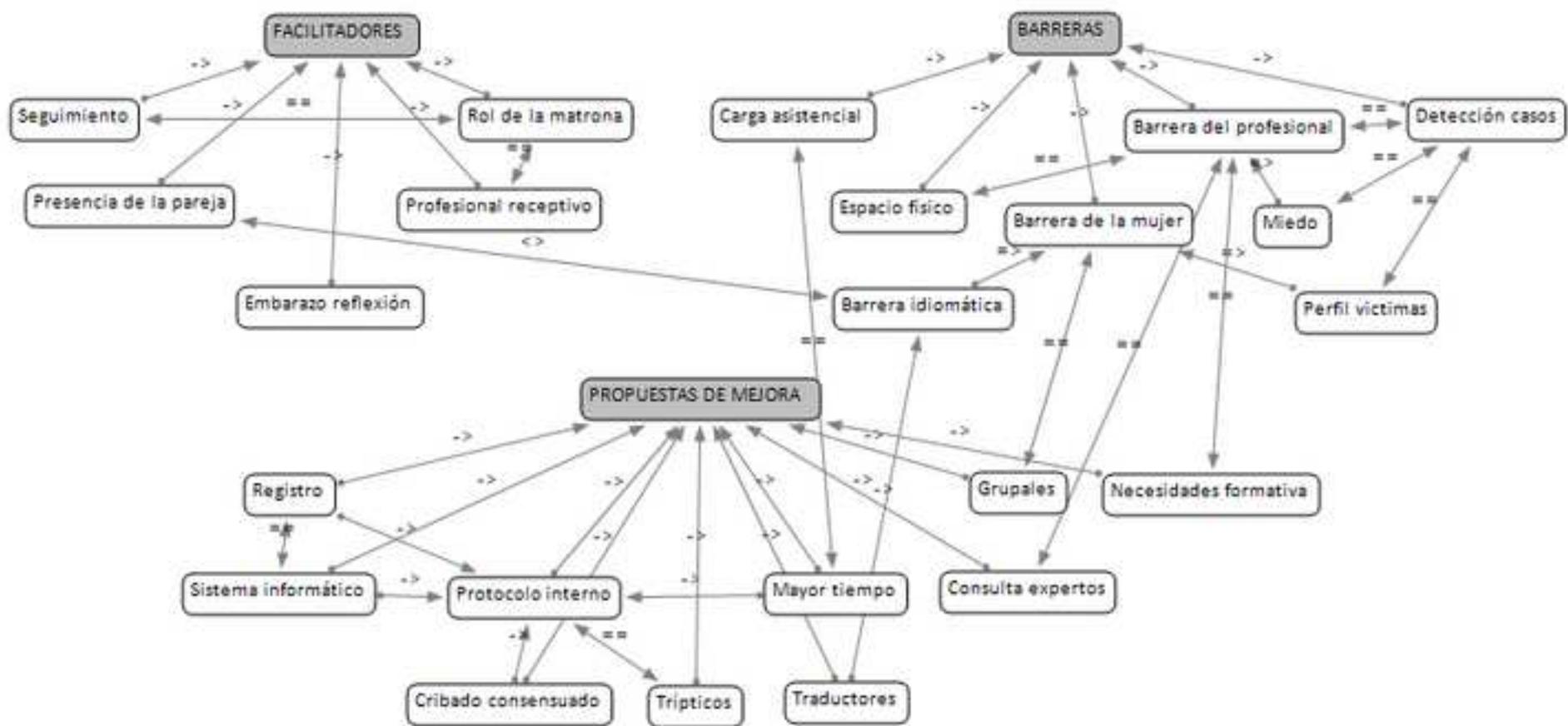
Nota: a año de finalización de los estudios de Enfermería; b año de finalización de los estudios de Matrona; c años de experiencia como matrona en atención primaria.

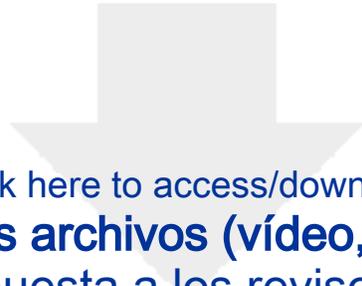
**Figura 1:** Árbol de códigos con las tres categorías, las veintidós subcategorías y su relación entre ellas.



NOTA:  
-> (es parte de)  
== (está asociado con)  
<> (contradice)  
=> (es causa de)

Figura (Figure)





Click here to access/download

**Otros archivos (vídeo, etc.)**

V2 Respuesta a los revisores.docx

