

2018

UNIVERSIDAD POMPEU FABRA
TRABAJO DE FIN DE CARRERA

TUTOR: *JOAN MESTRE*

**ANÁLISIS DE LA EFECTIVIDAD DE LAS
INTERVENCIONES DIRIGIDAS AL
MALTRATO EN LA PAREJA DURANTE
LA MATERNIDAD**

POR

KATIXA MUJICA PASCUAL

**GRADO EN CRIMINOLOGÍA Y POLÍTICAS PÚBLICAS DE
PREVENCIÓN**

2014-2018

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y ORIGINALIDAD

Yo, *KATIXA MUJICA*, certifico que el presente trabajo no ha sido presentado para evaluación de ninguna otra asignatura, ya sea en parte o en su totalidad. Certifico también que su contenido es original y que soy la única autora, sin incluir ningún material anteriormente publicado o escrito a excepción de los casos indicados a lo largo del texto.

Como autor/a de la memoria original de este Trabajo de Fin de Grado autorizo la UPF a depositarla i publicarla a l'e-Repository: Repositori Digital de la UPF, <http://repositori.upf.edu>, o en cualquier otra plataforma digital creada por o participada por la Universidad, de acceso abierto por Internet. Esta autorización tiene carácter indefinido, gratuito y no exclusivo, es decir, soy libre de publicarla en cualquier otro sitio.

KATIXA MUJICA PASCUAL

18 de junio de 2018

RESUMEN

A partir de 1970, la violencia de género ha sido reconocida como un problema gracias al movimiento feminista. Debido a esto, se ha podido conocer más sobre este fenómeno y sus manifestaciones. Una de las más comunes es la violencia en la pareja, las consecuencias de la cual se ven alteradas, e incluso agravadas, en caso de maternidad.

Por ello se han destinado varios recursos para ayudar a estas mujeres. No obstante, muchos de los resultados, pese a no ser negativos, no son significativos. Esto implica la necesidad de un mayor estudio y comprensión del tema para poder diseñar intervenciones más eficaces.

ABSTRACT

Since 1970, violence against women has been recognized as a problem thanks to the feminist movement. Due to this, it has been possible to know more about this phenomenon and its forms. One of the most common is intimate partner violence, the consequences of which are modified, and even aggravated, in case of motherhood.

For this reason, several resources have been allocated to help these women. However, many of the results, although not negative, are not usually significant. This implies the need for further study and understanding of the issue in order to design more effective interventions.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	2
2. METODOLOGÍA	4
3. VIOLENCIA CONTRA LA PAREJA	4
3.1 INCIDENCIA Y PREVALENCIA.....	6
4. CONSECUENCIAS DEL MALTRATO	7
4.1. IMPACTO DE LA MATERNIDAD EN LAS CONSECUENCIAS	10
4.2. RIESGO DE VIOLENCIA HACIA EL HIJO.....	11
5. EL MALTRATO Y EL SER MADRE	12
5.1. INCIDENCIA Y PREVALENCIA.....	15
6. INTERVENCIONES	17
6.1. DURANTE LA ETAPA DE EMBARAZO	17
6.2. POSTPARTO	21
7. DISCUSIÓN	24
8. CONCLUSIÓN	26
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	27

1. INTRODUCCIÓN

La violencia contra la mujer, o como es conocida en España, violencia de género; es un problema que durante mucho tiempo se ha hallado en las sombras debido a no ser reconocido como un problema. Únicamente se le otorgaba atención a aquellos casos considerados de violencia extrema, los cuales se atribuían a personas con problemas mentales. Esto suponía que la problemática permaneciera en la esfera privada, impidiendo conocer la magnitud y gravedad del fenómeno.¹⁷

A partir de 1970, sin embargo, el movimiento feminista señaló los diferentes obstáculos que las mujeres debían sopesar, tanto a un nivel personal, como legal y social. Entre las diferentes formas de opresión e impedimentos a los que se debían enfrentar se hallaba la violencia. Ésta era uno de los elementos de mayor relevancia debido a las consecuencias que acarrearaba, puesto que imposibilitaba a muchas mujeres el poder llevar una vida funcional. La necesidad de respuesta a esta nueva revelación supuso el diseño de nuevas políticas públicas destinadas a su prevención, así como la puesta en marcha de servicios de ayuda a las víctimas. Las reformas se extendieron hasta el marco legal, haciendo que esta problemática pasara a formar parte del ámbito de la justicia.²¹

Todo ello promovió un mayor conocimiento de la violencia de género, permitiendo que saliera del ámbito privado al público. Pero no se redujo a un problema de justicia, sino que tal como indicó el movimiento feminista, también era un problema de salud pública. Esto impulsó que fuera reconocido como un problema social.²¹ A su vez, todos estos acontecimientos conllevaron una mayor investigación, permitiendo obtener una suma de datos sobre el fenómeno que legitimara el ser considerado un problema social, así como el destinar recursos para combatirlo.¹⁷

Este estudio más concienciado ha posibilitado el conocer mejor a que nos enfrentamos. Se han realizado diversas investigaciones que han proporcionado información suficiente como para comprender que la violencia de género es un problema complejo. Tal como exponen Krantz y Garcia-Moreno (2005), la violencia contra la mujer se basa en la desigualdad de género. Existe un desequilibrio entre las oportunidades concedidas a mujeres y hombres, basada en la concepción de la superioridad del hombre y la inferioridad de la mujer. Esta mentalidad se traslada a aquello que le es permitido a unos y lo que le es negado a otros. En este caso, el ejercer violencia contra la mujer ha sido algo que en diferentes contextos ha sido considerado

legítimo, o al menos, no visto como un suceso sobre el que actuar puesto que no era valorado como erróneo.

Además, no consiste en una única forma de acontecer, sino que la forma de ejercerla puede variar. Estos autores distinguen tres maneras en las que puede presentarse: En forma de violencia autoinfligida, como violencia interpersonal, o bien como violencia colectiva. La predominante de las tres es la interpersonal, es decir, la ejercida por una persona o un grupo reducido de personas sobre una mujer. Se caracteriza por ser universal, ya que sucede en todas las sociedades. Generalmente es ejercida por la pareja o familia, o bien por la comunidad (personas con las que no se mantiene relación cercana o bien desconocidos). La más común, no obstante, es la desempeñada por la pareja. Es por ello por lo que cuando se trata el tema de la violencia contra la pareja en muchos casos es considerado como sinónimo de violencia de género, ya que es la manifestación más común de este problema.

Esta prevalencia puede observarse en los diferentes estudios, como el realizado por Thompson, et al. (2006) sobre la violencia contra la mujer en Estados Unidos. En él se mostró como alrededor de un 44% de mujeres habían sido víctimas de malos tratos por parte de su pareja en la edad adulta. Un 15% de ellas lo había sido por parte de diferentes parejas y un 45 % exponía cómo fue víctima de diferentes tipos de violencia. De manera general, se muestra un 34'1 % de casos en que sufrieron violencia física y/o sexual, mientras que un 35'4 % presentó otros tipos de violencia no física.

Todas estas acciones suponen graves consecuencias para el estado de la mujer, tanto a nivel físico como mental.¹⁷ Muchas mujeres padecen de hematomas, roturas, y fracturas craneales como resultado de la violencia física. Asimismo, la violencia psicológica suele manifestarse en un aumento de riesgo de padecer depresión, trastorno por estrés post-traumático, altos niveles de ansiedad e incluso la posibilidad de suicidio.¹²

La gravedad de estas consecuencias variará en función de qué factores interaccionen con la situación de maltrato, como ocurre cuando se incorpora la variable maternidad. Se ha observado como en los casos de mujeres en estado de gestación, además de poder intensificar (o menguar) los efectos mencionados, se añade el riesgo de secuelas para el bebé. Asimismo, se incluye la posibilidad de que el embarazo sea fruto de la violencia sexual, lo que implicaría un embarazo no deseado y un factor más que agravaría la situación mental y emocional de la mujer.¹²En la

situación postparto también se altera la gravedad de los efectos, sobre todo por la existencia del riesgo de que el infante sea victimizado, o bien, de que interiorice el comportamiento como normal (y en caso de ser varón, aumentar la posibilidad de convertirse en perpetrador). A su vez, el velar por la seguridad del hijo puede aumentar los niveles de estrés y ansiedad, así como promover el mantenerse durante más tiempo en la relación abusiva.

Como en todo fenómeno, el introducir una nueva variable origina nuevos aspectos a tener en consideración. Las motivaciones y barreras que hay que promover y combatir se ven modificadas, provocando que la intervención a aplicar sea más específica. En el siguiente trabajo se intentará hacer una revisión de las intervenciones dirigidas a esta problemática hasta el momento. Para ello, primero se hará una breve mención sobre la violencia contra la pareja, la extensión del fenómeno y sus consecuencias. Seguidamente, se hablará del impacto que tiene la maternidad en esta problemática, de la manera en que afecta a las mujeres que se encuentran en esta situación. Finalmente, se expondrán diversas actuaciones dirigidas a prevenir y reducir sus consecuencias, y se analizará la eficacia de éstas.

2. METODOLOGÍA

El procedimiento para lograr el objetivo mencionado consiste en la búsqueda de artículos científicos relacionados con la violencia dentro de la pareja como fenómeno global, así como los diferentes aspectos de éste que serán tratados en este trabajo.

Se han utilizado diferentes estudios, principalmente proyectos de investigación y revisiones bibliográficas, mediante el uso de palabras clave como: *violence against woman (vaw)*, *vaw prevalence*, *intimate partner violence (ipv)*, *ipv prevalence*, *ipv consequences*, *ipv and motherhood*, *maternal child maltratement*, *ipv intervention with mothers*, *domestic violence*.

3. VIOLENCIA CONTRA LA PAREJA

Desde finales del siglo XX hasta la actualidad, la investigación destinada al fenómeno de la violencia contra la pareja ha ido en aumento. Existe una mayor concienciación del problema por parte de la sociedad, así como un incremento en movilizaciones y políticas dirigidas a este asunto gracias al movimiento feminista. Sin embargo, aún hay varios aspectos que deben ser precisados.

En primer lugar, la misma comunidad científica ha estudiado la problemática desde diferentes enfoques. Esta disparidad de direcciones resulta en conclusiones incongruentes y contradictorias. Pero no únicamente produce discordancia, sino que además ocasiona el olvido del abordaje de aspectos esenciales. No todos los comportamientos ni acciones que violentan a la pareja son evaluados, así como tampoco las diferentes formas de violencia ejercida, descuidando en muchas ocasiones los efectos que puedan tener. Esto supone que se desconozca el alcance y la afectación real de este problema, perjudicando a su vez la efectividad de las acciones dirigidas a combatirlo.⁴⁴

Con tal de evitar este dilema, se han elaborado informes en los cuales se redefine el concepto con la finalidad de que sea investigado de una manera más homóloga y completa. Entre ellos hallamos el realizado por Breiding, Basile, Smith, Black y Mahendra (2015): *Intimate partner violence surveillance: uniform definitions and recommended data elements (v.2)*. En él se propone definiciones de los diferentes conceptos relacionados con este tipo de violencia, con tal de que sean interpretados de una manera parecida; así como nociones y elementos a tener en cuenta cuando se valore el problema de la violencia dentro de la pareja.

La descripción de mayor interés para este trabajo es la misma definición de lo que se entiende por violencia contra la pareja. Según estos autores, se definiría como “*la violencia física, sexual, psicológica (incluyendo tácticas de coerción) o acoso ejercido por una pareja o expareja (donde se incluye esposo/a, novio/a, “rollo” o pareja sexual)*” (p.11). En ella se exponen las diferentes dimensiones de la violencia en que se deberían centrar las distintas investigaciones al evaluar el fenómeno. En el estudio, cada concepto mencionado es descrito de una manera más concreta para poder determinar mejor la extensión de cada uno de ellos. Sin embargo, la palabra clave en este trabajo es *pareja*.

En muchos estudios, la palabra “pareja” es empleada como sinónimo de mujer (usando así violencia contra la pareja como sinónimo de violencia contra la mujer). Sin embargo, en la definición se hace referencia a una persona con la que se mantiene una relación cercana, en que se ven involucradas diversas áreas (emocional, física, sexual...) sin que se tenga en cuenta su sexo. Por otro lado, la Asamblea General de Naciones Unidas, en la *Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer* (1994); definió la violencia contra la mujer como: “*todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las*

amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada”(pg. 2).

Así puede observarse como la definición de violencia contra la mujer abarca los diferentes niveles mencionados, pero se le añaden dos puntos que la diferencian de la violencia contra la pareja: en primer lugar, no tiene por qué ser ejercida en contexto de relación; y en segundo, la motivación de la agresión se encuentra en el hecho de que la otra persona sea mujer. Esto supone una distinción entre ambos conceptos, y su uso como palabras sinónimas supone la exclusión de otros campos que la violencia contra la pareja incluye, como es el caso de parejas heterosexuales en que la violencia es ejercida hacia el hombre⁴⁴ o bien, la violencia ejercida entre parejas del mismo sexo, la cual es más prevalente de lo que se cree.³⁰

Esta forma de proceder, sin embargo, puede ser explicada por el predominio de casos de violencia contra la pareja en que la víctima resulta ser una mujer mientras que el agresor un hombre.⁴⁴

3.1 INCIDENCIA Y PREVALENCIA

En la tabla 1 se agrupan las diferentes características y porcentajes que definen este tipo de violencia. De los elementos a destacar hallamos, en primer lugar, la alta prevalencia de mujeres que han sufrido tanto violencia física como sexual. Acorde con García-Moreno y World Health Organization. (2005) y Garcia-Moreno, Jansen, Ellsberg, Heise y Watts (2006) esto es lo más común, seguido de experimentar únicamente agresiones físicas y finalmente, sexual.

García-Moreno & World Health Organization. (2005) añaden además como gran parte de la violencia es de carácter grave, y se produce de manera frecuente. Por su parte, García-Moreno, et al. (2006) afirman como, de los diferentes lugares estudiados, lo más común es que la violencia hacia la mujer sea perpetrada por su pareja. Asimismo, observan un patrón de donde es ejercida mayormente esta violencia. Concluyen que, en comparación con zonas más industrializadas, los sitios con mayores tasas de violencia y menor empoderamiento de la mujer presentan más casos de mujeres víctimas de sus parejas.

Autor/es	Aspectos destacables
Blanco, et al. (2004)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ En España, un 75% de mujeres han sido maltratadas, la mayoría de las cuales han mantenido relaciones de larga duración. ▪ Tras la ruptura 26% sufrieron amenazadas y 19% fueron acosadas. ▪ El tipo de violencia más común, durante el 2002; es el emocional (22'3%), seguido por la violencia física (9'8%) y finalmente sexual (5'1%). ▪ En el 2000 fueron asesinadas en España 64 mujeres ▪ En el 2001 y 2002 aumentó a 71 y 77 respectivamente ▪ En el 2003 disminuyó a 69
García-Moreno, et al. (2006)	86% de las mujeres presentaban heridas debido a la violencia física de la que eran víctimas, que generalmente consistían en mínimo un acto de violencia física grave.
García-Moreno y World Health Organization (2005)	<ul style="list-style-type: none"> • Mujeres que alguna vez en su vida han denunciado o sufrido algún caso de violencia física, sexual o ambas: de 15% a 71% • En los 12 meses anteriores al estudio: entre un 15% y 30% • Desglosado: <ul style="list-style-type: none"> □ Violencia física: entre el 13% y 61%, (mayoría entre 23% y 49%) □ Entre un 4% y un 49% advirtieron ser víctimas de violencia física grave □ Violencia sexual: entre un 6% y un 59% (mayoría entre un 10% y 50%)

Tabla 1. Prevalencia de la violencia sufrida por mujeres a causa de la violencia de género en la pareja

4. CONSECUENCIAS DEL MALTRATO

Esta violencia perjudica diversas áreas vitales de la mujer, más cuando es víctima de diferentes tipos de violencia. Ello conlleva el padecimiento de lesiones, tanto a nivel interno como superficial; como la afectación a la psique y estado emocional de la mujer.

En este apartado, se mencionarán algunas de las consecuencias más comunes que sufren gran parte de las mujeres que se encuentran en una situación de maltrato. Para ello, se seguirá el esquema y trabajo de Campbell (2002), dividiendo los efectos en:

Consecuencias a nivel físico

Las lesiones más comunes derivadas del maltrato son las lesiones craneales, torácicas y de abdomen. Estos tres sectores constituyen las zonas que suelen verse más afectadas en cuanto a violencia física. No obstante, sus efectos no se limitan a heridas superficiales. El deterioro y daño corporal supone que aumente la presencia de problemas de salud, así como implica una disminución en la calidad de vida de la persona y un incremento de visitas a los servicios médicos con la finalidad de que las diferentes heridas sean tratadas. Además, cuando estas lesiones confluyen con altos niveles de estrés y aprensión, resulta en dolores crónicos y sintomatología relacionada con el sistema central nervioso. También es frecuente que presenten problemas estomacales y cardíacos, además de la pérdida de conocimiento debido a un golpe en la cabeza o a intentos de estrangulamiento (entre un 10% y 44% de casos).

Consecuencias derivadas de la violencia sexual

Debido a la alta cantidad de ocasiones en que la mujer se ve forzada a mantener relaciones sexuales con su pareja, es un grupo que tiene tres veces más posibilidades de sufrir problemas ginecológicos. De entre ellos, se halla una mayor probabilidad de transmisión de enfermedades, sangrado vaginal, infecciones, disminución del deseo sexual, problemas urinarios y dolor pélvico crónico entre otros. A todo esto, se le añade el hecho de que, generalmente, no se emplea el uso de condones ni se les permite utilizar ningún otro tipo de anticonceptivos, lo que puede derivar en embarazos no deseados. Asimismo, en uno de sus trabajos anteriores, Campbell (1989) mencionó como la violación originaba problemas relacionados con la imagen corporal disminuyendo, a su vez, la autoestima de la mujer.

Estas posibles consecuencias se ven agravadas cuando violencia sexual y física interaccionan al mismo tiempo. Como se ha indicado anteriormente, hay un alto porcentaje (entre 40-45% aproximadamente) de casos en que se padecen ambos tipos de violencia. Esto supone un aumento en el riesgo vital de la mujer. Campbell (1989) expone como el riesgo de que la situación concluya en homicidio aumenta. Esto resulta aún más preocupante si se tiene en cuenta que el tipo de maltrato más común es el que implica los dos tipos de violencia.

Consecuencias a nivel mental

Este grupo constituye los efectos más característicos del maltrato, pudiendo surgir tanto a consecuencia de la violencia física, sexual y/o psicológica. De entre ellos, hallamos una alta prevalencia de problemas de insomnio, altos niveles de ansiedad y problemas de disfunción

social. Estos afectan de una manera u otra dependiendo de la interacción que haya con el ambiente en el que se encuentra la mujer. Además, sobretodo en el caso de países industrializados, la opción de usar sustancias tóxicas y alcohol para paliar y enfrentar el maltrato es muy común. Pese a esto, las problemáticas más extendidas que surgen de la violencia en la pareja son: la depresión y el trastorno por estrés postraumático (TEPT). Campbell y Lewandowski (1997) señalan como un 63% de mujeres maltratadas sufren de depresión mayor y, alrededor de un 40%, de TEPT. En el caso de la depresión, estos autores exponen cómo tienen mayor posibilidad de sufrirla mujeres en situación de maltrato que si no se incluyera esta variable. Cascardi y O'Leary (1992) coinciden con este punto, y añaden como esta depresión suele ir muy relacionada con el bajo nivel de autoestima que presentan la gran mayoría de mujeres maltratadas.

En cuanto al TEPT, Campbell y Lewandowski (1997) expresan la falta de diagnóstico de esta problemática. Muchas mujeres no saben que lo sufren debido a que reducen y atribuyen los síntomas a estrés y problemas de sueño. Valoran estos dos aspectos como insustanciales y deciden no indagar ni actuar ante ello.

Todo esto puede llevar a pensar en el suicidio. Campbell (1986) manifiesta como un 10% intentan cometer suicidio, y como el 26% de casos de suicidio consisten en mujeres maltratadas. Pese a esto, las tasas de mortalidad en caso de mujeres violentadas por su pareja no se deben tanto a casos de suicidio como lo hace a casos de homicidio.

La presencia y gravedad de estos efectos variarán sobretodo según la severidad y frecuencia del abuso que padezcan.^{9,11}

Dependencia

Escartín Caparros (1995) observa como muchas de estas mujeres presentan una alta dependencia psicológica de su pareja, sobre todo cuando muestran niveles bajos de autoestima. También advierte la presencia de dependencia económica, lo cual explicaría lo expuesto en el trabajo de Campbell (2002) donde señala como aquellas mujeres con un nivel económico más alto tienen mayor probabilidad de salir de la situación de abuso. Esta circunstancia es potenciada si también posee un nivel alto (o moderado) de estudios.

4.1. IMPACTO DE LA MATERNIDAD EN LAS CONSECUENCIAS

Como se mencionó en la introducción, estas consecuencias pueden verse alteradas si se incluye la variable maternidad. Pero no únicamente por la forma en que afecta a la madre, sino porque los efectos del abuso recaen a su vez en un nuevo individuo. Esto no solamente puede potenciar los efectos negativos en la mujer, sino que hay una nueva vida en riesgo de mortalidad.

Consecuencias a nivel físico

Respecto a algunas de las consecuencias físicas que pueden repercutir en la madre durante el embarazo, se halla el aumento del riesgo de hemorragias, infecciones, de partos prematuros debido a irrupciones en la placenta, bajo peso del infante al nacer y el incremento de números de abortos.^{28,37} No obstante, Scribano, Stevens, Kaizar y NFP-IPV Research Team (2013) argumentan como no existe relación entre partos prematuros y el que nazcan con menor peso del que deberían, algo que muchos estudios alegan. Además, aluden al concepto de *coacción reproductiva*, donde la pareja controla el número de embarazos que deben tener. Estos autores hablan como ya conforma una nueva forma de abuso.

Consecuencias a nivel mental

Tal como exponen McMahon, Huang, Boxer, y Postmu (2011) el riesgo de padecer depresión y TEPT es mayor en este colectivo. Estos autores atribuyen estos perjuicios principalmente a la violencia física y psicológica que sufren. Contra más tipos de violencia deban hacer frente, mayores niveles de depresión y TEDT presentarán. En su trabajo observaron como, por ejemplo, la violencia física amplificaba estos efectos en un 56%, mientras que la violencia emocional en un 34%. Otro aspecto que destacan es la falta de apego que pueda sentir la madre hacia el hijo/a.

Todo ello puede potenciar el uso y consumo de sustancias tóxicas, especialmente el tabaco en este caso; pero, además, incrementa las posibilidades de que padezcan un aborto, más si es en presencia de TEPT, y si confluye con uso de tóxicos.

Ludermir, Lewis, Valongueiro, de Araújo, y Araya (2010) en su estudio explicaban como la depresión postparto también aumentaba en caso de maltrato. El riesgo era mayor si se combinaba violencia física o sexual y violencia psicológica. No obstante, pese a que las primeras sean las más ejercidas, la que tenía un mayor impacto era la violencia psicológica, aumentando por sí sola la probabilidad de padecer depresión postparto.

Consecuencias derivadas de las consecuencias para el infante

McMahon, et al. (2011) manifiestan como la violencia que se ejerza durante el estado de gestación puede provocar lesiones al feto, hasta incluso llegar a causar su muerte. Además, la suma de sufrir maltrato, más padecer depresión y TEPT; implica mayores complicaciones en el embarazo, así como más problemas de salud para el infante. De igual forma, la falta de apego mencionada anteriormente puede conllevar desajustes en su desarrollo.

Todo esto hace que la percepción que tengan de sí mismas sea de “*mala madre*”, incapaces de hacerse cargo de las necesidades y bienestar de su hijo/a. Además, en ocasiones el hijo/a es visto de manera negativa, percibiendo toda acción que realizan como problemática y creando distancia entre ambos.

Influencia factores socioeconómicos

Sharps, et al. (2007) muestran cómo la interacción de formar parte de una minoría, y las injusticias y falta de recursos de las que muchos padecen, influía en estas consecuencias. Advirtieron que, en Estados Unidos, las mujeres que presentaban un mayor riesgo eran mujeres de color, en especial africano-americanas. Muchas se caracterizaban por un nivel económico más bajo, un nivel educativo menor y por ser más jóvenes. Todo ello aumentaba el riesgo de sufrir violencia dentro de la pareja, así como sus efectos y durada. Observaron además que este grupo sufría de mayor estrés, y debido a lo mencionado, de más dificultades para acceder a los servicios sanitarios. Esto resulta fundamentalmente en mayores probabilidades de muerte del no-nato, mayor posibilidad de ser asesinadas, y de que sufran más violencia por parte de su pareja tanto antes del embarazo, como durante y después de éste. McMahon, et al. (2011) añaden también el hecho de estar separadas como un factor más que perjudica gravemente la salud de la mujer.

4.2. RIESGO DE VIOLENCIA HACIA EL HIJO

Como se ha mencionado, la violencia dentro de la pareja puede afectar la relación materno-filial. Generalmente, las mujeres intentan compensar la violencia experimentada en el hogar mediante muestras de afecto y protección hacia sus hijos e hijas. Incluso una vez finalizada la situación de abuso, continúan intentando solidificar su relación en compensación por lo sucedido.¹⁰ No obstante, debido a diferentes factores estresantes, esto puede cambiar.²³

Taylor, Guterman, Lee y Rathouz (2009) notaron en su investigación que las madres que habían padecido maltrato por parte de su pareja exhibían un mayor riesgo de ejercer violencia hacia sus hijo/as que aquellas que no. Observaron que, a niveles más altos de estrés maternal, tenían una mayor tendencia a ejercer los tipos de violencia analizados (física, psicológica, negligencia y azotes). También advirtieron que se hallaba un mayor riesgo de maltrato infantil en el caso de mujeres inmigrantes. Esto lo relacionan con los diferentes factores estresantes a los que deben hacer frente las mujeres inmigrantes, como es la discriminación y las barreras culturales, sumándole las consecuencias y secuelas del maltrato por parte de su pareja.

Pese a lo mencionado, estos autores remarcan la complejidad de este fenómeno, y como es necesario más investigación. Sobre todo debido a que, pese al 70% de casos en que se encontraron con maltrato hacia la mujer y maltrato infantil por parte de la madre; en la gran mayoría de casos el maltrato hacia el infante era perpetrado tanto por la madre como el padre, y la violencia en la pareja era recíproca. Esto coincide con lo hallado en el estudio de Slep, y O'leary (2005): del 90% de las familias que manifestaban violencia doméstica, se encontró que, el 30% de ellas estaban formadas por dos figuras (materna y paterna) de carácter agresivo, y el 51% en que ocurrió cualquier tipo de agresión física, por familias donde la violencia en la pareja era bidireccional y el maltrato infantil era ejercido por ambas partes. Por otro lado, los casos en que la violencia era ejercida solamente por una de las partes no llegaban al 5%.

5. EL MALTRATO Y EL SER MADRE

Este consiste en un tema muy debatido, pero del que poca gente entiende. La decisión de mantenerse con la pareja, pese al maltrato sufrido, es algo que muchos no pueden concebir. Cuando este abuso es en presencia de un menor, aún menos. Sin embargo, existen una serie de motivadores para que esto ocurra, puesto que la situación es mucho más compleja de lo que muchos piensan, inclusive las personas destinadas a combatir esta problemática.¹⁹

Generalmente, las razones por las cuales las mujeres buscan ayuda en estas circunstancias se debe a la seguridad de su hijo/a, a evitar que sean conscientes del abuso que están viviendo, o bien porque hay indicios de que conocen el maltrato y lo interiorizan como normal, e incluso lo recrean.^{48,32,35} Sin embargo, también se debe a motivos más personales, como que la mujer adquiere más información sobre su situación, siendo capaz de discernir así las circunstancias de maltrato en las que se halla; o que el abuso haya llegado al punto *culmine* o *crítico*, en que la mujer ya se encuentra cansada de todo lo que debe soportar y decide actuar.^{32,34}

Pese a esto, la cantidad de barreras que deben afrontar hasta poder buscar ayuda son mucho mayores. Siguiendo el trabajo de Petersen, et al. (2005), las diversas razones podemos agruparlas en:

1. ***Estigma de la violencia contra la pareja***: Aún a día de hoy, la violencia contra la pareja constituye un tema tabú para muchas personas. Hay muchos factores, como la cultura o religión, que complica el poder abordar la problemática y pedir ayuda. Pero no solamente por el estigma que comporta el fenómeno, sino por el que también conlleva el ser considerada víctima de él. Tal como exponen Zink, et al. (2003) en su investigación, muchas temen ser juzgadas, sobretodo por su estatus de madre.
2. ***No reconocimiento de la situación de maltrato***: Muchas mujeres acaban normalizando sus circunstancias, o desconocen los diferentes tipos de abuso de los que son víctimas, siendo incapaces de detectar el problema. Ha esto se le añade la falta de reconocimiento de los diferentes tipos de abuso que sufren por parte de la sociedad, influyendo en que determinadas acciones no sean vistas como problemáticas o erróneas.
3. ***Baja autoestima***: Como se ha indicado en el trabajo, una de las consecuencias más comunes en este tipo de maltrato es la baja autoestima. Esto provoca que ante la situación haya pensamientos intrusivos en los que las mujeres creen no ser merecedoras de ser ayudadas. Además, esta falta de confianza en sí mismas supone que tengan una visión de sí mismas en la cual no es necesario invertir, e incluso que todo lo que les ocurre es por culpa suya. Esto impulsa a que acepten la violencia que padecen y que decidan no solicitar asistencia.
4. ***Pérdidas***: La mayor de todas y en la que coinciden muchos estudios^{48,35} es la pérdida de la custodia de su hijo/a. Ésta suele ser una de las principales causas por las cuales deciden no denunciar. En muchas situaciones, supondría que servicios sociales se hiciera cargo de ello/as, terminando mucho/as en casas de acogida. Otra de las razones en las que coinciden es en la pérdida del sustento económico. En varios casos de maltrato la mujer depende económicamente de su agresor, lo que implica que si se separan no dispondrán de los recursos necesarios para poder mantener y cuidar a su hijo/a.
5. ***Miedo***: Otro punto en que estos estudios concuerdan es en el temor de muchas mujeres sobre lo que pueda llegar a hacer su agresor si deciden enfrentarse a ellos (tanto a sus hijo/as como a su persona). Este enfrentamiento puede ser tanto encararse de una manera directa, como de manera indirecta (como sería el caso de abandonar la residencia).
6. ***Proteger al maltratador***: En ocasiones las mujeres se hallan aún con fuertes sentimientos hacia su pareja, lo que les impide iniciar acciones contra él. Algunas mujeres se aferran a la

idea de que pueden cambiar, y que la situación puede retornar a la manera en que era antes de que el abuso empezara. Por ello, pese a saber que el comportamiento de su pareja está mal, quieren darle otra oportunidad y saben que los de su alrededor no lo harán si denuncian. Zink, et al. (2003) añaden además el deseo de algunas mujeres de que sus hijo/as crezcan con una figura paterna, así como evitar dañar el vínculo paterno-filial que su hijo/a pueda tener con su padre. No hay que olvidar que en la sociedad aún se promueve el ideal de familia conformado por una figura paterna y materna, reprochando en muchas ocasiones las estructuras familiares formadas solamente por una de ellas o bien por personas del mismo sexo.

Rhodes, et al. (2010) incluyen el querer impedir que sus hijo/as deban pasar por todo el procedimiento judicial que supondría el denunciar la situación, como también el proceso civil que conlleva el divorcio si corresponde. Por su parte, Kelly (2009) habla sobre la importancia de ser inmigrante para esta problemática. Para ello, realiza una serie de entrevistas a mujeres latinoamericanas (de Centro y Sud América, México, Caribe) que residen en Estados Unidos, para que expresen su experiencia. Los tres conceptos clave que surgen como motivadores para mantener la relación son:

En primer lugar, los *bajos recursos económicos*. Como se ha explicado anteriormente, esto supone que, si deciden abandonar la relación, no tengan suficiente para poder cubrir las necesidades de su hijo/a. Esto podría suponer el tener que separarse, y para ellas es importante la unión debido a que expresan como sus hijo/as son lo único estable que tienen muchas de ellas. En segundo lugar, su *estatus de inmigrante*. Esto supone varias barreras, entre las cuales se halla la lengua, el desconocimiento de las leyes y ayudas, una mayor falta de recursos, la discriminación que padecen por parte de la sociedad e instituciones, y la posibilidad de ser expulsadas si se encuentran en condiciones de irregularidad. Finalmente, *la cultura*. En este caso es la cultura latina, en la cual el núcleo familiar es el central, y el asumir el rol de madre es uno de los aspectos más importante para muchas mujeres.

Todo esto hace que salir de la relación sea un proceso complejo, en el que muchas mujeres no tienen garantías de que recibirán apoyo en caso de hacerlo, ya sea a un nivel familiar, social o legal. Además, en la gran mayoría de casos el actuar puede suponer poner en riesgo su vida y la del infante, lo cual tiene un gran peso en la toma de decisión.

5.1. INCIDENCIA Y PREVALENCIA

Autor/es	Aspectos destacables	
Bessa, et al. (2014)	Factores de riesgo sociodemográficos más comunes: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nivel educativo bajo (tanto por parte de la mujer como del hombre) ▪ Abuso previo al embarazo/relación actual ▪ Dependencia económica ▪ Creencias religiosas ▪ Cultura ▪ Ser joven ▪ Consumo de sustancias (tanto por parte de la mujer como del hombre) 	
Chisholm, et al. (2017)	Factores de riesgo sociodemográficos: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Edad inferior a los 30 años ▪ Ser inmigrante ▪ Tener menos de 12 años de estudios 	
Devries, et al. (2010)	Factores de riesgo	Factores protectores
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Demografía ▪ Primer embarazo 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Etapa de embarazo ▪ Aspectos culturales que ensalzan el rol de la madre
Martín, et al. (2001)	Mayor abuso durante los 12 meses posteriores al embarazo Mayor abuso si sufrieron malos tratos de manera repetida antes del embarazo	
Taillieu & Brownridge (2010)	Durante el embarazo el porcentaje de abuso oscilaba entre 0,9% a 30% En los estudios en que diferenciaban tipos de violencia, los porcentajes obtenidos eran: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Abuso físico: 3% a 10,9% ▪ Abuso verbal y/o emocional: 1,5 a 36% ▪ Abuso sexual: 1% a 3,9% 	

Tabla 2. Factores que inciden a una mayor prevalencia de violencia durante el embarazo y posterior.

Siguiendo lo obtenido en los estudios mostrados en la tabla 2, y coincidiendo con lo expuesto hasta ahora, se puede observar como la violencia durante el embarazo no es la más común. Acorde con la mayoría de las investigaciones, ésta suele ser más prominente en las etapas posteriores al embarazo. Devries, et. al (2010) observan que parece ser que la violencia durante el embarazo surge especialmente en los primeros embarazos. Argumentan que puede ser debido al estrés que supone asumir el rol de padre, así como el hecho de que la mayoría sean más jóvenes, y por tanto se hallen emocionalmente menos preparadas y sean económicamente más

dependientes de su pareja. Martin, et al. (2001) también resaltan la peculiaridad de la relación entre un historial de abuso previo al estado de gestación y un mayor abuso durante esa fase. Esto último coincide con lo expuesto por Bessa, et al. (2014), sin embargo, estos autores remarcan la importancia de la variedad de violencia experimentada con la situación sociodemográfica de éstas. En la tabla 2 se muestran los diferentes factores que percibieron que tenían mayor relevancia en el ser víctima de abuso tanto durante el embarazo como una vez se asume el rol de madre.

Estos elementos no son exclusivos ni tiene la misma relevancia dependiendo del lugar del que se hable. Los autores de este estudio hallaron que:

- ❖ En el caso de África, el hecho de estar soltera y embarazada, así como el tener hijo/as de diferentes padres, eran factores de gran importancia. Ha esto se le añadía el rechazo a usar anticonceptivos, lo que lleva en muchas ocasiones a embarazos no deseados que provocan más casos de depresión y prácticas de aborto.
- ❖ Dentro del continente africano, destaca el caso de Nigeria, donde el maltrato a mujeres llegaba al 58,6%. En esta situación, destaca el tener un nivel educativo bajo y la dependencia económica.
- ❖ Del continente asiático, la cultura y religión eran los elementos más predominantes. En el caso de Irán observaron cómo sobresalía el haber sido abusadas con anterioridad, el bajo nivel educativo y se añadía a la probabilidad de un mayor abuso el haber denunciado con anterioridad su situación, el consumo de *opium* por parte de la pareja y el haberse casado antes de los 18 años.
- ❖ En India se extrajo como la violencia no era ejercida únicamente por la pareja, sino que la familia de éste también contribuía. Hallaron como un 48,2% eran abusadas por su pareja, mientras que un 61,3% lo eran además por la madre de su pareja y un 22,6% por la/s hermana/s.
- ❖ En general, el porcentaje de mujeres que sufren este tipo de maltrato, así como los factores asociados a él; son similares tanto en países desarrollados como en países en desarrollo.

Este factor más cultural se ve también reflejado en el estudio de Chisholm, et al. (2017), quienes además resaltan el ser inmigrante, en este caso, en Estados Unidos. Estos autores observaron cómo las mujeres afroamericanas y provenientes de la India y Alaska padecían una mayor violencia que las mujeres nativas (des de porcentajes de 6,5% y 5,8% respectivamente, a 28% y 20%).

6. INTERVENCIONES

Debido a lo mencionado anteriormente, es necesario que la intervención que se lleve a cabo tenga en consideración lo que implica ser madre, además de otras variables que afectan a la manera de sobrellevar la situación de maltrato. En las tablas 3 y 4 puede observarse un resumen de las diferentes intervenciones analizadas.

AUTOR/ES	MCFARLANE, ET AL. (2000)	MEJDOUBI, ET AL. (2013)	KIELY, ET AL. (2010)	VAN PARYS, ET AL. (2014)	ZLOTNICK, ET AL. (2011)
INTERVENCIÓN	Recursos comunitarios <i>Home visiting</i> Asesoramiento de abogados <i>Abuse screening</i>	<i>Nurse home visit</i>	Psicológica-conductual	<i>Home visiting programs</i> <i>Supportive Counseling</i>	Psicoterapia Interpersonal
VIOLENCIA ESTUDIADA	Física	Física Psicológica Sexual	Física Sexual	Física Psicológica	Depresión TEPT
EFFECTIVIDAD	Positiva, especialmente en recursos comunitarios y <i>abuse screening</i>	Durante el embarazo y los dos años posteriores Mujeres jóvenes de alto riesgo	En situaciones de poca gravedad No en caso de violencia sexual	No resultados significativos	Resultados moderados (pero en gran parte no significativos)

Tabla 3. Intervenciones durante el embarazo

6.1. DURANTE LA ETAPA DE EMBARAZO

Referente a las intervenciones realizadas durante la etapa de embarazo, muchas de ellas giran en torno a la técnica de visita o acompañamiento.

En el estudio de Van Parys, et al. (2014), se distingue la eficacia de programas consistentes en *Home visiting programs* (visitas a casa) y los de *Supportive Counseling* (asesoramiento de apoyo). En el caso del primero hay varios estudios que apoyan su eficacia en la disminución de la violencia sufrida por estas mujeres. Sin embargo, había un estudio que especificaba el tipo de disminución experimentado según quien realizaba las visitas y qué tipo de violencia se veía

afectada. En él se explicaba que si eran paraprofesionales quienes ejercían el acompañamiento, había una mejora en cuanto a la violencia psicológica experimentada e incluso había una reducción en el número de abortos. No obstante, cuando estas visitas eran efectuadas por enfermero/as, la disminución era en caso de la violencia física.

Respecto al segundo programa, la ayuda ofrecida se dividía a su vez en ayudas basadas en el comportamiento cognitivo y ayudas grupales. En cuanto a los resultados de estas técnicas, se observó como cuando se incidía en el aspecto cognitivo-comportamental, los episodios de violencia recurrentes que padecían varias de las mujeres disminuían. Por otro lado, la terapia grupal suponía una disminución en los casos de violencia física y psicológica. No obstante, ninguno de los dos métodos supuso ningún tipo de cambio en lo referente a la violencia sexual. En esta revisión advertían que, a pesar de los resultados positivos, estos no podían ser considerados concluyentes ni significativos. Han sido aspectos poco estudiados, y la falta de generalización en varios términos y elementos supone una complicación a la hora de medir un mismo efecto.

McFarlane, et al. (2000) también realizaron un estudio sobre la eficacia de la asistencia y la asignación de un mentor. En general, observaron que era eficaz en cuanto a la reducción a largo plazo de la violencia física y número de amenazas recibidas. Sin embargo, sus efectos eran mayores cuando se asignaba tanto un tutor como asistente que si únicamente se limitaban a asignar uno de ellos. También observaron como el recurso con mayores resultados era el vincular a recursos comunitarios. El conocimiento de ellos, así como el poder beneficiarse de estos, ayudaba a la situación de estas mujeres. El problema que percibieron era que muchas de ellas dejaban de buscar recursos en cuanto hallaban uno, considerándolo más que suficiente (cuando en la realidad no lo era).

Home visits era el segundo método más eficaz, coincidiendo con los resultados positivos del estudio anterior; seguido finalmente del asesoramiento de abogados. Este último fue la única vía en la que no se obtuvieron resultados significativos, tal vez debido a que los abogados mayoritariamente pueden aportar ayuda a nivel legal y muchas mujeres han tenido una experiencia negativa o tienen una opinión adversa al sistema judicial.

Pese a ser el conocimiento y vinculación a recursos comunitarios la opción con mejores resultados, en la investigación se concluye como el *abuse screening* puede ser la herramienta más útil para detectar y prevenir el abuso. El único inconveniente que hallan es el criterio

seguido para ser empleado, que hasta ahora se ciñe a la valoración del médico que lo lleve a cabo. Sugieren que para un mayor impacto y efectividad se diseñe un criterio estándar de uso, de manera que se emplee siempre que confluyan una serie de variables. Mejdoubi, et al. (2013) también apoyan la eficacia de los métodos de visita y acompañamiento. En este caso, el realizado por enfermero/as.

No obstante, las intervenciones no se limitan solamente a estas técnicas, también se aplican desde una vertiente más psicológica. Un ejemplo sería el expuesto por Kiely, et al. (2010), en el cual intentan reducir los efectos de la violencia dentro de la pareja, así como evitar complicaciones en el embarazo. Se centran en poder detectar diferentes riesgos psicosociales, incluyendo el consumo de sustancias tóxicas y alcohol, para poder dirigir la actuación sobre ellos. Para ello utilizan herramientas para la detección de indicios de abuso, depresión y ansiedad (estos dos últimos especialmente para mejorar el resultado del embarazo).

Se pudo observar como esta intervención conseguía reducir los efectos y el abuso sufrido por las mujeres del estudio, sin embargo, esta disminución se limitaba a mujeres de alto riesgo de exclusión y marginalización y que padecían un maltrato no considerado de severidad (empujones, tocamientos, bofetones, torcer el brazo, insistir en mantener relaciones sexuales...etc.). Además, este descenso se limitaba a la violencia física, la violencia sexual se mantenía igual o sin cambios significativos.

Finalmente, Zlotnick, et al. (2011) aportan a su vez otra intervención dirigida más a la psique de estas mujeres. En su caso, su estudio se dirige a la aminoración del grado de depresión y TEPT basándose en los principios de la Psicoterapia Interpersonal. Su objetivo consiste en la disminución de estas problemáticas mediante la creación y consolidación de relaciones interpersonales, la mejora de la red de apoyo social y la ayuda en la transición hacia la maternidad. No hay que olvidar que en muchas ocasiones las circunstancias de maltrato llevan al aislamiento y pérdida de las diferentes relaciones fuera de la pareja, lo que conlleva la soledad y falta de apoyo de un gran número de mujeres. Esto resulta en un impacto negativo en el estado mental que, mediante la reparación de estos vínculos sociales, se intenta reparar.

Los resultados obtenidos no son significativos en lo relativo a la disminución del cese o descenso de la violencia. Sin embargo, en lo referente a la reducción del grado de depresión y TEPT, se han obtenido resultados moderados. Los efectos han sido más notables en el caso de

los síntomas de TEPT cuando se han empleado estrategias de estabilización y modelos de empoderamiento. Además, el impacto ha sido de mayor duración en cuanto a la reducción de síntomas de TEPT postnatal (3 meses posteriores al embarazo). En general estos efectos han sido hallados en mujeres que de niñas habían sufrido algún tipo de abuso, o bien si alguna vez fueron violadas. Teorizan que esto es de esta manera debido a que la depresión y el TEPT que pudieran presentar sería mayor, y por tanto habría una diferencia más notable. Pese a esto, para los casos más severos se advirtió como era necesario un número mayor de sesiones para mejorar la efectividad de la intervención.

AUTOR/ES	BAIR-MERRITT, ET AL. (2010)	GRAHAM-BERMANN & MILLER (2013)	MUZIK, ET AL. (2015)	PROSMAN, ET AL. (2013)	TAFT, ET AL. (2015)	TAFT, ET AL. (2011)
INTERVENCIÓN	<i>Home visiting programs</i>	<i>Mom Empowerment Program (MEP)</i>	<i>Mom Power (MP)</i>	<i>Trained mentor mothers</i>	<i>MOVE Project</i>	<i>Mother's AdvocateS In the Community (MOSAIC)</i>
VIOLENCIA ESTUDIADA	Física Sexual Verbal	Física Psicológica (especialmente TEPT)	Psicológica Rol de madre	Física Depresión	Física	Física Depresión
EFFECTIVIDAD	Reducción violencia física (solo durante los años de intervención)	En general resultados positivos Mejora en psique de la madre Más efectivo si tratamiento realizado conjunto a los hijo/as	Resultados positivos en general Mejora relación con hijo/a Mejora bienestar	Descenso violencia física Menos síntomas negativos Más apoyo social Más participación comunitaria	Más visitas al servicio médico en los 36 meses posteriores al embarazo Herramientas útiles para detección abuso En general no consiguió los objetivos	Mejora la seguridad y el bienestar Descenso depresión No incide niveles de estrés ni uso servicios médicos

Tabla 4. Intervenciones postparto

6.2. POSTPARTO

Las intervenciones dirigidas a la etapa postparto suelen centrarse en el desarrollo del rol de ser madre y en asegurarse que tengan una red de apoyo social a la que puedan recurrir.

Un ejemplo es el mostrado en el trabajo de Bair-Merritt, et al. (2010), donde nos presentan el método de *Home visits* para reducir la violencia sufrida, así como sus consecuencias. Este seguimiento se realiza durante tres años a madres con hijo/as de entre 1 y 6 años. El objetivo consiste en ayudar a proveer de lo necesario y encargarse de dar a conocer diferentes recursos comunitarios a los que puedan vincularse. Los resultados obtenidos de este estudio muestran como mediante este programa la violencia física desciende, sin embargo, el resto de ellas no. Es más, la violencia en la pareja disminuye solamente durante los 3 años de intervención, una vez finalizados éstos, la reducción no siempre se mantiene. Pese a esto, se ha advertido como hay tres aspectos que sí ayudan a mejorar las circunstancias: **a) la relación que mantuviera la madre con el profesional** (si ésta era basada en confianza, promovía una sensación de seguridad que permitía una mayor actuación); **b) promover la autoeficacia** (supone mayor bienestar para la mujer) y **c) apoyo social** (manera de combatir el aislamiento, además de aligerar algunas cargas reduciendo así los niveles de estrés).

Prozman, et al. (2013) siguen una línea similar, pero centrándose más en la guía de estas mujeres a partir de otras madres especializadas en este ámbito (*Trained mentor mothers*). Para ello, asignan trabajadoras sociales o doctoras con el rol de asistir a las madres y guiarlas, a fin de reducir la violencia dentro de la pareja, los síntomas depresivos y reforzar el apoyo social. El estudio consistió en 16 visitas semanales, en las cuales se dieron cuenta de que muchas mujeres necesitaban ayuda en la reversión de su situación de aislamiento, además de que una gran parte desconocía los efectos nocivos de que los hijo/as presenciaran el maltrato de su pareja. No obstante, tras transcurrir el tiempo del estudio, se obtuvieron resultados positivos:

- ❑ Un 58% de mujeres dejaron de sufrir violencia física, y en un 18% se vio reducida.
- ❑ Los síntomas depresivos se redujeron en un 35% de las mujeres.
- ❑ El apoyo social aumentó un 15% y un 49% decidió aceptar ayuda de centros de salud mental (en comparación con el 12% inicial que estaban dispuestas).
- ❑ Los niveles de participación en la comunidad aumentaron: En relación con el trabajo, pasó de un 26% a un 47%. En cuanto a los estudios, un 30% de las mujeres se vieron involucradas en el inicio o la retoma de éstos.

De manera que, a rasgos generales, esta estrategia consigue incidir en los aspectos propuestos, mejorando y aumentando el nivel de calidad de vida de estas mujeres.

Otro programa similar encabezado por la asignación de un tutor/a, es el expuesto en el trabajo de Taft, et al. (2011). En él se presenta el programa *MOSAIC*, el cual está dirigido a reducir los síntomas depresivos y la violencia en la pareja con tal de acrecentar el nivel de seguridad y bienestar de este colectivo. No obstante, y a diferencia del anterior, no se realiza mediante la intervención de especialistas, sino que es efectuada por personas que trabajan en clínicas, pero que no tienen experiencia en casos de maltrato ni como mentores.

Los resultados que se obtuvieron con esta técnica no fueron tan prometedores como en el caso anterior. Los síntomas depresivos se vieron reducidos de un 72% a un 22%, en comparación con el grupo de control donde pasó de un 60% a un 33%. Pese a esto, no hubo efecto en los niveles de estrés que presentaban gran parte de las mujeres ni tampoco supuso un cambio en cuanto al uso de servicios de atención médica. Sin embargo, a rasgos generales, parece que hubo algún efecto en la sensación de seguridad y bienestar.

Estos autores observaron, además, como uno de los mayores problemas a la hora de aplicar esta intervención era la falta de confianza de muchos clínicos a preguntar sobre la situación de maltrato. Consideran que este puede ser uno de los componentes que impidieron un mayor impacto, así como también el número de muestra y la falta de disposición a creer que pudiera funcionar de alguno/as participantes.

Siguiendo con programas que incluyen la intervención de enfermero/as, encontramos el mostrado por Taft, et al. (2015): *MOVE*. Este proyecto consiste en la detección de violencia doméstica, incluyendo estrategias de control y detección, ofreciendo directrices y pautas para cómo actuar en determinadas situaciones, y ofreciendo consulta y asistencia en caso de que sea necesario. Todo ello con la finalidad de ayudar a entender y identificar las circunstancias en que se hallan este grupo de mujeres, para que a su vez decidan aumentar las visitas planificadas a los servicios de atención médica para un control rutinario. El programa no consiguió un aumento de lo propuesto a largo plazo, pero sí que hubo más visitas en el caso de los 36 meses posteriores al parto. Además, los profesionales médicos evaluaron de manera positiva las herramientas de detección.

En lo referente a intervenciones dirigidas más a tratar síntomas psicológicos hallamos el expuesto por Muzik, et al. (2015), *Mom Power (MP)*. Este programa dirigido a familias de alto riesgo de exclusión consiste en 13 sesiones en las cuales se intenta trabajar la forma de crianza, así como desarrollar habilidades de autocuidado; centrándose en el estado mental de la madre, sus habilidades de crianza y el compromiso con el tratamiento.

El estudio concluyó de manera positiva, siendo reconocido por las participantes como amistosos y útil. La relación madre-hijo se vio beneficiada durante el trayecto, y en general, el bienestar de ambos mejoró notablemente. Para este resultado, los autores distinguen una serie de factores clave que consideran que han ayudado al éxito del tratamiento:

- ❖ La sensación de seguridad y confianza aportada por los profesionales y personas encargadas de ejecutar el programa
- ❖ La autoeficacia surgida de estrategias de empoderamiento
- ❖ Dotación de habilidades para el cuidado de una misma y del estado mental
- ❖ Técnicas de resolución de problemas y regulación emocional
- ❖ Estrategias en la crianza de los hijo/as
- ❖ Practicar diferentes situaciones en las que puedan encontrarse y cómo hacerles frente
- ❖ Apoyo social

Como puede observarse, muchos de los elementos mencionados se hallan también en los otros estudios citados anteriormente. También coincide en parte con el último programa a analizar, *Mom Empowerment Program (MEP)*, estudiado por Graham-Bermann y Miller (2013). Su finalidad es empoderar a la mujer mediante la dotación de estrategias para combatir los efectos y violencia experimentada y mejorar su estado mental, principalmente centrándose en el TEPT. Para ello se realizan 10 sesiones semanales, en las que se aplica una intervención terapéutica grupal basada en la comunidad. Esta intervención es dirigida a tres grupos, el formado por las madres y sus hijo/as, el formado únicamente por los hijo/as, y finalmente un grupo control.

Los resultados extraídos del programa, en términos generales, es que funciona. Sin embargo, el mayor impacto se haya en el grupo conformado por madres e hijo/as.

7. DISCUSIÓN

Las intervenciones dirigidas a combatir la situación de maltrato en caso de maternidad han mostrado ser de cierta utilidad en lo referente a la reducción del padecimiento de violencia física. En general, tanto las empleadas durante la etapa de gestación como posteriores a ésta, muestran un descenso en cuanto a la frecuencia y gravedad de este tipo de violencia. Sin embargo, las efectuadas durante la fase postnatal son las que exhiben mejores resultados. No solo en cuanto a la significación de su impacto, sino porque también lograron incidir en las consecuencias derivadas de la violencia psicológica.

Estos logros resultan principalmente de los programas basados en la asistencia o acompañamiento de tutores, especialmente en el caso de madres entrenadas; la reestructuración de la red social de apoyo, la presentación y vinculación a recursos comunitarios y la dotación de habilidades para la autoeficacia. Asimismo, la construcción de confianza y un espacio seguro, así como el ser informadas sobre el fenómeno de la violencia en la pareja con sus consecuentes manifestaciones y efectos, son elementos claves para tener más éxito.

Pese a esto, estas intervenciones presentan varios aspectos a tener en consideración. En primer lugar, ninguna de ellas incidió en la violencia sexual, siendo, junto con la física; uno de los tipos de agresiones más padecidas por las mujeres. De la misma forma, varios estudios exponen las dificultades a la hora de medir la violencia psicológica y, por ende, incidir en ella. En segundo lugar, las muestras en las que se obtuvo buenos resultados tenían unas características específicas que favorecían los resultados: estaban conformados por mujeres que sufrían de lo considerado “violencia no severa”, y que presentaban una alta cantidad de factores de riesgo. Esto podía suponer que el cambio en el aumento de bienestar no se debiera tanto a una variación de la situación de maltrato como lo sería en la situación de marginación. No obstante, esto no implica que no sean intervenciones útiles. Simplemente son programas más específicos en que para que se obtenga el resultado deseado es necesario que se cumpla lo mencionado.

De igual forma, muchos programas expresaron problemas con las y los participantes. Por un lado, en el caso del grupo de mujeres maltratadas, hubo bastantes que acabaron abandonando el tratamiento, sobre todo las que sufrían de violencia más severa y/o se hallaban más involucradas con la pareja (agresor más dominante y controlador). También, debido a que en varias ocasiones eran mujeres inmigrantes, hubo varios problemas con el lenguaje. Por su parte,

en el caso de los profesionales (o quien debía ejecutar la intervención) en algún estudio se mencionaba la dificultad de hablar sobre el tema, y la inseguridad de cómo tratarlo.

A todo esto, se le añade que, en lo referente a las intervenciones dirigidas a las mujeres embarazadas y el resultado de este embarazo, solo se tenía en cuenta los casos en los que nacía el no-nato, no se tenían en consideración los casos de muerte del feto.

Finalmente, muchos de los estudios mencionan resultados no significativos o moderados, requiriendo una mayor investigación sobre el tema para unos resultados más certeros.

Por tanto, a pesar de la mayor concienciación y detección del fenómeno, aún continúan habiendo varios aspectos a modelar, empezando por la necesidad de unificación e interpretación homóloga de la diferente terminología. En muchas ocasiones no se sabe que acciones engloba cada tipo de violencia estudiada, lo que conduce a problemas de medición y comparación en el campo de la investigación. Esto, a su vez, perjudica al diseño y evaluación de las diferentes políticas dirigidas a esta problemática puesto que es necesario tener conocimiento de la dinámica de este fenómeno para poder hacerle frente.

No obstante, de los diferentes estudios se ha podido extraer la complejidad del problema, y varios aspectos a tener en cuenta. Entre ellos el hecho de que, pese a que para muchas mujeres la etapa de embarazo sirve como periodo de protección (al menos en lo referente a la violencia física, es necesario más estudio en cuanto a violencia psicológica y sexual), cuando ocurre es de alta gravedad, siendo en muchas ocasiones la causa de muerte de muchas mujeres embarazadas. Además, esta violencia experimentada se ve alterada sobre todo por factores como el nivel educativo, la dependencia económica, el ser joven, la cultura, el ser inmigrante y el haber sido abusada previamente.

Asimismo, muchas no son capaces de reconocer que son abusadas. Esto es en parte debido a que la sociedad ha perpetuado y consentido (y continúa consintiendo) relaciones de parejas abusivas, provocando que determinados comportamientos sean vistos y considerados normales. Cada acción abusiva hace mella en la psique de la mujer, disminuyendo su autoestima y valoración personal, reduciendo (si no eliminando) su red de apoyo social, creando miedo y dependencia hacia su agresor y, por tanto, dificultando que ni siquiera se plantee el abandonar la relación. Cuando se añade el tener un hijo/a esto empeora, sobre todo en lo referente a su estado mental y la dificultad de abandonar la relación. Esta es una situación que pocos entienden, inclusive en el grupo de personas dedicadas a combatir esta problemática.

Letourneau, Young, Secco, Stewart, Hughes y Critchley (2011) expresaron en su trabajo como en muchos casos los servicios a los que deben recurrir estas mujeres transmiten una sensación de crítica y falta de empatía por su situación. Además, añaden su falta de promoción, lo que conlleva el desconocimiento de la ayuda que puedan aportar; y la insuficiencia de servicios ofrecidos. Por ello, hay una necesidad de servicios de apoyo en que puedan lograr entender la situación desde una perspectiva empática y no crítica; en la cual se añadan ayudas para poder acceder a estos servicios (transporte, cuidado de los niño/as...) y se construya una relación de confianza para que se convierta en un espacio seguro para la mujer. Asimismo, estos autores sugieren el enseñar a familiares y amigos maneras de ayudar a sobrellevar la situación que sufren puesto que a veces, pese a la buena intención de asistirles, acaban empeorando sus circunstancias.

8. CONCLUSIÓN

Gracias al movimiento feminista, la detección y concienciación de la violencia de género ha ido en aumento, continuando hasta el día de hoy luchando para combatir esta problemática de carácter mundial. Una de las manifestaciones más comunes es el maltrato en la pareja, situación que se ve alterada cuando se añade a sus circunstancias el ser madre. Todo ello supone mayor probabilidad de mantenerse en la relación abusiva, peligrando a su vez, y de manera desintencionada; el bienestar y desarrollo del hijo/a. Por ello, se han realizado una serie de intervenciones dirigidas a esta problemática. Éstas están basadas esencialmente en visitas y acompañamientos, así como en dar a conocer los recursos disponibles hasta ahora (los cuales son necesarios revisar). Para una mayor certeza hace falta un mayor estudio del tema, puesto que no hay suficientes investigaciones para poder concluir nada sobre la verdadera eficacia de los diferentes programas mencionados. La finalidad de este trabajo se halla en promover un mayor interés por continuar evaluando y estudiando este fenómeno del cual se desprenden consecuencias altamente negativas, tanto para la mujer como para los hijo/as.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Asamblea General de Naciones Unidas. (1994) Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer, 1-5.
2. Bair-Merritt, M. H., Jennings, J. M., Chen, R., Burrell, L., McFarlane, E., Fuddy, L., & Duggan, A. K. (2010). Reducing maternal intimate partner violence after the birth of a child: a randomized controlled trial of the Hawaii Healthy Start Home Visitation Program. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 164(1), 16-23.
3. Bessa, M. M. M., Drezett, J., Rolim, M., & de Abreu, L. C. (2014). Violence against women during pregnancy: sistematized revision. *Reprodução & Climatério*, 29(2), 71-79
4. Blanco, P., Ruiz-Jarabo, C., García de Vinuesa, L., & Martín-García, M. (2004). La violencia de pareja y la salud de las mujeres. *Gaceta Sanitaria*, 18(4), 182-188.
5. Breiding, M., Basile, K. C., Smith, S. G., Black, M. C., & Mahendra, R. R. (2015). Intimate partner violence surveillance: uniform definitions and recommended data elements. Version 2.0.
6. Campbell, J. C. (1986). Nursing assessment for risk of homicide with battered women. *Advances in Nursing Science*.
7. Campbell, J. C. (1989). Women's responses to sexual abuse in intimate relationships. *Health care for women international*, 10(4), 335-346.
8. Campbell, J. C. (2002). Health consequences of intimate partner violence. *The lancet*, 359(9314), 1331-1336.
9. Campbell, J. C., & Lewandowski, L. A. (1997). Mental and physical health effects of intimate partner violence on women and children. *Psychiatric Clinics*, 20(2), 353-374.

10. Casanueva, C., Martin, S. L., Runyan, D. K., Barth, R. P., & Bradley, R. H. (2008). Quality of maternal parenting among intimate-partner violence victims involved with the child welfare system. *Journal of family Violence, 23*(6), 413-427.
11. Cascardi, M., & O'Leary, K. D. (1992). Depressive symptomatology, self-esteem, and self-blame in battered women. *Journal of family Violence, 7*(4), 249-259.
12. Chisholm, C. A., Bullock, L., & Ferguson, J. E. J. (2017). Intimate partner violence and pregnancy: epidemiology and impact. *American Journal of Obstetrics & Gynecology, 217*(2), 141-144
13. Devries, K. M., Kishor, S., Johnson, H., Stöckl, H., Bacchus, L. J., Garcia-Moreno, C., & Watts, C. (2010). Intimate partner violence during pregnancy: analysis of prevalence data from 19 countries. *Reproductive health matters, 18*(36), 158-170.
14. Escartín Caparros, M. J. (1995). Violencia y mujer: la intervención de crisis con mujeres maltratadas y sus hijos. *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social, N. 3 (octubre 1995); pp. 77-84.*
15. García-Moreno, C., Jansen, H. A., Ellsberg, M., Heise, L., & Watts, C. H. (2006). Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *The lancet, 368*(9543), 1260-1269.
16. García-Moreno, C., & World Health Organization. (2005). WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women: initial results on prevalence, health outcomes and women's responses.
17. Gelles, R. J. (2000). Estimating the incidence and prevalence of violence against women: National data systems and sources. *Violence Against Women, 6*(7), 784-804.
18. Graham-Bermann, S. A., & Miller, L. E. (2013). Intervention to reduce traumatic stress following intimate partner violence: An efficacy trial of the Moms' Empowerment Program (MEP). *Psychodynamic Psychiatry, 41*(2), 329-349.

19. Kelly, U. A. (2009). "I'm a mother first": The influence of mothering in the decision-making processes of battered immigrant Latino women. *Research in Nursing & Health*, 32(3), 286-297.
20. Kiely, M., El-Mohandes, A. A., El-Khorazaty, M. N., & Gantz, M. G. (2010). An integrated intervention to reduce intimate partner violence in pregnancy: a randomized trial. *Obstetrics and gynecology*, 115(2 Pt 1), 273.
21. Kilpatrick, D. G. (2004). What is violence against women: Defining and measuring the problem. *Journal of interpersonal violence*, 19(11), 1209-1234.
22. Krantz, G., & Garcia-Moreno, C. (2005). Violence against women. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 59(10), 818-821
23. Letourneau, N. L., Fedick, C. B., & Willms, J. D. (2007). Mothering and domestic violence: A longitudinal analysis. *Journal of Family Violence*, 22(8), 649-659
24. Letourneau, N., Young, C., Secco, L., Stewart, M., Hughes, J., & Critchley, K. (2011). Supporting mothering: service providers' perspectives of mothers and young children affected by intimate partner violence. *Research in Nursing & Health*, 34(3), 192-203.
25. Ludermir, A. B., Lewis, G., Valongueiro, S. A., de Araújo, T. V. B., & Araya, R. (2010). Violence against women by their intimate partner during pregnancy and postnatal depression: a prospective cohort study. *The Lancet*, 376(9744), 903-910.
26. Martin, S. L., Mackie, L., Kupper, L. L., Buescher, P. A., & Moracco, K. E. (2001). Physical abuse of women before, during and after pregnancy. *Journal of the American Medical Association*, 285(12), 1581-1584
27. McFarlane, J., Soeken, K., & Wiist, W. (2000). An evaluation of interventions to decrease intimate partner violence to pregnant women. *Public Health Nursing*, 17(6), 443-451.

28. McMahon, S., Huang, C. C., Boxer, P., & Postmus, J. L. (2011). The impact of emotional and physical violence during pregnancy on maternal and child health at one year post-partum. *Children and Youth Services Review, 33*(11), 2103-2111.
29. Mejdoubi, J., van den Heijkant, S. C., van Leerdam, F. J., Heymans, M. W., Hirasing, R. A., & Crijnen, A. A. (2013). Effect of nurse home visits vs. usual care on reducing intimate partner violence in young high-risk pregnant women: a randomized controlled trial. *PloS one, 8*(10), e78185.
30. Messinger, A. M. (2011). Invisible victims: Same-sex IPV in the national violence against women survey. *Journal of interpersonal violence, 26*(11), 2228-2243.
31. Muzik, M., Rosenblum, K. L., Alfafara, E. A., Schuster, M. M., Miller, N. M., Waddell, R. M., & Kohler, E. S. (2015). Mom Power: preliminary outcomes of a group intervention to improve mental health and parenting among high-risk mothers. *Archives of women's mental health, 18*(3), 507-521.
32. Petersen, R., Moracco, K. E., Goldstein, K. M., & Clark, K. A. (2005). Moving beyond disclosure: women's perspectives on barriers and motivators to seeking assistance for intimate partner violence. *Women & health, 40*(3), 63-76
33. Prozman, G. J., Lo Fo Wong, S. H., & Lagro-Janssen, A. L. (2013). Support by trained mentor mothers for abused women: a promising intervention in primary care. *Family practice, 31*(1), 71-80
34. Randell, K. A., Bledsoe, L. K., Shroff, P. L., & Pierce, M. C. (2012). Mothers' motivations for intimate partner violence help-seeking. *Journal of family violence, 27*(1), 55-62.
35. Rhodes, K. V., Cerulli, C., Dichter, M. E., Kothari, C. L., & Barg, F. K. (2010). "I didn't want to put them through that": The influence of children on victim decision-making in intimate partner violence cases. *Journal of Family Violence, 25*(5), 485-493.

36. Scribano, P. V., Stevens, J., Kaizar, E., & NFP-IPV Research Team. (2013). The effects of intimate partner violence before, during, and after pregnancy in nurse visited first time mothers. *Maternal and child health journal*, 17(2), 307-318.
37. Sharps, P. W., Laughon, K., & Giangrande, S. K. (2007). Intimate partner violence and the childbearing year: maternal and infant health consequences. *Trauma, Violence, & Abuse*, 8(2), 105-116
38. Slep, A. M. S., & O'leary, S. G. (2005). Parent and partner violence in families with young children: rates, patterns, and connections. *Journal of consulting and clinical psychology*, 73(3), 435.
39. Taft, A. J., Small, R., Hegarty, K. L., Watson, L. F., Gold, L., & Lumley, J. A. (2011). Mothers' AdvocateS In the Community (MOSAIC)-non-professional mentor support to reduce intimate partner violence and depression in mothers: a cluster randomised trial in primary care. *BMC public health*, 11(1), 178.
40. Taft, A. J., Hooker, L., Humphreys, C., Hegarty, K., Walter, R., Adams, C., ... & Small, R. (2015). Maternal and child health nurse screening and care for mothers experiencing domestic violence (MOVE): a cluster randomised trial. *BMC medicine*, 13(1), 150.
41. Taillieu, T. L., & Brownridge, D. A. (2010). Violence against pregnant women: Prevalence, patterns, risk factors, theories, and directions for future research. *Aggression and Violent Behavior*, 15(1), 14-35
42. Taylor, C. A., Guterman, N. B., Lee, S. J., & Rathouz, P. J. (2009). Intimate partner violence, maternal stress, nativity, and risk for maternal maltreatment of young children. *American journal of public health*, 99(1), 175-183
43. Thompson, R. S., Bonomi, A. E., Anderson, M., Reid, R. J., Dimer, J. A., Carrell, D., & Rivara, F. P. (2006). Intimate partner violence: Prevalence, types, and chronicity in adult women. *American journal of preventive medicine*, 30(6), 447-457.

44. Tjaden, P. G., & Thoennes, N. (2000). Extent, nature, and consequences of intimate partner violence. (más mujeres víctimas)
45. Tjaden, P., & Thoennes, N. (2000). Prevalence and consequences of male-to-female and female-to-male intimate partner violence as measured by the National Violence Against Women Survey. *Violence against women*, 6(2), 142-161.
46. Van Parys, A. S., Verhamme, A., Temmerman, M., & Verstraelen, H. (2014). Intimate partner violence and pregnancy: A systematic review of interventions. *PloS one*, 9(1), e85084.
47. Vatnar, S. K. B., & Bjørkly, S. (2010). Does it make any difference if she is a mother? An interactional perspective on intimate partner violence with a focus on motherhood and pregnancy. *Journal of Interpersonal Violence*, 25(1), 94-110
48. Zink, T., Elder, N., & Jacobson, J. (2003). How children affect the mother/victim's process in intimate partner violence. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 157(6), 587-592.
49. Zlotnick, C., Capezza, N. M., & Parker, D. (2011). An interpersonally based intervention for low-income pregnant women with intimate partner violence: a pilot study. *Archives of women's mental health*, 14(1), 55-65.