

Violencia contra la mujer durante la gestación y postparto infligida por su pareja en Centros de Atención Primaria de la zona norte de Santiago, Chile

MARIBEL MELLA^{1,b}, LORENA BINFA^{1,a},
ALICIA CARRASCO^{1,c}, CLAUDIA CORNEJO^{1,d},
GABRIEL CAVADA^{1,2,e}, LORETO PANTOJA^{1,c}

Prevalence and factors associated with partner violence among pregnant and puerperal women in Santiago, Chile

Background: Violence against women (VAW) is a violation of women's fundamental rights and special attention must be paid during the gestational and postpartum period. **Aim:** To determine the prevalence of violence against women attending antenatal and postpartum controls in Primary Health Centers. **Material and Method:** The Woman Abuse Screening Tool (WAST) for early detection of VAW was applied to 279 pregnant and 102 puerperal women attending five public primary health centers in metropolitan Santiago. **Results:** The prevalence of violence against pregnant and puerperal women was 5.7 and 5.9%, respectively. In both groups, the factors associated with a greater risk of violence were being immigrants, a history of domestic violence, not having a supportive partner and alcohol consumption by the partner. **Conclusions:** Violence against these women is a multifactorial, complex and structural phenomenon, which involves the victim, the abuser and the entire social system. Primary health care level and health professionals can be key elements applying early detection strategies, timely referral mechanisms and bringing emotional support for victims. (Rev Med Chile 2021; 149: 543-553)

Key words: Intimate Partner Violence; Postpartum Period; Pregnant Women; Prevalence.

La violencia contra las mujeres (VCM) es un problema salud pública y de violación de los derechos humanos. Tal es su magnitud que en el quinto objetivo de desarrollo sostenible de la ONU (Organización de las Naciones Unidas), se aborda la importancia de lograr la igualdad entre los géneros y el empoderamiento de mujeres y niñas de manera de eliminar todas las formas de violencia¹. La ONU define la VCM como "todo acto de violencia de género que resulte, o pueda tener como resultado un daño físico, sexual

o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada"². La VCM que ejerce la pareja puede incluir lesiones físicas y sexuales, riesgo de infecciones de transmisión sexual, embarazo no deseado, complicaciones perinatales, hasta la muerte³.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reporta a nivel mundial una prevalencia de violencia física y sexual hacia las mujeres de aproximada-

¹Departamento de Promoción de la Salud de la Mujer y el Recién Nacido, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Santiago, Chile.

²Escuela de Salud Pública.

³Prof. Titular, Matrona MSP Escuela Salud Pública, Universidad de Chile. Ph.D en Ciencias Médicas Instituto Karolinska. Suecia.

⁴Prof. Asistente, Matrona Magister en Bioética. Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

⁵Prof. Asistente, Matrona MSP Escuela Salud Pública, Universidad de Chile.

⁶Acad. Matrona Magister en Afectividad y Sexualidad, Universidad de Santiago de Chile.

⁷Bioestadístico, MS, PhD Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Santiago de Chile.

Financiamiento II Concurso Proyectos de Investigación en Salud 2016, Facultad de Medicina - Universidad de Chile. Esta investigación no presenta conflicto de interés.

Recibido el 19 de agosto de 2020, aceptado el 3 de febrero de 2021.

Correspondencia a:
Loreto Pantoja Manzanarez
Independencia 1027. Santiago,
Chile.
lpantoja@uchile.cl

mente 30%⁴, lo que se condice con cifras regionales donde se han encontrado prevalencias de entre 14-17% a 58,5% por parte de la pareja íntima⁵.

La VCM puede ser grave durante el período gestacional y postparto, en América Latina y el Caribe entre 3% y 44%⁶ de las gestantes informan haber sufrido violencia por parte de su pareja. En Chile, una revisión de 2014 afirma que la prevalencia en población general fluctúa entre 40,8% y 50,3%, solo 2 estudios reportan datos de violencia durante la gestación, la cual es aproximadamente de 14,5%⁷. Otro estudio multicéntrico reporta que 50% de la mujeres declaró haber sido golpeada por primera vez durante la gestación^{8,9}.

Las mujeres víctimas de violencia tienen una baja autoestima, carencias afectivas, adopción de conductas de riesgo, entorno toxicómano¹⁰, dificultades económicas, baja escolaridad, dependencia económica del agresor¹¹ así como exposición a la violencia parental como testigo o víctima^{12,13}. En cuanto a los agresores estos serían más propensos a la violencia en presencia de estrés, celos y sospecha de infidelidad¹⁴, irascibilidad, ausencia de empatía, baja autoestima, abuso de alcohol y drogas, actitudes positivas hacia la violencia y experiencias previas de violencia en relaciones anteriores^{15,16}.

La VCM durante la gestación tiene consecuencias múltiples; mayor riesgo de embarazos no planeados, estrés psicológico, baja o nula asistencia a control prenatal, mayor riesgo de pre-eclampsia¹⁷, mal nutrición, ansiedad y depresión, abortos espontáneos, infecciones de transmisión sexual (ITS) y parto prematuro⁸, posterior al parto mayor riesgo de depresión^{7,18}. En cuanto al feto o recién nacido se reportó un mayor riesgo de restricción del crecimiento intrauterino⁷, bajo peso al nacimiento, prematuridad⁸, malformaciones congénitas, muerte fetal o neonatal, muerte en el primer año de vida, mayor morbilidad respiratoria, además, los hijos de madres víctimas de violencia, durante el primer año de vida presentan menor adhesión a controles de salud⁷. En la infancia existen múltiples consecuencias biopsicosociales^{6,19-23}. La violencia es transgeneracional, estudios señalan que el observar violencia entre los padres, está relacionado con el padecer violencia en un futuro, ya que se emiten señales de aceptación de la agresión²⁴.

En Chile, faltan estudios que aporten con cifras actualizadas sobre VCM durante la gestación y el postparto. La atención prenatal y postnatal

pueden constituir una oportunidad para detectar estos eventos, dado que las mujeres acceden a los servicios de salud⁸. Existe el programa de protección a la primera infancia Chile Crece Contigo²⁵ que entre sus acciones comprende la detección de factores de riesgo gestacionales entre los que incluye detección de violencia. No obstante, esta no es detectada durante el postparto y tampoco se tienen registros claros de su detección e intervención. En consecuencia, este estudio tiene como objetivo determinar la prevalencia de violencia contra las mujeres atendidas en centros de atención primaria de salud de la comuna de Recoleta durante la gestación y postparto y su asociación con características de la víctima y del agresor.

Material y Método

Estudio observacional transversal analítico²⁶ en cinco centros de atención de primaria de la comuna de Recoleta. Las participantes fueron mujeres atendidas durante su control prenatal y postparto que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión: mayores de 18 años, pareja presente durante la gestación y en el control a la sexta semana postparto, de habla hispana. Las mujeres estudiadas durante la gestación y en el postparto no fueron las mismas necesariamente.

Para determinar la presencia de VCM se utilizó el instrumento “*Woman Abuse Screening Tool (WAST)*”, el cual está compuesto por ocho ítems en los que se pregunta por el grado de tensión y de miedo existente en la relación de pareja y luego directamente por la existencia de episodios violentos y abusivos, tanto a nivel físico, sexual como emocional. Este instrumento fue traducido al español y validado en pacientes hispanohablantes²⁷, además ha sido adaptado culturalmente y validado en mujeres chilenas que permitió calificarlo como una adecuada herramienta diagnóstica²⁸. Cada pregunta tiene tres opciones de respuesta, que van de menor a mayor gravedad, otorgándole una puntuación de 3 a 1 punto. El puntaje total va de un mínimo de 8 (sin violencia) a un máximo de 24 puntos (la mayor violencia), considerando un puntaje total igual o mayor a 15 como “presencia de violencia contra la mujer”. Adicionalmente se aplicó un formulario para recolectar información sobre antecedentes de las mujeres y sus parejas.

Con el fin de estimar una media de puntaje to-

tal del instrumento que determinó la presencia de violencia de alrededor de 14 puntos con un error de estimación no superior a un punto, y estimando una desviación estándar de 3 puntos y con un nivel de confianza de 95% fue necesario reclutar por lo menos 36 mujeres durante el embarazo y 36 mujeres en el postparto. Las participantes fueron seleccionadas a través de un muestreo por conveniencia cumpliendo con los criterios de inclusión.

Los instrumentos fueron aplicados por estudiantes de pregrado de la carrera de Obstetricia de la Universidad de Chile y matronas de los centros de Salud, quienes fueron capacitadas previamente. Las entrevistas fueron realizadas en un lugar privado, libre de interrupciones al interior del centro de salud cuando las mujeres acudieron a su control prenatal o de planificación familiar en el postparto. Además, el equipo investigador realizó supervisiones y reuniones intermedias para constatar la calidad de la recogida de datos.

Para el análisis de los datos se utilizó estadística descriptiva, las variables continuas se describieron como promedio y desviación estándar, las variables categóricas mediante frecuencias y proporciones. Todas las estimaciones consideran su intervalo de confianza con un nivel 95%. La asociación entre violencia y las variables estudiadas en la mujer y el agresor fue determinada mediante un modelo de regresión lineal múltiple con variable respuesta puntaje total del instrumento WAST y variables explicativas de la mujer: edad, escolaridad, estado civil, ocupación, ser inmigrante, número de hijos, antecedente de violencia en su familia de origen, apoyo de la pareja y apoyo de la familia; y variables explicativas de la pareja: edad, escolaridad, ocupación, consumo de alcohol y consumo de drogas, utilizando Stata 14.0.

Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile (Acta N°27 del 23 de mayo de 2017). Cada participante firmó un consentimiento informado luego que le fuera explicado el propósito del estudio. Si en la encuesta WAST obtenía una puntuación de 15 puntos o más, a la mujer se le entregaba información relativa al protocolo de derivación a través del cual se le otorgaban las facilidades necesarias para una atención con trabajadora social y/o psicóloga/o del centro de salud primaria y/o derivación al Centro de la Mujer de Recoleta, si deseaba, sin implicar ningún costo adicional para ella.

Resultados

Fueron incluidas en el estudio 279 gestantes y 102 mujeres en período postparto, caracterizadas en Tabla 1 y sus parejas en Tabla 2.

El 35,6% de las gestantes y 39,2% en el postparto declararon haber vivido durante su infancia episodios de violencia al interior de su familia.

Tabla 1. Caracterización de mujeres incluidas en el estudio durante la gestación y en el periodo postparto

Variables		Gestación	Postparto
Edad Media	(sd)	26,9 (6,0)	28,4 (6,0)
Escolaridad	n (%)		
Educación básica incompleta		6 (2,2)	2 (2,0)
Educación básica completa		16 (5,7)	3 (2,9)
Educación media incompleta		48 (17,2)	12 (11,8)
Educación media completa		114 (40,9)	54 (52,9)
Educación superior completa o incompleta		95 (34,1)	31 (30,4)
Estado civil	n (%)		
Casada		45 (16,1)	28 (27,4)
Soltera		81 (29,0)	17 (16,7)
Conviviente		143 (51,2)	56 (54,9)
Separada		6 (2,1)	1 (0,9)
Divorciada		4 (1,4)	
Ocupación	n (%)		
Dueña de casa		121 (43,5)	40 (39,2)
Estudiante		24 (8,6)	7 (6,9)
Trabajadora remunerada dependiente		115 (41,4)	50 (49,0)
Trabajadora remunerada independiente		18 (6,5)	5 (4,9)
Inmigrante	n (%)		
Sí		105 (37,6)	37 (36,3)
No		174 (62,4)	65 (63,7)
País procedencia inmigrantes	n (%)		
Perú		60 (57,1)	21 (57)
Venezuela		12 (11,4)	
Bolivia		8 (7,6)	
Número hijos	Media (sd)	0,9 (1,1)	1,3 (1,2)

Tabla 2. Caracterización parejas de mujeres incluidas en el estudio durante la gestación y en el período postparto

Variables		Gestación	Postparto
Edad media	(sd)	29,1 (6,8)	31,2 (7,1)
Escolaridad	n (%)		
Educación básica incompleta		10 (3,6)	4 (3,9)
Educación básica completa		18 (6,5)	4 (3,9)
Educación media incompleta		44 (15,8)	15 (14,7)
Educación media completa		135 (48,6)	50 (49,0)
Educación superior completa o incompleta		71 (25,5)	29 (28,4)
Ocupación	n (%)		
Cesante (sin ocupación remunerada)		19 (6,8)	6 (5,9)
Estudiante		11 (3,9)	1 (0,9)
Trabajador remunerado dependiente		204 (73,1)	67 (65,7)
Trabajador remunerado independiente		45 (16,1)	28 (27,6)
Consumo de bebidas alcohólicas	n (%)		
Nunca		67 (24,0)	34 (33,3)
1 vez al mes o menos		121 (43,4)	40 (39,2)
2 o 4 veces al mes		76 (27,2)	22 (21,6)
2 o 3 veces a la semana		13 (4,7)	4 (3,9)
4 o más veces a la semana		2 (0,7)	2 (2,0)
Nº tragos consumidos en un día típico de consumo	n (%)		
Entre 0-2		137 (55,0)	55 (58,5)
Entre 3-4		74 (29,7)	26 (27,7)
Entre 5-6		24 (9,6)	7 (7,5)
Entre 7-9		7 (2,8)	2 (2,1)
10 o más		7 (2,8)	2 (4,3)
Consumo 6 tragos o más en una ocasión			
Nunca		123 (46,9)	53 (57,0)
Menos de una vez al mes		102 (38,9)	28 (39,1)
Mensualmente		26 (9,9)	8 (8,6)
Semanalmente		11 (4,2)	4 (4,3)
Todos o casi todos los días		-	-
Consumo drogas en últimos 3 meses			
Sí		54 (19,6)	19 (18,6)
No		222 (80,4)	83 (81,4)
Drogas consumidas			
Cannabis (marihuana)		53 (86,89)	15 (75,0)
Cocaína		2 (3,3)	1 (5,0)
Anfetaminas u otro tipo de estimulantes		1 (1,64)	2 (10,0)
Otro		5 (8,2)	2 (10,0)
Frecuencia de consumo de drogas			
Nunca		-	44 (72,1)
1 o 2 veces		15 (30,0)	7 (11,5)
Cada mes		10 (20,0)	1 (1,6)
Cada semana		11 (22,0)	4 (6,6)
A diario o casi a diario		14 (28,0)	5 (8,2)

Solo 46,1% de las embarazadas y 50,9% de las púerperas declararon haber planificado el embarazo (Tabla 3).

Durante la gestación y en el postparto se evidenció una media en el puntaje del instrumento de 10,1; las mujeres identificadas como víctimas de violencia durante la gestación fue de 5,7% y en el postparto de 5,9% (Tabla 4).

En el análisis desagregado del instrumento WAST en las embarazadas y mujeres en período postparto se observó que hay mujeres que declaran que con su pareja resuelven las discusiones con mucha dificultad, que las controlan en cuanto al

dinero que gastan o las hacen trabajar en exceso, perciben su relación como estresante, tienen miedo de su pareja la cual las humilla y descalifica verbalmente, declaran que las discusiones terminan en golpes, patadas o empujones y que han sido obligadas a tener relaciones sexuales para evitar tener un conflicto mayor.

En el análisis multivariado se evidenció mayor presencia de violencia en ambos grupos en las mujeres inmigrantes, las que tenían antecedentes de violencia intrafamiliar, las que no contaban con el apoyo de la pareja y cuando hay consumo de alcohol por parte de la pareja (Tabla 5).

Tabla 3. Otras características de mujeres incluidas en el estudio durante la gestación y en el período postparto

VARIABLES		Gestación	Postparto
Antecedente violencia familia	n (%)		
Sí		99 (35,6)	40 (39,2)
No		179 (64,4)	62 (60,8)
Embarazo planificado	n (%)		
Sí		128 (46,1)	52 (50,9)
No		150 (53,9)	50 (49,1)
Ingreso a control prenatal posterior de las 20 sem	n (%)		
Sí		56 (20,1)	24 (23,5)
No		223 (79,1)	78 (76,5)
Satisfacción con apoyo de la pareja	n (%)		
Sí		238 (85,3)	91 (89,2)
No		41 (14,7)	11 (10,8)
Satisfacción con apoyo de la familia	n (%)		
Sí		258 (93,1)	97 (95,1)
No		19 (6,9)	5 (4,9)

Tabla 4. Violencia de la pareja en mujeres durante el período de la gestación y postparto

	Gestación	Postparto
Puntaje Total WAST media (sd)	10,1 (2,1)	10,1 (2,4)
Violencia n (%)		
Sí	16 (5,7)	6 (5,9)
No	263 (94,3)	96 (94,1)
Derivación		
Sí	7 (43,8)	3 (50,0)
No	9 (56,2)	3 (50,0)

Tabla 5. Modelo Multivariado presencia Violencia en Embarazadas y mujeres Postparto Chile

Variable	Embarazadas		Postparto	
	coef	P value	coef	P value
Edad mujer	-0,0293995	0,338	0,1013996	0,065
Escolaridad				
Educación básica incompleta	----	----	----	----
Educación básica completa	0,9443316	0,305	4,961421	0,101
Educación media incompleta	0,002252	0,998	6,058277	0,022
Educación media completa	0,1876326	0,810	4,728359	0,076
Educación superior completa o incompleta	0,3101208	0,697	4,562446	0,097
Estado civil				
Casada	----	----	----	----
Soltera	-0,3005426	0,431	0,7039242	0,351
Conviviente	-0,345554	0,294	-0,1765016	0,719
Separada	-0,2368292	0,796	3,324237	0,346
Divorciada	0,7115526	0,494	----	----
Ocupación				
Dueña de casa	----	----	----	----
Estudiante	0,2621147	0,578	-0,6490579	0,527
Trabajadora remunerada dependiente	0,3535533	0,177	-0,7084622	0,126
Trabajadora remunerada independiente	0,70774	0,154	0,5106677	0,665
Inmigrante	0,6973299	0,006	1,158574	0,017
Número hijos	0,1592152	0,238	-0,1772966	0,475
Antecedente violencia familia	0,6058245	0,013	-0,0099686	0,984
Apoyo pareja	-2,964634	0,000	-2,880725	0,003
Apoyo familia	-0,6083917	0,203	0,9638407	0,348
Edad pareja	-0,0067243	0,789	-0,0826702	0,050
Escolaridad pareja				
Educación básica incompleta	----	----	----	----
Educación básica completa	-0,3216433	0,667	0,5191806	0,753
Educación media incompleta	-0,5307973	0,425	1,943212	0,206
Educación media completa	-0,5935447	0,340	0,0828293	0,952
Educación superior completa o incompleta	-0,8935507	0,175	0,4871513	0,742
Ocupación pareja				
Cesante (sin ocupación remunerada)	----	----	----	----
Estudiante	-0,0562798	0,945	-3,944927	0,118
Trabajador remunerado dependiente	-0,2645763	0,570	-2,270465	0,059
Trabajador remunerado independiente	0,0480758	0,929	-2,130224	0,099
Consumo alcohol pareja	0,3727571	0,009	0,4295108	0,097
Consumo drogas pareja	0,2094618	0,460	-0,1010549	0,881

Discusión

En nuestro estudio confirmamos que la violencia contra la mujer es un fenómeno multifactorial, complejo y estructural, que involucran a la víctima, al abusador y a todo el sistema social. Se sabe que, a nivel regional, las cifras de VCM son heterogéneas, fluctuando entre 7,1% y 66% de las gestantes^{1,4,6}, mientras que a nivel mundial van de 1,8% a 44,6%²⁹⁻³⁵. En el presente estudio la prevalencia de VCM en mujeres gestantes y puérperas fue más baja. Un estudio de la OMS, encontró que la prevalencia de la violencia física en el embarazo oscila entre el 1% en Japón hasta el 28% en Perú, encontrándose la mayoría de las regiones entre el 4% y 12%³⁶. En Chile, las cifras son heterogéneas encontrándose superiores a las reportadas por este estudio, oscilando entre el 28,8%³⁷ y 35%³⁸. Las diferencias y dificultades de comparar cifras a nivel internacional y nacional se pueden explicar, por las diferentes metodologías utilizadas en los estudios, fuentes de información, instrumentos de pesquisa y formas de presentar los datos^{39,40}, además del momento en que se realiza la pesquisa durante el embarazo. Es decir, si se realiza una sola evaluación durante la gestación, como en este estudio, o varias evaluaciones durante el proceso, esto podría influir en las diferencias encontradas, ya que se han observado patrones en los cuales la violencia se intensifica al inicio de la gestación en algunas mujeres, en otros se mantiene y en otros se detiene a lo largo esta⁴¹.

Un aspecto relevante que arroja este estudio asociado a mayor presencia de violencia es la condición de inmigrante, esto concuerda con la literatura, dado que ser inmigrante podría implicar vulnerabilidades asociadas al nivel socioeconómico, etnia, instituciones y contexto político en que viven estas mujeres, presentando mayor magnitud de violencia de género, menores alternativas para solucionarlo y mayor riesgo de femicidio que las mujeres no inmigrantes^{42,43}. Las mujeres en situación de inmigración podrían tener una red social más débil y menos recursos institucionales a los que solicitar ayuda^{44,45}, además, estas mujeres se encuentran muy ligadas a las creencias tradicionales de sus países de origen, lo que puede dificultar el cómo abordan la violencia y cómo se relacionan con los servicios del país receptor⁴⁶. La falta de apoyo social a mujeres embarazadas condiciona una mayor probabilidad de estar expuestas a episodios

de violencia por parte de su pareja^{30,47}, esto es particularmente importante en este estudio, debido a que los centros de salud incluidos pertenecen a la comuna de Recoleta, de la ciudad de Santiago, que presenta una gran cantidad de población inmigrante inscrita especialmente mujeres⁴⁸.

Otro aspecto relacionado con mayor presencia de violencia en el grupo de gestantes dice relación con el haber presenciado violencia durante la niñez. Esto es coincidente con estudios que reportan que mujeres con este antecedente tienen una mayor probabilidad de sufrir violencia durante la gestación⁴⁹⁻⁵¹, observándose una incidencia 1,4 veces mayor⁵². Esto es coherente con la transmisión transgeneracional de la violencia ya que, si la mujer ha vivido desde la infancia en un ambiente de violencia como testigo o víctima, se convierte en un adulto que normaliza y mantiene este ciclo en sus relaciones de pareja y familia³. Por lo anterior, es importante la detección de violencia durante la gestación y postparto con el fin de realizar intervenciones tempranas que protejan a la madre y recién nacido^{53,54}.

En cuanto a las características del agresor, en este estudio la violencia se asoció al consumo de alcohol excesivo^{3,35,51}, el consumo frecuente de alcohol tendría una incidencia mayor de presentar violencia de pareja que aquellas parejas que no consumen.

Contar con el apoyo de la familia y de la pareja, según este estudio, disminuyó significativamente la probabilidad de presentar violencia durante el embarazo y el postparto, esto sumado a seguridad, educación y empoderamiento son herramientas fundamentales para evitar la violencia. Así mismo la falta de apoyo familiar y social son barreras para dejar al abusador, aspecto exacerbado por el aislamiento social que realiza éste⁴⁵.

Todos estos hallazgos revelan que la VCM es un fenómeno multifactorial, complejo y estructural, que involucran a la víctima, al abusador y a todo el sistema social⁵⁵. Respecto a su búsqueda en el contexto de salud, la evidencia no es concluyente, la OMS establece que no recomienda que *“los servicios de salud apliquen el método de detección universal o de indagación sistemática para identificar a las mujeres que han sufrido violencia”*, esta recomendación, estaría fundamentada en que la detección sistémica podría no ser útil en países que no disponen de servicios de referencia y de personal capacitado para la detección⁵⁶. Chile cuenta

con servicios de referencia (Centros de la Mujer), además cada Centro de Salud posee equipos biopsicosociales, psicólogo y trabajadora social, que pueden colaborar en el apoyo a las víctimas, sin embargo, la mitad de las mujeres de este estudio rechazó tal derivación, aspecto que es necesario profundizar en las causas en el contexto chileno.

El sector “salud”, puede ser un agente que contribuya a abordar este fenómeno desde la detección, seguimiento y prevención primaria, sin embargo, para las mujeres actualmente no representa una red de apoyo percibiendo, tanto del sistema como de los profesionales, instancias puntuales e impersonales de atención relacionadas con la lesión y no con el proceso de afrontamiento⁵⁷. Para que “salud” sea visto como un real apoyo necesita disponer de personal sensibilizado y capacitado, que adopte un enfoque centrado en la víctima⁵⁶. Muchos profesionales de la salud desconocen las múltiples y graves consecuencias que tiene la violencia en las mujeres y su entorno y no relacionan esta búsqueda con su quehacer⁵⁸. Por otra parte, es importante contar con una red de derivación que funcione y proteja a las mujeres considerando protocolos de intervención para el empoderamiento y emancipación⁵⁹, en este aspecto, la o el profesional matrona/matrón que acompaña de manera continua y sistemática gran parte del curso de vida de las mujeres, logrando niveles de empatía y confianza necesarios para revelar estas situaciones, puede situarse como un actor clave en la prevención primaria y secundaria del fenómeno. Todos estos aspectos son medulares para poder incorporar en la atención de salud la búsqueda sistemática de la violencia.

Agradecimientos: A cada una de las mujeres que accedieron y se dieron el tiempo de contestar el instrumento de detección de violencia permitiendo ser interrogadas en tan sensible temática. Al Departamento de Salud de la Municipalidad de Recoleta por permitir realizar esta investigación en los Centros de Salud Familiar de la Comuna. A profesionales matronas y matrones de cada uno de los centros, estudiantes de pregrado de la carrera de Obstetricia y Puericultura de la Universidad de Chile, estudiantes de postgrado de la Universidad de Emory- Atlanta Estados Unidos, fundamentales en la etapa del trabajo de campo. Al equipo de profesionales del Centro de la Mujer Recoleta, apoyo indispensable en la

derivación de las mujeres víctimas de violencia. Y por último al Fondo de Proyectos de Investigación en Salud de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile que creyó en la importancia de este estudio.

Referencias

1. Organización Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo Sostenible [Consultado el 20 de julio de 2020] Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/gender-equality/>.
2. Organización Mundial de la Salud. Violencia Contra la Mujer 2020 [Consultado el 20 de julio de 2020] Disponible en: https://www.who.int/topics/gender_based_violence/es/.
3. Valadares G, de Oliveira Neves E, Moreira C, de Almeida Costa P, Mendes S. Violence and Women's Mental Health. In: Rennó Jr J, Valadares G, Cantilino A, Mendes-Ribeiro J, Rocha R, Geraldo da Silva A, editors. Women's Mental Health: A Clinical and Evidence-Based Guide. Cham: Springer International Publishing 2020; 291-322.
4. Organización Mundial de la Salud. Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer: prevalencia y efectos sobre la salud de la violencia de pareja y la violencia sexual no asociada 2013 [vi, 51 p. Resumen ejecutivo publicado en francés, árabe, inglés, ruso, chino y español como documento técnico: WHO / RHR / HRP / 13.06]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/85239>.
5. Bott S, Guedes A, Ruiz-Celis AP, Mendoza JA. Intimate partner violence in the Americas: a systematic review and reanalysis of national prevalence estimates. Revista panamericana de salud pública 2019; 43.
6. Organización Panamericana de la Salud. La violencia contra la mujer guarda relación con los problemas de la salud reproductiva 2014 [Available from: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10229:2014-violence-against-women-is-linked-to-reproductive-health-problems&Itemid=1926 =es.
7. León T, Grez M, Prato JA, Torres R, Ruiz S. Violencia intrafamiliar en Chile y su impacto en la salud: una revisión sistemática. Rev Med Chile 2014; 142 (8): 1014-22.
8. Organización Mundial de la Salud. Intimate Partner violence during pregnancy 2011 [Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70764/1/WHO_RHR_11.35_eng.pdf.

9. Brownridge DA, Taillieu TL, Tyler KA, Tiwari A, Chan KL, Santos SC. Pregnancy and intimate partner violence: risk factors, severity, and health effects. *Violence Against Women* 2011; 17 (7): 858-81.
10. González-Ortega I, Echeburúa E, Corral Pd. Variables significativas en las relaciones violentas en parejas jóvenes: una revisión. *Psicología conductual* 2008; 16 (2): 207-25.
11. Encinas FJL, Fernández-Velasco MR, Rincón P. Características psicopatológicas de mujeres víctimas de violencia de pareja. *Psicothema* 2010; 22 (1): 99-105.
12. Rey C. Rasgos Sociodemográficos e historia de maltrato en la familia de origen, de un grupo de hombres que han ejercido violencia hacia su pareja y de un grupo de mujeres víctimas de este tipo de violencia. *Revista Colombiana de Psicología* 2002; 11: 81-90.
13. Lacunza I, Martínez-Cengotitabengoa M. Pregnancy Depression from a Gender Perspective. *Psychopathology in Women: Springer* 2015; 451-79.
14. Hellmuth JC, Gordon KC, Stuart GL, Moore TM. Risk factors for intimate partner violence during pregnancy and postpartum. *Archives of women's mental health* 2013; 16 (1): 19-27.
15. Ramírez Bonilla EJ. Relación entre violencia de pareja contra la mujer y la aparición de depresión en el postparto: Universidad Nacional de Colombia [Consultado el 30 de julio de 2020] Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/8905/1/539374.2012.pdf>.
16. Torres A, Lemos-Giráldez S, Herrero J. Violencia hacia la mujer: Características psicológicas y de personalidad de los hombres que maltratan a su pareja. *Anales Psicología* 2013; 29 (1): 9-18.
17. Sánchez SE. Actualización en la epidemiología de la preeclampsia: update. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia* 2014; 60 (4): 309-20.
18. Ludermir AB, Lewis G, Valongueiro SA, de Araújo TVB, Araya R. Violence against women by their intimate partner during pregnancy and postnatal depression: a prospective cohort study. *The Lancet* 2010; 376 (9744): 903-10.
19. Collado PS, Villanueva EL. [Relationship between domestic violence during pregnancy and risk of low weight in the newborn]. *Ginecología y obstetricia de Mexico* 2007; 75 (5): 259-67.
20. Alcántara M-V, López-Soler C, Castro M, López JJ. Alteraciones psicológicas en menores expuestos a violencia de género: prevalencia y diferencias de género y edad. *Anales de psicología* 2013; 29 (3): 741-7.
21. Holmes MR. The sleeper effect of intimate partner violence exposure: long-term consequences on young children's aggressive behavior. *Journal of child psychology and psychiatry*. 2013; 54 (9): 986-95.
22. Holmes MR. Aggressive behavior of children exposed to intimate partner violence: An examination of maternal mental health, maternal warmth and child maltreatment. *Child abuse & neglect* 2013; 37 (8): 520-30.
23. Olaya B, Tarragona MJ, de la Osa Chaparro N, Ezpeleta L. Protocolo de evaluación de niños y adolescentes víctimas de la violencia doméstica. *Papeles del psicólogo* 2008; 29 (1): 123-35.
24. McFarlane J, Symes L, Binder BK, Maddoux J, Paulson R. Maternal-child dyads of functioning: the intergenerational impact of violence against women on children. *Maternal and child health journal* 2014; 18 (9): 2236-43.
25. Gobierno de Chile. Protección Integral a la Infancia. Chile Crece Contigo [Available from: <http://www.crececontigo.gob.cl/temas-y-recomendaciones/gestacion-y-nacimiento/>].
26. Duarte A. Estudios de Corte Transversal. In: Panamericana EM, editor. *Epidemiología Clínica: Investigación Clínica Aplicada*. Colombia 2015; 188-97.
27. Fogarty CT, Brown JB. Screening for abuse in Spanish-speaking women. *The Journal of the American Board of Family Practice* 2002; 15 (2): 101-11.
28. Binfa L, Cancino V, Ugarte I, Mella M, Cavada G. Adaptación del instrumento WAST para la detección de violencia doméstica en Centros de Salud. *Rev Med Chile* 2018; 146 (3): 331-40.
29. Audi CAF, Segall-Corrêa AM, Santiago SM, Andrade MdGG, Pèrez-Escamila R. Violence against pregnant women: prevalence and associated factors. *Rev Saude publica* 2008; 42: 877-85.
30. Nguyen TH, Ngo TV, Nguyen VD, Nguyen HD, Nguyen HTT, Gammeltoft T, et al. Intimate partner violence during pregnancy in Vietnam: prevalence, risk factors and the role of social support. *Global health action* 2018; 11 (sup3): 1638052.
31. Orpin J, Papadopoulos C, Puthussery S. The prevalence of domestic violence among pregnant women in Nigeria: a systematic review. *Trauma, Violence, & Abuse* 2020; 21 (1): 3-15.
32. Finnbogadóttir H, Dykes A-K, Wann-Hansson C. Prevalence and incidence of domestic violence during pregnancy and associated risk factors: a longitudinal cohort study in the south of Sweden. *BMC pregnancy and childbirth* 2016; 16 (1): 228.
33. Maciel MN, Blondel B, Saurel-Cubizolles M-J. Physical violence during pregnancy in France: frequency and impact on the health of expectant mothers and new-borns. *Maternal and child health journal* 2019; 23 (8): 1108-16.

34. Mejía CR, Delgado M, Mostto F, Torres R, Verastegui-Díaz A, Cárdenas MM, et al. Maltrato durante el embarazo adolescente: Un estudio descriptivo en gestantes que se atienden en un hospital público de Lima. *Revista chilena de obstetricia y ginecología* 2018; 83 (1): 15-21.
35. Monterrosa-Castro Á, Arteta-Acosta C, Ulloque-Caamaño L. Violencia doméstica en adolescentes embarazadas: caracterización de la pareja y prevalencia de las formas de expresión. *Iatreia* 2017; 30 (1): 34-46.
36. Organización Mundial de la Salud. Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y la violencia doméstica: primeros resultados sobre prevalencia, eventos relativos a la salud y respuestas de las mujeres a dicha violencia: resumen del informe 2005.
37. Estefó S, Mendoza-Parra S, Sáez K. Violencia física en el embarazo: realidad en el extremo sur de Chile. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*. 2014; 79 (5): 396-407.
38. Urrutia Luengo AA. Violencia contra la mujer por parte de su pareja durante el embarazo Comparación de instrumentos de pesquisa en atención primaria de salud: Universidad de Concepción. Facultad de Medicina, 2016 [Consultado el 30 de julio de 2020] Disponible en: http://repositorio.udec.cl/bitstream/11594/2095/3/Tesis_Violencia_Contra_la_Mujer_por_parte_de_su_pareja.Image.Marked.pdf.
39. Otero García MA, Ibarra Melo ME. Detrás de las cifras de violencia contra las mujeres en Colombia. *Sociedad y economía* 2017 (32): 41-64.
40. Gobierno de Chile; Subsecretaría de Prevención del Delito. Orientaciones Técnicas Prevención Psicosocial. Tipología prevención de la violencia contra las mujeres en contexto de pareja 2019 [Available from: <http://www.seguridadpublica.gov.cl/media/2019/07/Prevencion-de-la-violencia-contra-la-mujer-en-contexto-de-pareja.pdf>].
41. Taillieu TL, Brownridge DA. Violence against pregnant women: Prevalence, patterns, risk factors, theories, and directions for future research. *Aggression and Violent Behavior* 2010; 15 (1): 14-35.
42. Sanz-Barbero B, Heras-Mosterio J, Otero-García L, Vives-Cases C. Perfil sociodemográfico del feminicidio en España y su relación con las denuncias por violencia de pareja. *Gaceta sanitaria* 2016; 30 (4): 272-8.
43. Fernández-González L, Calvete E, Orue I. Mujeres víctimas de violencia de género en centros de acogida: características sociodemográficas y del maltrato. *Psychosocial Intervention* 2017; 26 (1): 9-17.
44. Hage SM. Profiles of women survivors: The development of agency in abusive relationships. *Journal of Counseling & Development* 2006; 84 (1): 83-94.
45. Silva-Martínez E. Retos para mujeres inmigrantes sobrevivientes de violencia doméstica en nuevos destinos migratorios en Estados Unidos. *Migraciones internacionales* 2012; 6 (3): 109-38.
46. Alencar-Rodrigues Rd, Espinosa LMC. ¿Cómo mujeres inmigrantes enfrentan la violencia en la relación de pareja? *Estudios de Psicología (Natal)*. 2014; 19 (1): 4-12.
47. Gashaw BT, Schei B, Magnus JH. Social ecological factors and intimate partner violence in pregnancy. *PLoS one* 2018; 13 (3).
48. Municipalidad de Recoleta. Plan de Salud 2018. [Consultado el 30 de julio 2020] Disponible en: http://www.recoleta.cl/wp-content/themes/theme1411/images/plan_salud_2018.pdf.
49. Velikonja VG, Lučovnik M, Sršen TP, Leskošek V, Krajinč M, Pavše L, et al. Violence before pregnancy and the risk of violence during pregnancy. *Journal of perinatal medicine*. 2018; 46 (1): 29-33.
50. Abramsky T, Watts CH, García-Moreno C, Devries K, Kiss L, Ellsberg M, et al. What factors are associated with recent intimate partner violence? Findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *BMC public health* 2011; 11 (1): 109.
51. Pal A, Rao R. Intimate Partner Violence During Pregnancy. In: Sharma A, editor. *Labour Room Emergencies*. Singapore: Springer Singapore 2020; 515-20.
52. Cortés J, Iveth C, Rivera Aragón S, Amorin de Castro EF, Rivera Rivera L. Violencia de pareja en mujeres: prevalencia y factores asociados. *Acta de investigación Psicológica* 2015; 5 (3): 2224-39.
53. Guedes AC, Bott S, García-Moreno C, Colombini M. Cerrar la brecha: revisión mundial acerca de las intersecciones entre la violencia contra la mujer y la violencia contra los niños y las niñas. *Rev Panam Salud Publica* 41 dec 2017.
54. Murray AL, Kaiser D, Valdebenito S, Hughes C, Baban A, Fernando AD, et al. The intergenerational effects of intimate partner violence in pregnancy: Mediating pathways and implications for prevention. *Trauma, Violence, & Abuse* 2018: 1524838018813563.
55. Da Silva A, García-Manso A, da Silva Barbosa GS. A historical review of the violences against women/Una revisión histórica de las violencias contra mujeres. *Direito e Práxis* 2019; 10 (1): 170-98.
56. Organización Mundial de la Salud. Health care for women subjected to intimate partner violence or sexual violence: a clinical handbook. 2014. World Health Organization: Geneva 2016.
57. Vieira LB, Souza IEDo, Tocantins FR, Pina-Roche F.

- Apoyo a la mujer que denuncia lo vivido de la violencia a partir de su red social. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 2015; 23 (5): 865-73.
58. Sara B, Guedes A, Guezmes A. Manual de referencia para profesionales de salud en países en desarrollo. Federación internacional de planificación de la familia Fortaleciendo la respuesta del sector de la salud a la violencia basada en género para profesionales IPPF/RHO 2010.
59. Ludermir AB, Valongueiro S, Araújo TVBd. Common mental disorders and intimate partner violence in pregnancy. *Revista de saude publica* 2014; 48: 29-35.