



GRADO EN ENFERMERÍA

TRABAJO FIN DE GRADO

REPERCUSIONES DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN EL FETO Y EN LA GESTANTE.

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

Presentado por: Dña. Paula Sánchez Dalmau.

Tutor: D. Álvaro Solaz García.

Curso: 2022-2023

Convocatoria Ordinaria

ÍNDICE DE CONTENIDOS.

1. RESUMEN GENERAL.....	3
2. INTRODUCCIÓN.....	4
3. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS.....	8
3.1. HIPÓTESIS.....	8
3.2. OBJETIVOS.....	8
3.3.1. OBJETIVO GENERAL.....	8
3.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	8
4. MATERIAL Y MÉTODOS.....	9
4.1. Diseño del Estudio.....	9
4.2. Búsqueda bibliográfica.....	9
4.3. Criterios de selección.	10
4.3.1. Criterios de inclusión.....	10
4.3.2. Criterios de exclusión.....	10
4.4. Extracción de los datos.....	10
5. RESULTADOS.....	12
6. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....	19
6.1. Variables correlacionadas.....	19
6.2. Repercusiones en madre y feto.....	20
6.3. Limitaciones.....	20
6.4. Terapias para reducir dicha violencia.....	21
7. CONCLUSIONES.....	23
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	24
9. ANEXOS.....	28

ÍNDICE DE ANEXOS.

1. ANEXO 1.....	28.
2. ANEXO 2.....	29.
3. ANEXO 3.....	30.
4. ANEXO 4.....	32.
5. ANEXO 5.....	38.

1. RESUMEN GENERAL.

Objetivo: En esta revisión bibliográfica hemos revisado literatura científica sobre la violencia de género que se le ejerce a mujeres embarazadas en diversos países para estudiar cuáles son las repercusiones que tiene este tipo de violencia tanto a nivel psicológico, físico y social en la madre, como en el curso del desarrollo del feto.

Metodología: Para ello, hemos utilizado diversas bases de datos científicas como lo son Scielo, Dialnet y Pubmed, de las cuales hemos extraído diversos artículos según los criterios de inclusión impuestos.

Resultados: Analizando los artículos y comparando los resultados de unos y otros, concluimos que, a nivel internacional, las mujeres embarazadas siguen siendo agredidas por parte de su pareja y que tienen repercusiones tanto en la madre como en el desarrollo del feto. Las mujeres sufren tres tipos de violencia, la sexual, la física y la violencia psicológica.

Por una parte, la violencia física que más frecuentemente reciben suele ser, recibir patadas, empujones y ser agredidas con bofetones. Estas agresiones pueden provocar que la víctima tenga lesiones físicas e incluso en su extremo ser hospitalizadas. Con respecto a la violencia psicológica, tiene repercusiones en la autoestima de la mujer gestante y en su estado de ánimo, lo que puede llevar a generar adicciones en la madre (alcoholemia, ser drogodependiente...).

En cuanto al feto, este hecho puede provocar que se altere la liberación de hormonas como el cortisol que genere la aceleración del parto y por tanto tenga un parto prematuro. Además, estas madres no suelen acudir a consulta prenatal o hacer su seguimiento médico que debe realizar por lo que afecta directamente al desarrollo del feto.

Conclusión: Es de relevante importancia que se impartan programas de educación para la salud sobre este tipo de violencia a todos los profesionales, es decir, transmitir un programa educativo de detección temprana de este tipo de casos en servicio de atención prenatal.

2. INTRODUCCIÓN.

Para mencionar a la violencia de género durante el embarazo debemos primero, tratar el tema de la violencia de género en aspectos generales. Referimos la violencia de género como un problema grave en la sociedad, que se pone de manifiesto a través de la discriminación y la violación de los derechos humanos de la mujer, es todo acto el cual su resultado sea el sufrimiento físico, sexual o psicológico de la mujer, por el simple hecho de serlo, cometido por el varón a su víctima, lo cual precisa una intervención integral de todas las esferas. (Delegación del gobierno contra la Violencia de Género).

Este hecho se ha mantenido oculto para la sociedad durante años ya que se desarrollaba en el ámbito privado en su mayoría. En la conferencia Mundial del Decenio de las Naciones Unidas de 1980 se confirma que la violencia de género es el crimen encubierto más frecuente del mundo. (Ruiz Pérez. I.)

Este fenómeno logró pasar la esfera de lo privado y expresarse como un grave problema a nivel público, gracias a la tarea de las organizaciones y movimientos de muchas mujeres a nivel mundial.

Según Calvo González, G., (2014): “Se estima que a nivel mundial aproximadamente el 35% de las mujeres han sido víctimas de violencia física y/o sexual. El porcentaje de mujeres maltratadas que denuncian en España es relativamente bajo, estimándose entre un 2 y 10% de los casos totales. Según el Centro de Estudios Reina Sofía, las cifras han ido en aumento, en el año 2002 se produjeron 30.199 denuncias de mujeres por maltrato de su pareja, mientras que en 2008 las cifras ascendían a 142.125 denuncias, suponiendo un incremento del 12’5% respecto a 2007, y unas 400 denuncias diarias.

Existen desigualdades territoriales, en las cifras de incidencia y de mortalidad, incluso entre provincias. Según un estudio realizado a 11475 mujeres entre el año 2006- 2007 en centros de AP en toda España, y coincidiendo con las cifras del Ministerio, existen importantes desigualdades entre comunidades, siendo Ceuta, Melilla y las Islas Baleares las que mostraron una mayor prevalencia de violencia de género, mientras que Cantabria tuvo los valores más bajos.”

Además según Jiménez-Siles et al. (2022) el número de víctimas de violencia de género (la que sufren mujeres por parte de varones que son pareja o expareja) inscritas en el Registro Central del Ministerio de Justicia aumentó en 2019 hasta las 31.911 mujeres, lo que supone un 2% más que en el año 2018. Por su parte, el número de víctimas de violencia doméstica (la que una persona sufre en el ámbito intrafamiliar) creció un 3,6% hasta las 7.654 víctimas.

Casi la mitad de las víctimas de violencia de género (el 47,1%) tenían entre 25 y 39 años. Encontrándose, por tanto, en rango de edad fértil y mayor posibilidad de embarazo. Las consecuencias del maltrato se agravan aún más si éste se produce durante el embarazo, por los posibles efectos que puede tener sobre el propio embarazo, parto y posparto. Complicaciones como hemorragia vaginal, amenaza de aborto, muerte fetal, parto prematuro, bajo peso al nacer, depresión posparto...

La tasa de víctimas fue casi tres veces superior en las nacidas en el extranjero que en las nacidas en España. Destacando las nacidas en África y América.

Parece claro que las mujeres en edad reproductiva tienen un mayor riesgo de sufrir violencia, al mismo tiempo que parece que en aquellas mujeres que sufren maltrato este empeora o se acrecienta durante el embarazo.

Son escasos los estudios de prevalencia de violencia durante el embarazo, y aún más en Europa, con muestras mucho más pequeñas.

Según datos extraídos la prevalencia de la violencia durante el embarazo en los países desarrollados oscila entre 3,4% a 8,3%. En los países en desarrollo, encontramos mayor variabilidad (3,8 a 43,8%) que en los países desarrollados. La prevalencia fue mayor en África y América Latina que en Europa y Asia.

En España, las investigaciones sobre la violencia de género en el embarazo son insuficientes, por lo que se disponen de escasos datos epidemiológicos. Uno de los estudios más significativos que estudió la prevalencia en Andalucía detectó que un 22,7% sufre algún tipo de violencia – emocional, física o sexual– dentro de su pareja en este periodo. El 21% de las mujeres sufrieron violencia emocional y el 3,6% violencia física o sexual durante la gestación.

La violencia es un mal social que está en aumento continuamente en todas sus formas, de forma que hoy en día la padecemos como endémica en comunidades y países a nivel mundial, sin distinción de clases sociales, raza, edad o religión.

Las raíces de la violencia de género provienen del contexto histórico, arraigadas a la desigualdad entre géneros y se construyen en base a un sistema de creencias sexistas que apoyan los estereotipos de género y la sumisión de la mujer al género masculino hegemónico. (Jiménez Siles et al. (2022))

Es por esto, que cabe visibilizar y poner de manifiesto la realidad de los problemas ocultos.

Una de las posibles suposiciones y creencias es que no existe violencia de género en la mujer gestante, o bien, la interrupción y pausa del maltrato cuando la mujer queda embarazada, habiendo sido víctima de esta violencia previamente.

Contrariamente, existen exacerbaciones de la violencia hacia la mujer durante la gestación, lo que supone un mayor riesgo vital ya que peligran tanto la salud de la madre como del feto. El embarazo no es un factor que proteja contra la violencia de género, todo lo contrario, es un periodo de vulnerabilidad de la mujer al abuso de diferentes raíces.

Todo esto también coloca a la mujer en una situación de vulnerabilidad afectiva y psicológica que en algunos de los casos se puede dar la situación de que desencadene secundariamente en dependencia y sumisión.

Todo esto debería llevar a que, si una mujer sufre maltrato con anterioridad a ser maltratada, no esté dispuesta a continuar soportando y llegue a atreverse a denunciar. Pero por desgracia el maltratador también sabe que la mujer sufre una situación de mayor vulnerabilidad y por esto, agrava el maltrato. Este exige mayor atención porque detecta que algo no deja que la mujer se centre en él y esto lleva a agudizar su desconfianza.

Según Valdez-Santiago, R. et al., (2004), la violencia de género durante el embarazo comenzó a ser investigada a finales de la década de los setenta y principios de la de los ochenta, en su mayoría en países más desarrollados como EEUU y Canadá.

Sánchez Chávez N.P. et al. (2013), afirma que algunas de las repercusiones de la violencia de género durante el embarazo pueden verse reflejadas en ciertos cambios de comportamiento en la mujer. No acudir a un proveedor de atención prenatal, faltar a las citas, iniciar la atención prenatal más tarde de lo recomendado, mostrar poco o ningún interés en asistir a clases de preparación para el parto.

El abusador aísla a la mujer, la mantiene dentro de casa y no permite otra persona la toque o vean el cuerpo que considera suyo. Esto conduce al incumplimiento de las recomendaciones médicas, lo que lleva a una atención prenatal inadecuada y pone en peligro la salud del bebé.

En cuanto a la violencia de género a nivel físico se pueden dar síntomas físicos inespecíficos sin causa médica que se pueda identificar.

El riesgo más extremo es la muerte materna o el suicidio. Cuando la mujer maltratada está embarazada la tasa de homicidio es tres veces superior (Ascalema Web., (2012, 16 Mayo)).

Según Alhusen, J.L, et al. (2015), a nivel psicológico la depresión posparto se determina como la alteración mental más común tras sufrir este tipo de violencia durante el embarazo.

Se puede mostrar como una disminución o pérdida de control de las emociones, sentimientos de soledad, inseguridad, culpa o vergüenza. Esta mujer puede llegar a tener pensamientos

obsesivos e incluso ideas relacionadas con la lesión a su hijo, ya que lo puede relacionar con ser el responsable de ser víctima de este maltrato.

En la etapa del embarazo, la mujer sufre mucho miedo al futuro parto y muestra una mayor preocupación por su vida, lo que conlleva muchas veces a acudir a consultas psicológicas y psiquiátricas. Se puede ver afectada la relación madre-hijo. En cuanto al feto se refiere, la violencia de género durante la etapa del embarazo lleva consigo repercusiones arrasadoras también para el feto. El estrés de la víctima puede relacionarse y llevar a cabo a un bajo peso en el feto, la premadurez y crecimiento intrauterino retardado.

Otros actos que son perjudiciales para el desarrollo y para la salud del feto son los cambios de comportamiento citados con anterioridad que experimenta la gestante. El que la mujer no acuda a las consultas o inicie los cuidados prenatales más tarde de lo que se establece, pone en riesgo la salud del feto y puede llevar a cabo complicaciones en el embarazo.

Otras repercusiones son el consumo de drogas, estas sustancias están ligadas con el riesgo de aborto espontáneo, parto prematuro, malformaciones genéticas, síndrome de abstinencia del feto, trastornos del tono muscular, vómitos, diarrea, rechazo al alimento, convulsiones y daño neurológico... todo esto dificulta claramente la vida extrauterina. (González-Hachero J., Martínez Malagón M.C., (1999)).

A pesar de que el embarazo es una etapa en donde se lleva a cabo una vida nueva, y que debería ser un periodo en que se debería respetar el bienestar de la madre y del feto, realmente, no es así, de forma que esta violencia puede aparecer, aumentar y prolongarse.

Esto resulta una gran carga para todos los países en general, y a pesar de que es generalizado, acaba afectando a las más débiles.

Por lo general, las mujeres rechazan verbalizar el problema a sus profesionales, y hoy en día se ha reconocido que es muy frecuente padecer este maltrato y tiene graves efectos sobre la salud y la vida de las embarazadas y de sus bebés.

Parece necesario que contemos con profesionales bien formados en este ámbito, debido a la magnitud del problema y las graves consecuencias en la mujer gestante.

Estos deben de detectar y ayudar a las gestantes desde los servicios sanitarios, bien desde la consulta de la matrona en atención primaria en su control del embarazo o desde atención especializada.

Esto nos hace reflexionar en si realmente contamos con una formación suficiente para realizar una buena detección de estos casos, y abordarlo correctamente por parte de cada profesional sanitario. En este caso, la matrona tiene una importante labor por su implicación en el proceso de control del embarazo y la relación de confianza que tiene con sus pacientes.

3. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS.

3.1 HIPÓTESIS.

La violencia de género en las gestantes tiene repercusiones tanto a nivel de la propia gestante como del feto.

3.2 OBJETIVOS.

3.2.1 Objetivo general.

- Determinar las repercusiones de la violencia de género tanto en el feto como en la gestante.

3.2.2 Objetivos específicos.

- Conocer las repercusiones de la violencia de género a nivel físico, psicológico y social en la mujer.
- Describir las repercusiones de la violencia de género en el feto.

4. MATERIALES Y MÉTODOS.

4.1. Diseño del Estudio

En lo que se refiere a proceso de recopilación de información empleado para llevar a cabo este fin de grado se llevó a cabo una revisión sistemática de la literatura científica en contexto académico mediante una búsqueda bibliográfica en bases de datos nacionales e internacionales desde el mes de octubre del año 2022 hasta el mes de mayo del año 2023.

Esta búsqueda partió de una pregunta de investigación en formato PICO, esto es:

PACIENTES	INTERVENCIÓN	COMPARACIÓN	OUTCOMES/RESULTADOS
Mujeres embarazadas que sean o hayan sido víctimas de violencia de género.	Violencia de género en mujeres gestantes.	No presenta.	Terapia impartida por los enfermeros para reducir la violencia de género sufrida en mujeres embarazadas.

4.2. Búsqueda bibliográfica

En esta exhaustiva búsqueda hemos consultado vía online las siguientes bases de datos electrónicas: PubMed, Dialnet y Scielo.

Previamente a la búsqueda bibliográfica en Pubmed se buscaron los Medical Subject Headings (MeSH) en la página web de descriptores de las Ciencias de la Salud (DeCS). Los descriptores utilizados fueron: “fetus” (MeSH) , “repercussions” (MeSH), “pregnant” (MeSH), “gender violence”(MeSH) combinando los operadores booleanos “AND” y “OR” para cada búsqueda.

A continuación, en la búsqueda de Dialnet y Scielo se buscaron los artículos mediante las palabras clave “gender violence”, “repercussions”, “pregnant” y “fetus”.

Para reflejar las ecuaciones empleadas en cada búsqueda realizada en cada base de datos de manera más visual, se realizaron la tabla 1, la tabla 2, la tabla 3 (véase anexo 1) y en la tabla 4, la tabla 5 y la tabla 6 (véase anexo 2).

4.3. Criterios de selección

4.3.1. Criterios de inclusión:

- **Estudios** cuya población de investigación sean embarazadas que han sufrido algún tipo de violencia de género, tanto física como psicológica, que narren las repercusiones que tiene dicha violencia hacia la mujer embarazada y hacia el feto, tanto a nivel físico, social como a nivel psicológico.
- Documentos publicados en **español e inglés**
- **Estudios con enlace a texto completo y acceso libre**
- Período durante los años **2012-2023**;
- **Estudios controlados aleatoriamente**, artículos cuasiexperimentales, revisiones bibliográficas y metaanálisis.

4.3.2. Criterios de exclusión:

- **Ensayos abiertos** (baja calidad técnico-científica)

4.4. Extracción de los datos.

La extracción de los datos se realizó en varias fases, las cuales son:

En primer lugar, se realizó una fase de valoración documental buscando minimizar sesgos y ofrecer más fiabilidad en los resultados, esto es, únicamente se utilizaron bases de datos científicas con acceso gratuito y en ellas se aplicaron diversos filtros para escoger únicamente artículos científicos recientes y con una suficiente calidad metodológica como para considerar como válidos los resultados encontrados en los artículos, dichos filtros están explicados previamente en los criterios de inclusión.

Tras la lectura del título y resumen de cada estudio identificado tras aplicar las ecuaciones de búsqueda (véase el anexo 1 y anexo 2), se fueron descartando aquellos que no cumplían los criterios de búsqueda, reduciéndose notablemente la cantidad de estudios a añadir en nuestra revisión, tal y como se podrá observar más adelante en el diagrama de flujo ejecutado. Además, se eliminaron los artículos que estaban duplicados.

Seguidamente, se llevó a cabo una evaluación metodológica mediante la **lectura crítica del texto completo** de los documentos. Para ello, se utilizó la escala Critical Appraisal Skills Programme España (CASPe), la cual fue diseñada en 1998 y es asociada a CASP

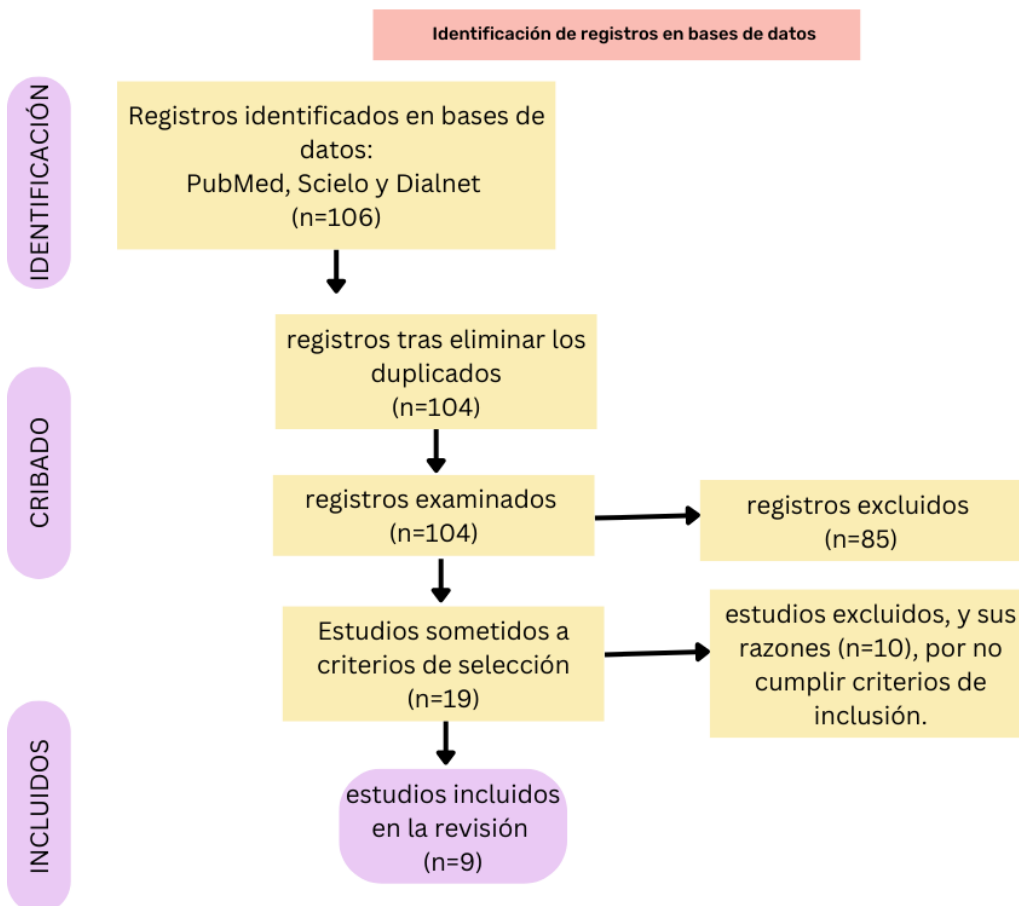
International. En concreto, utilizamos la plantilla de preguntas de estudios cualitativos para todos los artículos añadidos debido a su naturaleza metodológica. Tal y como se observará en el anexo 4, esta escala comienza con unas preguntas clave determinantes para seguir con la lectura crítica o descartar el artículo. Además, hay una serie de pistas debajo del enunciado de cada pregunta para ayudar al lector a responder dichas preguntas. La calidad de dichos estudios a evaluar se valorará en función de tres factores:

- Rigor, es decir, nivel de congruencia de la pregunta en este caso PICO con el método empleado.
- Credibilidad, hace referencia al nivel de subjetividad con el que responde el lector.
- Relevancia, evidencia de resultados.

Además, se evaluaron los niveles de evidencia y grados de recomendación de todos los documentos seleccionados, empleando las recomendaciones de la escala GRADE (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation), tal y como podemos ver en el anexo 5.

5. RESULTADOS

A continuación, mediante el siguiente diagrama se detalla de manera más visual el proceso que se ha ejecutado en la selección de los artículos, con la cantidad total de estudios identificados y cómo han ido extrayéndose dichos artículos según los criterios de inclusión y eliminando los artículos duplicados hasta finalizar con la cantidad de nueve artículos incluidos en esta revisión bibliográfica.



- A) En el apartado de Anexos, en concreto en el anexo nº2 encontramos la tabla nº4, la tabla 5 y la tabla 6, en las cuales se explica el nº de estudios encontrados y seleccionados de cada base de datos empleando diversas ecuaciones de búsqueda para cada una y las diferentes búsquedas que se hicieron, especificando más en concreto la ecuación de búsqueda para cada búsqueda.

En la siguiente tabla se reflejan los resultados encontrados en cada estudio tras realizar su lectura.

TABLA 7:

Autor	Año	Tipo de estudio	N	Resultados	Conclusión	Evidencia de resultados ESCALA GRADE
Ashenafi	2020	transversal	3015	12% violencia física, 24% psicológica y 11% sexual.	Repercusiones a nivel físico, psicológico y a nivel sexual	Bajo
Gabreslasie et al.	2020	transversal	648	Víctimas de violencia 3 veces más propensas a parto prematuro	Repercusiones en el feto	Bajo
Islam et al.	2021	transversal	426	36% violencia psicológica, el 17% violencia física, psicológica y sexual simultáneamente y el 36% sufrió violencia física y psicológica	Repercusiones a nivel físico, psicológico y a nivel sexual	Bajo

Kassa	2016	transversal	216	12% sufrían violencia física y retrasaban la asistencia al servicio prenatal	Repercusiones a nivel físico y al feto	Bajo
Pastor-Moreno et al.	2018	trasnversal	754	4% violencia física en embarazos y un 2% en su embarazo actual	Sufren violencia durante el embarazo	Bajo
Sánchez-Chávez et al.	2013	transversal	142	55% violencia física, 65% económica y 9,5% sexual	Repercusiones a nivel físico, económica y sexual	Bajo
Tadesse et al.	2020	Estudio de casos y controles	414	44% de partos prematuros habían sufrido violencia	Posible aceleración del parto debido a sufrir violencia durante el embarazo	Bajo
Yimer et al.	2014	transversal	425	32% sufrían violencia 24% violencia psicológica 11% física 15% sexual	Repercusiones a nivel físico, psicológico y a nivel sexual	Bajo

Yohanness et al.	2019	transversal	299	65% violencia durante el embarazo 44% fisica, 39% psicológica y 24% sufren violencia sexual	Repercusiones a nivel físico, emocional y sexual	Bajo
------------------	------	-------------	-----	--	--	------

* Para realizar la lectura crítica de todos los estudios utilizamos la plantilla CASPE para estudios cualitativos, la cual se puede observar en el anexo 4. Tras aplicar la plantilla a todos los artículos respondieron Sí a todas las preguntas, por lo que tienen una buena calidad metodológica.

En un total de 106 artículos encontrados en las diferentes bases de datos, basándonos en los criterios de inclusión, se seleccionaron nueve artículos para la realización del análisis final de los resultados, ya que eran los que más se ceñían a los criterios de inclusión preestablecidos y a los distintos objetivos del estudio. Entre las bases de datos seleccionadas para la realización del estudio, la base de datos de la que mayor número de artículo se extrajo fue Pubmed, (n=6), seguido de Dialnet (n=2) y finalmente de Scielo (n=1).

Todos los estudios seleccionados eran artículos observacionales, transversales y descriptivos, la metodología a aplicar eran entrevistas y cuestionarios a administrar a las mujeres víctimas de violencia de género que acudían a consulta de atención médica sin la presencia de su pareja, es decir, el agresor en estos casos.

En cuanto a los objetivos del estudio, tal y como pudimos comprobar en los estudios seleccionados se cumple la hipótesis propuesta, la violencia de género durante el embarazo tiene repercusiones a nivel físico, psicológico, emocional tanto en la madre como en el desarrollo del feto.

Comenzamos hablando sobre los diversos tipos de violencia que sufre la madre gestante y cómo altera su estado de salud dicha violencia.

Con respecto a la violencia física ejercida hacia la madre gestante, en el estudio de Sánchez-Chávez et al., (2013) se confirma que la violencia física durante el embarazo es un problema sanitario que requiere atención médica inmediata ya que la violencia en su extremo puede llegar incluso a provocar la muerte de la gestante. Asimismo, en el estudio de Kassa et al., (2014), se comprobó que, entre las diversas formas de ejercer violencia física hacia la mujer embarazada, la más frecuente era patear (38%), seguido de pegar (27 %) y por último sufrir empujones (12 %), al contrario que los resultados encontrados en el estudio de Ashenafi (2020), en el que se obtuvo como resultados que la violencia más frecuentemente ejercida hacia la víctima fue empujar (8%), seguido de abofetear (6%). Debido a esto, la víctima gestante puede incluso llegar a ser hospitalizada al sufrir gran violencia física según Sánchez- Chávez., (2013).

Con respecto a la violencia psicológica, el artículo de Ashenafi (2020) afirma que la más frecuente de este tipo de violencia es insultar (23%), seguido de humillar a la mujer (10%). Además, en el estudio de Sánchez-Chávez et al. (2013), así como el de Islam et al. (2021), se comprueba que la violencia emocional afecta al estado de ánimo de la madre y a su autoestima, la cual disminuye, provocando que tenga una mala percepción de sí misma, pudiendo incluso llegar a sufrir depresión. Además, en el estudio de Pastor-Moreno G. (2018), descubrieron que la violencia a nivel psicológico está correlacionada con problemas de morbilidad psíquica y llevar unos estilos de vida perjudiciales, como consumir estupefacientes o abusar del alcohol, lo que puede provocar malformidades en el feto o alterar su desarrollo. Asimismo, en el estudio de Tadesse et al. (2020) se afirmó que aquellas mujeres que habían sufrido violencia emocional eran tres veces más vulnerables a padecer un parto prematuro que las mujeres que no habían sufrido violencia psicológica durante el embarazo. Parece ser que este tipo de violencia influye notablemente en la liberación de hormonas en el organismo de la madre, acelerando el curso del desarrollo del feto, esto puede ser porque la violencia emocional influya en el eje hipotálamo pituitario y suprarrenal, lo que incrementa los niveles de CRH y la hormona adrenocorticotrópica (ACTH) en la víctima, lo que a su vez incrementa la producción prematura de cortisol y estrógeno, acelerando el parto prematuro.

Otra forma de violencia ejercida hacia las mujeres gestantes según Yohanness et al. (2019) y Ashenafi (2020) es forzar a las mujeres a tener relaciones sexuales cuando ellas no quieren ejercerlas (violencia sexual). Este tipo de violencia según el artículo de Ashenafi (2020) provoca problemas ginecológicos en la madre como sangrado vaginal inusual, lesiones graves o infecciones.

En cuanto a las repercusiones en el curso del embarazo y en el feto, los estudios de Pastor-Moreno G. (2018) y Sánchez-Chávez (2013) demuestran que la mayoría de las víctimas gestantes no acuden a consulta prenatal o se retrasan en su asistencia, por lo que no se da el seguimiento médico del estado prenatal del feto que debería de haber y se descubrió que hay correlación entre la violencia física y las complicaciones durante el embarazo o el parto, por lo que también hay repercusiones en el curso del embarazo y el nacimiento del bebé. Además, en los estudios de Tadesse et al. (2020) y Gebreslassie (2020), se encontró correlación significativa entre el parto prematuro y la violencia física ejercida durante el embarazo hacia la mujer gestante, por lo que la violencia física sí afecta al curso del desarrollo del feto e incluso al parto. No obstante, no está demostrado que afecte al curso del desarrollo del feto puesto que en artículos como el de Tadesse et al. (2020) se refutó que hubiera correlación significativa entre aquellas mujeres que habían sido víctimas de violación sexual por parte de su pareja mientras estaban

embarazadas y el padecer parto prematuro, esto podría explicarse por la delicadeza de la temática, lo cual puede que influya en el testimonio de la víctima.

No obstante, al tratarse de estudios donde la intervención se basó en aplicar un cuestionario, es decir, son estudios cualitativos descriptivos, el nivel de calidad metodológica fue bajo y el nivel de evidencia según la escala GRADE fue bajo en todos los estudios ya que en todos incluían diversas limitaciones explicadas en el siguiente apartado.

6. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.

En resumen, tal y como se plantea en la hipótesis inicial, en todos los estudios seleccionados para esta revisión bibliográfica hay evidencia de que numerosas mujeres de todo el mundo sufren violencia de género y un porcentaje muy alto sufre dicha violencia durante el embarazo. Esta violencia puede ser a nivel físico, psicológico y sexual y pueden darse simultáneamente o por separado.

Es de vital importancia detectar a tiempo en consulta las mujeres que están sufriendo violencia de género y que se dé atención médica a estas víctimas en consulta, pues se trata de un problema de salud importante que en su mayor intensidad podría llevar a la muerte tanto a la víctima gestante como al feto.

6.1. Variables correlacionadas

Por otra parte, en cuanto a las posibles variables que pueden estar correlacionadas con la ejecución de violencia de género durante el embarazo, se encontró en estudios como el de Islam et al. (2021) y de Yohannssen et al. (2019), que hay correlación positiva entre el abuso de alcohol de la pareja de la víctima y la ejecución de violencia de género hacia ella, lo cual podría estar correlacionado debido a la relación existente entre el abuso de alcohol y la alteración de los neurotransmisores en el cerebro del agresor. Además, se encontró que el no tener apoyo social fuera de la relación de pareja, tiene correlación positiva con la violencia de género en estado gestante.

También se encontró en estudios como el de Ashenafi (2020) e Islam (2021) que había correlación significativa entre el nivel educativo de la víctima y su pareja con la violencia, esto es, a mayor nivel educativo, menos violencia sufrían. Esto puede deberse a que la víctima tendría una serie de conocimientos e información sobre sus derechos y mayor capacidad de negociación que aquellas mujeres que viven en zonas rurales.

Por otra parte, en estudios como el de Islam et al. (2021), no se encontró correlación entre la clase social de la víctima y la violencia, por lo que parece ser que el nivel sociocultural de la persona no influye en la ejecución de la violencia doméstica.

Asimismo, en el artículo de Yimer et al. (2014) se encontró correlación positiva entre el matrimonio a edades muy tempranas (menores de 15 años) y la ejecución de la violencia doméstica; otra variable que resultó tener correlación positiva con ejercer la violencia hacia su pareja durante el embarazo sería la exposición interparental a la violencia doméstica, ya que presenciarla conllevaría normalizar dicha violencia desde bien pequeños como un medio para solucionar nuestros conflictos, por lo que no serían conscientes de la gravedad del asunto. Además, en este mismo estudio se encontró correlación positiva entre el hecho de que la pareja de la víctima no desee el embarazo y la ejecución de la violencia doméstica (esta correlación también se da en el estudio de Kassa et al. (2016)). No obstante, es conveniente estudiar todas estas correlaciones en profundidad para confirmar o descartar dichas correlaciones, ya que la cantidad de estudios que las han investigado es escasa todavía.

6.2 Repercusiones en madre y feto

Tal y como hemos explicado en el apartado anterior, las diversas manifestaciones de violencia hacia la madre influyen en el estado de salud de esta, puede generarle lesiones en su organismo e incluso si es muy intensa la violencia que sufre puede llegar a ser hospitalizada. Además, la violencia emocional afecta a la autoestima y al estado de ánimo de la víctima gestante, incluso puede llegar a liberar determinadas hormonas que precipiten el parto. También puede sufrir incluso depresión, lo cual puede derivar en adquirir adicciones al alcohol o estupefacientes químicos para evadir la realidad, afectando a su salud y al del niño que espera dentro de su barriga.

Está claro que la violencia de género en mujeres gestantes afecta al curso del desarrollo del feto e incluso puede llegar a acelerar su nacimiento, provocando un parto prematuro.

6.3 Limitaciones

Con respecto a las limitaciones encontradas en la búsqueda bibliográfica, la escasez de estudios sobre la temática en España impide estudiar más en profundidad la incidencia existente en la actualidad en nuestro país, además de que todos los estudios que encontramos fueron descriptivos, no había ningún ensayo controlado aleatoriamente, el cual tiene una mayor calidad metodológica que los estudios cualitativos. Por lo que es necesario que se ejecuten más estudios en nuestro país para poder conocer bien la

realidad actual ante la violencia de género durante los embarazos, además de que deberían de realizarse más ensayos clínicos aleatorios para que los resultados sean más fiables y válidos.

En cuanto a las limitaciones que presentan los estudios, las medidas empleadas son poco objetivas, ya que son simples autoinformes, lo que conllevaría un alto estigma, por lo que las medidas de las variables relacionadas con la violencia doméstica no tendrían la suficiente calidad metodológica. Además, en el estudio de Pastor Moreno et al. (2018) y de Islam et al. (2021), se explica que haya un alto sesgo de selección, ya que se excluyeron aquellas mujeres que acudían a atención médica acompañadas de su pareja y las que no sabían leer. Además, al ser todos los estudios transversales hay que considerar que el sesgo de recuerdo puede afectar a los resultados hallados (Islam et al., 2021).

6.4 Terapias para reducir dicha violencia

Ante toda esta situación, se han encontrado estudios en las que diversas terapias de intervención aplicados por el personal sanitario han sido eficaces en la reducción y disminución de la ejecución de la violencia doméstica en mujeres embarazadas como lo son:

- En el estudio cuasiexperimental de Taghizadeh et al. (2018), se encontraron diferencias significativas entre el grupo control y el grupo de intervención psicosocial, pues se redujo significativamente la violencia física y psicológica en el grupo experimental en comparación con el grupo control. Esta intervención se basó en cuatro ensayos de entrenamiento de resolución de problemas impartidos por enfermeras. No obstante, no hubo diferencias significativas en la tasa de violencia sexual que sufrían dichas mujeres. Sería conveniente realizar más estudios utilizando dicha intervención psicosocial para generalizar los resultados, pues puede ser un remedio eficaz para reducir de manera significativa la violencia a nivel físico y psicológico que sufran las pacientes embarazadas que acudan a consulta.
- En el estudio de Mutisya et al. (2018), se realizó una intervención psicosocial dentro de un estudio controlado aleatoriamente, el cual concluyó en que había diferencias significativas entre el grupo de intervención y de control, tras haber finalizado la terapia. Los resultados fueron una disminución significativa de la violencia en general y la violencia física, por lo que sería conveniente realizar más estudios en consulta para que en caso de que los resultados concuerden con los de este artículo, se generalice este tipo de terapia en consulta para reducir la violencia que sufren las mujeres embarazadas.

Por otra parte:

- En el estudio de Pallitto et al. (2016), se plantea un proyecto en el que, en un ensayo controlado aleatoriamente, diversas enfermeras formadas realizarán una terapia de asesoramiento de empoderamiento, que según el autor puede llegar a disminuir la violencia física doméstica, de la cuales son víctimas.

Por tanto, el rol del enfermero y el personal sanitario en estos casos es de vital importancia, ya que detectar a tiempo estos casos en consulta médica y tratarlos a tiempo puede evitar malformaciones o alteraciones en el desarrollo del feto o incluso puede llegar a reducir la violencia que le imparte su pareja a la gestante.

7. CONCLUSIONES

En esta revisión sistemática, hemos comprobado que se dan casos de violencia de género hacia la pareja durante el estado de embarazo a nivel internacional. Esta violencia puede ser física, psicológica y/o sexual y afecta tanto a la gestante como al desarrollo del feto.

En cuanto a la violencia física, la víctima gestante según Kassa et al., (2014), y Ashenafi (2020) sufren patadas, golpes y son abofeteadas por parte de sus parejas, y la violencia psicológica que sufren afecta tanto a su autoestima, la cual disminuye notablemente, como a su estado de ánimo, lo cual está correlacionado significativamente con padecer adicciones como alcoholismo, por ejemplo (Tadesse et al., 2020).

El feto no tendría un desarrollo normal al sufrir su madre este tipo de violencias debido a que no acuden a su servicio prenatal como es debido, tal y como demuestran los estudios de Pastor-Moreno G. (2018) y Sánchez- Chávez (2013).

Resumiendo, es de relevante importancia que se transmitan programas de educación sanitaria sobre violencia doméstica a todo personal sanitario, esto es, impartir un programa educativo de detección temprana de este tipo de casos en servicio de atención prenatal.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

Alhusen, J. L., Ray, E., Sharps, P., & Bullock, L., (2015). Intimate Partner Violence During Pregnancy: Maternal and Neonatal Outcomes. *Journal of Womens Health*, 24(1), 100-106. <https://doi.org/10.1089/jwh.2014>.

Ascalema Web., (2012, 16 mayo). *Violencia de género en el embarazo* [Vídeo]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=kdqkZQPt0R0>

Ashenafi, W., Mengistie, B., Egata, G., y Berhane, Y., (2020). Prevalence and Associated Factors of Intimate Partner Violence During Pregnancy in Eastern Ethiopia. *International Journal of Women's Health*, Volume 12, 339-358. <https://doi.org/10.2147/ijwh.s246499>

Calvo González, G., (2014). *La violencia de género: evolución, impacto y claves para su abordaje*. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-6141201400010002

Cano Arana, A., González Gil, T., Cabello López, J.B., (2010). Plantilla para ayudarte a entender un estudio cualitativo. *Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica, III*. (3-8).

Gebreslasie, K. Z., Weldemariam, S., Gebre, G., & Mehari, M. (2020). Intimate partner violence during pregnancy and risk of still birth in hospitals of Tigray region Ethiopia. *Italian Journal of Pediatrics*, 46(1). <https://doi.org/10.1186/s13052-020-00857-w>

González-Hachero J, Martínez Malagón MC., (1999). Repercusiones en los hijos de la drogadicción de los padres. *Anales Españoles de Pediatría*, 51, (1), 4-8.
<https://www.aeped.es/sites/default/files/anales/51-1-2.pdf>

Islam, M. J., Mazerolle, P., Broidy, L., y Baird, K., (2021). Exploring the Prevalence and Correlates Associated With Intimate Partner Violence During Pregnancy in Bangladesh. *Journal of interpersonal violence*, 36(1-2), 663–690.
<https://doi.org/10.1177/0886260517730029>

Jiménez-Siles, S., (2022). *Detección de violencia de género en las consultas de embarazo*.
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2022000100006

Kassa, W. A., y Menale. Z. Y. *Physical Violence and Associated Factors during Pregnancy in Yirgalem Town, South Ethiopia*.
<https://www.currentpediatrics.com/articles/physical-violence-and-associated-factors-during-pregnancy-in-yirgalem-town-south-ethiopia.html>

La violencia sobre la mujer en el ámbito internacional. *Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género*.
<https://violenciagenero.igualdad.gob.es/marcoInternacional/ambitoInternacional/home.htm>

Mutisya, R. K., Ngure, K., y Mwachari, C., (2018). A psychosocial intervention to reduce gender-based violence and antepartum depressive symptoms in pregnant women in Kisumu County, Kenya: a quasi-experimental study. *The Pan African medical journal*, 29, 11. <https://doi.org/10.11604/pamj.2018.29.11.13596>

Pallitto, C., García-Moreno, C., Stöeckl, H., Hatcher, A., MacPhail, C., Mokoatle, K., & Woollett, N., (2016). Testing a counselling intervention in antenatal care for women experiencing partner violence: a study protocol for a randomized controlled trial in Johannesburg, South Africa. *BMC health services research*, 16 (1), 630. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1872-x>

Pastor-Moreno, G., (2018). Historia de Violencia y Violencia de Compañero íntimo en mujeres embarazadas. *Resultados en salud*, 27 (4), 191-195. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962018000300003

Valdez-Santiago, R.; Arenas-Monreal, L.; Hernández-Tezoquipa, I. (2004) Experiencia de las parteras en la identificación de mujeres maltratadas durante el embarazo. *Salud Pública de México*, 46 (1), 56-63. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342004000100008

Ruiz Pérez. I., (s. f.) Violencia contra la mujer y salud. *Escuela andaluza de salud pública*. https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/04modulo_03.pdf

Sánchez Chávez N.P., Galván Espinoza H., Reyes Hernández U., Reyes Gómez U., Reyes Hernández K.L., (2013). Factores Asociados al Maltrato Durante el Embarazo. *Boletín Clínico Hospital Infantil del Estado de Sonora*, 30(1), 8-15. <https://www.medigraphic.com/pdfs/bolclinhosinfson/bis-2013/bis131c.pdf>

Taghizadeh, Z., Pourbakhtiar, M., Ghasemzadeh, S., Azimi, K., & Mehran, A. (2018). The effect of training problem-solving skills for pregnant women experiencing intimate partner violence: a randomized control trial. *The Pan African medical journal*, 30. <https://doi.org/10.11604/pamj.2018.30.79.14872>

Tiruye, T. Y., Gobena, T., Egata, G., & Mellie, H. (2014). Magnitude of Domestic Violence and Associated Factors among Pregnant Women in Hulet Ejjū Enessie District, Northwest Ethiopia. *Advances in public health*, 2014, 1-8. <https://doi.org/10.1155/2014/484897>

Valdez-Santiago, R., (s. f.). *Experiencia de las parteras en la identificación de mujeres maltratadas durante el embarazo*. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342004000100008

Yohannes, K., Abebe, L., Kisi, T., Demeke, W., Yimer, S., Feyiso, M., & Ayano, G. (2019). The prevalence and predictors of domestic violence among pregnant women in Southeast Oromia, Ethiopia. *Reproductive health*, 16(1), 37. <https://doi.org/10.1186/s12978-019-0694-9>

9. ANEXOS.

ANEXO N.º 1, ECUACIONES DE BÚSQUEDA

TABLA 1

Base de datos	Pubmed
Ecuación de búsqueda	1º búsqueda: “gender violence” and “pregnant” and “repercussions” and “fetus” 2º búsqueda: “gender violence and “pregnant”

TABLA 2

Base de datos	Scielo
Ecuación de búsqueda	1º búsqueda: “gender violence” and “pregnant” or “repercussions” and “fetus” 2º búsqueda: “gender violence and “pregnant” and “repercussions”

TABLA 3

Base de datos	Dialnet
Ecuación de búsqueda	1º búsqueda: violencia de género en mujeres embarazadas y repercusiones en el feto 2º búsqueda: violencia de género y embarazo, repercusiones

ANEXO 2

TABLA 4

Base de datos Pubmed. Filtros. enlace a texto completo, años 2012-2023	Estudios encontrados	Estudios seleccionados
Búsqueda 1	0	0
Búsqueda 2	47	6

TABLA 5

DIALNET	Estudios encontrados	Estudios seleccionados
Búsqueda 1	5	0
Búsqueda 2	12	2

TABLA 6

SCIELO	Estudios encontrados	Estudios seleccionados
Búsqueda 1	0	0
Búsqueda 2	47	1

ANEXO 3, ESCALA GRADE

Table 3. Descripción de la calidad metodológica de estudios observacionales. GRADE.

	Islam et al., 2021	Kassa et al. 2016	Pastor-Moreno et al. 2018	Sánchez-Chávez et al. 2013	Yimer et al 2014	Yohannes et al 2019
Evidencia cualitativa	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo
Decrece						
Limitaciones en el diseño	1	0	1	1	1	1
evidencia indirecta	0	0	0	0	0	0
Heterogeneidad no explicada	0	0	0	0	0	0
Resultados imprecisos	0	1	0	0	0	0
Sesgo de publicación	0	0	0	0	0	0
Incrementa						
efecto de larga magnitud	0	0	0	0	0	0
Factores de confusión plausibles	0	0	0	0	0	0
evidencia de un gradiente dosis-respuesta	0	0	0	0	0	0
Total	-1	-1	-1	-1	-1	-1
Categoría de evidencia cualitativa	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	bajo	bajo

ECAs

alto

Decrece

Moderado

1 or 2

Limitaciones en el diseño

Observacional

bajo

1 or 2

evidencia indirecta

muy bajo

1 or 2

heterogeneidad no explicada

Tabla 3. Descripción de la calidad metodológica de estudios observacionales. GRADE.

	Ashenafi, 2020	Gebreslasie, 2020	Tadesse et al., 2020			
Evidencia cualitativa	Bajo	Bajo	Bajo			
Decrece						
Limitaciones en el diseño	1	1	1			
evidencia indirecta	0	0	0			
Heterogeneidad no explicada	0	0	0			
Resultados imprecisos	0	0	0			
Sesgo de publicación	0	0	0			
Incrementa						
efecto de larga magnitud	0	0	0			
Factores de confusión plausibles	0	0	0			
evidencia de un gradiente dosis-respuesta	0	0	0			
Total	-1	-1	-1			
Categoría de evidencia cualitativa	Bajo	Bajo	Bajo			

ECA	alto		Decrece
	Moderado	1 or 2	Limitaciones en el diseño
Observacional	bajo	1 or 2	evidencia indirecta
	muy bajo	1 or 2	heterogeneidad no explicada

ANEXO 4

Plantilla de preguntas para ejecutar la lectura crítica de los estudios según la escala CASPE.



PROGRAMA DE LECTURA CRÍTICA CASPe Leyendo críticamente la evidencia clínica

10 preguntas para ayudarte a entender un estudio cualitativo

Comentarios generales

- Esta herramienta ha sido creada para aquéllos que no estén familiarizados con la investigación cualitativa ni sus perspectivas teóricas. Presenta varias preguntas que tratan, en líneas generales, algunos de los principios o supuestos que caracterizan la investigación cualitativa. *No es una guía categórica* y se recomienda una lectura más exhaustiva.
- Se consideran tres aspectos generales para la valoración de la calidad de un estudio cualitativo:
 - Rigor: hace referencia a la congruencia de la metodología utilizada para responder la pregunta de investigación.
 - Credibilidad: hace referencia a la capacidad que tienen los resultados de representar el fenómeno de estudio desde la subjetividad de los participantes.
 - Relevancia: hace referencia a la utilidad de los hallazgos en la práctica (evidencia cualitativa).
- Las dos primeras preguntas se pueden responder rápidamente y son preguntas “de eliminación”. Sólo si la respuesta es “sí” en ambas preguntas, merece la pena continuar con las preguntas restantes.
- En *itálica* y debajo de las preguntas, encontrarás una serie de pistas para contestar las mismas. Estas indicaciones están pensadas para recordarte por qué la pregunta es importante. Anota la justificación de tu respuesta en el espacio indicado. ¡En los pequeños grupos no suele haber tiempo para responder todo con detalle!

El marco conceptual necesario para la interpretación y el uso de estos instrumentos puede encontrarse en la referencia de abajo o/y puede aprenderse en los talleres de CASPe:

Juan B Cabello por CASPe. Lectura crítica de la evidencia clínica. Barcelona: Elsevier; 2015. (ISBN 978-84-9022-447-2)

A/ ¿Los resultados del estudio son válidos?

Preguntas "de eliminación"

<p>1 ¿Se definieron de forma clara los objetivos de la investigación?</p> <p><i>PISTA: Considera</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Queda implícita/explicita la pregunta de investigación? - ¿Se identifica con claridad el objetivo/s de investigación? - ¿Se justifica la relevancia de los mismos? 	<p><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO</p>
<p>2 ¿Es congruente la metodología cualitativa?</p> <p><i>PISTA: Considera</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Si la investigación pretende explorar las conductas o experiencias subjetivas de los participantes con respecto al fenómeno de estudio. - ¿Es apropiada la metodología cualitativa para dar respuesta a los objetivos de investigación planteados? 	<p><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO</p>
<p>3 ¿El método de investigación es adecuado para alcanzar los objetivos?</p> <p><i>PISTA: Considera</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Si el investigador hace explícito y justifica el método elegido (p.ej. fenomenología, teoría fundamentada, etnología, etc.). 	<p><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO</p>

¿Merece la pena continuar?

Preguntas “de detalle”

	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO SÉ	<input type="checkbox"/> NO
<p>4 ¿La estrategia de selección de participantes es congruente con la pregunta de investigación y el método utilizado?</p> <p><i>PISTA: Considera si</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Hay alguna explicación relativa a la selección de los participantes. - Justifica por qué los participantes seleccionados eran los más adecuados para acceder al tipo de conocimiento que requería el estudio. - El investigador explica quién, cómo, dónde se convocó a los participantes del estudio. 			
<p>5 ¿Las técnicas de recogida de datos utilizados son congruentes con la pregunta de investigación y el método utilizado?</p> <p><i>PISTA: Considera si</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -El ámbito de estudio está justificado. -Si se especifica claramente y justifica la técnica de recogida de datos (p. ej. entrevistas, grupos de discusión, observación participante, etc.). -Si se detallan aspectos concretos del proceso de recogida de datos (p. ej. elaboración de la guía de entrevista, diseño de los grupos de discusión, proceso de observación). -Si se ha modificado la estrategia de recogida de datos a lo largo del estudio y si es así, ¿explica el investigador cómo y por qué? -Si se explicita el formato de registro de los datos (p. ej. grabaciones de audio/vídeo, cuaderno de campo, etc.) -Si el investigador alcanza la saturación de datos y reflexiona sobre ello. 			

<p>6 ¿Se ha reflexionado sobre la relación entre el investigador y el objeto de investigación (reflexividad)?</p> <p><i>PISTA: Considera</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Si el investigador ha examinado de forma crítica su propio rol en el proceso de investigación (el investigador como instrumento de investigación), incluyendo sesgos potenciales: <ul style="list-style-type: none"> - En la formulación de la pregunta de investigación. - En la recogida de datos, incluida la selección de participantes y la elección del ámbito de estudio. - Si el investigador refleja y justifica los cambios conceptuales (reformulación de la pregunta y objetivos de la investigación) y metodológicos (criterios de inclusión, estrategia de muestreo, técnicas de recogida de datos, etc.). 	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO SÉ	<input type="checkbox"/> NO
<p>7 ¿Se han tenido en cuenta los aspectos éticos?</p> <p><i>PISTA: Considera</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Si el investigador ha detallado aspectos relacionados con: <ul style="list-style-type: none"> - El consentimiento informado. - La confidencialidad de los datos. - El manejo de la vulnerabilidad emocional (efectos del estudio sobre los participantes durante y después del mismo como consecuencia de la toma de consciencia de su propia experiencia). - Si se ha solicitado aprobación de un comité ético. 	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO SÉ	<input type="checkbox"/> NO

B/ ¿Cuáles son los resultados?

<p>8 ¿Fue el <i>análisis</i> de datos suficientemente riguroso?</p> <p><i>PISTA: Considera</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Si hay una descripción detallada del tipo de análisis (de contenido, del discurso, etc.) y del proceso. - Si queda claro cómo las categorías o temas emergentes derivaron de los datos. - Si se presentan fragmentos originales de discurso significativos (verbatim) para ilustrar los resultados y se referencia su procedencia (p. ej. entrevistado 1, grupo de discusión 3, etc.) - Hasta qué punto se han tenido en cuenta en el proceso de análisis los datos contradictorios (casos negativos o casos extremos). - Si el investigador ha examinado de forma crítica su propio rol y su subjetividad de análisis. 	<p><input type="checkbox"/> SÍ</p> <p><input type="checkbox"/> NO SÉ</p> <p><input type="checkbox"/> NO</p>
<p>9 ¿Es clara la exposición de los resultados?</p> <p><i>PISTA: Considera si</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Los resultados corresponden a la pregunta de investigación. - Los resultados se exponen de una forma detallada, comprensible. - Si se comparan o discuten los hallazgos de la investigación con los resultados de investigaciones previas. - Si el investigador justifica estrategias llevadas a cabo para asegurar la credibilidad de los resultados (p.ej. triangulación, validación por los participantes del estudio, etc.) - Si se reflexiona sobre las limitaciones del estudio. 	<p><input type="checkbox"/> SÍ</p> <p><input type="checkbox"/> NO SÉ</p> <p><input type="checkbox"/> NO</p>

C/¿Son los resultados aplicables en tu medio?

10 ¿Son aplicables los resultados de la investigación?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO SÉ	<input type="checkbox"/> NO
<p><i>PISTA: Considera si</i></p> <ul style="list-style-type: none">-El investigador explica la contribución que los resultados aportan al conocimiento existente y a la práctica clínica.- Se identifican líneas futuras de investigación.-El investigador reflexiona acerca de la transferibilidad de los resultados a otros contextos.			

ANEXO 5

Según la escala GRADE, los diversos niveles de evidencia a clasificar son los siguientes:

Tabla 1

Nivel de evidencia	Definición
Alto	Coincide el efecto real y estimado, alta confianza en la estimación del efecto
Moderado	Hay cierta probabilidad de que no coincidan en la perfección el efecto real y el estimado, moderada confianza
Bajo	El efecto real está alejado del estimado, limitada confianza en la estimación
Muy bajo	El efecto real está muy lejos del estimado, baja confianza de estimación

Desde un principio, los artículos experimentales serán considerados artículos de alta calidad metodológica, esto es, ensayos clínicos aleatorios, mientras que los estudios observacionales serán considerados como artículos de baja calidad metodológica.

No obstante, existen determinados factores que reducirán o incrementarán su calidad, como son:

Factores que reducen calidad metodológica:

- Que haya **limitaciones en el diseño** como, por ejemplo, que la muestra haya sido aleatorizada de manera incorrecta o insuficiente, o bien que haya pérdidas de la población durante la fase de seguimiento
- Que los **resultados** sean **inconsistentes** (que muestren variabilidad o heterogeneidad entre ellos).
- Que exista incertidumbre acerca de que la evidencia sea directa o no, también reducirá mucho la calidad metodológica del estudio.
- Imprecisión en el artículo, esto es, que la muestra sea muy pequeña o que el intervalo de confianza sea muy amplio, por ejemplo.
- Que haya sesgo de publicación.

Factores que la incrementan la calidad metodológica de los estudios:

- Que haya fuerte asociación entre las variables $RR > 2$, o $< 0,5$ o muy fuerte asociación $RR > 5$, o $< 0,2$ sin problemas de sesgos.
- Gradiente dosis-respuesta.
- Evidencia de que los sesgos podrían haber reducido el efecto observado.

Los resultados encontrados en cada estudio tras haber sido sometidos a esta escala se encuentran reflejados en el apartado de resultados, donde se reflejarán a través de la tabla realizada las variables seleccionadas para comparar y sintetizar los resultados obtenidos en cada estudio.