

UNIVERSIDAD DE ALMERÍA

Facultad de Ciencias de la Educación, Enfermería y Fisioterapia
División de Enfermería y Fisioterapia



GRADO EN ENFERMERÍA

Curso Académico: 2012/2013

Trabajo Fin de Grado

Título: La Violencia de género en el embarazo.

- Autor/a -

M^a de Fátima Estrella Juárez

- Tutor/a -

Esther Carmona Samper

ÍNDICE:

Resumen	Pág. 1
Introducción	Pág. 1
Objetivos	Pág. 3
Metodología	Pág. 4
Desarrollo	Pág. 4
• <i>Consecuencias o efectos de la violencia en el embarazo</i>	<i>Pág. 7</i>
• <i>Factores de riesgo y/o que nos pueden indicar la presencia de violencia</i>	<i>Pág. 9</i>
• <i>Profesionales sanitarios. Detección y abordaje sanitario de la violencia en el embarazo</i>	<i>Pág. 11</i>
• <i>Aportaciones de la OMS</i>	<i>Pág. 15</i>
Discusión	Pág. 16
Conclusiones	Pág. 17
Bibliografía	Pág. 19
Índice de Gráficas, Tablas y Anexos	Pág. 23

RESUMEN:

La violencia es un fenómeno que puede ocurrir en cualquier etapa de la vida de las personas, aunque en el caso de la mujer suele empezar o ser más frecuente durante una situación delicada como es el embarazo. Ante este hecho, pueden aparecer conductas de rechazo por parte de la pareja u otro miembro de la familia y provocarle una pérdida de la salud a ella o al bebé; algunos problemas aumentados son: ITS/ETS, anemias, hemorragias, riesgo de bajo peso al nacer, desprendimiento de placenta, aborto, riesgo de muerte de la madre, ...

En la mayoría de los casos de violencia de género se produce una disminución de las consultas de salud por parte de la mujer, por lo que durante el embarazo es el mejor momento para aprovechar el contacto obligado con los sanitarios, realizar el cribado y ofrecer nuestra ayuda. Actualmente se dispone de protocolos que deben seguirse al detectar una situación de este tipo y se está trabajando en su implementación, por lo que es adecuado recomendarlos y fomentarlos debido a los resultados positivos que se obtienen.

Por último, aunque se intente hacer un perfil que determine la mayor probabilidad de aparición de violencia durante el embarazo (joven, no casada, maltrato durante la infancia, abuso de drogas o alcohol por la pareja, contexto marginal, ...) parece no haber una asociación específica según muestran diferentes estudios, así que destacan como acciones efectivas la prevención y la promoción de la salud, siendo actuaciones sanitarias claves.

INTRODUCCIÓN:

Cuando hablamos de violencia durante el embarazo, es necesario hablar primero de la **violencia machista o contra la mujer**(1) como concepto general, refiriéndonos a un problema social y de derechos humanos que nos influye en nuestra forma de vida. Ésto se debe a que la existencia de una situación de maltrato también provoca efectos en las personas dependientes de la mujer o aquellas que conviven con ella, ya que sufren los efectos de la violencia sin poder hacer nada para poner fin a la situación. A causa de este motivo puede darse la aparición de sentimientos de rabia, impotencia e incluso culpa si han estado animando a la mujer a seguir con su pareja y/o ignorar el maltrato, por lo que se ve quebrado todo su ambiente familiar y social.

La **Organización Mundial de la Salud** (OMS) consideró la violencia de género una epidemia hace más de diez años debido a las dimensiones que alcanzaba el problema y a la cantidad de personas a las que afectaba. Sobre todo se destacaron las consecuencias que se producen a medio y largo plazo en la salud y en el desarrollo de los individuos, las familias, las comunidades, los países y la carga que supone a las instituciones sanitarias(2). La **Organización de las Naciones**

Unidas (ONU), define la violencia contra la mujer 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*”. Y actualmente, mantiene que “*siete de cada diez mujeres sufre violencia física o sexual en algún momento de su vida y que aproximadamente unos 603 millones viven en países donde la violencia doméstica no se considera un delito o donde las legislaciones contra la violencia de género no se implementan*”(3-4).

Cuando hablamos de violencia de género, nos referimos a una situación que excluye valores esenciales para una sociedad avanzada como son *la igualdad, la libertad, la tolerancia, la autonomía de la persona y el respeto a la dignidad*. De esta manera, se ha resaltado la existencia de “**antídotos**” naturales de los que disponemos para poder contrarrestarla; entre ellos se encuentran *el autocontrol, la capacidad de arrepentimiento y remordimiento, la empatía, la comprensión y el sentido de autocrítica* que pueda tener o desarrollar el agresor o aquellas personas que tengan predisposición a respuestas agresivas hacia los demás(5). Por todo esto, es necesario centrarnos en la *educación*, tanto de mayores como de niños(6), y así contribuir entre todos a la desaparición de esta “plaga” ya que es el objetivo que se persigue para mejorar la calidad de vida de muchas personas.

Los aspectos que resultaron cruciales en la determinación de establecer la violencia de género como un problema mundial por parte de la OMS y del resto del mundo, fue por los efectos que produce sobre la salud y la calidad de vida de las víctimas. Todas ellas sufren un estado constante de daño y subordinación, por lo que su desarrollo personal queda inhibido y les provoca daños irreversibles. Los lazos emocionales, legales y económicos que vinculan a las víctimas con sus agresores frecuentemente las conducen a un estado de baja autoestima, vulnerabilidad, aislamiento y desesperanza, circunstancias que pueden desembocar en el alcoholismo, la drogadicción y/o el suicidio(7).

Aunque queda establecido que el mismo hecho de ser mujer es un factor de riesgo para sufrir violencia(8), también se destaca que los principales factores determinantes son la relación desigual entre hombres y mujeres, la existencia de la “*cultura de la violencia*” como medio para resolver conflictos y la reproducción de jerarquías sociales en el entorno doméstico; haciendo que el agresor sea predominantemente un hombre con el cual existen lazos de consanguinidad o de parentesco (esposos, padres, hermanos, tíos, etc.)(2).

Para ser conscientes del alcance y la repercusión que tiene la violencia de género en la actualidad, se pueden consultar datos del último año en España, donde “*en 2012 murieron a manos de sus parejas o exparejas 52 mujeres, siendo este el año con menos víctimas registradas en nueve*

años seguidos. De las 52, sólo 10 de ellas habían denunciado previamente y sólo 4 tenían medidas de protección en vigor cuando se produjeron los hechos. La mayoría tenían entre 21 y 30 años y la **comunidad autónoma** en la que se produjeron más víctimas mortales por violencia de género fue Cataluña con 13 casos, seguida de Andalucía con 8 casos”(9-10). En lo que llevamos de año, a fecha 20 de Abril de 2013, ya han fallecido 15 mujeres (3 en Madrid y Comunidad Valenciana y 2 en Andalucía)(Gráficas I y II). Como dato positivo, sabemos que según la **Macroencuesta de 2011**, la proporción de la cantidad de mujeres que han logrado salir de la situación de violencia ha ido aumentando de forma significativa desde 1999, encontrándonos que casi lo habían conseguido tres de cada cuatro mujeres en estas fechas(11).

Estos datos son generales refiriéndose a la población femenina, pero también hay que contemplar que existen ciertas situaciones que hacen a la mujer más vulnerable y que requieren especial atención por parte de la sociedad, entre ellas destacan la de *sufrir discapacidad* (física, sensorial o psicológica), encontrarse en los *extremos de las edades* (personas mayores o niñas), *ser inmigrante*, *vivir en un medio rural*, *vivir en situación de exclusión social*, *padecer enfermedades como el VIH o estar embarazada*. Esta última situación es de especial vulnerabilidad y riesgo cuando nos movemos en un contexto de violencia, ya que a parte de la salud de la madre, también se encuentra en juego la del futuro bebé(12). A causa de este hecho, es necesario que se haga especial hincapié en recordar la existencia de las principales herramientas de las que disponemos para detectar estas situaciones, y entendamos lo que podemos hacer como enfermeros para contribuir a mejorar la sociedad.

OBJETIVOS:

El *objetivo general* que se persigue, es insistir en la sensibilización ante la situación de violencia y exponer la existencia de la violencia en el embarazo (quedan definidos algunos conceptos relacionados en el Anexo I). Y como *objetivos específicos*, se pretende exponer que:

- La presencia de un embarazo puede suponer una situación de riesgo para muchas mujeres que sufren violencia doméstica, pero a la vez es una gran oportunidad para el sistema sanitario de detectar su situación, gracias a la intervención del personal mediante el uso de los distintos protocolos existentes.
- Para poder llevar a cabo nuestra misión de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, es necesario conocer los principales *factores de riesgo y/o características* que nos harían ponernos alerta por la posible existencia de una situación comprometida para la mujer o su futuro bebé.

- Existen recomendaciones y claves de actuación para desarrollar con la mujer bajo sospecha de violencia (tanto si está embarazada como si no), así como algoritmos de actuación sintetizados.

METODOLOGÍA:

Para la elaboración de este trabajo se ha realizado una revisión de artículos de interés relacionados con el tema a tratar, así como búsquedas en bases de datos, libros y revistas. De igual forma se ha trabajado siguiendo las recomendaciones de los protocolos que existen en cada Comunidad Autónoma y a nivel Nacional para el personal sanitario y las víctimas que sufren violencia.

DESARROLLO:

A finales de la década de los setenta y principio de los ochenta, fue cuando se empezó a estudiar la violencia doméstica durante el embarazo y a verse sus efectos. Los estudios se llevaron a cabo principalmente en países desarrollados como EEUU y Canadá, mostrando variaciones en la prevalencia que se situaban entre el 9% y el 20'1% según la metodología utilizada y el tipo y la edad de la población estudiada(13).

La **violencia durante el embarazo** es definida por los especialistas de los Centros de Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC) como “*violencia o amenazas de violencia física, sexual o psicológica/emocional ocasionadas a la mujer embarazada*”. Y se manejan datos que atribuyen unas probabilidades “*mayores del 60,6% de que una mujer embarazada sea agredida con respecto a otra que no lo está; aumentando estos porcentajes si hablamos de embarazos no deseados*”(14).

Debido a esto, **el embarazo supone una situación de riesgo y vulnerabilidad** para las mujeres, volviendo más lejanas las posibilidades de separarse de la pareja. Puede ser un factor que precipite la situación de violencia pero también puede ser el resultado de la misma (por abuso sexual, violación marital o negación al uso de métodos anticonceptivos). La violencia que pudiera estar sufriendo la mujer se puede ver aumentada *durante la gestación, en el momento justo después del nacimiento, o surgir por primera vez al comienzo del embarazo*. Dentro de esta apreciación, también hay que indicar que el patrón de sufrir malos tratos se repite con cada gestación, por lo que el mayor factor predictivo para abuso durante el embarazo es el propio antecedente de éste(2).

Los episodios violentos son más severos en los grupos más desfavorecidos(15-16) y varían de expresión a lo largo de todo el proceso. Por lo general, los comienzos de la violencia suelen ser de tipo psicológico (la ridiculización es la forma más frecuente) y más tarde se va añadiendo la violencia física y/o la sexual(16-17) (la agresión física es la más referenciada durante el embarazo, siendo sus consecuencias las más observables). De igual manera, hay que resaltar que si normalmente los golpes en los casos de violencia van dirigidos a la cabeza de la víctima, en el caso de estar embarazada, la mayoría se centran en el *abdomen, genitales y mamas*(14).

Muchas mujeres no se perciben así mismas como maltratadas. Ésto es debido, a que pierden en muchas ocasiones su capacidad de reacción debido a que el maltrato en las relaciones, normalmente empieza de forma sutil y progresivamente se va agravando, siendo difícil identificar esta “*escalada de violencia*” cuando ya se está dentro de ella. La habituación o la exposición constante a situaciones de violencia, da lugar a que muchas mujeres pierdan su capacidad de identificarlas. *Las víctimas sufren algo parecido al “Síndrome de Estocolmo”, a modo de un “Síndrome de Adaptación Paradójica a la Violencia Doméstica”*¹. La situación descrita de “*habituamiento*”, se hace especialmente latente en las embarazadas, ya que la gran mayoría relaciona la violencia que sufren con una vivencia natural. Se trata de una situación especial que conlleva comportamientos nuevos y desconocidos para ellas, por lo que piensan que es algo temporal que finalizará cuando lo haga la gestación.

Entre los *motivos que desencadenan* el maltrato en el embarazo(2,18-20) se contempla el hecho de que *aumente el estrés* en la pareja con respecto al parto inminente y la nueva situación a la que van a enfrentarse; a consecuencia de este hecho, muchos agresores manifiestan que viven la situación con gran frustración y que la dirigen contra la mujer y el niño no nacido. Ésto, sumado a los *cambios físicos que sufre la mujer, el aumento del gasto económico que hay en la pareja, los argumentos de que el bebé es de otro hombre, que él recibe menos atención, y la menor frecuencia de relaciones sexuales además de que percibe a la mujer más vulnerable o indefensa y menos capaz de tomar represalias o defenderse*, son los principales factores que se manejan como pretextos que justifican la conducta de inicio o intensificación de los episodios de violencia.

En un estudio español del año 2004, se apreciaron cifras que indicaron una prevalencia del 7% de violencia durante el embarazo en la población estudiada. Dentro de estos datos, hay que tener en cuenta que sólo se investigó la existencia de violencia en las mujeres ingresadas para el parto, por lo que en realidad, los datos serían mayores porque no se tuvieron en cuenta aquellas mujeres que no habían llegado al parto o habían hecho uso de la interrupción voluntaria del embarazo (IVE). Entre las mujeres que realizan una IVE, el maltrato asciende al 39'5%, mostrándonos que el

1 Palabras textuales de A. Montero. Presidente de la Sociedad Española de Psicología de la violencia

problema es más frecuente que otras situaciones como la diabetes gestacional, la hipertensión, los defectos de tubo neural o la preeclampsia(1,14).

Por todo esto, la violencia durante el embarazo constituye un **factor de riesgo gestacional** y una posible complicación por lo que toda mujer embarazada y con la que se tiene sospecha de que pueda estar sufriendo malos tratos pasa a ser catalogada como gestante de alto riesgo. Este tipo de situación, supone un aumento de la morbimortalidad materna y perinatal(21), por lo que es necesario conocer las características del ciclo de la violencia y aquellas que nos pueden hacer sospechar y estar alertas sobre la existencia de una situación de maltrato (Gráfica III y Anexo II).

Según el informe *“La salud sexual de las mujeres víctimas de la violencia de género”* elaborado por la **Federación de Mujeres Progresistas² en 2010**, se alertó de que aproximadamente el 69% de las víctimas de violencia de género habían sufrido algún tipo de violencia sexual y la mayoría no denunciaron porque ni siquiera se reconocían así mismas como maltratadas. De esta manera, también se ve alterada la salud reproductiva de la mujer puesto que del mismo informe se destila que un 77% de las entrevistadas sufrieron violencia durante el embarazo *“la totalidad de las mujeres que declararon haber tenido al menos un aborto espontáneo habían sufrido también malos tratos durante la gestación”*. También en este informe, se mantiene que *“por cada mujer muerta hay 10.000 lesionadas”* lo que implica que los datos actuales que han sido descritos anteriormente de muertes por violencia contra la mujer suponen la punta del iceberg. Por todo esto, podemos estimar que *más de la mitad de las mujeres que estarían siendo víctimas de violencia de género han sufrido violencia sexual y posiblemente hayan sido maltratadas en alguna gestación*.

Como forma de **prevenir** situaciones fatales y detectar aquellas que se puedan, es necesario pensar en la necesidad de realizar un **cribado** sistemático a todas las mujeres en la consulta de embarazo y en las clínicas privadas (cuando acuden a consulta o a solicitar la IVE(20)). En nuestro país, la *Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria*, a través del *Programa de actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS)*, no recomienda el cribado poblacional, pero sí una postura activa frente al tema para poder detectar la situación a tiempo. Por otro lado, otras organizaciones y sociedades científicas han emitido recomendaciones diferentes que aconsejan que se pregunte a la mujer acerca del abuso de modo rutinario, que se haga un cribado en atención primaria o que se lleve a cabo en todas aquellas mujeres mayores de 14 años(19).

De todas maneras, la *Asociación de Ginecólogos y Obstetras Americanos (ACOG)*, recomienda efectuar una búsqueda activa de casos de violencia en el embarazo (detección sistemática en la primera visita, luego al menos una vez al trimestre, y de nuevo, durante el puerperio) junto a algunas *asociaciones de profesionales sanitarios* y la mayoría de los

2 Para más información, visitar web <http://www.fmujeresprogresistas.org/es/>

investigadores en este tema. “Actualmente la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia y la Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME) no tienen ningún protocolo respecto al tema de VG, y el proceso de control del embarazo de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía y el protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género de la Comisión Contra la Violencia de Género del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud no contemplan medidas que se tengan que llevar a cabo durante el control del embarazo para la detección y abordaje de este problema”(19,22).

Consecuencias o efectos de la violencia en el embarazo:

Cuando una gestante sufre violencia de género, sufre un **aumento de posibilidades de sufrir ciertas alteraciones** como son(2,15-17,23-24): *Tener el doble de posibilidades de abortar (de manera voluntaria o no); padecer lesiones fetales intrauterinas; desprendimiento prematuro de placenta; presentar corioamnionitis (infección de las membranas placentarias y del líquido amniótico); precipitación del parto y complicaciones post-parto; muerte fetal; nacimientos pretérmino; que exista cuatro veces más riesgo para los bebés de tener bajo peso al nacer; anemia fetal; hipovolemia fetal; hipoxia aguda y crónica fetal; acidosis fetal; ...* además, los hijos de mujeres maltratadas durante el embarazo tienen cuarenta veces más riesgo de morir en el primer año de vida y riesgo elevado de padecer maltrato durante su infancia. Aquellos que sobreviven a estos episodios tienen una alta probabilidad de ver limitado el desarrollo de sus capacidades físicas, cognitivas, afectivas y sociales(16). Si se habla de probabilidades, teóricamente, los niños que nacen tras haber sufrido violencia durante su gestación tienen mayor posibilidad de ver limitadas sus capacidades si han sufrido algún daño, aunque esta relación causa-efecto sigue siendo controvertida actualmente porque no hay estudios concluyentes.

Sumado a todas estas posibles complicaciones, también hay que contemplar que los embarazos forzados o no planeados, seguidos del abandono, dan lugar a que las mujeres recurran a prácticas abortivas peligrosas e incluso al suicidio(2) y que también es característico, que en las mujeres maltratadas se produzca en mayor proporción una pérdida de interés en su salud y en la de su hijo, tanto durante el embarazo como después del parto(24), así como una falta del vínculo madre-hijo(16) en muchos casos (produciéndose retraso o ausencia del cuidado prenatal).

Además, las **mujeres también pueden presentar anemia, desnutrición o poca ganancia de peso durante el embarazo, hiperemesis gravídica, infecciones de transmisión sexual, morbilidad psicológica (que puede dejarles secuelas psíquicas y discapacidad a largo plazo), menor frecuencia de lactancia materna(25), adicciones, ... y un estrés desproporcionado** que las hace más susceptibles a la irritación ante el comportamiento de otros miembros de la familia precipitando la

agresión del cónyuge (lo que provoca que en algunas ocasiones las mujeres tengan conductas violentas hacia los demás dando lugar a una situación de aislamiento social favorecida por ellas mismas)(2,7).

Las **lesiones físicas más características** de entre todas las nombradas son aquellas que pueden padecer cualquiera de las mujeres maltratadas más las propias del embarazo, al ser golpeadas en otras zonas diferentes a la cabeza(26-27): *El traumatismo abdominal; la rotura del útero, hígado o bazo; fracturas; hematomas; exacerbación de enfermedades crónicas; trabajo de parto pretérmino; rotura de membranas; sangrados vaginales; hemorragias; abortos espontáneos; infecciones de transmisión sexual, uterinas, intraamnióticas, cervicales, vaginales o renales; complicaciones durante el parto; retraso en el cuidado prenatal e incluso la muerte materna.*

A parte de todas estas posibilidades, el **cuadro de estrés** que desarrollan las mujeres es permanente y se acompaña de síntomas de depresión, insomnio, ansiedad, fobias, angustia, ... percibiéndose a sí mismas como enfermas. Tienden a aislarse, presentan una baja autoestima y un alto riesgo de desarrollar adicción a drogas, alcohol, tabaco, ... o a aumentar su consumo(15,24). **Otros efectos** pueden ser acumulativos sobre la salud a medio y largo plazo, ya que *la violencia contra la mujer es la causa más importante de años de vida saludables perdidos en comparación con otras enfermedades* como la artritis reumatoide, las anomalías congénitas, las enfermedades cardiovasculares, la neumonía, los accidentes de tráfico, ...(2,15,24).

Si juntamos factores como la depresión, el abuso de sustancias tóxicas y la violencia doméstica (que puede ser la desencadenante de lo anterior) encontramos que hay mayor incidencia de depresiones durante o después del embarazo, aumento del pánico y de la incomodidad durante el embarazo y el parto, y aumento de la presencia de catecolaminas como el cortisol tanto en la madre como en el feto(7) (de igual manera, puede llegar a ocasionar problemas de comportamiento en el niño durante su infancia y desencadenar ciertas patologías mentales en la madre), por lo que son factores que entre ellos se refuerzan y favorecen.

La situación de **estrés**(14,23,25,27) que ha sido nombrada anteriormente es muy importante ya que interviene en el eje hipotálamo-hipófisis-glándulas suprarrenales desencadenando una mayor producción de *cortisol* y hormonas como la *epinefrina*, *norepinefrina*, *cortisol*, *prolactina* y *lactogeno placentario*³. A causa de esto, como *la violencia es considerada un estresor que afecta tanto al sistema nervioso central como al autónomo de la madre y de su bebé mediante la*

3 *El cortisol es capaz de superar la barrera placentaria y las enzimas de ésta, lo transforman en metabolitos inactivos que si están mucho tiempo expuestos al feto, le provocan disminución del crecimiento fetal, alteraciones en el área neuroendocrina y en la esfera afectiva, el sistema cardiovascular y el sistema inmunológico, pudiendo presentar problemas en sus funciones si nace vivo. Al efecto provocado por el cortisol se le suman los efectos vasoactivos de la adrenalina y la noradrenalina que los agravan, provocando un menor aporte de oxígeno y nutrientes por disminución de la perfusión útero-placentaria, dando lugar a un trabajo de parto prematuro.*

liberación de estos elementos, se ha concluido que el aumento del estrés puede llegar a provocar una disminución importante de gramos en el peso del niño (por interferir en la llegada de nutrientes) y el incremento de la ansiedad prenatal contribuye a disminuir en días la duración de la gestación (por precipitar el parto prematuro), existiendo evidencias que sustentan que existe mayor riesgo de asfixia e hipoglucemia neonatal al nacer.

A modo de resumen, entre las posibles consecuencias(19,28-29) que tiene la violencia en el embarazo, podemos encontrar aquellas que pueden resultar *fatales* (muerte, aborto), las que repercuten en la *salud física y condiciones crónicas de salud* (dolor crónico, síndrome del intestino irritable, otros trastornos gastrointestinales, quejas somáticas), las que interfieren en su *salud sexual y reproductiva* (por relaciones sexuales forzadas o por la situación de maltrato en el embarazo), *salud psíquica* (depresión, ansiedad, trastornos del sueño, adicciones, ...), *salud social* (pérdida de empleo, absentismo laboral, disminución del número de días de vida saludable, aislamiento) y *salud de los hijos/as*.

De todas formas, la información sobre la violencia hacia las mujeres durante el embarazo es limitada y varía según el diseño de los estudios y los países donde éstos se realizan, existiendo mucha más bibliografía y casos estudiados en la sociedad latinoamericana que en la europea; pero lo que sí queda claro es que las mujeres que experimentan episodios de violencia tienen tres veces más complicaciones durante todo su embarazo, incluyendo el parto y el puerperio inmediato (mayor incidencia de pre-eclampsias, infecciones urinarias y partos prematuros, como los más frecuentes), que aquellas que no lo sufren(24).

Factores de riesgo y/o que nos pueden indicar la presencia de violencia:

Los factores de riesgo que se contemplan que pueden estar relacionados con la presencia de violencia durante el embarazo son muy similares en su mayoría a los que se presuponen que tienen las mujeres que sufren violencia en general. Aunque tiene algunos rasgos concretos, muchos estudios han intentado establecer un patrón sin lograrlo. Destacan(14,16-17,25,29-31):

- Ser una madre adolescente, sobre todo entre 13 y 17 años (en muchos casos estos embarazos han sido fruto de un acto de violencia) o tener un embarazo no deseado.
- Tener un apoyo social insuficiente, una situación económica y social desfavorable (tener un bajo nivel socioeconómico, una pobre ganancia ponderal materna), que exista mala integración social y/o estereotipos de género muy marcados (“*se ha podido observar que la violencia se suele dar más en lugares donde el concepto de “hombria” lleva implícito, la autoridad sobre la mujer, el honor del varón, ... y en entornos donde el castigo físico es tolerado como posibilidad para resolver las disputas personales*”).

- Consumo de drogas, alcohol y tabaco que empieza o aumenta en este período junto al de la pareja (principalmente cocaína). Ser soltera o divorciada.
- Haber sufrido violencia de género con anterioridad, sobre todo si ha ocurrido durante el año previo al embarazo (o haber sufrido violencia en la infancia o la adolescencia).
- Cuando existe una situación con altos niveles de estrés en la pareja o la mujer tiene problemas emocionales como baja autoestima, inseguridad, depresión, ansiedad.
- Cuando la mujer se encuentra en una condición muy vulnerable ante la sociedad (minoría étnica, ...).
- Encontrarse en una situación de desempleo, tener familia numerosa o sufrir hacinamiento habitacional.
- Que la mujer padezca infecciones recurrentes, gane poco peso durante el embarazo o lleve un mal control del mismo (ya que la pareja puede no dejar acudir a la mujer a las revisiones y ésta se ve obligada a mentir sobre su no asistencia).
- En las clases sociales más altas, también pueden ser factores de riesgo entre otros:
 - Que el embarazo interfiera en algún proyecto de viaje o trabajo.
 - Que la mujer no pueda acompañar al hombre en determinadas actividades sociales o deportivas en las cuales necesita su presencia o que actúe como anfitriona.
 - Que exista un disgusto o “desprecio estético” por la situación de aumento de peso o por la silueta “perdida”.

Algunas herramientas de las que disponemos para poder valorar la situación de la mujer son aquellas como “*La Escala de Edimburgo para Detección de Síntomas de Depresión*” y la escala “*Antenatal Psychosocial Health Assessment (ALPHA)*” (Anexos III y IV), además de otras escalas específicas para las mujeres embarazadas, como son, el cuestionario “*Index os Spouse Abuse*”, y las escalas “*Domestic Abuse Assessment Questionnaire*” y “*Abuse Assessment Screen (AAS)*”. Esta última tiene una variante para las mujeres que sufren discapacidad “*Abuse Assessment Screen-Disability (ASS-D)*” y la única diferencia es que se valora a los cuidadores como posibles maltratadores además de las parejas (Anexo V).

A parte de todos estos factores de riesgo, hay otros indicadores de sospecha que se pueden dar durante la consulta por las características de las lesiones y problemas de salud, por la actitud de la mujer o por la de su pareja (Anexo VI), así como valoraciones (biopsicosociales, de la situación de violencia y de la seguridad y evaluación del riesgo) que se deben realizar en cuanto se presente la sospecha de que la mujer pueda estar viviendo esta situación de malos tratos (Anexo VII). Para ayudarnos en nuestra función, disponemos de ciertas preguntas que nos pueden indicar la fase de

cambio del comportamiento de la mujer (fase precontemplativa, contemplativa, de preparación, de acción, de mantenimiento y de recaída) en la que se encuentra para poder adaptar nuestra actuación y también aquellas que nos sirvan para valorar el tipo de agresiones que sufre (Anexos VIII y IX).

Profesionales sanitarios. Detección y abordaje sanitario de la violencia en el embarazo:

La mayoría de las mujeres embarazadas confían en sus médicos y enfermeros pero no se atreven a contar su problema a no ser que se les pregunte, por lo que es necesario tener en cuenta las recomendaciones que los Organismos ponen a nuestra disposición (Anexo X), comenzando en este punto nuestra misión como promotores de la salud. Por este motivo, es muy importante promover el uso de los protocolos existentes para realizar el cribado a todas las mujeres embarazadas con las que se tenga sospecha e intentar ayudar proporcionando toda la información que nos demanden o que creamos que resulte necesaria (Anexos XI y XII). Debido a lo delicado de la situación, es un momento importante para que la enfermera/o proporcione información y para que se establezca un vínculo de confianza entre la mujer y el personal sanitario(22).

Por otra parte, ***los síntomas psicossomáticos crónicos*** pueden ser una manifestación de los malos tratos ya que la mujer puede tener molestias vagas o inespecíficas. De igual forma, debemos ***valorar las cicatrices antiguas*** en la cabeza, el tórax, los brazos, el abdomen y los genitales junto con cualquier hematoma o signo de dolor, y prestar atención a las mamas, ya que también son objetivo de la violencia en estas situaciones, como se ha mencionado anteriormente. Otros indicios que podemos tener en cuenta son la mirada huidiza, el silencio cuando la pareja está en la misma habitación y los antecedentes de nerviosismo, insomnio, problemas de adicciones, visitas frecuentes a los servicios de urgencias o la presencia de antecedentes de accidentes sin causas comprensibles(32).

Los objetivos del cribado⁴ son la identificación de la mujer con riesgo, la potenciación de su capacidad para tomar sus propias decisiones con respecto a la reducción de la posibilidad de nuevos malos tratos y la provisión de un ambiente seguro para la mujer y su hijo no nacido. Para lograr que la mujer se sincere con nosotros y exprese sus temores es necesario disponer de un ambiente acogedor, íntimo y dejarla hablar sin emitir juicios de valor. Debemos proporcionar información sobre los recursos sociales de los que dispone y a los que puede acudir (protección de urgencia, policía, servicios legales y sociales y asesoramiento) sin agobiarla ni intimidarla y respetando en todo momento sus decisiones ya que si no, podríamos arriesgarnos a perder su confianza (Anexo XIII). Todas las decisiones que se tomen y los pactos que se consensuen, deben

4 Los componentes del cribado según la OMS, son: Revisión de la historia clínica; Observación del comportamiento de la mujer; Observación del comportamiento de la pareja; Preguntar directamente realizando una escucha activa, amable y sin juzgar; Registrar las respuestas de la mujer en la historia clínica y Ofrecer información sobre los recursos disponible.

estar aceptados por la mujer, ya que ella es la que debe determinar si busca ayuda o vuelve a sus antiguos patrones de conducta(22,25).

Aunque los episodios de violencia comiencen durante el embarazo, hay que procurar que la mujer sepa que no se trata de un hecho puntual sino que pueden continuar tras el momento del parto y que cabe la posibilidad de que se extiendan al hijo. Hay que tener en cuenta que las personas encargadas de detectar las situaciones de violencia somos el personal sanitario y debemos aprovechar la oportunidad de hacerlo en cualquier consulta a la que acuda la mujer. Este hecho también nos supone un problema puesto que somos personas y nos afectan los relatos y el sufrimiento que podemos detectar en las víctimas. Por ello, es imprescindible disponer de herramientas metodológicas para que podamos abordar la situación de la violencia, nos formemos y seamos capaces de proporcionar apoyo y/o seguimiento continuos, coordinación y trabajo en equipo, así como desarrollar estrategias para que, el impacto psicológico que el tratar a víctimas de violencia puede provocar, no repercuta negativamente en nuestro equilibrio emocional ni en nuestra práctica asistencial. *“Las necesidades específicas de las mujeres maltratadas, son multidimensionales, por lo que se requieren intervenciones sanitarias que tengan en cuenta los aspectos biológicos, psicológicos y sociales, y para ello es necesaria la implicación activa de todo el personal de los servicios sanitarios desde un modelo de atención integral”*. *“La detección de la situación de violencia por parte del personal sanitario predispondrá a la ruptura del silencio, lo que supone el primer paso para la comprensión y visualización del problema”*(32-35).

Para poder actuar de manera homogénea es necesario seguir el algoritmo de actuación del que disponemos cuando se nos presenta un caso con sospecha o confirmación de violencia machista (Gráfica IV). La Comunidad Andaluza cuenta con una serie de recomendaciones que sirven para prevenir la violencia de género en tres áreas (profesional, ámbito comunitario y atención a la salud integral de las mujeres) y nos informa sobre la situación de las leyes ante ciertas dudas que podamos tener al intentar actuar en este campo de la violencia.

Siempre que nos encontremos ante cualquier tipo de situación, tenemos que tener presentes los principios éticos de actuación y los derechos que los pacientes tienen, reconocidos en la **Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente** y en todos los códigos deontológicos profesionales. Teniendo esto en cuenta, es necesario recordar que las características específicas de la situación de violencia y la vulnerabilidad de las mujeres, así como de sus hijas e hijos, requieren poner especial atención en estos aspectos: *“Velar por la vida y el beneficio de la salud (principio de beneficencia); evitar perjuicios con las intervenciones, minimizando los daños (principio de no maleficencia); compromiso de confidencialidad respecto a la información conocida en virtud del ejercicio profesional (implica el registro confidencial de la información, preservar la privacidad de los datos*

personales, garantizar un ambiente de intimidad durante las entrevistas, no compartir información sobre la mujer con miembros del equipo en espacios que no sean estrictamente profesionales y tener en cuenta que en caso de emitir un parte de lesiones no hay que adjuntar nunca la historia clínica sino recoger en el informe médico la información estrictamente necesaria y relacionada con la historia de maltrato -siendo conscientes de que si se inicia un procedimiento judicial, la parte denunciada tendrá acceso a toda la información remitida-) y respetar la autonomía de la mujer”(36).

Posibles **dilemas éticos**(1) que se nos pueden presentar debido a la situación de dificultad y conflicto que estaríamos tratando, pueden dar lugar a que nuestras acciones choquen con las que serían nuestras obligaciones legales y los principios éticos que rigen nuestra profesión, por lo que debemos ser especialmente precavidos en este campo. Ejemplos pueden ser: cuando las mujeres manifiestan el deseo de no denunciar; cuando se emite un parte de lesiones sin el consentimiento de la mujer; ... En estos casos, **la ley establece y especifica las situaciones en que la salvaguarda de la confidencialidad no es una obligación absoluta y debe revelarse el secreto médico, como ante la sospecha de un delito y en caso de ser llamados a declarar en un proceso judicial**⁵.

Cuando nos encontremos ante un caso de violencia en el que tenemos dudas sobre su veracidad y tengamos miedo de poner en marcha el mecanismo judicial podemos comunicarlo al Ministerio Fiscal⁶.

En la **Ley Orgánica 1/2004 de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género**(37), la violencia física, psicológica y sexual ejercida sobre las mujeres “*por parte de quienes sean o hayan sido sus cónyuges o de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, aun sin convivencia*” tiene la consideración de delito en los términos previstos en el Código Penal. A parte de la Ley Orgánica estatal existente, la mayoría de Comunidades Autónomas han desarrollado sus propias legislaciones en materia de violencia de género.

5 “Sin perjuicio del deber general de denuncia previsto en el artículo 262 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal, las entidades u organismos asistenciales, públicos o privados, que tuvieran conocimiento de los hechos mencionados en el apartado anterior (delitos contra la vida, integridad física o moral, libertad sexual, libertad o seguridad de alguna de las personas mencionadas en el artículo 173.2, del Código Penal) deberán ponerlos inmediatamente en conocimiento del Juez de Guardia, o del Ministerio Fiscal con el fin de que se pueda incoar o instar el procedimiento para la adopción de la Orden de Protección”. “No se está amparado por el secreto profesional al estar específicamente excluida tal posibilidad por desarrollo legal específico como así apuntan los art. 2 y 8 de la Ley Orgánica 1/82 de Protección Civil del Derecho al Honor, a la Intimidad Personal y Familiar y a la Propia Imagen en relación con lo previsto en la Ley de Protección de Datos, al ser precepto expresamente regulado en disposición legal específica (L.E.CR.)”

6 “El sistema judicial garantiza el no enjuiciamiento de las y los profesionales por emitir un parte de lesiones y pueden ser llamados a declarar únicamente en calidad de testigos o peritos”

“En España, el personal sanitario tiene la obligación legal de poner en conocimiento de la autoridad judicial la posible existencia de un hecho delictivo⁷. En el caso de situaciones de violencia hacia la mujer no cometida por su pareja o ex-pareja, se emitirá un parte de lesiones que se enviará al juzgado de guardia, pero no bajo el epígrafe de violencia de género”.

En el Código Penal y la Ley de Enjuiciamiento Criminal, también se encuentran reguladas algunas formas y manifestaciones de la violencia contra las mujeres como la mutilación genital femenina, las agresiones y abusos sexuales y el acoso sexual en el ámbito laboral.

“La Ley Orgánica 1/2004 reconoce los siguientes **derechos a todas las mujeres víctimas de violencia de género** infringida por sus cónyuges o ex cónyuges de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, aun sin convivencia, con independencia de su origen, religión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social y, en su caso, **a sus hijas e hijos y personas dependientes a su cargo**”(37):

- “Derecho a una atención especializada y adecuada a sus necesidades, a servicios sociales de atención, emergencia, apoyo, acogida y recuperación integral. La atención multidisciplinar implicará: información sobre sus derechos y los recursos, atención psicológica, apoyo social, seguimiento de las reclamaciones de los derechos”.
- “Derecho a protección y seguridad, a solicitar una orden de protección, a la defensa jurídica, inmediata y especializada y, en su caso, gratuita”.
- “Derechos laborales y prestaciones de la Seguridad Social, derechos sociales y económicos, apoyo a la formación e inserción laboral”.
- “Derecho, como colectivo prioritario, al acceso a la vivienda protegida y residencias públicas para mayores”.

Como proveedores de salud, debemos asegurarnos de que todas las mujeres disponen de la información necesaria de manera accesible y comprensible para ellas, y tener en cuenta que para la atención de las hijas e hijos, hay que consultar las actuaciones sanitarias contempladas en la Ley Orgánica de Protección Jurídica del Menor⁸(38).

Por último, decir que el diagnóstico y la atención a la violencia de género por parte de los sanitarios y demás, están incluidos en el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, y que es importante saber que la Ley Orgánica 10/2011, de 27 de julio, modifica ciertos artículos de la Ley Orgánica 4/2000 sobre Derechos y Libertades de los Extranjeros en España y su Integración Social⁹(39-41).

7 Ley de Enjuiciamiento Criminal, arts. 262 y 355 y Real Decreto 1030/2006 (Cartera de Servicios comunes del SNS)

8 Ley Orgánica 1/1996, de 15 enero, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil

9 Se han modificado los artículos 31 bis y 59 bis de la Ley Orgánica 4/2000 sobre Derechos y Libertades de los

Aportaciones de la OMS:

Para reducir la violencia contra la mujer mediante iniciativas que ayudan a identificar y cuantificar el problema y responder al mismo, la OMS junto con otras instituciones, colaboran en(42):

1. *“El acopio de datos probatorios sobre el alcance y los distintos tipos de violencia en diferentes entornos. Esta medida es fundamental para comprender la magnitud y la naturaleza del problema a nivel mundial”.*
2. *“La elaboración de orientaciones para los Estados Miembros y los profesionales de la salud a fin de prevenir la violencia y reforzar las respuestas del sector de la salud a ese fenómeno”.*
3. *“La difusión de información a los países y el apoyo a los esfuerzos nacionales tendentes a impulsar los derechos de las mujeres y prevenir la violencia”.*
4. *“La colaboración con organismos y organizaciones internacionales para disuadir de ejercer violencia contra la mujer a nivel mundial”.*

En su informe, *Violencia contra las mujeres: Un tema de salud prioritario*, recomienda al personal sanitario que *“no tenga miedo de preguntar: contrariamente a la creencia popular, la mayoría de las mujeres están dispuestas a revelar el maltrato cuando se les pregunta de forma directa y no valorativa. En realidad, muchas están esperando silenciosamente a que alguien les pregunte”.* Define además, las funciones mínimas a desarrollar por el sistema sanitario en este tema(1,42):

- *“Preguntar con regularidad, cuando sea factible, a todas las mujeres sobre la existencia de violencia doméstica, como tarea habitual dentro de las actividades preventivas”.*
- *“Estar alerta a posibles signos y síntomas de maltrato y hacer su seguimiento”.*
- *“Ofrecer **atención sanitaria integral** y registrarla en la historia de salud o historia clínica”.*
- *“Ayudar a entender su malestar y sus problemas de salud como una consecuencia de la violencia y el miedo”.*
- *“Informar y remitir a las pacientes a los recursos disponibles de la comunidad”.*
- *“Mantener la privacidad y la confidencialidad de la información obtenida”.*

Extranjeros en España y su Integración Social, por lo que se contempla la concesión automática, ya no potestativa, de la autorización provisional de residencia y trabajo a las mujeres extranjeras en situación administrativa irregular que denuncien por maltrato, y hayan obtenido una orden de protección o se haya emitido informe del Ministerio Fiscal en el que se aprecie la existencia de indicios de violencia de género; haciendo extensivo este derecho a sus hijos e hijas hasta que se emita la resolución judicial relativa a la denuncia que se haya interpuesto. Esta Ley Orgánica también amplía los derechos de protección de las mujeres víctimas de trata a sus hijos e hijas y otras personas que mantengan vínculos familiares o de cualquier otra índole con ellas.

- “Estimular y apoyar a la mujer a lo largo de todo el proceso, respetando su propia evolución”.
- “Evitar actitudes insolidarias o culpabilizadoras ya que pueden reforzar el aislamiento, minar la confianza en ellas mismas y restar la probabilidad de que busquen ayuda”.
- “Establecer una coordinación con otros/as profesionales e instituciones”.
- “Colaborar en dimensionar e investigar el problema mediante el registro de casos”.

“No hacer es permitir que la violencia continúe y que la salud de las mujeres empeore. Actuar contribuye, a hacer desaparecer los mitos y creencias que acompañan a la violencia de género además de poder resolver el caso. Frecuentemente no se interviene por miedo a no saber qué hacer; a hacer más daño..., pero es importante señalar que el sólo hecho de escuchar con respeto es un acto terapéutico. Con frecuencia la consulta es el único espacio que la mujer tiene para hablar de lo que le pasa. Al hablar con la mujer se puede ir descubriendo en qué se la puede ayudar y cómo”(1).

DISCUSIÓN:

Los autores consultados, coinciden en que la violencia es un problema que va en aumento cada día en los distintos grupos de edad(24). Por ejemplo, actualmente se está observando un comportamiento entre los jóvenes, que fomenta las actitudes sexistas; aunque los niveles se encuentran por debajo del 50%, llama la atención que en pleno siglo XXI y con toda la información de la que se dispone, se de éste fenómeno. Se estima que los casos registrados de violencia doméstica suponen al rededor de un 20% de los casos reales, ya que muchas mujeres no se atreven a denunciar o a pedir ayuda cuando lo necesitan. Algunos datos sobre las víctimas que produce la violencia de género y que maneja el Ministerio de Sanidad, son los expuestos en la introducción de este mismo trabajo, además de los que se manejan del año pasado (2012) (Tablas I y II).

Aunque ha ocurrido desde siempre, se ha contrastado que el hecho de estar embarazada no supone un factor protector ante la violencia, sino que puede desencadenarla o ser el resultado de la misma. Este hecho pone dos vidas en peligro y puede dejarles secuelas permanentes a cualquiera de los dos, además de que si el niño nace, la violencia podría extenderse hacia él.

El abuso durante el embarazo ha sido reconocido como un problema de salud mundial (Gráfica V) y es comparable con el resto de patologías que afectan a las embarazadas y por las que son evaluadas. De esta forma, si el problema está equiparado, es lógico pensar que es necesario realizar un cribado a todas aquellas mujeres embarazadas que lleguen a tener contacto con el Sistema de Salud, ya sea a través de las consultas rutinarias de control, o mediante el momento mismo del parto, puesto que sería importante abrir una historia para que en los centros de salud

estuvieran atentos durante el seguimiento de la puérpera y su bebé. De igual forma, es necesario estar atentos a los efectos que produce la violencia durante el embarazo, dando lugar a un gran número de complicaciones, aunque algunas son más frecuentes que otras (Gráfica VI).

Ya en el año 2010, la prevalencia de mujeres maltratadas se encontraba entre un 4 y un 8% de las gestantes(43), por lo que se recomienda un cribado sistemático durante el control del embarazo para poder determinar la existencia de estas situaciones. Se debe preguntar sin tener miedo de la respuesta de la embarazada, ya que la mayor parte de las veces la violencia pasa desapercibida. Como profesionales concienciados e involucrados en la lucha por la igualdad y contra la violencia de género, estamos en situación de hacer todo lo posible por ayudar.

Como este problema es a nivel mundial uno de los más perjudiciales para la salud, se ha estado luchando contra él desde hace ya muchos años, por lo que existen una serie de tratados Nacionales y Regionales que apoyan la defensa y la ayuda de las mujeres maltratadas y hacen responsables a los Gobiernos de la aplicabilidad de las leyes, incorporando los modelos de identificación de abuso por parte del personal sanitario, ... que también es interesante conocer para tener una perspectiva global (Anexo XV).

CONCLUSIONES:

En la actualidad vivimos en una sociedad donde se producen actos de violencia contra la mujer por el simple hecho de serlo. Cuando se da este tipo de situación, se tiende a perder contacto con el sistema sanitario o hiperfrecuentarlo con síntomas inespecíficos o excusas varias. Por este motivo el embarazo supone una oportunidad para tener un contacto más cercano con la mujer y poder detectar la situación que está viviendo. En cuanto a si el mismo hecho de estar embarazada puede ser el desencadenante de la violencia contra la mujer o no, resulta casi imposible obtener resultados concluyentes, pero si se conoce que no supone un factor protector y que el embarazo mismo puede ser el resultado de haber sufrido violencia con anterioridad.

La importancia de las consecuencias que tiene la violencia en la gestación y su prevalencia, justifican la aplicación o utilización de los *protocolos* existentes y que nos facilitan los Organismos Públicos para guiarnos en nuestra actuación correcta y eficaz como sanitarios. Del mismo modo, es fundamental resaltar la importancia de las herramientas para el *cribado* y las características que nos harían ponerlas en marcha al sospechar ante una situación concreta.

Existen *entrevistas recomendadas, ejemplos de preguntas a realizar y demás ayudas* que se encuentran en el documento que nos pueden servir en nuestra función, pero nunca hay que olvidar que se trata de una persona que nos está hablando de sus temores y preocupaciones; se trata a veces

de su vida o la de su futuro bebé, por lo que no podemos dedicarnos a realizar una simple “encuesta”. Es importante tener en cuenta que hay que reunir una serie de características como son, un ambiente seguro, no preguntarle cuando esté la pareja delante, no juzgar y llevar a cabo una escucha activa principalmente, garantizándole siempre la *absoluta confidencialidad*.

Con los datos que se manejan y la importancia que tiene el personal sanitario en la detección y abordaje de este tipo de problemas, queda clara la necesidad de utilizar todas las actuaciones necesarias y adecuadas a nosotros y a las posibles víctimas. Se *necesita formación* para adquirir las habilidades necesarias y eliminar prejuicios que todavía se encuentran entre el propio personal (debido a esto y a la sobrecarga laboral, la falta de espacios o habilidades, la incredulidad o percepción de que la mujer miente, ... es por lo que muchos sanitarios se niegan todavía a hacer un cribado a las pacientes en algunas sociedades). Se debe insistir en la necesidad de aplicar las *escalas* de las que disponemos para optimizar nuestra asistencia al máximo y poder ayudar a las mujeres y sus hijos (en el caso de que los tengan).

Cuando una mujer (embarazada o no) acude a la consulta y sospechamos que puede encontrarse en una situación de este tipo, se recomienda *reflejarlo en la historia clínica y valorar* la fase en la que se encuentra para así saber qué tipo de actuación sería la más adecuada. En todo caso, se trataría de un *problema multidisciplinar* y habría que ponerla en contacto con el psicólogo, el médico, la asistente social, ... según el caso y siempre con el consentimiento de la mujer. Como *información general*, se le recuerda que no está sola y que existen un gran número de asociaciones o teléfonos que son comunes en todo el territorio nacional, en los que puede pedir ayuda cuando lo crea necesario y/o se sienta preparada (Anexo XVI).

Como última apreciación, es importante *resaltar la labor de enfermería en sus tres vertientes (docente, investigadora y asistencial)* y su contribución continua a exponer problemas que todavía existen y deben ser conocidos para poder tratarlos. Por ejemplo, en el campo de la *investigación*, se ha llevado a cabo la elaboración de una Tesis(49) documentada sobre este mismo tema (aunque aún está a la espera de ser defendida), pero sigue siendo necesario continuar investigando para tener evidencias y así poder mejorar nuestra calidad asistencial. De igual forma, se necesita también *formar a los estudiantes y profesionales* para que puedan desarrollar esas habilidades sociales tan nombradas a lo largo del documento y que son necesarias para poder trabajar sin que las situaciones interfieran en nuestras vidas privadas, ya que es muy importante no quedar expuestos al sufrimiento de los demás si queremos seguir siendo efectivos.

BIBLIOGRAFÍA:

1. **Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.** *Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género.* Año 2012. España.
2. **Collado S, Villanueva LA.** *Violencia familiar: una aproximación desde la ginecología y obstetricia.* Ginecol Obstet Mex, 2005;73(5):250-260.
3. **Centro de Noticias ONU.** “*ONU Mujeres celebra foro para poner fin a la violencia de género*” [Actualizado 13 de Diciembre de 2012; Acceso 20 de Marzo de 2013]. Disponible en: <http://www.un.org/spanish/News/story.asp?NewsID=25239#.UUdiZxeQUQo>
4. **Centro de Noticias ONU.** “*Concluye 57ª sesión de Comisión de la ONU sobre la Mujer*” [Actualizado el 15 de Marzo de 2013; Acceso 20 de Marzo de 2013]. Disponible en: <http://www.un.org/spanish/News/story.asp?NewsID=25950#.UUdpABeQUQo>
5. **Alberdi I, Rojas L.** *Violencia: tolerancia cero: programa de prevención de la obra social “La Caixa”.* Barcelona: Obra Social “La Caixa”, 2005: 122.
6. **Sotomayor E.** *La Violencia contra las mujeres: estudio sobre la situación y características de las mujeres en los centros de acogida.* Sevilla: Instituto Andaluz de la Mujer, 2000: 107-108.
7. **Holden KB, McKenzie R, Pruitt V, Aaron K, Hall S.** *Depressive Symptoms, Substance Abuse, and Intimate Partner Violence among Pregnant Women of Diverse Ethnicities.* JHCPU, 2012; 23(1): 226–241.
8. **Shah PS, Shah J.** *Maternal Exposure to Domestic Violence and Pregnancy and Birth Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analyses.* JWH, 2010; 19(11): 2017-2031.
9. **Instituto Nacional de Estadística.** Productos y Servicios. Publicaciones gratuitas. Mujeres y Hombres en España. Delito y Violencia. [Actualizado el 22 de Marzo de 2012; Acceso el 9 de Abril de 2013]. Disponible en: http://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_P&cid=1259925505429&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout¶m3=1259924822888
10. **Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.** *Violencia de Género y Trata de Mujeres.* Portal Estadístico. [Acceso el 9 de Abril de 2013]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/ssi/violenciaGenero/portalEstadistico/home.htm>
11. **Observatorio de la Violencia de Género.** Principales Resultados: Macroencuesta de Violencia de Género 2011. [Actualizado el 8 de Febrero de 2012; Acceso el 10 de Abril de 2013]. Disponible en: http://www.observatorioviolencia.org/upload_images/File/DOC1329745747_macroencuesta2011_principales_resultados-1.pdf
12. **O'Reilly R, Beale B and Gillies D.** *Screening and Intervention for Domestic Violence During Pregnancy Care: A Systematic Review.* Trauma, Violence & Abuse, 2010; 11(4): 190-201.
13. **Valdez-Santiago R, Arenas-Monreal L, Hernández-Tezoquipa L.** *Experiencia de las parteras en la identificación de mujeres maltratadas durante el embarazo.* Salud Pública Mex, 2004; 46(1):56-63.

14. **Grosser H.** *El Embarazo como un renacer: Una intervención de Arte Terapia en una mujer embarazada víctima de violencia intrafamiliar.* Proyecto Final para Optar al Curso de Especialización de Postítulo en Terapias de Arte, Mención Arte Terapia. [Tesis en línea] Santiago de Chile, 2007. [Acceso el 20 de Marzo de 2013]. Disponible en: http://www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2007/grosser_h/sources/grosser_h.pdf
15. **Cuevas S, Blanco J, Juárez C, Palma O, Valdez-Santiago R.** *Violencia y embarazo en usuarias del sector salud en estados de alta marginación en México.* Salud Publica Mex, 2006; 48(supl 2):S239-S249.
16. **Pérez-Rodríguez MR, López-Navarrete GE, León-López A.** *Violencia contra la mujer embarazada: un reto para detectar y prevenir daño en el recién nacido.* Acta Pediatr Mex 2008; 29(5):267-272.
17. **Flury M, Nyberg E, Riecher-Rössler A.** *Domestic violence against women: definitions, epidemiology, risk factors and consequences.* Swiss Med Wkly, 2010;140:w13099.
18. **Junta de Andalucía. Consejería de Salud.** *Protocolo andaluz para la actuación sanitaria ante la violencia de género.* Red Andaluza de Formación contra el maltrato a las mujeres. Año 2008. España.
19. **Martínez J.** *Importancia del Sistema Sanitario en la Identificación de casos de Violencia de Género.* ENE Revista de Enfermería [En línea] 2010; 4(2):19-23. [Acceso el 5 de Marzo de 2013]. Disponible en: <http://enfermeros.org/revista>
20. **Jeanjot I, Barlow P, Rozenberg S.** *Domestic Violence During Pregnancy: Survey of Patients and Healthcare Providers.* JWH, 2008; 17(4): 557-567.
21. **Organización Mundial de la Salud.** *Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer: Primeros resultados sobre prevalencia, eventos relativos a la salud y respuestas de las mujeres a dicha violencia.* [En línea] Año 2005. [Acceso el 5 de Marzo de 2013]. Disponible en: http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/summary_report/summaryreportSpanishlow.pdf
22. **Ladewig PW, London ML, Moberly S, Olds SB.** *Enfermería maternal y del recién nacido.* Madrid: Mc Graw-Hill, 5 ed. Interamericana de España, 2006.
23. **O'Donnell L, Agronick G, Duran R, Myint-U A, Stueve A.** *Intimate Partner Violence Among Economically Disadvantaged Young Adult Women: Associations With Adolescent Risk-Taking and Pregnancy Experiences.* Perspectives on Sexual and Reproductive Health, 2009; 41(2): 84-91.
24. **Correa MY.** *Investigación: La violencia física, psicológica y sexual durante el embarazo y su relación con las complicaciones maternas.* Hospital de Vitarte. Lima. [En línea] Año 2011. [Acceso el 20 de Marzo de 2013] Disponible en: http://redin.pe/biblio/3ffac1_INVESTIGACION%20C3%93N_2011_-_MCORREA.pdf

25. **Portella PP.** *De la violencia contra la mujer en el embarazo a la construcción de una familia saludable: El Ave Fenix de la Medicina Contemporánea.* Programa Permanente de Capacitación Integral de Víctimas de la Violencia. [En línea] Perú. [Acceso el 3 de Marzo del 2013]. Disponible en: <http://www.perusaludable.org/Revista/articulo38.htm>
26. **Colombo G, Ynoub R, Veneranda L, Iglesias MG, Viglizzo M.** *Violencia familiar contra la mujer en las etapas de embarazo, parto y puerperio: la mirada de los profesionales de un servicio público de maternidad y obstetricia.* Revista Argentina de Sociología, 2006; 4(7):73-98.
27. **Rose L, Alhusen J, Bhandari S, Soeken K, Marcantonio K, Bullock L, et al.** *Impact of Intimate Partner Violence on Pregnant Women's Mental Health: Mental Distress and Mental Strength.* Issues in Mental Health Nursing, 2010; 31:103–111.
28. **Leone JM, Lane SD, Koumans MH, DeMott K, Wojtowycz MA, Jensen J et al.** *Effects of Intimate Partner Violence on Pregnancy Trauma and Placental Abruption.* JWH, 2010; 19(8):1501-1509.
29. **Collado SP, Villanueva LA.** *Relación entre la violencia familiar durante el embarazo y el riesgo de bajo peso en el recién nacido.* Ginecol Obstet Mex, 2007;75(5):259-267.
30. **Zorrilla B, Pires M, Lasheras L, Morant C, Seoane L, Sánchez LM et al.** *Intimate partner violence: last year prevalence and association with socio-economic factors among women in Madrid, Spain.* European Journal of Public Health, 2010; 20(2):169-175.
31. **Martínez JM.** *Detección y atención a la violencia de género en el embarazo. Una asignatura pendiente.* Enfermería Global, 2011; 24: 352-357.
32. **World Health Organization (WHO).** Gender, women and health. *Violencia contra la mujer. Un tema de Salud prioritario.* [En línea] Año 1998. [Acceso el 3 de Marzo de 2013]. Disponible en: http://www.who.int/gender/violence/violencia_infopack1.pdf
33. **Velasco MC, Pulido A, Herrera B, Fernández MA, Álvarez MA, Fernández A et al.** *Prevalencia de la violencia durante el embarazo en mujeres que dan a luz en hospitales públicos de Andalucía.* Proyecto de Investigación Biomédica y en Ciencias de la Salud financiado por FIBAO. Año 2009.
34. **Moran BA.** *Intimate Partner Violence.* AWHONN, 2008; 12(3): 194-196.
35. **Junta de Andalucía.** *Cuaderno informativo sobre la violencia contra la mujer.* [En línea] Año 2009. [Acceso el 5 de Marzo de 2013]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/Violencia_Genero_Ficheros_Cuaderno_informativo_de_la_violencia_sobre_la_mujer_Andalucxa-2.pdf
36. *Ley 41/2002, de 14 de Noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.* BOE n°274, págs. 40126-40132 (15/11/2002).
37. *Ley Orgánica 1/2004 de 28 de Diciembre, de medidas de protección integral contra la violencia de género.* BOE n° 313, págs. 42166-42197 (29/12/2004).

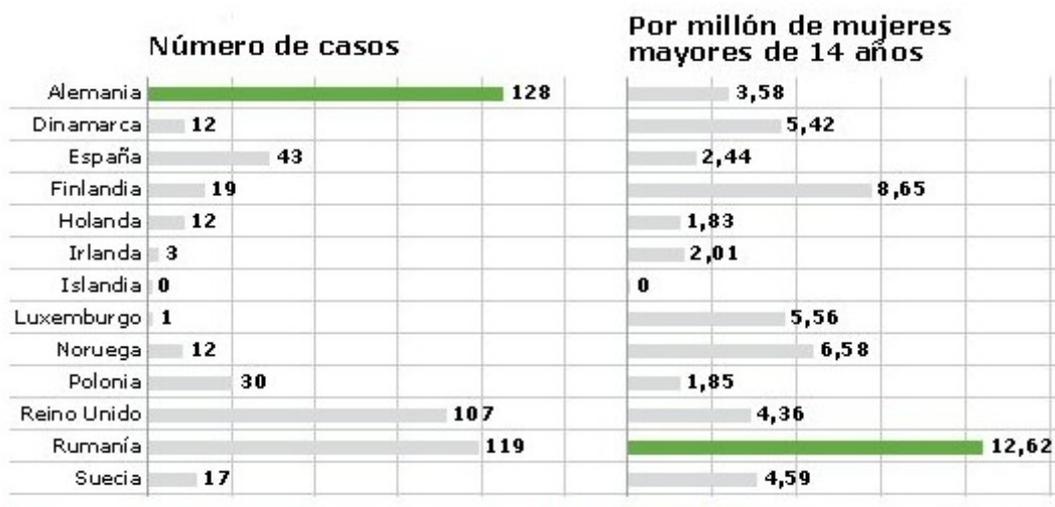
38. *Ley Orgánica 1/1996, de 15 de Enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil*. BOE nº 15, págs. 1225-1238 (17/01/1996).
39. *Real Decreto 1030/2006, de 15 de Septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización*. BOE nº 222, págs. 32650-32679 (16/09/2006).
40. *Ley Orgánica 10/2011, de 27 de Julio, de modificación de los artículos 31 bis y 59 bis de la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social*. BOE nº 180, págs. 85346-85349 (28/07/2011).
41. *Ley Orgánica 3/2000, de 11 de Enero, de modificación de la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal, en materia de lucha contra la corrupción de agentes públicos extranjeros en las transacciones comerciales internacionales*. BOE nº 10, págs. 1139-1150 (12/01/2000).
42. **Organización Mundial de la Salud**. *Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen*. [En línea]. Año 2002. [Acceso el 5 de Abril de 2013]. Disponible en: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/summary_es.pdf
43. **World Health Organization (WHO)**. *Intimate partner violence during pregnancy. Information sheet*. Multi-country study on women's health and domestic violence against women. [En línea]. Año 2011. [Acceso el 5 de Abril de 2013]. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/hq/2011/WHO_RHR_11.35_eng.pdf
44. **Amanda Aher A, O'Connell R**. *Domestic abuse in pregnancy*. *Midwifery matters*, 2012; 20(7):45.
45. **Martínez JM**. *El embarazo, un factor de riesgo para sufrir violencia de género*. *Inquietudes*, 2011; 44:3-4.
46. **Reproductive Health Acces, Information and Services in Emergencies (RAISE)**. *Hoja informativa: Violencia basada en género*. [En línea]. [Acceso el 3 de Abril de 2013]. Disponible en: http://www.raiseinitiative.org/library/pdf/fs_gbv_es.pdf
47. **Williams GB, Brackley MH**. *Intimate Partner Violence, Pregnancy and the Decision for Abortion*. *Issues in Mental Health Nursing*, 2009; 30:272-278.
48. **June Keeling J, Mason T**. *Postnatal disclosure of domestic violence: comparison with disclosure in the first trimester of pregnancy*. *JCN*, 2010; 20: 103-110.
49. **Velasco, MC**. *Tesis sobre la violencia en el embarazo*. Universidad de Jaén. Año 2013. Pendiente de defensa.
50. **Observatorio de Salud de la Mujer**. *Catálogo de instrumentos para cribado y frecuencia del maltrato físico, psicológico y sexual*. Escuela Andaluza de salud Pública. [En línea]. [Acceso el 27 de Marzo de 2013]. Disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/genero_vg_01.pdf

ÍNDICE DE GRÁFICAS,**TABLAS Y ANEXOS:**

Gráficas	Pág. 24
I. <i>Casos de violencia contra la mujer en las relaciones de pareja en países europeos</i>	Pág. 24
II. <i>Víctimas mortales por violencia de género en España (evolución)</i>	Pág. 24
III. <i>Ciclo de la violencia</i>	Pág. 25
IV. <i>Algoritmo de actuación. Detección y valoración de la violencia de género</i>	Pág. 25
V. <i>Porcentaje, por lugar, de mujeres que habían estado embarazadas alguna vez y que habían sido golpeadas durante al menos un embarazo</i>	Pág. 26
VI. <i>Prevalencia de las principales complicaciones maternas encontradas</i>	Pág. 26
Tablas	Pág. 27
I. <i>Desglose de víctimas por violencia de género (año 2012) con denuncia, medidas de protección y quebrantamientos de las denuncias</i>	Pág. 27
II. <i>Desglose de víctimas por violencia de género (año 2012) por nacionalidad, edad, convivencia y relación con el agresor</i>	Pág. 27
Anexos	Pág. 28
I. <i>Conceptos generales relacionados con el tema</i>	Pág. 28
II. <i>Indicadores de sospecha de violencia de género</i>	Pág. 30
III. <i>Escala de Edimburgo para la detección de síntomas de depresión</i>	Pág. 31
IV. <i>Antenatal Psychosocial Health Assessment (ALPHA)</i>	Pág. 32
V. <i>Cuestionario ISA, Domestic Abuse Assessment Questionnaire y Abuse Assessment Screen</i>	Pág. 36
VI. <i>Indicadores de sospecha durante la consulta</i>	Pág. 39
VII. <i>Valoraciones (biopsicosocial, de la situación de violencia y evaluación del riesgo</i>	Pág. 40
VIII. <i>Ejemplos de preguntas ante sospecha y para valorar la situación y el tipo de violencia</i>	Pág. 41
IX. <i>Valoración de las fases de cambio del comportamiento de la mujer</i>	Pág. 42
X. <i>Recomendaciones para la entrevista clínica a la mujer</i>	Pág. 43
XI. <i>Aspectos generales a tener en cuenta por el personal</i>	Pág. 44
XII. <i>Plan de seguridad para la mujer víctima de violencia</i>	Pág. 45
XIII. <i>Actuación en Atención Primaria y Especializada ante casos concretos de mujeres</i>	Pág. 46
XIV. <i>Recomendaciones para la prevención de la violencia de género en el sistema sanitario</i>	Pág. 47
XV. <i>Documentos mundiales, Tratados regionales y Declaraciones y resoluciones de conferencias</i>	Pág. 48
XVI. <i>Recursos de ámbito Estatal para la mujer maltratada</i>	Pág. 49

GRÁFICA I:

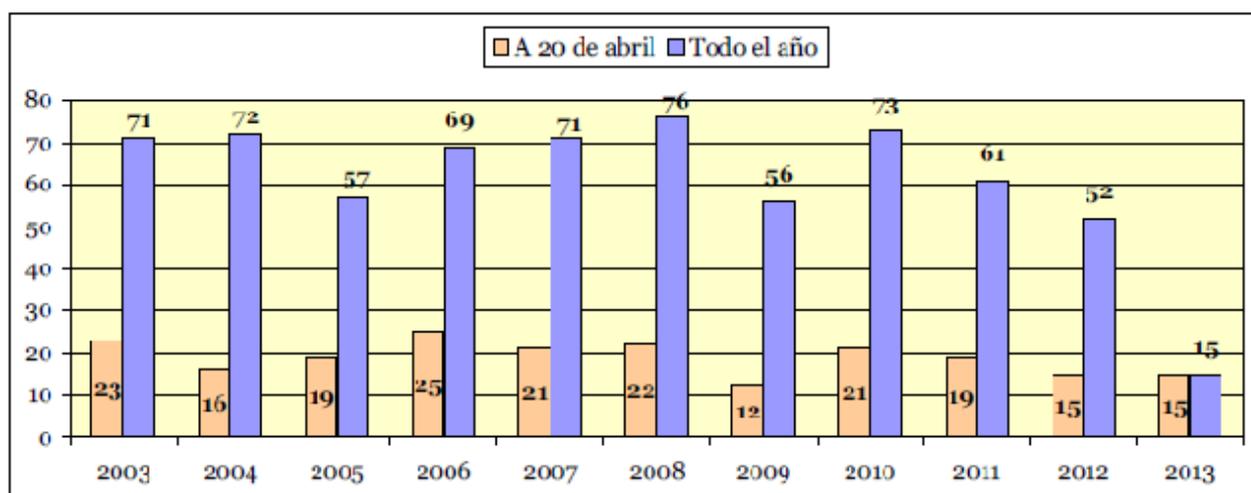
Casos de violencia contra la mujer en las relaciones de pareja en países europeos; Año 2000



Fuente: Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia

GRÁFICA II:

Víctimas mortales por violencia de género en España (evolución)

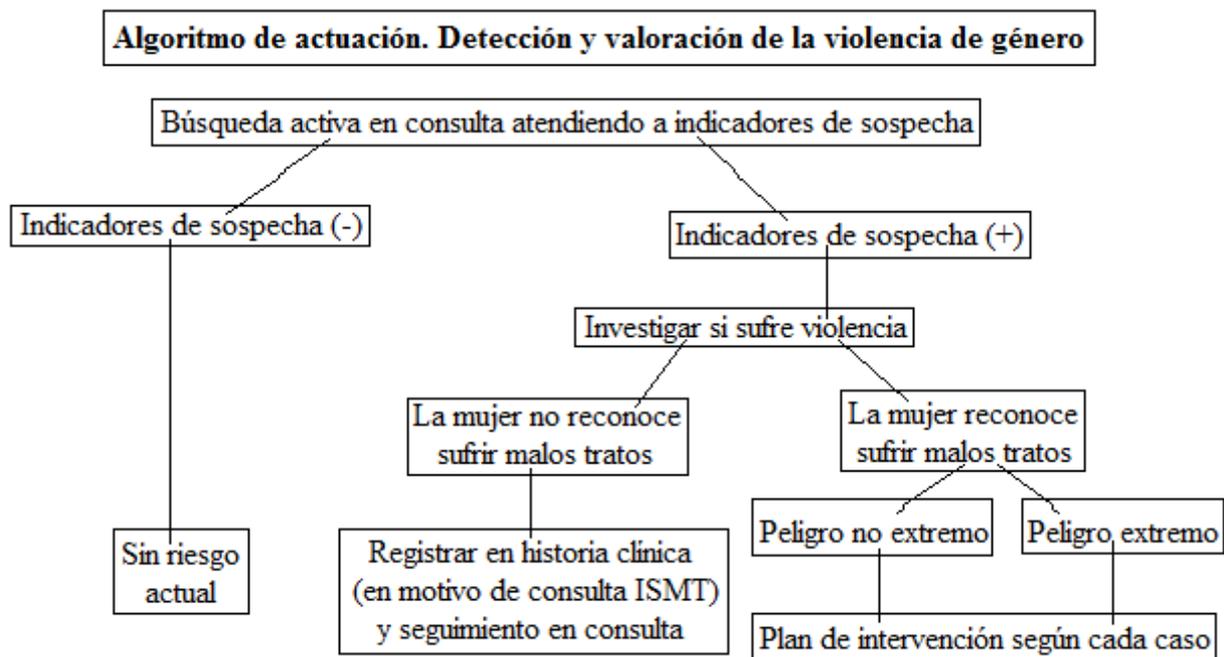


Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
 Datos publicados a fecha 20 de Abril de 2013

GRÁFICA III:



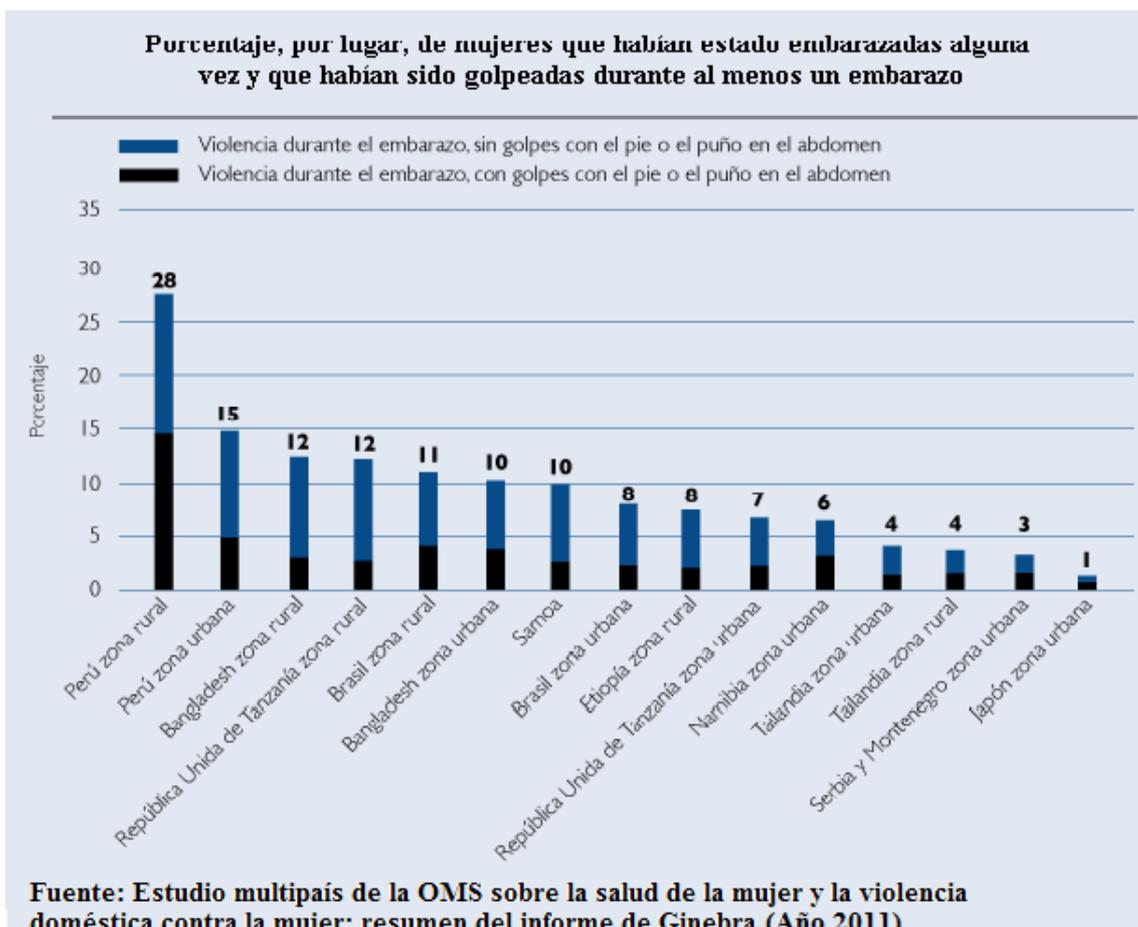
GRÁFICA IV(1):



ISMT → **Indicador de sospecha de malos tratos.** Registrar en la historia clínica la sospecha de los malos tratos como “motivo de consulta” y en “listado de problemas”

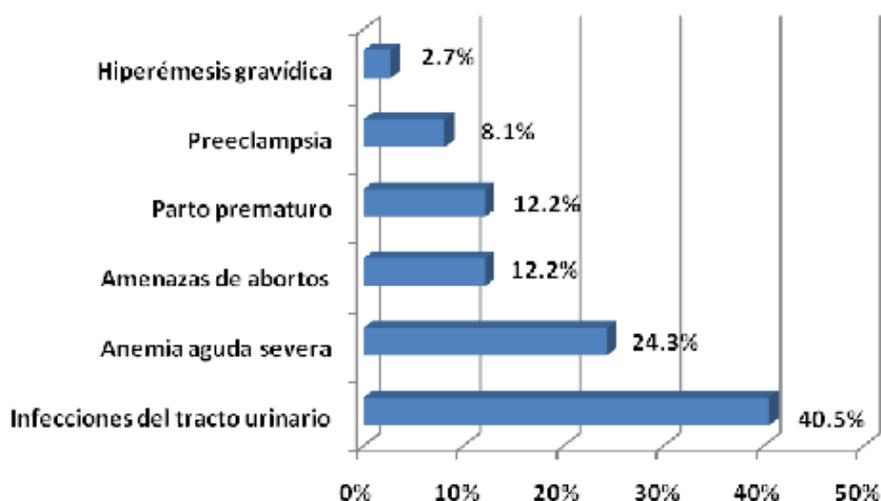
CMT → **Confirmación de malos tratos.** Registrar en la historia clínica la sospecha de los malos tratos como “motivo de consulta” y en “listado de problemas”

GRÁFICA V:



GRÁFICA VI:

Prevalencia de las principales complicaciones maternas encontradas en madres entrevistadas en el servicio de puerperio del Hospital de Vitarte, Lima (Agosto 2011)



Fuente: La violencia física, psicológica y sexual durante el embarazo y su relación con las complicaciones maternas - Hospital de Vitarte 2011

TABLA I:

		Nº de casos	% del total
Total víctimas		52	100,0%
Denuncia	Habían denunciado	10	19,2%
	Retiraron denuncia	0	0%
Medidas de protección	Solicitaron medida de protección	7	13,5%
	Obtuvieron medida de protección	7	13,5%
	Renunciaron a medidas de protección	0	0%
	Medidas de protección caducadas	2	3,8%
	Otras causas de no vigencia de medidas de protección	1	1,9%
	Tenían medida de protección en vigor	4	7,7%
Quebrantamientos de medidas	CON consentimiento de la víctima	3	5,8%
	SIN consentimiento de la víctima	1	1,9%
	No consta	0	0%

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Ficha Resumen. Víctimas mortales por violencia de género – 31/12/2012

TABLA II:

		Nº de casos	% del total
Total víctimas		52	100%
Nacionalidad de la víctima	Española	41	78,8%
	Extranjera	11	21,2%
	No consta	0	0%
Edad de la víctima	<16 años	1	1,9%
	16-17 años	0	0%
	18-20 años	1	1,9%
	21-30 años	13	25%
	31-40 años	7	13,5%
	41-50 años	10	19,2%
	51-64 años	9	17,3%
	>64 años	11	21,2%
	No consta	0	0%
Convivencia	Si	37	71,2%
	No	15	28,8%
	No consta	0	0%
Relación	Expareja o en fase de ruptura	14	26,9%
	Pareja	38	73,1%

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Ficha Resumen. Víctimas mortales por violencia de género – 31/12/2012

ANEXO I:

Conceptos generales relacionados con el tema(1-2,17,20,24,35,44-48)

- **Violencia familiar:** *“Se define como los malos tratos o agresiones físicas, psicológicas, sexuales o de otra índole, infligidas por personas del medio familiar y dirigida generalmente a los miembros más vulnerables de la misma: niños, mujeres y ancianos”.*
- **Violencia contra la mujer:** *“Todo acto de violencia basado en el género que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psicológico, incluidas las amenazas, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o en la vida privada”.*
- **Violencia de género:** *“Se incluye la palabra género debido a que la mayoría de las víctimas son mujeres. La violencia se dirige a las mujeres por ser del sexo femenino y tener un poder desigual en las relaciones con los hombres, además de una baja condición general en el mundo. Nos muestra que esta violencia se ejerce por los diferentes roles de género atribuidos a hombres y mujeres y no solo por el hecho biológico de serlo”.*
- **Violencia durante el embarazo:** *“Es la violencia o amenazas de violencia psicológica, física o sexual ocasionadas a la mujer embarazada”.*
- **Violencia alrededor del embarazo:** *“Es la violencia física, sexual y/o psicológica infligida a una mujer alrededor del tiempo de un embarazo”. Se considera desde un año antes de quedarse embarazada hasta un año después del embarazo”.*
- **Violencia física:** *“Aquella que atenta o agrede el cuerpo. Comprende cualquier acto no accidental que implique el uso deliberado de la fuerza, como bofetadas, golpes, palizas, empujones, heridas, fracturas o quemaduras, que provoquen o puedan provocar una lesión, daño o dolor en el cuerpo de la mujer. Se puede distinguir entre: Agresiones físicas leves o menores, moderadas y severas”.*
- **Violencia sexual:** *“Ocurre siempre que se impone a la mujer, mediante el chantaje, las amenazas o la fuerza, un comportamiento sexual contra su voluntad, se produzca por parte de su pareja o por otras personas. Existen diferentes manifestaciones de violencia sexual: Violencia sexual con contacto corporal o no; Violencia contra los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres; Agresiones sexuales; Abusos sexuales; Acoso sexual; La mutilación genital femenina (MGF) y la trata de mujeres y niñas con fines de explotación sexual, ...”.*
- **Violencia psicológica:** *“Conjunto de actitudes que tienen por objeto causar temor, intimidar y controlar las conductas, sentimientos y pensamientos de la persona a quien se está agrediendo como las descalificaciones, insultos, control, etc. Es intencionado y prolongado en el tiempo, atentando contra la integridad psíquica y emocional de la mujer y contra su dignidad como persona. Tiene como objetivo imponer las pautas de comportamiento que el hombre considera que debe tener su pareja. Este tipo de violencia no es tan visible como la física o la sexual, es más difícil de demostrar, y en muchas ocasiones*

no es identificada por la mujer como tal sino como manifestaciones propias del carácter del maltratador”.

- **Violencia económica:** *“Es otra forma de controlar al dependiente, a través del manejo de la economía o la apropiación y control del trabajo o los bienes de la víctima, limitando así su libre decisión. Impedir su acceso a un puesto de trabajo, a la educación o a la salud”.*
- **Violencia estructural:** *“Barreras intangibles e invisibles que impiden el acceso de las mujeres a los derechos básicos como la negación de la información sobre los derechos fundamentales y las relaciones de poder en los centros educativos o de trabajo”.*
- **Violencia espiritual:** *“Destrucción de las creencias culturales o religiosas mediante el castigo, la ridiculización o la imposición de un sistema de creencias ajeno al propio”.*
- **Violencia política o institucional:** *“Se manifiesta cuando las instituciones (educativas, legislativas, judiciales...) no desarrollan políticas de igualdad de oportunidades o las desarrollan insuficientemente, cuando no se desarrollan programas de prevención de la violencia y/o no se protege a las mujeres que la sufren”.*
- **Violencia simbólica:** *“Invisibilización de las mujeres en los textos, el cine o la publicidad, o su reproducción desarrollando sólo aquellos roles tradicionalmente considerados como propios de ellas”.*

ANEXO II:

Indicadores de sospecha de violencia de género(1)	
Antecedentes de haber sufrido o presenciado malos tratos en la infancia	Haber vivido otras relaciones de maltrato en la pareja; Haber sufrido o presenciado malos tratos en la infancia, abusos y/o agresiones.
Antecedentes personales y de hábitos de vida	Lesiones frecuentes; Abuso de alcohol, psicofármacos u otras drogas; Otros problemas de salud frecuentes: dolores, trastornos del sueño y/o de la alimentación.
Problemas gineco-obstétricos	Ausencia de control de la fecundidad (muchos embarazos, embarazos no deseados o no aceptados); Presencia de lesiones en genitales, abdomen o mamas durante los embarazos; Dispareunia, dolor pélvico, infecciones ginecológicas de repetición, anorgasmia, dismenorrea; Historia de abortos repetidos; Bebés con bajo peso al nacer; Retraso en la solicitud de atención prenatal.
Síntomas psicológicos frecuentes	Insomnio; Depresión; Ansiedad; Trastorno de estrés postraumático; Intentos de suicidio; Baja autoestima; Agotamiento psíquico; Irritabilidad; Trastornos de la conducta alimentaria; Labilidad emocional.
Aspectos sociales	Aislamiento; escasas relaciones y actividades fuera de la familia, bajas laborales.
Síntomas físicos frecuentes	Cefalea; Cervicalgia; Dolor crónico en general; Mareo; Molestias gastrointestinales (diarrea, estreñimiento, dispepsia, vómitos, dolor abdominal); Molestias pélvicas; Dificultades respiratorias.
Utilización de servicios sanitarios	Existencia de periodos de hiperfrecuentación y otros de abandono (largas ausencias); Incumplimiento de citas o tratamientos; Uso repetitivo de los servicios de urgencias; Frecuentes hospitalizaciones; Acudir con la pareja cuando antes no lo hacía.
Situaciones de mayor vulnerabilidad y dependencia de la mujer	Situaciones de cambio vital (Noviazgo, Embarazo y puerperio, Separación, Jubilación propia o de la pareja); Situaciones que aumentan la dependencia (Aislamiento tanto familiar como social); Migración (tanto interna o nacional, como extranjera); Enfermedad discapacitante; Dependencia económica; Dificultades laborales y desempleo; Dificultades de formación y de ascenso en el trabajo; Ausencia de habilidades sociales; Situaciones de exclusión social (prisión, prostitución, pobreza); infección por el VIH; ...
Información de familiares, amistades, profesionales del sistema sanitario o instituciones de que la mujer está siendo víctima de malos tratos	

ANEXO III:**Escala de Edimburgo para Detección de Síntomas de Depresión**

Escala de Edimburgo. Versión validada por Jadresic E, Araya R, Jara C. (*J Psychosom Obstet Gynecol* 1995; 16: 187-91)

ESCALA DE EDIMBURGO

Como usted hace poco tuvo un bebé, nos gustaría saber cómo se ha estado sintiendo. Por favor **SUBRAYE** la respuesta que más se acerca a cómo se ha sentido en los últimos 7 días.

En los últimos 7 días:

- | | |
|---|--|
| <p>1) <i>He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas:</i>
tanto como siempre
no tanto ahora
mucho menos ahora
no, nada</p> <p>2) <i>He disfrutado mirar hacia delante:</i>
tanto como siempre
menos que antes
mucho menos que antes
casi nada</p> <p>3) <i>Cuando las cosas han salido mal, me he culpado a mí misma innecesariamente:</i>
sí, la mayor parte del tiempo
sí, a veces
no con mucha frecuencia
no, nunca</p> <p>4) <i>He estado nerviosa o inquieta sin tener motivo:</i>
no, nunca
casi nunca
sí, a veces
sí, con mucha frecuencia</p> <p>5) <i>He sentido miedo o he estado asustadiza sin tener motivo:</i>
sí, bastante
sí, a veces
no, no mucho
no, nunca</p> | <p>6) <i>Las cosas me han estado abrumando:</i>
sí, la mayor parte del tiempo no he podido hacer las cosas en absoluto
sí, a veces no he podido hacer las cosas tan bien como siempre
no, la mayor parte del tiempo he hecho las cosas bastante bien
no, he estado haciendo las cosas tan bien como siempre</p> <p>7) <i>Me he sentido tan desdichada que he tenido dificultades para dormir:</i>
sí, la mayor parte del tiempo
sí, a veces
no con mucha frecuencia
no, nunca</p> <p>8) <i>Me he sentido triste o desgraciada:</i>
sí, la mayor parte del tiempo
sí, bastante a menudo
no con mucha frecuencia
no, nunca</p> <p>9) <i>Me he sentido tan desdichada que he estado llorando:</i>
sí, la mayor parte del tiempo
sí, bastante a menudo
sólo ocasionalmente
no, nunca</p> <p>10) <i>Se me ha ocurrido la idea de hacerme daño:</i>
sí, bastante a menudo
a veces
casi nunca
nunca</p> |
|---|--|

ANEXO IV:

Antenatal Psychosocial Health Assessment (ALPHA)

Addressograph

Antenatal psychosocial problems may be associated with unfavorable postpartum outcomes. The questions on this form are suggested ways of inquiring about psychosocial health. Issues of high concern to the woman, her family or the caregiver usually indicate a need for additional supports or services. When some concerns are identified, follow-up and/or referral should be considered. Additional information can be obtained from the ALPHA Guide. **Please consider the sensitivity of this information before sharing it with other caregivers.*

ANTENATAL FACTORS	CONCERN	COMMENTS / PLAN
FAMILY FACTORS		
Social support (CA, WA, PD) How does your partner/family feel about your pregnancy? Who will be helping you when you go home with your baby?	<input type="checkbox"/> Low <input type="checkbox"/> Some <input type="checkbox"/> High	
Recent stressful life events (CA, WA, PD, PI) What life changes have you experienced this year? What changes are you planning during this pregnancy?	<input type="checkbox"/> Low <input type="checkbox"/> Some <input type="checkbox"/> High	
Couple's relationship (CD, PD, WA, CA) How would you describe your relationship with your partner? What do you think your relationship will be like after the birth?	<input type="checkbox"/> Low <input type="checkbox"/> Some <input type="checkbox"/> High	
MATERNAL FACTORS		
Prenatal care (late onset) (WA) First prenatal visit in third trimester? (check records)	<input type="checkbox"/> Low <input type="checkbox"/> Some <input type="checkbox"/> High	
Prenatal education (refusal or quit) (CA) What are your plans for prenatal classes?	<input type="checkbox"/> Low <input type="checkbox"/> Some <input type="checkbox"/> High	
Feelings toward pregnancy after 20 weeks (CA, WA) How did you feel when you just found out you were pregnant? How do you feel about it now?	<input type="checkbox"/> Low <input type="checkbox"/> Some <input type="checkbox"/> High	
Relationship with parents in childhood (CA) How did you get along with your parents? Did you feel loved by your parents?	<input type="checkbox"/> Low <input type="checkbox"/> Some <input type="checkbox"/> High	
Self esteem (CA, WA) What concerns do you have about becoming/being a mother?	<input type="checkbox"/> Low <input type="checkbox"/> Some <input type="checkbox"/> High	
History of psychiatric/emotional problems (CA, WA, PD) Have you ever had emotional problems? Have you ever seen a psychiatrist or therapist?	<input type="checkbox"/> Low <input type="checkbox"/> Some <input type="checkbox"/> High	
Depression in this pregnancy (PD) How has your mood been during this pregnancy?	<input type="checkbox"/> Low <input type="checkbox"/> Some <input type="checkbox"/> High	

ASSOCIATED POSTPARTUM OUTCOMES

The antenatal factors in the left column have been shown to be associated with the postpartum outcomes listed below. ***Bold, Italics*** indicates *good* evidence of association. Regular text indicates fair evidence of association.

CA – Child Abuse CD – Couple Dysfunction PI – Physical Illness
 PD – Postpartum Depression WA – Woman Abuse

ANTENATAL FACTORS	CONCERN	COMMENTS / PLAN
SUBSTANCE USE Alcohol/drug abuse (WA, CA) (1 drink=1 1/2 oz liquor, 12 oz beer, 5 oz wine) How many drinks of alcohol do you have per week? Are there times when you drink more than that? Do you or your partner use recreational drugs? Do you or your partner have a problem with alcohol or drugs? Consider CAGE (Cut down, Annoyed, Guilty, Eye opener)	<input type="checkbox"/> Low <input type="checkbox"/> Some <input type="checkbox"/> High	
FAMILY VIOLENCE Woman or partner experienced or witnessed abuse (physical, emotional, sexual) (CA, WA) What was your parents' relationship like? Did your father ever scare or hurt your mother? Did your parents ever scare or hurt you? Were you ever sexually abused as a child?	<input type="checkbox"/> Low <input type="checkbox"/> Some <input type="checkbox"/> High	
Current or past woman abuse (WA, CA, PD) How do you and your partner solve arguments? Do you ever feel frightened by what your partner says or does? Have you ever been hit/pushed/slapped by a partner? Has your partner ever humiliated you or psychologically abused you in other ways? Have you ever been forced to have sex against your will?	<input type="checkbox"/> Low <input type="checkbox"/> Some <input type="checkbox"/> High	
Previous child abuse by woman or partner (CA) Do you/your partner have children not living with you? If so, why? Have you ever had involvement with a child protection agency (ie. Children's Aid Society)?	<input type="checkbox"/> Low <input type="checkbox"/> Some <input type="checkbox"/> High	
Child discipline (CA) How were you disciplined as a child? How do you think you will discipline your child? How do you deal with your kids at home when they misbehave?	<input type="checkbox"/> Low <input type="checkbox"/> Some <input type="checkbox"/> High	

FOLLOW UP PLAN

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Supportive counselling by provider | <input type="checkbox"/> Homecare | <input type="checkbox"/> Legal advice |
| <input type="checkbox"/> Additional prenatal appointments | <input type="checkbox"/> Parenting classes / parents' support group | <input type="checkbox"/> Children's Aid Society |
| <input type="checkbox"/> Additional postpartum appointments | <input type="checkbox"/> Addiction treatment programs | <input type="checkbox"/> Other: _____ |
| <input type="checkbox"/> Additional well baby visits | <input type="checkbox"/> Smoking cessation resources | <input type="checkbox"/> Other: _____ |
| <input type="checkbox"/> Public Health referral | <input type="checkbox"/> Social Worker | <input type="checkbox"/> Other: _____ |
| <input type="checkbox"/> Prenatal education services | <input type="checkbox"/> Psychologist / Psychiatrist | <input type="checkbox"/> Other: _____ |
| <input type="checkbox"/> Nutritionist | <input type="checkbox"/> Psychotherapist / marital / family therapist | |
| <input type="checkbox"/> Community resources / mothers' group | <input type="checkbox"/> Assaulted women's helpline / shelter / counseling | |

COMMENTS:

Date Completed

Signature

THE ALPHA SELF-REPORT QUESTIONNAIRE FOR WOMEN

Name _____ Date _____ Months Pregnant _____

Having a baby usually means changes in your family life. You may wish to discuss some of these topics with your healthcare provider. She/he may help you with these changes. Please answer the questions the best way you can. Your answers are confidential and will be kept private.

Please answer the questions by circling a number on the scale, writing an answer in the space, or marking "yes" or "no". If some of the questions do not apply to you, please circle N/A (not applicable).

YOUR FAMILY LIFE Please answer the following questions about your family life.

Family Factors

- | | | | | | | | |
|--|--------------|---|---|---|---|---|--------------|
| 1. About this pregnancy, my partner feels | very happy | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | very unhappy |
| 2. About this pregnancy, my family feels | very happy | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | very unhappy |
| 3. I feel supported in this pregnancy | very much | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | not at all |
| 4. My partner will be involved with the baby | a great deal | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | not at all |
| 5. When I am home with the baby I will have help from (state relationship) _____ | | | | | | | |

Comments: _____

Recent Life Stresses (moving, job change or loss, family illness or death, money troubles, and so on)

- | | | | | | | | |
|---|--|------------------------|---|---|---|---|----------------|
| 6. Over the past year, my life has been | very relaxed | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | very stressful |
| 7. I am making life changes during this pregnancy | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes | If yes, describe _____ | | | | | |

Comments: _____

Relationship With Partner (if this applies)

- | | | | | | | | |
|---|------------|---|---|---|---|---|--------------|
| 8. My relationship with my partner is usually | very happy | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | very unhappy |
| 9. After the baby, I expect my partner and I will get along | very well | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | not at all |

Comments: _____

YOUR OWN LIFE Please answer the following questions about your own life and feelings.

10. In this pregnancy, I first came for care when I was _____ months pregnant. This is my _____1st _____2nd _____3rd _____ (indicate number) child.
11. I am planning to take prenatal classes Yes No Reasons, if no, _____

Comments: _____

Feelings About Being Pregnant

- | | | | | | | | |
|---|------------|---|---|---|---|---|--------------|
| 12. My feelings about this pregnancy at first | very happy | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | very unhappy |
| 13. My feelings about this pregnancy now | very happy | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | very unhappy |

Comments: _____

Relationship With Parents

- | | | | | | | | |
|---|-----------|---|---|---|---|---|----------------|
| 14. When I was a child, I got along with my parent(s) | very much | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | not at all |
| 15. As a young child I felt loved by my mother | very much | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | not at all N/A |
| 16. As a young child I felt loved by my father | very much | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | not at all N/A |

Comments: _____

Feelings About Becoming/Being a Mother

- | | | | | | | | |
|---|-------------|---|---|---|---|---|-----------|
| 17. I have concerns about becoming/being a mother | none at all | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | very many |
|---|-------------|---|---|---|---|---|-----------|

Comments: _____

Emotional Health

- | | | | | | | | |
|---|--|---|---|---|---|---|----------|
| 18. I have had some emotional problems | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes | | | | | | |
| 19. I have seen a psychiatrist/therapist | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes | | | | | | |
| 20. In this pregnancy, my mood has been usually | happy/up | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | sad/down |

Comments: _____

CONCERNS IN YOUR LIFE Please answer the following questions about stress in your life.

Alcohol and Drug Use During Pregnancy

21. Each week I drink _____ drinks. (1 drink = 1 1/2 oz liquor, 12 oz beer, 5 oz wine)

22. There are times when I drink more during the week No Yes If yes, describe _____

23. Sometimes I've felt: *A need to cut-down my drinking* No Yes *Annoyed by people criticizing my drinking* No Yes
Guilty about my drinking No Yes *A need for a drink first thing in the morning* No Yes

24. I use recreational drugs, e.g., marihuana never 1 2 3 4 5 very often

25. I have some drug problems No Yes If yes, describe _____

26. My partner uses recreational drugs, e.g., marihuana never 1 2 3 4 5 very often

27. My partner has some drug problems No Yes If yes, describe _____

Comments: _____

Parent's Relationship (when you were a young child)

28. My parents usually got along very well 1 2 3 4 5 not at all N/A

29. My father sometimes scared or hurt my mother never 1 2 3 4 5 very often N/A

30. My parents sometimes scared or hurt me never 1 2 3 4 5 very often N/A

31. As a child I was sexually abused No Yes

Comments: _____

Relationship With Partner (if this applies)

32. My relationship with my partner usually has no tension 1 2 3 4 5 a lot of tension N/A

33. We work out arguments with no difficulty 1 2 3 4 5 great difficulty N/A

34. I've sometimes felt scared by what my partner says or does never 1 2 3 4 5 very often N/A

35. I've been hit/pushed/slapped by a partner never 1 2 3 4 5 very often

36. I've sometimes been put down or humiliated by my partner never 1 2 3 4 5 very often N/A

37. I've been forced to have sex against my will No Yes

Comments: _____

Raising Children

38. I have children not living with me No Yes

39. My partner has children not living with him No Yes

40. As a child, I was involved with Children's Protective Services (Children's Aid) No Yes

41. Children in my care have been involved with Children's Protective Services No Yes

Comments: _____

42. As a child, I was harshly disciplined by parents/family never 1 2 3 4 5 very often

43. I think spanking is necessary never 1 2 3 4 5 very often

Comments: _____

44. Overall, how concerned are you about your emotional and family life?

not at all concerned 1 2 3 4 5 6 7 extremely concerned

45. What issues in your life are most concerning to you?

46. What help, if any, would you like?

ANEXO V:

De entre todas las escalas de las que disponemos para detectar la violencia de género y sus distintas manifestaciones, destacamos el uso de dos de ellas indicadas especialmente para el embarazo y un cuestionario en su versión española(50):

CUESTIONARIO ISA						
LEER a la mujer: “La violencia contra las mujeres es un problema muy extendido en nuestra sociedad. En muchas ocasiones, esa violencia es producida por la propia pareja o esposo de la mujer y, a menudo, ni siquiera ella es consciente de que está sufriendo malos tratos. Este cuestionario está diseñado para conocer si usted ha experimentado maltrato en su relación de pareja en el último año o durante el embarazo y la frecuencia de ese maltrato. No es un examen, por lo que no hay respuestas buenas o malas. Conteste a cada una de las preguntas lo más cuidadosa y correctamente que pueda.” Si no convive con su pareja, dejar las preguntas 5 y 14 en blanco. Igualmente, si no tiene hijos, dejar la pregunta 17 en blanco.						
		Nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente
NF	1. Mi pareja me hace sentirme inferior (por ejemplo me dice que no valgo para nada o que no hago nada bien).	1	2	3	4	5
NF	2. Mi pareja me exige obediencia ante sus caprichos.	1	2	3	4	5
NF	3. Mi pareja se enfada y se pone intratable cuando le digo que está bebiendo demasiado.	1	2	3	4	5
F	4. Mi pareja me hace realizar actos sexuales que no gustan o con los cuales no disfruto.	1	2	3	4	5
NF	5. A mi pareja le molesta mucho que la cena, las tareas de la casa o la colada no estén hechas para cuando él piensa que deberían estarlo.	1	2	3	4	5
NF	6. Mi pareja tiene celos y sospechas de mis amigos u otras personas cercanas (por ejemplo vecinos o compañeros de trabajo).	1	2	3	4	5
F	7. Mi pareja me da puñetazos.	1	2	3	4	5
NF	8. Mi pareja me dice que soy fea y poco atractiva.	1	2	3	4	5
NF	9. Mi pareja me dice que no podría arreglármelas o cuidar de mí misma sin él.	1	2	3	4	5
NF	10. Mi pareja actúa como si yo fuera su criada personal.	1	2	3	4	5
NF	11. Mi pareja me insulta o me avergüenza delante de los demás.	1	2	3	4	5
NF	12. Mi pareja se enfada mucho si no estoy de acuerdo con él.	1	2	3	4	5
F	13. Mi pareja me amenaza con un objeto o arma (por ejemplo un cuchillo).	1	2	3	4	5
NF	14. Mi pareja es tacaña a la hora de darme dinero para los asuntos de la casa.	1	2	3	4	5
NF	15. Mi pareja controla lo que gasto y a menudo se queja de que gasto demasiado (por ejemplo en ropa, teléfono, etc.).	1	2	3	4	5
NF	16. Mi pareja no me valora intelectualmente (por ejemplo me dice que no sé nada, que me calle, que soy tonta, etc.).	1	2	3	4	5
NF	17. Mi pareja exige que me quede en casa cuidando de los niños.	1	2	3	4	5
F	18. Mi pareja me pega tan fuerte que debo buscar asistencia médica.	1	2	3	4	5

NF	19. Mi pareja cree que no debería trabajar o estudiar.	1	2	3	4	5
NF	20. Mi pareja no es una persona amable.	1	2	3	4	5
NF	21. Mi pareja no quiere que me relacione con mis amigas u otras personas cercanas (por ejemplo mi familia, vecinas/os o compañeras/os de trabajo).	1	2	3	4	5
F	22. Mi pareja exige que tengamos relaciones sexuales sin tener en cuenta si yo quiero o no.	1	2	3	4	5
NF	23. Mi pareja me chilla y me grita por cualquier motivo.	1	2	3	4	5
F	24. Mi pareja me da bofetadas en la cara y la cabeza.	1	2	3	4	5
F	25. Mi pareja se pone agresiva conmigo cuando bebe.	1	2	3	4	5
NF	26. Mi pareja es un mandón y me da órdenes constantemente.	1	2	3	4	5
NF	27. Mi pareja no respeta mis sentimientos, decisiones y opiniones.	1	2	3	4	5
NF	28. Mi pareja me asusta y me da miedo.	1	2	3	4	5
NF	29. Mi pareja me trata como si fuera idiota.	1	2	3	4	5
F	30. Mi pareja actúa como si quisiera matarme.	1	2	3	4	5

Maltrato SI, si Física (F) 10 puntos y No Física (NF) 25 puntos

Versión Española del Index of Spouse Abuse (www.msssi.gob.es)

Domestic Abuse Assessment Questionnaire:

- **Finalidad:** Identificar el abuso doméstico en pacientes **embarazadas**. Está diseñado para ser aplicado en servicios prenatales.
- **Descripción:** Se trata de un cuestionario estandarizado y autoadministrado compuesto por cinco preguntas relativas al maltrato físico y emocional, abuso sexual y a los sentimientos de miedo hacia la pareja. Las preguntas de maltrato se refieren tanto al último año como a la época de gestación y han de ser respondidas con “sí” o “no”.

Answer yes or no

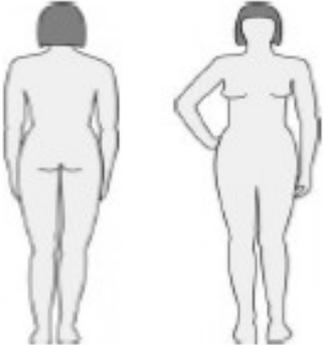
1. Have you ever been emotionally or physically abused by your partner or someone important to you? // ¿Alguna vez ha sufrido abuso emocional o físico por parte de su pareja o alguien importante para usted?
2. Within the last year, have you been hit, slapped, kicked, or otherwise physically hurt by someone? // Dentro del último año, ¿ha sido golpeada, abofeteada, pateada o ha sufrido cualquier otro tipo de daño físico por parte de alguien?
3. Since your pregnancy began, have you been hit, slapped, kicked, or otherwise physically hurt by someone? // Desde que empezó su embarazo, ¿ha sido golpeada, abofeteada, pateada o ha sufrido cualquier otro tipo de daño físico por parte de alguien?
4. Within the last year, has anyone forced you to have sexual activities? // Dentro del último año, ¿ha sido forzada por alguien a realizar algún tipo de actividad sexual?
5. Are you afraid of your partner or anyone else? // ¿Tiene miedo de su pareja o de otra persona?

A “yes” response on any question is considered positive for partner violence.

Abuse Assessment Screen (AAS):

- **Finalidad:** Identificar a mujeres víctimas de violencia física y sexual y cuantificar la severidad y la frecuencia del maltrato durante el **embarazo**. Se puede aplicar en los cuidados prenatales.
- **Descripción:** Cuestionario que ha de ser administrado por el/la profesional de la salud en un contexto privado. La respuesta positiva a los ítems 2, 3 ó 4, indica que la mujer entrevistada podría ser víctima de violencia por parte de su pareja.
- **Modificaciones:** Este instrumento ha sido modificado por el equipo de McFarlane (2001) para su utilización con mujeres con discapacidad física, el **Abuse Assessment Screen-Disability (ASS-D)**. En este caso, los agresores identificados incluyen no sólo a la pareja sino también a las personas encargadas de la provisión de atención y cuidado.
- **Comentarios:** Una limitación es que no identifica claramente la violencia emocional.

1. Have you ever been emotionally or physically abused by your partner or someone important to you? // ¿Alguna vez ha sufrido abuso emocional o físico por parte de su pareja o alguien importante para usted? Yes No
2. Within the last year, have you been hit, slapped, kicked or otherwise physically hurt by someone? // Dentro del último año, ¿ha sido golpeada, abofeteada, pateada o ha sufrido cualquier otro tipo de daño físico por parte de alguien? Yes No
If yes, by whom? (Circle all that apply) Husband Ex-husband Boyfriend Stranger Others (specify) _____
Number of times _____
3. Since you have been pregnant, have you been hit, slapped, kicked or otherwise physically hurt by someone? // Desde que está embarazada, ¿ha sido golpeada, abofeteada, pateada o ha sufrido cualquier otro tipo de daño físico por parte de alguien? Yes No
If yes, by whom? (Circle all that apply) Husband Ex-husband Boyfriend Stranger Others (specify) _____
Number of times _____ Indicate the area of injury in the picture and score the most severe incident to the following scale:

1 = Threats of abuse, including use of a weapon // amenazas de abuso, incluyendo el uso de armas.	
2 = Slapping, pushing; no injuries and/or lasting pain // bofetadas, puñetazos sin herida o dolor duradero.	
3 = Punching, kicking, bruises, cuts and/or continuing pain // puñetazos, patadas, hematomas, cortes y/o dolor duradero.	
4 = Beaten up, severe contusions, burns, broken bones // golpes, contusiones severas, quemaduras, huesos rotos.	
5 = Head, internal, and/or permanent injury // heridas en la cabeza, internas o lesiones permanentes.	
6 = Use of weapon, wound from weapon // uso de armas, herida por arma.	
4. Within the past year, has anyone forced you to have sexual activities? // Dentro del último año, ¿ha sido forzada por alguien a realizar algún tipo de actividad sexual? Yes No
If yes, by whom? (Circle all that apply) Husband Ex-husband Boyfriend Stranger Others (specify) _____
Number of times _____
5. Are you afraid of your partner or anyone you listed above? // ¿Tiene miedo de su pareja o de otra persona? Yes No

ANEXO VI:

Indicadores de sospecha durante la consulta(1)	
Características de las lesiones y problemas de salud	<ul style="list-style-type: none"> • Retraso en la demanda de asistencia por lesiones físicas. • Incongruencia entre el tipo de lesión y la explicación de la causa. • Hematomas o contusiones en: cara/cabeza, cara interna de los brazos o muslos. • Lesiones por defensa (cara interna del antebrazo). • Lesiones en diferentes estadios de curación que indican violencia de largo tiempo de evolución. • Lesiones en genitales. • Lesiones durante el embarazo en genitales, abdomen y mamas. • Lesión típica: rotura de tímpano.
Actitud de la mujer	<ul style="list-style-type: none"> • Temerosa, evasiva, incómoda, nerviosa, se altera por ejemplo al abrirse la puerta... • Rasgos depresivos: triste, desmotivada, desilusionada, sin esperanza. • Autoestima baja. • Sentimientos de culpa. • Estado de ansiedad o angustia, irritabilidad. • Sentimientos de vergüenza: retraimiento, comunicación difícil, evitar mirar a la cara. • Vestimenta que puede indicar la intención de ocultar lesiones. • Falta de cuidado personal. • Justifica sus lesiones o quita importancia a las mismas. • Si está presente su pareja: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Temerosa en las respuestas. ◦ Busca constantemente su aprobación.
Actitud de la pareja	<ul style="list-style-type: none"> • Solicita estar presente en toda la visita. • Muy controlador, siempre contesta él o por el contrario, despreocupado, despectivo o intentando banalizar los hechos. • Excesivamente preocupado o solícito con ella. • A veces colérico u hostil con ella o con el personal sanitario.

ANEXO VII:

Valoraciones(1)	
Biopsicosocial	<ul style="list-style-type: none"> • Lesiones y síntomas físicos, informando a la mujer de las exploraciones que se realizan y la finalidad. • Situación familiar, emocional, económica, laboral y ocupacional. • Red de apoyo social de la mujer.
De la situación de violencia	<ul style="list-style-type: none"> • Tipo de violencia y desde cuándo sufre malos tratos. Frecuencia e intensidad. • Comportamientos del maltratador a nivel familiar y social; si ha habido agresiones a otras personas o familiares. • Mecanismo de adaptación desarrollado por la mujer. • Fase del proceso de violencia en la que se encuentra
De la seguridad y evaluación del riesgo	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar si la mujer se encuentra o no en peligro extremo (*). Esta valoración se hará conjuntamente con la mujer. Indicadores de peligro extremo: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Amenazas con armas o uso de las mismas; Amenazas o intentos de homicidio a ella y sus hijos o hijas; Amenazas o intentos de suicidio de la paciente; Malos tratos a hijos o hijas u otros miembros de la familia; Lesiones graves, requiriendo incluso hospitalización; Amenazas o acoso a pesar de estar separados; Aumento de la intensidad y frecuencia de la violencia; Agresiones durante el embarazo; Abusos sexuales repetidos; Comportamiento violento fuera del hogar; Manifestación de celos extremos, control obsesivo de sus actividades diarias, adónde va, con quién está o cuánto dinero tiene; Aislamiento creciente; Consumo de alcohol o drogas por parte del cónyuge o pareja; Disminución o ausencia de remordimiento expresado por el maltratador. (*) Entendiendo por peligro extremo la situación actual de sufrir un evento inminente con riesgo cierto para la vida de la mujer o la de sus hijos o hijas. • Considerar la percepción de peligro por parte de la mujer, tanto para ella como para otros miembros del entorno familiar. Ante la presencia de este indicador, la situación queda definida directamente como de peligro extremo. • Criterio profesional tras la valoración conjunta (fundamentada en la entrevista y la valoración biopsicosocial realizada) • Si se detecta una situación de peligro preguntar: <ul style="list-style-type: none"> ◦ ¿Se siente segura en su casa?, ¿Puede ir a casa ahora?, ¿Están sus hijos/as seguros/as?, ¿Dónde está ahora el maltratador?, ¿Lo saben sus amistades o familiares?, ¿Le ayudarían?, ...

ANEXO VIII:

Ejemplos de preguntas ante sospecha(1)	
En el caso de sospecha por información obtenida de los antecedentes y características de la paciente	<ul style="list-style-type: none"> • He repasado su historial y encuentro algunas cosas que me gustaría comentar con usted. Veo que... (relatar los hallazgos). ¿A qué cree que se debe su malestar o problema de salud? • La encuentro algo intranquila ¿qué le preocupa?, ¿está viviendo alguna situación problemática que le haga sentirse así?, ¿qué me puede decir a esto?, ¿cree que todo está relacionado? • En muchos casos las mujeres que tienen problemas como los suyos, como... (relatar algunos de los identificados, los más significativos), suelen ser a causa de que están recibiendo algún tipo de maltrato por parte de alguien, por ejemplo su pareja, ¿es éste su caso? • En caso de sospecha por antecedentes como dispareunia, dolor pélvico..., preguntar acerca de si sus relaciones afectivas y sexuales son satisfactorias o no.
En el caso de sospecha por las lesiones físicas que presenta	<ul style="list-style-type: none"> • Esta lesión suele aparecer cuando se recibe un empujón, golpe, corte, puñetazo... ¿es eso lo que le ha ocurrido? • ¿Su pareja o alguna otra persona utiliza la fuerza contra usted?, ¿cómo?, ¿desde cuándo? • ¿Alguna vez la han agredido más gravemente? (palizas, uso de armas, agresión sexual).
En el caso de sospecha por los síntomas o problemas psíquicos encontrados	<ul style="list-style-type: none"> • Me gustaría conocer su opinión sobre esos síntomas que me ha contado (ansiedad, nerviosismo, tristeza, apatía...): ¿Desde cuándo se siente usted así?, ¿A qué cree usted que se deben?, ¿Los relaciona con algo? • ¿Ha sucedido últimamente algo en su vida que la tenga preocupada o triste? ¿Tiene algún problema quizás con su pareja?, ¿O con sus hijas o hijos?, ¿Con alguien de su familia?, ¿En el trabajo? • Parece como si se encontrara alerta, asustada, ¿Qué teme? • ¿Tiene alguna dificultad para ver a sus amistades o familiares?, ¿Qué le impide hacerlo?
Preguntas para valorar la situación y el tipo de violencia(1)	
Violencia física	¿Su pareja le empuja o agarra?, ¿Su pareja le golpea, le da bofetadas o cualquier otra agresión contra su persona?
Violencia sexual	¿Su pareja le obliga a tener relaciones sexuales contra su voluntad?, ¿Le fuerza a llevar a cabo alguna práctica sexual que usted no desea?
Violencia psicológica	¿Le grita a menudo o le habla de manera autoritaria?, ¿Amenaza con hacerle daño a usted, a las hijas o hijos, a otras personas o a los animales domésticos?, ¿La insulta, ridiculiza o menosprecia, a solas o delante de otras personas?, ¿Se pone celoso?, ¿Le impide o dificulta ver a su familia o a sus amistades?, ¿La culpa de todo lo que sucede?, ¿Le controla el dinero?, ¿Le obliga a rendir cuenta de los gastos?, ¿Le impide trabajar fuera de casa o estudiar?, ¿La amenaza con quitarle a los hijos o hijas si le abandona?, ¿Ignora sus sentimientos, su presencia, etc.?

ANEXO IX:

El modelo que a continuación se propone con mujeres que sufren violencia de género está basado en el modelo teórico de cambio de Prochaska y DiClemente. “Este modelo se dirige al análisis del comportamiento, facilitando su categorización en las fases preestablecidas por el mismo, lo que conllevará la posibilidad de establecer una línea de actuación y una elección de los recursos, técnicas e instrumentos. La intervención según fases de cambio facilita al personal de salud la adaptación al grado de reconocimiento del problema y pensamiento de cambio en el futuro. Es fundamental identificar en qué fase del proceso de violencia se encuentra la mujer”. Para más información, ver el Plan Andaluz de Salud(1):

Valoración de las fases de cambio del comportamiento de la mujer	
Fase precontemplativa <i>(La mujer no reconoce la violencia como un problema)</i>	<ul style="list-style-type: none"> • La mujer no tiene conciencia del problema: <ul style="list-style-type: none"> ◦ No reconoce la conducta del maltratador como abusiva. ◦ Puede ver su relación de pareja como normal. ◦ No tiene intención de hacer cambios en su relación. • Formas de reaccionar de la mujer: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Negar la relación de maltrato; Defender al maltratador. ◦ Autoculpabilizarse; Culpabilizar a los demás; Minimizar el problema. ◦ Mostrar desesperanza; Abandonar la relación con quien le presta atención.
Fase contemplativa	<ul style="list-style-type: none"> • Empieza a tomar conciencia de que existe una relación abusiva y/o problemática. • Análisis de pros/contras respecto del posible cambio que aún no está dispuesta a realizar. • Pueden establecerse dos etapas: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Ocultación: No quiere o no puede revelar a otras personas lo que le ocurre. ◦ Revelación: Se dispone a comunicar a otras personas lo que le ocurre.
Fase de preparación	La mujer va realizando pequeños cambios , por ejemplo, puede empezar a desarrollar actividades de ocio, ampliar la red social, etc. Pueden aparecer sentimientos de ambivalencia respecto de su relación y de la decisión de separarse de su pareja.
Fase de acción	Hace cambios manifiestos para mejorar su situación respecto de la violencia , por ejemplo, empezar a buscar trabajo (si no lo tenía anteriormente) para tener independencia económica, participar en algún grupo de apoyo o buscar asesoramiento legal para el proceso de separación. Los cambios que tienen lugar han podido ser iniciados y solaparse con la fase de preparación.
Fase de mantenimiento	Pueden reaparecer sentimientos de ambivalencia hacia el maltratador y su situación anterior. En esta fase la mujer mantiene los cambios que ha hecho.
Fase de recaída	La mujer vuelve a vivir una situación de violencia . Lo adecuado es realizar de nuevo la valoración en una o varias visitas concertadas.

ANEXO X:

Recomendaciones para la entrevista clínica a la mujer(1)	
Ante sospecha de maltrato	En el caso de que lo reconozca
<ul style="list-style-type: none"> • Ver a la mujer sola, asegurando la confidencialidad. • Observar las actitudes y estado emocional (a través del lenguaje verbal y no verbal). • Facilitar la expresión de sentimientos. • Mantener una actitud empática, que facilite la comunicación, con una escucha activa. • Seguir una secuencia lógica de preguntas más generales e indirectas a otras más concretas y directas. • Abordar directamente el tema de la violencia. • Expresar claramente que nunca está justificada la violencia en las relaciones humanas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Hacer sentir a la mujer que no es culpable de la violencia que sufre. • Creer a la mujer, sin poner en duda la interpretación de los hechos, sin emitir juicios, intentando quitar miedo a la revelación del abuso. • Ayudarle a pensar, a ordenar sus ideas y a tomar decisiones. • Alertar a la mujer de los riesgos y aceptar su elección. • NO dar la impresión de que todo se va a arreglar fácilmente. • NO dar falsas esperanzas. • NO criticar la actitud o ausencia de respuesta de la mujer con frases como: “¿Por qué sigue con él?; Si usted quisiera acabar, se iría ...” • NO infravalorar la sensación de peligro expresada por la mujer. • NO recomendar terapia de pareja ni mediación familiar. • NO prescribir fármacos que disminuyan la capacidad de reacción de la mujer. • NO utilizar una actitud paternalista. • NO imponer criterios o decisiones.

ANEXO XI:

Aspectos generales a tener en cuenta por el personal(35)	
Podrá aplicarse el procedimiento de juicio rápido cuando	<ul style="list-style-type: none"> • El proceso penal se inicie en virtud de atestado policial, es decir, cuando haya ido a interponer la denuncia en dependencias policiales. • Se detenga a la persona denunciada y se le ponga a disposición del Juzgado, o que, sin detenerla, la haya citado la policía judicial para comparecer ante el Juzgado por tener la calidad de denunciado, habiendo remitido el atestado policial al Juzgado. • Se trate de delitos a los que se señalen penas privativas de libertad que no excedan de 5 años o penas de otra naturaleza que no excedan de 10 años en los que concurra alguno de los siguientes hechos: lesiones, coacciones, amenazas, violencia física o psíquica, y sean de instrucción sencilla.
Solicitar la orden de protección	<ul style="list-style-type: none"> • Medidas cautelares de orden penal dirigidas al inculcado: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Prohibición de residir y/o acudir en un determinado lugar, barrio, municipio, provincia u otra entidad local, o Comunidad Autónoma. ◦ Prohibición de aproximación y/o comunicación a determinadas personas, quedando en suspenso respecto de las hijas e hijos el régimen de visitas, comunicación y estancia que, en su momento, se hubiere reconocido en sentencia civil hasta el total cumplimiento de esta pena (art. 48 del Código Penal). ◦ Privación del derecho a la tenencia y porte de armas. ◦ Prisión provisional. • Medidas de naturaleza civil: Tendrán una vigencia temporal de 30 días hábiles. Dentro de este plazo, deberá iniciar un proceso de familia para que estas medidas puedan permanecer en vigor durante los 30 días siguientes a la presentación de la demanda, debiendo ser ratificadas, modificadas o dejadas sin efecto por el Juez competente: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Atribución del uso y disfrute de la vivienda familiar. ◦ Determinación de la guarda y custodia de las hijas e hijos menores. ◦ Determinación del régimen de visitas, comunicación y estancia con las hijas e hijos menores. No debe olvidar que la autoridad judicial podrá ordenar la suspensión del ejercicio de la patria potestad, de la guarda y custodia y del régimen de visitas, al agresor respecto de las hijas e hijos menores. ◦ Determinación del régimen de prestación de alimentos. Cualquier otra disposición que se considere oportuna a fin de evitar la sustracción de las hijas e hijos menores por parte de alguno de los progenitores, de apartarles de un peligro y de evitarles perjuicios. • Medidas de asistencia y protección social: Ingreso en Casa de Acogida o Institución similar, acceso al Servicio de Orientación Jurídica del Colegio de Abogadas/os, asistencia psicológica, y, en su caso, acceso a ayudas económicas y/o a la Renta Activa de Inserción.

ANEXO XII:

<i>Plan de seguridad para la mujer víctima de violencia(35)</i>	
Protección en el hogar	<ol style="list-style-type: none"> 1. Planee una ruta de escape y enséñela a sus hijos. 2. Tenga un bolso empacado y listo para partir; manténgalo en un lugar escondido pero accesible. 3. Trabaje con un abogado de violencia domestica para desarrollar un plan de trabajo personalizado. 4. Tenga una palabra o frase clave para usarla con sus hijos, familia o amigos en caso de peligro. 5. Siempre tenga con usted un teléfono celular en caso de que deba llamar a la policía y a los bomberos.
Protección fuera del hogar	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cambie las cerraduras y asegúrese de proteger las ventanas 2. Cambie las rutinas y los hábitos de transporte regulares. 3. Solicite un numero de teléfono que no aparezca en la guía telefónica. 4. Use un identificador de llamadas o una maquina contestadota. 5. Lleve consigo la orden de protección en todo momento; entregue una copia a un amigo, compañero o vecino; conserve una copia en un lugar seguro. 6. Cancele todas las cuentas bancarias, tarjetas de créditos o seguro de vida a favor del abusador que haya compartido con el abusador; abra cuenta en un banco diferente. 7. Estacione en áreas bien iluminadas y pídale a alguien que le acompañe a su automóvil. 8. Enséñele a sus hijos como llamar al 105, que hacer en caso de emergencia y a quien llamar si usted no esta con ellos y están preocupados por la seguridad. 9. Entréguele una copia de la orden de protección al director de la escuela o guardería de los hijos; infórmele quien esta autorizado a retirar a sus hijos y enséñele una fotografía del abusador si él no tiene permitir recoger a sus hijos.
“Usted tiene derecho a estar salvo del abuso”	<p>Las comisarías de mujeres proveen servicios de apoyo en:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Planificación de seguridad individualizada. 2. Asistencia para obtener ordenes de restricción. 3. Asesoría legal. 4. Teléfonos celulares de emergencia. 5. Refugio seguro. 6. Grupos de apoyo. 7. Orientación para usted y sus hijos. 8. Información.
“Lleve consigo al escapar ...”	<ol style="list-style-type: none"> 1. Certificado de nacimiento (suyo y de sus hijos) y documentos de identidad. 2. Dinero en efectivo y tarjetas de crédito. 3. Llave de casa, teléfono móvil y cargador. 4. Medicamentos y objetos valiosos o sentimentales (joyas, fotografías). 5. Juguetes favoritos de sus hijos pequeños. 6. Direcciones de teléfonos importantes.

ANEXO XIII:

Actuación en Atención Primaria y Especializada(1) ante casos de mujeres:	
Con indicadores de sospecha pero que no reconoce sufrir malos tratos	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Registrar en la historia clínica la sospecha y la actuación realizada.</i> • <i>Informar a la mujer de la situación en que se encuentra.</i> • <i>Trabajo en la consulta-seguimiento:</i> <ul style="list-style-type: none"> ◦ Atención integral/interdisciplinar y de los problemas encontrados. ◦ Ofertar visitas de seguimiento: acompañar a la mujer en el reconocimiento de la situación de violencia y en la toma de decisiones, de manera empática. ◦ Ofertar, si es posible, la participación en intervenciones grupales (grupos de mujeres en el centro o en otros recursos municipales o sociales de la zona).
Que reconoce sufrir malos tratos pero no se encuentra en peligro extremo	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Registrar en la historia clínica.</i> • <i>Informar a la mujer de la situación en que se encuentra.</i> • <i>Trabajo en la consulta-seguimiento:</i> <ul style="list-style-type: none"> ◦ Atención integral/interdisciplinar y de los problemas encontrados. ◦ Plantear la elaboración de una estrategia de seguridad ante una posible situación extrema. ◦ Establecer un plan de consultas de seguimiento para: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Plantear y favorecer la <i>toma de decisiones para iniciar cambios en la situación.</i> ▪ Acompañar a la mujer en el afrontamiento de su situación. ▪ Prevenir nuevas situaciones de violencia. ▪ Ofertar, si es posible, la participación en intervenciones grupales (grupos de mujeres en el centro u otros recursos municipales o sociales de la zona). • <i>Derivar (si se estima necesario y previo consentimiento de la mujer)</i> <ul style="list-style-type: none"> ◦ A profesionales de trabajo social del propio centro. ◦ A los recursos adecuados a la situación en la que se encuentra la mujer. • <i>Actuación con los hijos e hijas y otras personas dependientes si las hubiera.</i> • <i>Emitir parte judicial cuando proceda</i> → En aquellos casos en que la mujer se niega a denunciar y el personal sanitario tenga fundadas sospechas de la existencia de malos tratos físicos o psíquicos, se recomienda comunicar a la Fiscalía dicha situación.
Que reconoce sufrir malos tratos y se encuentra en peligro extremo	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Informarla de la situación de peligro en que se encuentra y plantearle las posibles estrategias a seguir.</i> Transmitirle que no está sola. • <i>Derivar con carácter urgente a trabajo social o a los servicios de apoyo de 24 horas de emergencias sociales para mujeres maltratadas.</i> • <i>Registrar en la historia clínica el episodio y las actuaciones realizadas. Este registro puede servir como prueba en un proceso judicial.</i> • <i>Emitir el parte judicial, entregando una copia a la mujer e informándole de sus implicaciones.</i> • <i>Conocer la situación familiar, personas dependientes y los recursos con que cuenta.</i> • <i>Llamar al:</i> <ul style="list-style-type: none"> ◦ 112 (Servicio de Emergencias) ◦ 016 (Delegación Especial del Gobierno contra la Violencia sobre la Mujer) ◦ 900 200 999 (Teléfono de atención e información a la mujer 24 horas del IAM) ◦ O al servicio específico que se considere más adecuado (Consultar guía de recursos)

ANEXO XIV:

Recomendaciones para la prevención de la violencia de género en el sistema sanitario(1) (tres áreas)	
<p>Profesional:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inclusión en la formación continuada del personal sanitario, de aspectos sobre prevención, detección precoz y atención integral. • Realización de sesiones clínicas multidisciplinares sobre casos reales que hayan sido abordados en el centro o servicio. • Realización de sesiones con otros y otras profesionales y con otras instituciones. 	<p>En el ámbito comunitario:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colaborar con asociaciones de mujeres y asociaciones ciudadanas a través de talleres, jornadas y charlas sobre dicha violencia explicando el papel del personal sanitario. • Proponer y participar en acciones, campañas, jornadas relacionadas con el tema que estén realizando las instituciones y organizaciones sociales.
<p>En la atención a la salud integral de las mujeres:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informar colocando carteles y folletos en lugares visibles que indiquen a las mujeres que la violencia de género es un tema objeto de atención sanitaria y en el que se puede ofrecer ayuda. • Fomentar, a través de la relación del personal sanitario con la paciente, actitudes, valores y actividades que favorezcan la autonomía personal de la mujer y el ejercicio de sus derechos personales, sexuales y de relaciones sociales. • Incluir, en las actividades de Educación para la Salud y en los grupos de Educación Maternal, contenidos de sensibilización y prevención de la violencia contra las mujeres. 	

ANEXO XV (1,24,32,42):

Documentos mundiales <i>(que refuerzan o apoyan la no discriminación o maltrato)</i>
<ul style="list-style-type: none"> • La Declaración Universal de Derechos Humanos (1948), declara que todas las personas tienen derecho a la vida, la libertad y la seguridad personal; que nadie será objeto de tortura, trato o pena crueles, inhumanos o degradantes. • El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales junto con el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1966), prohíbe la discriminación por razón de género. • La Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes (1984), brinda protección para todas las personas, independientemente de su sexo, de una manera más detallada que el Pacto Internacional sobre los Derechos Civiles y Políticos. • La Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (1979), aunque la violencia contra la mujer no se aborda específicamente en la Convención, salvo en relación al tráfico de mujeres y la prostitución, muchas de las cláusulas de antidiscriminación protegen a las mujeres de la violencia. • El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW – 1992). • La Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial (1965). • Las cuatro Convenciones de Ginebra de 1949 y los dos Protocolos adicionales que forman la piedra angular de la ley humanitaria internacional. (<i>Protocolo Adicional I</i> crea obligaciones para las partes de un conflicto de tratar humanitariamente a las personas bajo su control y <i>Protocolo Adicional II</i>, aplicable durante los conflictos internos, también prohíbe la violación, la prostitución forzada y la agresión indecente). • La Convención sobre los Derechos del Niño (1989). • La Convención internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares.
<p>Tratados regionales <i>(que protegen el derecho a la vida, el derecho a la libertad y a la seguridad de la persona, la libertad de la tortura y de trato o pena inhumanos o degradantes, etc)</i></p>
<ul style="list-style-type: none"> • La Convención Europea de Derechos Humanos. • La Convención Americana sobre Derechos Humanos. • La Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos. • La Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer.
<p>Declaraciones y resoluciones de conferencias <i>(que destacan en favor de los derechos humanos y de la mujer)</i></p>
<ul style="list-style-type: none"> • La Declaración sobre la Eliminación de la Violencia Contra la Mujer (Asamblea General de la ONU – 1993). • La Conferencia Mundial de Derechos Humanos (1993). • La Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (1994). • La Cumbre Mundial para el Desarrollo Social (Copenhague – 1995). • La Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (1995). • La Segunda Conferencia de las Naciones Unidas sobre los Asentamientos Humanos (1996). • El Congreso Mundial contra la Explotación Sexual Comercial de los Niños (1996). • El Consejo Económico y Social (1991) aprobó la resolución 1991/18, en la cual pedía a los Estados Miembros adoptar, fortalecer y hacer cumplir la legislación que prohibía la violencia contra la mujer. • La 49^a Asamblea Mundial de la Salud (1996) adoptó una resolución (WHA 49.25) declarando la violencia como prioridad de salud pública. • El Comité de Derechos Humanos (1997) condenó nuevamente, en su resolución 1997/44, todos los actos de violencia contra la mujer. • El Comité de Derechos Humanos (1994) nombró a un Relator Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias. En 1997, en su 53^a reunión, dicho Comité decidió que el mandato del Relator Especial debería ser renovado por tres años. El Relator Especial puede recibir y solicitar información de los gobiernos, las organizaciones y los particulares sobre la violencia contra la mujer en función del género, y puede iniciar investigaciones pertinentes.

ANEXO XVI (1):**Recursos de Ámbito Estatal para la mujer maltratada**

- **Servicios de Información Telefónica:** servicios gratuitos disponibles las 24 horas:
 - **016** - Servicio de información y de asesoramiento jurídico, telefónico y on line, a las mujeres víctimas de violencia de género.
 - **900 116 016** - Servicio de información y de asesoramiento jurídico sobre violencia de género para personas con discapacidad auditiva y/o del habla. Acceso a través de los siguientes medios: Teléfono de texto (DTS); Teléfono móvil (precisa configuración previa con la aplicación TOBMOVILE); PDA (precisa configuración previa con la aplicación TOBMOVILE).
 - **900 191 010**- Servicio de información del Instituto de la Mujer.
 - **900.152.152** - Servicio de información del Instituto de la Mujer Especializado en la atención a mujeres con discapacidad auditiva y/o del habla: A través del Móvil (es necesario que el teléfono desde el que se llama tenga dispositivo DTS), A través de Internet (conexión con la página web Telesor a través de ordenador o de móvil).
- **Servicio de Atención de Urgencias y Emergencias:**
 - **112.**
 - **091** -Policía Nacional.
 - **062** -Guardia Civil.
- **Páginas WEB:**
 - **Comisión contra la Violencia de Género del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud:** http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/e02_t03_Comision.htm
Enlace a diferentes documentos de Interés para profesionales del Sistema Nacional de Salud (protocolo común de actuación sanitaria ante la violencia de género del SNS, indicadores epidemiológicos, criterios de calidad de la formación, objetivos, contenidos y materiales educativos, Informes anuales de Violencia de Género del SNS, enlaces a otros organismos europeos e internacionales, etc.).
 - **Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad (Apartado violencia de género). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad:** <http://www.msssi.gob.es/ssi/violenciaGenero/home.htm>
 - **Web de recursos de apoyo y prevención ante casos de violencia de género (W.R.A.P.) . Delegación del Gobierno para la Violencia de Género:** <http://wrap.seigualdad.gob.es/recursos/search/SearchForm.action>
A través de este enlace, se puede acceder directamente a la web de recursos de apoyo y prevención ante casos de violencia de género con modalidad Google Maps, que agiliza la búsqueda de recursos (policiales, judiciales, información, atención y asesoramiento) que las administraciones públicas y las entidades sociales han puesto a disposición de la ciudadanía y de las víctimas de violencia de género.
 - **Observatorio contra la violencia doméstica y de género del Consejo General del Poder Judicial:** http://www.poderjudicial.es/cgpi/es/Temas/Violencia_domestica_y_de_genero/Guia_y_Protocolos_de_actuacion