

Violencia de Pareja hacia las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio

GUÍA BREVE DE ACTUACIÓN



Co-funded by the Rights, Equality & Citizenship Programme of the European Union



RESPONSE
MULTI-AGENCY RESPONSE TO GENDER-BASED VIOLENCE



Comisión para la investigación de malos tratos a mujeres



SaludMadrid

Coordina:

Luisa Lasheras Lozano y Marisa Pires Alcaide. Servicio de Promoción de la Salud. Subdirección de Promoción, Prevención y Educación para la Salud. Dirección General de Salud Pública.

Equipo de redacción:

Arranz Friediger, Alexandra. Médica Especialista en Ginecología y Obstetricia. Presidenta de la Comisión contra la Violencia. Hospital Universitario Puerta de Hierro.

Coghen Viguera Isabel. Matrona. Responsable de Violencia de Género. Centro de Salud Los Cármenes.

De Celis Matute, Estibaliz. Psicóloga especializada en violencia de género.

De la Cámara González, Cristina. Médica Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Responsable de Violencia de Género. Centro de Salud General Ricardos.

Del Pliego Pilo, Gema. Matrona. Hospital Universitario del Henares.

Gómez Valencia, Juan A. Trabajador Social. Presidente de la Comisión contra la Violencia del Hospital Universitario Ramón y Cajal.

Lasheras Lozano, Luisa. Médica. Servicio de Promoción de la Salud. Subdirección de Promoción, Prevención y Educación para la Salud. Dirección General de Salud Pública. Vocal de la Comisión Técnica de Acciones en Salud frente a la Violencia de Género.

López Palacios, Sonia. Enfermera. Directora Asistencial Enfermera. Dirección Asistencial Centro. Gerencia Asistencial de Atención Primaria. Vocal de la Comisión Técnica de Acciones en Salud frente a la Violencia de Género.

Pires Alcaide, Marisa. Pedagoga. Servicio de Promoción de la Salud. Subdirección de Promoción, Prevención y Educación para la Salud. Dirección General de Salud Pública. Secretaria de la Comisión Técnica de Acciones en Salud frente a la Violencia de Género.

Edita:

Comisión para la Investigación de Malos Tratos a Mujeres y Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, Dirección General de Salud Pública.

Diseño y maquetación: Carmen de Hijes

Imprime: Reproimagen

Tirada en papel: 10.000 ejemplares

Edición: 1/2019

Depósito legal: M-3009-2019

Impreso en España-*Printed in Spain*



Esta versión forma parte de la Biblioteca Virtual de la Comunidad de Madrid y las condiciones de su distribución y difusión se encuentran amparadas por el marco legal de la misma.

Esta publicación ha sido producida con el apoyo del Programa Daphne,

número de subvención: JUST/2015/RDAP/AG/MULT/9746, Proyecto RESPONSE (gbv-response.eu)

Madrid noviembre de 2018

Esta Guía Breve forma parte del proyecto institucional desarrollado en la Comunidad de Madrid en el marco del Proyecto Europeo "RESPONSE Multi- agency response for reporting of GBV in maternal health services" para la detección de la VG en los Servicios de salud para la Mujer. Es un extracto de otros documentos: [Manual de Formación Response para la detección de la VG](#) en los servicios de salud para la mujer del propio proyecto, Guías editadas por la Consejería de Sanidad de la CM ([Guía de Apoyo en Atención Primaria](#) para abordar la Violencia de Pareja hacia las Mujeres, [Guía de Actuación en Atención Especializada](#) para abordar la Violencia de Pareja hacia las Mujeres, sus respectivas [Guías Breves](#)) y en el documento del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad ([Protocolo Común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género, 2012](#)).

JUSTIFICACIÓN

La Violencia contra la Mujer es «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» (Naciones Unidas. Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, 1993).

El embarazo es un periodo especialmente vulnerable para las mujeres ya que con frecuencia se inicia la violencia por parte de la pareja (VPM) o se hace más manifiesta. Esta situación añade dificultades a la posibilidad de separación.

En todos los casos, la salud de las mujeres y de sus hijas e hijos se ve gravemente afectada. Por ello, todo embarazo en una mujer que sufre malos tratos debe ser considerado de alto riesgo.

Los patrones de la violencia pueden ser tanto de coacción y control como de agresiones físicas, psicológicas y sexuales. Por estos motivos es prioritario que las y los profesionales estén bien formados y presten especial atención a los signos y síntomas derivados de la violencia de género que pueden presentar las mujeres durante el embarazo, parto, puerperio.

Hay múltiples ocasiones para la detección de la VPM a lo largo del embarazo, parto y puerperio. Cualquier contacto que se establezca entre mujer y profesional es una oportunidad para sospechar y/o investigarla (consultas de Atención Primaria y Atención Hospitalaria, ingresos, urgencias, paritorio, neonatología, pediatría, etc...).

Con esta Guía se pretende facilitar las intervenciones de las y los profesionales con las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio. Para optimizar su utilización es preciso conocer los documentos de referencia previamente citados que pueden ser descargados presionando sobre el título de cada uno de ellos.

Las consultas médicas rutinarias durante el embarazo ofrecen una oportunidad esencial para la identificación, planificación de medidas de seguridad, derivación y notificación de la VPM en mujeres embarazadas que están en alto riesgo durante este período vulnerable.

En nuestro sistema sanitario el contacto continuado de la matrona con las mujeres durante el embarazo ofrece una oportunidad esencial para la identificación de la violencia de género sin olvidar que el trabajo coordinado entre profesionales es imprescindible para garantizar una buena atención.

Es frecuente que las mujeres no informen de su situación de violencia o incluso la oculten.

1 DETECCIÓN

La violencia que sufren las mujeres por parte de sus parejas da lugar a complicaciones obstétricas y a tasas de morbi-mortalidad materno-fetal más altas que en otras mujeres:

- Parto prematuro.
- Feto muerto ante parto.
- Desprendimiento de Placenta.
- Hemorragia anteparto.
- Corioamnionitis.
- Retraso de crecimiento Intrauterino (CIR).
- Bajo peso al nacimiento.
- Pielonefritis.
- Rotura prematura de membranas.
- Cesárea.

Algunas preguntas “tipo” ayudarán a las y los profesionales de la salud a investigar si se trata de una situación de VPM

¿Ha sido un embarazo deseado/planificado? ¿Está contenta con su embarazo?

¿Cómo ha sido la reacción de su pareja ante el embarazo?

Un embarazo, aunque nos resulte extraño, siempre es una fuente de estrés para la relación de pareja. ¿Cómo lo están llevando ustedes? ¿Ha notado cambios importantes en su relación de pareja? ¿Le preocupan esos cambios?

¿Se siente apoyada en el cuidado de su embarazo?
¿Comparte los preparativos...?

1.1 SIGNOS Y SÍNTOMAS DE SOSPECHA DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO

- Embarazo no deseado, con frecuencia consecuencia de violencia sexual por parte de la pareja. En estos casos se procederá según protocolo de violencia sexual vigente.
- No acude, retraso u olvido de las citas, salida precipitada de las consultas.
- Acude repetidamente con problemas menores o tiene ingresos de repetición.
- Múltiples consultas en urgencias.
- No cumple el tratamiento o abandona el hospital por alta voluntaria.
- Está deprimida, ansiosa o presenta trastorno de estrés postraumático (TEPT) (asociación significativa con VPM). No subestime el estado emocional en que se pueda encontrar la mujer ya que puede necesitar apoyo además del cuidado de las lesiones físicas.
- Cefaleas, dolores osteomusculares generalizados, cansancio, etc.
- Comete acciones auto-lesivas.
- Consumo de drogas (cannabis, cocaína, marihuana, tabaco y alcohol) o presentar otros comportamientos de riesgo.
- Acude tarde o no acude para control prenatal.
- Reticentes a la exploración ginecológica.
- Accidentes o lesiones físicas durante el embarazo.
- Experimenta abortos espontáneos recurrentes, mortinatos inexplicables o partos prematuros.
- Hay crecimiento intrauterino retardado o bajo peso al nacer.
- Consulta frecuente por disminución de la percepción de los movimientos del bebé.
- La mujer manifiesta sus expectativas de que todo se solucionará con la llegada del bebé y la crianza.
- Poco o ningún interés por asistir a las clases de educación maternal.
- Dehiscencias de la episiotomía.
- Mayor incidencia de hipogalactia y dificultades con la lactancia natural.
- Depresión postparto que no remite y ansiedad en la relación madre-bebé.
- Recién nacidos con más posibilidad de ingresar en UCI: Distress fetal, síndrome de abstinencia, bajo peso fetal...

1.2 OTROS SIGNOS Y SÍNTOMAS QUE PUEDEN ESTAR PRESENTES

Las mujeres que experimentan VPM tienen un riesgo 3 veces mayor de padecer problemas ginecológicos:

- Dificultad en la exploración por vaginismo.
- Desgarros genitales o perineales y fisuras anales.
- Deseo sexual inhibido.
- Trastornos menstruales.
- Mastalgia.
- Dispareunia.
- Enfermedades de Transmisión Sexual.
- Secreción vaginal frecuente, sangrado postcoital, infecciones urinarias o dolor pélvico.
- Enfermedad inflamatoria pélvica.
- Hemorragia postcoital, sangrado rectal.
- Impedimentos o dificultades para controlar la propia fertilidad. Nula o mala planificación familiar.

1.3 MUJERES CON LESIONES APARENTES QUE NO CONCUERDAN CON LOS HECHOS RELATADOS

- Contusiones, heridas y/o hematomas en diferentes lugares del cuerpo y en distinto estadio de evolución.
- Localizadas en abdomen, en cara interna de los muslos, en vulva, mamas, cabeza y cuello.
- En ocasiones las esconde, minimiza su importancia o las atribuye a accidentes fortuitos.
- Dejan un lapso de tiempo demasiado largo entre el accidente y la consulta u ocultan el origen de las lesiones.
- Tienen historia de alta accidentabilidad.

1.4 VALORACIÓN DE SITUACIONES DE ESPECIAL VULNERABILIDAD

Se recomienda coordinación con trabajo social para realizar esta valoración según circuito establecido en el centro sanitario. Prestar especial atención a las siguientes situaciones de vulnerabilidad:

MUJERES ADOLESCENTES/JÓVENES

- El embarazo y el parto en mujeres adolescentes que sufren violencia tienen mayor riesgo que en mujeres adultas.
- Control por parte de la pareja y dependencia emocional.
- Dificultad para controlar su protección anticonceptiva y participar en la toma de decisiones.
- Dificultad para reconocer que no son correspondidas en sus sentimientos (la idea del amor romántico está muy arraigada).
- En ocasiones son rechazadas por su familia y acaban viviendo con el maltratador.

MUJERES PROCEDENTES DE OTROS PAÍSES

- Barrera idiomática que dificulta la expresión de sus problemas.
- Ausencia de redes de apoyo familiar y social. Mujeres recién llegadas al país.
- Situación de irregularidad administrativa.
- Dependencia económica o situación laboral precaria.
- Miedo a continuar asistiendo a las citas en el centro sanitario.
- Desconocimiento de los recursos.
- Concepción cultural del rol de la mujer en la relación de pareja y de la violencia, diferente a la existente en nuestro medio.

MUJERES CON DISCAPACIDAD

Violencia Activa

- Abuso físico: estado de sedación, nerviosismo; disfunción motora ajena a la deficiencia; deterioro de la capacidad física residual o señales de violencia física (marcas en muñecas y tobillos, fracturas, mordiscos, lesiones internas, quemaduras, etc.)
- Abuso emocional: depresión, dificultad en la comunicación e interrelación; inseguridad, baja autoestima.
- Abuso sexual: lesiones en genitales, miedo a relacionarse con ciertas personas; embarazos no deseados, ITS, dificultad o resistencia a la exploración de genitales.
- Abuso económico: excesiva dependencia de terceros, escasas expectativas sobre sí misma y su proyección personal o profesional.

Violencia Pasiva

- Abandono físico: desnutrición, frecuentes enfermedades ajenas a la discapacidad, vestuario inadecuado en relación al sexo, al tiempo atmosférico y a la discapacidad de la persona, ropa sucia, largos periodos sin vigilancia, problemas físicos agravados por falta de tratamiento.
- Abandono emocional: ausencia de interacción, ausencia de motivación por su desarrollo personal, escasa o nula participación en actividades familiares o sociales.

“Existen procesos y trayectorias existenciales especialmente difíciles, como la migración; circunstancias y contextos sociales tales como estar en situación de desempleo o vivir en un medio rural; situaciones psicosociales que conducen a la exclusión social o al ejercicio de la prostitución; etapas vitales como el embarazo y puerperio o la edad avanzada; condicionantes de salud como la discapacidad, la enfermedad mental grave o la drogodependencia, que aumentan la vulnerabilidad ante la violencia y en particular, la probabilidad de sufrir violencia de género”.

(Protocolo Común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género, 2012)

2

INTERVENCIÓN POR PARTE DE LOS SERVICIOS DE SALUD CUANDO SE CONFIRMA O HAY FUERTE SOSPECHA SOBRE LA SITUACIÓN DE VPM

Qué hacer

- Acoger respetuosamente a la mujer.
- Coordinarse con profesionales de los otros servicios implicados para garantizar la atención integral durante el embarazo, parto y puerperio.
- Explorar, conjuntamente con la mujer, la gravedad de la situación, realizar una valoración de riesgo y acompañarla en el proceso de toma de decisiones.
- Crear las condiciones para que la mujer pueda identificar en consultas sucesivas su situación de violencia.
- Acompañamiento, derivación o adopción de medidas a ejecutar en función de la valoración integral realizada.

En caso de aborto o gestación interrumpida y en el postparto ofrecer siempre planificación familiar.

Cómo hacer

- Saber que es un proceso complejo que requiere tiempo para que la mujer tome conciencia de la situación y pueda producir cambios.
- Utilizar un espacio privado y confidencial donde se pueda hablar libremente con la mujer o citarla en otro momento pero nunca abordar el problema de la violencia delante de su compañero. La información facilitada por la mujer incrementará el riesgo de VPM, si se comparte o contrasta con el maltratador.
- Mantener una actitud respetuosa con la mujer sin cuestionar la manera en la que está respondiendo a la situación de violencia.
- Dar importancia al relato de la mujer sin trivializar o minimizar el riesgo que expresa.
- Desculpabilizar a la mujer. Hacerle saber que ella no es responsable de su situación y que nadie merece ser tratada así.
- Hacerle saber que hay salida y que no está sola para afrontar el problema.
- Fomentar que sea ella misma quien tome sus decisiones, evitando decirle lo que tiene que hacer.
- Ofrecerle apoyo continuo, mantener abiertas las líneas de comunicación durante todo el proceso del embarazo, parto y puerperio.
- Pedirle permiso para realizar consultas con otros/as profesionales, derivación y la adopción de medidas.
- Informarle sobre las redes sociales, organizaciones no gubernamentales e instituciones públicas que pueden ayudarle, entre ellas, el propio sistema de salud.
- Ofrecer información sobre los recursos y teléfonos de apoyo.
- La terapia de pareja o la mediación familiar está contraindicada en los casos de VPM.
- Son frecuentes las amenazas o coacciones por parte del agresor, es preciso resistir.

La continuidad asistencial y la coordinación interdisciplinar entre profesionales es clave en la salida del proceso de la VPM.

2.1 VALORACIÓN DE LA SITUACIÓN DE VIOLENCIA

a) Tipo, frecuencia e intensidad de la violencia

En las siguientes tablas se muestran los distintos tipos de violencia, su intensidad y su frecuencia, así como los ejemplos de cómo explorarlos durante la entrevista.

| TIPO DE VIOLENCIA | CARACTERÍSTICAS | PREGUNTAS TIPO |
|--|--|---|
| <p>VIOLENCIA PSICOLÓGICA</p> <p>Actos o conductas que producen desvalorización o sufrimiento en la mujer, tanto en público como en privado.</p> | <p>Amenazas.</p> <p>Humillaciones.</p> <p>Exigencia de obediencia.</p> <p>Culpabilizar a la mujer.</p> <p>Conductas verbales coercitivas como insultos o burlas.</p> <p>Descalificar o ridiculizar la propia opinión.</p> <p>Impedir relaciones con amigos o familia.</p> <p>Sabotea los encuentros familiares.</p> <p>Controlar las salidas de casa.</p> <p>Abrir la correspondencia personal, escuchar y controlar conversaciones telefónicas.</p> | <p>¿Le grita a menudo?</p> <p>¿Le habla de manera autoritaria?</p> <p>¿La insulta/amenaza/chantajea/ridiculiza/menosprecia?</p> <p>¿La elogia y humilla alternativamente?</p> <p>¿Ignora su presencia?</p> <p>¿Le llama loca, estúpida, puta o inútil?</p> <p>¿Le trata como a una niña pequeña?</p> <p>¿Le culpa de todo lo que sucede?</p> <p>¿Le pone en evidencia continuamente en público?</p> <p>¿Le controla las llamadas/cartas/ a diario?</p> <p>¿Le acusa de ser infiel sin motivo?</p> <p>¿Le pone problemas para ver a su familia o amigos? ¿Les trata mal?</p> |

| TIPO DE VIOLENCIA | CARACTERÍSTICAS | PREGUNTAS TIPO |
|---|--|--|
| <p>VIOLENCIA FÍSICA</p> <p>Cualquier acto, no accidental, que provoque o pueda producir daño en el cuerpo de la mujer.</p> | <p>Empujar, abofetear.</p> <p>Golpear, morder.</p> <p>Tirar del pelo, agarrar.</p> <p>Quemaduras, puñetazos.</p> <p>Intentos de asesinato.</p> <p>Omisión de ayuda ante lesiones derivadas de la agresión.</p> | <p>¿Alguna vez le ha golpeado/ le ha puesto la mano encima?</p> <p>¿Qué hace cuando se pelean?</p> <p>¿Le ha dado alguna bofetada?</p> <p>¿Le ha empujado alguna vez durante una discusión?</p> <p>¿Le ha echado alguna vez de casa?</p> |
| <p>VIOLENCIA SEXUAL</p> <p>Imposición a la mujer de mantener una relación sexual contra su voluntad.</p> | <p>Cuando en esa relación se produzca penetración forzada se considera violación (que no necesariamente conlleva utilización de fuerza física).</p> | <p>¿Le obliga a tener relaciones sexuales contra su voluntad?</p> <p>¿Alguna vez se ha sentido obligada a mantener una relación sexual sin que lo deseara?</p> <p>¿Le fuerza a llevar a cabo prácticas sexuales que usted no desea?</p> <p>¿Se siente libre para decidir el uso del preservativo u otros métodos anticonceptivos?</p> <p>¿Se siente respetada por su pareja en las relaciones sexuales? ¿Tiene en cuenta sus deseos?</p> |

| TIPO DE VIOLENCIA | CARACTERÍSTICAS | PREGUNTAS TIPO |
|--|--|---|
| <p>VIOLENCIA ECONÓMICA</p> <p>Control por parte de la pareja de los recursos económicos. Implica que la mujer no participa en la toma de decisiones sobre la distribución del gasto del dinero.</p> | <p>Controlar el manejo y uso que hace la mujer del dinero.</p> <p>Entregar cantidades insuficientes para el mantenimiento de las necesidades familiares.</p> <p>Impedir o negar a la mujer el derecho al trabajo.</p> <p>No pagar la pensión por alimentos a los hijos/os.</p> | <p>¿Dispone de suficiente dinero?</p> <p>¿Quién dispone del dinero de la pareja?</p> <p>¿Quién es dueño de la casa?</p> <p>¿Le pide explicaciones continuamente acerca de sus gastos? ¿Le acusa de no saber administrar el dinero?</p> <p>¿Puede usted tomar decisiones sobre el manejo del dinero?</p> |
| <p>VIOLENCIA AMBIENTAL</p> <p>Cualquier acto, no accidental, que provoque o pueda producir daño en el entorno para intimidar a la mujer.</p> | <p>Dar golpes a puertas, romper objetos.</p> <p>Destrucción de objetos con especial valor sentimental.</p> <p>Maltrato de animales domésticos.</p> | <p>¿Cuando se enfada rompe o tira objetos? ¿Golpea las puertas o la pared?</p> <p>¿Desordena o ensucia a propósito? ¿Desparrama la basura?</p> <p>¿Invade la casa con elementos desagradables o que la atemorizan? (material pornográfico, armas)</p> <p>¿Alguna vez ha roto/ estropeado intencionalmente algún objeto al que tenga especial aprecio?</p> |

VALORACIÓN DE LA INTENSIDAD Y FRECUENCIA

Si responde afirmativamente a las preguntas de la tabla anterior.

- ¿Desde cuándo sufre esta situación?
- ¿Con qué frecuencia se producen estos episodios?
- ¿Hay momentos en que él es cariñoso y la trata bien?
- ¿Después de una agresión le pide perdón, le hace un regalo, o se comporta como si nada hubiera pasado?
- ¿La intensidad, frecuencia, gravedad de los episodios han ido aumentando en el tiempo?

En caso de que tenga hijas/os:

- ¿Suelen presenciar estos episodios?
- ¿Las agresiones (físicas, psicológicas, ambientales,...) también se dirigen directamente hacia ellas/ellos?
- ¿Cómo cree que les puede estar afectando?

Hay que tener una actitud cuidadosa en el momento de la exploración con el vocabulario empleado y con lo que le transmitimos a la mujer ya que puede que ella no reconozca la situación como violenta, ni la existencia de un problema. Por ello, conviene no nombrar la “violencia” en este momento, sino explorarla, como muestra la tabla anterior.

b) Grado de percepción de la mujer sobre su situación de VPM

El modelo de fases de cambio es conocido como herramienta que permite conocer las diferentes fases por las que pasa la mujer y, por tanto, ofrecer la intervención adecuada en función de la situación. Se emplea este modelo por la familiaridad y su mayor aplicabilidad en el ámbito sanitario.

| INTERVENCIÓN SEGÚN LA PERCEPCIÓN DE LA MUJER SOBRE LA SITUACIÓN DE VIOLENCIA ¹ | | | |
|---|------------------|---|--|
| Según fases de cambio | Precontemplación | <ul style="list-style-type: none"> Entrevista Autoeficacia | Plan de cuidados Plan de seguridad Respetar tiempos Decisión de la mujer Respetar confidencialidad Valorar riesgo Coordinación Registro |
| | Contemplación | <ul style="list-style-type: none"> Entrevista motivacional Escucha reflexiva | |
| | Preparación | <ul style="list-style-type: none"> Entrevista motivacional Escucha reflexiva Negociar Plan de Cambio | |
| | Acción | <ul style="list-style-type: none"> Generar afirmaciones automotivadoras Coordinación Valorar derivaciones Plan de seguridad | |
| | Mantenimiento | <ul style="list-style-type: none"> Animar a la mujer para que participe en grupos de mujeres Valorar derivación | |
| | Recaída | <ul style="list-style-type: none"> Animar a la mujer para que no caiga en el desánimo | |

1 Ver en las Guías de [Atención Primaria](#) y de [Atención Especializada](#) sobre VPM editadas por la Consejería de Sanidad: **Intervención por Fases de Cambio:** Guías de Atención Primaria VPM (pág. 29). Guía de Atención Especializada VPM (pág. 62). **Intervención en Estallido Agudo de violencia y qué y cómo hacer** en Atención Primaria (pag.39). Atención Especializada (pag.34). **Principios de la entrevista motivacional:** Guía de Atención Primaria (pag.65). Guía de Atención Especializada (Pag.68)

| OTRAS INTERVENCIONES ¹ | | |
|-----------------------------------|------------------------------|---|
| Situaciones especiales | Estallido agudo de violencia | <ul style="list-style-type: none"> • Acogida • Contención • Valoración seguridad • Gestión de recursos |
| | Riesgo vital | <ul style="list-style-type: none"> • Identificar recursos • Preparar la marcha • Plan de seguridad • Abandono urgente del domicilio |

c) Riesgo vital para la mujer y necesidad de protección de las hijas e hijos y personas mayores a su cargo

Una vez confirmada la situación y el tipo de VPM es imprescindible valorar el riesgo vital.

Se entiende por RIESGO VITAL el derivado de la situación de VPM que puede comprometer la vida de la mujer y del feto. Debe distinguirse claramente de la gravedad de las lesiones que pueda presentar la mujer. **Una situación de riesgo vital es siempre una urgencia. Nunca se debe subestimar el riesgo.**

La siguiente tabla muestra algunas señales de alerta ante las cuales tendremos que iniciar la intervención específica para casos de riesgo vital. De todas ellas, es especialmente sensible la declaración por parte de la mujer de temor por su vida o agresiones graves. Por esto debe formularse la siguiente **pregunta clave:**

¿Ha sentido alguna vez miedo de su pareja?

SEÑALES DE ALERTA DE RIESGO GRAVE EN LA MUJER

La mujer declara temer por su vida

Los episodios de violencia se producen también fuera del domicilio

Su pareja se muestra violento con sus hijos e hijas

Su pareja se muestra violento con otras personas

Ha sometido a la mujer a actos de violencia sexual

Amenaza con suicidarse, matarla y/o matar a los hijos/as

La frecuencia y gravedad de los episodios de violencia se han intensificado

Su pareja abusa de drogas, especialmente aquéllas que agudizan la agresividad (alcohol, cocaína...)

La mujer tiene planeado abandonarle o divorciarse en un futuro cercano

La pareja conoce que la mujer ha recurrido a ayuda exterior para poner fin a la violencia

Su pareja o expareja le sigue o acosa

La mujer ya ha denunciado lesiones graves

La pareja dispone de armas en casa

La pareja o expareja ha amenazado a amigos o parientes de la mujer

2.2 ELABORACIÓN DE UN PLAN DE SEGURIDAD

SI TUVIERA QUE ABANDONAR LA CASA DE FORMA URGENTE SE LE INFORMARÁ QUÉ VA A NECESITAR

- Juego adicional de llaves de la casa y del coche. Listado de teléfonos de familiares, colegios, médicos...
- Documentos legales, como certificado de nacimiento, tarjeta sanitaria, carné de conducir, DNI, pólizas de seguros, escrituras de bienes inmuebles, informes médicos, denuncias, fotos de lesiones...
- Un bolso con ropa, medicamentos y algún objeto significativo para cada niño/a.
- Lista de números de teléfonos importantes y lugares donde poder quedarse.
- Abrir una cuenta corriente o libreta de ahorro (que sólo ella conozca) e ir ingresando lo que pueda. Hacer una provisión de dinero en metálico.
- Que el agresor no esté en el momento de abandonar el domicilio.
- No dar información ni indicios de sus planes.
- No tomar tranquilizantes ya que ha de estar alerta si decide irse.
- Acudir a las personas y a los lugares con las que había contactado previamente.

SI PERMANECE EN EL DOMICILIO COMÚN, INFORMARLE DE QUE TIENE QUE TENER PREPARADO UN ESCENARIO DE PROTECCIÓN PARA ELLA Y SUS HIJOS E HIJAS

- Retirar armas u otros objetos peligrosos.
- Conocer los números de emergencias.
- Concertar señal con vecinos y/o familiares en caso de peligro.
- Enseñar a sus hijos e hijas a conseguir ayuda y protegerse.
- Procurar no estar sola (si es posible) tanto en su domicilio como fuera de él.
- Si ve próxima la agresión, no alejarse de la puerta de salida.
- Hacer todo el ruido que pueda.
- Si el ataque es inevitable, procurar ser el blanco más pequeño posible (protegerse con los brazos la cabeza, la cara y el abdomen).

3

REGISTRO Y DOCUMENTACIÓN DE LOS CASOS

Documentar los casos de VPM es una parte esencial de la mejor práctica clínica y facilita el cuidado de la mujer por lo que cualquier actuación sanitaria debe quedar reflejada en la historia clínica o en el registro correspondiente según protocolo de cada centro sanitario. Resulta imprescindible para realizar informes si se requiere declaración o presentación ante un tribunal de justicia. Compartir la historia entre las y los profesionales que la atienden facilita la atención integral, lo que requiere explicar a la mujer los beneficios de hacerlo y pedirle autorización.

HABILIDADES PARA DOCUMENTAR UN CASO DE VPM

LO QUE SE DEBE HACER

Escribir notas en el momento o inmediatamente después de la consulta.

Escribir clara y legiblemente.

Ceñirse a los hechos y mantener la objetividad.

Explicar la confidencialidad a su paciente y los límites de la misma.

Concentrarse en lo que se hizo, dónde, cuándo y por quién.

Apuntar la información de terceros, por ejemplo, "La madre de la paciente me dijo que..."

Apuntar la información pertinente textualmente: La mujer refiere: "Me dio un puñetazo en la cara y mi nariz empezó a sangrar."

Documentar quién estuvo presente en el momento de la consulta.

Firmar todas las notas.

Apuntar la fecha en todas las notas.

Documentar un plan claro de gestión y de cuidados.

Tratar a la paciente con cuidado y sensibilidad.

LO QUE NO SE DEBE HACER

Dejar la escritura de notas hasta el final de un turno.

Tomar una historia detallada.

Hacer preguntas tendenciosas.

Ser selectivo acerca de lo que escribe. Documentar todos los detalles que le diga en respuesta a sus preguntas.

Usar abreviaturas no aprobadas o escribir de manera ilegible. Usted u otra persona tendrá dificultades para entender las notas si son requeridas para declaraciones futuras o ante un tribunal.

Ser crítico o paternalista.

4 NOTIFICACIÓN

El personal facultativo tiene la obligación de poner en conocimiento de la autoridad competente los hechos que crea que puedan ser constitutivos de delito.

Es preciso constatar daños físicos y el estado psicológico de la mujer en el momento de la atención, detallando las lesiones físicas y la sintomatología psicológica que presenta.

Siempre que se emita un parte de lesiones, previamente, hay que valorar la seguridad y tomar medidas de protección para minimizar el riesgo de agresión.

Siempre leer a la mujer el parte de lesiones que se emita.

5 DERIVACIÓN

Muchas mujeres maltratadas requieren además de atención sanitaria propia del embarazo, parto o puerperio, la atención de otros servicios especializados dentro o fuera del centro sanitario donde son detectados los casos.

DERIVACIÓN EN EL MARCO DE LOS SERVICIOS SANITARIOS

- Explicar a la mujer las ventajas que tiene para su salud garantizar la continuidad de la atención sanitaria.
- Explicar cuidadosamente los motivos que justifican la derivación para no revictimizar a la mujer y actuar en contra de sus deseos. En caso de que ella manifieste su negativa, no insistir.
- Si la mujer accede a la derivación (a trabajo social, a salud mental,...) ésta se realizará a través del informe social o del parte de interconsulta.
- Si existen hijos o hijas contactar con pediatría para la valoración infantil.

CRITERIOS DE DERIVACIÓN A SALUD MENTAL

| | |
|-----------------------|--|
| URGENTE | <ul style="list-style-type: none"> ■ Planificación autolítica. ■ Episodios de agitación psicomotriz. |
| PREFERENTE | ■ Episodios depresivos graves (con ideación autolítica, alteración importante de ritmos biológicos, aislamiento marcado, abandono de autocuidados, ...). |
| | ■ Trastorno de estrés postraumático. |
| | ■ Descompensación de trastornos psicóticos crónicos. |
| POR VÍA NORMAL | ■ Episodios depresivos leves o moderados en el tiempo. |
| | ■ Trastornos de ansiedad en los que existen limitaciones graves. |
| | ■ Asociación de abuso de sustancias. |

DERIVACIÓN A SERVICIOS EXTRASANITARIOS

- Cuando la mujer requiera atención distinta de la que puede ofrecer el sistema sanitario las y los profesionales que la atienden en este periodo han de conocer los recursos de atención integral disponibles, de modo que aseguren una vía de derivación consensuada con la mujer y segura que no la revictimice.
- Es imprescindible mantener el seguimiento para la atención obstétrica y coordinarse con los servicios específicos a los que se deriva:
 - Red integral de atención a la Violencia de Género de la Comunidad de Madrid.
 - Recursos municipales de atención a la Violencia de Género, de promoción de la igualdad y centros sociocomunitarios.
 - Asociaciones de mujeres y organizaciones no gubernamentales especializadas en la Atención a la Violencia de Género.

6

ACTIVACIÓN DE RECURSOS



| | | |
|---|--|--|
| <p>Teléfono de emergencias</p> <p>112</p> | <p>Riesgo vital para la mujer por la situación de violencia que padece.</p> <p>Lesiones de pronóstico grave/muy grave si la mujer no ha sido llevada al centro por las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado.</p> <p>Incumplimiento por parte del agresor de las Órdenes de Alejamiento/Protección.</p> | |
| <p>Red de Puntos Municipales del Observatorio Regional contra la Violencia de Género (recursos específicos de atención no sanitarios).</p> | <p>Estos recursos ofrecen en el ámbito municipal: información, orientación, derivación, y acompañamiento a las víctimas de violencia hacia los distintos servicios especializados. La relación actualizada de estos recursos se encuentra en la web institucional de la CM:</p> <p>http://www.comunidad.madrid/servicios/asuntos-sociales/violencia-genero</p> | |
| <p>Teléfono de información</p> <p>012</p> <p>Mujer de la Comunidad de Madrid</p> | <p>Informa sobre los recursos disponibles en materia de violencia de género y proporciona a la mujer o al profesional que lo requiera, la dirección, teléfono y horario de atención del Punto Municipal que le corresponda por domicilio.</p> | |
| <p>Servicio telefónico</p> <p>016</p> | <p>Servicio de atención a mujeres que sufren violencia por parte de sus parejas o ex parejas. Ofrece información de recursos de toda España y asesoría jurídica. Teléfono de información para mujeres con discapacidad auditiva o del habla:</p> <p>900 116 016</p> | |
| <p>Atención telefónica gratuita:</p> <p>900 100 009</p> | <p>Comisión para la Investigación de Malos Tratos a Mujeres</p> | |

Los contenidos de esta guía hacen referencia a los síntomas y signos de la violencia de pareja hacia las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio, para facilitar la detección de casos. Contiene también recomendaciones para que las y los profesionales sanitarios sepan qué hacer y qué no hacer ante un caso detectado e información sobre los recursos a los que puede ser derivada la mujer si así lo considera el profesional sanitario que la atiende. También contempla la valoración del riesgo para la salud de las mujeres ante una situación de violencia, así como la elaboración de un plan de seguridad.



**Comunidad
de Madrid**

Dirección General Salud Pública
CONSEJERÍA DE SANIDAD