

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

Embarazo no deseado por violación que opta a la I.V.E.

Cristina Rodríguez Castillo

Rosa María Zapata Boluda

ÍNDICE.

1. RESUMEN.....	2
2. INTRODUCCIÓN.....	2
3. OBJETIVOS.....	14
4. METODOLOGÍA.....	15
5. DESARROLLO.....	15
6. DISCUSIÓN.....	21
7. CONCLUSIONES.....	22
8. BIBLIOGRAFÍA.....	23
9. ANEXOS.....	24

1. RESUMEN.

Introducción: el embarazo no deseado producido por una violación, no es un problema tan frecuente en mujeres españolas en comparación con otros países, teniendo en cuenta los datos del I.N.E (Instituto Nacional de Estadística). Se plantea realizar una revisión bibliográfica para analizar la prevalencia, conceptos, protocolos y leyes del embarazo no deseado producido por una violación y de la I.V.E (Interrupción Voluntaria del Embarazo) bajo el supuesto de violación.

Objetivos: revisión bibliográfica y propuesta de un plan de cuidados.

Metodología: revisión bibliográfica a través de Medline, CSIC, Dialnet y Scopus. Propuesta de un plan de cuidados estandarizados de una situación clínica específica.

Desarrollo: Exposición de una situación clínica de agresión sexual, se realiza la valoración por patrones funcionales. Utilizando la clasificación NANDA para redactar los diferentes diagnósticos de enfermería. Así como NIC y NOC.

Conclusiones: No existen planes de cuidados estandarizados y reclamamos la figura de la Enfermera en estos casos y las implicaciones de los diferentes estamentos.

Palabras clave: embarazo, no deseado, violación, agresión sexual, I.V.E, aborto, pregnancy, abortion, rape.

2. INTRODUCCIÓN.

Según la Organización Mundial de la Salud define la violencia sexual como “todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de ésta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo. La violencia sexual abarca el sexo bajo coacción de cualquier tipo incluyendo el uso de fuerza física, las tentativas de obtener sexo bajo coacción, la agresión mediante órganos sexuales, el acoso sexual incluyendo la humillación sexual, el matrimonio o cohabitación forzadas incluyendo el matrimonio de menores, la prostitución forzada y comercialización de mujeres, el aborto forzado, la denegación del derecho a hacer uso de la anticoncepción o a adoptar medidas de protección contra enfermedades, y los actos de violencia que afectan a la integridad sexual de las mujeres

tales como la mutilación genital femenina y las inspecciones para comprobar la virginidad”

La violencia sexual es un fenómeno más frecuente de lo que pensamos y cuyas consecuencias físicas, psicológicas y para la salud pública poco se mencionan y poco se conocen. La violencia sexual no se registra adecuadamente, no se desagregan las cifras, no hay datos disponibles para su prevención y sanción. Las propias mujeres ante el miedo, la estigmatización y la vergüenza viven en silencio experiencias extremas de sufrimiento resultado de la agresión sexual y el abuso de poder y, en innumerables ocasiones, la naturalización de los hechos les impide identificar la invasión de sus cuerpos como violencia. Es un tema que siempre me ha preocupado y que debería de estar erradicado en una sociedad civilizada.

La sexualidad es una construcción social cuya expresión en las realidades históricas y culturales específicas es producto de consideraciones políticas, económicas y simbólicas. El modo que se comprende y se vive -lo permitido y no permitido, lo aceptado y lo reprimido, lo normal y lo patológico- depende de los contextos en que nacen y se desarrollan las personas. Existe, por tanto un discurso dominante que establece los cánones aceptados de la sexualidad en cada sociedad y momento histórico particular.

Ya en el año 1760 A.C, existía el Código de Hammurabi, el cual es una codificación basada en la Ley del Talión. Sancionaba fuertemente la violación. Dicho Código no reconocía la independencia de las mujeres. Si un hombre violaba a una mujer virgen, su castigo era la muerte; más si la violación era cometida en contra de una mujer casada, ésta debía compartir la pena con su agresor sin que se tomen en cuenta las circunstancias en que se cometió la violación.

En la Edad Media los violadores podían poseer un status social y económico privilegiados que utilizaban para cometer todo tipo de violencias sobre las personas de clases inferiores, entre estas violencias, se encontraban las sexuales. El Derecho Penal, por otra parte, consagraba esta situación, en la medida en que era más indulgente con los violadores que pertenecía a las capas altas de la sociedad y reservaba los castigos más crueles a las personas viles que forzaban a mujeres de elevada condición (1).

El BOE N° 297 de 11 de diciembre de 2012. Ley integral contra la violencia sobre la mujer en el ámbito de la Comunitat Valenciana. BOE-A-2012-14968.

La violación es una penetración forzada físicamente o empleando otros métodos de coacción, por más leves que sean, de la vulva o el ano, usando un pene, otras partes del cuerpo o un objeto. Puede suceder en distintos ámbitos: en el hogar, en el trabajo, durante una cita o con alguien extraño.

Ante una violación la mujer debe actuar rápidamente.

- Es un momento difícil pero debe mantener la calma.
- No lavarse ni cambiarse de ropa.
- Si puede desplazarse, dirigirse al centro sanitario más cercano.
- Si no puede desplazarse, llamar al teléfono de Emergencias 112. (2)

Factores de riesgo en la violencia sexual:

- Estar casada o vivir en pareja.
- Ser joven.
- Consumir alcohol u otras drogas.
- Haber sido violada o abusada sexualmente con anterioridad.
- Tener muchos compañeros sexuales.
- Ser profesionales del sexo.
- Mejorar el nivel de instrucción y su capacidad de realización social.
- La pobreza.
- Que la pareja consuma alcohol y otras drogas.
- El haber presenciado situaciones de violencia doméstica durante la niñez.

Consecuencias de la agresión sexual.

- El embarazo no deseado y las complicaciones ginecológicas.

- Infecciones de transmisión sexual.
- La salud mental.
- Conductas suicidas.
- Otracismo social (3).

La actuación sanitaria queda recogida en el Plan de Actuación ante agresiones sexuales, solicitado en el Hospital Torrecárdenas (Véase anexo I)

En México algunos estudios señalan que la mitad de los casos ocurren en niñas, niños y adolescentes y que entre 2.8 y 5% de las mujeres han sido violadas alguna vez en su vida.

Información proveniente de los centros de atención en crisis, que atienden casos de violación, revelan que un gran porcentaje de violaciones e incidentes de abuso sexual son perpetrados contra mujeres de 15 años o menores de edad.

En un estudio realizado en México entre 1990 y 1996 se estudiaron 531 casos, de los cuales 85.8% fueron del sexo femenino; casi la mitad, menores de edad; y hubo una mediana de nueve años de escolaridad. Se encontró que todos los agresores fueron del sexo masculino; y que el 62% eran conocidos de la persona violada. De éstos 86.7% eran familiares o personas cercanas a la familia. En los domicilios de la agredida o del agresor ocurrió el 55.4% de las violaciones. La figura 1 (véase en anexo II) muestra resultados de la Encuesta Nacional sobre Violencia contra las mujeres, en la cual se aprecia la relación entre sobrevivientes de abuso sexual y agresor.

El Centro Nacional de equidad de Género y Salud Reproductiva mexicano propone un flujograma de atención a personas violadas (véase anexo III). (4).

Otro estudio de Colombia, cita según la encuesta de prevalencia sobre violencia sexual se estima que 94.565 mujeres entre los 15 y 44 años en 407 municipios del país con evidencia de conflicto armado, lo que equivale al 3.4% del total estimado de mujeres, fueron víctimas de violación en el periodo 2001-2009.

Atendiendo a estas estimaciones, junto con las de nivel educativo se encuentra que, las mujeres entre los 15 y 34 años, blancas o mestizas, con primaria o bachillerato

incompleto, que habitan viviendas de barrio marginados, se encuentran más expuestas a ser víctimas de este tipo de violencia sexual.

Se estima que el 47.71% de las víctimas de violación fueron violadas por un miembro de su familia, mientras que el 31.14 de las víctimas de este delito, fueron violadas por una persona extraña. El 13.54% de las víctimas de este delito, fueron violadas por actores armados ilegales, y el 2.08% fueron violadas por miembros de la Fuerza pública. El 7.34% de las víctimas de este delito, fueron violadas por un actor no determinado.

Teniendo en cuenta los espacios, es mayor el porcentaje de violaciones en espacio privado que en el espacio público.

Teniendo en cuenta la frecuencia, se estima que el 53.45% de las víctimas fueron violadas en una ocasión, el 13.47% fueron en dos ocasiones y el 33.09% fueron víctimas tres o más veces (5).

Hacer pública la experiencia de la violencia sexual puede significar para la mujer estigmatización y descalificación moral. Tanto en la denuncia como en los procesos judiciales, los funcionarios policiales y los administradores de justicia ponen en duda su testimonio, revisan su historia de vida y su comportamiento, otorgan especial importancia a la resistencia activa a la agresión y que haya mediado en ésta el “uso manifiesto de la fuerza”. En los juicios de violencia sexual, no sólo el comportamiento masculino es juzgado; lo es también la conducta de las víctimas. La Ley establece una gradación de la castidad y la condición moral de las mujeres, a partir de los 14 años, en el caso chileno, ésta debe ser demostrada.

En estudio realizado en Estados Unidos examinó la prevalencia y los factores asociados con la búsqueda de atención médica después de una violación en una muestra nacional de mujeres que informaron de un incidente más reciente de violación forzada en mayores de 14 años.

Una muestra nacional de las mujeres adultas (N=3001) completaron entrevistas telefónicas estructuradas en el año 2006, y los datos para este estudio fueron analizados en 2011. Análisis de regresión logística examinaron las variables demográficas de salud, características de la violación y las víctimas de violación, preocupaciones en relación con las víctimas de violación, de búsqueda de atención médica entre 445 mujeres víctimas.

De las 3001 mujeres de la muestra original, un total de 445 (15%) cumplieron con los criterios de una violación most-recent/only, y 93 (21% de las víctimas) recibió después de una violación atención médica. De las víctimas de violación lesionados (n = 201), 27% buscó atención médica. Aproximadamente el 32% de las mujeres con problemas de enfermedades de transmisión sexual, el 28% de las mujeres con problemas de VIH, y el 26% de las mujeres con problemas de embarazo buscado atención médica. La mayoría de las mujeres víctimas que recibieron atención médica informó peritraumática temor, lesiones, reconociendo el hecho como una violación, violación tácticas forzadas, las preocupaciones de enfermedades de transmisión sexual, la preocupación por el VIH, el temor de familia se entere sobre el incidente, y el miedo del embarazo (véase anexo III).

Una minoría de las víctimas de violación (21%) buscó después de una violación atención médica después del incidente. En el modelo multivariado final, se correlaciona de atención médica incluye la raza negra, violaciones relacionadas con lesiones, las preocupaciones acerca de las enfermedades de transmisión sexual, embarazo, preocupaciones y reportar el incidente a la policía.

La educación es necesaria para aumentar el reconocimiento de la violación, el conocimiento de los servicios después de una violación que no requieren la presentación de informes oficiales, y el reconocimiento de la necesidad de tratar las violaciones relacionadas con problemas de salud (6).

La violencia sexual contra las mujeres vulnera su libertad sexual y reproductiva, y afecta el desarrollo de una sexualidad plena y placentera. Los daños con consecuencias graves para su salud sexual y reproductiva son, entre otros el contagio con enfermedades o infecciones de transmisión sexual, y el aumento de contraer SIDA; las enfermedades inflamatorias de pelvis y cáncer cervical; los embarazos no deseado, traumas emocionales profundos que se manifiestan en depresión, incapacidad de concentración, perturbaciones del sueño y la alimentación, sentimientos de enfado, humillación, autoinculpación, estrés postraumático, tendencias suicidas, y problemas sexuales como frigidez, temor al sexo y funcionamiento sexual disminuido.

El aborto, como una experiencia de las mujeres de todos los tiempos, se liga desde entonces a la soberanía sobre el cuerpo, a la autonomía y a la libertad sexual y reproductiva de las mujeres. Tanto en Europa como en Estados Unidos, el feminismo

radical fue fuente de inspiración para la creación de grupos de autoconciencia y de colectivos de reflexión y debate que dieron lugar a importantes protestas públicas en los años sesenta y setenta. El movimiento por el aborto hizo de esta práctica, individual y silenciada, un hecho público y colectivo: las mujeres hablaban sobre sus abortos ilegales entre ellas, ante la justicia y los medios de comunicación. “Aborto Libre y Legal” fue el lema propuesto por las francesas que sirvió de modelo para las campañas de la época. Como consecuencia de estas luchas feministas, desde los años sesenta y durante los setenta, gran parte de los países europeos y Estados Unidos despenalizaron el aborto.

El B.O.E número 55. Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. BOE-A-2010-3514.

La Ley establece un conjunto de garantías relativas al acceso efectivo a la prestación sanitaria de la interrupción voluntaria del embarazo y a la protección de la intimidad y confidencialidad de las mujeres.

Condiciones de la interrupción voluntaria del embarazo.

Artículo 12. Garantía de acceso a la interrupción voluntaria del embarazo.

Artículo 13. Requisitos comunes.

Primero.- Que se practique por un médico especialista o bajo su dirección.

Segundo.- Que se lleve a cabo en centro sanitario público o privado acreditado.

Tercero.- Que se realice con el consentimiento expreso y por escrito de la mujer embarazada o, en su caso, del representante legal, de conformidad con lo establecido en la Ley 41/2002, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Cuarto.- En el caso de las mujeres de 16 y 17 años, el consentimiento para la interrupción voluntaria del embarazo les corresponde exclusivamente a ellas de acuerdo con el régimen general aplicable a las mujeres mayores de edad.

Al menos uno de los representantes legales, padre o madre, personas con patria potestad o tutores de las mujeres comprendidas en esas edades deberá ser informado de la decisión de la mujer.

Se prescindirá de esta información cuando la menor alegue fundadamente que esto le provocará un conflicto grave, manifestado en el peligro cierto de violencia intrafamiliar, amenazas, coacciones, malos tratos, o se produzca una situación de desarraigo o desamparo.

Artículo 14. Interrupción del embarazo a petición de la mujer.

- a) Que se haya informado a la mujer embarazada sobre los derechos, prestaciones y ayudas públicas de apoyo a la maternidad, en los términos que se establecen en los apartados 2 y 4 del artículo 17 de esta Ley.
- b) Que haya transcurrido un plazo de al menos tres días, desde la información mencionada en el párrafo anterior y la realización de la intervención.

Artículo 15. Interrupción por causas médicas.

Artículo 16. Comité clínico.

1. El comité clínico al que se refiere el artículo anterior estará formado por un equipo pluridisciplinar integrado por dos médicos especialistas en ginecología y obstetricia o expertos en diagnóstico prenatal y un pediatra. La mujer podrá elegir uno de estos especialistas.
2. Confirmado el diagnóstico por el comité, la mujer decidirá sobre la intervención.
3. En cada Comunidad Autónoma habrá, al menos, un comité clínico en un centro de la red sanitaria pública. Los miembros, titulares y suplentes, designados por las autoridades sanitarias competentes, lo serán por un plazo no inferior a un año. La designación deberá hacerse pública en los diarios oficiales de las respectivas Comunidades Autónomas.
4. Las especificidades del funcionamiento del Comité clínico se determinarán reglamentariamente.

Artículo 17. Información previa al consentimiento de la interrupción voluntaria del embarazo.

1. Todas las mujeres que manifiesten su intención de someterse a una interrupción voluntaria del embarazo recibirán información sobre los distintos métodos de

interrupción del embarazo, las condiciones para la interrupción previstas en esta Ley, los centros públicos y acreditados a los que se pueda dirigir y los trámites para acceder a la prestación, así como las condiciones para su cobertura por el servicio público de salud correspondiente.

2. En los casos en que las mujeres opten por la interrupción del embarazo en el artículo 14 recibirán, además, un sobre cerrado que contendrá la siguiente información:

- a) Las ayudas públicas disponibles para las mujeres embarazadas y la cobertura sanitaria durante el embarazo y el parto.
- b) Los derechos laborales vinculados al embarazo y a la maternidad; las prestaciones y ayudas públicas para el cuidado y atención de los hijos e hijas; los beneficios fiscales y demás información relevante sobre incentivos y ayudas al nacimiento.
- c) Datos sobre los centros disponibles para recibir información adecuada sobre anticoncepción y sexo seguro.
- d) Datos sobre los centros en los que la mujer pueda recibir voluntariamente asesoramiento antes y después de la interrupción del embarazo.

Esta información deberá ser entregada en cualquier centro sanitario público o bien en los centros acreditados para la interrupción voluntaria del embarazo. Junto con la información en sobre cerrado se entregará a la mujer un documento acreditativo de la fecha de la entrega, a los efectos de lo establecido en el artículo 14 de esta Ley.

La elaboración, contenidos y formato de esta información será determinada reglamentariamente por el Gobierno.

3. En el supuesto de interrupción del embarazo previsto en la letra b del artículo 15 de esta Ley, la mujer recibirá además de la información prevista en el apartado primero de este artículo, información por escrito sobre los derechos, prestaciones y ayudas públicas existentes de apoyo a la autonomía de las personas con alguna discapacidad, así como la red de organizaciones sociales de asistencia social a estas personas.

4. En todos los supuestos, y con carácter previo a la prestación del consentimiento, se habrá de informar a la mujer en los términos de los artículos 4 y 10 de la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, y específicamente sobre las consecuencias médicas, psicológicas y sociales de la prosecución del embarazo o de la interrupción del mismo.

5. La información prevista en este artículo será clara, objetiva y comprensible. En el caso de las personas con discapacidad, se proporcionará en formatos y medios accesibles, adecuados a sus necesidades.

Se comunicará, en la documentación entregada, que dicha información podrá ser ofrecida, además, verbalmente, si la mujer lo solicita.

En el marco de una investigación en Chile, se consultó tanto al personal de SERNAM como al del sector salud sobre el derecho de las mujeres de optar por un aborto en casos de violación con resultado de embarazo. Al poner en relación la gestación producto de un hecho violento y la capacidad de decisión de las mujeres sobre continuarlo o no, aparecen como mucha fuerza la amplia gama de percepciones y mitos sobre el significado de ser mujer y el lugar de la maternidad como sentido primario de su existencia e identidad. Están quienes opinan que se trata de un hecho torturante y que la legislación debería posibilitar la interrupción de ese embarazo no deseado. También están quienes defienden la inocencia de ese ser y abogan por su derecho a la vida. Para varios y varias de los/las entrevistados/as cualquiera de las alternativas resulta en un trauma permanente para las mujeres: el aborto deja una marca indeleble, resarcible porque ninguna madre se perdona regalar o abandonar a un hijo/a. Desde esta visión, la mejor opción es apelar al desarrollo del instinto materno que tienen todas las mujeres.

En contraposición un documento de posición del Grupo Médico por el Derecho a Decidir –Colombia. El cual es una red de médicos/as de distintas especialidades, que luchan por el acceso oportuno e integral de las mujeres a los servicios de salud sexual y reproductiva, con base en el respeto a la autonomía de sus decisiones.

Este estudio resume la evidencia sobre el impacto del embarazo no deseado sobre la salud mental de la mujer, el impacto de la continuación forzada del embarazo sobre la salud, sus experiencias en la práctica clínica y por último consecuencias mentales de la interrupción voluntaria del embarazo.

En general, las mujeres que durante el control prenatal refieren no desear el embarazo no deseado tienen, en promedio, el doble de riesgo de desarrollar síntomas depresivos o de ansiedad, o de tener mayores niveles de estrés (véase anexo V).

En este estudio se tienen en cuenta variables como: bajo nivel socioeconómico, la ausencia de pareja, el bajo nivel educativo, el abuso de drogas y la presencia de violencia.

Mediante el análisis de resultados de varios estudios se demuestra que el embarazo no deseado, no solo puede afectar de manera inmediata y tardía la salud mental de la mujer, exponiéndola a depresión, ansiedad e infelicidad, sino que, además, la continuación forzada de los embarazos no deseados empeora estos riesgos que debe asumir la mujer para su salud. De esta forma, la negación del aborto a estas mujeres, a pesar de que su salud ya está en riesgo, pone aún en mayor riesgo su salud.

Estos médicos desde su práctica clínica alegan que la continuación forzada del embarazo a una mujer que no se siente emocional ni socialmente preparada para esta responsabilidad, se convierte en una tortura psicológica.

La conclusión general de la revisión sistemática es que interrumpir un embarazo no deseado en el primer trimestre no tiene más riesgo para la salud mental que la continuación del embarazo.

El aborto puede generar alivio del estrés asociado con embarazo no deseado. Sin embargo, en algunos casos en que a la decisión de abortar se añade estigma social o religioso, o en los que la mujer se ve obligada a mantener en secreto su decisión o no cuenta con una red de apoyo, esto puede generar estrés adicional que no depende directamente del aborto sino de las situaciones desfavorables que lo puedan acompañar (7).

Un estudio realizado en España sobre la I.V.E. por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en el 2012 recoge datos definitivos correspondientes al año 2010. Estos datos han sido recogidos por algunos centros privados Nacionales.

Datos como, en un total de 113.031 interrupciones voluntarias del embarazo 10 de ellas fueron como motivo de una violación, teniendo en cuenta la distribución porcentual, el año en el que hubo más abortos por violación fue en el 2001 con una cifra de 0.09

mientras que los siguientes años alternan cifras como: 0.03, 0.02 y 0.01. De estas 10 interrupciones se produjeron 2 en mujeres menores de 15 años, 2 en mujeres entre 15-19 años, 1 en mujeres entre 20-24, 1 en mujeres entre 25-29 años, 1 en 30-34 y las 2 restantes en mujeres entre 40-44 años.

Teniendo en cuenta el número según provincia de residencia y motivo de interrupción (violación), del 1 de enero al 4 de julio del 2010 (Ley Orgánica 9/1985), el total de interrupciones voluntarias de embarazos fueron 10. En Andalucía se registraron 2, que sucedieron en la ciudad de Málaga (corresponde 1 I.V.E. en la edades comprendidas entre 20 y 24 años y otra I.V.E. entre 40 y 44 años). En la Comunidad Valenciana se registraron 6, de las cuales 3 se produjeron en Alicante y las otras tres en Valencia. En la Comunidad Foral de Navarra 1 I.V.E y en el País Vasco 1 en la ciudad de Vizcaya.

I.V.E. Número según nivel de instrucción y motivo de la interrupción (violación). 2010. Total Nacional.

El total de interrupciones por violación son 10, de las cuales 2 se produjeron en el nivel de instrucción sin primer grado, 4 en el segundo grado (3 en el primer ciclo y 1 en el segundo ciclo), 2 en el tercer grado que coincide con la escuela y las 2 restantes no consta.

I.V.E. Número según tipo de centro y motivo de interrupción (violación).

Se registraron un total de 2 interrupciones por violación que fueron realizadas en un centro extrahospitalario privado.

En mujeres menores de 20 años recogidas como colectivo especial hubo en 2010 cuatro interrupciones por violación (8).

Por otro lado, teniendo en cuenta los datos recogidos desde el año 2001 hasta de 04-07-2010 en el INE, muestra la siguiente tabla:

Abortos voluntarios realizados por motivo de violación (9).

Unidad: porcentaje.

2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2012
0.09	0.03	0.02	0.02	0.01	0.01	0.01	0.02	0.02	0.01

Fuente: I.N.E

Un estudio descriptivo de la revista HealthMED, con una muestra de 43 mujeres de 19-44 años que llevaron a cabo legalmente aborto permitido entre enero de 2000 y junio de 2007. Con el objetivo de conocer razones de las mujeres a realizar el aborto cuando el embarazo era resultado de una violación. El estudio se realiza en Brasil, en donde la violencia es considerada un fenómeno universal de alta prevalencia. Indican una incidencia de 15.9 casos por 100000 habitantes. Ha sido estimado que el 10% de las mujeres brasileñas en edad reproductiva han sido forzadas, al menos una vez en su vida.

Los resultados del estudio fueron los siguientes: la violencia sexual cometida por extraños (65,1%), a través de la amenaza (46,5%) y durante las actividades diarias (83,7%). La policía fue la principal fuente de información sobre el aborto (44,2%). La decisión de interrumpir el embarazo se hizo sólo en un 41,9% de las mujeres, entre las razones para el aborto, el rechazo del embarazo fue de un 88,4% de los encuestados; relación con la violencia en el 86,0%, la violación del derecho a decidir sobre la maternidad en el 75,6%, el miedo del efecto social y familiar negativo para el futuro del niño en el 44,2%, y el temor a daños psicológicos en el 18,6%. Alivio después de que el aborto se ha producido en 74,4% y ningún caso de arrepentimiento.

La toma de decisiones sobre el aborto tenía estrechos vínculos con la violencia sexual y la expectativa de daño social o psicológico al feto (10).

Hemos escogido este tema porque pensamos que estas mujeres necesitan un cuidado sanitario y social. Creemos que no está contemplado con la importancia que merece. Nos importa este problema como ciudadanos y como mujeres. La expresión de poder y control sobre el cuerpo sexuado y la sexualidad de las mujeres, debería de estar ya erradicado en una sociedad civilizada.

3. OBJETIVOS.

General: Conocer las características de las mujeres con embarazo no deseado por violación que optan a la IVE.

Específicos:

- Definir conceptualización e historia de la violación.
- Enumerar factores de riesgo, consecuencias y la actuación sanitaria ante una agresión sexual.

- Descubrir planes de cuidados estandarizados y el protocolo de actuación del Hospital Torrecárdenas ante una agresión sexual.
- Mostrar prevalencia de víctimas y embarazos de violación y de la I.V.E.
- Detallar la ley del B.O.E (Boletín oficial del Estado) sobre la I.V.E.
- Conocer el impacto de la continuación del embarazo no deseado sobre la salud mental de la mujer.
- Conocer las razones por las cuales las mujeres deciden abortar.
- Proponer un Plan de Cuidados Estandarizado.

4. METODOLOGÍA.

Se ha realizado una revisión sistemática con el objetivo de conocer la prevalencia, conceptos, protocolos y leyes del embarazo no deseado producido por una violación y de la I.V.E (Interrupción Voluntaria del Embarazo) bajo el supuesto de violación.

Las bases de datos consultadas han sido Medline a través de Pubmed, CSIC, Dialnet y Scopus.

Después de conocer lo anteriormente mencionado y teniendo en cuenta las distintas situaciones, se procederá a la propuesta de un plan de cuidados de una mujer que ha quedado embarazada por una violación y que toma la decisión de abortar. Dicho proceso constará de una Valoración, realizada a través de los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon bajo la premisa de las posibles consecuencias que un END por violación y cuya opción última es la IVE puede tener en una mujer, a partir de dicha valoración se formularán unos diagnósticos de enfermería, objetivos e intervenciones utilizando la nomenclatura Enfermera NANDA, NIC, NOC.

5. DESARROLLO.

PROPUESTA PLAN DE CUIDADOS

VALORACIÓN.

Patrón 1: Percepción-Manejo de salud.

No suelen tener problemas de hidratación, coloración de piel y mucosas. Pueden percibir de forma negativa su salud y ser consciente del esfuerzo diario que supone afrontar su problema. Pueden tener remordimientos. Sentirse con poca energía, o con una gran impotencia que le puede generar diferentes problemas de salud. Intervención de legrado por embarazo no deseado tras abuso sexual.

Patrón 2: Nutricional-Metabólico.

Puede presentar inapetencia. Debido al conjunto de la problemática.

Patrón 3: Eliminación.

No necesariamente va a estar alterado.

Patrón 4: Actividad/ejercicio.

Alterado por intervención quirúrgica (legrado).

Patrón 5: Sueño- Descanso.

Puede presentar dificultad para conciliar el sueño, despertares frecuentes por la noche. O por cansancio y fatiga. Puede requerir ayudas farmacológicas.

Patrón 6: Cognitivo-Perceptivo.

Pueden presentar problemas del estado de ánimo, conductas de intranquilidad. O dolor y sangrado debido al legrado.

Patrón 7: Autopercepción- Autoconcepto.

Puede expresar sentimientos desesperanza, confusión, culpa e inutilidad.

Patrón 8: Rol-Relaciones.

Puede evitar relaciones interpersonales para evitar exponer su problema o que le puedan preguntar acerca de su estado.

Patrón 9: Sexualidad y Reproducción.

Se puede ver afectado al establecer nuevas relaciones (dispareunia, vaginismo o falta de deseo).

Patrón 10: Adaptación Tolerancia al estrés.

Puede mostrar inquietud, nerviosismo, y escaso contacto ocular y nodisponer de herramientas para controlar el estrés.

Patrón 11: Valores y creencias.

Conflictos morales y sentimientos de culpa.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA.

DxE. 00142 Síndrome del trauma post-violación r/c violación m/p depresión y trastornos del sueño.

NOC:

- Capacidad personal de recuperación (1309)

Indicadores:

130902. Utiliza estrategias de afrontamiento efectivo.

130903. Expresa emociones.

- Recuperación tras el abuso: emocional (2502).

Indicadores:

250201. Depresión.

250202. Autoconfianza.

- Recuperación tras el abuso: sexual (2505).

Indicadores:

250501. Verbalización de los detalles del abuso.

250502. Reconocimiento del derecho a revelar la situación abusiva.

NIC:

- Apoyo emocional (5270).

Actividades:

Comentar la experiencia emocional con la mujer.

Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados.

Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias.

Comentar las consecuencias de profundizar en los sentimientos de culpa o vergüenza.

Proporcionar ayuda en la toma de decisiones.

- Tratamiento del trauma de la violación (6300).

Actividades:

Ofrecer una persona de apoyo para acompañar a la mujer.

Explicar los procedimientos legales disponibles.

Explicar el protocolo de actuación tras una violación y obtener el consentimiento para actuar de acuerdo con ella.

Registrar el estado mental, físico, historial del incidente, pruebas de violencia e historial ginecológico anterior.

DxE: 00146 Ansiedad r/c violación e IVE m/p miedo, angustia y dificultad para conciliar el sueño.

NOC:

- Control de la ansiedad (1402)

Indicadores:

140206 Utiliza estrategias de superación efectivas.

140207 Utiliza técnicas de relajación para disminuir la ansiedad.

NIC:

- Disminución de la ansiedad (5820)

Actividades:

Establecer claramente las expectativas del comportamiento del paciente.

Establecer actividades recreativas encaminadas a la reducción de tensiones.

Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad.

Controlar los estímulos, si procede, de las necesidades del paciente.

Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados.

Ayudar al paciente a realizar una descripción realista del suceso que se avecina.

Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación.

- 1850 Fomentar el sueño.

Actividades:

Determinar el esquema de sueño/vigilia del paciente.

Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura, colchón y cama) para favorecer el sueño.

Ayudar a eliminar las situaciones estresantes antes de irse a la cama.

Enseñar al paciente a realizar una relajación muscular autogénica u otras formas no farmacológicas de inducción del sueño.

Ajustar el programa de administración de medicamentos para apoyar el ciclo de sueño/ vigilia del paciente.

DxE: 00120 Baja autoestima situacional r/c cambio en el rol social m/p conducta no asertiva e impotencia.

NOC:

- Autoestima (1205)

Indicadores:

120519 Sentimientos sobre su propia persona.

NIC:

- Potenciación de la autoestima (5400)

Actividades:

Animar al paciente a identificar sus virtudes.

Fomentar el contacto visual al comunicarse con otras personas.

Ayudar a establecer objetivos realistas para conseguir una autoestima más alta.

Ayudar al paciente a aceptar la dependencia de otros.

Realizar afirmaciones positivas sobre el paciente.

- Aumentar el afrontamiento (5230)

Valorar y discutir las respuestas alternativas a la situación.

Utilizar un enfoque sereno, de reafirmación.

Disponer un ambiente de aceptación.

Alentar una actitud de esperanza realista como forma de manejar los sentimientos de impotencia.

Fomentar las actividades sociales y comunitarias.

DxE: 00126 Conocimientos deficientes sobre los cuidados domiciliarios r/c mala interpretación de la información m/p problemas para concentrarse.

NOC:

- Conocimiento: régimen terapéutico (1813)

Indicadores:

181302 Descripción de las responsabilidades de los propios cuidados para el tratamiento actual.

181303 Descripción de las responsabilidades de los propios cuidados para las situaciones de emergencia.

NIC:

- Educación sanitaria (5510).

Actividades:

Reposo relativo durante 2-3 días.

Desaconsejar el uso de tampones durante 4-6 semanas, la hemorragia puede durar 2-3 días.

Acudir al Centro sanitario en caso de fiebre, hemorragia excesiva, dolor abdominal, olor intenso, drenaje vaginal excesivo.

PROBLEMA COLABORATIVO.

Depresión, derivar a especialista.

6. DISCUSIÓN.

El embarazo no deseado por violación es un tema poco estudiado en España. En otros países hay más documentación científica sobre este tema pero en España sólo hay algunos datos sobre abortos producidos por violación. En cambio no se encuentran planes de cuidados estandarizados en general, lo único existente es el protocolo de actuación ante una agresión Sexual (ver anexo I).

Teniendo en cuenta las espeluznantes cifras de víctimas que se producen, consideramos un tema lo suficientemente importante para que las instituciones sociales y políticas, a nivel nacional y mundial, se impliquen en el tema. Es necesaria establecer una educación con implicaciones en la igualdad y género para trabajar de forma preventiva y que no sucedan estos casos o al menos minimizarlos.

La valoración y plan de cuidados estandarizados realizados en este trabajo surge de la necesidad de que no hay nada al respecto, al menos en las bases de datos consultadas. No existen publicaciones que muestren las características de las mujeres que sufren esta problemática o que consecuencias les ocasiona al tomar la decisión de abortar tan importante en sus vidas futuras. Es necesaria la investigación en mujeres que se someten a una interrupción del embarazo por motivo de violación en las que se muestre

apoyo familiar e institucional, además de la continuidad de cuidados y cuáles serían estos.

También sería necesaria la estandarización de cuidados enfermeros en relación a lo anterior, utilizando la nomenclatura Enfermera NANDA, NIC, NOC. Aunque habría que ajustar esta normativa a las características de la enfermería española. Ya que no siempre la taxonomía se ajusta a las necesidades de enfermería de nuestro país.

Los objetivos planteados en este trabajo se cumplen en su mayoría, aunque ha sido imposible dar respuesta al objetivo de conocer los planes de cuidados estandarizados. No existen en los protocolos la figura de la Enfermera y cuál sería su papel en cada uno de los casos, por lo que pensamos que, o bien no se tiene en cuenta esta figura, o bien no es necesaria. Cosa con la que estamos totalmente en desacuerdo.

7. CONCLUSIONES.

Es necesaria la investigación, la intervención de instituciones, la educación sanitaria y las implicaciones políticas.

Existe un déficit de planes de cuidados en la problemática, de seguimiento de la mujer y redes sociales de apoyo real.

Reclamamos la intervención Enfermera para con estas pacientes.

Las competencias de este trabajo se han cumplido así como los objetivos planteados en el mismo.

8. BIBLIOGRAFÍA.

1. Rodríguez Ortiz V. Mujeres forzadas. El delito de violación en el Derecho Castellano (Siglos XVI-XVIII). Almería: Universidad de Almería. Servicio de Publicaciones; 2003.
2. Barroso Villa A. Guía-Manual para las mujeres víctimas de la violencia. Extremadura: Instituto de la Mujer de Extremadura.
3. Sevilla Miguélez L. Enfermería en la Salud de la Mujer. Las agresiones sexuales [videocinta]. Universidad de Cantabria.
4. Laura A. Pedrosa Islas. Atención Médica a Personas Violadas. Guadalajara: Centro Nacional de Equidad de Género y Salud reproductiva. Secretaria de Salud; 2004.
5. Oxfam International. Violencia Sexual en contra de las Mujeres en el Contexto Del Conflicto Armado Colombiano (NGO) [Internet]. OXFAM: OXFAM; 2010 [actualiza en el 2010; acceso en el 2013]. Disponible en: <http://www.intermonoxfam.org/ca/node/2536>
6. Zinzow HM, Resnick HS, Barr SC, Danielson CK, Kilpatrick DG. Receipt of post-rape medical care in a national sample of female victims. Am J Prev Med 2012;43 (2):183-187.
7. Efrain Noguera, Ximena Cortés Castillo, Laura Gil. Embarazo no deseado, continuación forzada del embarazo y afectación de la salud mental. Grupo Médico por el Derecho a Decidir editor; 2011.
8. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Interrupción Voluntaria del Embarazo. Datos definitivos correspondientes al año 2010. Sanidad 2012 editor; 2010-2012.
9. Instituto Nacional de Estadística. Abortos voluntarios realizados por motivo de la interrupción y periodo [Internet]. INE: INE; 2010- [actualizada en el 2010; acceso en el 2013]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do>
10. Drezett J, Pedroso D, Vertamatti MA, Macedo Jr. H, de Toledo Blake M, Gebrim LH, et al. Pregnancy resulting from sexual abuse: Reasons alleged by Brazilian women for carrying out the abortion - pregnancy and violence. HealthMED 2012;6(3):819-825.
11. Maira Vargas G, Santana Nazarit P, Molina Sáez S. Violencia sexual y aborto. Conexiones Necesarias [Internet]. Red Chilena contra la Violencia doméstica y Sexual; 2008-[actualizada el 2008; acceso 2013]. Disponible en: <http://www.nomasviolenciacontramujeres.cl/>

9. ANEXOS.

Anexo I

- PLAN DE ACTUACION ANTE AGRESIONES SEXUALES

Las pautas de actuación ante agresiones sexuales tienen determinadas particularidades que justifican sean descritas en un apartado independiente y en su mayoría serán tratadas en el servicio de urgencias hospitalario.

Es necesario priorizar la atención desde el servicio de admisión, comunicándolo de inmediato a la consulta de ginecología de urgencias que también priorizará la atención.

En la consulta se proporcionará un trato comprensivo hacia la mujer, facilitando un ambiente que favorezca la comunicación, la confidencialidad así como la mayor intimidad posible. Si la víctima lo desea puede estar presente alguien de su confianza. No deben realizarse preguntas comprometidas, debiendo recoger los datos que la mujer quiera dar.

Es preciso informar a la mujer de todas las exploraciones que se le van a hacer y la finalidad de las mismas, comentando en todo momento lo que se está haciendo y recabando el consentimiento cuando sea necesario

En esta cuestión resulta evidente que deben reducirse al menor número posible los impactos psíquicos que pueda sufrir la mujer tras la agresión. Por eso no sólo está justificado, sino que es recomendable, que la evaluación ginecológica y la del médico /a forense se realicen en un solo acto, con independencia entre las actuaciones sanitarias y las periciales, pero procurando que no se precisen nuevos reconocimientos. Por ello, y por no existir impedimento legal ni ético, más bien al contrario, para que los reconocimientos en casos de agresiones sexuales se realicen de manera simultánea y coordinada, es necesaria la comunicación inmediata a través del teléfono con el Juzgado de Guardia, que acordará la asistencia del médico forense o encomendará al médico de guardia la recogida de muestras de interés legal*.

A continuación se reflejan las actuaciones generales dependientes de cada profesional en estos casos:

Actuaciones desde la medicina clínica:

- Realizar la anamnesis y el examen clínico
- Solicitar la actuación de la medicina forense, a través del juzgado de guardia, y colaborar en su trabajo
- Toma de muestras del aparato genital para infecciones de transmisión sexual
- Petición de analítica sanguínea.
- Tratamiento inmediato de las posibles lesiones físicas

- Tratamiento de las infecciones de transmisión sexual
- Profilaxis del embarazo.
- Emitir parte al juzgado de guardia para la comunicación de asistencia sanitaria por lesiones

* Para proceder penalmente por los delitos de agresiones sexuales será precisa la denuncia de la persona agraviada, de su representante legal o querrela del Ministerio Fiscal (cuando la víctima sea menor de edad, incapaz o una persona desvalida, bastará la denuncia del Ministerio Fiscal). Aunque la mujer manifieste su deseo de no presentar denuncia en ese momento, deben comunicarse los hechos al Juzgado de Guardia, a fin de que pueda incoar el oportuno procedimiento judicial en el que disponer de medidas de investigación y aseguramiento necesarias por si el resto de los legitimados, o la propia mujer en el futuro, quisieran ejercer la acción penal.

Actuaciones desde la medicina forense:

- Toma de muestras de interés legal
- Señalar la localización e importancia de las lesiones (fotografiar lesiones)
- Realización del Informe Médico Forense para el Juzgado.

- PLAN DE ACTUACION PARA LAS MUJERES QUE SUFREN AGRESIONES SEXUALES.

- Tratamiento en la consulta:
 - Tratamiento integral e interdisciplinar (cuando sea posible).
 - Tratamiento de los problemas físicos, psíquicos y sociales encontrados.
- Exploración general y ginecológica (Tabla 1). Utilizar el Kit de exploraciones para agresiones sexuales de nuestro hospital.
- Analítica. (Tabla 2).
- Registrar en historia clínica mediante el código CIE 9-MC: 995.83 y actuación realizada. (Tabla 3)
- Atención y seguimiento (Tabla 4)
- Información y derivación (Tabla 5)
- Recomendaciones (Tabla 6)
- Notificación al Juzgado (Tabla 7)

(Tabla 1)

EXPLORACIÓN GENERAL Y GINECOLÓGICA

- Examen de la superficie corporal:

- Detallar localización e importancia de lesiones (heridas, contusiones, erosiones, laceraciones), consignando en su caso la no existencia de las mismas. En caso de haberlas es conveniente la realización de fotografías, previo consentimiento de la mujer.

- Muestras de interés legal:

- Tomar muestras de semen, sangre u otros fluidos en superficie corporal, mediante hisopo estéril ligeramente humedecido con agua destilada, colocando las muestras en tubo para sellar, rotular y mantenerlo refrigerado (4-8 °C).

- Exploración ginecológica:

- Inspección vulvo-vaginal: detallar heridas, hematomas, contusiones, consignando en su caso la no existencia de las mismas. En los casos de agresiones sexuales en mujeres que no han tenido previamente relaciones, resulta de interés hacer constar la posible existencia y localización de los desgarros himeneales, que ponen de manifiesto la existencia de penetración.

- Tacto bimanual: para determinar tamaño, forma, consistencia y movilidad uterina, así como la posible existencia de masas o dolor anexial. Eventualmente puede precisarse una ecografía.

- Muestras de interés legal:

- Tomas vaginales (o anal o bucal) con hisopos secos y estériles para investigación de esperma. Se guardarán en sus fundas sin incluirlos en ningún conservante, se mantendrán refrigerado (4-8 °C), y se rotularán. Se recomienda hacer la toma con, al menos dos hisopos.

- Lavado vaginal (o anal o bucal) con 10cc de suero fisiológico estéril para la recogida de posibles restos de semen. El lavado se recogerá en un tubo estéril apropiado que pueda cerrarse herméticamente y se rotulará. Se mantendrá refrigerado (4-8 °C). El lavado vaginal será posterior a la toma de muestras para el cribado de infecciones de transmisión sexual.

- Ropas de la paciente relacionadas con la supuesta agresión, colocando cada prenda en bolsa independiente y rotulada.

- Tomas de hisopo humedecidas en suero fisiológico en los casos de agresión anal ú oral, de las correspondientes cavidades colocando en tubo el hisopo, para sellar y rotular.

- Recortes de limpieza de uñas (posible piel del agresor).

- Peinado púbico de la mujer agredida (posible vello del agresor).

- La rotulación de las muestras se hará con nombre de la paciente, fecha y firma del profesional.

Las distintas muestras se introducirán en sobre con nombre de la mujer dirigido a medicina forense del Juzgado de Guardia.

PROTOCOLO COMÚN PARA LA ACTUACIÓN SANITARIA ANTE LA VIOLENCIA DE GÉNERO (Pág. 45)

(Tabla 2)

ANALÍTICA

- Determinar grupo sanguíneo y Rh de la paciente
- Prueba de tóxicos
- Prueba de embarazo
- Infecciones de transmisión sexual:
 - Cultivo despistage gonorrea y Clamidias: inicial y a los 7 días.
 - Sífilis: inicial y a las seis semanas.
 - VIH: inicial, a las seis semanas, y a los 3 y 6 meses.
 - Hepatitis B: inicial y a las seis semanas.
- Frotis citológico, útil asimismo para monilias y tricomonas

(Tabla 3)

REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA

- Puede servir como prueba importante en el proceso judicial.
- Transcribir los hechos referidos por la paciente en relación con la agresión (fecha, lugar, hora, tipo de agresión sexual) y los actos realizados después de la agresión y antes de la exploración (aseo personal, toma de alimentos o medicación, etc.).
- Antecedentes de enfermedades, intervenciones, medicaciones, consumo asociado de alcohol y otras drogas, etc.
- Antecedentes de violencia, si los hubiera.
- Historia ginecológica: menarquia, ciclo menstrual, fecha de última regla, método anticonceptivo, última relación sexual.

PROTOCOLO COMÚN PARA LA ACTUACIÓN SANITARIA ANTE LA VIOLENCIA DE GÉNERO (Pág. 46 y 45)

(Tabla 4)

ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO

- Tratamiento de las lesiones físicas y secuelas psicológicas:

- Traumatismos físicos: tratar las heridas y efectuar prevención de infección de las mismas y, si precisa, hacer profilaxis del tétanos.
- Traumatismos psicológicos: en general es derivar con carácter preferente o urgente a la mujer a una consulta de psiquiatría o psicología. En general, las mujeres que han sufrido una agresión sexual tienen sentimientos de ansiedad, culpa, humillación, vergüenza, que requieren ayuda.

- Prevención de infecciones de transmisión sexual:

Debe utilizarse tratamiento preventivo para la gonococia, clamidia y sífilis en posible incubación.

- La necesidad de profilaxis contra el VIH: El riesgo de transmisión del VIH puede ser elevado si el agresor es VIH+, padece otras infecciones de transmisión sexual y hubo eyaculación. Considerar la profilaxis siguiendo las recomendaciones sobre profilaxis postexposición no ocupacional.
- La necesidad de profilaxis frente al virus de la Hepatitis B se valorará individualmente.

- Profilaxis del embarazo:

- En el caso en que la mujer esté utilizando un método anticonceptivo efectivo no será necesaria la profilaxis.
- Contracepción postcoital hormonal, si han transcurrido menos de 72 h. desde la agresión.
- Si han transcurrido entre 72 h. y menos de 5 días de la agresión el procedimiento anterior no se considera eficaz y se debe proceder a la colocación de un DIU.
- Confirmar la próxima regla o realizar una prueba de embarazo a las 2-3 semanas.
- Informar a la mujer que en el caso de embarazo puede optar a su interrupción según los supuestos legales.

(Tabla 5)

INFORMACIÓN Y DERIVACIÓN

- Informar a la mujer sobre:

- La agresión sexual es un delito y la mujer tiene derecho a denunciarlo.
- Analizar con ella las repercusiones en salud física y emocional.
- Ofertarle el apoyo de la Unidad de Trabajo Social del hospital*:
 - Consentimiento de derivación a la Unidad de Trabajo Social.
 - Tarjeta de horario y teléfonos de la unidad de Trabajo Social.

- Derivación:

- En el Informe de alta: debe de constar la necesidad de acudir a Atención Primaria para su seguimiento y completar las actuaciones que sean precisas.
- Se le gestionará cita preferente o urgente en el distrito de salud mental correspondiente y las demás citas que sean prescritas a través de Admisión de Urgencias (DIRAYA)
- Se le gestionará cita en la consulta de ginecología para seguimiento en el plazo de 6 a 10 días, también a través de admisión de urgencias (DIRAYA).
- Derivación a trabajo social a través de la hoja de consentimiento de derivación a trabajo social.

(Tabla 6)

RECOMENDACIONES

- No mantener relaciones sexuales hasta siguiente valoración
- Seguimiento adecuado a todo el proceso de atención integral a su salud

Tabla 7. NOTIFICACIÓN AL JUZGADO

- Emitir parte al juzgado de guardia** para la comunicación de asistencia sanitaria por lesiones***. El parte judicial que se debe utilizar es el modelo 001788/A01 (Decreto 3/2011, de 11 de Enero) que será remitido al Juzgado de guardia por el Servicio de admisión****.

Se le entregará la primera copia a la mujer lesionada o en su defecto a un familiar o persona de su confianza designada por ella; si el acto de entrega comprometiera su seguridad, se archivara en la historia clínica hasta que ésta lo solicite.

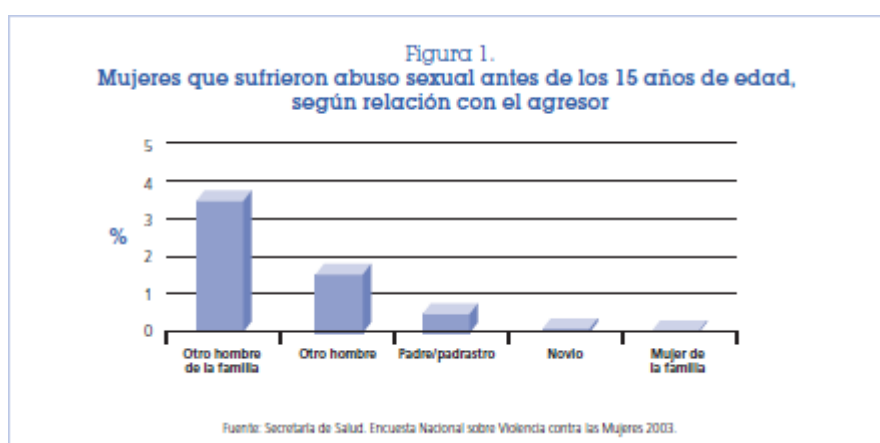
* El/la Trabajadora Social contactará telefónicamente con la mujer para concretar una cita en la consulta o informarla telefónicamente. En la consulta de Trabajo Social se tratará de plantear y favorecer la toma de decisiones para iniciar cambios en la situación. Acompañar a la mujer en el afrontamiento de la situación. Prevenir nuevas situaciones de violencia. Tutorizar en la derivación a recursos especializados de los Centros de atención a la mujer, a la trabajadora social de Atención primaria y/o servicios sociales comunitarios, siempre que la mujer lo autorice.

** Documento de obligado cumplimiento tras la asistencia sanitaria inicial, por el cual se pone en conocimiento del juzgado de guardia la existencia de lesiones en una persona ,la acción causante de las mismas, pronóstico, y en su caso, otros datos relacionados con los hechos que motivan la asistencia sanitaria.(decreto 3/2011 de 11 de Enero)

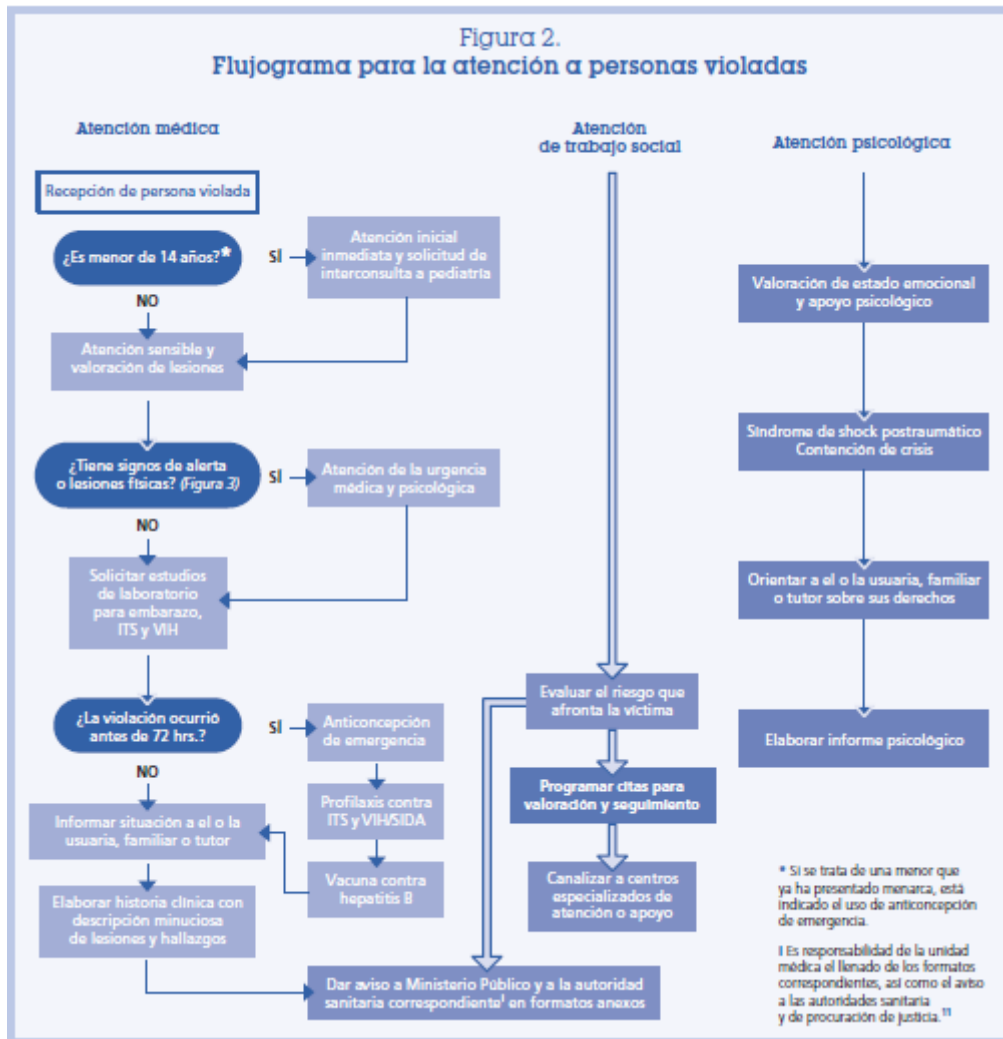
*** Se entiende por lesiones"todo daño o detrimento de la integridad física o mental de una persona causado por cualquier medio o procedimiento que pueda motivar una posible causa judicial, bien porque la persona lesionada lo declare o porque haya signos o síntomas claros para sospecharlo). (Decreto 3/2011 de 11 de Enero)

****"Según el decreto3/2011 de 11 de Enero"en aquellos casos, cuya causa presumible sea violencia de género, maltrato o agresiones a personas, el parte al juzgado deberá comunicarse inmediatamente tras la asistencia sanitaria inicial, por cualquier medio que garantice la protección de los datos".

Anexo II.



Anexo III.



Anexo IV.

Table 1. Results of univariate and multivariate logistic regression analyses of factors associated with receipt of post-rape medical attention (N=445)

Variable	No attention (%)	Medical attention (%)	OR (95% CI)	Final model OR (95% CI)
Income (\$)				
>60,000	30	19	1.00 (—)	—
20,000–60,000	44	45	1.62 (0.82, 3.17)	—
<20,000	26	36	2.11 (1.03, 4.29)	—
Married	50	38	0.62 (0.38, 1.03)	—
Age at survey (years, M [SD])	43.6 (15.8)	38.3 (13.2)	0.96 [□] (0.96, 0.99)	0.99 (0.96, 1.01)
Race				
White	79	62	0.43 ^{□□} (0.26, 0.73)	1.00 (—)
Black	12	30	3.05 ^{□□□} (1.70, 5.45)	3.21 [□] (1.43, 7.24)
Hispanic	5	7	1.41 (0.49, 4.03)	1.48 (0.41, 5.33)
Other	4	1	0.29 (0.04, 2.35)	0.26 (0.03, 2.48)
Fair/poor health	20	36	2.27 ^{□□} (1.33, 3.86)	1.36 (0.67, 2.76)
Multiple rape history	47	60	1.71 [□] (1.03, 2.82)	0.94 (0.48, 1.83)
Relationship to perpetrator				
Nonintimate acquaintance	51	45	0.81 (0.49, 1.33)	—
Intimate partner	31	28	0.86 (0.50, 1.49)	—
Stranger	11	23	2.49 ^{□□} (1.33, 4.66)	1.19 (0.51, 2.78)
Age at rape (years, M [SD])	22.2 (8.7)	21.2 (6.7)	0.98 (0.95, 1.02)	—
Peri-traumatic fear	49	71	2.69 ^{□□□} (1.56, 4.62)	0.71 (0.32, 1.57)
Injury	40	71	3.66 ^{□□□} (2.14, 6.26)	2.50 (1.19, 5.28)
Remembered well	68	68	0.98 (0.57, 1.66)	—
Acknowledgment				
Crime	25	11	4.90 (0.57, 41.88)	2.92 (0.32, 26.99)
Rape	61	88	15.50 [□] (2.01, 119.71)	4.97 (0.56, 43.93)
Drug- or alcohol-facilitated/incapacitated rape	29	28	0.91 (0.53, 1.58)	—
Forcible rape	84	95	3.22 (1.18, 8.75)	1.39 (0.35, 5.48)
Reported to police	9	46	8.35 ^{□□□} (4.70, 14.81)	5.15 ^{□□} (2.45, 10.81)
STD concerns	34	75	5.93 ^{□□□} (3.38, 10.41)	3.54 (1.47, 8.54)
HIV concerns	33	62	3.31 ^{□□□} (1.97, 5.55)	0.81 (0.36, 1.84)
Fear of family knowing	54	58	1.17 (0.71, 1.93)	—
Fear of others knowing	52	53	1.01 (0.62, 1.67)	—
Fear of blame	60	55	0.82 (0.50, 1.34)	—
Fear of pregnancy	42	69	3.07 ^{□□□} (1.81, 5.22)	2.01 (1.01, 4.01)

Note: Only variables that were significant at the univariate level were included in the final model. STD, sexually transmitted disease

□

$p < 0.05$,

□□

$p < 0.01$,

□□□

$p < 0.001$

Anexo V.

Resumen de estudios que demuestra asociación entre embarazo no deseado y afectación de la Salud Mental.

Autor/año	Descripción del estudio	Hallazgos
Eastwood 2011	Corte transversal 29405 mujeres, Australia	Mayor incidencia de síntomas depresivos en el postparto entre mujeres con embarazo no deseado
Bunevicius 2009	Cohorte 230 mujeres, Lituania	Mayor riesgo de depresión durante cada trimestre del embarazo entre mujeres con embarazo no deseado
Lau keung 2007	Corte transversal en 2178 mujeres, China	40% más incidencia de altos niveles de estrés psicológico y tres veces más incidencia de altos niveles de síntomas depresivos, entre quienes tenían un embarazo no deseado.
Rich-Edwards 2006	Cohorte 1662 mujeres, USA	Dos veces más riesgo de depresión postparto entre mujeres con embarazo no deseado en comparación con mujeres con embarazo deseado.
Iramfar 2005	Cohorte 163 mujeres, Irán	Dos veces más depresión postparto entre mujeres con embarazo no deseado en comparación con embarazo deseado.
Najman 1991	Cohorte de 6642 mujeres, Australia	Riesgo cinco veces mayor durante el embarazo y tres veces mayor durante el postparto, de sufrir de depresión entre las mujeres que no deseaban el embarazo y que, además, tuvieron una reacción negativa hacia él al principio del mismo.
Laukaran 1980	Cohorte de 8000 mujeres embarazadas, USA	Incidencia 2,6 veces mayor de problemas psicosociales en mujeres con embarazo no deseado y una actitud negativa frente al mismo.

