

Plan de cuidados en mujer inmigrante víctima de violencia de género

M^a Teresa Herrero de Frutos

Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Facultad de Medicina, Pabellón II, 3^a planta.
Universidad Complutense de Madrid. Avda Complutense s/n. Ciudad Universitaria. 28040 Madrid.
thfmoz@yahoo.es

Tutor

Francisco Javier Portero Ferrer

Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Facultad de Medicina, Pabellón II, 3^a planta.
Universidad Complutense de Madrid. Avda Complutense s/n. Ciudad Universitaria. 28040 Madrid.
fjporter@ucm.es

Resumen: la violencia de género se define como cualquier agresión, física, psicológica, sexual, inclusive amenazas de estos actos y la privación arbitraria de libertad hacia las mujeres, ocasionada por su pareja u otra anterior, produciendo daños físicos, psíquicos, y aislamiento social. Se genera por patrones culturales y conductuales en los que el sometimiento de la mujer es evidente. Afecta a un gran sector de la población, en especial manera a las mujeres inmigrantes, procedentes de culturas con fuertes estructuras machistas. Las causas son múltiples, complejas e interrelacionadas. El objetivo es la detección precoz y tratamiento adecuado. La valoración se realiza a través de los patrones funcionales de M. Gordon. En la elaboración del plan de cuidados personalizado se ha utilizado la Taxonomía II diagnóstica de la (NANDA). Se formularon y priorizaron los problemas de salud detectados, se establecieron unos resultados y para lograrlo se realizan unas actividades de enfermería, se ejecutan estas actuaciones y se evalúa el plan propuesto.

Palabras clave: Violencia de Género. Mujeres maltratadas–Cuidados. Taxonomía NANDA, Mujeres inmigrantes–Protección y asistencia.

Abstract: Domestic violence can be defined as any other type of physical, psychological or sexual aggression, there are even threats in these types of acts and an arbitrary loss of women's freedom caused by their partners or former partners, which produces physical, psychological and social damage. It is generated by behaviour and cultural patterns in which the submission of women is obvious. It affects to a big part of society, specially to immigrant women who come from strong machovist cultures. The causes are many, very complex and interrelated. The objective is the early detection and suitable treatment. She is evaluated following the functional patterns of M Gordon. In the making of the personalized care plan we have used Taxonomy II

diagnostic from NANDA. We set some results and to achieve them we carried out some nursing activities and the proposed plan was assessed.

Keywords: Domestic Violence. Immigrant women. NANDA, Taxonomy.

INTRODUCCIÓN

La violencia de género, se considera un problema complejo con repercusiones en la salud y no sólo una cuestión íntima de la pareja; afecta a mujeres en todas las sociedades⁽¹⁾ y en todos los sistemas políticos y económicos⁽²⁾. Constituyendo una violación de los derechos y libertades fundamentales⁽³⁾.

De todas las formas de violencia que padecen las mujeres, la más frecuente, impune, silenciada, invisible y, probablemente, la más destructiva, es la que proviene de una pareja actual o anterior⁽⁴⁾. Se genera por patrones culturales y conductuales en los que el sometimiento de la mujer es evidente⁽⁵⁾ y en los que se pone de manifiesto una sociedad patriarcal basada en la desigualdad⁽⁶⁾; el trato violento es la fórmula a la que recurren los hombres maltratadores para dominar a las mujeres y mantener sus privilegios⁽⁷⁾, produciendo terribles consecuencias para las víctimas y su entorno. A esto se denomina violencia estructural, que afecta en especial manera a las mujeres inmigrantes, procedentes de culturas con fuertes estructuras machistas⁽²⁾.

A efectos de esta violencia, las mujeres inmigrantes son un colectivo frágil, sujetas a maltrato y a una vulneración de sus derechos básicos en la esfera personal, laboral, educativa, sanitaria y sexual⁽⁸⁾. Son susceptibles de sufrir discriminación múltiple: por ser mujer, por ser inmigrantes⁽⁹⁾ y en ocasiones, por carecer de documentación⁽¹⁰⁾, a lo cual pueden añadirse otros motivos como la cultura, la religión o el idioma⁽¹¹⁾.

Las mujeres inmigrantes son un colectivo heterogéneo, que proceden de distintas sociedades. Se tiende a cometer el error de englobarlas en un grupo homogéneo⁽¹²⁾; sin embargo, cada cultura tiene sus propias tradiciones, costumbres y creencias⁽¹³⁾, razón por la que no puede existir una mirada única, sino diversificada y alejada de estereotipos⁽¹⁴⁾.

En la declaración de la ONU (20-12-93:1), sobre Eliminación de la violencia contra las Mujeres se define **la violencia de género** como “todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual, o psicológico para las mujeres, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se produce en la vida pública o privada”⁽²⁾.

Tipos de violencia

- **Violencia física:** abarca cualquier acto, no accidental que provoque o pueda producir daño en el cuerpo de la mujer. Implica el uso de la fuerza y habitualmente deja marcas externas que pueden ser percibidas objetivamente por otros⁽⁵⁾. También se considera violencia física, el no proporcionar ayuda ante las lesiones provocadas y derivadas de una agresión⁽¹⁵⁾.
- **Violencia psicológica:** son las conductas que producen desvalorización o sufrimiento en la mujer, tanto público como privado. Se caracteriza por amenazar, humillar, utilizar conductas verbales coercitivas como insultos o burlas⁽¹⁶⁾. Implica una manipulación sobre la víctima que produce el efecto de indefensión, dominación por el agresor e incluso culpa por parte de la propia víctima. Este tipo de violencia es más difícil de demostrar ya que no deja huella⁽¹⁷⁾. Suele darse junto con otro tipo de violencia⁽¹⁾.
- **Violencia sexual:** es la que se ejerce mediante presiones físicas o psíquicas que pretenden imponer una relación sexual no deseada mediante coacción, intimidación o indefensión⁽¹⁶⁾. Incluye la exhibición, la observación y la imposición por medio de violencia^(1,5,15). Cuando en la relación se produzca penetración no consentida se considera violación, aunque no conlleve utilización de fuerza física⁽¹⁸⁾.
- **Violencia económica:** comprende la privación intencionada y no justificada de recursos, en la que el agresor controla los recursos económicos de la pareja⁽¹⁾. Implica que la mujer no participa en la toma de decisiones sobre la distribución del gasto del dinero, evita que la víctima pueda acceder a él, ya sea porque no la deja trabajar o porque se apropia del mismo, de manera que la víctima se ve desvalida y sin recursos⁽¹⁵⁾.
- **Violencia social:** es aquella en la que el agresor intenta evitar todo contacto de la víctima con amigos, familiares, etc., de manera que esta queda aislada y con falta de apoyo⁽¹⁶⁾.
- **Violencia ambiental:** es cualquier acto no accidental que provoque o pueda producir daño en el entorno para atemorizar a la mujer⁽¹⁵⁾. Se caracteriza por golpear puertas, maltrato hacia animales domésticos, destrucción de objetos con especial valor sentimental para la víctima⁽¹⁹⁾.

Recientemente se ha descrito otro perfil de violencia llamada “**forma moderada de violencia**”, que se caracteriza por una situación continua de frustración y amenaza. Solo ocasionalmente se produce la agresión física, haciendo más difícil su detección⁽⁵⁾.

El proceso, fases o ciclo de la violencia

La "Teoría del ciclo de la violencia" de Leonor Walker propone que el aumento progresivo de la violencia puede durar un largo periodo de tiempo y es difícil para la víctima saber el proceso en el que está inmersa. Plantea que este fenómeno engloba tres fases⁽¹⁷⁾.

- **Acumulación de tensión:** en esta fase los actos o actitudes hostiles hacia la mujer se suceden, produciendo conflictos dentro de la pareja⁽¹⁶⁾. El maltratador demuestra hostilidad aunque no de una forma explosiva, sí verbal y, en algunas ocasiones, puede cursar con agresiones físicas y/o con cambios repentinos de ánimo, que la mujer no acierta a comprender y suele justificar, puesto que no es consciente del proceso de violencia en el que se encuentra involucrada⁽¹⁷⁾. La víctima intenta calmar a su pareja, complacerla y no realizar aquello que le moleste, con la creencia de que así evitará los conflictos. La tensión aumenta y se acumula^(15,17).
- **Agresión o explosión de la violencia:** en este periodo el maltratador se muestra tal cual es y se producen de forma ya visible los malos tratos: emocionales o psicológicos, y posteriormente sexuales y físicos. Puede durar minutos u horas, aunque algunas mujeres se han sentido atemorizadas durante días o semanas⁽⁵⁾. En esta fase se producen estados de ansiedad y temor en la mujer que suelen conducirla a consultar a alguna amiga, a pedir ayuda o a tomar la decisión de denunciar a su agresor⁽²⁰⁾, lo cual no suele darse en las primeras agresiones⁽⁵⁾.
- **Calma o reconciliación, o luna de miel:** en esta fase la violencia y tensión desaparecen. Tras los episodios violentos, el maltratador suele pedir perdón, mostrarse amable y cariñoso. Utiliza estrategias de manipulación afectiva (caricias, disculpas etc.), le garantiza que va a cambiar, le hace regalos y promete que no va volver a ocurrir, justificando la agresión con otros problemas⁽¹⁷⁾.

Con esta manipulación el hombre consigue que la relación no se rompa. En este periodo es cuando se suelen retirar las denuncias^(14,15), porque la mujer espera que la situación se normalice. A veces es la propia víctima la que se culpabiliza de la agresión como consecuencia de su actitud. Esta es sólo una fase más del ciclo, volviendo a iniciarse, nuevamente con la acumulación de la tensión⁽¹⁶⁾. A medida que la violencia aumenta esta fase puede desaparecer y quedar solo las otras dos, ya que los episodios violentos son más próximos en el tiempo^(5,15).

Contexto epidemiológico

La violencia de género afecta a un gran sector de la población, pero las cifras de prevalencia obtenidas son muy variadas, esto es debido a los distintos ámbitos de

investigación, a las diferentes metodologías empleadas⁽¹⁵⁾ y se añade el carácter intrafamiliar y doméstico lo que dificulta su cuantificación⁽²¹⁾, por tanto no hay cifras de incidencia y prevalencia exactas, solo hay algunos trabajos en atención primaria que nos acercan a la realidad⁽²²⁾.

Se debe tener en cuenta que los datos, también pueden estar sesgados dado que se cuantifican algunos feminicidios, como violencia de género y viceversa⁽²³⁾.

Los datos, en los tres primeros años de entrar en vigor la Ley Orgánica 1/2004 del 28 de diciembre, de medidas de protección integral contra la violencia de género, nos demuestran que se duplicó el porcentaje de víctimas mortales extranjeras (de un 22,9% se pasó a un 44,3%), mientras que en el caso de las víctimas españolas el porcentaje había experimentado una considerable disminución (del 77,1% al 55,7%)⁽²⁵⁾. (Tabla 1). El número de agresores extranjeros, también creció de un 22,2% a un 38,6%^(1,17).

| | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
|------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| África | | 5 | 3 | 5 | 2 | 2 | 1 | 8 |
| Asia | | | | | 2 | 2 | 1 | 1 |
| España | 62 | 54 | 41 | 49 | 43 | 43 | 36 | 46 |
| Iberoamérica | 9 | 6 | 6 | 8 | 14 | 17 | 12 | 10 |
| No consta | | 2 | | | | | | |
| Otras | | 1 | 1 | | | | | |
| Resto de europa | | 2 | 1 | | 2 | 3 | 1 | 2 |
| Unión europea | | 2 | 5 | 7 | 8 | 9 | 5 | 6 |
| Total | 71 | 72 | 57 | 69 | 71 | 76 | 56 | 73 |

Tabla 1. Mujeres muertas en España víctimas de violencia de género según procedencia. Fuente: Delegación del Gobierno para la Violencia de Género

A pesar de los progresos conseguidos, la situación es preocupante, pues según datos oficiales del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad en 2009 el porcentaje de víctimas mortales extranjeras, aunque menor, supuso el 35,7% del total, aumentando ligeramente en 2010 hasta alcanzar el 37%⁽²⁴⁾. (Tabla 1). En cuanto a los agresores inmigrantes en 2009 el porcentaje fue un 42,9 %, siendo en 2010 el 39,7%⁽¹⁾.

En España, entre los años 2002-2011, se produjo un proceso de feminización de la inmigración que se ve reflejado en un aumento de muertes en mujeres inmigrantes víctimas de violencia de género, en esos años (Tabla 1) (Fig. 1). En la actualidad el flujo migratorio es el de regreso a su país y las cifras se han estacionado.

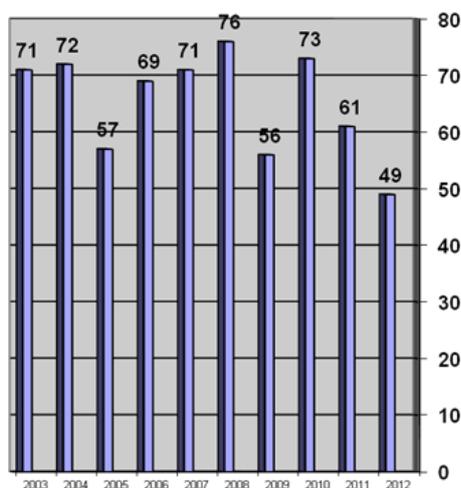
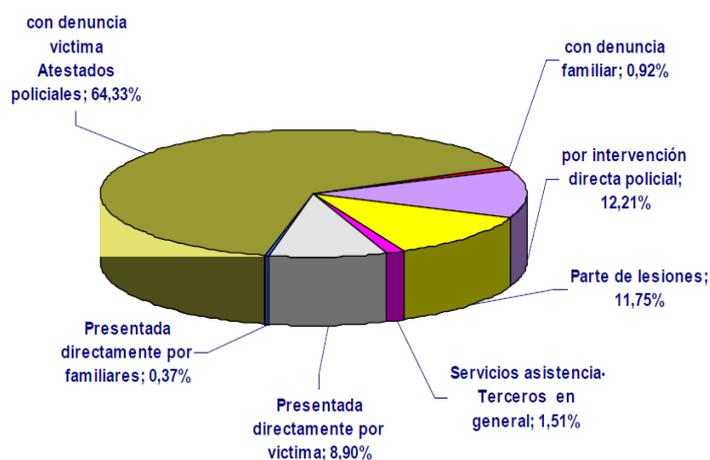


Figura 1. Víctimas mortales de violencia de género 2003-2012. Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

En relación a las denuncias, en el año 2010 unas 4.373 mujeres no españolas denunciaron a sus agresores⁽²⁵⁾, de las cuales desafortunadamente el 42% retiraron la denuncia. De las mujeres que solicitaron medidas de protección el 34% eran extranjeras⁽²⁴⁾.

En el primer trimestre del 2012 se interpusieron 30.895 denuncias⁽²⁶⁾, (Fig. 2), de las cuales 11.126 (36%) son extranjeras.



| Total Denuncias | Presentada directamente por víctima | Presentada directamente por familiares | Atestados policiales | | | Parte de lesiones | Servicios asistencia-Terceros en general |
|-----------------|-------------------------------------|--|----------------------|-----------------------|-----------------------------------|-------------------|--|
| | | | Con denuncia víctima | Con denuncia familiar | Por intervención directa policial | | |
| 30.895 | 2.751 8,90% | 114 0,37% | 19.875 64,33% | 284 0,92% | 3.773 12,21% | 3.630 11,75% | 468 1,51% |

Figura 2. datos denuncias recibidas en el primer trimestre del año 2012. Distribución porcentual de las denuncias por su presentación. Fuente: Consejo Poder Judicial. Gobierno de España.

El total de mujeres muertas en el año 2012 fue de 49, de las cuales 39 eran españolas y 10 extranjeras (Fig. 1). De estas 49 muertes, solo habían denunciado 9 mujeres⁽²⁷⁾. (Tabla 2).

En este año 2013 hasta el 24 de febrero se habían producido, 6 víctimas mortales: 4 españolas y 2 extranjeras⁽²⁸⁾.

| Características de las víctimas | | Nº de casos | % del total |
|-----------------------------------|-------------------------------|-------------|-------------|
| | Total víctimas | 49 | 1000% |
| Nacionalidad de la víctima | Española | 39 | 79,60% |
| | Extranjera | 10 | 20,40% |
| | No consta | 0 | 0% |
| Edad de la víctima | <16 años | 1 | 2,00% |
| | 16-17 años | 0 | 0% |
| | 18-20 años | 1 | 2,00% |
| | 21-30 años | 12 | 24,50% |
| | 31-40 años | 6 | 12,20% |
| | 41-50 años | 9 | 18,40% |
| | 51-64 años | 9 | 18,40% |
| | >64 años | 11 | 22,40% |
| | No consta | 0 | 0% |
| Convivencia | Sí | 36 | 73,50% |
| | No | 13 | 26,50% |
| | No consta | 0 | 0% |
| Relación | Exponeja o en fase de ruptura | 12 | 24,50% |
| | Pareja | 37 | 75,50% |

Tabla 2. Información sobre las víctimas mortales de violencia de género 2012. Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Causas y factores relacionados

La violencia de género no solo se debe a rasgos singulares y patológicos de una serie de individuos, sino que las causas son múltiples, complejas e interrelacionadas. Intervienen factores que actúan en cuatro ámbitos distintos: individual, familiar, comunitario y sociocultural^(16,18).

Aunque esta violencia de género se da en todas las clases sociales, religiones, niveles educativos y culturales⁽⁷⁾, las estadísticas muestran que las mujeres inmigrantes víctimas de violencia en el ámbito sentimental se encuentran en una situación real de mayor fragilidad respecto a las españolas por distintos motivos⁽²⁹⁾, entre los que

destacan: el vivir alejadas de sus redes de apoyo social y familiar; habitar en un contexto cultural nuevo y desconocido⁽³⁰⁾; disponer de pocos recursos materiales para acceder a la asistencia social; o encontrarse en situación ilegal en otro país⁽¹⁰⁾.

El ser mujer y además inmigrante son los factores principales⁽⁹⁾, pero no debemos de olvidar otros elementos culturales como^(29,31):

- Normas sociales que legitiman el control sobre las mujeres, la cultura patriarcal, poder y dominio. La aceptación de la violencia como método de resolución de conflictos.
- Percepción de la violencia como “normal” por parte del agresor, de la mujer y de la comunidad.
- Prácticas tradicionales perjudiciales (como la ablación genital femenina, el matrimonio de menores o la preferencia que se da al niño varón).

Valores y normas fundados en tradiciones religiosas^(1,30).

Se argumenta que el consumo de alcohol y ciertas drogas es la causa de conductas violentas, y que pueden actuar como desencadenantes, pero en ningún caso se debe considerar factor determinante^(5,21).

Clásicamente se pensaba que algunos trastornos y problemas psicológicos de las mujeres maltratadas podrían ser la causa, pero se ha visto que no es así, que es una consecuencia^(17,21).

Síntomas

- Físicos: cansancio, dolores crónicos, colon irritable, fibromialgia y trastornos gastrointestinales⁽¹⁸⁾.
- Traumatológicos: contusiones, hematomas, traumatismos, heridas, quemaduras y rotura de tímpano.
- Síntomas inespecíficos: cefaleas y quejas somáticas.
- Sexuales: disminución de la libido, anorgasmia y falta de autonomía sexual⁽³²⁾.
- Ginecológicos: embarazos no deseados, embarazos de alto riesgo, infecciones de transmisión sexual incluido el VIH/SIDA, infecciones urinarias, trastornos menstruales, fibrosis vaginal, dispareunia, dolor pélvico crónico. Durante el embarazo: hemorragia vaginal, amenaza de aborto o abortos en condiciones inseguras, muerte fetal, parto prematuro y bajo peso al nacer^(5,18,32).

- Psíquicos: depresión, ansiedad, trastornos del sueño, sentimientos de culpa y vergüenza, trastornos psicossomáticos⁽³³⁾, trastorno por estrés posttraumático, trastornos de la conducta alimentaria, intento de suicidio⁽³²⁾, abuso de alcohol, drogas y psicofármacos⁽³⁴⁾.
- Sociales: aislamiento social, pérdida de empleo y absentismo laboral^(16,17,18).
- Consecuencias fatales: muerte por homicidio y suicidio^(5,33,34).

Señales de alerta

- Una señal de alerta que suele pasar desapercibida es la consulta de forma repetida y frecuente, con síntomas crónicos y vagos que no se corresponden con un diagnóstico de enfermería somática⁽³²⁾.
- Características de las lesiones y problemas de salud:
 - ✓ Retraso en la demanda de asistencia de las lesiones físicas.
 - ✓ Incongruencia entre el tipo de lesión y la explicación de la causa.
 - ✓ Hematomas o contusiones en zonas sospechosas: cara/cabeza, cara interna de los brazos o muslos^(5,15,17,18).
 - ✓ Lesiones por defensa cara interna del antebrazo⁽³²⁾.
 - ✓ Lesiones en diferentes estadios de curación que indican violencia de largo tiempo de evolución.
 - ✓ Lesiones durante el embarazo en genitales, abdomen y mamas^(5,18).
 - ✓ Lesión típica: rotura de tímpano⁽³²⁾.
- Actitud de la mujer:
 - ✓ Temerosa, evasiva, incómoda y nerviosa.
 - ✓ Rasgos depresivos: triste, desmotivada, desilusionada y sin esperanza^(5,18,34).
 - ✓ Autoestima baja, sentimientos de culpa, estado de ansiedad o angustia e irritabilidad^(9,33,34).
 - ✓ Sentimientos de vergüenza: retraimiento, comunicación difícil evitando mirar a la cara^(5,17,33).
 - ✓ Vestimenta que puede indicar la intención de ocultar lesiones.
 - ✓ Falta de cuidado personal^(5,32).
 - ✓ Justifica sus lesiones o quita importancia a las mismas.
 - ✓ Si está presente su pareja: temerosa en las respuestas y busca constantemente su aprobación^(15,17,32).
- Actitud de la pareja
 - ✓ Solicita estar presente en toda la asistencia.

- ✓ Muy controlador, siempre contesta él o, por el contrario despreocupado.
- ✓ Intenta banalizar los hechos o se preocupa en exceso.
- ✓ A veces colérico u hostil con ella o con los profesionales^(5,32).

Diagnóstico médico

Se realiza, según protocolo del Sistema Nacional de Salud, (en nuestro caso) según Servicios de Salud de la Junta de Castilla y León, que está extraído de los protocolos. Se efectúa un cribado sistemático a las mujeres de más de 14 años, con seguimiento semestral en caso de sospecha de maltrato⁽³⁵⁾. (Anexo I).

El diagnóstico médico está basado en: (Anexo II), (Anexo I).

- Valoración precoz biopsicosocial.
- Valoración de la situación de violencia.
- Valoración de riesgo o peligro extremo⁽³⁵⁾.

Diagnóstico diferencial

- **Violencia contra la mujer**, lo que la diferencia a este tipo de agresión de otras formas de violencia es que el principal factor de riesgo es el hecho de ser mujer⁽⁴⁾.
- **Violencia doméstica o familiar o intrafamiliar**, comprende todos los actos violentos desde el empleo de fuerza física, hasta el acoso, la intimidación que se produce en el hogar y que efectúa un miembro de la familia contra algún otro familiar. Incluye violencia contra la mujer, violencia contra el hombre, maltrato infantil o violencia a padres de ambos sexos.

Justificación

La violencia de género no solamente afecta a la salud de las personas que la padecen, sino que representa un importante problema de salud pública^(1,32).

Las características de este tipo de violencia requieren la implicación activa de todo el personal de los servicios sanitarios⁽⁵⁾, que deberán ser conscientes de que el abordaje y la resolución de las consecuencias de la violencia deben comenzar con la detección precoz del problema, siendo difícil si no existen lesiones físicas^(17,32).

El ámbito sanitario, tanto a nivel de atención primaria como servicios de urgencias, es uno de los contextos más adecuados para identificar la violencia de género de forma precoz y ejercer una labor de aproximación hacia la misma⁽²²⁾.

Las mujeres maltratadas utilizan más recursos sanitarios que las no maltratadas, en forma de productos farmacéuticos y consultas erráticas a distintos servicios de salud, fundamentalmente atención primaria, urgencias hospitalarias, traumatología, ginecología-obstetricia, y psiquiatría⁽³²⁾.

Los datos estadísticos nos muestran la violencia de género como un problema de salud de gran magnitud, tanto por el número de implicados como por la relevancia de sus consecuencias^(8,11,33), prueba de ello es el amplio número de publicaciones emitidas por los Ministerios y Comunidades Autónomas al respecto.

El Sistema Nacional de Salud, ha centrado su trabajo en incluir en las carteras de servicios de los distintos niveles asistenciales el diagnóstico y tratamiento precoz para la violencia de género. Cada Servicio de salud de las distintas Comunidades Autónomas, ha elaborado un protocolo de actuación para este problema, en los que se echa en falta, la presencia de planes de cuidados de enfermería estandarizados, siendo la enfermería un pilar fundamental en la prevención, detección, asistencia, apoyo físico, emocional y social a estas personas.

En el trabajo diario como enfermera generalista tuve la ocasión de encontrarme con situaciones de violencia de género, que por falta de conciencia del problema, prejuicios, miedos de invadir la intimidad de la víctima y/o desconocimientos de recursos, supusieron una barrera para el abordaje directo del problema. En la actualidad con más formación y sensibilización, considero que es prioritario saber detectar y hacer una atención lo más temprano posible para evitar las probables complicaciones sobre la víctima e hijos si hubiera.

Cada vez es mayor la sensibilización de la sociedad sobre el tema, por medio de campañas. Con ello se consigue que la población sea más susceptible a este problema que tanto daño provoca a las mujeres y en la sociedad.

DESARROLLO DEL TRABAJO

Objetivos

- **Objetivo general**

Detección y tratamiento de la violencia de género, a través de un plan de cuidados individualizado de enfermería.

- **Objetivos específicos**

- ✓ Intensificar la utilización de herramientas normalizadas para el cribaje.
- ✓ Aumentar la autoestima de la mujer para un mejor afrontamiento del problema.

- ✓ Incrementar la autonomía en la toma de decisiones.
- ✓ Integrar a la mujer en una red de apoyo social.
- ✓ Minimizar complicaciones y evitar la situación de riesgo extremo.

Metodología

Para establecer las distintas actividades que debe realizar la enfermera, lo hacemos a través del Proceso Enfermero o Proceso de Atención de Enfermería (PAE), que lo definimos como una herramienta para realizar la interacción mutua entre la enfermera, el paciente, la familia, comunidad, sociedad y entorno, todo esto nos sirve para determinar los objetivos de salud, energías y limitaciones del paciente, con los recursos disponibles para conseguir el estado óptimo de salud^(36,37).

Material y métodos

El plan de cuidados se realiza primero con la valoración, siguiendo los 11 patrones funcionales de **Majory Gordon**^(38,39,40), recogiendo la información a través de entrevista y datos de la historia clínica de la paciente; para elaborar el juicio diagnóstico de los problemas de salud, se emplean métodos de clasificación con lenguaje común y con códigos establecidos, como la taxonomía enfermera **NANDA**⁽⁴¹⁾; y para obtener el juicio terapéutico utilizamos terminología **NOC**⁽⁴²⁾ (Clasificación de Resultados de Enfermería) en la que se establecen unos resultados esperados, para ello nos servimos de indicadores y, **NIC**⁽⁴³⁾ (Clasificación de Intervenciones de Enfermería) con lo que acordamos las actividades a efectuar para alcanzar los resultados propuestos.

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) es un método sistemático y organizado para proporcionar cuidados, eficaces y eficientes orientado al logro de objetivos⁽³⁷⁾. Para el avance del plan de cuidados se consideran las cinco etapas del Proceso Enfermero que se engloban en los Standards of Clinical Nursing Practice de la American Nurses Association (ANA): valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

El proceso es dinámico, cíclico y sigue un orden racional, pero puede existir solapamientos entre las diferentes etapas. El ciclo puede quedar concluido, si los objetivos se han logrado, puede seguir con una reevaluación, o si fuese necesario el plan puede cambiarse⁽³⁷⁾.

En este trabajo se elabora un plan de cuidados de enfermería individualizado, de una paciente víctima de violencia de género. Es una situación de gran complejidad teórica, es necesario enfocarla desde puntos de vista distintos: como problema de salud, como mujer inmigrante y con aspectos culturales diferentes, para ello debemos de atender todas las esferas: física, psíquica, social, espiritual y del entorno; prescindir de cualquiera de ellas supondría sesgar las intervenciones y restar herramientas para la detección, atención, tratamiento y rehabilitación.

Se va a desarrollar un plan de cuidados personalizado atendiendo a las características de la paciente y su entorno.

VALORACIÓN

Valoración: Exposición del caso

Mujer, 29 años de edad, casada, sin hijos, ama de casa, nacionalidad ecuatoriana. Llega a Madrid en 2004, tres años después de que lo hiciera su marido en 2001. Ambos residieron juntos en la capital durante cuatro años hasta 2008, momento que se trasladan a una localidad de Castilla y León, con una población de aproximadamente 4.000 habitantes.

- **Asistencia en Punto de atención continuada**

Acude al PAC (Punto de atención continuada) de su Centro de salud de referencia, el día 22 de noviembre de 2011 acompañada por su marido, donde es asistida por la médica y la enfermera de guardia.

El motivo de consulta es dolor en miembro inferior izquierdo a nivel de la articulación tibio-tarsiana, debido a caída casual por las escaleras del domicilio, según refiere la paciente.

En la exploración física se observa inflamación, impotencia funcional y dolor a nivel del maléolo externo tibial en miembro inferior izquierdo.

En la exploración se objetivan hematomas en diferentes localizaciones y estadios: (hematoma en brazo derecho que se revela al medir tensión arterial, hematoma en vasto externo del cuádriceps izquierdo que se muestra al quitarse el pantalón para mejor exploración de la lesión que motiva la consulta y hematomas en región torácica que se evidencian con la auscultación cardiopulmonar). Ante el hallazgo casual se le pregunta a la mujer por su origen y la paciente refiere que son debidos a otra caída previa fortuita en las mismas condiciones, y en las escaleras del domicilio.

Se sigue el procedimiento habitual y se revisa su historia clínica en el programa informático Medora. Llama la atención las múltiples visitas, consultando por cefalea, dolor abdominal, mialgias y otros síntomas difusos, sin embargo nunca antes había acudido por traumatismo alguno. Se escribe flash en su historia clínica en Medora para que sea visualizado por su médico y/o enfermera de cupo: Despistaje de violencia de género.

Se le deriva al Servicio de urgencias hospitalarias para la realización de pruebas diagnósticas complementarias y descartar fractura.

Acude al hospital, es atendida en el servicio de urgencias por su dolor en miembro inferior izquierdo, se le realiza pruebas radiológicas y se le da el alta con diagnóstico de esguince de tobillo de segundo grado y prescripción de ibuprofeno 600mg c8/h, hielo local c/6h, vendaje compresivo y reposo relativo. Revisión por atención primaria en 72h.

- **Asistencia por su Enfermera de Atención primaria. Primera consulta**

La paciente no acude a revisión pautada al alta del Servicio de urgencias hospitalarias.

Solicita consulta a demanda para su enfermera de Atención primaria a los 8 días del incidente (30 de noviembre de 2011), porque precisa sustituir el vendaje compresivo de tobillo izquierdo al haber perdido éste la tensión.

Se abre historia clínica de la paciente y aparece Flash de Despistaje de violencia de género como proceso sensible emitido por el personal que la atendió en el PAC el 22 de noviembre de 2011.

Se procede a cambiar el vendaje del tobillo izquierdo mientras se indaga, sobre la posibilidad de estar ante una víctima de violencia de género, con unas preguntas simples. ¿Quiere contarme qué ocurrió?^(5,35). A lo cual la mujer comienza a llorar y dice que no quiere hablar por miedo a que su marido se enfade con ella.

Posteriormente se le pregunta ¿Tiene algún problema con su esposo?^(5,35). A lo que la mujer responde afirmativamente, pero se niega a continuar hablando sobre el tema.

Se emite un juicio generalista para evitar que la paciente desconfíe de la enfermera, exponiéndole que la violencia hacia la mujer es un problema desgraciadamente frecuente pudiendo llegar a ser grave, por lo que se debe preguntar de manera rutinaria sobre ello. Si ese fuera su caso puede contar con su médico y su enfermera para intentar solucionarlo. (Este modelo de cribaje se propone en el Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género del Sistema Nacional de Salud⁽⁵⁾).

Ante la negativa de la mujer a seguir con la conversación se decide anotar en su historia clínica la inclusión y seguimiento como sospecha de malos tratos en el servicio de detección precoz de mujeres víctimas de violencia de género de la cartera de servicios del Sacyl (Anexo I).

Se emite cita para consulta de seguimiento del proceso físico en 7 días.

- **Asistencia por su Enfermera de Atención primaria. Segunda consulta**

La mujer acude puntualmente a consulta de enfermería programada el día 7 de diciembre de 2011.

Se cambia de nuevo vendaje compresivo. La paciente refiere tener menos dolor y ya comienza a apoyar el pie y a andar con ayuda de muletas.

Se observa que la paciente entra en la consulta con más predisposición y colaboradora que en otras ocasiones, dice que quiere hablar sobre las preguntas que se le realizaron en la consulta anterior. Se busca una consulta aislada, donde se pueda ver a la paciente sola y asegurar la confidencialidad, para comenzar con la entrevista específica de violencia de género (Anexo III).

Se le pregunta ¿A qué cree que se debe su problema de salud?, observamos que evita la mirada directa y la dirige al suelo, se sigue la entrevista con actitud empática, ¿le preocupa algo o está viviendo alguna situación problemática que le haga sentir así?

A lo que ella manifiesta sufrir violencia física por parte de su marido desde antes de llegar a España, aunque aquí se ha agudizado la situación siendo cada vez más frecuentes las palizas. Le cuesta hablar, la voz es entrecortada, se deja tiempo para los silencios.

Refiere además recibir insultos y humillaciones, ser amenazada por su agresor cada vez que intenta separarse de él, no disponer de dinero para cubrir sus necesidades básicas porque es él quien controla toda la economía familiar, le controla las salidas y últimamente ha dejado de salir con la única amiga que tiene en el pueblo para evitar que él se enfade y ejerza violencia sobre ella.

La paciente comienza a moverse en la silla y a frotarse las manos sudorosas, parece incomodarse, la enfermera facilita que la paciente se exprese con libertad, manteniendo una comunicación con escucha activa.

Se le hace sentir que ella no es culpable y que la violencia nunca está justificada en las relaciones humanas.

Con el resultado de esta entrevista específica de violencia, realizada por la enfermera, pasa a consulta médica para confirmar el diagnóstico facultativo.

En la exploración biopsicosocial se observan: síntomas físicos, como la presencia de lesiones y hematomas en distintos estadios y zonas corporales; situación emocional inestable; ausencia de red social de apoyo; no trabaja y depende económicamente del marido.

En el reconocimiento de la situación de violencia: se identifica maltrato físico y psicológico prolongado y que en los últimos meses se ha exacerbado. La fase de violencia en la que se encuentra la paciente actualmente es la de **acumulación de tensión**, ya que el marido se muestra hostil y tiene cambios de carácter repentinos.

Al investigar la posibilidad de peligro extremo para la víctima: no se objetiva en este momento peligro físico extremo, ya que la mujer se presenta sumisa y obediente, no hay riesgo inminente de agresión grave, ni de suicidio.

Todos estos datos quedan registrados en la historia clínica, y con estos criterios queda incluida dentro de las actuaciones del proceso de violencia de género (Anexo I), (Anexo II).

Reafirmamos su valentía al darse cuenta de la situación que está viviendo y la definimos como maltrato, pasando a emitir un plan de cuidados y seguimiento individual de la paciente.

Valoración de enfermería por patrones funcionales de salud (Marjory Gordon)

Los datos de la valoración del caso clínico han sido obtenidos de la entrevista directa en la consulta de enfermería de atención primaria y por revisión de la historia clínica de la paciente.

- **Patrón 1: Percepción-manejo de la salud**

Detalla el patrón de salud y bienestar percibido por el usuario y de cómo maneja su salud y bienestar, factores de riesgo relacionados con la salud, historia familiar estilos de vida, también evalúa las prácticas preventivas que realiza la paciente^(38,39,41).

Valoración: Mujer de 29 años de edad, aspecto personal descuidado en el vestir, no hábitos tóxicos, frecuente demanda de los servicios de Atención Primaria con incumplimiento habitual de consultas programadas, no antecedentes de enfermedades tropicales, no alergias, no hábitos tóxicos, fumadora pasiva por la convivencia con marido fumador, presenta en los últimos meses algias inespecíficas como cefaleas, abdominalgia y dolor pelviano, correcta vacunación cumpliendo el calendario de su país de origen, siendo vacunada de tétanos con pauta completa en 2009, traumatismo agudo en tobillo izquierdo tratado con ibuprofeno, aunque habitualmente no toma medicación salvo algún producto de herbolario cuando está nerviosa, conocedora de su situación de mujer maltratada pero restando importancia al problema, presenta hematomas en diferentes localizaciones y estadios.

Tiene todas las piezas dentarias, dos con caries, a las que ella no da importancia, refiere no llevar buena higiene bucal, por dejadez. La paciente no se considera enferma pero tiene una percepción negativa sobre su salud, no puede realizar las actividades de forma habitual a causa del dolor en tobillo izquierdo. Antes de la caída

paseaba, porque sabe que le conviene hacer un poco de ejercicio.

- **Patrón 2: Nutricional-Metabólico**

Describe el consumo de alimentos y líquidos del paciente en relación con sus necesidades metabólicas, este patrón incluye la intolerancia alimentaria, dietas, hábitos y costumbres, así como horarios, cantidad y tipo de alimentos^(38,39,41).

Valoración: Buen estado de piel y mucosas, salvo hematomas en distintos estadios.

No intolerancias alimentarias.

La paciente no refiere tener alteraciones en la alimentación. No lleva dieta alguna.

Su peso es de 55 kg y mide 1'56 m; el IMC es de 22,60.

Prefiere alimentos que comía en su país y aquí son difíciles de encontrar, echa de menos algunos tubérculos y verduras.

Hace cinco comidas al día, toma poca fruta y productos lácteos. En desayuno, merienda y después de la cena, toma infusiones con dulces.

La ingesta de líquidos es de unos dos litros día, dice tomar bebidas carbonatadas.

La temperatura corporal es de 36,6°C.

Es válida para su aseo.

- **Patrón 3: Eliminación**

Refiere los hábitos de eliminación intestinal, urinaria y cutánea y los cambios detectados en frecuencia, cantidad y características. Uso de medidas auxiliares y laxantes de modo sistemático^(38,39,41).

Valoración: Paciente continente doble, sudoración normal. No edemas.

El hábito de eliminación intestinal es de una vez al día por las mañana habitualmente, características normales.

Presentó hace unos meses una infección del tracto urinario ya resuelta. La diuresis es normal en frecuencia y cantidad y no presenta molestias en la micción.

No precisa ayuda para ir al baño.

- **Patrón 4: Actividad-Ejercicio**

Explica la actividad, ejercicio, tiempo libre y ocio, se incluye las actividades físicas de la vida diaria, higiene, cocinar, compra, comer, trabajar y mantenimiento del hogar^(38,39,41).

Valoración: Paciente autónoma para las actividades de la vida diaria y autocuidado.

Desde su caída presenta dolor y limitación a la movilidad pero no utiliza dispositivo de apoyo en casa, sí lo hace para salir a la calle. Realiza las tareas de hogar en más tiempo y con más dificultad. Le duele y se le inflama el tobillo si está mucho tiempo de pie. Refiere tener dolores musculares ocasionalmente.

Salía a pasear a primera hora de la mañana, dos o tres veces por semana, andando aproximadamente dos km; lleva más de diez días sin hacer nada de ejercicio.

Trabajó durante cinco años en servicio doméstico y con una empresa de limpieza, ahora realiza las tareas del hogar.

Espera encontrar trabajo de cuidadora.

Antes de la caída iba a la compra sin ayuda, pero no puede cargar con peso.

No realiza ninguna actividad de ocio porque solo tenía una amiga y a su marido no le gusta que salga con ella.

Le gusta leer y ver televisión.

La tensión arterial es de 136/82 mmHg, frecuencia cardiaca 94 ppm, la frecuencia respiratoria es 18 rpm.

- **Patrón 5: Reposo-Sueño**

Se reseña el patrón del sueño, descanso y relajación del paciente a lo largo de las 24 horas, incluye trastornos de sueño, calidad del mismo, rutinas empleadas^(38,39,41).

Valoración: La paciente refiere dormir poco, aproximadamente unas cinco horas, tardando mucho en conciliar el sueño y presentando sueño interrumpido por despertares frecuentes.

En ocasiones utiliza productos de herbolario para conciliar el sueño pero con escasos resultados.

Se siente cansada durante el día y a veces duerme una siesta de

aproximadamente quince minutos. Presenta somnolencia diurna sintiéndose cansada por la falta de descanso y relajación.

- **Patrón 6: Cognitivo-Perceptual**

Describe los patrones sensorio-perceptuales y cognitivos, incluyendo la adecuación de los órganos de los sentidos, utilización de prótesis, percepción del dolor.

También se refiere a las habilidades cognitivas funcionales, lenguaje, memoria, juicio, toma de decisiones, orientación^(38,39,41).

Valoración: La paciente no presenta alteraciones sensoriales, está orientada en tiempo y espacio. Presenta dolor agudo a la movilización del tobillo izquierdo que mejora con tratamiento pautado.

Manifiesta irritabilidad y ansiedad algunos días.

Su nivel académico es el equiparable a secundaria.

El lenguaje es titubeante con respuestas contradictorias.

Suele tener problemas a la hora de tomar decisiones porque se encuentra insegura, presentando además conducta indecisa en ocasiones y problemas de concentración.

- **Patrón 7: Auto percepción-Autoconcepto**

Detalla el concepto que la paciente tiene sobre sí mismo y la percepción del estado de ánimo, además incluye actividades hacia uno mismo, percepción de capacidades cognitivas, afectivas, físicas, modificaciones de autoimagen y autoestima^(38,39,41).

Valoración: La paciente manifiesta no tener valía para enfrentarse con algo nuevo.

Se culpa de no saber ni poder cambiar su conducta y de no haberse adaptado al país.

Refiere sentirse mal consigo misma y haber descuidado su imagen corporal, no se ve bien. Siente incapacidad de llevar de forma efectiva una actividad principal.

Le da miedo la inestabilidad laboral y el futuro, cuando lo piensa siente palpitaciones.

Evita mirada directa, dirige los ojos al suelo, la voz es entrecortada, le cuesta

hablar, las respuestas son cortas e inacabadas, presentándose temerosa y poco colaboradora, con una postura corporal cerrada a la comunicación.

Manifiesta estado de tristeza frecuente y prolongado, verbalizando ideas autonegativas en esos momentos, sintiéndose rechazada por su marido y expresando desesperanza e inutilidad.

- **Patrón 8: Rol-Relaciones**

Explica compromisos de rol y de relaciones, influencias de estas en el desarrollo personal. Satisfacciones con familia, trabajo y relaciones sociales. Historia de problemas físicos o psicológicos relacionados^(38,39,41).

Valoración: Vive con su marido y depende económicamente de él, manifiesta que la relación con su marido es más difícil desde que este no tiene trabajo fijo, que ha cambiado y a veces no le entiende.

Comenta no saber hacer las tareas y comidas como a él le gusta.

No tiene familia cercana, la más próxima es, una hermana que vive en Almería está casada y tiene dos hijos. Tiene una amiga en Madrid a la que no ve desde hace más de año.

La familia de Madrid, donde estuvo trabajando, le telefonean por Navidad y cumpleaños.

En la localidad donde viven tiene algún conocido que son del mismo país, pero no tiene relación, ya que su marido discutió con ellos y con la única amiga que le queda no sale porque su marido no lo aprueba. Mantiene un conflicto familiar que le afecta en su ámbito privado y público.

Comenta que como en el último empleo trabajaba como limpiadora de oficinas fuera del horario de empleados, no llegó a entablar amistades con compañeros de trabajo puesto que trabajaba sola. Actualmente desempeña el rol de ama de casa.

La relación con los vecinos es escasa ya que se pasan todo el día fuera y les ve poco.

No pertenece a grupos sociales, ni de ocio, cuando sale a pasear lo hace sola.

Refiere sentirse muy sola en un país ajeno y percibe barreras culturales con los habitantes de su localidad.

- **Patrón 9: Sexualidad-Reproducción**

Relata los conocimientos y la satisfacción percibida o preocupaciones (miedo, práctica de sexo seguro, culpabilidad frente a la sexualidad), también insatisfacción de las relaciones sexuales.

Historia menstrual y de problemas físicos, psíquicos relacionados^(38,39).

Describe cualquier problema que se perciba en las mujeres, el patrón reproductivo, anticoncepción, gestaciones, abortos, embarazos, antecedentes de cáncer de mama, anticoncepción; en hombres impotencia, problemas prostáticos etc.^(40,41).

Valoración: Mujer con pareja estable, G₀ A₀ P₀.

Manifiesta que desde hace unos seis meses no tiene relaciones sexuales con asiduidad, refiere no tener deseo sexual. Además las escasas relaciones que mantienen son insatisfactorias para ella, manifestando dispareunia.

No tiene hijos aunque lo ha intentado con su pareja. Mientras vivían en Madrid acudieron a una clínica privada para conocer si tenían algún problema para concebir y las pruebas fueron positivas presentando su marido una oli-azoospermia que le hace ser infértil. La solución propuesta por la clínica fue una inseminación de donante pero su marido la rechazó.

A ella no le hubiera importado.

No recuerda haber padecido infecciones de transmisión sexual.

Menarquía a los 11 años, ciclo menstrual normal con reglas regulares y en cantidad normal (4/26). No se realiza revisiones ginecológicas periódicas.

- **Patrón 10: Afrontamiento-Tolerancia al estrés**

Detalla las respuestas de afrontamiento del paciente ante determinados acontecimientos, enfermedades, tratamientos, también la adaptación a situaciones de tensión, estrés, cambios en la propia integridad, naturaleza del agente estresante, conocimiento de estrategia y habilidades para gestionar el estrés. Incluye la relación de la gestión del estrés con la dinámica familiar^(38,39,41).

Valoración: La paciente refiere estar en tensión, con pocos ánimos para enfrentarse a cambios, diciendo que no vale para ello. Reconoce como agente estresante a su marido.

Se siente muy sensible a sus críticas.

Siente que no tiene apoyo familiar cercano y con su marido no puede hablar.

Solo tiene confianza en su hermana y a ella si le cuenta sus problemas. No se llaman mucho pues no dispone de dinero para aumentar su tarifa telefónica.

- **Patrón 11: Valores y creencias**

Se refiere al sentido de responsabilidad, respeto, lo que importa para la paciente y familia, valores, creencias culturales, religiosas y espirituales que pueden influir en la salud^(38,39,41).

Valoración: La paciente es católica, no practicante. En su cultura la familia está en primer plano, el matrimonio es para toda la vida. En su país si una mujer no puede llevar la casa, ni hacer feliz al marido es porque no es una buena mujer. El rol fundamental de la mujer en su país es el de madre y ella no lo cumple.

Cree que tiene un futuro incierto y no es capaz de realizar planes a medio y largo plazo.

DIAGNÓSTICO Y PLANIFICACIÓN

Después de hacer la valoración a la paciente y por sus características personales se decide llevar a cabo un plan de cuidados individualizado, donde las priorizaciones no serán por necesidades. Se decide ir abordando problemas físicos que para la paciente supone una alteración de salud y la inquietan, con problemas relacionados al enfrentamiento de ser víctima de violencia de género que interesan al equipo de salud. Así pretendemos que la paciente conecte con la enfermera y tenga una adherencia para asistir a la consulta.

Los problemas los iremos resolviendo paralelamente y con citas seguidas para no perder el enlace y darle apoyo emocional.

Dominio 6: Autopercepción. Clase 2: Autoestima

Baja autoestima crónica (00119)⁽⁴¹⁾, relacionado con percepción de falta de respeto por parte de otros y fracasos repetidos, manifestado por expresiones de culpa y evaluación de sí mismo como incapaz de afrontar los acontecimientos.

- **Resultados (NOC)^(42,44):**

Autoestima (1205), juicio personal sobre la capacidad de sí mismo.

Escala: 1, nunca positivo/ 2, raramente positivo/ 3, a veces positivo/ 4, frecuentemente positivo/ 5, siempre positivo.

Indicadores⁽⁴²⁾:

- ✓ (120511) Nivel de confianza: 2, raramente positivo.
- ✓ (120515) Voluntad para enfrentarse a los demás: 1, nunca positivo.
- ✓ (120519) Sentimientos sobre su propia persona: 1, nunca positivo.

• **Intervenciones (NIC)^(43,44):**

Potenciación de la autoestima (54009). Ayudar a la paciente a que aumente el juicio personal.

Actividades:

- ✓ Mostrar confianza en la capacidad de la paciente para controlar una situación.
- ✓ Ayudar a establecer objetivos realistas para conseguir una autoestima más alta.
- ✓ Animar a la paciente a que acepte nuevos desafíos.
- ✓ Recompensar o alabar el progreso de la paciente en la consecución de objetivos y animarla a identificar sus virtudes.
- ✓ Reconocer la importancia de cultura, religión, raza, género y edad en la autoestima y niveles de autoestima en el tiempo.

Apoyo emocional (5270). Proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión.

Actividades:

- ✓ Realizar afirmaciones enfáticas o de apoyo.
- ✓ Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional.
- ✓ Explorar con la paciente qué ha desencadenado las emociones.
- ✓ Ayudar a la paciente a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza.
- ✓ Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias.

Dominio 12: Confort. Clase 1: Confort físico

Dolor agudo (00132)⁽⁴¹⁾, relacionado con agente lesivo e incapacidad física, manifestado por verbalización de dolor en miembro inferior izquierdo.

- **Resultados (NOC)**^(42,44):

Control del dolor (1605). Acciones personales para controlar el dolor.

Escala: 1, nunca demostrado/ 2, raramente demostrado/ 3, a veces demostrado/ 4, frecuentemente demostrado/ 5, siempre demostrado.

Indicadores⁽⁴²⁾:

- ✓ (160502) Reconoce el comienzo del dolor: 3, a veces demostrado.
- ✓ (160505) Utiliza los analgésicos de forma apropiada: 4, frecuentemente demostrado.

- **Intervenciones (NIC)**^(43,44):

Manejo del dolor (1400). Alivio del dolor o disminución del dolor a un nivel de tolerancia que sea aceptable para el paciente.

Actividades:

- ✓ Asegurarse que la paciente recibe los cuidados analgésicos correspondientes, antes que el dolor sea severo.
- ✓ Determinar el impacto de la experiencia del dolor sobre la calidad de vida (sueño, apetito, actividad, función cognoscitiva, humor, relaciones, trabajo y responsabilidad de roles).
- ✓ Evitar movimientos que provoquen dolor.

Dominio 9: Afrontamiento/tolerancia al estrés. Clase 2: Respuestas de afrontamiento.

Ansiedad (00146)⁽⁴¹⁾, relacionado con estrés y amenaza para el autoconcepto, cambio en situación económica y entorno, manifestado por trastornos del sueño, palpitaciones, angustia, temor, preocupación e incertidumbre añadido a bloqueo del pensamiento y disminución de la habilidad para solucionar problemas.

- **Resultados (NOC)**^(42,44):

Autocontrol de la ansiedad (1402). Acciones personales para eliminar o reducir sentimientos de aprensión, tensión o inquietud de una fuente no identificada.

Escala: 1, nunca demostrado/ 2, raramente demostrado/ 3, a veces demostrado/ 4, frecuentemente demostrado/ 5, siempre demostrado.

Indicadores⁽⁴²⁾:

- ✓ (140207) Utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad: 1, nunca demostrado.
- ✓ (140214) Refiere dormir de forma adecuada: 2, raramente demostrado.
- ✓ (140217) Controla la respuesta de ansiedad: 2, raramente demostrado.

• **Intervenciones (NIC)^(43,44):**

Disminución de la ansiedad (5820). Minimizar la aprensión, temor o presagios relacionados con una fuente no identificada de peligro por adelantado.

Actividades:

- ✓ Utilizar un enfoque sereno que de seguridad.
- ✓ Tratar de comprender la perspectiva de la paciente sobre una situación estresante.
- ✓ Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.

• **Resultados (NOC)^(42,44):**

Nivel de ansiedad (1211). Gravedad de la aprensión, tensión o inquietud manifestada, surgida de una fuente no identificable.

Escala: 1, grave/ 2, sustancial/ 3, moderado/ 4, leve/ 5, ninguno.

Indicadores⁽⁴²⁾:

- ✓ (121106) Tensión muscular: 2, sustancial.
- ✓ (121117) Ansiedad verbalizada: 2, sustancial.

• **Intervenciones (NIC)^(43,44):**

Terapia de relajación simple (6040). Uso de técnicas para favorecer e inducir la relajación con objeto de disminuir los signos y síntomas indeseables como dolor, tensión muscular simple o ansiedad.

Actividades:

- ✓ Explicar el fundamento de la relajación y sus beneficios, límites y tipos de relajación disponibles (terapia musical, meditación y relajación muscular progresiva).
- ✓ Mostrar y practicar la técnica de relajación con la paciente.

- ✓ Proporcionar información escrita acerca de la preparación y compromiso con las técnicas de relajación.

Dominio 4: Actividad/Reposo .Clase 2: Actividad/Ejercicio.

Deterioro de la movilidad física (00085)⁽⁴¹⁾, relacionado con dolor en miembro inferior izquierdo e intolerancia a la actividad, manifestado por dificultad a la movilización.

- **Resultados (NOC)^(42,44):**

Movilidad (0208). Capacidad para moverse con resolución en el entorno independientemente con o sin mecanismo de ayuda.

Escala: 1, gravemente comprometido/ 2, sustancialmente comprometido/ 3, moderadamente comprometido/ 4, levemente comprometido/ 5, no comprometido.

Indicadores⁽⁴²⁾:

- ✓ (020804) Movimiento articular: 3 moderadamente comprometido.
- ✓ (020806) Ambulación: 3 moderadamente comprometido.

- **Intervenciones (NIC)^(43,44):**

Terapia de ejercicios: movilidad articular (0224). Realizar movimientos corporales activos o pasivos para mantener o restablecer la flexibilidad articular.

Actividades:

- ✓ Poner en marcha medidas de control del dolor antes de comenzar el ejercicio de las articulaciones.
- ✓ Determinar las limitaciones del movimiento articular y actuar sobre la función.
- ✓ Realizar ejercicios pasivos o asistidos, si está indicado.

- **Intervenciones (NIC)^(43,44):**

Terapia de ejercicios: deambulación (0221). Estímulo y asistencia en la deambulación para mantener o restablecer las funciones corporales autónomas y voluntarias durante el tratamiento y recuperación de una enfermedad o lesión.

Actividades:

- ✓ Proporcionar un dispositivo de ayuda, bastón o muletas, para la deambulación si la paciente no camina bien.

- ✓ Ayudar a la paciente a establecer aumentos de distancia realistas con la deambulacion independiente.
- ✓ Proporcionar al alta instrucciones escritas sobre los ejercicios.

Dominio 4: Actividad /reposo. Clase 1: Sueño/reposo

Insomnio (00095)⁽⁴¹⁾, relacionado con ansiedad y estrés, manifestado por sueño no reparador.

- **Resultados (NOC)^(42,44):**

Sueño (0004). Suspensión periódica natural de la conciencia durante el cual se recupera el organismo.

Escala: 1, gravemente comprometido/ 2, sustancialmente comprometido/ 3, moderadamente comprometido/ 4, levemente comprometido/ 5, no comprometido.

Indicadores⁽⁴²⁾:

- ✓ (000403) Patrón del sueño: 2, sustancialmente comprometido.
- ✓ (000404) Calidad de sueño: 2, sustancialmente comprometido.

- **Intervenciones (NIC)^(43,44):**

Mejorar el sueño (1850). Facilitar ciclos regulares de sueño/vigilia.

Actividades:

- ✓ Animar a la paciente a que establezca una rutina a la hora de irse a la cama para facilitar la transición del estado de vigilia al de sueño.
- ✓ Ayudar a la paciente a identificar situaciones estresantes, dolor y a eliminarlas antes de irse a la cama.
- ✓ Enseñar a la paciente a realizar una relajación progresiva u otras terapias que le ayuden a inducir y mantener el sueño.

Dominio 9: Afrontamiento/tolerancia al estrés .Clase 2: Respuestas de afrontamiento

Afrontamiento ineficaz (00069)⁽⁴¹⁾, relacionado con falta de confianza en la capacidad para afrontar la situación y trastorno en el patrón de apreciación de amenaza, manifestado por expresión de incapacidad para pedir ayuda y solución inadecuada de los problemas.

- **Resultados (NOC)**^(42,44):

Afrontamiento de problemas (1302). Acciones personales para controlar los factores estresantes que ponen a prueba los recursos del individuo.

Escala: 1, nunca demostrado/ 2, raramente demostrado/ 3, a veces demostrado/ 4, frecuentemente demostrado/ 5, siempre demostrado.

Indicadores⁽⁴²⁾:

- ✓ (130201) Identifica patrones de superación eficaces: 2, raramente demostrado.
- ✓ (130203) Verbaliza sensaciones de control: 3, a veces demostrado.
- ✓ (130214) Verbaliza necesidad de asistencia: 1, nunca demostrado.
- ✓ (130217) Refiere disminución de los sentimientos negativos: 2, raramente demostrado.

- **Intervenciones (NIC)**^(43,44):

Aumentar el afrontamiento (5230). Ayudar a la paciente a adaptarse a los factores estresantes, cambios o amenazas perceptibles que interfieran en el cumplimiento de las exigencias y papeles de la vida cotidiana.

Actividades:

- ✓ Ayudar a la paciente a identificar objetivos adecuados a corto y largo plazo.
- ✓ Ayudar a la paciente a identificar estrategias positivas para hacerse cargo de sus limitaciones, y a manejar su estilo de vida o su papel necesario en ella.
- ✓ Reconocer la experiencia espiritual, cultural de la paciente.
- ✓ Favorecer las relaciones con personas que tengan intereses y objetivos comunes.

Dominio 10: Principios vitales Clase 3: Valores/creencias/congruencia de la acción

Conflicto de decisiones (00083)⁽⁴¹⁾, relacionado con principios morales que apoyan las distintas opciones mutuamente contradictorias, manifestado por cuestionamiento de los valores personales mientras se intenta tomar una decisión.

- **Resultados (NOC)**^(42,44):

Toma de decisiones (0906). Capacidad para realizar juicios y escoger entre dos o más alternativas.

Escala: 1, gravemente comprometido/ 2, sustancialmente comprometido/ 3, moderadamente comprometido/ 4, levemente comprometido/ 5, no comprometido.

Indicadores⁽⁴²⁾:

- ✓ (90603) Identifica las consecuencias posibles de cada alternativa: 3 moderadamente comprometido.
- ✓ (90605) Reconoce contradicción con los deseos de los demás: 2, sustancialmente comprometido.
- ✓ (90606) Reconoce el contexto social de la situación: 2, sustancialmente comprometido.

• **Intervenciones (NIC)^(43,44):**

Apoyo en la toma de decisiones (5250). Proporcionar información y apoyo a la paciente que debe tomar una decisión sobre cuidados sanitarios.

Actividades:

- ✓ Ayudar a la paciente a aclarar los valores y expectativas que pueden ayudar a tomar decisiones vitales fundamentales.
- ✓ Ayudar a la paciente a identificar las ventajas y desventajas de cada alternativa.
- ✓ Facilitar la toma de decisiones en colaboración.
- ✓ Servir de enlace entre la paciente y otros profesionales sanitarios.

Dominio 9: Afrontamiento/tolerancia al estrés. Clase 2: Respuestas de afrontamiento

Deterioro de la capacidad de recuperación personal (00210)⁽⁴¹⁾, relacionado con violencia y género, manifestado por culpabilidad, aislamiento, baja autoestima.

• **Resultados (NOC)^(42,44):**

Capacidad personal de recuperación (1309). Adaptación y función positiva de un individuo después de una adversidad o crisis significativa.

Escala: 1, nunca demostrado/ 2, raramente demostrado/ 3, a veces demostrado/ 4, frecuentemente demostrado/ 5, siempre demostrado.

Indicadores⁽⁴²⁾:

- ✓ (130912) Busca apoyo emocional: 2, raramente demostrado.
- ✓ (130921) Se aparta de relaciones abusivas: 2 raramente demostrado.
- ✓ (130916) Progresa hacia los objetivos: 2 raramente demostrado.

- **Intervenciones (NIC)**^(43,44):

Aumentar sistemas de apoyo (5440). Facilitar el apoyo de la paciente por parte de la familia, los amigos y la comunidad.

Actividades:

- ✓ Determinar la conveniencia de participación en las redes sociales existentes.
- ✓ Determinar las barreras al uso de los sistemas de apoyo.
- ✓ Observar la situación familiar actual.
- ✓ Remitir a programas comunitarios de fomento/ prevención/ tratamiento/ rehabilitación, si procede.

Dominio 7: Rol/relaciones .Clase 2: Relaciones familiares

Interrupción de los procesos familiares (00060)⁽⁴¹⁾, relacionado con crisis situacional y cambio de poder de los miembros de la familia, manifestado por cambios en las alianzas de poder.

- **Resultados (NOC)**^(42,44):

Afrontamiento de los problemas de familia (2600). Acciones de la familia para controlar los factores estresantes que comprometen los recursos de la familia.

Escala: 1, nunca demostrado/ 2, raramente demostrado/ 3, a veces demostrado/ 4, frecuentemente demostrado/ 5, siempre demostrado.

Indicadores⁽⁴²⁾:

- ✓ (260003) Afronta los problemas: 2, raramente demostrado.
- ✓ (260014) Tiene un plan de emergencias: 2, raramente demostrado.
- ✓ (260017) Utiliza el apoyo social: 1 nunca demostrado.

- **Intervenciones (NIC)**^(43,44):

Apoyo en la protección contra abusos: cónyuge (6403). Identificación de las relaciones y acciones domésticas dependientes de alto riesgo para prevenir que se inflija posterior daño físico, sexual o emocional, o la explotación de uno de los cónyuges.

Actividades:

- ✓ Observar nuevos signos y síntomas de abuso físico, sexual, emocional.
- ✓ Observar si se repiten las visitas a clínicas, urgencias o consultas al médico

por problemas menores, que nos hagan pensar que sigue existiendo la situación de violencia de género.

- ✓ Establecer un sistema para efectuar los registros de individuos cuando se sospecha que existen abusos.
- ✓ Proporcionar afirmaciones positivas sobre la valía.
- ✓ Proporcionar apoyo para que las víctimas tomen medidas y realicen cambios a fin de evitar represalias posteriores.
- ✓ Iniciar el desarrollo de un plan de seguridad para utilizar si la violencia se intensifica.
- ✓ Informar de cualquier situación en la que se sospeche de abusos, a las autoridades competentes.
- ✓ Remitir a casas de acogida en el caso de esposas maltratadas, si procede.

Dominio 4: Actividad /reposo. Clase 5: Autocuidado

Disposición para mejorar el autocuidado (00182)⁽⁴¹⁾, relacionados con la salud y que puede ser reforzado, manifestado por expresar deseos de aumentar la responsabilidad en el autocuidado.

- **Resultados (NOC)^(42,44)**:

Nivel de autocuidados (0313). Capacidad para realizar actividades de cuidados personales y actividades instrumentales de la vida diaria.

Escala: 1, gravemente comprometido/ 2, sustancialmente comprometido/ 3, moderadamente comprometido/ 4, levemente comprometido/ 5, no comprometido.

Indicadores⁽⁴²⁾:

- ✓ (031005) Mantiene higiene personal: 4, levemente comprometido.
- ✓ (030006) Mantiene la higiene bucal: 3, moderadamente comprometido.

- **Intervenciones (NIC)^(43,44)**:

Mejora de la autoconfianza (5395). Refuerzo de la confianza del individuo y de su capacidad para desarrollar una conducta saludable.

Actividades:

- ✓ Explorar la percepción individual de su capacidad de desarrollar la conducta deseada.
- ✓ Ayudar a la paciente a comprometerse con un plan de acción para cambiar la conducta.
- ✓ Reforzar la confianza al hacer cambios de conducta y emprender la acción.

Dominio 7: Rol/Relaciones. Clase 3: Desempeño de Rol

Deterioro de la interacción social (00052)⁽⁴¹⁾, relacionado con trastorno del autoconcepto y barreras de comunicación, manifestado por incapacidad para comunicar sensaciones satisfactorias de implicación social.

- **Resultados (NOC)**^(42,44):

Implicación social (1503). Interacciones sociales con personas, grupos u organizaciones.

Escala: 1, nunca demostrado/ 2, raramente demostrado/ 3, a veces demostrado/ 4, frecuentemente demostrado/ 5, siempre demostrado.

Indicadores⁽⁴²⁾:

- ✓ (150304) Interacción con miembros de grupos de trabajo: 1, nunca demostrado.
- ✓ (150311) Participación en actividades de ocio: 1, nunca demostrado.

- **Intervenciones (NIC)**^(43,44):

Potenciación de la socialización (5100). Facilitar la capacidad de una persona para interactuar con otros.

Actividades:

- ✓ Animar a la paciente a desarrollar relaciones.
- ✓ Fomentar la participación en actividades sociales y comunitarias.
- ✓ Enfrentar a la paciente con sus trastornos de juicio, cuando corresponda.
- ✓ Solicitar y esperar comunicaciones verbales.

Grupo de apoyo (5430). Uso de un ambiente grupal para proporcionar apoyo emocional e información relacionada con la salud a sus miembros.

Actividades:

- ✓ Crear una atmosfera relajada y de aceptación.
- ✓ Vigilar y dirigir la implicación activa de los miembros del grupo.
- ✓ Enfatizar la importancia de la capacidad activa de enfrentarse a los problemas.
- ✓ Identificar los temas que se produzcan en los debates del grupo.

EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN

En esta etapa se realiza las intervenciones y actividades previstas en la planificación, haciendo una reevaluación continua.

Para medir los indicadores se usa una escala tipo Likert (donde 1 es la peor puntuación posible y 5 es la puntuación más deseable para los criterios de resultados propuestos)⁽⁴²⁾.

Se parte de una puntuación inicial (**P.I.**) de la valoración del día 7 de diciembre de 2011, se pretende que la paciente, no pierda el contacto con la consulta de enfermería, por lo que al principio serán citas más seguidas, también se procuró que fueran en miércoles, ya que esos días las consultas se destinan a casos más especiales y que requieren más tiempo.

Se registran las puntuaciones de los indicadores obtenidas en las siguientes visitas.

Las dos primeras visitas son cada **siete días** posteriormente a los **quince** y luego **cada mes** (en días aproximados). Se cita a la semana siguiente de la valoración, el 14 de diciembre, se había comenzado a trabajar con la baja autoestima, y la ansiedad, se comprueba que mejoró un poco en la voluntad de enfrentarse a los demás y comienza a utilizar las terapias. Como se dijo a la hora de planificar los diagnósticos, se van alternando estos con los de problemas físicos, dolor y movilidad, donde se comprueba en la siguiente visita del día 21 de diciembre 2011 que la paciente ha llegado a los resultados previstos, en estos dos diagnósticos. Se inicia actividades para nivel de autocuidados.

Ante la llegada de las fechas navideñas y que la paciente va a contactar con la familia que está en España, se reevalúa el plan, por si fuera preciso modificar alguna intervención, se refuerza el afrontamiento de problemas, ansiedad y toma de decisiones, y se observa que en la cita del día 9 de Enero del 2012, había habido un progreso en toma de decisiones, una ligera mejoría en la autoestima y en el control de la ansiedad, lo que repercutía para mejorar el insomnio. Aquí, es cuando se comienza a trabajar con los diagnósticos que estaban presentes y que se relegan por no ser abordables al inicio, dada la situación en la que estaba la paciente.

Se comienza a intervenir en el deterioro de la capacidad de recuperación personal e interrupción de los procesos familiares, se inicia contactos, con los técnicos sociales para asesoramiento de asociaciones y grupos de apoyo, para trabajar en el deterioro de la interacción social que estaba muy comprometida. En la cita del 8 de Febrero del 2012, hay una mejoría en el patrón de autopercepción-autoconcepto y rol/relaciones y con un leve progreso en el patrón de afrontamiento-tolerancia al estrés, se le pregunta por la situación familiar y dice que ha mejorado pero no es fácilmente controlable hasta que no se produzca un cambio en la relación con su

pareja. Se deja anotado en su historia, se registra la nueva puntuación de los indicadores y se le mantiene el plan. En la visita a la consulta del día 7 de Marzo del 2012, que corresponde aproximadamente a los noventa días desde el inicio del plan de cuidados, se observa un gran avance, se muestra receptiva y con mayor seguridad hacia una ruptura de la situación, valora la importancia de un plan para evitar el abuso. Debido a la convicción de la paciente de separarse y ante el peligro de la reacción del agresor, se realiza un plan de seguridad personalizado (Anexo IV), basado en el protocolo del Sistema Nacional de Salud.

| RESULTADOS (NOC) | INDICADORES | CONSULTAS (en días aprox.) | | | | | |
|-----------------------------------|---|----------------------------|---|----|----|----|----|
| | | P.I. | 7 | 15 | 30 | 60 | 90 |
| Autoestima | | | | | | | |
| | Nivel de confianza | 2 | 2 | 3 | 3 | 4 | 4 |
| | Voluntad para enfrentarse a los demás | 1 | 2 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | Sentimientos sobre su propia persona | 1 | 1 | 2 | 3 | 3 | 4 |
| Control del dolor | | | | | | | |
| | Reconoce el comienzo del dolor | 3 | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 |
| | Utiliza los analgésicos de forma apropiada | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 |
| Autocontrol de la ansiedad | | | | | | | |
| | Utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad | 1 | 2 | 2 | 3 | 4 | 4 |
| | Refiere dormir de forma adecuada | 2 | 2 | 3 | 3 | 4 | 4 |
| | Controla la respuesta de ansiedad | 2 | 2 | 3 | 3 | 4 | 4 |
| Nivel de Ansiedad | | | | | | | |
| | Tensión muscular | 2 | 3 | 3 | 4 | 4 | 5 |
| | Ansiedad verbalizada | 2 | 2 | 3 | 3 | 4 | 4 |
| Movilidad | | | | | | | |
| | Movilidad articular | 3 | 4 | 4 | 5 | 5 | 5 |
| | Ambulación | 3 | 4 | 4 | 5 | 5 | 5 |
| Sueño | | | | | | | |
| | Patrón del sueño | 2 | 2 | 3 | 4 | 4 | 5 |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Calidad del sueño | 2 | 2 | 3 | 4 | 5 | 5 |
| Afrontamiento de problemas | | | | | | | |
| | Identifica patrones de superación eficaces | 2 | 2 | 3 | 3 | 4 | 4 |
| | Verbaliza sensaciones de control | 3 | 3 | 4 | 4 | 4 | 5 |
| | Verbaliza necesidad de asistencia | 1 | 2 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | Refiere disminución de sentimientos negativos | 2 | 2 | 3 | 3 | 4 | 4 |
| Toma de decisiones | | | | | | | |
| | Identifica las consecuencias posibles de cada alternativa | 3 | 3 | 3 | 4 | 4 | 5 |
| | Reconoce contradicción con los deseos de los demás | 2 | 2 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | Reconoce el contexto social de la situación | 2 | 2 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Capacidad personal de recuperación | | | | | | | |
| | Busca apoyo emocional | 2 | 2 | 3 | 3 | 4 | 5 |
| | Se aparta de relaciones abusivas | 2 | 2 | 3 | 3 | 4 | 5 |
| | Progresar hacia los objetivos | 2 | 2 | 3 | 4 | 4 | 5 |
| Afrontamiento de los problemas de familia | | | | | | | |
| | Afronta los problemas | 2 | 2 | 2 | 3 | 4 | 4 |
| | Tiene un plan de emergencia | 2 | 2 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | Utiliza el apoyo social | 1 | 1 | 1 | 2 | 3 | 3 |
| Nivel de autocuidados | | | | | | | |
| | Mantiene higiene personal | 4 | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 |
| | Mantiene la higiene bucal | 3 | 3 | 3 | 4 | 5 | 5 |
| Implicación social | | | | | | | |
| | Interacción con miembros de grupos de trabajo | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 3 |
| | Participación en actividades-ocio | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 |

Actualizamos el plan de cuidados en función de las valoraciones, resultados y resolución de diagnósticos.

La paciente precisa reforzar las relaciones sociales, se le informa que sí cambia de residencia, debe acudir a su centro de salud, para seguir con el proceso.

El tener unos registros contrastados nos permite saber el grado de consecución de los objetivos propuestos y los resultados logrados⁽³⁷⁾, aunque estos son variables en el tiempo, por lo que es preciso una evaluación continua.

CONCLUSIONES

Hay que tener en cuenta que se puede desempeñar un papel crucial desde los servicios sanitarios para ayudar a las mujeres que sufren violencia de género, ya que la mayoría de estas, entran en contacto con algún servicio sanitario en algún momento de su vida y frecuentemente es la consulta de enfermería. Son necesarios más recursos para reforzar la prevención de la violencia de género, con la idea de que no se produzca un primer episodio.

Diferentes autores, han expuesto la necesidad del uso de herramientas adecuadas en el diagnóstico y tratamiento precoz de la violencia de género. Se pone de manifiesto las ventajas del uso de un cribado normalizado para una mejor diferenciación entre mujeres maltratadas y las que no lo son y el uso un lenguaje enfermero estandarizado comprensible por todos los miembros del equipo.

La enfermera/o tiene la responsabilidad de facilitar la creación y puesta en marcha del plan de cuidados individualizado, y con la suficiente flexibilidad como para modificar los resultados e intervenciones según vaya siendo necesario, asegurando la actuación sobre los aspectos generales estandarizados así como una buena coordinación entre niveles asistenciales.

Es importante la construcción y mantenimiento de una red social de apoyo para las mujeres víctimas de violencia género, siendo un objetivo fundamental en la atención a las mismas. Para abordar de forma integral las consecuencias de este problema y las necesidades de las víctimas.

En referencia al caso propuesto, se ha logrado que la paciente sea tratada de su problema por medio de un plan personalizado, temporalizado y coordinado. Con todo ello se logra una mejora en la autoestima de la paciente que la ayuda a afrontar la situación, incrementa su autonomía en la toma de decisiones, se minimizan complicaciones y se prepara a la víctima para que actúe en caso de peligro extremo. En cambio, el objetivo de construir una red social de apoyo no se logra completamente, puesto que no han aumentado en la medida necesaria sus relaciones sociales.

Se detecta la inexistencia de mediadores culturales⁽⁴⁵⁾ que puedan colaborar con los centros sanitarios y una falta de coordinación con asociaciones de apoyo a estas mujeres^(13,45). Estas dos cuestiones pueden ser de gran relevancia y plantearse como futuras propuestas de atención integral, puesto que la tendencia actual de la enfermería transcultural basada en los postulados de la "Teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados culturales" de M. Leininger, es la de trabajar con una perspectiva holística. En este sentido la profesión enfermera es la base que debe asumir y aprovechar la oportunidad para profundizar en su desarrollo como profesión humanística, no dejándose anclar en la antigua tradición biologicista.

Para finalizar, se proponen futuras líneas de investigación que evalúen la eficacia de los protocolos recientemente implantados, para lograr una detección precoz, tratamiento adecuado y evitar complicaciones en la violencia de género.

BIBLIOGRAFÍA

1. Puig Borrás C, coordinador. Aproximación a la violencia contra las mujeres inmigrantes en Cataluña [Internet]. Barcelona: Agencia Catalana de Cooperación para el Desarrollo. Interarts; 2008 [citado 29 Dic 2012]. Disponible en: <http://www.interarts.net/descargas/interarts1178.pdf>
2. Escuela Andaluza de Salud Pública. Observatorio de Salud de la Mujer. Grupo de Trabajo de la Unidad de Apoyo a la investigación. Adaptación española de un instrumento de diagnóstico y otro de cribado para detectar la violencia contra la mujer en la pareja desde el ámbito sanitario [Internet]. Sevilla: EASP; 2006 [citado 27 Dic 2012]. Disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/genero_vg_02.pdf
3. Viejo Belón B, coordinadora. Mujer inmigrante y asistencia sanitaria. Barcelona: Saatchi & Saatchi Healthcare; 2010.
4. Dirección General de Atención Primaria. Grupo de Trabajo de Técnicos de Salud Pública. Salud, violencia de género e inmigración en la Comunidad de Madrid [Internet]. Madrid: La Dirección General; 2010 [citado 3 Dic 2012]. Disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=ContentDisposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DEstudio+violencia+inmigracion_2011.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DPortalSalud&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1310559849636&ssbinary=true
5. Sistema Nacional de Salud. Consejo Interterritorial. Grupo de trabajo de protocolos y guías de actuación sanitaria ante la violencia de género. Informe,

estudios e investigación. Protocolo Común para la actuación sanitaria ante la violencia de género. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2012.

6. Mohamed Mohand L, Seijo Martínez D, Novo Pérez M. Mujeres de cultura musulmana víctimas de violencia de género: análisis de las acciones de inserción socio-laboral y atención personal en la atención personal en la ciudad autónoma de Melilla 2012. *Revista de Educação e Humanidades* [Internet]. 2012 [citado 27 Dic 2012]; 2: [aprox. 11 p.]. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3825634>
7. Rana S. Addressing Domestic Violence in Immigrant Communities: Critical Issues for Culturally Competent Services. *Vawnet* [Internet]. 2012 [cited 2013 Jan 20]. Disponible en: http://www.vawnet.org/Assoc_Files_VAWnet/AR_DVImmigrantComm.pdf7.
8. Río Benito MJ, Álvarez Girón M, García Gil C, Solano Parés A. Las mujeres inmigrantes en Sevilla: Salud y condiciones de trabajo. *Una revisión desde la medicina Social Reis*. 2003; 104 (3):123-44.
9. Forca Sánchez ME, García Gérez MV, García Lisón E, González Grima A, Guillén Ayala J, Hernández Almagro FJ. La inmigrante y su salud, un camino por recorrer en el siglo XXI. *Enferm glob*. [Internet]. 2009 Feb [citado 2012 dic 20];8(1):[aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/50041>
10. Adams ME, Campbell J. Being Undocumented & Intimate Partner Violence (IPV): Multiple Vulnerabilities Through the Lens of Feminist Intersectionality. *Women's Health & Urban Life* [Internet]. 2012 May [cited 2013 Jan 10]; 11(1):15-34. Disponible en: <http://hdl.handle.net/1807/32411>
11. Fuertes C, Martín Laso MA. El inmigrante en la consulta de atención primaria. *An Sist Sanit Navar*. 2006; 29 (Sup1):9-25.
12. Lindert J, Priebe S, Penka S, Napo F, Schouler-Ocak M, Heinz A. Mental health care for migrants. *Psychother Psychosom Med Psychol*. 2008 Mar; 58(3-4):123-9.
13. Belmonte García T, Checa Olmos JC, Arjona Garrido A. Servicios de salud e inmigración en Andalucía (España): una mirada desde dentro. *Sáude Soc. São Paulo*. 2012; 21(1):63-75.
14. Ackerson LK, Kawachi I, Barbeau EM, Subramanian SV. Effects of individual and proximate educational context on intimate partner violence: a population-based study of women in India. *Am J Public Health*. 2008 Mar; 98(3):507-14.

15. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Guía de apoyo en Atención Primaria para abordar la violencia de pareja hacia las mujeres. Madrid: Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid; 2008.
16. Principado de Asturias. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. Guía didáctica de diagnóstico e intervención Sanitaria en Violencia de Género en Atención Primaria. Oviedo: Servicio de Salud del Principado de Asturias; 2012.
17. Sistema Nacional de Salud. Consejo Interterritorial. Comisión contra la Violencia de Género Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.
18. Instituto Canario de la Mujer. Servicio de Coordinación del Sistema Integral contra la Violencia de Género. Guía para la Atención a Mujeres Víctimas de Violencia de Género Instituto Canario de la Mujer [Internet]. Las Palmas de Gran Canaria: ICM; 2009 [citado 7 Ene 2013]. Disponible en: http://www.gobiernodecanarias.org/opencms8/export/sites/icigualdad/resources/documentacion/Guia_Atencion_victimas_Violencia_cambiada-21042008.pdf
19. Gil Ambrona A. Historia de la violencia contra las mujeres. Madrid: Cátedra; 2008.
20. Uehling G, Bouroncle A, Roeber C, Tashima N, Crain C. Preventing Partner Violence in Refugee and Immigrant Communities. FMR [Internet]. 2011 oct [citado 20 Ene 2013];38:[aprox. 1 p.] Disponible en: <http://www.fmreview.org/sites/fmr/files/FMRdownloads/en/technology.pdf>
21. Bosch-Fiol E, Ferrer-Pérez VA. Nuevo mapa de los mitos sobre la violencia de género en el siglo XXI. Psicothema [Internet].2012 [citado 21 Dic 2012]; 24(4):[aprox.14 p.]. Disponible en: <http://www.psycothema.com/pdf/4052.pdf>
22. Coll-Vinent Puig B. Violencia y maltrato de género (II). Una aproximación desde urgencias. Emergencias; 2008;20:269-75.
23. Vives-Cases C, Gil-González D, Plazaola-Castaño. Violencia de género en mujeres inmigrantes y españolas: magnitud, respuestas ante el problema y políticas existentes. Gac Sanit [Internet]. 2009 Dic [acceso 9 Ene 2013];23(Sup 1):[aprox.6 p.]. Disponible en : http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13145747&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=138&ty=122&accion=L&origen=elsevier&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=138v23nSupl.1a13145747pdf001.pdf
24. Instituto de la mujer. Observatorio de violencia de género. IV Informe anual del Observatorio estatal de la violencia sobre la mujer. Informe ejecutivo 2011.

- [Internet]. [citado 7 Ene 2013]. Disponible en: http://www.uca.es/recursos/doc/unidad.../1693412868_1122011112649.pdf
25. Glass N, Annan SL, Bhandari S, Bloom T, Fishwick N. Nursing care of immigrant and rural abused women. In: Humphreys J, Campbell J, editors. Family violence and nursing practice. 2ª ed. New York: JONI.2011:207-24.
 26. Observatorio contra la violencia doméstica y de género. Datos de los Juzgados de Violencia sobre la Mujer del primer trimestre de 2012 [Internet]. [citado 30 Ene 2013]. Disponible en: <http://www.observatorioviolencia.org/documentos.php?id=305>
 27. Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales e Igualdad. Secretaria de Estado de Servicios Sociales e Igualdad [Internet]. Resumen anual 2012 por violencia de género. [citado 30 Ene 2013]. Disponible en: http://www.msc.es/ssi/violenciaGenero/portalEstadistico/fichaResumen/docs/V Mortales_31_12_2012_resumenAnual.pdf
 28. Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales e Igualdad. Secretaria de Estado de Servicios Sociales e Igualdad [Internet]. Ficha estadística de violencia de género. [citado 24 Feb 2013]. Disponible en: <http://www.msc.es/ssi/violenciaGenero/portalEstadistico/home.htm>
 29. Moreno Preciado M. La relación con el paciente inmigrante. Perspectivas Investigadoras. Index Enferm [Internet]. 2005 Nov [citado 20 Dic 2012]; 14(50):[aprox 5 p.]. Disponible en : http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962005000200005&lang=pt
 30. Bouchon M. Violencia contra la mujer, género, cultura y sociedades. Departamento de Apoyo técnico a las operaciones (STAO). Barcelona: Médicos del Mundo; 2009.
 31. Bretón V, García F, Jové A, Vilalta MJ. Ciudadanía y exclusión: Ecuador y España frente al espejo. Madrid: Catarata; 2007.
 32. Salvador Sánchez L, Rivas Vilas M, Sánchez Ramón V. Violencia y maltrato de género (III). Nociones prácticas para su detección precoz y abordaje integral en urgencias. Emergencias. 2008;20:343-52.
 33. Ruiz-Pérez I, Plazaola-Castano J, Río-Lozano M del. Physical health consequences of intimate partner violence in Spanish women. Eur J Public Health. 2007 Jan 23; 17(5):437-43.

34. Sendra-Gutiérrez JM, de Francisco Beltrán, P, Iribarren M, Vargas Aragón, Martín L. Asistencia psiquiátrica ambulatoria en la población inmigrante de Segovia (2001-2008): estudio descriptivo. Rev Psiquiatr Salud Ment [Internet]. 2012 [citado 20 dic 2012]; 5(3):[aprox.16 p.]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es/revistas/revista-psiquiatria-salud-mental--286/asistencia-psiquiatrica-ambulatoria-poblacion-inmigrante-segovia-2001-2008-90141476-originales-2012>
35. Junta Castilla y León. Consejería de Sanidad. Cartera de Servicios de Atención Primaria SACYL [Internet]. Valladolid; 2009 [citado 7 enero 2013]. Disponible en: <http://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/catalogo-prestaciones/cartera-servicios-primaria>
36. Carpenito Moyet LJ. Planes de cuidados y documentación clínica en enfermería. Diagnósticos de Enfermería y problemas en colaboración. 4ª ed. Madrid: McGraw Hill Interamericana; 2005.
37. Berman A, Dnyder SJ, Kozier B. Fundamentos de enfermería. Conceptos, proceso y prácticas. Vol. I. Madrid: Pearson Prentice Hall; 2008.
38. Gordon M. Manual of nursing diagnosis. 12th ed. New York: John and Bartlett publishers; 2010.
39. Gordon M. Manual de diagnósticos enfermeros.10ª ed. Madrid: Elsevier, 2006.
40. Arribas Cachá AA, Aréjula Torres JL, Borrego de la Osa R, Domingo Blázquez M, Morente Parra M, Roblado Martín J, et al. Valoración Enfermera Estandarizada: Clasificación de los criterios de valoración de enfermería. Observatorio Metodología Enfermera. Madrid: Colegio Oficial de Enfermería de Madrid; 2006.
41. Herdman TH, editor. NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2009-2011. Barcelona: Elsevier; 2010.
42. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E, editores. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC).4ª ed. Barcelona: Elsevier; 2009.
43. Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey Dochterman J, editores. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5ª ed. Madrid: Elsevier; 2009.
44. Johnson M, Bulechek G, Butcher H, McCloskey Dochterman J, Maas M, Moorhead S, et al, editores. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC: diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones. 2ª ed. Barcelona: Elsevier; 2007.
45. Alés Portillo A, Otero Rodríguez J, Beck García V, Villar Navarro, J. Calidad de vida en la población inmigrante: Aplicación de un programa enfermero de apoyo

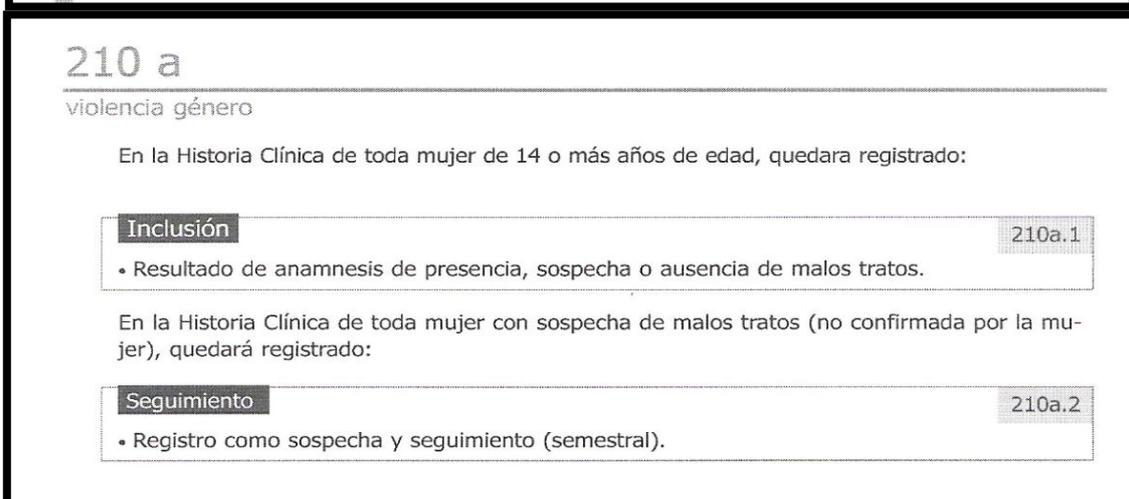
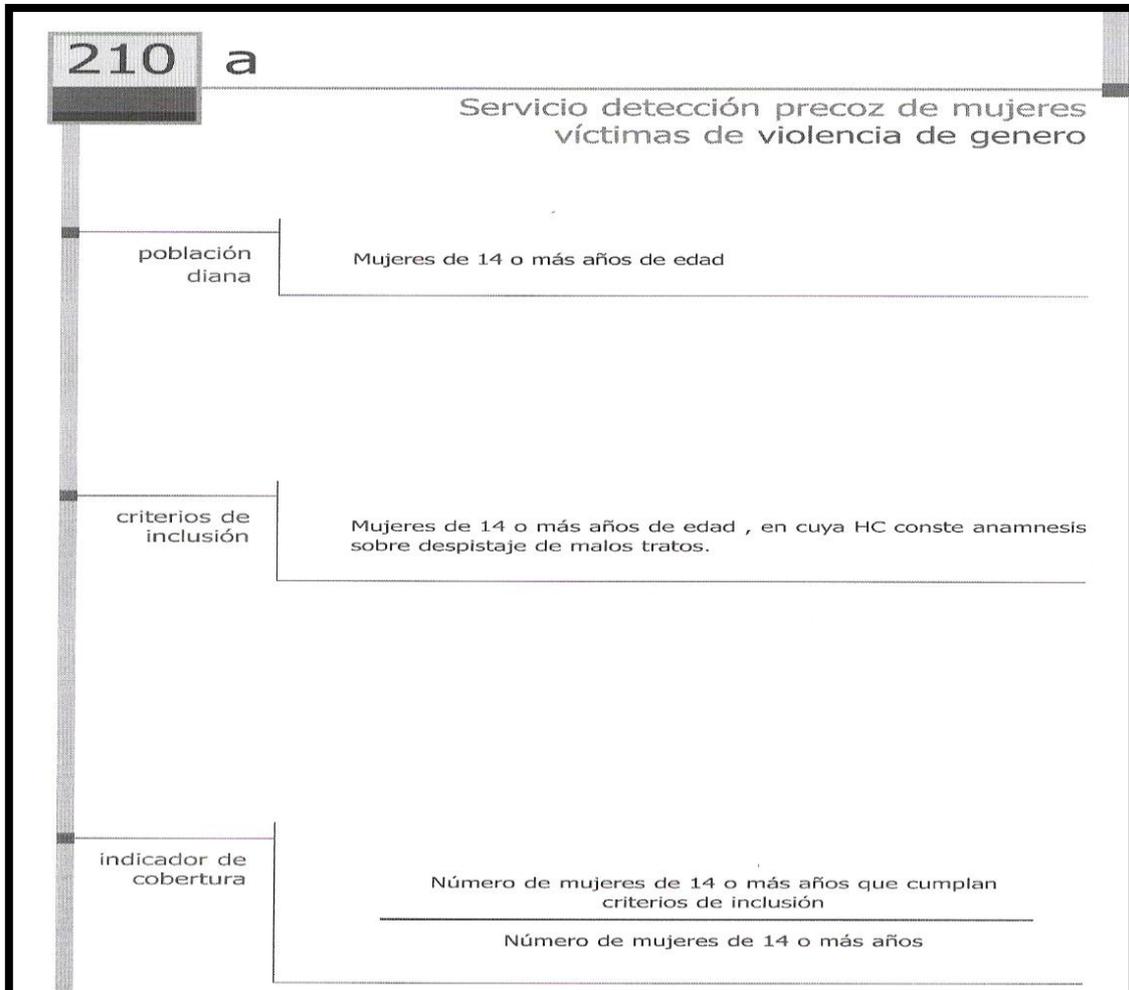
psicosocial. Biblioteca Lascasas [Internet]. 2011 [citado 10 ene 2013];7(1)[aprox. 16 p.]. Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0580.php>

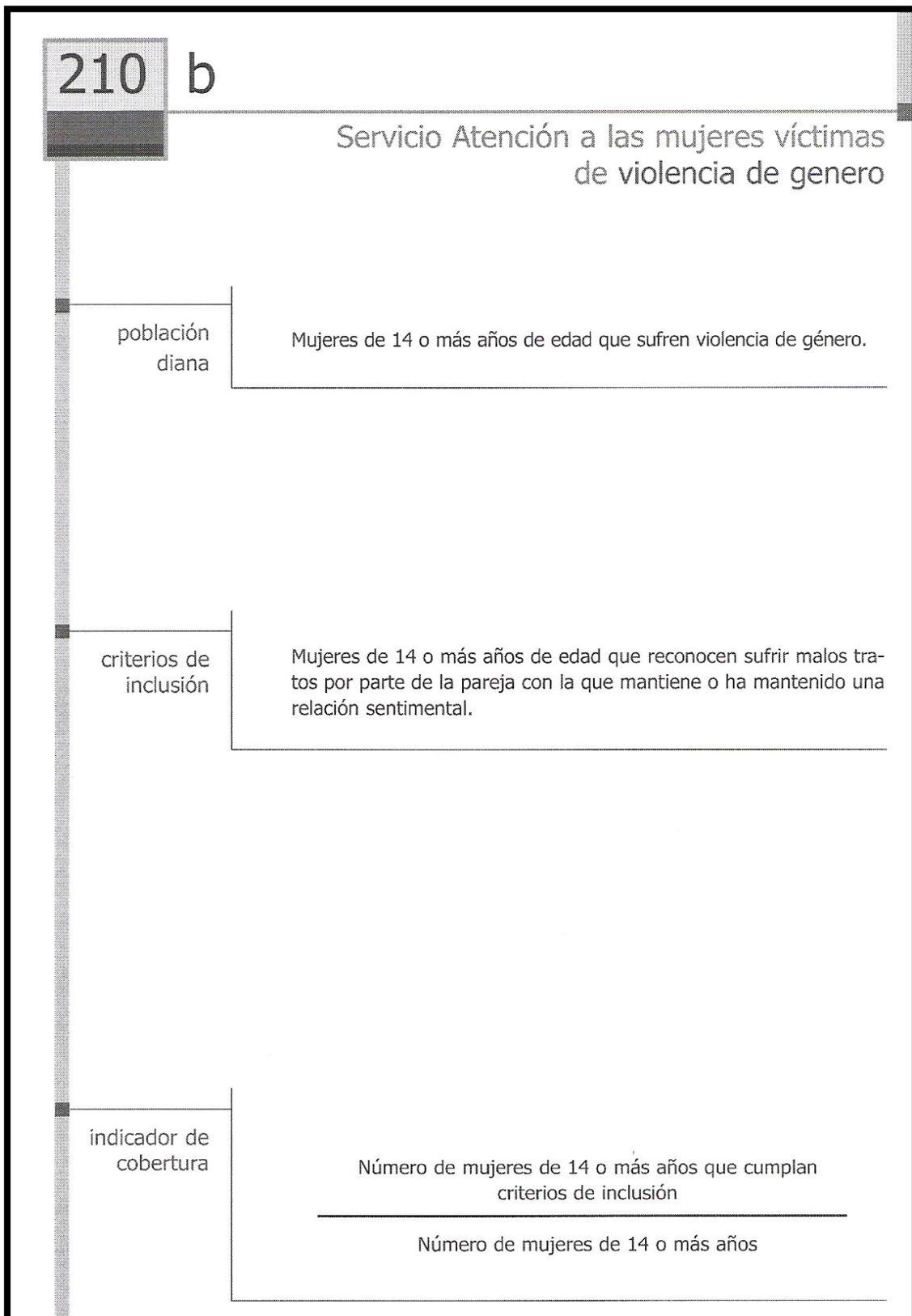
BIBLIOGRAFÍA DE CONSULTA

- Alfaro-Lefvre R. Aplicación del proceso enfermero. Fomentar el cuidado con colaboración. 5ª ed. Barcelona: Masson; 2003.
- Besora Torredelot I, Castillo de la Rosa E, Chaure López I, Fernández Ferrín C, Giménez Maroto A, Inarejos García M, et al. Los diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y guía práctica. 8ª ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2008.
- Carpenito Moyet LJ. Diagnósticos de enfermería. Aplicaciones a la práctica clínica. 9ª ed. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2002.
- Ackley B, Ladwin GB. Manual de diagnósticos de enfermería. Guía para la planificación de los cuidados. 7ª ed. Madrid: Elsevier/Mosby; 2007.
- Luis Rodrigo MT. Los diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y guía práctica. 7ª ed. Barcelona: Elsevier-Masson; 2006.
- Mora Martinez JR. Guía metodológica para la Gestión Clínica por procesos. Aplicación en las organizaciones de enfermería. Madrid: Díaz de Santos; 2003.
- Gay J. Nuevo Manual de la Enfermería. Barcelona: Oceano/Centrum; 2009.

ANEXO I

CARTERA DE SERVICIO DE LA JUNTA DE CASTILLA Y LEÓN





210 b

violencia género

En la Historia Clínica de toda mujer de 14 o más años de edad que reconoce sufrir malos tratos quedará registrado:

Valoración

210b.1

- Valoración biopsicosocial: lesiones y síntomas físicos, situación emocional, familia, red social, situación económica y laboral.
- Valoración de la situación de violencia: Tipo de maltrato y evolución del mismo; Fase del proceso de violencia.
- Valoración del riesgo: Riesgo físico extremo, Riesgo psíquico, Riesgo social.

Plan de cuidados

210b.2

- Establecer un plan de intervención y seguimiento que incluye: plan de cuidados individualizado en función de los problemas detectados, del riesgo, de la situación familiar, económica y social*.

*Mujeres en peligro extremo:

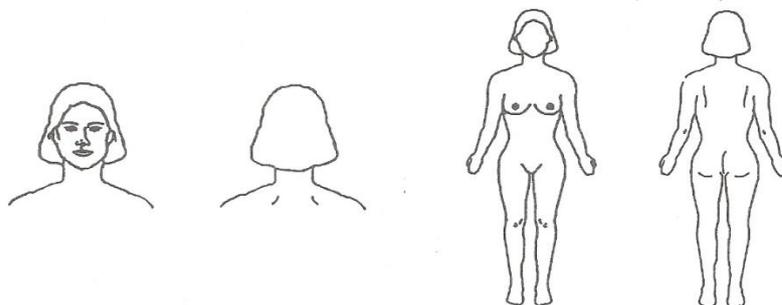
- Riesgo físico extremo: Exploración física sistematizada y derivación al Hospital.
- Riesgo de suicidio: Derivación al servicio de urgencias de Salud Mental.
- Riesgo inminente de agresión grave: Contactar con el juez de guardia o, en su defecto, policía o guardia civil.

*Mujeres que no se encuentran en peligro extremo:

- Intervención personalizada en función del riesgo.
- Informar de la situación y del ciclo de violencia.
- Atención a los problemas físicos, psíquicos y sociales.
- Plantear estrategia de seguridad.
- Plan de consultas de seguimiento en función de la fase del proceso y teniendo en cuenta situación familiar, personas dependientes y recursos con los que cuenta.
- Derivación: trabajador social, recursos sociales, emergencias, atención especializada.
- Emitir parte de lesiones cuando proceda.
- Plan de intervención sobre los hijos.

PROTOCOLO SANITARIO ANTE MALOS TRATOS DOMÉSTICOS

4.- EXPLORACIÓN FÍSICA: (Descripción de las lesiones, sin olvidar data aproximada)



.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

5.- ESTADO EMOCIONAL ACTUAL:

.....
.....
.....
.....
.....

6.- PRUEBAS DIAGNÓSTICAS COMPLEMENTARIAS:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

INTERESADA



PROCOLO SANITARIO ANTE MALOS TRATOS DOMÉSTICOS

7.- DIAGNÓSTICO:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

8.- TRATAMIENTO:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

9.- PLAN DE ACTUACIONES Y OBSERVACIONES:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

INTERESADA





PROTOCOLO SANITARIO ANTE MALOS TRATOS DOMÉSTICOS

D/D^a

Médico, colegiado/a encon el nº

y con ejercicio profesional en (centro y lugar de trabajo).....

.....

.....

PARTICIPA A V.I.: Que en el día de hoy, a lashoras, he atendido en
(Consultorio, Centro de Salud, Hospital, denominación del centro y lugar de trabajo,
localidad, calle, etc.....)

.....

a D^a.....;de.....años;
con domicilio en (calle y número).....

Código Postal y Localidad

Provincia; Teléfono

le REMITE el informe médico por presuntos malos tratos, que se acompaña.

Fecha y firma:

ILMO/A. SR/A. MAGISTRADO/A. JUEZ DE INSTRUCCIÓN DE

INTERESADA



ANEXO III

PROPUESTA DE ENTREVISTA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Tabla 2a.

RECOMENDACIONES PARA LA ENTREVISTA CLÍNICA A LA MUJER ANTE SOSPECHA DE MALTRATO

- 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.

En el caso de que lo reconozca:

- 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 IV

PLAN DE SEGURIDAD

SI TUVIERA QUE ABANDONAR LA CASA DE FORMA URGENTE SE LE INFORMARÁ SOBRE LOS SIGUIENTES ASPECTOS:

Tener preparado

- Juego adicional de llaves de la casa y del coche. Listado de teléfonos de familiares, colegios, médicos y otros teléfonos importantes de lugares dónde poder alojarse.
- Documentos legales, como certificado de nacimiento, tarjeta sanitaria, carné de conducir, Documento Nacional de Identidad, pólizas de seguros, escrituras de bienes inmuebles, informes médicos, denuncias, fotos de lesiones...
- Bolso con ropa, medicamentos y algún objeto significativo para cada hijo o hija.
- Una cuenta corriente o libreta de ahorro (que sólo ella conozca) e ir ingresando lo que pueda. Hacer una provisión de dinero en metálico.

Tener precaución de

- 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 que puedan ser utilizados como tales.
- 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 y la cara).

Recibido: 4 febrero 2013.
Aceptado: 12 marzo 2014.