



UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

Facultad de Enfermería de Soria



GRADO EN ENFERMERÍA

Trabajo Fin de Grado

Plan de Cuidados Estandarizado para Víctimas de Violencia de Género.

Estudiante: María Moreno Carrascosa.

Tutelado por: M^a Ángeles Ferrer Pascual.

Soria, 25 de mayo de 2018.

“Existe una verdad universal, aplicable a todos los países, culturas y comunidades: la violencia contra la mujer nunca es aceptable, nunca es perdonable, nunca es tolerable”

Secretario General de las Naciones Unidas, Ban Ki-Moon (2008)

RESUMEN

Introducción: La Violencia de Género es el 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 la mujer, amenazas, coacción o privación de la libertad, tanto en el ámbito privado y en el público. Este problema, que ocasiona graves problemas físicos y psicológicos, afecta a mujeres de todo el mundo. Los profesionales de enfermería tienen un papel fundamental en el abordaje y la atención a la víctima ante este problema. A través del Proceso Enfermero y el Plan de Cuidados, estos valoran los problemas que sufre la mujer, plantean los objetivos que se quieren lograr para solucionarlo y las intervenciones que realiza el personal de enfermería para ello.

Objetivo: El objetivo consiste en analizar el papel de enfermería ante la Violencia de Género, los Diagnósticos Enfermeros más frecuentes para las víctimas y proponer y elaborar un Plan de Cuidados Estandarizado para llevar a cabo con las Víctimas de la Violencia de Género.

Metodología: Se ha realizado una revisión bibliográfica con las palabras clave en las bases de datos Cinalh, Cuiden Plus, Lilacs, Pubmed y Scielo. Han sido seleccionados 10 artículos para la revisión.

Resultados y Discusión: Los profesionales de enfermería tienen un nivel de conocimientos sobre la Violencia de Género medio y demandan más formación en el abordaje de las víctimas que les permita ofrecer mejor atención, para su desarrollo principalmente en el centro de salud y en urgencias. Hay escasez de estudios que analicen los Diagnósticos Enfermeros y los Planes de Cuidados para las Víctimas de Violencia de Género. Un grupo de enfermeros españoles, ha propuesto a la NANDA-I el Diagnóstico Enfermero de “Síndrome de Violencia de Género” para realizar una atención especializada con las víctimas, que permita abordar todas las repercusiones, en el ámbito físico y psicológico, que la violencia les produce.

Conclusiones: La falta de Planes de Cuidados Estandarizados para Víctimas de Violencia de Género, plantea la necesidad de una mayor investigación al respecto. No obstante, debido a las características más frecuentes en las víctimas, se plantea que los Diagnósticos Enfermeros más adecuados para trabajar el problema, a través del Plan de Cuidados Estandarizado son: Ansiedad, Baja Autoestima Situacional, Deterioro de la Interacción Social y Riesgo de Lesión, que se llevarán a cabo por el profesional de enfermería.

Palabras clave: Diagnóstico Enfermero, Intervención Enfermera, Plan de Cuidados y Violencia de Género.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1. Marco Conceptual de la Violencia de Género.....	1
1.2. Evolución, Regulación y Legislación de la Violencia de Género.....	4
1.3. Modelos de Atención Enfermera. Proceso Enfermero.	6
2. JUSTIFICACIÓN.....	10
3. OBJETIVOS.....	10
4. METODOLOGÍA.....	10
5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	11
5.1. Actuaciones de los Profesionales de Enfermería a las Víctimas de Violencia de Género.....	11
5.2. Diagnósticos Enfermeros más frecuentes para Víctimas de Violencia de Género.	12
6. CONCLUSIONES.....	14
7. PROPUESTA DE UN PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO PARA VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO.....	15
7.1. Valoración de Enfermería.....	15
8. REFLEXIÓN PERSONAL.....	22
9. BIBLIOGRAFÍA.....	23
10. ANEXOS.....	26
ANEXO I. Víctimas fallecidas por Violencia de Género en España entre 2008-2018.	26
ANEXO II. Necesidades de Virginia Henderson.	27
ANEXO III. Estrategia de búsqueda.	28
ANEXO IV. Tabla de resultados.	29
ANEXO V. Cuestionario Wast de Cribado corto.	30
ANEXO VI. Plan de Cuidados Estandarizado.....	31

LISTADO DE ABREVIATURAS

AP: Atención Primaria.

DE: Diagnóstico Enfermero.

CCAA: Comunidad Autónoma.

CyL: Castilla y León.

MSSSI: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

NIC: Nursing Interventions Classification o Clasificación de Intervenciones de Enfermería.

NOC: Nursing Outcomes Classification o Clasificación de Resultados de Enfermería.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

ONU: Organización de las Naciones Unidas.

PC: Plan de Cuidados.

PCE: Plan de Cuidados Estandarizado.

PCI: Plan de Cuidados Individualizado.

PE: Proceso Enfermero.

UE: Unión Europea.

VG: Violencia de Género.

VVG: Víctimas de Violencia de Género.

GLOSARIO DE TÉRMINOS⁸

Maltrato: Cualquier acción, omisión o trato negligente que vulnere los derechos fundamentales de la persona, comprometa la satisfacción de las necesidades básicas de la persona e impida o interfiera en su desarrollo físico, psíquico y/o social. Incluye los malos tratos físicos, psíquicos y sexuales hacia menores, personas mayores o personas dependientes (aquellas que por falta o pérdida de la capacidad física y/o psíquica están en situación de dependencia de los demás).

Violación: La invasión de cualquier parte del cuerpo de la víctima con un órgano sexual, o de la cavidad anal o genital de la víctima con cualquier objeto o cualquier otra parte del cuerpo mediante la fuerza, la coacción o aprovechándose de un entorno coercitivo, o contra una persona incapaz de dar su consentimiento verdadero (Corte Penal Internacional).

Violencia contra las mujeres: Se deberá entender una violación de los derechos humanos y una forma de discriminación contra las mujeres, y designará todos los actos de violencia basados en el género que implican o pueden implicar para las mujeres daños o sufrimientos de naturaleza física, sexual, psicológica o económica, incluidas las amenazas de realizar dichos actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, en la vida pública o privada (Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica).

Violencia doméstica: Toda forma de violencia física, sexual o psicológica que pone en peligro la seguridad o el bienestar de un miembro de la familia; recurso a la fuerza física o al chantaje emocional; amenazas de recurso a la fuerza física, incluida la violencia sexual, en la familia o el hogar. En este concepto se incluyen el maltrato infantil, el incesto, el maltrato de mujeres y los abusos sexuales o de otro tipo contra cualquier persona que conviva bajo el mismo techo (Comisión Europea).

Plan de Cuidados Estandarizado para Víctimas de Violencia de Género

1. INTRODUCCIÓN.

1.1. Marco Conceptual de la Violencia de Género.

En los últimos años se ha puesto de manifiesto un gran problema de Salud Pública en la sociedad actual, que afecta gravemente a las mujeres de cualquier edad y estrato social, la Violencia de Género (VG), lo que ha provocado el desarrollo de estudios centrados en el análisis de lo que supone esta violencia. En 1996, mediante la resolución de la 49ª Asamblea Mundial de la Salud, los Estados Miembros acordaron declarar la violencia una prioridad de Salud Pública y creciente en todo el mundo¹.

La Asamblea General de Naciones Unidas (ONU) en la Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer en el año 1993, define "Violencia Contra la Mujer" 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 la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada*"². La Organización Mundial de la Salud (OMS) acuña el término con la misma definición dada por la ONU³.

Un concepto similar es el denominado "Violencia de Género", que según la "*Ley Orgánica 1/2004 de 28 de Diciembre de Medidas de Protección Integral*", la define "*como manifestación de la discriminación, la situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres, se ejerce sobre éstas por parte de quienes sean o hayan sido sus cónyuges o de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, aun sin convivencia*", y "*comprende todo acto de violencia física y psicológica, incluidas las agresiones a la libertad sexual, las amenazas, las coacciones o la privación arbitraria de libertad*"⁴. A pesar de que ambos conceptos son los más empleados para definir este tipo de violencia, existen otros que también se emplean en la literatura, como por ejemplo, la Violencia de pareja⁵. Por otro lado, hay términos que se emplean para referirse a este problema, pero que tienen distintos matices, como es el caso de la Violencia Doméstica o Familiar, que hace referencia a la violencia que se produce en el ámbito familiar entre los miembros de esta⁶.

Para conocer el origen de la VG se estudian las causas que la determinan. En primer lugar, se tratan de factores socioculturales y estructurales, donde se establece el patriarcado y las relaciones desiguales entre hombres y mujeres, caracterizadas por la superioridad del hombre y la sumisión de la mujer, la cultura de la violencia como vía de resolución de conflictos y el concepto de familia como esfera privada bajo el dominio masculino⁷. Existen otros como la dependencia económica y afectiva de las mujeres respecto de los hombres, la experimentación de violencia desde la infancia, el padecimiento de una discapacidad física o mental, el aislamiento social, el abuso de alcohol, el cambio en la relación de pareja o ruptura, la pertenencia a grupos religiosos con normativas de subordinación de la mujer, las diferencias de educación y socialización en la infancia y la ausencia de legislación que garantice la igualdad de oportunidades (brecha salarial)⁸.

Por parte del agresor, también pueden influir factores de riesgo como son padecer una baja autoestima, el alcoholismo, la drogodependencia, padecer enfermedades mentales o un trastorno psiquiátrico, tener problemas laborales y sufrir y ver violencia en la infancia^{5, 8}. Es importante señalar que las mujeres, en situaciones especiales (embarazo, discapacidades,

Plan de Cuidados Estandarizado para Víctimas de Violencia de Género

inmigración, exclusión social, enfermedades, serología de VIH, etc...), o que viven en entornos rurales, son más vulnerables al maltrato, cuando el agresor identifica esas situaciones. Aunque el principal factor de riesgo, es el hecho de ser mujer⁹.

Los factores de riesgo de VG permiten conocer las situaciones de vulnerabilidad para que esta se produzca, en su diversidad de formas. El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI) distingue en el “Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género”⁷ los siguientes tipos de violencia:

- La violencia física es el *“acto no accidental e intencionado que implique el uso de la fuerza, donde se incluyen bofetadas, golpes, palizas, empujones, heridas, fracturas o quemaduras, que provoquen o puedan causar una lesión, daño o dolor en el cuerpo de la mujer.”*
- La violencia psicológica es la *“conducta intencionada y prolongada en el tiempo, que atenta contra la integridad psíquica y emocional de la mujer y contra su dignidad como persona. Tiene como objetivo imponer las pautas de comportamiento que el hombre considera que debe tener su pareja y sus manifestaciones son: las amenazas, insultos, humillaciones o vejaciones, la exigencia de obediencia, el aislamiento social, la culpabilización, la privación de libertad, el control económico, el chantaje emocional, el rechazo o el abandono.”*
- La violencia sexual *“ocurre cuando se impone a la mujer un comportamiento sexual contra su voluntad, mediante las amenazas, la fuerza o el chantaje por parte de su pareja u otras personas”*. Las manifestaciones de esta violencia pueden incluir contacto corporal como es el caso de los tocamientos, la imposición de prácticas no deseadas y las violaciones. Además incluye el contacto no corporal como el exhibicionismo y la violencia contra los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Dentro de la violencia sexual se pueden distinguir estos términos:

La agresión sexual *“es el atentado contra la libertad sexual, realizado con violencia o intimidación”*. Se incluyen actuaciones como la violación o el atentado contra la libertad sexual de la mujer, aunque ello no implique contacto físico entre ésta y el agresor, como masturbarse delante de la víctima. El abuso sexual *“comprende el atentado contra la libertad sexual de otra persona sin su consentimiento, realizado sin violencia ni intimidación”*. Se consideran abusos sexuales no consentidos los que se ejecutan sobre menores de 13 años y en los que el consentimiento se obtiene por parte del agresor. El acoso sexual *“se produce a través de comportamientos verbales, no verbales o físicos, de índole sexual, no deseados por la mujer, que tengan como objeto o produzcan el efecto de atentar contra su dignidad, o le creen un entorno intimidatorio, hostil, degradante, humillante, ofensivo o molesto.”*

Además de estas, el estudio de “Necesidades y Propuestas de La Atención Primaria frente a la Violencia de Género”¹ del MSSSI, incluye otros tipos.

- La Violencia Social *“supone la evitación de todo contacto con la sociedad que les rodea, como son los amigos, familiares, compañeros y vecinos. De manera que la víctima queda aislada, no puede pedir ayuda y se siente desprotegida al no poder apoyarse en nadie de su alrededor.”*

Plan de Cuidados Estandarizado para Víctimas de Violencia de Género

- La Violencia Ambiental es aquella que se da cuando se produce *“la destrucción de objetos personales o del hogar de forma violenta, como esconder objetos a la víctima.”*
- La Violencia Económica es la violencia que *“implica evitar que las víctimas accedan a los recursos económicos o financieros familiares o propios, controlados por el agresor y dejándola totalmente dependiente del mismo, impidiéndole que trabaje para que sea independiente económicamente.”*

Los tipos de VG provocan diferentes efectos a corto y a largo plazo y afectan a las víctimas de maneras similares. Como fatal consecuencia de la violencia acontecen efectos mortales, donde se encuentran el homicidio y el suicidio, a pesar de que también se producen numerosos efectos no mortales, como alteraciones y trastornos crónicos a nivel físico, con consecuencias para la salud mental. De esta manera, las mujeres que experimentan situaciones de VG tienen peor estado de salud que las que no lo sufren¹. La VG, ya sea sexual, física o psicológica, suele ir acompañada de maltrato emocional, que es el efecto más frecuente. Entre estas consecuencias, destacan el trastorno persistente por estrés postraumático, la depresión, la ansiedad, la intención de suicidio, el comportamiento antisocial, la baja autoestima, la incapacidad para confiar en los demás, el miedo a la intimidad, el desapego emocional, los recuerdos del hecho traumático (flashbacks), el brote psicótico, los trastornos obsesivo-compulsivos o las alteraciones del sueño. Además origina problemas para las víctimas que sufren agresiones sexuales de embarazos no deseados, maternidad segura y planificación familiar, que son preocupaciones de Salud Pública⁹.

El impacto que el maltrato puede llegar a tener en la salud física de una mujer origina consecuencias más visibles y a corto plazo. En estas situaciones, además de las muertes, aparecen lesiones traumáticas como: hematomas, desgarros, abrasiones, fracturas, cortes, pérdida de audición, etc..., que junto al miedo y al estrés causado por la situación de maltrato, facilitan la manifestación de problemas crónicos. Pueden presentar trastornos muy variados como gastrointestinales, neurológicos, cardiovasculares, síndrome de dolor crónico con fibromialgia y dolor de cabeza, articulares, enfermedades de transmisión sexual como el VIH/SIDA y trastornos urinarios y ginecológicos, enfermedad pélvica inflamatoria y disfunción sexual¹.

El proceso de la violencia más frecuente suele comenzar con conductas de abuso psicológico al inicio de la relación, que suelen ser atribuidas a los celos del hombre o a su afán de posesión de la mujer. Suelen ser conductas restrictivas y controladoras que van minimizando la capacidad de decisión y autonomía de la mujer, produciendo dependencia, aislamiento y temor, como por ejemplo el control sobre la ropa, las amistades o las actividades⁷.

Esto hizo que en 1979, la psicóloga norteamericana Leonor Walker¹⁰, definiera la existencia de la teoría del *“Ciclo de la Violencia de Género”* en su libro *“The Battered Woman Syndrome”*, a través de testimonios de mujeres con las que trataba, que eran víctimas de esta violencia. Se trata de un patrón que refleja la actitud del agresor que se repite en los casos de VG. En ella se describen 3 fases: La fase 1: Acumulación de tensión, en la que ocurren incidentes menores como pueden ser gritos o pequeñas peleas. Se acumula la tensión, aumenta la violencia verbal y la víctima se autoculpabiliza de lo sucedido. La fase 2: Explosión o agresión. Consiste en una descarga incontrolable de las tensiones que se han acumulado en la

Plan de Cuidados Estandarizado para Víctimas de Violencia de Género

fase anterior, en la que se producen agresiones de todo tipo. Y la fase 3: Calma, reconciliación o “luna de miel”, en este periodo se produce una relativa calma en la que el agresor se muestra cariñoso, amable y arrepentido.

Tras la fase final, el agresor vuelve a adquirir el comportamiento de la primera fase, y así de manera cíclica. Esta teoría, ayuda a explicar el por qué de las mujeres que deciden no denunciar o por qué tardan tanto en hacerlo.

1.2. Evolución, Regulación y Legislación de la Violencia de Género.

Desde los años 80 hasta la actualidad, España, al igual que muchos otros países del mundo ha adoptado medidas para condenar todo tipo de discriminación y violencia contra las mujeres, aunque todavía hay muchos en los que no se pone en práctica. Las medidas adoptadas han supuesto un paso adelante para luchar contra esta violencia, pero continúan sin ser suficientes. La violencia puede ser ejercida por hombres y mujeres pero se estima que la ejercida contra las mujeres es muy superior, en torno al 90-95% de la total¹.

La OMS estima que el 35% de las mujeres del mundo han sufrido violencia de pareja o violencia sexual por terceros en algún momento de su vida, que el 30% de las mujeres que han tenido una relación de pareja refieren haber sufrido alguna forma de violencia física o sexual por su pareja, y que el 38% de los asesinatos de mujeres que se producen en el mundo son cometidos por sus parejas^{9,11}. Este gran problema mundial ha provocado que se intente luchar para eliminarlo. Mundialmente, la primera vez que se propusieron medidas, desde las instituciones, para enfrentar el problema, fue en “La Conferencia Mundial de la Mujer de las Naciones Unidas de México” en 1975¹², donde se puso de manifiesto que la VG se incluyera dentro del ámbito social y familiar. Así se comenzó a plantear la necesidad de que este tipo de violencia llegara a estar presente en los tribunales, para poder establecer distintos controles legales, y a partir de ese momento cambió la forma de ver la VG. Existen distintas organizaciones internacionales, que se crean a partir de la ONU y se preocupan por la VG. Entre ellas están, la “División de Estadísticas de las Naciones Unidas”, que recoge y divulga la información a nivel mundial, desarrolla estándares y normas y presta apoyo a los países en materia de VG, la “Comisión Económica para Europa de las Naciones Unidas (UNECE)”, que promueve la integración económica Paneuropea y aporta asistencia a los países con economías en transición en VG. Una de las últimas acciones se ha llevado a cabo por la OMS, en la Asamblea Mundial de la Salud de mayo de 2016, en la que se aprobó un plan de acción para fortalecer la función del sistema de salud para abordar la violencia interpersonal, en particular contra las mujeres y las niñas, y contra los niños en general. “ONU Mujeres” es la Organización de las Naciones Unidas dedicada a promover la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres, y fue establecida para acelerar el progreso que conllevará a mejorar las condiciones de vida de las mujeres y para responder a las necesidades con las que se enfrentan en el mundo. El proyecto de “Evidencia y Datos para la Igualdad de Género (EDGE)” es una iniciativa conjunta de la “División de Estadística de las Naciones Unidas” y “ONU Mujeres” que busca mejorar la integración de cuestiones de género en la producción regular de estadísticas oficiales para mejores políticas basadas en evidencia¹³.

En La Unión Europea (UE), “La Agencia para los Derechos Fundamentales de la UE” determinó, en 2014, que un total de 62 millones de mujeres europeas habían experimentado en alguna ocasión violencia física y sexual. Esto viene a corresponder con un tercio de la

Plan de Cuidados Estandarizado para Víctimas de Violencia de Género

población femenina, en la que una de cada cinco mujeres (22 %) es víctima de este tipo de delitos por parte de su pareja. Según Eurostat, en 2015 se registraron 215.000 agresiones sexuales, de las que una tercera parte (80.000) fueron violaciones. El Reino Unido fue el país donde se registraron más casos de violencia machista, con 64.500 casos, de los cuales el 55%, de ellos, fueron violaciones. Seguido por Alemania, donde hubo 34.000 casos; En Francia, 32.900 y en Suecia, hubo 17.000¹⁴. Debido a estas cifras tan elevadas, en La UE, existen distintos organismos que se ocupan de la VG. Cabe destacar “La Comisión Europea”, que promueve la igualdad de independencia económica para mujeres y hombres, el equilibrio de género en la toma de decisiones, pone fin a la VG y favorece la igualdad de género más allá de La UE. Otro organismo es “La Agencia Europea para los Derechos Fundamentales (FRA)”, que ayuda a promover y proteger el cumplimiento de los derechos humanos fundamentales en La UE; y el “El Instituto Europeo para la Igualdad de Género (EIGE)” que proporciona acceso a datos estadísticos e información existentes sobre VG, con el objetivo de apoyar a las instituciones y expertos comprometidos con la prevención y la lucha contra la VG en La UE y fuera de ella¹⁵.

En España, según el “Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad”, en el año 2017 hubo un total de 49 víctimas, de las cuales 11 de ellas habían denunciado a su agresor. Esto indica un incremento de víctimas con respecto al año anterior, en el que hubo 44 víctimas. 2016 fue el año en el que se registró la cifra más baja de muertes por VG en nuestro país, desde que comenzaron a registrarse las estadísticas en 2003. En 2015 se registraron 60 víctimas de las cuales, 13 habían denunciado. La cifra más elevada se produjo en 2008, donde hubo 76 víctimas. Actualmente, en lo que llevamos del 2018, hasta el 11 de mayo, han fallecido 11 víctimas, de las cuales 3 habían denunciado a su agresor previamente. En el Anexo I se reflejan las Víctimas de Violencia de Género (VVG) desde 2008 hasta 2018^{11, 16, 17}. En base a este problema, se ha trabajado avanzando en la legislación y la planificación, haciendo que llegue a toda la población la importancia que este problema tiene. Una de las primeras medidas, que se tomó en 1998, por el Consejo de Ministros, fue la implantación del *“I Plan de Acción contra la Violencia Doméstica”* que contemplaba 6 áreas de actuación (sensibilización y prevención, educación y formación, recursos sociales, sanidad, legislación y práctica jurídica e investigación). Posteriormente se desarrolló el *“II Plan de Acción contra la Violencia Doméstica”* en 2001-2004, que trabajaba en medidas preventivas, legislativas y procedimentales, asistenciales y de intervención social y en investigación. Ambos creados para reducir los actos violentos y ayudar a las mujeres. La primera Ley estatal que se aprobó para regular la VG fue la *“Ley Orgánica 1/2004 de 28 de Diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género”*⁴ se establece para proteger a las víctimas de malos tratos, perseguir a los maltratadores, prevenir y erradicar este tipo de violencia y convertirla en un problema social a denunciar. Con su entrada en vigor, se crearon distintos organismos nacionales que velan por las VVG y dependen del “Ministerios de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad”. Uno de ellos es la “Delegación del Gobierno para la VG”¹⁸, cuya función consiste en proponer la política del Gobierno contra las distintas formas de VG e impulsar, coordinar y asesorar en todas las medidas que se lleven a cabo en esta materia. También existe el “Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer”¹⁹, que se encarga del asesoramiento, evaluación, colaboración institucional, elaboración de informes y estudios y propuestas de actuación en materia de VG. Sus funciones, el régimen de funcionamiento y su composición están establecidos por el Real Decreto 253/2006. También dependen funcionalmente del

Plan de Cuidados Estandarizado para Víctimas de Violencia de Género

MSSSI, a través de la “Delegación del Gobierno para la Violencia de Género”, las “Unidades de Coordinación contra la Violencia sobre la Mujer” y las “Unidades de Violencia sobre la Mujer”²⁰, integradas orgánicamente en las Delegaciones y Subdelegaciones del Gobierno y en las Direcciones Insulares. Otros órganos comprometidos son “El Observatorio contra la Violencia Doméstica y de Género del Consejo General del Poder Judicial (CGPJ)” que se encarga de abordar el tratamiento de estas violencias desde la Administración de Justicia, “El Observatorio de Salud de la Mujer” que se creó para contribuir a la consecución de la equidad en salud, mediante la mejora del conocimiento de las causas y determinantes de la salud de la mujer, la promoción del debate acerca de cómo eliminar las desigualdades, la cooperación con otras instituciones, y la formación y la investigación. El “Observatorio de la mujer en las Fuerzas Armadas Españolas” u “Observatorio Militar para la Igualdad”²¹, que analiza, debate y hace propuestas sobre la incidencias que las actividades relativas al ingreso, la enseñanza militar, la carrera militar y la conciliación entre la vida personal, familiar y laboral que tienen hombres y mujeres. En relación con la VG y para potenciar la igualdad de la mujer en 2007 se aprobó la “Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres”²², cuyo objeto es prevenir las conductas discriminatorias hacia las mujeres y fomentar medidas y políticas para hacer efectivo el principio de igualdad.

Aproximándonos a nuestra comunidad, Castilla y León (CyL), es una de las comunidades en la que hay menor número de víctimas en relación con España. En el año 2014 un 5,5% de las víctimas que fallecieron en España a causa de la VG eran castellanoleonesas; en 2015 un 3,3%; en 2016 la cifra aumentó a un 13,6% y en 2017 no hubo ninguna fallecida en la comunidad¹⁶. En base a este problema, en la comunidad autónoma (CCAA), se han ido estableciendo distintas leyes, planes, acuerdos y decretos para poder regular la VG y establecer la igualdad entre hombres y mujeres. La Ley 1/2003, de 3 de marzo, de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres en Castilla y León²³, por la que se regula en la CCAA de CyL, “el marco de actuación en orden a fomentar la igualdad de la mujer de conformidad con lo previsto en el artículo 32.1.19ª del Estatuto de Autonomía de Castilla y León mediante el cual se adoptan las medidas de acción positiva para la corrección de desigualdades por razón de género”. Además el “Plan Autonómico para la Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres y contra la Violencia de Género de Castilla y León (2013-2018)”²⁴, fue aprobado por el BOCYL en el acuerdo 35/2013, de 16 de mayo de la Junta de CyL para dar respuesta a las necesidades de las víctimas.

A nivel regional en la provincia de Soria, han fallecido dos mujeres por VG, una en 2007 y la otra en 2015¹⁶. Actualmente, está en vigor el II Plan de igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres de la ciudad de Soria, en el están recogidas las políticas transversales en VG para avanzar hacia una sociedad más igualitaria y justa en esta provincia²⁵.

1.3. Modelos de Atención Enfermera. Proceso Enfermero.

La atención que se realiza a las VVG es prestada por diferentes profesionales de salud, y dentro de esos equipos interdisciplinarios se encuentran los Profesionales de Enfermería, los cuales, para proporcionar los cuidados necesarios, a las víctimas, utilizan la metodología científica denominada Proceso Enfermero (PE), anteriormente llamado Proceso de Atención de Enfermería (PAE). El PE es definido por Alfaro²⁶ como “método sistemático y organizado para administrar cuidados de enfermería individualizados ante la respuesta que cada persona da a

Plan de Cuidados Estandarizado para Víctimas de Violencia de Género

problemas de salud reales o potenciales". Consta de 5 etapas: la valoración, el diagnóstico, la planificación, la ejecución y la evaluación, que mediante el pensamiento crítico facilitan la organización de los cuidados que se prestan. Por tanto, cuando el profesional de enfermería pone en marcha un PE, valora el estado de salud del paciente, identifica y establece cuidados a los problemas que están dentro de su dominio enfermero y evalúa si lo que ha hecho ha proporcionado los resultados esperados.

Para la aplicación de esta metodología científica (PE), los profesionales se guían por distintos Modelos de Atención. Uno de los más usados es el Modelo conceptual propuesto, en 1955, por Virginia Henderson²⁷. El modelo es denominado "Las 14 Necesidades Básicas de la Persona" (Anexo II), en el que la autora describe a la persona como un todo complejo con 14 necesidades básicas y cuando una necesidad no está satisfecha la persona requiere de la ayuda del profesional o del entorno para satisfacerla. El enfermero trabajará sobre aquellas que se encuentren alteradas para solucionar el problema de salud mediante la suplencia o facilitando los recursos necesarios para su independencia. Los cuidados que el profesional debe prestar deben centrarse en una visión integral de la persona. Esta teoría se centra en varios aspectos. Por una parte plantea que la persona está integrada por 14 necesidades muy relacionadas unas con otras que describen la totalidad de la misma en su dimensión fisiológica, psicológica, social y espiritual entendiendo por necesidad todo aquello que es esencial al ser humano para asegurar su vida o mantener su bienestar. Por otro lado entiende la labor de enfermería desde un punto de vista independiente con la finalidad de ayudar a la persona a conseguir su máxima autonomía o en caso necesario a suplir en los cuidados que esta requiera, para poder satisfacer todas sus necesidades. A su vez, contempla la necesidad de colaboración con el resto de profesionales de la salud.

Para llevar a cabo un PE hay que desarrollar sus fases^{26,28}:

1. Etapa de Valoración:

La fase inicial para identificar un problema, es la valoración del paciente. En ella se procede a la recogida de datos subjetiva y objetiva, su análisis y cómo afectan al usuario. La enfermera, por medio de la entrevista, la observación, la exploración física y valoración del entorno, la casa y los grupos de apoyo, clasifica, agrupa, interpreta y contrasta la información con el usuario siempre que pueda. Hay diversas formas de recogida de los datos, y este trabajo se realiza y ordena en base al modelo, explicado anteriormente, de las 14 Necesidades de V.Henderson. El enfermero trabajará sobre aquellas que se encuentren alteradas para solucionar el problema de salud y así, su independencia^{26,28}.

2. Etapa Diagnóstica.

Las enfermeras tratan de proporcionar cuidados a las respuestas que cada persona, grupo o comunidad da a problemas de salud reales o potenciales. Para identificarlos y que todos los profesionales hablen el mismo lenguaje y por tanto determinen un diagnóstico, la NANDA-I²⁸ (North American Nursing Diagnosis Association Internacional) determinó una clasificación de lo que dio en llamar Diagnósticos Enfermeros (DE) y que definió en 1990 como "*Juicio clínico sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad frente a procesos vitales y/o problemas de salud reales o potenciales. El diagnóstico enfermero proporciona la base para la selección de las intervenciones enfermeras destinadas a lograr los objetivos de los que la enfermera es responsable*". Se encarga de la consecución y cumplimiento de los objetivos

Plan de Cuidados Estandarizado para Víctimas de Violencia de Género

fijados con el paciente, de la adopción de decisiones que culminarán en un Plan de Cuidados (PC) y de la ejecución de las intervenciones, incluyendo la colaboración interdisciplinaria y la derivación del paciente si fuera necesario. El trabajo y el cumplimiento del paciente determinarán su desenlace, es por ello que la enfermera será parcialmente responsable de los resultados obtenidos al final del proceso. Posteriormente en 1993 a nivel nacional, M^a Teresa Luis Rodrigo²⁹ corrobora la definición de la NANDA, completándola con la Teoría de Virginia Henderson, como “juicio clínico basado en el grado de satisfacción de las necesidades de una persona según su situación vital.”

Las enfermeras a través de los DE diagnostican problemas de salud, estados de riesgo y disposición para la promoción de la salud. Los DE pueden ser de distintos tipos. Los DE **Reales**, describen respuestas humanas a procesos vitales o estados de salud. Están apoyados por las características definitorias (signos y síntomas) y validan la presencia del problema. Los DE **de Riesgo** se centran en las respuestas de las personas que pueden aparecer cuando los factores de riesgo los hacen vulnerables. Describen las alteraciones que se presentarán si las enfermeras no realizan intervenciones de prevención. Los DE de **Promoción de la salud** están relacionados con la motivación y el deseo expresado por el individuo, familia o comunidad para aumentar su bienestar, que se expresan como disposición de mejorar los conocimientos. Los DE **de Síndrome** recogen un grupo de diagnósticos reales o de riesgo que pueden aparecer como consecuencia de una situación o acontecimiento. Sirven para describir problemas complejos²⁹.

Los DE contienen varias partes dependiendo del tipo de DE. Cada diagnóstico posee una etiqueta y una definición clara. Otra parte de estos son los factores relacionados estos describen las causas que están produciendo el problema y sobre lo que el enfermero debe trabajar para resolver el problema de manera independiente. Por último los indicadores diagnósticos, que incluyen características definitorias o también denominadas manifestaciones de un diagnóstico, es decir signos y síntomas del problema, así como circunstancias, hechos o influencias en relación con el diagnóstico enfermo, a las que van a ir dirigidas las intervenciones enfermeras. El formato para determinar un DE real incluye [Etiqueta] relacionado con [causa/factores relacionados] manifestado por [síntomas/características definitorias]. En cambio un DE de riesgo incluye la etiqueta y los factores relacionados²⁹.

Los DE se expresan en lenguaje enfermero, a través de la taxonomía II NANDA-I. Su clasificación se basa en el Modelo de los 11 Patrones Funcionales de Marjory Gordon³⁰ y está compuesta por 235 DE. Dichos diagnósticos describen aquellas situaciones en las que el profesional de enfermería podrá actuar de forma independiente a diferencia de lo que se ha hecho llamar Problemas de colaboración, que son aquellas complicaciones potenciales (CP) derivadas de la situación fisiopatológica de la persona o de la aplicación de tratamientos o pruebas diagnósticas y que por tanto enfermería no puede resolver de manera independiente. Se enumeran como CP secundario a, seguido del problema médico y la enfermera interviene en la resolución de los mismos en colaboración con otros profesionales^{28, 29}.

3. Etapa de Planificación.

Tras la identificación de los diagnósticos se jerarquizan por relevancia, se establecen los objetivos que se quieren lograr y se plantean las intervenciones enfermeras para lograrlos, con el objetivo de que los cuidados se enfoquen a la resolución de los problemas. Esta

Plan de Cuidados Estandarizado para Víctimas de Violencia de Género

planificación se lleva a cabo mediante un PC, en el que se organizan los diagnósticos, sus objetivos e intervenciones. El Plan de Cuidados Estandarizado (PCE), es transferible y se define como la protocolización de las actuaciones de enfermería según las necesidades de cuidados que presentan grupos de pacientes que comparten problemas de salud comunes. En este trabajo se realiza un PCE para VVG que experimentan respuestas similares ante problemas semejantes. Al implementarse el PC se convierte en Plan de Cuidados Individualizado (PCI), en el que cada caso será diferente al resto, es decir específico a la situación de cada paciente. Además los PCI son cíclicos, ya que al llevarlos a cabo permiten establecer la evaluación como eje de mejora de las intervenciones, es decir, el resultado obtenido al final de PCI, se evalúa para ver la efectividad de las intervenciones y así, mantenerlas o modificarlas para próximas intervenciones^{26, 28}.

Para enunciar el objetivo, el enfermero también emplea un lenguaje específico, por medio de una clasificación denominada NOC (Nursing Outcomes Classification o Clasificación de Resultados de Enfermería). Esta clasificación contiene un total de 308 enunciados de resultados. A cada resultado, cuando se lleva a cabo, se le asocia unos indicadores o conductas observables del paciente con relación al resultado y también se le asigna una escala tipo Likert que evalúa su situación del 1 (peor situación) al 5 (mejor situación). Para lograr los objetivos del PC, propuesto para cada diagnóstico, los profesionales de enfermería realizan las intervenciones enfermeras, que se agrupan mediante la clasificación NIC (Nursing Interventions Classification o Clasificación de Intervenciones de Enfermería). Esta taxonomía clasifica los cuidados que debe administrar el profesional para conseguir los resultados esperados y así, resolver o mejorar el DE. Estas intervenciones las realizan los enfermeros de manera independiente gracias a las competencias profesionales que han adquirido³¹.

4. Etapa de Ejecución.

Esta etapa refleja la puesta en funcionamiento del PC, realizando las intervenciones programadas y registrando los acontecimientos que se suceden a lo largo de éste para la resolución de problemas. Se priorizan en función de su importancia para la salud del paciente^{26, 28}. Esta etapa y la siguiente solo se llevarán a cabo en los PCI cuando se aplica sobre situaciones o casos reales. En el caso de los PCE solo se plantea el desarrollo hasta la etapa de planificación.

5. Etapa de Evaluación.

Esta consiste en la comprobación de las intervenciones realizadas para resolver los problemas propuestos inicialmente. Aunque debe de estar presente de manera continua en cada fase cuando se valora el estado del paciente. Es decir, se determina la efectividad del PC y se comprueba si el usuario ha alcanzado los objetivos previstos^{26, 28}.

2. JUSTIFICACIÓN

El motivo por el cual he decidido realizar mi trabajo de fin de grado sobre VG ha sido debido a que es un problema de Salud Pública a nivel mundial, ya que, desgraciadamente aparecen con frecuencia víctimas heridas o fallecidas a manos de sus agresores. A pesar de las numerosas políticas que se establecen en este ámbito, las cifras no descienden de manera significativa. Considero que es muy importante conocer el papel vital del Profesional de Enfermería en la detección de casos, el abordaje del problema, y en las intervenciones a realizar. Conociendo los recursos disponibles podremos proporcionar una mejor atención, y así ayudar a salir adelante a las mujeres VVG.

Por último, con este trabajo quiero poner de manifiesto el trabajo de los Profesionales de Enfermería a través de la principal herramienta, que no es otra que el PE, basado en el modelo de V. Henderson que, además de que distingue 14 necesidades para trabajar sobre el paciente con el fin de lograr su autonomía; ha sido el más trabajado en la universidad a lo largo del grado. Para ello planteo un PCE, con el que el enfermero abordará de manera integral las actuaciones que debe realizar para ayudar a las VVG, con la finalidad de que esta recobre su salud y mejore su calidad de vida.

3. OBJETIVOS

Objetivo general:

- Propuesta y elaboración de un PCE de aquellos diagnósticos enfermeros con mayor relevancia en la atención a las VVG.

Objetivos específicos:

- Análisis de las intervenciones que realizan los profesionales de enfermería en la atención a las VVG.
- Valoración de los diagnósticos más frecuentes para pacientes VVG.

4. METODOLOGÍA

El trabajo que se ha llevado a cabo es un PCE, elaborado a partir de una revisión bibliográfica de documentos científicos (artículos originales, revisiones) y de las páginas web más actuales sobre el tema de estudio, además de manuales y libros de apoyo sobre el mismo. Para ello, han sido empleadas tanto fuentes primarias, como fuentes secundarias. Todo ello centrándolo en una perspectiva enfermera.

Inicialmente, se ha realizado una revisión narrativa, analizando las actuaciones de los profesionales de enfermería con las VVG en nuestro país, y cuáles son los diagnósticos más adecuados y aplicables, en nuestro contexto sanitario, para trabajar con las VVG, por las características que tienen en común. Posteriormente, se realiza la parte principal del trabajo en la que se desarrolla un PCE de actuación para las VVG.

Con el objetivo de conseguir la información más relevante para alcanzar los objetivos específicos, se ha realizado una búsqueda en las bases de datos Cinalh, Cuiden Plus, Lilacs,

Plan de Cuidados Estandarizado para Víctimas de Violencia de Género

Pubmed y Scielo. En la estrategia de búsqueda, realizada desde octubre de 2017 hasta mayo de 2018, se han utilizado las palabras clave en castellano: Diagnóstico Enfermero, Plan de Cuidados, Intervención Enfermera y Violencia de Género, y los términos MESH: Nursing Diagnosis, Care Plans, Nursing Intervention, Gender-based Violence, a través de los operadores booleanos AND y OR.

Los criterios de inclusión se definieron aceptando solo aquellos documentos publicados con una antigüedad menor de 10 años, excepto algún documento que por su relevancia pueda exceder de este periodo y los artículos con texto completo disponible. Los criterios de exclusión se limitan a aquellos documentos que reflejan la violencia que no sea ejercida del hombre a la mujer, así como aquellos estudios sin base científica que los avale.

Como resultado final se han localizado y finalmente seleccionado 10 documentos como se reflejan en las tablas de los Anexos III y IV.

5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.1. Actuaciones de los Profesionales de Enfermería a las Víctimas de Violencia de Género.

Los profesionales de enfermería son un grupo fundamental en la atención, la prevención, la detección precoz e identificación de la VG, debido a la accesibilidad a la paciente, el conocimiento del paciente y su contexto. Intervienen en la detección de signos y en la recepción y acogida de las víctimas, así como en el seguimiento del proceso, en el asesoramiento, en la continuidad de los cuidados y prestando apoyo psicológico. Para poder llevar a cabo sus intervenciones desarrollan planes de cuidados integrados e individualizados y programas que respondan a las necesidades específicas de las víctimas^{9, 32, 33}.

El Consejo General de Enfermería Español planteó la importancia de que enfermería trabaje encaminada en la prevención, detección y rehabilitación de las VVG, y enumeró dos campos para el abordaje de esta. El ámbito educativo, en el que se instruye a los enfermeros sobre la entrevista psicosocial y la adquisición de las habilidades como son la acogida, la escucha y la contención. En el ámbito sanitario se desarrollan programas formativos que tiene como objetivo aumentar las habilidades y los conocimientos de los enfermeros para informar, detectar y evaluar los malos tratos. Asimismo, se recalca la importancia de la formación profesional continua para la detección, el seguimiento y el apoyo en la toma de decisiones para el abordaje de la VG^{9, 32}.

Según Arredondo³³ y Valdés³⁴ en España, el nivel de conocimientos de los profesionales de enfermería de AP sobre VG es medio, y a pesar de que en los últimos años se ha producido una mejora de la formación específica, identificación y protección de VVG, menos de la mitad conocen los protocolos de actuación, lo que influye en la falta de detección de casos de VVG que existe. Los principales problemas que inciden sobre esta falta de detección de casos en su jornada laboral son la desmotivación de los profesionales por actuar ante el problema, la falta de confianza de los profesionales en la competencia propia de actuación, el miedo por parte de los profesionales a que la paciente se sienta incómoda, la sobrecarga asistencial en el trabajo, la gravedad y complejidad de este tipo de violencia, el desconocimiento de protocolos de actuación y competencias profesionales, la falta de

Plan de Cuidados Estandarizado para Víctimas de Violencia de Género

formación para abordar el problema de forma conjunta con otros profesionales y falta de formación específica para cada caso. En este sentido, según Visentin³⁵, en un estudio realizado en Brasil, además de estos problemas, las enfermeras remarcan la baja eficiencia de la red de servicios.

Varios autores coinciden en las habilidades que los profesionales de enfermería deben tener para actuar y atender a la víctima. El trato de manera amistosa, sin hacer juicios de valor, con respeto y la actitud abierta y receptiva facilita la verbalización del problema y de los sentimientos de la paciente. Para ello, el profesional debe realizar una buena acogida y dominio de, la escucha activa, del manejo del lenguaje y del diálogo, del apoyo psicológico y emocional y de la empatía, respetando sus decisiones, para favorecer una buena relación terapéutica en la que se primen la confianza, la confidencialidad y la privacidad. Se refleja la necesidad de sensibilizar y formar a los profesionales de enfermería en: la detección del maltrato, la mejora de las habilidades, el registro en la historia, en preguntas específicas de cribado, en habilidades de comunicación y en el conocimiento de los recursos en la comunidad para orientar a las VVG^{9, 32-35}.

Los Centros de Salud son los servicios diana más frecuentados por las mujeres afectadas por este problema y en segundo lugar las Urgencias Hospitalarias, donde acuden las mujeres cuando presentan consecuencias físicas más graves. El Centro de Salud sirve como referente para la información, detección y atención a las VVG, donde se puede derivar a otros servicios o realizar seguimientos de las pacientes^{9, 32-34, 36}.

Para mejorar la atención de los profesionales de enfermería a las víctimas, las enfermeras, demandan mayor formación específica en VG, estrategias formativas y organizativas que ayuden a la adquisición de métodos para la intervención de casos concretos, la disminución de presión asistencial de los profesionales, aumento de recursos disponibles y la realización de protocolos unificados para mejorar la coordinación entre profesionales para mejorar su capacitación y así, una mejor atención a las VVG^{9, 33, 34}.

5.2. Diagnósticos Enfermeros más frecuentes para Víctimas de Violencia de Género.

Aunque existen gran variedad de estudios que describen repercusiones y consecuencias que la VG ocasiona sobre las víctimas y que ponen de manifiesto la importancia de elaborar PC integrales para las pacientes con el lenguaje enfermero^{9, 37}, tras la revisión bibliográfica se observa que apenas hay Planes de Cuidados Estandarizados e Individualizados propuestos para VVG. Los escasos documentos de PC encontrados se tratan de trabajos no publicados en revistas científicas, que no describen el proceso a seguir para emplear la metodología del PE, y que reflejan casos clínicos concretos que no se emplean como fuentes fiables para realizar el trabajo.

Sin embargo, debido a esta falta de documentos, se ha analizado un documento de PC, "Maltrato doméstico: Plan de Cuidados de Enfermería", que a pesar de no tratarse de una referencia reciente, desarrolla un PC con DE orientados a problemas comunes a la mayoría de las personas víctimas de malos tratos. Este artículo, enuncia y plantea 4 diagnósticos que podrían padecer las víctimas debido a las características comunes que estas presentan, cuyas etiquetas son "Negación ineficaz", "Temor", "Riesgo de lesión" y "Conflicto de decisiones", con sus respectivos NOC y NIC. A pesar de tratarse de un documento menos actualizado que los

Plan de Cuidados Estandarizado para Víctimas de Violencia de Género

documentos empleados para la realización del trabajo, el contenido es apropiado, similar y relevante en relación a los documentos con características y repercusiones sobre las VVG³⁸. Es por ello que se tiene que investigar más en este campo, con la finalidad de apoyar y ayudar a los profesionales de enfermería en la atención de estas pacientes.

A pesar de observarse una falta de investigación sobre la aplicación del PE en este problema, en el año 2015 un equipo de profesionales enfermeros españoles plantean la propuesta de crear un nuevo DE más específico, centrado en reconocer la VG como un problema de salud, el “Síndrome de Violencia de Género”. Su pretensión era que se incluyese en la Taxonomía II NANDA-I, pero todavía no ha sido implantado ni reconocido. Sin embargo, ayudaría a nombrar los problemas identificados y a tratarlos, a la vez que facilitaría la comunicación entre los profesionales. Según indican los autores, se trata de un diagnóstico de síndrome, compuesto por un grupo de diagnósticos reales o de riesgo, que describen una situación compleja, que requiere de profesionales expertos para aplicarlo. Este diagnóstico no excluye el que se puedan aplicar otros diagnósticos de enfermería. La etiqueta diagnóstica “Síndrome de Violencia de Género”, describe una situación en la que la mujer sufre agresiones físicas, psicológicas, sexuales o de cualquier otra índole producidas dentro de una relación de pareja. Su aceptación supondría el establecimiento de programas de intervención enfermera aplicables a muchos contextos y mejoraría la intervención del profesional y la coordinación de recursos³⁹.

Si se analizan las características de estas víctimas, muchas mujeres presentan problemas relacionados con la esfera psicológica de la persona. Así, muchas de ellas presentan signos y síntomas como el estrés, la tristeza, la falta de ánimo, la culpabilidad, incluso a veces con ideas de suicidio. Las consecuencias psicológicas para las mujeres, señalan que el problema más frecuente es la depresión. Este problema produce una respuesta humana que da como resultado el DE de **Baja autoestima situacional**, con una manifestaciones de autculpabilidad, sentimiento de falta de fuerza ante la situación y cambios de ánimo; **Ansiedad**, provocada por el nerviosismo, el miedo e incertidumbre ante la situación y la incapacidad de actuación libre; **Deterioro de la interacción social** manifestado por la escasa o nula relación de la mujer con su entorno y personas más significativas, debido a que a veces el agresor les desautoriza en público, lo que puede provocar que la víctima se sienta ridícula y se aleje de su entorno. Este aislamiento, se manifiesta, a veces, encubierto en multitud de justificaciones con el fin de evitar la relación. Cuando estas situaciones se hacen insostenibles y, muchas veces encubiertas en expresiones de otros problemas de salud, incluso a veces inespecíficos, las mujeres VVG acuden a los servicios sanitarios en busca de ayuda. Debido a estos signos y síntomas, en ocasiones inespecíficos, las mujeres VVG acuden a los servicios sanitarios³⁷⁻⁴⁰. Las repercusiones físicas, son las formas más visibles de la violencia, que muchas veces son crónicas e inespecíficas como heridas, cansancio y dolores, que aparecen entremezclados con las psíquicas y lleva, a los enfermeros, a identificar un diagnóstico de prevención orientado a evitar problemas mayores. Este diagnóstico se denomina **Riesgo de lesión**^{38, 39}.

6. CONCLUSIONES

- Los profesionales de enfermería trabajan en la prevención, detección de signos, continuidad de cuidados y rehabilitación de las VVG.
- A pesar de la formación recibida, el nivel de conocimientos de los profesionales de enfermería de AP en España es medio, ocasionado por problemas como la desmotivación y falta de seguridad en el abordaje del profesional, la gravedad del problema y la sobrecarga asistencial.
- Las principales habilidades que tienen que mostrar los enfermeros con estas víctimas son la escucha activa, la empatía, la confianza, el respeto y la confidencialidad, en los centros de salud y urgencias, que son los centros diana de atención a estas VVG.
- Se ha observado una escasez de estudios de PC sobre la atención de las VVG. Por ello, es necesario un aumento de la investigación en ese campo.
- Se ha propuesto un nuevo diagnóstico denominado “Síndrome de Violencia de Género”, que agrupa varios DE, pero que aún no ha sido aceptado.
- Los DE más frecuentes, de estas víctimas, son: Ansiedad, Baja Autoestima Situacional, Deterioro de la Interacción Social y Riesgo de lesión.

7. PROPUESTA DE UN PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO PARA VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO.

Teniendo en cuenta la información extraída de la revisión bibliográfica se plantea el PE en el que se incluyen los PC de los DE más frecuentes de las VVG. Como ya se ha explicado en la introducción el PE comienza por la primera etapa de Valoración, a través de la entrevista psicosocial basada en la organización de las 14 Necesidades de V. Henderson, el planteamiento de DE, la planificación, la ejecución y la evaluación. Se debe tener en cuenta que al ser un PCE no recoge todos los posibles DE que pueda presentar la VVG en toda su dimensión personal, ya que esto se debería recoger en el PCI que hay que realizar a la mujer²⁸.

Este plan pretende centrarse solo en aquellos DE que, por las características del problema, más se adecuan a esa situación común, y que pudieran servir de guía a los profesionales. Además aporta como novedad un planteamiento reflexivo de los objetivos por parte del profesional, para seleccionar los NOC adecuadamente, ya que esto no se refleja en los PC analizados.

7.1. Valoración de Enfermería.

Las VVG presentan unas características definitorias que suelen ser comunes a la mayoría de las mujeres con esta problemática, aunque no tienen por qué presentarlas todas. Haciendo un repaso por las 14 necesidades de Henderson, muchas mujeres pueden manifestar alteraciones en la necesidad de comer y beber adecuadamente, por un aumento o disminución de la ingesta, en la necesidad de dormir y descansar no duermen bien, por lo que no presentan un descanso correcto y reparador. En cuanto a la necesidad de evitar los peligros, se ve alterada, debido a la perturbación de su integridad física, pero sobretodo psicológica, que propicia la violencia. También pueden tener alterada la necesidad de comunicación con los demás debido a la pérdida de contacto por miedo, vergüenza o hasta incluso el aislamiento de su círculo más cercano que a veces potencia o exige el maltratador. La necesidad de actuar según sus creencias y valores en muchas pacientes puede verse alterada, debido a la dependencia y la sumisión a la que se ven sometidas. En muchas ocasiones, la necesidad de trabajar para sentirse realizado, puede verse minada a consecuencia de los problemas psicológicos que desarrolla la mujer maltratada, que se ven reflejados en un deterioro de su autoestima. Así como la necesidad de aprender, por la dificultad de sobreponerse y actuar ante la situación de violencia^{9, 37, 39}.

Otros recursos que se pueden utilizar para la valoración son los test y escalas que se usan en ocasiones, y sirven para orientar a los profesionales en la valoración. En este caso, para identificar y valorar el estado de la relación de pareja. Son cuestionarios diseñados en EEUU, que se han validado y adaptado al contexto español. Uno de ellos es el "Test de cribado y diagnóstico de WAST (Women Abuse Screening Tool)", reflejado en el Anexo V. Es fácil de aplicar por su brevedad y aparece en la "Guía Clínica de actuación sanitaria ante la Violencia de Género"⁴¹.

7.2. Los Diagnósticos Enfermeros y su Planificación a través del Plan de Cuidados Estandarizado.

Plan de Cuidados Estandarizado para Víctimas de Violencia de Género

Tras la revisión de DE para desarrollar el PCE con las VVG, se proponen los siguientes DE planteados para solucionar los problemas comunes que sufren las víctimas: Ansiedad, Baja autoestima situacional, Deterioro de la interacción social y Riesgo de lesión (Anexo VI).

DE: ANSIEDAD [00146]^{29, 42}. Dominio 9. Afrontamiento/tolerancia al estrés. Clase 2. Respuestas de afrontamiento. Necesidad 12. Evitar peligros/seguridad. Patrón7. Autopercepción/autoconcepto. *“Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autónoma (el origen de la cual con frecuencia es inespecífico o desconocido para la persona); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite a la persona tomar medidas para afrontar la amenaza.”*

La ansiedad está relacionada con **(r/c)** los conflictos de valores, factores estresantes y está manifestado por **(m/p)** datos objetivos y subjetivos como la angustia, la inquietud, la incertidumbre, el nerviosismo, la indefensión, sufrimiento, temor, disminución de la habilidad para resolver problemas.

Para poder evaluar la resolución del problema el profesional se plantea mentalmente un objetivo a alcanzar. En el caso de este diagnóstico el objetivo general sería que la paciente verbalice la reducción de la ansiedad a niveles tolerables o manejables al final de la intervención del profesional de enfermería, lo que indica el resultado principal que se quiere conseguir ante problema de ansiedad. En los PCI se medirá mediante una escala Likert del 1 al 5, en el que la primera cifra indica el nivel en el que se encuentra en la valoración inicial y la segunda cifra el nivel que se quiere alcanzar tras la finalización del PC, siendo 1 el peor nivel y 5 el más satisfactorio. Además en estos PCI es importante concretar el tiempo en el que el profesional de enfermería quiere conseguir el objetivo propuesto. El objetivo en taxonomía enfermera se expresa como NOC, correspondiendo para este objetivo general el NOC:

NOC: [1211] NIVEL DE ANSIEDAD⁴³: *“Gravedad de la aprensión, tensión o inquietud manifestada surgida de una fuente no identificable”*. El resultado es medido a través de los indicadores que evalúan el nivel de ansiedad:

- [121105] Inquietud.
- [121101] Desasosiego.
- [121117] Ansiedad verbalizada.

Los objetivos específicos describen las pautas previas para conseguir el objetivo general de manera integral y se dirigen a resolver las causas **(r/c)** que están produciendo el problema. Para ello se trabaja en el área cognitiva, en el área actitudinal y en el aptitudinal. Estos objetivos deben indicar el momento en el que el profesional de enfermería evaluará si se ha conseguido el objetivo propuesto, pero al tratarse de un PCE no se pueden determinar momentos concretos. Por lo tanto, se entiende que se irán evaluando a lo largo de las diferentes consultas en las que el profesional atiende a la paciente. Estos objetivos reflejan la reflexión del personal de enfermería para orientarse y ayudarse en el logro deseado. Algunos objetivos específicos podrían ser:

- Objetivo cognitivo: La paciente explicará las medidas a adoptar para reducir la ansiedad.
- Objetivo actitudinal: La paciente mostrará su interés y motivación por mejorar su estado psicológico.

Plan de Cuidados Estandarizado para Víctimas de Violencia de Género

- Objetivo aptitudinal: La paciente demostrará habilidad en la realización de las técnicas de relajación.

NOC: [1402] AUTOCONTROL DE LA ANSIEDAD⁴³: “Acciones personales para eliminar o reducir sentimientos de aprensión, tensión o inquietud de una fuente no identificada.”. Indicadores que evalúan el autocontrol de la ansiedad son:

- [140204] Busca información para reducir la ansiedad.
- [140205] Planea estrategias para superar situaciones estresantes.
- [140207] Utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad.

Las intervenciones de la enfermera o también denominadas NIC, irán encaminadas a conseguir los objetivos propuestos. Para este diagnóstico los NIC seleccionados son:

-NIC: [5820] DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD⁴⁴: “*Minimizar la aprensión, temor, presagios o inquietud relacionados con una fuente no identificada de peligro previsto*”.

- Las actividades que la enfermera pauta para ayudar a la paciente a disminuir la ansiedad:
 1. Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.
 2. Crear un ambiente que facilite la confianza.
 3. Ayudar al paciente a identificar las situaciones que provocan la ansiedad.
 4. Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados.

-NIC: [6040] TERAPIA DE RELAJACIÓN⁴⁴: “*Uso de técnicas para favorecer e inducir la relajación con objeto de disminuir los signos y síntomas indeseables como dolor, tensión muscular o ansiedad*”.

- Las actividades que la enfermera pauta para la terapia de relajación:
 1. Explicar el fundamento de la relajación y sus beneficios, límites y tipos de relajación disponibles (música, meditación, respiración rítmica, relajación mandibular y relajación muscular progresiva).
 2. Enseñar ejercicios de relajación practicando en el espacio apropiado para ello, asegurando un ambiente tranquilo y calmado.
 3. Evaluar regularmente los avances del paciente sobre la relajación explicada y conseguida, y comprobar periódicamente la tensión muscular, frecuencia cardíaca, presión arterial y temperatura de la piel, según corresponda.

-NIC: [5270] APOYO EMOCIONAL⁴⁴: “*Proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión*”.

- Las actividades que la enfermera pauta para el apoyo emocional:
 1. Comentar la experiencia emocional del paciente.
 2. Facilitar la identificación por parte del paciente del patrón habitual de afrontamiento de los temores.
 3. Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional.
 4. Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad.

En esta situación, el estado emocional de la víctima se ve deteriorado ante los problemas, y además de ansiedad puede aparecer una baja autoestima.

Plan de Cuidados Estandarizado para Víctimas de Violencia de Género

DE: BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL [00120]^{29, 42}. Dominio 6. Auto percepción. Clase 2. Autoestima. Necesidad 12. Trabajar /realizarse. Patrón 7. Auto percepción/auto concepto. Este diagnóstico nombra el *“Desarrollo de una percepción negativa de la propia valía en respuesta a una situación actual”*.

La baja autoestima situacional está relacionada con (**r/c**) una conducta inconsciente de los valores, patrón de fracasos, sentimientos de haber fallado y reconocimiento inadecuado, y está manifestado por (**m/p**) datos objetivos y subjetivos como verbalizaciones de negación de sí misma, falta de propósito y conducta indecisa.

El objetivo general es que la paciente recupere una evaluación positiva de sí misma y de sus capacidades.

NOC: [1205] AUTOESTIMA⁴³: *“Juicio personal sobre la capacidad de uno mismo”*. Indicadores que evalúan el nivel de autoestima:

- [120501] Verbalizaciones de autoaceptación.
- [120505] Descripción del yo.
- [120511] Nivel de confianza.

Algunos objetivos específicos podrían ser:

- Objetivo cognitivo: La paciente identificará las causas que están produciendo estos sentimientos y los métodos para mejorarlos.
- Objetivo actitudinal: La paciente expresará fuerza de voluntad para mejorar su autoestima.
- Objetivo aptitudinal: La paciente demostrará la capacidad para manejar los recursos y así mejorar su autoestima.

NOC: [1302] AFRONTAMIENTO DE PROBLEMAS⁴³: *“Acciones personales para controlar los factores estresantes que ponen a prueba los recursos del individuo”*. Indicadores que evalúan el afrontamiento de los problemas son:

- [130201] Identifica patrones de superación eficaces.
- [130203] Verbaliza sensación de control.
- [130218] Refiere aumento del bienestar psicológico.

Las intervenciones de la enfermera irán encaminadas a conseguir los objetivos propuestos:

-NIC: [5400] POTENCIACIÓN DE LA AUTOESTIMA⁴⁴: *“Ayudar a la paciente a que mejore el juicio personal de su autovalía”*.

- Las actividades que la enfermera pauta para potenciar la autoestima:
 1. Determinar la confianza de la paciente en sí misma.
 2. Animar a la paciente a identificar sus puntos fuertes.
 3. Ayudar a establecer objetivos realistas para conseguir una autoestima más alta.
 4. Animar a la paciente a conversar consigo mismo y a verbalizar autoafirmaciones positivas a diario.

-NIC: [5270]. APOYO EMOCIONAL⁴⁴: *“Proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión”*.

Plan de Cuidados Estandarizado para Víctimas de Violencia de Género

- Las actividades que la enfermera trabaja para ofrecer apoyo emocional:
 1. Comentar la experiencia emocional con la paciente.
 2. Realizar afirmaciones empáticas y de apoyo.
 3. Ayudar en el uso de mecanismos de defensa adecuados: como ponerle en contacto con otros profesionales o redes de apoyo.
 4. Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias, además de proporcionar apoyo.

-**NIC:** [5230] MEJORAR EL AFRONTAMIENTO⁴⁴: *“Facilitación de los esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar los factores estresantes, cambios o amenazas percibidas que interfieran a la hora de satisfacer las demandas y papeles de la vida”*.

- Las actividades que la enfermera realiza para mejorar el afrontamiento:
 1. Evaluar los recursos de que dispone en su entorno.
 2. Fomentar las actividades sociales y comunitarias.
 3. Animar a la paciente a identificar sus puntos fuertes y capacidades.
 4. Favorecer situaciones que fomenten la autonomía de la paciente.

Estos problemas psicológicos provocan un cambio en la actitud de las víctimas, que genera, pasividad, demora en la solicitud de ayuda, deterioro de las relaciones sociales, tendencias de culpa y de exculpar a su pareja, incapacidad para tomar decisiones y ausentismo, lo que conduce al diagnóstico de Deterioro de la interacción social.

DE: DETERIORO DE LA INTERACCIÓN SOCIAL [00052]^{29, 42}. Dominio 7.Rol/relaciones. Clase 3. Desempeño del rol. Necesidad 10.Comunicación. Patrón 8. Rol/relaciones. Se define como *“Cantidad insuficiente o excesiva, o calidad ineficaz de intercambio social”*.

El deterioro de la interacción social está relacionado con **(r/c)** alteración en el autoconcepto y en los procesos de pensamiento y ausencia de personas significativas manifestado por **(m/p)** datos objetivos como interacción disfuncional con otras personas y deterioro del funcionamiento social.

El objetivo general es que la paciente participe en un intercambio social suficiente y efectivo.

NOC: [1504] SOPORTE SOCIAL⁴³: *“Ayuda fiable de los demás”*. Indicadores que evalúan el soporte social.

- [150402] Refiere dedicación de tiempo de otras personas.
- [150409]. Refiere una red social de ayuda.
- [150408]. Evidencia de voluntad para buscar ayuda en otras personas.

Algunos objetivos específicos podrían ser:

- Objetivo cognitivo: La paciente expresará la importancia de tener una red de apoyo ante su maltratador.
- Objetivo actitudinal: La paciente verbalizará la fuerza de voluntad para confiar en una red de apoyo adecuada.
- Objetivo aptitudinal: La paciente demostrará la capacidad de pedir ayuda a las personas de su entorno.

Plan de Cuidados Estandarizado para Víctimas de Violencia de Género

NOC: [1502] HABILIDADES DE INTERACCIÓN SOCIAL⁴³: *“Conductas personales que fomentan relaciones eficaces”*. Indicadores que evalúan las habilidades de interacción social.

- [150203]. Cooperación con los demás.
- [150212]. Relaciones con los demás.
- [150211]. Parecer relajado.

Las intervenciones que la enfermera pauta para lograr los objetivos propuestos:

-NIC: [5100] POTENCIACIÓN DE LA SOCIALIZACIÓN⁴⁴: *“Facilitar la capacidad de una persona para interactuar con los demás”*.

- Las actividades que la enfermera propone para aumentar los sistemas de apoyo:
 1. Animar al paciente a desarrollar relaciones.
 2. Fomentar el compartir problemas comunes con los demás.
 3. Ayudar al paciente a que aumente la consciencia de sus puntos fuertes y sus limitaciones en la comunicación con los demás.
 4. Animar al paciente a cambiar de ambiente, como salir a caminar o al cine.

-NIC: [4362] MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA: HABILIDADES SOCIALES⁴⁴: *“Ayuda al paciente para que desarrolle o mejore las habilidades sociales interpersonales”*.

- Las actividades que la enfermera propone para fomentar la implicación de la familia:
 1. Ayudar al paciente a identificar los problemas interpersonales derivados de déficit de habilidad social.
 2. Animar al paciente a manifestar verbalmente los sentimientos asociados con los problemas interpersonales.
 3. Proporcionar recompensas al paciente sobre la realización de la habilidad social deseada.
 4. Ayudar al paciente a identificar pautas posibles de acción y sus consecuencias interpersonales.

-NIC: [5430] GRUPO DE APOYO⁴⁴: *“Uso de un ambiente grupal para proporcionar apoyo emocional e información relacionada con la salud a sus miembros”*.

- Las actividades que la enfermera propone para trabajar con un grupo de apoyo con la víctima de manera eficaz:
 1. Determinar el nivel y conveniencia del sistema actual de apoyo a la paciente.
 2. Aconsejar grupos de apoyo donde fomentar la expresión y compartir el conocimiento de la experiencia de su problema.
 3. Fomentar el mantenimiento de la paciente de una actitud positiva en los grupos de ayuda y de apoyo a los que pertenezca.

Como consecuencias del maltrato físico, las víctimas pueden presentar distintos tipos de lesiones, que la enfermera atenderá ayudando a la víctima a adoptar conductas que puedan evitar esas lesiones.

DE: RIESGO DE LESIÓN [00035]^{29, 42}. Dominio 11. Seguridad/protección. Clase 2. Lesión física. Necesidad 9. Evitar peligros/seguridad. Patrón 1. Percepción-manejo de la salud. Se define como aquello que es *“Vulnerable a sufrir una lesión como consecuencia de la interacción de condiciones ambientales con los recursos adaptativos y defensivos de la persona, que puede comprometer la salud”*. Este diagnóstico se trata de un DE de riesgo, lo que indica

Plan de Cuidados Estandarizado para Víctimas de Violencia de Género

que hay riesgo o posibilidad de que ocurran lesiones pero en el momento actual no las hay, por lo que no presenta manifestaciones (signos y síntomas).

El riesgo de lesión está relacionado con **(r/c)** la alteración en la función cognitiva y de las inclinaciones afectivas.

El objetivo general de esta intervención será que la paciente mantendrá su integridad física en todo momento, evitando que se produzcan lesiones.

NOC: [3010]. SATISFACCIÓN DE LA PACIENTE: SEGURIDAD⁴³: *“Grado de la percepción positiva de procedimientos, información y cuidados de enfermería para prevenir daños o lesiones”*. Indicadores que evalúan la satisfacción del paciente con respecto a su seguridad son:

- [301001]. Explicación de reglas y procedimientos de seguridad.
- [301011]. Información sobre riesgos y complicaciones.

Algunos objetivos específicos podrían ser:

- Objetivo cognitivo: La paciente describirá los métodos para mantenerse alejada del agresor y evitar sufrir lesión.
- Objetivo actitudinal: La paciente expresará su motivación para llevar a cabo los métodos aprendidos.
- Objetivo aptitudinal: La paciente demostrará la capacidad de utilizar los recursos disponibles a su alcance y la capacidad de pedir ayuda, en todo momento.

NOC: [1902] CONTROL DEL RIESGO⁴³: *“Acciones personales para comprender, evitar, eliminar o reducir las amenazas para la salud que son modificables”*. Indicadores que evalúan el control de riesgo son:

- [190201] Reconoce los factores de riesgo personales.
- [190207] Sigue las estrategias de control del riesgo seleccionadas.
- [190213] Utiliza los servicios sanitarios de acuerdo a sus necesidades.
- [190215] Utiliza los recursos comunitarios para reducir el riesgo.

Como es un diagnóstico de riesgo la enfermera en el PCE realizará intervenciones preventivas evitando que se produzca el problema. Las intervenciones de la enfermera irán encaminadas a informar, enseñar y fortalecer psicológicamente a la paciente para que tenga seguridad en ella misma y eliminar ese riesgo de lesión.

-NIC: [6403] APOYO EN LA PROTECCIÓN CONTRA ABUSOS: PAREJA⁴⁴: *“Identificación de las relaciones de dependencia domésticas de alto riesgo y de las acciones para prevenir que se inflija un mayor daño físico, sexual o emocional, o la explotación de uno de los miembros de la pareja.”*

- Las actividades que la enfermera propone para fomentar apoyo en la protección contra los abusos son:
 1. Escuchar atentamente a la persona que empieza a hablar acerca de sus propios problemas.
 2. Remitir a los individuos con riesgo de abuso o a aquellos que los hayan sufrido a especialistas y servicios apropiados.

Plan de Cuidados Estandarizado para Víctimas de Violencia de Género

3. Investigar si existen síntomas de abuso doméstico (p.ej., numerosas lesiones accidentales, múltiples síntomas somáticos, dolor abdominal crónico, cefaleas crónicas, dolor pélvico, ansiedad, depresión, síndrome de estrés postraumático y otras alteraciones psiquiátricas).

-NIC: [6610] IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS⁴⁴:*“Análisis de los factores de riesgo potenciales, determinación de riesgos para la salud y asignación de la prioridad a las estrategias de disminución de riesgos para un individuo o grupo de personas”.*

- Las actividades que la enfermera propone para la identificación de riesgos son:
 1. Identificar los recursos del centro para ayudar a disminuir los factores de riesgo.
 2. Instruir sobre los factores de riesgo y planificar la reducción del riesgo.
 3. Comentar y planificar las actividades de reducción del riesgo en colaboración con el individuo o el grupo.

Tras la planificación de los DE, los objetivos y las intervenciones, llevados a cabo mediante un PCE para las víctimas, la parte final consiste en la ejecución y evaluación de los resultados obtenidos, es decir, su efectividad para posteriores mejoras en el cuidado y la atención de las VVG. En este caso no se pueden llevar a cabo estas últimas fases citadas (ejecución y evaluación), debido a que no se pone en práctica con ningún individuo al tratarse de un PCE.

8. REFLEXIÓN PERSONAL.

La realización de este trabajo me ha aportado conocer la VG más de cerca y ver el terrible sufrimiento, las torturas y el aguante que pueden llegar a padecer muchas mujeres en el mundo, sin explicación alguna. Por ello, creo que toda la ayuda y la prevención que se pueda dar son beneficiosas desde cualquier ámbito. Más si cabe desde la enfermería, que se dedica al cuidado como principio. La enfermera tiene una gran responsabilidad en este problema, ya que con esfuerzo, dedicación y empeño puede ayudar en gran medida a las VVG. Ante este gran problema que afecta a nivel mundial, es necesario que los profesionales nos concienciamos y trabajemos conjuntamente por solucionarlo, ya que, a pesar de la multitud de políticas, recursos y procedimientos destinados a solventar el problema, la VG atenta contra la vida de las mujeres y esta situación no mejora. Para ello, en mi opinión es imprescindible que como enfermeros nos formemos e informemos ampliamente para poder ofrecer la mejor atención y cuidados, así como saber detectar los casos. Con esto, conseguiremos sentirnos seguros de nuestra actuación, valorarla como positiva e importante, siendo conscientes de la eficacia de nuestra ayuda. Por ello, he querido trabajar y finalizar con el PCE, que es el planteamiento teórico que guía la práctica, a través del juicio clínico, de la organización óptima de los cuidados, y que pueda servir de orientación y reflexión para el abordaje. Personalmente, me ha aportado conocer mejor el problema y saber cómo puedo ayudar y realizar una buena atención a las víctimas, como enfermera. Como reflexión final me gustaría plantear que a través de la educación, el trabajo y el esfuerzo en el futuro, disminuya la VG y mejorar la calidad de vida de la sociedad.

9. BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Meneses Falcón C. La atención Primaria frente a la Violencia de Género. [Internet]. Madrid: MSSSI; 2015 [Citado 22 Feb. 2018]. Disponible en: <http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/investigaciones/2015/pdf/Atencion Primaria VG.pdf>
- 2.-ACNUDH. Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer [Internet].ACNUDH: Ginebra; 2018 [Citado 5 Mar. 2018]. Disponible en: <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/ViolenceAgainstWomen.aspx>
- 3.- OMS. Violencia contra la mujer. [Internet]. Suiza: Copyright Organización Mundial de la Salud (OMS); 2018 [Citado 24 Mar. 2018]. Disponible en: http://www.who.int/topics/gender_based_violence/es/
- 4.- Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. Boletín Oficial del Estado número 313, de 29 de diciembre de 2004 [Citado 22 Mar. 2018]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2004/BOE-A-2004-21760-consolidado.pdf>
- 5.- OMS. Violencia contra la mujer, Violencia de pareja y violencia sexual contra la mujer. [Internet]. Suiza: Copyright Organización Mundial de la Salud (OMS); 2017 [Citado 30 Mar. 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/>.
6. Fernández Alonso, M^a C. et al. Violencia Doméstica. [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2003 [Citado 20 Mar. 2018]. Disponible en: https://www.msssi.gob.es/ciudadanos/violencia/docs/VIOLENCIA_DOMESTICA.pdf
- 7.- López RM, Peláez S. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género [Internet]. Madrid: MSSSI; 2012 [Citado 21 Feb. 2018]. Disponible en: <http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/profesionalesInvestigacion/sanitario/docs/PSanitarioVG2012.pdf>
- 8.- Proyecto Iceberg. Manual sobre la Violencia de Género. [Internet] 1. Valencia: Conselleria de Governació i Justícia de la Generalitat Valenciana; 2009 [Citado 7 Abr. 2018]. Disponible en: http://bbpp.observatorioviolencia.org/upload_images/File/DOC1384171358_Manual%20sobre%20violencia%20de%20g%C3%A9nero%20Proyecto%20Iceberg.pdf
- 9.- Calvo González, G; Camacho Bejarano, R. La violencia de género: evolución, impacto y claves para su abordaje. Enfermería Global [Internet].2014 [Citado 2 Mar. 2018]; 13(33):424-439. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v13n33/enfermeria.pdf>
10. - Walker, L. Descriptions of Violence and the Cycle of Violence. En: S.W. Sussman, editor. The Battered Woman Syndrome. 4^a Ed. Nueva York: Springer Publishing Company; 20016. 91-112.
- 11.- OMS. Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer: prevalencia y efectos de la violencia conyugal y de la violencia sexual no conyugal en la salud. [Internet] Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2013 [Citado 12 Abr. 2018]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85243/WHO_RHR_HRP_13.06_spa.pdf;jsessionid=38A62E11831157248A6B55243DAF081C?sequence=1
12. - Report of the World Conference of the International Women`s Year. [Internet] Nueva York: Naciones Unidas; 1976 [Citado 10 Abr. 2018]. Disponible en: <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/otherconferences/Mexico/Mexico%20conference%20report%20optimized.pdf>
- 13.- MSSSI. Organizaciones Internacionales. [Internet]. Madrid: MSSSI; 2018 [Citado 21 Abr. 2018]. Disponible en: <http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaEnCifras/datosInternacional/internacional/home.htm>.
14. - Violent sexual crimes recorded in the EU. [Internet]. European commission. Eurostat; 2017 [Citado 29 Abr. 2018]. Disponible en: <http://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/EDN-20171123-1?inheritRedirect=true&redirect=%2Feurostat%2Fnews%2Fwhats-new>

Plan de Cuidados Estandarizado para Víctimas de Violencia de Género

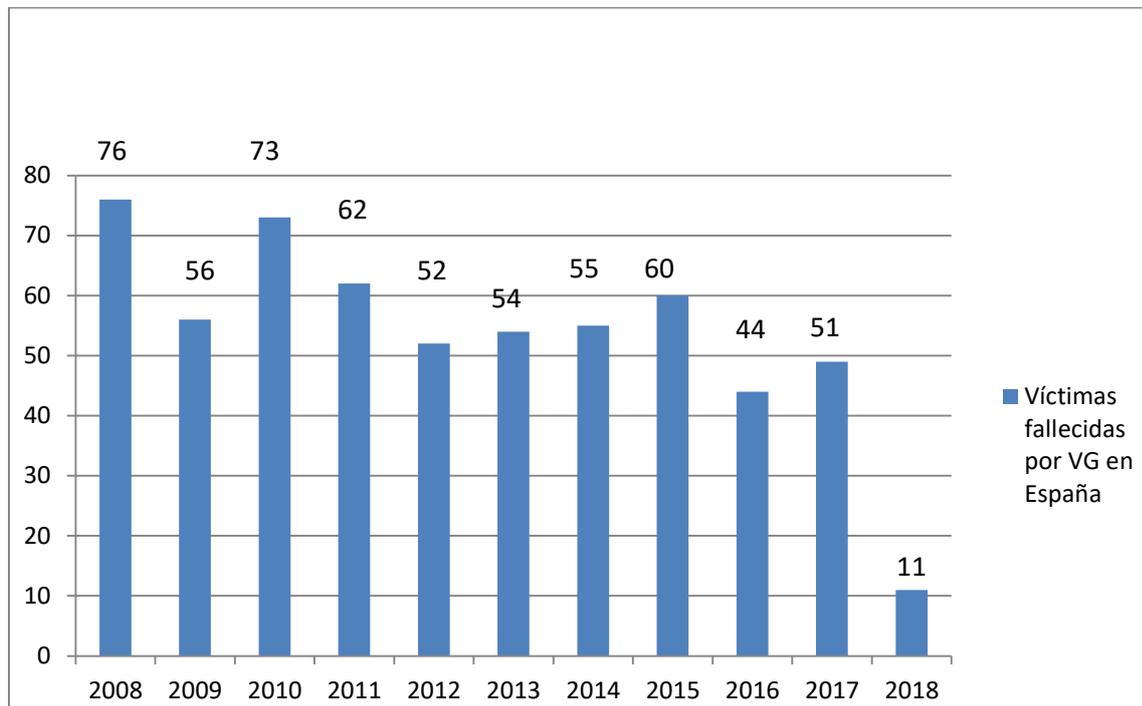
- 15.- MSSSI. Datos de Organismos Internacionales. [Internet]. Madrid: MSSSI; 2013 [Citado 29 Abr. 2018]. Disponible en: <http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaEnCifras/datosInternacional/europa/home.htm>
- 16.- MSSSI. Boletín Estadístico mensual. Violencia de Género. [Internet]. Madrid: MSSSI; 2018 [Citado 21 Abr. 2018]. 118p. Disponible en: http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaEnCifras/boletines/boletinMensual/2018/docs/BE_Marzo_2018_2.pdf
- 17.- MSSSI. Mujeres víctimas mortales por violencia de género en España a manos de sus parejas o exparejas. [Internet] Madrid: MSSSI; 2018 [Citado 11 May. 2018]. Disponible en: http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaEnCifras/victimasMortales/fichaMujeres/pdf/VMortales_2018_05_11.pdf
- 18.- MSSSI. Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. [Internet]. Madrid: MSSSI; 2017 [Citado 29 Abr. 2018]. Disponible en: <http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/instituciones/delegacionGobierno/home.htm>
- 19.- MSSSI. Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer. [Internet]. Madrid: MSSSI; 2006 [Citado 22 Abr. 2018]. Disponible en: <http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/instituciones/observatorioEstatal/home.htm>
- 20.- MSSSI. Unidades de Violencia. [Internet]. Madrid: MSSSI; 2006 [Citado 22 Abr. 2018]. Disponible en: <http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/instituciones/unidades/home.htm>
- 21.- MSSSI. Órganos componentes. [Internet]. Madrid: MSSSI; 2006 [Citado 21 Abr. 2018]. Disponible en: <http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/instituciones/organosCompetentes/home.htm>
- 22.- Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. Boletín Oficial del Estado número 71, de 23 de marzo de 2007 [Citado 5 Abr. 2018]. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2007/03/23/pdfs/A12611-12645.pdf>
- 23.- Ley 1/2003, de 3 de marzo, de Igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres en Castilla y León. BOE nº71. 24 de marzo de 2003 [Citado 7 Abr. 2018]. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2003/03/24/pdfs/A11604-11615.pdf>
- 24.- Acuerdo 35/2013, de 16 de mayo, de la Junta de Castilla y León de Plan Autonómico para la Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres y contra la Violencia de Género de Castilla y León 2013-2018. BOCYL Nº 94, del 20 de mayo de 2013 [Citado 7 Abr. 2018]. Disponible en: http://www.jcyl.es/web/jcyl/Familia/es/Plantilla100Detalle/1246988964069/_/1284269953024/Comunicacion?plantillaObligatoria=PlantillaContenidoNoticiaHome
- 25.- Ayuntamiento de Soria. II Plan de igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres de la ciudad de Soria. [Internet]. Soria: Ayuntamiento de Soria; 2014 [Citado 10 Abr. 2018]. Disponible en: <http://www.soria.es/sites/default/files/public/contenidos/2015/ficheros/texto-completo-plan-de-igualdad.pdf>
- 26.- Alfaro-Lefevre, R. Aplicación del Proceso Enfermero. Fundamento del razonamiento clínico. 8ª Edición. Barcelona: Wolters Kluwer Health; 2014.
- 27.- Bonill de las Nieves, C; Amezcua, M. Virginia Henderson. [Internet]. Granada: Gomerres; 2014 [Citado 22 Abr. 2018]. Disponible en: <http://index-f.com/gomerres/?p=626>
- 28.- Herdman, TH (Editor). NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros. Definición y Clasificación 2015-2017. Barcelona: Elsevier; 2015.
- 29.- Luis Rodrigo, Mª T. Los Diagnósticos Enfermeros. 9ª edición. Barcelona: Elsevier; 2013.
- 30.- Fuden. Patrones funcionales de Marjory Gordon. [Internet]. Observatorio de metodología enfermera. Madrid: Fuden; 2016 [Citado 21 Abr. 2018]. Disponible en: http://www.ome.es/04_01_desa.cfm?id=391
- 31.- Actualización en Enfermería. Asociación de los Diagnósticos con los Criterios de Resultado y las Intervenciones. [Internet]. Madrid: Funciden; 2018 [Citado 21 Abr. 2018]. Disponible en: <https://enfermeriaactual.com/relacion-nanda-noc-nic/>

Plan de Cuidados Estandarizado para Víctimas de Violencia de Género

- 32.- Pérez García, C; Manzano Felipe, M^a A. La práctica clínica enfermera en el abordaje de la violencia de género. Cultura de los Cuidados [Internet]. 2014 [Citado 10 Abr. 2018]; 18(40): 107-115. Disponible en: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/43947/1/Cultura-Cuidados_40_14.pdf
- 33.- Arredondo-Provecho, AB; Broco-Barredo, M; Alcalá-Ponce de León, T; Rivera-Álvarez, A; Jiménez Trujillo, I; Gallardo-Pino C. Profesionales de atención primaria de Madrid y violencia de pareja hacia la mujer en el año 2012. Rev. Esp. Salud Pública [Internet]. 2012 [Citado 16 Mar. 2018]; 86(1): 85-99. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272012000100008&lng=es
- 34.- Valdés Sánchez, CA; García Fernández, Carla; Sierra Díaz, A. Violencia de género: conocimientos y actitudes de las enfermeras en atención primaria. Atención Primaria [Internet]. 2016 [Citado 11 Abr. 2018]; 48(10): 623-631. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656716300385>
- 35.- Visentin, F; Vieira, LB; Trevisan I; Lorenzini, E; Silva EF. Women's primary care nursing in situations of gender. Invest Educ Enferm [Internet]. 2015 [Citado 22 Mar. 2018]; 33(3): 556-564. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v33n3/v33n3a20.pdf>
- 36.- Muslera-Canclini, E; Natal, C; García, V; Fernández-Muñoz, P. Descripción del registro de los casos de violencia de género en las fuentes de información sanitarias del Principado de Asturias. Gac Sanit. [Internet]. 2009 [Citado 22 Abr. 2018]; 23 (6): 558-561. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112009000600015
- 37.- Prieto Medina, MC. Violencia de pareja. Repercusiones en la salud mental de la mujer. Revista Enfermería CyL. [Internet]. 2014 [Citado el 22 de abril de 2018]; 6(2): 93-97. Disponible en: <http://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/article/viewFile/122/103>
- 38.- González Arroyo, AA; Macías García, J. Maltrato doméstico: Plan de cuidados de enfermería. Nure Investigación [Internet]. 2006 [Citado 20 Nov. 2017]; 1(23):1-8. Disponible en: <http://www.nure.org/OJS/index.php/nure/article/view/301/283>
- 39.- Flores, JA; Almansa Martínez, MP; Pina Roche, F; Lozano Martínez, M; Lucas Martínez, AM; Frapolli Gomez, G. Propuesta del diagnóstico enfermero del Síndrome de Violencia de Género para su inclusión en la taxonomía Nanda-I.ROL Enfermería [Internet]. 2015 [Citado 21 Dic. 2017]; 38(3):188-192. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/299489681_Propuesta_del_diagnostico_enfermero_del_sindrome_de_violencia_de_genero_para_su_inclusion_en_la_taxonomia_NANDA-I
- 40.- Amad Pastor, M; Cánovas Tomás, MA; Díaz García, I. ¿Cómo ayuda la aplicación del proceso enfermero a las mujeres con diagnóstico ansiedad? Enferm. glob. [Internet]. 2017 [Citado el 20 de abril de 2018]; 16(46): 389-405. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412017000200389
- 41.- Fernández Alonso, MC; Salvador Sánchez, L. Guía clínica de actuación sanitaria ante la Violencia de género. [Internet]. Valladolid: Gerencia Regional de Salud; 2017. [Citado 13 Abr. 2018]. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/violencia-genero/guia-clinica-actuacion-sanitaria-violencia-genero>
- 42.- NNNConsult. Nanda. [Internet]. Barcelona: Elsevier; 2014 [Citado 23 Feb. 2018]. Disponible en: <http://www.nnnconsult.com.ponton.uva.es/nanda>
- 43.- NNNConsult. NOC. [Internet]. Barcelona: Elsevier; 2014 [Citado 23 Feb. 2018]. Disponible en: <http://www.nnnconsult.com.ponton.uva.es/noc>
- 44.- NNNConsult. NIC. [Internet]. Barcelona: Elsevier; 2014 [Citado 23 Feb. 2018]. Disponible en: <http://www.nnnconsult.com.ponton.uva.es/nic>

10. ANEXOS

ANEXO I. Víctimas fallecidas por Violencia de Género en España entre 2008-2018.



Víctimas fallecidas por VG en España de 2008-2018. Fuente: Elaboración propia, referencia del MSSSI¹⁶.

ANEXO II. Necesidades de Virginia Henderson.

Las **14 Necesidades Básicas** tal como las formula Virginia Henderson son:

1. Respirar normalmente
2. Comer y beber adecuadamente
3. Eliminar por todas las vías corporales
4. Moverse y mantener posturas adecuadas
5. Dormir y descansar
6. Escoger ropa adecuada: Vestirse y desvestirse
7. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales, adecuando y modificando el ambiente.
8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel
9. Evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas
10. Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones
11. Vivir de acuerdo con las propias creencias y valores
12. Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal
13. Participar en actividades recreativas
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a usar los recursos disponibles

Fuente: Gomeres. V.Henderson²⁷.

Plan de Cuidados Estandarizado para Víctimas de Violencia de Género

ANEXO III. Estrategia de búsqueda.

Estrategia de Búsqueda*. Fuente: Elaboración propia.

	Cinalh		Cuiden Plus		Lilacs		Pubmed		SciELO		Total
	E	S	E	S	E	S	E	S	E	S	
Palabras clave											
Diagnóstico enfermero AND Violencia de género	31	-	4	-	30	1	-	-	40	-	1
Nursing diagnosis AND Gender-based violence	12	1	-	-	19	-	18	-	14	1	2
Plan de cuidados AND Violencia de género	12	-	3	1	5	-	-	-	36	-	1
Care Plans AND Gender-based violence	32	-	-	-	15	-	6	-	14	-	-
Intervención enfermera AND Violencia de género	31	-	8	2	59	1	-	-	7	1	4
Nursing intervention AND Gender-based violence.	29	-	-	-	40	-	52	1	12	1	2
Total		1		3		2		1		3	10

*Los E, son los documentos encontrados y los S, los seleccionados.

Plan de Cuidados Estandarizado para Víctimas de Violencia de Género

ANEXO IV. Tabla de resultados.

Tabla de Resultados de la revisión bibliográfica. Fuente: Elaboración propia.

Nº Ref.	Título	Año	Tipo de documento	Aspecto que analiza
9	La violencia de género: evolución, impacto y claves para su abordaje.	2014	Revisión bibliográfica	Características VVG e importancia de actuaciones de los sanitarios. Legislación nacional e internacional.
32	La práctica clínica enfermera en el abordaje de la violencia de género.	2014	Revisión bibliográfica	Cuidados y actuaciones de enfermería
33	Profesionales de atención primaria de Madrid y violencia de pareja hacia la mujer en el año 2012.	2012	Estudio transversal descriptivo de Madrid.	Nivel de conocimientos de los enfermeros sobre la VG y barreras que tienen para el abordaje de las víctimas.
34	Violencia de género: conocimientos y actitudes de las enfermeras en atención primaria.	2016	Estudio descriptivo-transversal de Asturias	Actitudes, actuaciones y conocimientos del personal de enfermería.
35	Women's primary care nursing in situations of gender.	2015	Estudio exploratorio-descriptivo de Brasil	Estrategias y limitaciones de las enfermeras para tratar la VG.
36	Descripción del registro de los casos de violencia de género en las fuentes de información sanitarias del Principado de Asturias.	2009	Revisión bibliográfica	Registro de casos de Violencia de Género.
37	Violencia de pareja. Repercusiones en la salud mental de la mujer.	2014	Revisión bibliográfica	Características y consecuencias de la VG en la mujer.
38	Maltrato doméstico: Plan de cuidados de enfermería.	2006	Plan de cuidados	Revisión bibliográfica y Plan de Cuidados de VVG.
39	Propuesta del diagnóstico enfermero del síndrome de violencia de género para su inclusión en la taxonomía NANDA-I.	2015	Revisión bibliográfica	Fases del desarrollo del síndrome de violencia de género para incluirlo en la taxonomía NANDA.
40	¿Cómo ayuda la aplicación del proceso enfermero a las mujeres con diagnóstico ansiedad?	2017	Revisión bibliográfica	Análisis de la Ansiedad como DE.

Plan de Cuidados Estandarizado para Víctimas de Violencia de Género

ANEXO V. Cuestionario Wast de Cribado corto.

Nº	Cuestionario WAST corto (cribado)	Total
		Cribado positivo >ó= 3 puntos
1a	En general, ¿cómo describiría su situación de pareja?	
	Mucha tensión (3 puntos)/ Alguna tensión (2p)/ Ninguna tensión (1p)	
2b	Usted y su pareja resuelven sus discusiones con...	
	Mucha dificultad (3p)/ Alguna dificultad (2p)/ Sin dificultad (1p)	

Cuestionario Wast de cribado corto. Fuente: Elaboración propia, referencia de la Guía Clínica de Actuación Sanitaria sobre la Violencia de Género⁴¹.

Si se obtienen 3 o más puntos de los 6 posibles, se considera cribado positivo, que significa una mayor probabilidad de que esta persona pueda estar sufriendo maltrato, pero no significa que este confirmado.

Plan de Cuidados Estandarizado para Víctimas de Violencia de Género

ANEXO VI. Plan de Cuidados Estandarizado.

Diagnóstico Enfermero (DE)	Objetivo general y específico	NOC	NIC
<p>Ansiedad</p> <p>r/c conflictos de valores, factores estresantes</p> <p>m/p angustia, inquietud, incertidumbre, nerviosismo, indefensión, sufrimiento, temor, disminución de la habilidad para resolver problemas.</p>	<p>General: La paciente verbalizará la reducción de la ansiedad a niveles tolerables o manejables al final de la intervención del profesional de enfermería.</p> <p>Específico:</p> <ul style="list-style-type: none"> •O. cognitivo: La paciente explicará las medidas a adoptar para reducir la ansiedad. •O. actitudinal: La paciente mostrará su interés y motivación por mejorar su estado psicológico. •O. aptitudinal: La paciente demostrará habilidad en la realización de las técnicas de relajación. 	<p>-[1211] NIVEL DE ANSIEDAD.</p> <p>-[1402] AUTOCONTROL DE LA ANSIEDAD.</p>	<p>-[5820] DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD.</p> <p>-[6040] TERAPIA DE RELAJACIÓN.</p> <p>-[5270] APOYO EMOCIONAL.</p>
<p>Baja autoestima situacional</p> <p>r/c una conducta inconsciente de los valores, patrón de fracasos, sentimientos de haber fallado y reconocimiento inadecuado,</p> <p>m/p verbalizaciones de negación de sí misma, falta de propósito y conducta indecisa.</p>	<p>General: La paciente recuperará una evaluación positiva de sí misma y de sus capacidades.</p> <p>Específico:</p> <ul style="list-style-type: none"> •O. cognitivo: La paciente identificará las causas que están produciendo estos sentimientos y los métodos para mejorarlos. •O. actitudinal: La paciente expresará fuerza de voluntad para mejorar su autoestima. •O. aptitudinal: La paciente demostrará la capacidad para manejar los recursos y así mejorar su autoestima. 	<p>-[1205] AUTOESTIMA.</p> <p>-[1302] AFRONTAMIENTO DE PROBLEMAS.</p>	<p>-[5400] POTENCIACIÓN DE LA AUTOESTIMA.</p> <p>-[5270] APOYO EMOCIONAL.</p> <p>-[5230] MEJORAR EL AFRONTAMIENTO.</p>

Plan de Cuidados Estandarizado para Víctimas de Violencia de Género

<p>Deterioro de la interacción social</p> <p>r/c alteración en el autoconcepto y en los procesos de pensamiento y ausencia de personas significativas</p> <p>m/p interacción disfuncional con otras personas y deterioro del funcionamiento social.</p>	<p>General: La paciente participará en un intercambio social suficiente y efectivo.</p> <p>Específico:</p> <ul style="list-style-type: none"> •O. cognitivo: La paciente expresará la importancia de tener una red de apoyo ante su maltratador. •O. actitudinal: La paciente verbalizará la fuerza de voluntad para confiar en una red de apoyo adecuada. •O. aptitudinal: La paciente demostrará la capacidad de pedir ayuda a las personas de su entorno. 	<p>-[1504] SOPORTE SOCIAL.</p> <p>-[1502] HABILIDADES DE INTERACCIÓN SOCIAL.</p>	<p>-[5100] POTENCIACIÓN DE LA SOCIALIZACIÓN.</p> <p>-[4362] MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA: HABILIDADES SOCIALES.</p> <p>-[5430] GRUPO DE APOYO.</p>
<p>Riesgo de lesión</p> <p>r/c la alteración en la función cognitiva y de las inclinaciones afectivas.</p>	<p>General: La paciente mantendrá su integridad física en todo momento, evitando que se produzcan lesiones.</p> <p>Específico:</p> <ul style="list-style-type: none"> •O. cognitivo: La paciente describirá los métodos para mantenerse alejada del agresor y evitar sufrir lesión. •O. actitudinal: La paciente expresará su motivación para llevar a cabo los métodos aprendidos. •O. aptitudinal: La paciente demostrará la capacidad de utilizar los recursos disponibles a su alcance y la capacidad de pedir ayuda, en todo momento. 	<p>-[3010] SATISFACCIÓN DE LA PACIENTE: SEGURIDAD.</p> <p>-[1902] CONTROL DEL RIESGO.</p>	<p>-[6403] APOYO EN LA PROTECCIÓN CONTRA ABUSOS: PAREJA.</p> <p>-[6610] IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS.</p>