



## **RESUMEN**

La violencia de género tiene gran importancia dentro del ámbito sanitario, y su detección e intervención es primordial para la protección y seguridad de la mujer. Que enfermería conozca cómo abordar este tipo de situaciones ayudará a las mujeres víctimas de violencia de género a conseguir recursos a que les permitan afrontar su situación. El desconocimiento o el miedo para preguntar si sufren violencia a las mujeres que presentan indicadores de sospecha retrasa la prevención y dificulta su ayuda. Este trabajo consta de la elaboración de un Plan de Cuidados Estandarizado, que puede ser aplicado dentro de los servicios de Atención Primaria y Urgencias, y está basado en los protocolos que pueden encontrarse dentro del Sistema Nacional de Salud y de la Comunidad Autónoma de Castilla La Mancha. El Plan de Cuidados está formado por una valoración inicial realizada a la mujer, un diagnóstico en base a la Taxonomía NANDA, unos resultados (NOC), unas intervenciones (NIC) y unas actividades en base a los objetivos planteados y por último una evaluación generalizada, que será individual dependiendo de la evolución de cada mujer.

## **PALABRAS CLAVE**

Violencia de género | Desigualdad | Indicadores de sospecha | Diagnósticos | Plan de cuidados Estandarizado

## **ABSTRACT**

Gender-based violence is of great importance in the health field, and its detection and intervention is essential for the protection and safety of women. Nursing knowing how to deal with this type of situation will help women victims of gender violence to obtain resources to allow them to face their situation. The lack of knowledge or fear to ask women who present indicators of suspicion if they suffer violence delays prevention and makes it difficult for them to help. This work consists of the development of a Standardized Care Plan, which can be applied within Primary Care and Emergency Services and is based on the protocols that can be found within the National Health System and the Autonomous Community of Castilla La Mancha. The Care Plan is made up of an initial assessment of the woman, a diagnosis based on the NANDA Taxonomy, results (NOC), interventions (NIC) and activities based on the objectives set and finally a generalized evaluation, which will be individual depending on the evolution of each woman.

## **KEY WORDS**

Gender violence | Inequality | Indicators of suspicion | Diagnosis | Standardized Care Plane

## **ABREVIATURAS**

- AP Atención Primaria Violencia de Género
- BOE Boletín Oficial del Estado
- DE Diagnósticos Enfermería
- HC Historial Clínico Violencia Sexual
- INE Instituto Nacional de Estadística
- NANDA North American Nursing Diagnosis Association
- NIC Nursing Intervention Classification
- NOC Nursing Outcomes Classification
- ONU Organización Naciones Unidas
- PCE Plan de Cuidados Estandarizado
- PCI Plan de Cuidados Individualizado
- SNS Sistema Nacional de Salud
- VdG Violencia de Género
- VS Violencia Sexual

## **ÍNDICE**

<b>1. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>4</b>
1.1 Definición y etiología.....	4
1.2 Epidemiología y factores de riesgo.....	5
1.3 Marco normativo sobre la Violencia de Género.....	7
1.4 Desigualdad en salud.....	8
1.5 Violencia de Género en Atención Primaria y Urgencias.....	8
1.6 Protocolos.....	10
<b>2. JUSTIFICACIÓN.....</b>	<b>14</b>
<b>3. OBJETIVOS.....</b>	<b>14</b>
3.1 Objetivo general.....	14
3.2 Objetivos específicos.....	14
<b>4. METODOLOGÍA.....</b>	<b>15</b>
<b>5. DESARROLLO.....</b>	<b>16</b>
5.1 Valoración.....	16
5.2 Diagnóstico/Objetivos/Intervenciones.....	19
5.3 Evaluación.....	23
<b>5. CONCLUSIONES.....</b>	<b>23</b>
<b>6. BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>24</b>
<b>7. ANEXOS.....</b>	<b>26</b>

# 1. INTRODUCCIÓN

## 1.1 DEFINICIÓN Y ETIOLOGÍA

La Violencia de Género (VdG) es un acto de violencia debido a la desigualdad que existe entre la mujer y el hombre dentro de la sociedad. La VdG es la violencia que se ejerce sobre la mujer por el simple hecho de serlo, ya que el hombre agresor las considera inferiores y carentes de respeto, libertades y sin capacidades de decisión.

La Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, tiene como finalidad abordar la situación de discriminación hacia la mujer, la desigualdad y el poder que ejercen los hombres hacia estas, ya sean o hayan sido cónyuges o hayan mantenido una relación de afectividad. Se abordan medidas de protección para prevenir, sancionar y erradicar este tipo de violencia y presentar servicios de ayudas a las víctimas. Esta Ley comprende como violencia de género “todo acto de violencia física y psicológica, incluidas las agresiones a la libertad sexual, las amenazas, las coacciones o la privación arbitraria de libertad”. Según la Organización de Naciones Unidas (ONU) en la IV Conferencia mundial de 1995 reconoció que la VdG se presenta como un gran obstáculo que va dirigido a las mujeres, complicando y dificultando el poder lograr los objetivos de igualdad, desarrollo y paz y atentando los derechos humanos y las libertades fundamentales. Existe una definición técnica, el síndrome de la mujer maltratada, que viene referido a “las agresiones sufridas por la mujer como consecuencia de los condicionantes socioculturales que actúan sobre el género masculino y femenino, situándola en una posición de subordinación al hombre y manifestadas en los tres ámbitos básicos de relación de la persona: maltrato en el seno de las relaciones de pareja, agresión sexual en la vida social y acoso en el medio laboral.” (1)

La Ley pretende atender a las recomendaciones de los organismos internacionales para dar una respuesta de forma global a la violencia de la que muchas mujeres son sometidas (1).

Dentro de la VdG existen varios tipos y dependiendo de cómo actúan sobre la mujer se clasifican en:

- **Violencia física:** Destinada a controlar a la víctima a través de la fuerza física utilizando objetos, armas o las manos. Esta violencia pone en riesgo la vida de la mujer. La violencia física son las lesiones, las quemaduras, el dolor crónico, etc.
- **Violencia psicológica:** Destinada a conseguir dominio y sometimiento de la mujer. Forman parte los insultos, desvalorizaciones, ataques a la autoestima, humillaciones y celos.
- **Violencia sexual (VS):** Cualquier abuso sexual, incluyendo la coacción psicológica y/o física, que obliga a la mujer a mantener relaciones de manera forzada, ya sea en situación de enfermedad de la mujer, embarazada o en el posparto, y es causa de transmisión de enfermedades sexuales, abortos prematuros, disfunción sexual.

- **Violencia económica:** Somete a la mujer a través del control económico. El agresor priva el acceso a las cuentas, obstaculiza su desarrollo laboral, se apropia de sus bienes patrimoniales o incluso explota laboralmente a la mujer.
- **Violencia ambiental:** Rompe o estropea objetos, espacios o animales de gran valor simbólico que pertenecen a la mujer. Destroza joyas, se apropia del coche, rompe muebles, cartas o fotos, tortura o mata a los animales domésticos, etc.
- **Violencia social:** Controla las relaciones externas de la mujer, aislándola progresivamente para privarle de apoyo. No se respeta la privacidad de la mujer, se controlan llamadas, correspondencia, correo, etc. (2)

Otras formas de violencia hacia la mujer son:

- Trata de mujeres y niñas con fines de explotación sexual.
- **Mutilación genital femenina:** es una violación que va contra los derechos de las mujeres y de las niñas, y consiste en la ablación de los genitales femeninos o los daños que pueden causarles sin una justificación médica.
- **Violencia vicaria:** es una forma de violencia machista por la cual el agresor ejerce maltrato hacia los menores tanto hijos e hijas o sujetos a tutela, guardia y custodia con el fin de causarle daño a la mujer. (3)

## *1.2 EPIDEMIOLOGIA Y FACTORES DE RIESGO*

La OMS realizó un análisis en 161 países y zonas, entre el 2000 y 2018, y se estimó que casi una de cada tres mujeres en el mundo, un 30% de mujeres, han sufrido violencia física y/o sexual de su pareja o por parte de terceros en algún momento de su vida. Más de una cuarta parte de las mujeres de entre 15 y 49 años que han estado en una relación de pareja han sufrido violencia física y/o sexual. Las estimaciones que se han realizado sobre la prevalencia de la violencia de pareja sufrida a lo largo de los años van del 20% en la Región del Pacífico Occidental de la OMS, 22% en los países de ingresos elevados y la Región de Europa de la OMS y 25% en la Región de las Américas de la OMS, al 33% en la Región de África de la OMS, 31% en la Región del Mediterráneo Oriental de la OMS y 33% en la Región de Asia Sudoriental de la OMS.

Muchos son los factores que se ven involucrados en relación con la VdG, factores individuales, familiares comunitarios y sociales que interactúan entre sí y produciendo que aumente o disminuya el riesgo de sufrir esta violencia.

Algunos de los factores que se ven involucrados en la VdG, incluyendo también la VS, son:

- Bajo nivel de instrucción, tanto el maltratador como la víctima.
- Haber sufrido maltrato infantil, influyendo en autor y víctima.
- Dentro de la familia haber vivido escenas de violencia.
- Sufrir trastornos de la personalidad antisocial, sobre todo en los maltratadores.
- Abuso del alcohol u otras drogas.

- Comportamientos masculinos dañinos, como el tener múltiples parejas o actitudes de aprobación de la violencia.
- Normas comunitarias donde el hombre es visto como superior y la mujer como inferior.
- Mujeres con dificultad para acceder a empleos remunerados.
- Los niveles de igualdad de género sean bajos, como puede ser por falta de leyes, etc.

Algunos de los factores asociados específicamente a la violencia de pareja pueden ser:

- Que haya habido antecedentes de violencia.
- Insatisfacción en la relación por sensación de monotonía y desagrado.
- Falta de comunicación en la pareja.
- Conductas de control del hombre hacia la mujer.

Factores específicos que se asocian a la VS cometida hacia la mujer son:

- Creencias como el honor y la pureza del sexo femenino.
- Ciertas ideologías que aceptan el abuso del hombre a la mujer.
- Falta de justicia ante las sanciones de actos de violencia sexual.

La VdG se ve fomentada al aceptar ciertas normas sociales, generando así unas desigualdades de género (4).

**Figura 1.** Víctimas mortales por violencia de género. 2013-2023. Instituto Nacional de Estadística (INE)



En la imagen se observan los feminicidios que se han producido en España desde 2013 hasta 2023. Los feminicidios durante estos 10 años no han disminuido de 49 mujeres asesinadas por año, siendo 58 mujeres asesinadas en 2023.

La VS constituye un abuso de los derechos humanos produciendo graves consecuencias a nivel físico, social y emocional. Según la Macroencuesta Contra la

Mujer, en 2019 el 16% de las mujeres de 16 o más años han sufrido VS a lo largo de su vida. Solo el 11,1% de las mujeres que han sufrido VS fuera de la pareja han denunciado la situación en los juzgados o en la policía, y asciende a un 16% si se contabilizan las violaciones denunciadas. Si solo contasen las denuncias de la víctima y no de las instituciones u otras personas que denuncien por ellas, únicamente habría un 8 % de denuncias directas por parte de las mujeres. La mayor parte de la VS no es denunciada. (5)

### *1.3 MARCO NORMATIVO SOBRE LA VIOLENCIA DE GÉNERO*

En España está aprobada la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, que regula el cumplimiento de la igualdad y toma medidas ante situaciones en las que la ley sea incumplida. Otras leyes que destacar son la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres o la Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia (1). A nivel europeo cabe destacar el Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la mujer y la violencia doméstica, publicado en el BOE el 6 de junio de 2014. Los objetivos principales del convenio son: la protección, prevención y eliminación de la VdG que sufren las mujeres; eliminar la discriminación hacia las mujeres y promover una igualdad de género; concebir un plan global, político, asistencial y de medidas de protección para las víctimas; promover una cooperación internacional; apoyar y ayudar a las fuerza y los cuerpos de seguridad y las organizaciones para cooperar de forma integral y poder proporcionar un enfoque integrado a la eliminación de la VdG (6).

El capítulo III de la Ley de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género habla de la VdG en el ámbito sanitario.

Art. 15. Sensibilización y formación: Las Administraciones Sanitarias tendrán como función promover e impulsar a los sanitarios para establecer medidas de detección precoz y propondrán las medidas que estimen como necesarias. Se desarrollarán programas de sensibilización y formación continuada para los profesionales sanitarios para la detección precoz, la asistencia y la rehabilitación que deben llevar las mujeres. En los Planes Nacionales de Salud se recogerá un apartado de prevención e intervención en situaciones de VdG.

Art. 16: Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud: Estará formado por una Comisión Contra la Violencia de Género, cuya función será el apoyo técnico y orientativo de las medidas sanitarias y orientar su planificación. Además, evaluar y proponer un protocolo sanitario que contribuya a la eliminación de este tipo de violencia. Esta Comisión estará compuesta por representantes de todas las Comunidades Autónomas que trabajen en la materia. (1)

#### *1.4 DESIGUALDAD EN SALUD*

Las diferencias de salud entre hombres y mujeres se ven afectadas por:

- La biología del sexo: el hombre y la mujer en términos de constitución organizada poseen semejanzas irrefutables como el sistema nervioso, circulatorio, sentidos, etc. Sin embargo, existen unas diferencias fisiológicas como es la configuración cromosómica, la anatomía de los genitales externos y la secreción de glándulas endocrinas, las hormonas, donde la cantidad de producción de algunas hormonas varía dependiendo del sexo. Estos son los factores que únicamente diferencian el sexo femenino y el masculino (7).

- Según la clase social y el género: Los estudios realizados en base a las situaciones socioeconómicas en salud han tenido un mayor enfoque en el sexo masculino que en el femenino. Actualmente muchos autores han decidido estudiar el impacto en la salud de las mujeres en función de su rol social y cómo influye en la situación socioeconómica. Algunos estudios destacan que las mujeres de clases sociales aventajadas no tienen las mismas demandas familiares que aquellas de clases sociales más bajas, en las que las cargas familiares afectan al mal estado de salud percibido, la limitación crónica de la actividad y la presencia de trastornos crónicos. En los hombres, la relación entre salud y clase social se relaciona según la organización del trabajo, mientras que en las mujeres también afectan al rol de cuidadora principal del hogar (8).

#### *1.5 VIOLENCIA DE GÉNERO EN ATENCION PRIMARIA Y URGENCIAS*

Las mujeres que sufren VdG hacen un uso mayor de los servicios sanitarios, que aquellas que no la sufren. Esto hace que muchas veces los profesionales sanitarios sean el primer y/o único profesional al que recurran. Esto influye en la importancia de una buena detección precoz para así poder disminuir riesgos y consecuencias que puedan llegar a sufrir las víctimas (9).

Además, su actuación no se limita solo a tratar las lesiones físicas, sino a ser holística e integral, ofreciendo información y apoyo y un seguimiento para asegurar la recuperación completa. Debido a la naturaleza de esta violencia, es fundamental la participación del personal sanitario, quienes deben ser plenamente conscientes de su papel en la intervención ante situaciones de maltrato y en la resolución de sus consecuencias (10).

Varios son los motivos que obstaculizan una óptima prestación sanitaria. Algunos a destacar son:

- Barreras institucionales: Entre ellas destacan la escasez de tiempo, la limitación de privacidad y la falta de recursos (11). Otra causa es el aumento de la presión asistencial que interfiere en el tiempo que se emplea para poder asistir a las personas, añadiendo la falta de personal experto en la materia (12). No disponer de los registros suficientes, la amplia variedad que existen de ellos

y su falta de accesibilidad interinstitucional dificultan una atención adecuada (13).

- Campo investigador: Las investigaciones sobre la VdG que van desde estudios realizados para avanzar en la comprensión y su impacto en la salud, la vida y el bienestar de las mujeres hasta estudios que puedan valorar y evaluar las intervenciones que se realicen, pueden ser la clave para poder mejorar los conocimientos sobre esta situación y poder diseñar y orientar a los servicios de salud y los servicios sociales. No olvidar que en ello se ven influenciadas las cuestiones éticas y metodológicas que pueden dificultar las investigaciones, por lo que habrá que explorar y evaluar aquellas que sean mejores para la integridad de las mujeres sin ponerlas en peligro (14).
- Necesidades formativas de los servicios sanitarios: Se han señalado obstáculos asociados con los propios profesionales, que abarcan desde la incomodidad y la inseguridad personal hasta el temor a ofender a los pacientes o a sufrir amenazas o represalias por parte de los agresores. Todos estos desafíos parten del punto de la falta de conocimientos y capacitación adecuada (11). Según datos de la OMS, el tener conocimientos sobre los protocolos y disponer de ellos mejorará la sensibilidad de los sanitarios frente a este tipo de situaciones, y por tanto conllevará a una mejor actuación sanitaria (12).
- Revictimización: Cuando son vulnerados los derechos legítimos de las víctimas en contextos judiciales e institucionales (salud y asistencias sociales) se conoce como victimización. No atender las necesidades de las víctimas trae consigo consecuencias físicas, psicológicas, sociales, económicas y jurídicas en ellas. La revictimización forma parte de la victimización, y son los procesos y procedimientos que hacen que la víctima narre repetidas veces el suceso, que tenga esperas largas para poder ser atendida, que pasen por varias instituciones, en las que muchas ocasiones les hacen sentir arrepentidas por decidir denunciar, etc. generando así un sufrimiento en ella. Las intervenciones deficientes por parte de los sanitarios, una mala coordinación entre estos o la falta de claridad entre los roles que desempeñan son consecuencias que conllevan a una revictimización de la paciente (15).

Conocer los síntomas que una paciente víctima VdG puede presentar, ayudará a la detección de forma precoz. Diferenciar el perfil de mujer maltratada que acude a los servicios sanitarios es esencial para su captación. Los problemas de VdG en mujeres de mayor edad son más complicados de detectar que en las mujeres de menor edad, ya que estas últimas suelen acudir a urgencias con lesiones agudas y presentan mayor capacidad a la hora de ser percibidas. En cambio, las mujeres mayores han vivido en una situación de maltrato durante mucho tiempo y su comodidad en esa situación complica su detección. Por ello, el generar una relación de confianza en consultas de Atención Primaria (AP) y la continuidad asistencial mejorará la detección. Debido a las características que presentan, estas pacientes mostrarán mayores repercusiones de maltrato en su salud y serían consideradas como pacientes potenciales a sufrir problemas de salud (16).

Los primeros signos de violencia observados suelen comenzar al inicio de la relación de pareja, a través de conductas de maltrato y abuso psicológico, como pueden ser

insultos, provocaciones, etc. Además de esto, pueden presenciarse conductas restrictivas y controladoras, alejando a la mujer de su círculo social y minimizando su autonomía, produciéndose un aumento de estas conductas a medida que la relación se va consolidando, dificultando la posibilidad de que la víctima pueda terminar con esta situación rompiendo la relación (2).

Una anomalía médica y psicológica, lesiones de menor o mayor grado, enfermedades como la depresión, ansiedad, las conductas suicidas, enfermedades de transmisión sexual, el abuso de sustancias, etc. Son avisos y consecuencias de las situaciones que viven estas mujeres. Otras anomalías asociadas son dolores musculares, lumbares, cefaleas, problemas digestivos, etc. Presentan una sintomatología inespecífica, pero pueden ser sugestivos del abuso de violencia de género. En ocasiones la paciente que acude por ciertos traumatismos refiere haber sido por un “accidente” presentándolo de forma dubitativa, evasiva o evitando contacto visual. Son signos y síntomas de alarma que el sanitario debe tener presente.

Valorar el tipo de la lesión que pueda presentar la víctima es importante para comprobar si corresponde con las explicaciones que ofrece. Revisar el historial clínico (HC) y observar si hay lesiones previas o si ha acudido de forma frecuente al servicio de urgencias. Tener en cuenta si niega el abuso físico, pero presenta hematomas que no ha declarado, con forma de mano o de algún objeto, desgarros, cicatrices, fracturas o múltiples lesiones en distintas fases de curación; lesiones en el tímpano, oculares o en áreas que pueda ocultar con pelo o ropa. Cuando se realiza una exploración más en profundidad, muchas veces las víctimas terminan admitiendo el abuso sufrido, tanto presente como pasado, físico o emocional (17).

## 1.6 PROTOCOLOS

En España existe el *Protocolo Común para la actuación sanitaria ante la violencia de género*, aprobado por la Comisión Contra la Violencia de Género del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (SNS), cuyo objetivo principal es establecer una pauta de actuación normalizada y homogénea para todo el territorio nacional sanitario, desde la detección precoz hasta la valoración y actuación ante los casos que se detectan y su seguimiento. Su finalidad es poder orientar al profesional sanitario del SNS para poder realizar una atención integral (física, psicológica, emocional y social) a las mujeres víctimas de VdG que acuden a los servicios sanitarios. Este protocolo abarca cualquier tipo de violencia y malos tratos que se ejerce contra las mujeres mayores de 14 años, independientemente de quién sea el agresor.

Además, se tiene en cuenta otros objetivos como son sensibilizar a los sanitarios frente a la gravedad que suponen las mujeres víctimas como un problema de salud, la promoción a la hora de poder captar mujeres víctimas para que reconozcan su situación lo antes posible y buscar soluciones, y contribuir a sensibilizar desde el SNS a la población para que consideren la VdG como un problema sociosanitario.

Dentro del protocolo se explican los tipos de violencia de género, la importancia del sanitario para la detección de malos tratos, las dificultades que existen para poder

detectarlos y las recomendaciones para la prevención. Dependiendo de cada servicio se deberá abordar la situación de distinta forma.

➤ AP y especializada:

Dentro de la AP la detección precoz es esencial, la continuidad asistencial hacia la mujer ayudará a conocer de forma íntegra su situación para actuar lo antes posible. La AP cuenta con un equipo multidisciplinar dentro del servicio.

Este protocolo se estructura en varias partes:

1. Detección y valoración:

Para una detección precoz en consulta se debe realizar una serie de preguntas a la paciente. Para evitar que se sienta ofendida o incomoda es importante comunicar que la realización de estas es un abordaje psicosocial y que se realizan como screening por el alto porcentaje de mujeres maltratadas. Las preguntas que se deberían realizar son: *¿cómo van las cosas en casa? ¿está usted contenta en la relación con su pareja y con su familia?* Se deben hacer siempre que las condiciones lo permitan y no esté acompañada de su pareja. Debe de quedar registrado en la HC.

Los indicadores de sospecha, que son los signos y síntomas que pueden hacer pensar que una mujer es víctima, guiarán al sanitario para poder seguir realizando la investigación. Algunos de ellos son: haber sufrido malos tratos, problemas gineco-obstétricos, uso reiterado de los servicios de salud, etc. Si existe sospecha de indicadores positivos se realizará una entrevista clínica para la identificación. Promover un ambiente de confianza entre profesional y paciente, facilitar la expresión de sentimientos, abordar directamente el tema, mantener una actitud empática, etc. Son algunas de las recomendaciones para poder ejecutar la entrevista clínica de la mejor forma posible.

Reconocida la situación de maltrato se debe realizar una valoración a nivel biopsicosocial (lesiones físicas, ambiente familiar, etc.), de la situación de violencia y el riesgo. La exploración debe ser minuciosa valorando su nivel físico, su estado emocional y la situación social, previamente informar a la paciente sobre la finalidad de estas exploraciones. Valorar si está en una situación de peligro extremo y explorar las expectativas de la mujer y su situación actual para la toma de decisiones que cambiarán su vida.

La coordinación de los equipos de AP con los servicios sociales y los cuerpos de seguridad o justicia es primordial para el abordaje y las actuaciones contra la VdG.

2. Intervención:

La confirmación ante una sospecha de malos tratos hacia la mujer no pone fin a la actuación de los profesionales sanitarios. Se debe informar sobre el problema, trabajar una consulta de seguimiento, derivar, registrar en la HC, actuar con hijos/as y otras personas si las tuviera, emitir cuando proceda parte de lesiones e informar al médico. El plan de actuación dependerá si la mujer presenta indicadores de sospecha, pero no reconoce sufrir malos tratos; si reconoce sufrir malos tratos, pero

no se encuentra en peligro extremo; o si reconoce sufrir malos tratos y se encuentra en peligro extremo.

➤ Urgencias:

En los servicios de urgencias se puede actuar de forma parecida a la AP, pero cambia la continuidad asistencial hacia las mujeres. Las lesiones y síntomas que presentan las mujeres suelen ser más graves, y pueden o no reconocer que sufren malos tratos. Este protocolo seguirá unos pasos:

1. Actuación de detección de violencia: estar alerta ante los síntomas y signos que presente la paciente, realizando una entrevista específica y generando un ambiente de confianza.
2. Actuación asistencial: valorar la sintomatología que presenta tanto a nivel físico como psicológico, e independientemente de ingreso avisar a trabajador social y servicio de psicología. Comprobar si hay menores que sufren violencia. Avisar al profesional de AP, que recibirá el caso y realizará un seguimiento de la paciente.
3. Valoración de la seguridad y el riesgo en el que se encuentra.
4. Información y derivación. Una vez se han realizado los cuidados necesarios en urgencias se derivará en función del caso en base a los protocolos de cada Comunidad Autónoma. Registrar e informar a la AP para la continuidad de los cuidados y para la continuidad de un seguimiento.
5. Actuación del profesional acorde a la legalidad, poniendo en conocimiento de las autoridades la situación de malos tratos, realizando un parte de lesiones junto con un informe médico e informando a la mujer previamente. Dejar por escrito en la HC, valorando siempre la seguridad y protección de la mujer (18).

Existe también el *Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia Sexual 2023* y una *Guía de Pautas Comunes del SNS para la Actuación Sanitaria ante la Violencia Sexual*. Los objetivos buscados son establecer unos criterios comunes de actuación en el SNS para atender de forma homogénea y normalizada los casos de VS que presenten o hayan presentado mujeres adultas, niñas, niños y adolescentes, incluyendo también a los menores de mujeres víctimas de malos tratos. Los equipos sanitarios que atienden a la víctima deben seguir unas pautas:

- Si la persona agredida es atendida antes de llegar al centro hospitalario primero habrá que asegurarse de que no corre un riesgo vital, proteger su intimidad, y asegurar su integridad. El tiempo en el que se haya tomado la muestra desde la agresión y la toma de esta deberá de quedar constancia de ello en un documento de custodia de muestras. Explicar recomendaciones y pautas a la víctima como no lavarse, cambiarse de ropa, etc. Comprobar si necesita apoyos hasta el centro hospitalario y realizar un previo aviso al centro para la acogida de la víctima.
- En el centro hospitalario hay que asegurar que la víctima no corre peligro, proporcionar una acogida segura, proporcionando intimidad, respeto y dignidad a la paciente. Recoger un consentimiento informado, respetando siempre a la víctima y la voluntad de esta. Contactar con el médico-forense y los juzgados de guardia en función de los protocolos de cada Comunidad

Autónoma y emitir un parte de lesiones junto al informe médico. Dejar registrado en HC y realizar un plan de continuidad asistencial integro para la víctima (5,19).

Dentro de la Comunidad Autónoma de Castilla La Mancha se encuentra el *Protocolo de actuación en Atención Primaria para mujeres víctimas de malos tratos*.

El protocolo hace una breve introducción sobre que es la violencia, dividiéndola en violencia familiar, de género y en la pareja. Las formas de violencia que vienen recogidas en el protocolo son la física (lesiones, quemaduras, etc.), psicológica (humillaciones, desvalorizaciones, etc.) y sexual (actos que atentan contra la libertad sexual de la persona).

Dentro de la AP la consulta y el seguimiento de los pacientes es de gran importancia, además del ambiente de confianza que ayudará a la detección de la violencia. El protocolo viene estructurado para poder detectar una situación de maltrato:

- Reconocer signos y señales de alerta del maltrato como pueden ser señales físicas inespecíficas, lesiones o daños físicos, problemas psicológicos, etc. Durante la consulta prestar atención a la conducta de la paciente. En el caso de venir acompañada fijarse en cómo puede actuar el acompañante.
- La entrevista debe de realizarse en un ambiente cálido, que proporcione confianza y seguridad para la mujer víctima. Es importante la actitud que tome el profesional ya que marcará la evolución del proceso diagnóstico y evolutivo. Durante la entrevista hay que aclarar todas las cuestiones que presente. Mostrar apoyo y aclarar que siempre puede acudir a la consulta aun cuando hay signos evidentes de maltrato, pero no quiere admitirlo. Durante la entrevista se valorará también su situación social, familiar y económica. En AP está el cuestionario MOS (Anexo I), que se usa para conocer los apoyos sociales de la mujer.
- Exploración física y psicológica, habrá que examinar todo el cuerpo de la víctima para conocer las lesiones que presenta y de que tipo son. Realizar un diagnóstico diferencial de las lesiones y fotografiarlas, siempre que sea posible y la paciente este de acuerdo. Debe explorarse la valoración psíquica en función de la respuesta de la paciente. Si la respuesta es tardía esta se encuentra en relación con la vulnerabilidad de la víctima (depresión, ansiedad, problemas del sueño, síntomas psicósomáticos, etc.), pero si la respuesta es inmediata, esta irá perdiendo intensidad con la desaparición del hecho puntual (shock, confusión, negación, temor, etc.). Valorar estado emocional y riesgo vital, por si existe peligro volviendo al hogar.
- El diagnóstico y el tratamiento se realizarán en base a un plan de medidas encaminadas a la atención de la víctima. Dentro de estas medidas se puede contemplar la opción de iniciar tratamiento farmacológico y médico, derivarlas a un sistema de asistencia especializado y a los servicios sociales, además de la remisión del parte de lesiones. Realizar un seguimiento y tratamiento de las lesiones físicas y controlar los psicofármacos. Si la víctima no acepta la situación y vuelve al hogar, explicarle y hacerle conocedora de que puede

recurrir a los servicios de salud si lo necesita, intentar mostrarle la realidad y romper su aislamiento.

- Las derivaciones deben quedar registradas en el HC. Se derivará a los servicios sanitarios, centros de la mujer, servicios psicológicos, etc. El seguimiento de la mujer maltratada lo realizará el personal sociosanitario del equipo de AP individualmente, dependiendo de las demandas y expectativas de la mujer. Se programarán consultas periódicas para llevarle un seguimiento, evaluar las lesiones y comprobar si hay existencia de nuevas y su estado psicológico (20).

## **2. JUSTIFICACIÓN**

La OMS apunta que la VdG es un problema prioritario en salud pública, y requiere de intervenciones conjuntas en todos los ámbitos educativos, sociales y sanitarios (4).

La atención sanitaria para las víctimas es primordial, puesto que en muchas ocasiones acuden a los servicios sanitarios para buscar ayuda. Ser conocedores de los signos y síntomas que puede presentar una mujer víctima de VdG ayudará al sanitario a actuar de forma correcta. Los profesionales sanitarios tienen una función importante para la prevención y detección de la VdG.

Para ello, se plantea el desarrollo de un Plan de Cuidados Estandarizado (PCE) en el que se recogen distintos puntos (valoración, diagnóstico, objetivos, intervenciones y evaluación) y como se debe actuar en una consulta de enfermería ante una situación con una paciente víctima VdG.

## **3. OBJETIVO**

### **3.1 Objetivo general:**

- Elaborar un PCE para la atención a mujeres víctimas de violencia de género con el objetivo de conocer como trabajar ante esta situación, y conocer los diagnósticos que pueden asociarse y como abordar los problemas, estableciendo objetivos y proponiendo actividades.

### **3.2 Otros objetivos:**

- Definir que es la violencia de género y cómo debe actuar el profesional sanitario.
- Describir las actuaciones de enfermería encaminadas a la prevención, detección precoz, ayuda y tratamiento de la paciente.
- Desarrollar los diagnósticos NANDA, NOC y NIC.
- Conocer los cuidados de enfermería que deben proporcionarse a este tipo de pacientes.
- Conocer cómo proteger la intimidad, integridad y seguridad de la víctima durante la asistencia.

## 4. METODOLOGÍA

La metodología planteada para el trabajo ha sido la realización de un PCE. Para el desarrollo del plan se ha hecho una revisión bibliográfica. Las principales fuentes de información bibliográfica han sido bases de datos como PubMed, Scielo, Google Académico, páginas de revistas como dialnet.uniroja. También se han consultado páginas web oficiales de la Administración pública como el BOE y libros (Elsevier). Los descriptores utilizados han sido VdG, protocolos y PCE. Las búsquedas se realizaron en español e inglés, y los estudios seleccionados son desde 2002 a 2024.

Una vez obtenida la información necesaria para plantear el PCE primero se debe conocer que es una herramienta que facilita y ayuda a la labor asistencial de enfermería, ofreciendo al paciente un servicio de calidad y una práctica clínica segura. Es un protocolo específico de cuidados que se aplica a pacientes con un diagnóstico concreto o una enfermedad específica y es de uso común entre estos. Los PCE sirven de guía, pero deben adaptarlo a las necesidades de cada paciente. Para realizar unos cuidados más concretos y en base a unas necesidades individuales se realizará un Plan de Cuidados Individualizado (PCI), que atenderá al paciente de forma más integral y específica (21).

Los PCE muestran la línea de decisión y la forma de actuación que deben tomar las enfermeras para reducir la variabilidad de la asistencia y la práctica profesional, determinando cual será el nivel esperado para obtener unos objetivos y su guía para aplicar cuidados continuados. La población diana son las mujeres a partir de los 16 años que acudan a consulta de atención primaria o los servicios de urgencia y presenten indicadores de sospecha tanto físicos, psicológicos, gineco-obstétricos, sociales, de dependencia y vulnerabilidad, descritos en el apartado de valoración del PCE.

La realización del PCE se ha dividido en 3 partes:

1. Valoración: El objetivo principal es recopilar la mayor información a través de una entrevista clínica y una exploración física. Se realizarán dos preguntas recogidas en el Protocolo Común ante la Violencia de Género. Para una valoración biopsicosocial, holística e integral de la paciente se valorará según los 11 Patrones Funcionales de Marjory Gordón, permitiendo estructurar y ordenar su valoración individualizada, familiar o comunitaria, en situación de enfermedad o de salud, y facilitando el diagnóstico de la NANDA, clasificándolos por dominios (22).
2. Diagnóstico/Objetivo/Intervenciones: El desarrollo de este apartado se ha basado en el uso de un lenguaje estandarizado, que está recogido por la Asociación Americana de Enfermería, haciendo uso de la Taxonomía NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) donde vienen recogidos los diagnósticos de enfermería que se han ido desarrollando durante el PCE. NIC (Nursing Interventions Classification), son las intervenciones de enfermería y NOC (Nursing Outcomes Classification), la clasificación de resultados de enfermería. Estas clasificaciones tienen una relación entre sí, facilitando un

lenguaje común en enfermería, además de ayudar a la práctica, la formación y la investigación (23).

3. **Evaluación:** Se trata de un proceso continuado que aportará información al profesional sobre la eficacia y efectividad de las actividades que se trabajan con la paciente. La evaluación estará determinada por el cumplimiento de las actividades y habrá que observar si los objetivos planteados se van consiguiendo. Se realizarán varias preguntas a la mujer víctima, en base a como percibe ella su evolución y como se siente durante en PCE. Además, se utilizará la escala de Zung (Anexo II) para conocer el estado de ansiedad de la paciente, ayudando al profesional de salud para dirigir el PCE en función de la evolución de la paciente.

## **5. DESARROLLO**

### **5.1 Valoración**

El objetivo es obtener la mayor información posible de la paciente a través de una entrevista clínica recopilando datos objetivos y subjetivos que proporcione la víctima, además de los datos registrados en su historial clínico. Lo primero será recabar datos de la paciente (nombre, apellidos, edad, sexo, etc.) Una vez recogidos estos datos se realizará una entrevista, que es común tanto en servicios de urgencias como en la consulta clínica de AP. Es importante generar un ambiente de confianza y comodidad para esta. Las preguntas recogidas según el Protocolo Común ante la Violencia de Género son:

- *¿Cómo van las cosas en casa?*
- *¿Está usted contenta en la relación con su pareja y con su familia?*

Las respuestas dadas conducirán al profesional para conocer si la paciente está en situación de maltrato. Hacer una valoración física para comprobar si la paciente presenta lesiones y crear un parte de lesiones junto al médico, siempre con el consentimiento de la mujer. Existen unos indicadores de sospecha recogidos en el Protocolo Común ante la Violencia de Género, que deben tenerse en cuenta durante la valoración:

- Antecedentes de haber sufrido o presenciado malos tratos en la infancia.
- Antecedentes personales: lesiones frecuentes, abuso de alcohol u otras drogas, abuso de medicamentos.
- Problemas gineco-obstétricos: ausencia de control de la fecundidad, presencia de lesiones en genitales, abdomen o mamas durante los embarazos, dolor pélvico, infecciones ginecológicas de repetición, anorgasmia, dismenorrea, abortos repetidos, hijos con bajo peso al nacer, retraso en la solicitud de atención prenatal.
- Síntomas psicológicos frecuentes: insomnio, depresión, ansiedad, trastorno de estrés postraumático, intentos de suicidio, baja autoestima, agotamiento psíquico, irritabilidad, trastornos de la conducta alimentaria, labilidad emocional.

- Síntomas físicos frecuentes: cefalea, cervicalgia, dolor crónico en general, mareo, molestias gastrointestinales.
- Utilización de servicios sanitarios: periodos de mucha frecuentación y otros de abandono (largas ausencias), incumplimiento de citas o tratamientos, uso repetitivo de los servicios de urgencias, frecuentes hospitalizaciones, acudir con la pareja cuando antes no lo hacía.
- Situaciones de mayor vulnerabilidad y dependencia de la mujer: embarazo y puerperio, noviazgo, separación, jubilación propia o de la pareja, aumento de la dependencia (aislamiento tanto familiar como social, migración, enfermedad discapacitante, dependencia física o económica, dificultades laborales y desempleo, ausencia de habilidades sociales), situaciones de exclusión social (reclusas, prostitución, indigencia).
- Información de familiares, amistades, o de otros y otras profesionales e instituciones de que la mujer está siendo víctima de malos tratos.
- Actitud de la mujer: temerosa, evasiva, incómoda, nerviosa, rasgos depresivos (triste, desmotivada, desilusionada, sin esperanza), autoestima baja, sentimientos de culpa, estado de ansiedad o angustia, irritabilidad, sentimientos de vergüenza, vestimenta que puede indicar la intención de ocultar lesiones, falta de cuidado personal, justifica sus lesiones o quita importancia a las mismas, si está presente su pareja: se muestra temerosa en las respuestas, busca constantemente su aprobación.
- Actitud de la pareja: pide estar presente en toda la visita, controlador, siempre contesta él o, por el contrario, despreocupado, despectivo o intentando banalizar los hechos, excesivamente preocupado o solícito con ella, a veces colérico u hostil con ella o con el profesional
- Características de las lesiones y problemas de salud: retraso en la demanda de asistencia de las lesiones físicas, incongruencia entre el tipo de lesión y la explicación de la causa, hematomas o contusiones en zonas sospechosas, lesiones por defensa, en diferentes estadios de curación, lesión típica: rotura de tímpano (18).

Tras conocer estos indicadores de sospecha se realizará una valoración biopsicosocial, holística e integral de la paciente y se tomará como referencia los patrones funcionales de Marjory Gordon (22):

#### -Patrón 1: Percepción/manejo de salud

Antecedentes personales: Episodios de ansiedad o depresión, labilidad emocional, abuso de sustancias tóxicas y fármacos, presencia de lesiones físicas, falta de cuidado personal.

Enfermedades psiquiátricas: ansiedad, depresión, estrés postraumático.

#### - Patrón 2: nutricional/metabólico

Puede presentar trastornos de la conducta alimentaria, cambios de peso, índice de masa corporal fuera de rangos, apetito alterado (aumentado/disminuido).

### - Patrón 3: Eliminación

Molestias gastrointestinales como dolor abdominal, estreñimiento.

### - Patrón 4: Actividad/ejercicio:

Signos vitales: taquicardia, taquipnea, presencia de hipertensión arterial, cansancio excesivo.

Son datos que pueden asociarse a la situación emocional de la paciente.

Disminución de la actividad física, actividades de ocio y tiempo libre pueden verse alteradas por el estado anímico y falta de motivación.

### - Patrón 5: Sueño/descanso

Alteración del patrón del sueño por insomnio. Conocer el número de horas que duerme y si el sueño es reparador o se despierta cansada, presencia de pesadillas, si hace uso de psicofármacos para dormir.

### - Patrón 6: Cognitivo/perceptivo

A través de una escucha activa para fomentar la expresión de emociones de la paciente.

Se valora el estado cognitivo a través de la falta de atención o concentración, miedo, dialogo incoherente. Estado depresivo o ansioso, baja autoestima situacional, pensamientos autodestructivos. En presencia de su pareja se muestra temerosa, busca la aprobación de este.

### - Patrón 7: Autopercepción/autoconcepto

Trastornos de la imagen corporal, postura y contacto visual de timidez, manifiesta no quererse, autoestima baja, expresa sentimientos de culpa.

### - Patrón 8: Rol/relaciones

Aislamiento social, falta de apoyos, manifiesta situación de violencia.

Cuestionario MOS (Anexo I), que es usado para conocer los apoyos sociales de la mujer y viene recogido en Protocolo de actuación en Atención Primaria para mujeres víctimas de malos tratos de la Comunidad Autónoma de Castilla La Mancha.

### - Patrón 9: sexualidad y reproducción

Si ha sufrido VS, embarazos complicados, anorgasmia, dismenorrea, abortos repetidos, lesiones en genitales y mamas.

### - Patrón 10: Adaptación/tolerancia al estrés

Si ha presentado crisis de ansiedad, dificultad para enfrentarse a factores estresantes, consumo de sustancias como alcohol o drogas, uso de psicofármacos.

### - Patrón 11: Valores/creencias

Conocer si tiene alguna creencia o pertenece a alguna religión, relevancia de las normas culturales y sociales.

Esta valoración será realizada en AP y urgencias. La diferencia que existe entre cada una durante este primer paso del plan es la derivación de la mujer. En urgencias se deriva a la paciente a la enfermera de AP asociada a la mujer para la continuidad de los cuidados y trabajar con ella de forma continuada.

## **5.2 Diagnósticos/Objetivos/Actividades**

Tras la valoración realizada a la paciente se continua con la selección de unos diagnósticos de enfermería (DE), que vienen recogidos en la Taxonomía NANDA, además de los objetivos NOC e intervenciones NIC que enfermería trabajará junto con la paciente, además del planteamiento de actividades para conseguir los objetivos planteados. Los DE que se han seleccionado son por el predominio de estos en las pacientes de VdG y son:

**(00146) DE Ansiedad:** Dominio 9, afrontamiento/tolerancia al estrés. Clase 2, respuestas de afrontamiento. La ansiedad es *“una respuesta emocional a una amenaza difusa en la que el individuo anticipa un peligro inminente inespecífico, una catástrofe o una desgracia.”*

La ansiedad está relacionada con (r/c) conflicto de valores, factores estresantes, dolor y situaciones desconocidas y esta manifestado por (m/p) conductas emocionales (nerviosismo, agitación, expresa sensación de angustia, insomnio), fisiológicas (dolor abdominal, diarreas, patrón respiratorio alterado, aumento de la frecuencia cardiaca) y cognitivas (atención alterada, confusión, expresa olvido) (24).

Para la resolución del problema el profesional debe encontrar el objetivo que quiere alcanzar. Para ello se debe establecer un objetivo que sería conseguir que la paciente manifieste verbalmente la disminución de la ansiedad con intervenciones del profesional. Dependiendo de la paciente el objetivo puede variar, para ello el profesional debe de plantearse un plan de cuidados individualizado (PCI), puesto que el plan de cuidados estandarizado (PCE) abarca de forma general el diagnóstico planteado. El objetivo en taxonomía enfermera se denomina NOC:

- **NOC:**

(1402) Autocontrol de la ansiedad: *“Acciones personales para eliminar o reducir sentimientos de aprensión, tensión o inquietud de una fuente no identificada”* Algunos de los objetivos que se buscan conseguir son (25):

- (140205) Planea estrategias para superar situaciones estresantes.
- (140202) Elimina precursores de la ansiedad.

Las intervenciones de enfermería, denominadas NIC, estarán enfocadas en conseguir los objetivos planteados.

- **NIC:**

(5270) Apoyo emocional: *“Proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión.” (26)*

Actividades:

- Ayudar a la paciente a identificar emociones como pueden ser la ira, la tristeza, el miedo y la rabia.
- Animarla a poder expresar como se siente y sus emociones.
- Remitir a los servicios psicológicos o psiquiátricos, si precisa.

(5820) Disminución de la ansiedad (26):

Actividades:

- Comprender la situación y entender y empatizar con las emociones de la paciente.
- Explicar los procedimientos que se le van a realizar y que emociones puede llegar a sentir.
- Proporcionar un entorno de seguridad (para sí y sus hijos o familiares a cargo).
- Enseñar e instruir a la paciente sobre técnicas de relajación.
- Generar y promover un ambiente de confianza.

**(00120) DE Baja autoestima situacional:** Dominio 6, *autopercepción*. Clase 2, *respuesta de afrontamiento*. Está definido por *“cambiar de percepción positiva a negativa de autoestima, autoaceptación, autorrespeto, competencia y actitud hacia uno mismo en respuesta a una situación actual.”*

La baja autoestima situacional puede estar r/c la disminución del control ambiental, apoyo social inadecuado, disminución de la aceptación consciente, habilidades de comunicación ineficaces, dificultad para aceptar alteraciones en papel social y está m/p síntomas depresivos, subestima la capacidad de lidiar con la situación, soledad e insomnio (24).

El objetivo general es que la paciente mejore la percepción de sí misma y sus capacidades.

- **NOC:** Los objetivos a conseguir con la paciente son varios.

(1205) Autoestima: *“Juicio personal sobre la capacidad de uno mismo.” (25)*

- (120511) Nivel de confianza.
- (120515) Voluntad para enfrentarse a los demás.
- (120507) Comunicación abierta.

(2002) Bienestar personal: *“Grado de percepción positiva del propio estado de salud actual.”*

- (200201) Realización de las actividades de la vida diaria.
- (200202) Salud psicológica.

- (200207) Capacidad de afrontamiento.
- **NIC:** Las intervenciones de enfermería que se deben realizar para trabajar con la paciente y llegar a cumplir los objetivos pautados son:

(5400) Potenciación de la autoestima: *“ayudar a la paciente a mejorar el juicio personal sobre su autovalía.” (26)*

Actividades:

- Determinar la confianza de la paciente en sí misma.
- Animarla a encontrar sus puntos fuertes.
- Establecer objetivos reales para aumentar la confianza.
- Animarla a expresar autoafirmaciones positivas.

(5230) Aumentar el afrontamiento: *“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” (26).*

Actividades:

- Valorar los recursos disponibles en su entorno
- Fomentar actividades sociales y comunitarias.
- Animar a que investigue y descubra sus puntos fuertes y capacidades.
- Fomentar la autonomía e independencia de la paciente.

La baja autoestima y la ansiedad pueden llevar a la paciente a un estado de desesperación en el que sienta no poder salir de la situación, además se puede ver influenciada por falta de apoyos sociales.

**(00124) DE Desesperanza:** Dominio 6, *autopercepción*. Clase 1, *autoconcepto*. Se define como *“la sensación de que uno no experimentará emociones positivas o una mejora en su condición.”*

La desesperación puede estar r/c estrés crónico, aislamiento social, violencia no abordada y temor y está m/p síntomas depresivos, comportamientos suicidas, reporta ciclo del sueño-vigilia alterado, conductas de evitación y participación inadecuada del autocuidado (24).

El objetivo general será conseguir que la paciente manifieste oportunidades positivas a cerca de su futuro y generar confianza en una misma.

- **NOC:**

(2000) Calidad de vida: *“Alcance de la percepción positiva de las condiciones actuales de vida.” (25)*

- (200014) Dignidad.
- (200007) Satisfacción con las relaciones íntimas.
- (200011) Satisfacción con el estado de ánimo general.
- (200015) Autonomía.

(1201) Esperanza: “*Optimismo que es personalmente satisfactorio y revitalizante.*”

- (120103) Expresión de ganas de vivir.
- (120110) Expresión de sensación de autocontrol.

- **NIC:**

(5310) Dar esperanza: “*Aumentar la creencia de la propia capacidad para iniciar y mantener acciones.*” (26)

Actividades:

- Enseñar a conocer la realidad y crear unos planes en caso de emergencia.
- Promover que la paciente establezca unas metas con el objetivo de generar esperanza.
- Fomentar las relaciones con los seres queridos.

**(00035) DE Riesgo de lesiones:** Dominio 11, *seguridad y protección*. Clase 2, *lesión física*. El diagnóstico es definido como: “*susceptibilidad al daño físico debido a las condiciones ambientales que interactúan con los recursos adaptativos y defensivos del individuo, lo que puede comprometer la salud.*”

El riesgo se evaluará en función de los factores externos (ambientales) y la vulnerabilidad que presente la paciente.

El riesgo de lesión esta r/c la situación de violencia que vive la víctima con el agresor y puede estar m/p miedo, vulnerabilidad, agresiones previas y daños físicos ocasionados por alguien (24).

El objetivo general se enfocará en la integridad física de la paciente para evitar daños por lesiones ocasionadas por el agresor.

- **NOC:**

(1902) Control del riesgo: “*Acciones personales para comprender, evitar, eliminar o reducir las amenazas para la salud que son modificables.*” (25)

- (190220) Identifica los factores de riesgo.
- (190201) Reconoce los factores de riesgo personales.
- (190208) Modifica el estilo de vida para reducir el riesgo.

- **NIC:**

(6486) Manejo ambiental: seguridad: “*Vigilar y actuar sobre el ambiente físico para fomentar la seguridad.*” (26)

Actividades:

- Identificar cuáles son los riesgos para garantizar la seguridad del ambiente.
- Eliminar los factores de riesgo, siempre que sea posible.
- Proporcionar números telefónicos de urgencias.

(6610) Identificación de riesgos: “Análisis de los factores de riesgo potenciales, determinación de riesgos para la salud y asignación de prioridad a las estrategias de disminución de riesgos para un individuo u grupos de personas.” (26)

Actividades:

- Planificar actividades para disminuir riesgos.
- Identificar las estrategias de resolución de problemas.

### **5.3 Evaluación**

La finalidad de este apartado es realizar una evaluación informativa que guíe al profesional y a la paciente a readaptar el PCE a las necesidades de esta, observando si los objetivos planteados se cumplen. Constituye un proceso continuado dentro del desarrollo del Plan, ya que está presente en todas las fases.

Para ello el profesional deberá entrevistar a la paciente cada vez que acuda a la consulta y así poder conocer cómo va su evolución y si los resultados obtenidos son los deseados. La entrevista estará guiada por los diagnósticos seleccionados:

Para el DE Ansiedad es importante preguntar sobre el autocontrol de esta, si sus niveles de ansiedad se han visto disminuidos y si las actividades planteadas han sido de utilidad para la paciente. El test de Zung (Anexo II) guiará al profesional para conocer el estado de ansiedad de la mujer. Está formada por 20 ítems que permiten informar sobre el nivel de ansiedad. Los 5 primeros ítems evalúan síntomas afectivos y los otros 15 ítems síntomas fisiológicos. Las preguntas van referidas a los síntomas que puede haber presentado los últimos 30 días y las respuestas se puntúan en una escala de: 1= Nunca, 2= A veces, 3= Muchas veces, 4= Siempre. Mínimo son 20 puntos y máximo 80, siendo 20-44 ausencia de ansiedad y 45-80 ansiedad clínicamente significativa (27). En el caso del DE baja autoestima situacional, conocer cómo se auto percibe a sí misma, su nivel de confianza y si tiene el valor de poder enfrentarse a situaciones que le generen malestar. Observar su estado psicológico, su bienestar social y si mantiene una conversación abierta con el profesional. En el caso del DE desesperanza serían cuestiones relacionadas con sus planes de futuro, si ha establecido metas en su vida, si existe una mejoría en las relaciones sociales y si su calidad de vida ha mejorado. En el DE riesgo de lesiones se realizará una exploración física por si existen lesiones no visibles, conocer si el riesgo de sufrir alguna lesión por parte del maltratador ha sido eliminado y las estrategias de resolución de problemas que ha aplicado.

## **6. Conclusiones**

La VdG constituye un gran problema, no solo a nivel social, también a nivel sanitario. Las víctimas que sufren esta violencia no solo son las mujeres, sus familiares, amigos, etc. se ven involucrados y afectados por este tipo de circunstancias. La sanidad juega un papel fundamental para atender y prevenir estas situaciones, tanto en consulta como en los servicios de urgencias.

EL PCE planteado busca ofrecer al personal de enfermería conocimientos sobre cómo actuar ante una situación en la que una mujer este sufriendo VdG y que cuidados se deben ofrecer para la detección precoz y su pronta recuperación y mejoría a nivel personal y emocional. Los puntos planteados en el PCE buscan abordar los problemas que pueden presentar estas mujeres en el ámbito sanitario, concluyendo que, si se realiza una adecuada valoración de la paciente a través de una entrevista clínica precisa y promoviendo una un ambiente de confianza, se podrá obtener la información que se requiere para elaborar un buen diagnóstico. La creación del diagnóstico se construye a partir de la Taxonomía NANDA, y una vez establecidos, se buscan objetivos (NOC) mediante intervenciones (NIC) y actividades que se realizarán con la paciente para reconducirla hacia una vida de calidad.

A través de este PCE se puede concluir que ofreciendo una buena información y formación al personal sanitario se ayudaría a la detección y prevención de la VdG , lo que permitiría trabajar con estas mujeres durante su primera recepción a través de los indicadores de sospecha que presente y poder abordar el problema desde una perspectiva integral. Así, desde el área de salud se establecerán los medios necesarios de coordinación con otras entidades e instituciones, como son los Servicios Sociales, Justicia (aportando parte de lesiones) o el servicio de psicología presente en la institución, creando medidas preventivas para concienciar a la víctima sobre el problema que sufre.

El PCE proporciona una base de referencia para realizar un PCI, y con ello se pueden proporcionar cuidados específicos que garanticen seguridad y bienestar a las mujeres VdG, pero para ello hay que concienciar al profesional sanitario sobre la importancia de la labor que ejercen, jugando un papel fundamental para terminar con este problema social y de salud. Aún queda mucho por lo que luchar, en lo que va de año van 19 mujeres asesinadas a manos de hombres y se debe concienciar sobre la lucha contra la VdG para poder salvar la vida a estas mujeres y conseguir una vida más justa, igualitaria y libre para ellas.

## 7. BIBLIOGRAFIA

1. Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre. Boletín Oficial del Estado, núm. 313
2. Estevez Macas EP. *Intervenciones de enfermería en la atención a las mujeres víctimas de violencia de género en las consultas de atención primaria de salud*. MUSAS. Revista de Investigación en Mujer, Salud y Sociedad. (2017). Vol. 2: 75-101.
3. Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género. Otras formas de violencia sobre la mujer. [Internet] Disponible en: <https://violenciagenero.igualdad.gob.es/otrasFormas/>
4. World Health Organization: WHO. Violencia contra la mujer [Internet]. 9 de marzo de 2021 [Accedido el 15 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
5. Ministerio de Sanidad. Guía de Pautas Básicas Comunes del SNS para la actuación sanitaria ante Violencia Sexual [Internet]. Sanidad Gob.es. 2023 [citado el 18 de mayo de 2024]. Disponible en: [https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/GUIA\\_PAUTAS\\_BASICAS-SNS\\_VSEXUAL\\_07-03-2023\\_web.pdf](https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/GUIA_PAUTAS_BASICAS-SNS_VSEXUAL_07-03-2023_web.pdf)
6. Instrumento de ratificación del Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra la mujer y la violencia doméstica, hecho en Estambul el 11 de mayo de 2011. Boletín Oficial del Estado, nº137, (6-06-2014).
7. Mejía C. *Sexo y género. Diferencias e implicaciones para la conformación de los mandatos culturales de los sujetos sexuados*. 1ª ed. Pachuca de Soto. (México): Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo; 2015. Disponible en: [Sexo y género. Diferencias e implicaciones para la conformación de los mandatos culturales de los sujetos sexuados \(aacademica.org\)](http://www.aacademica.org/revista-sexo-y-genero/Diferencias_e_implicaciones_para_la_conformacion_de_los_mandatos_culturales_de_los_sujetos_sexuados)
8. Borrell C, García-Calvente M.D. M, Martí-Boscà J. V. (2004). *La salud pública desde la perspectiva de género y clase social*. Gac Sanit. [Citado el 25 de mayo de 2024] 2004; vol 18 (4): 02-06. Disponible en: [La salud pública desde la perspectiva de género y clase social \(isciii.es\)](http://www.isciii.es/revista/gac-sanit/2004/4/02-06)
9. Noriega R. B. Violência de Género: Papel de Enfermería em la Prevención Secundaria desde Atención Primaria. Enfermeira Global [Internet]. 2018 [citado el 27 de mayo de 2024]; vol 17 (3): 484-96. Disponible en: [Violencia de Género: papel de Enfermería en la Prevención Secundaria desde Atención Primaria \(isciii.es\)](http://www.isciii.es/revista/enfermeira-global/2018/3/484-96)
10. Méndez R.D., Calvo M.S.R. *Percepciones del personal sanitario sobre la violencia de género*. Educación médica. 2021. Vol. 22: 414-419.
11. Córdoba, I. M. C. *¿Qué barreras y facilitadores identifican enfermeras y médicos para preguntar a las usuarias sobre violencia de género?* Evidentia: Revista de enfermería basada en la evidencia. 2016, vol 13 (54): 6.
12. Siendones Castillo R, Perea-Milla López E, Arjona Huertas JL, Agüera Urbano C, Rubio Gallo A, Molina Molina M. *Violencia doméstica y profesionales sanitarios: conocimientos, opiniones y barreras para la infradetección*. Emergencias 2002; vol 14: 224-232

13. 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. 2009; vol 23(6):558-61.
14. Ruiz-Pérez I, Plazaola-Castaño J, Vives-Cases C. *Methodological issues in the study of violence against women* J Epidemiol Community Health. 2007; vol 61 (2):26-31.
15. Moreno Realphe SP. *El modelo médico hegemónico y su impacto en la atención a víctimas de violencia sexual: la noción de revictimización en las narrativas de médicos y médicas*. Rev. Fac. Nac. Salud Pública [Internet]. 2024 [acceso 3 de julio de 2024]; vol 42. Disponible en: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/354189> Disponible en: <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e354189>
16. Muñoz Cobos F, Burgos Varo M. L, Carrasco Rodríguez A, Martín Carretero M. L, Río Ruiz J, Villalobos Bravo M, Ortega Fraile I. *Investigación cualitativa en mujeres víctimas de violencia de género*. Atención primaria [Internet]. 2006; vol 37(7): 407. Disponible en: [Investigación cualitativa en mujeres víctimas de violencia de género | Atención Primaria \(elsevier.es\)](https://doi.org/10.1016/j.ap.2006.07.001)
17. Gea Guillén B. I. D. *Conocimiento y actitudes de los profesionales sanitarios de urgencias y emergencias sobre la violencia de género* [Tesis doctoral] Murcia: Universidad de Murcia; 2018
18. Ministerio de Sanidad y Consumo. *Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género*. 2007.
19. Ministerio de Sanidad. *Protocolo común para la actuación ante la Violencia Sexual*. 2021. Disponible en: [Proto211223131811763.pdf \(sanidad.gob.es\)](https://www.sanidad.gob.es/dam/protos/PROTO211223131811763.pdf)
20. Instituto de la Mujer de Castilla La Mancha. *Protocolo de actuación en atención primaria para mujeres víctimas de malos tratos*. Consejería de Sanidad Dirección General de Salud Pública y Participación. 2005.
21. Vidal I. G, Colás A. F, Izaguerri M. C, López B. C, Marín R. G, Medrano P. B. *Plan de cuidados estandarizado sobre el duelo anticipado en familiares de enfermos terminales*. Revista Sanitaria de Investigación. 2021; vol 2(5): 47.
22. Castells M. *Patrones funcionales: una experiencia en el camino de la construcción del conocimiento*. Cuerpo editorial. 2018; vol 6: 97-102.
23. Vallés Martínez MP, Casado Fernández N, García Salvador I, Manzanos Gutiérrez A. *Planes de cuidados estandarizados de Enfermería dirigidos a paciente y familia en procesos avanzados y terminales*. 2ªed. Madrid: Sociedad Española de Cuidados Paliativos: Saned; 2014.
24. Heather Herdman, T. *Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2012-14*. 9ª ed. Barcelona: Elsevier; 2012.
25. Moorhead S, Swanson E, Johnson M, Maas M.L. *Clasificación de resultados de enfermería (NOC): medición de resultados en salud*. Elsevier Health Sciences, 2018.
26. Bulechek G.M, Dochterman J.M, Karl Butcher H, Wagner C. *Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)*. Elsevier Health Sciences, 2009.
27. Emiro Restrepo J, Castañeda Quirama T, Zambrano Cruz. *Sintomatología de depresión y ansiedad en estudiantes universitarios colombianos durante la pandemia covid-19*. Ciencia y enfermería, 2022, vol. 28.

## 8. ANEXOS

### Anexo I

#### Cuestionario MOS de apoyo social

Las siguientes preguntas se refieren al apoyo o ayuda de que Vd. dispone:

1. Aproximadamente, ¿Cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene Vd.? (Personas con las que se encuentra a gusto y puede hablar de todo lo que se le ocurre).

Escriba el nº de amigos íntimos y familiares cercanos

2. La gente busca a otras personas para encontrar compañía, asistencia u otros tipos de ayuda ¿Con qué frecuencia Vd. dispone de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita? (Marque con un círculo uno de los números de cada fila)

CUESTIONES: ¿Cuenta con ALGUIEN?	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de las veces	Siempre
2. Que le ayude cuando tenga que estar en la cama	1	2	3	4	5
3. Con quien pueda contar cuando necesite hablar	1	2	3	4	5
4. Que le aconseje cuando tenga problemas	1	2	3	4	5
5. Que le lleve al médico cuando lo necesite	1	2	3	4	5
6. Que le muestre amor y afecto	1	2	3	4	5
7. Con quien pasar un buen rato	1	2	3	4	5
8. Que le informe y ayude a entender la situación	1	2	3	4	5
9. En quien confiar o con quién hablar de sí mismo y sus preocupaciones	1	2	3	4	5
10. Que le abrace	1	2	3	4	5
11. Con quien pueda relajarse	1	2	3	4	5
12. Que le prepare la comida si no puede hacerlo	1	2	3	4	5
13. Cuyo consejo realmente desee	1	2	3	4	5

14. Con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas	1	2	3	4	5
15. Que le ayuda en sus tareas domésticas si está enfermo	1	2	3	4	5
16. Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos	1	2	3	4	5
17. Que le aconseje cómo resolver sus problemas personales	1	2	3	4	5
18. Con quién divertirse	1	2	3	4	5
19. Que comprenda sus problemas	1	2	3	4	5
20. A quien amar y hacerle sentirse querido	1	2	3	4	5

Valoración del test:

- Índice global de apoyo social: Todas las respuestas.
- Apoyo emocional: Respuestas número: 3, 4, 8, 9, 13, 16, 17 y 19.
- Ayuda material: Respuestas a las preguntas: 2, 5, 12 y 15.
- Relaciones sociales de ocio y distracción: Respuestas a las preguntas: 7, 11, 14 y 18.
- Apoyo afectivo: Respuestas a las preguntas 6, 10 y 20.

Interpretación:

- Índice global: máximo 94 / medio 57 / mínimo 19
- Apoyo emocional: máximo 40 / medio 24 / mínimo 8
- Ayuda material: máximo 20 / medio 12 / mínimo 4
- Relaciones sociales de ocio y distracción: máximo 20 / medio 12 / mínimo 4
- Apoyo efectivo: máximo 15 / medio 9 / mínimo 3

**Fuente:** elaboración propia

## **Anexo II**

### Test de Zung

	Nunca	A veces	Muchas veces	Siempre
Se ha sentido últimamente más nerviosa y ansiosa				
Se ha sentido temeroso sin razón				
Se ha irritado fácilmente o ha sentido pánico				

Ha sentido que se está derrumbando				
Ha sentido que nada malo va a pasar/ que todo va bien				
Se ha sentido tembloroso				
Le ha dolido el cuello, la espalda o la cabeza				
Se ha sentido débil y se cansa fácilmente				
Se ha sentido calmado y puede mantenerse quieto				
Ha sentido palpitaciones, taquicardia, últimamente				
Se ha sentido mareado				
Se ha desmayado o ha sentido síntomas de desmayo				
Ha podido respirar con facilidad				
Ha sentido hormigueo/falta de sensibilidad en los dedos				
Ha sentido náuseas y malestar en el estómago				
Ha orinado con mayor frecuencia de lo normal				
Ha sentido sus manos secas y calientes				
Se ha ruborizado con frecuencia				
Ha dormido bien y descansado toda la noche				
Ha tenido pesadillas				

**Fuente:** elaboración propia