



enseñando a cuidar

Violencia de pareja contra las mujeres

Autoras: * Rosa María Martínez Ortega, ** Cristina Oter Quintana y *** María Dolores Rubiales Paredes.

* Enfermera, profesora EUE de la Comunidad de Madrid.

** Enfermera del Área 6, Atención Primaria, Madrid.

*** Profesora colaboradora de la EUE de la Comunidad de Madrid.

Dirección de contacto: EUE de la Comunidad de Madrid. Avda. Orellana, s/n. Recinto del Hospital Severo Ochoa. 28911 Leganés, Madrid.

E-mail: cpdsv@yahoo.es

Resumen: La violencia de pareja contra las mujeres constituye un auténtico problema de salud en nuestros días. Los profesionales sanitarios, en su práctica diaria, deben enfrentarse a este tipo de situaciones para las cuales carecen de formación específica en la mayor parte de los casos. Este artículo pretende, en último término, proporcionar a los enfermeros/as un instrumento útil para la valoración y posterior abordaje de esta problemática. Empleando como marco conceptual los patrones funcionales de salud, se procede, en un primer momento, a revisar aquellos signos y síntomas que pueden hacerse patentes en este tipo de situaciones. Posteriormente, y a través de una serie de preguntas abiertas y cerradas, se persigue facilitar la detección de la violencia de pareja contra la mujer en nuestra práctica cotidiana.

Palabras clave: violencia doméstica; género; patrones funcionales de salud; mujer; problema de salud.

Partner violence against women

Summary: Partner violence against women constitutes a real health problem in our days. In their daily practice healthcare professionals must face this type of situation for which there is no specific training in most cases. This article, ultimately, aims to provide nurses with a useful instrument for the assessment and subsequent approach of this problem. Establishing health functional patterns as a conceptual framework, the first step to take is to revise those signs and symptoms that can arise in this type of situations. Next, a series of open and closed questions will help detect domestic violence against women in our daily practice.

Key words: Domestic violence; sex; health functional patterns; women; health problem.

INTRODUCCIÓN

Ser capaces de reaccionar ante un fenómeno social requiere que previamente seamos capaces de verlo y nombrarlo. La violencia contra las mujeres ha sido invisible durante cientos de años. Nadie la veía ni la nombraba, ni siquiera sus propias víctimas. En cierto modo se parecía a los "dibujos escondidos" incorporados en láminas que contenían manifiestamente otro tipo de imágenes y que, en una primera visión, eran difíciles de advertir. Antes de identificar el "dibujo escondido" no se lograba ver, observando sólo las figuras a su alrededor. Sin embargo, una vez que le habíamos



localizado ya se veía siempre y, lo que es más importante, se estaba preparado para verlo de nuevo.

Al hablar de violencia contra las mujeres hacemos referencia a "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, incluidas las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, ya ocurra en la vida pública o en la privada". Este tipo de violencia puede tener múltiples y variadas manifestaciones que van desde los abortos selectivos en función del sexo hasta el homicidio, pasando por el infanticidio, el menor acceso a la educación o a los alimentos, la mutilación genital, la violación, el tráfico de mujeres, el abuso físico, sexual y psicológico, el embarazo forzado, el asesinato o la inducción al suicidio.

El contexto en el que se sitúa con mayor frecuencia esa violencia contra las mujeres es la familia, denominándose entonces doméstica o familiar y pudiendo tener como víctimas a cualquier integrante del grupo primario. No obstante, a lo largo de nuestro trabajo vamos a centrarnos en un tipo específico de violencia que se desarrolla en este ámbito: la violencia de pareja contra la mujer, definida como "la expresión de conductas agresivas que desarrolla el hombre frente a la mujer en el contexto de las relaciones de pareja". En último término se trata de un tipo de violencia de género donde la cultura va a ejercer gran importancia, quedando claro que se trata de una construcción social y no tanto de una derivación espontánea de la naturaleza.

En la adjudicación de responsabilidades y la determinación de culpabilidad con respecto a la violencia, se ha producido una revolución en la manera en la que nuestra sociedad ve el problema. Hasta hace poco, la mujer víctima de la violencia doméstica era responsabilizada de buena parte de la misma. La situación de inferioridad o servidumbre en el que la mujer estaba hacia que se le consideraba reo de las faltas por las que podía castigársela. Todavía este pasado influye en las imágenes que la sociedad tiene del problema y difícilmente las mujeres pasan de ser culpables a mártires de lo sucedido. Sin embargo, cada vez está más extendida la creencia de que es preciso rechazar las conductas violentas y apoyar a las víctimas; y los/as legisladores, jueces y juezas, fiscales y abogadas/os están modificando las leyes en este sentido.

La formación y la sensibilidad de la sociedad en general y específicamente de todos los profesionales que, de manera directa e indirecta, están implicados en la atención a las mujeres víctimas de violencia (policías, médicos/as, trabajadores/as sociales, jueces/juezas, enfermeras/os, etc.) resulta esencial, especialmente si tenemos en cuenta el papel que juegan a la hora de detectar la situación de conflicto y prevenir que alcance niveles más graves. Su intervención sólo es posible desde la conciencia previa de la existencia de esta problemática. En su labor diaria, los profesionales de estos servicios deben permanecer atentos a cualquier indicio que pueda dejar entrever una posible situación de violencia de pareja contra la mujer. En ese "ver" más allá de las palabras y los hechos que nos relata esa "otra" situada frente a nosotros, los profesionales de enfermería cuentan con un instrumento a su servicio: la valoración, cuyo fin último va a ser "dejar al descubierto" aquellos problemas y necesidades de cuidados que acontecen en cada situación en particular. Lejos de ser un elemento circunscrito en un tiempo y espacio determinado, implica un proceso en el que se han de realizar una serie de actividades específicas:

- La recogida de datos, esto es, reunir toda la información sobre la persona de forma cuidadosa.

- La validación de esos datos, asegurándonos que la información que se posee es exacta, pues no hemos de olvidar que en algunas ocasiones no va a existir una concordancia clara entre lo que se expresa y lo que se puede observar.
- La organización y agrupación de estos que nos ayudará, en último término, a identificar situaciones de salud o enfermedad.

A lo largo de toda esta interacción "sujeta-profesional" los patrones funcionales juegan un papel fundamental, en la medida en que son instrumentalizados a fin de proporcionar una visión global y holística de la mujer, permitiendo recopilar información tanto de la esfera biológica como psicológica, afectiva y social.

La mujer en situación de maltrato va a experimentar cambios en prácticamente todas las áreas de su vida, sufriendo perturbaciones que se alejan del padecimiento meramente corporal. En la mayoría de las ocasiones, "el buscar" exige un proceso previo de "saber encontrar". El conocimiento de las "manifestaciones potenciales" es vital a la hora de articular las entidades reales. Desde la visión global se perfila la particularidad. En este sentido, resulta esencial realizar una primera "parada" en el autobús de lo posible para alcanzar la meta de lo certero. Por ello, nuestro grupo considera esencial llevar a cabo un primer ejercicio de reflexión en el que, teniendo como marco los patrones funcionales de salud de Marjory Gordon, se contemplen aquellos hallazgos "típicos" que nos pueden orientar hacia una situación de violencia de pareja contra la mujer. Como se observará a continuación, todos ellos aparecen alterados en aquella que es maltratada.

LOS PATRONES FUNCIONALES DE SALUD Y LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES

Patrón percepción-manejo de salud

Describe el patrón de salud/bienestar percibido por el paciente con relación a cómo cuida y maneja su salud y la relevancia que ésta tiene en las acciones actuales y la planificación futura.

Las mujeres víctimas de maltrato suelen considerar su salud como regular o mala, esencialmente en la esfera física, debido a la presencia de sintomatología múltiple e inespecífica, aunque sin olvidar el ámbito psíquico. No obstante, no es común que durante el proceso de maltrato se perciba como psicológicamente enferma, aunque sí es habitual que se sienta "vitalmente derrotada". En ocasiones, evidenciará un abuso en el consumo de alcohol, tabaco y drogas (cocaína), así como en el empleo de fármacos ansiolíticos, antidepresivos y analgésicos, a veces autoprescritos, que se convierten en su particular "válvula de escape" frente a la situación que debe soportar.

Su prioridad al cuidado del otro, especialmente a los hijos, le conduce a descuidar la atención de sí misma, teniendo dificultades para el manejo o seguimiento de las recomendaciones de su médico, retrasando e incluso olvidando las citas acordadas. A pesar de ello, no es infrecuente la consulta reiterada al facultativo en las cuales evidencia síntomas crónicos, vagos y que no cuadran con un diagnóstico de enfermedad orgánica.

"El caer enferma" es vivido por la mujer con miedo, pues supondría encontrarse en una situación de mayor debilidad frente al agresor y, lo que es más importante, podría acarrear el abandono físico y emocional de sus hijos, que se convertirían entonces en víctimas más vulnerables a los ataques de su pareja.

Su particular situación vital le dota de una mayor susceptibilidad al padecimiento de enfermedades víricas, autoinmunes, trastornos cardiovasculares, problemas respiratorios, lumbalgias y trastornos afectivos.

Patrón nutricional-metabólico

Describe el modelo de ingesta de alimentos y líquidos, al tiempo que la valoración del estado de la piel, pelo, uñas, mucosas y cualquier lesión, así como la capacidad general de cicatrización.

El "desarreglo" que evidencia en su vida se transfiere, en ocasiones, a la esfera de la alimentación, no siendo infrecuente la aparición de trastornos del comportamiento alimentario como obesidad extrema, anorexia o bulimia. El uso de laxantes y píldoras de provocación de vómitos se articulan como forma de control del peso.

Las huellas del maltrato físico quedan en su piel en forma de erosiones, contusiones, heridas superficiales, fracturas y traumatismo craneoencefálico, algunas de las cuales pueden observarse en diferentes estados de evolución. Preguntada por su origen, suele evidenciar incoherencia en el relato de los hechos, un lapso demasiado largo entre el accidente y la consulta e incluso negación a explicar el origen de las lesiones.

Patrón de eliminación

Describe el patrón de la función excretora (intestinal, urinaria y transpiración).

La presencia de sintomatología gastrointestinal (vómitos, síndrome de colón irritable, etc.) y la aparición de infecciones urinarias e incluso hematuria, derivadas de la agresión física y sexual, no son infrecuentes.

Patrón de actividad-ejercicio

Describe el patrón de ejercicio, actividad, ocio y recreo.

Es normal que la mujer se perciba agotada y con sensaciones de debilidad física y fatiga permanente. Buena parte de este sentir es consecuencia del nivel de exigencia en el trabajo, que dentro del hogar han de realizar solas y continuamente en tensión, por el miedo a no satisfacer las "expectativas" del maltratador.

En ocasiones, a su papel como ejecutora del trabajo reproductivo debe añadir su actividad laboral fuera del hogar, con las exigencias derivadas de esta doble presencia.

Patrón sueño-descanso

Describe el patrón de sueño, descanso y relajación durante las 24 horas del día.

La tensión emocional a la que está siendo sometida se traduce en la presencia de insomnio, con dificultades para mantener y conciliar el sueño. El miedo a la agresión le hace permanecer en un estado de alerta continuo y de inquietud, siendo habitual desarrollar actitudes de hipervigilancia y sobreexigencia. A veces, el uso de somníferos y tranquilizantes le propician un descanso inaccesible de otra manera. Pero al levantarse, la ausencia de sensación de respiro se hace patente.

Patrón cognitivo-perceptual

Describe el patrón sensorio-perceptivo y cognitivo. También si la persona sufre dolor y cómo se trata éste. Incluye, además, capacidades funcionales como el lenguaje, la memoria y la toma de decisiones.

El nivel de instrucción de la mujer maltratada es variable poseyendo, según los casos, estudios primarios, secundarios e incluso universitarios.

La situación de sobrecarga física y emocional a la que está sometida se traduce en dificultades de concentración, pérdida de memoria e incapacidad para la comprensión y evaluación de su propia situación.

Los cuadros de dolor crónico (cefaleas, migrañas, dolor pélvico o dorso lumbalgias) son algunas de las afecciones físicas fuertemente asociadas al maltrato físico y psicológico.

Patrón autopercepción-autoconcepto

Describe el concepto que tiene uno de sí mismo y su percepción. Incluye las actitudes de la persona sobre sí misma, la percepción de las capacidades (cognitivas, afectivas o físicas), la imagen corporal, identidad, sentido general de valía y patrón general emocional.

Sin duda, uno de los aspectos que más se ve afectado en la mujer maltratada es su autoconcepto, evidenciándose cuadros de baja autoestima crónica. La anulación/ablación del yo se hace patente. Quien se siente maltratada continuamente reduce su autovaloración hasta límites insospechados. No es extraño que se perciba a sí misma como torpe e incapaz, culpabilizándose de su propia situación vital. En este contexto, los sentimientos de ansiedad, tristeza y desesperanza son habituales.

Lejos de preocuparse por ella misma, su principal inquietud son sus hijos, especialmente en el terreno de la seguridad física y emocional.

El temor a ser juzgada por no saber o querer salir de su situación y los sentimientos de "vergüenza" que les acechan conducen a adoptar la "lógica del aguante".

Patrón rol-relaciones

Describe el patrón que desempeña la persona en sus relaciones.

La dependencia afectiva del matratador y, en ocasiones también económica, es frecuente.

A lo largo de su relación, suele producirse un aislamiento familiar y social progresivo, aconteciendo pérdidas en las relaciones de amistad que en otro tiempo eran habituales. El hogar es su "refugio" particular y el salir a la calle implica que otros vean sus lesiones. Al tiempo, el tipo de vínculo que la mujer mantiene con la institución sanitaria es similar al que establece con la sociedad: silencio, vergüenza y creencia de que no puede ser ayudada. A veces, durante el proceso de interacción con el profesional, puede evidenciar agresividad sin causa aparente, actitud evasiva y temerosa, así como miradas huidizas.

La mujer sometida a maltrato suele encontrar dificultades para establecer relaciones con una nueva pareja. Quien se siente desvalorada constantemente reduce su autovaloración hasta tal límite que simplemente le resulta inimaginable pensar que alguien pueda llegar a estar interesado por ella.

La asunción del rol femenino le lleva a sentirse responsable del cuidado de su familia e imprescindible para sus hijos. Al tiempo, jugar este papel que le ha sido asignado puede ser el punto de partida para la justificación de la opresión a la que está siendo sometida.

Patrón de sexualidad-reproducción

Describe la satisfacción o insatisfacción con la sexualidad, así como el patrón reproductivo.

Desde un punto de vista fisiológico, es relativamente frecuente la presencia de alteraciones del ciclo menstrual, dismenorrea y/o síndrome premenstrual. La dispareunia, el vaginismo, la anorgasmia y el dolor pélvico han quedado suficientemente asociados a la situación de maltrato.

A través de la intimidación que supone el miedo a la agresión suele mantener relaciones sexuales no deseadas, en las cuales la propuesta del uso de preservativos y otros métodos anticonceptivos resulta casi imposible. En consecuencia, las afecciones genitales derivadas de la violencia sexual directa, el riesgo de contagio de enfermedades de transmisión sexual y de embarazos no deseados se incrementa.

Por su parte, el embarazo suele ser un factor desencadenante y también agravante de la violencia preexistente, si bien puede existir la creencia previa de que resolverá la situación de agresión actual. Esto se traduce en su transformación en un proceso de alto riesgo y no exento de complicaciones, tales como el sangrado uterino, el parto prematuro y diversos traumatismos debidos a caídas o golpes. La probabilidad de que finalice en cesárea, muerte materna o fetal o en la necesidad de ingreso del neonato en unidades de cuidados intensivos crece.

En su abandono del autocuidado, no es infrecuente que se dejen de lado los exámenes preventivos ginecológicos e incluso que su incorporación a la atención prenatal resulte tardía.

Patrón de adaptación-tolerancia al estrés

Describe el patrón general de adaptación y la efectividad en términos de tolerancia al estrés.

El deseo de suicidio aparece como idea seductora por lo que tiene de liberación de su situación insoportable. Son tan sólo sus hijos los que suelen "sujetarlas" a la vida.

La depresión también se hace patente asociada al maltrato, aumentando la vulnerabilidad a padecerla, la ausencia de recursos económicos y de redes de apoyo.

La capacidad de tomar decisiones por sí misma y de ser autónoma está considerablemente mermada. El pedir ayuda en este contexto se torna difícil: por un lado, la mujer no se cree con el valor suficiente como para recibir ésta por parte de nadie. Por otro, mientras está atrapada en el circuito vicioso del maltrato, esto es, mientras no se le haya pasado por la cabeza la posibilidad de romper y rehacer su vida, es difícil que demande dicha ayuda.

La situación de tensión permanente a la que está sometida le lleva a desarrollar cuadros de estrés agudo e incluso síndrome de estrés postraumático, caracterizándose este último por recuerdos o sueños permanentes sobre el episodio traumático, malestar psicológico y reactividad fisiológica ante el recuerdo de los hechos vividos. En respuesta a este "dolor" emocional, el consumo de fármacos se torna en un refugio habitual.

Patrón de valores y creencias

Describe los patrones de valores, objetivos o creencias (incluidas las espirituales) que guían las elecciones o decisiones de la persona. Incluye lo que es percibido como

importante en la vida, calidad de vida y cualquier percepción de conflictos en los valores, las creencias o las expectativas que estén relacionadas con la salud.

Es una creencia extendida entre las mujeres que la violencia es un asunto privado de familia y esos trapos sucios deben lavarse en casa. Además, el varón como tal se concibe como violento y agresivo, de modo que es "normal" que le cueste controlar sus impulsos.

Las creencias religiosas juegan un papel importante: por un lado, se considera una "válvula de escape"; por otro, los valores cristianos que exalta la abnegación y subordinación de la mujer-esposa justifican la situación.

Para la mujer, lo realmente importante en su vida son su familia y sus hijos, resistiéndose a la pérdida de aquello que creó conjuntamente con su pareja, especialmente si en ese proceso debió enfrentarse a las opiniones de los otros que pensaban que aquel hombre "no era tan bueno".

En este contexto, la lógica del aguante frente a todo y todos se articula como único elemento con sentido.

LOS PATRONES FUNCIONALES Y SU USO COMO INSTRUMENTO DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN PARA LA DETECCIÓN DE LA VIOLENCIA DE PAREJA CONTRA LAS MUJERES

A cada mujer hay que tratarla de forma individual, para lo cual proponemos ir formulando preguntas que irán encadenándose en función de las respuestas obtenidas y, si las mismas son indicativas de la existencia de malos tratos, se profundizará mediante cuestiones cada vez más explícitas sobre el tema. Se trata, en último término, de ofrecer un estímulo a la comunicación. Diversos estudios han demostrado que las mujeres no declaran voluntariamente que son víctimas de maltrato por parte de su pareja, pero sí lo hacen cuando se les pregunta al respecto. Ante las preguntas específicas para detectar los posibles casos de violencia, el rendimiento aumenta.

En este primer contacto, es esencial encontrar la fórmula adecuada para realizar las primeras preguntas, al tiempo que estar preparados para escuchar las respuestas. La empatía y las habilidades de comunicación se tornan imprescindibles para el profesional sanitario, ya que sólo en el seno de una relación de confianza la "confesión" será posible. De no producirse, al menos queda una puerta abierta para que ésta se pueda producir en posteriores encuentros. En función de la valoración que el profesional realice de la urgencia de la situación, será preferible dejar un pequeño espacio de tiempo que facilite la toma de decisiones antes que ahuyentar a la mujer con preguntas que la hagan sentirse acorralada.

Es preciso que, sin perder de vista la intimidad y la autonomía de la paciente, quede claro que la situación de maltrato es una realidad en nuestro medio, mucho más frecuente de lo que todos pensamos y desearíamos; que la ayuda es posible y estamos dispuestos y preparados para llevarla a cabo. Pensemos que es un deber social y sanitario prestar apoyo y tratamiento a este problema, atajándolo igual que haríamos con cualquier otro. Por diversas razones, los profesionales sanitarios difícilmente hablan con las pacientes acerca del maltrato. Se ha aducido su falta de conocimiento y habilidades para manejar y abordar esta situación. Esto es comprensible porque en los planes de estudios no se contempla la violencia como área temática. La formación de los profesionales permitirá abordar el problema de manera más eficiente para el sistema, a la vez que más satisfactoria para las mujeres.

La capacitación, por tanto, permitirá el conocimiento más profundo del fenómeno y la adquisición de habilidades y destrezas para realizar el cribaje de la paciente e identificar la posible historia de maltrato, las lesiones físicas y el daño psicológico si los hay, documentar claramente tales hallazgos en la historia clínica y derivar a las pacientes a otros profesionales cuando lo precisen pero, sobre todo, permitirá valorar la situación de riesgo y establecer un plan de seguridad para proteger a las mujeres en los casos que sea necesario.

No hay más ciego que aquel que no quiere ver. Por ello, durante la entrevista es imprescindible observar el comportamiento de la mujer (respuestas retardadas, desconfianza hacia el sanitario, temor, vergüenza, miradas evasivas, incoherencia en los argumentos, etc.) y de su pareja, en caso de ir acompañada. Debe ponernos en alerta cuando él se muestra demasiado solícito, responde a las preguntas dirigidas a ella, tiene actitudes hostiles, no deja a la paciente sola o monopoliza la conversación.

Dado que la historia clínica es un documento que se puede utilizar en los procesos judiciales, la recopilación de información en ella debe ser exhaustiva, clara y sin ambigüedades ni juicios de valor. La confidencialidad a lo largo de todo el proceso de recogida de datos es esencial, ya que en muchas ocasiones la seguridad física de la mujer depende de ello.

Los requisitos mínimos que debe contemplar una historia de maltrato son, por un lado, un examen físico exhaustivo donde se reseñen las lesiones actuales, para lo cual puede ser de utilidad disponer en la consulta de un mapa o esquema corporal para situar éstas. Conjuntamente, las repuestas dadas en la entrevista deben ser transcritas de forma literal, acompañándose de la observación del profesional en cuanto al estado psicoemocional que presenta la mujer. La recogida de fotografías y la toma de aquellas muestras que se consideren oportunas completan el registro.

Los profesionales de enfermería, por su contacto directo con la comunidad, se convierten en una pieza clave en la detección de la situación de violencia de pareja contra la mujer. El disponer de un listado de preguntas que contemple la mayoría de las situaciones nos facilita la tarea, a la vez que evita la posibilidad de "olvidos" y la pérdida de alguna posible víctima en el cribaje. En este sentido, proponemos un modelo de recogida de información basado en la siguiente encuesta, a la cual cada mujer responderá dependiendo de su situación particular. De los 26 ítems utilizados, 13 indican mayor gravedad, se consideran indicadores fuertes de violencia y reflejan situación objetiva de violencia (en el test aparecen remarcados), mientras que los 13 restantes se consideran débiles e indican situación de sometimiento:

- 1) "Le impide ver a su familia o tener relaciones con amigos, vecinos".
- 2) "Le quita el dinero que Vd. gana o no le da lo suficiente que necesita para mantenerse".
- 3) "Hace oídos sordos a lo que Vd. le dice, no tiene en cuenta su opinión, no escucha sus peticiones".
- 4) "Le insulta o amenaza".
- 5) "No le deja trabajar o estudiar".
- 6) "Decide las cosas que Vd. puede o no puede hacer".
- 7) "Insiste en tener relaciones sexuales aunque Vd. no tenga ganas".
- 8) "No tiene en cuenta sus necesidades personales".
- 9) "En ciertas ocasiones le produce miedo".
- 10) "No respeta sus objetos personales".
- 11) "Le dice que coquetea continuamente o, por el contrario, que no se cuida del aspecto".

- 12) "Cuando se enfada llega a empujar o golpear".
- 13) "Se enfada sin que se sepa la razón".
- 14) "Le dice que a dónde va a ir sin él, que no es capaz de hacer nada por sí sola".
- 15) "Le dice que todas las cosas que hace están mal".
- 16) "Cuando se enfada la toma con los animales o las cosas que Vd. aprecia".
- 17) "Le hace sentirse culpable porque no le atiende como es debido".
- 18) "Se enfada si las cosas no están hechas (comida, ropa, etc.)".
- 19) "Le controla los horarios".
- 20) "Le dice que no debería estar en esta casa y que busque la suya".
- 21) "Le reprocha que viva de su dinero".
- 22) "Ironiza, no valora sus creencias (religiosas, políticas, pertenecer a alguna asociación, etc.)".
- 23) "No valora el trabajo que realiza".
- 24) "Le hace sentirse responsable de las tareas del hogar".
- 25) "Delante de los hijos dice cosas para no dejarle a Vd. en buen lugar".
- 26) "Desprecia y da voces a sus hijos".

Conjuntamente con este instrumento de valoración objetiva, hemos seleccionado una serie de preguntas que pudieran ser de utilidad para la detección de la situación de violencia doméstica contra la mujer, especialmente a la hora de profundizar en aquellos aspectos que pudieran resultar de mayor relevancia. Estas cuestiones se han agrupado conforme a los patrones funcionales de la salud. Por último, añadir que en ellas se engloban preguntas abiertas, semiabiertas y cerradas, que el profesional debe ir concatenando según el discurrir de la conversación. Al tiempo, se pretende establecer un cierto paralelismo con aquellos aspectos de valoración física que impliquen la observación de cada patrón.

Patrón de percepción-manejo de la salud

- ¿Cómo ha sido su salud en general?
- ¿Qué cosas relevantes realiza para mantenerse sano?
- ¿Cree que estas cosas marcan una diferencia en la salud?
- ¿Consume cigarrillos, alcohol o drogas?
- ¿Realiza controles preventivos?, ¿cuáles?, ¿con qué frecuencia?
- ¿Ha sufrido accidentes (en casa, en el trabajo o conduciendo)? ¿Cómo se produjeron?
- ¿Le resulta fácil seguir las recomendaciones de su médico o enfermera?
- ¿Quién se encarga de los cuidados en casa cuando alguien está enfermo?, ¿recibe algún tipo de ayuda?
- ¿Suele automedicarse cuando está enferma?
- Su pareja, ¿le suele acompañar cuando acude al médico? ¿Debe ocultarle que va a la consulta?, ¿por qué motivo?

Patrón nutricional-metabólico

- ¿Qué comió en el día de ayer?
- ¿Ha habido pérdida/ganancia de peso en los últimos tiempos?, ¿a qué lo atribuye?
- ¿Siente malestar, dolores de estómago o problemas para tragar los alimentos a menudo?
- ¿Suele tener cambios en su manera de comer cuando se encuentra más nerviosa o angustiada? ¿Le sucede eso ahora?
- ¿Quién se encarga en casa de la compra y preparación de la comida?, ¿alguien le proporciona ayuda?

- Exploración de piel y mucosas, evidenciando la existencia de lesiones como abrasiones, arañazos, mordiscos, hematomas en diferentes estadios de evolución. ¿Cómo se han producido estas lesiones?

Patrón de eliminación

- ¿Hace "de vientre" todos los días?
- ¿Nota cambios en su hábito intestinal cuando se enfrenta a situaciones de estrés o nerviosismo?
- ¿Ha padecido infecciones de orina?, ¿cuándo?, ¿cuál cree que fue su causa?
- ¿Alguna vez ha expulsado sangre por la orina?, ¿cuándo?, ¿cuál ha sido su causa?

Patrón de actividad-ejercicio

- ¿Trabaja fuera de casa? ¿Ha cambiado alguna vez de trabajo?, ¿cuál fue la causa?
- ¿Le dificulta alguien estudiar o trabajar fuera de casa?
- ¿Quién trae los ingresos a casa? ¿Tiene usted un sueldo propio y puede disponer de él? Su pareja, ¿controla sus gastos?, ¿le obliga a rendirle cuentas?
- ¿Se siente habitualmente cansada, agotada, etc.?, ¿a qué lo atribuye?
- ¿Considera que su vida es muy ajetreada? ¿Le da la sensación de que a veces "no puede llegar a más"?
- ¿Practica algún tipo de actividad física?, ¿cuándo?
- ¿Le ayuda alguien con las tareas domésticas?, ¿quién?
- ¿Qué hace en su tiempo libre? ¿Suele practicar esa actividad sola o acompañada por alguien?, ¿por quién?
- Examen físico: toma de tensión arterial y de frecuencia cardíaca.

Patrón sueño-descanso

- ¿Qué tal duerme por las noches?
- ¿Por qué considera que duerme mal?
- ¿Existe alguien o algo que le impide dormir o que le produce miedo?
- ¿Se levanta cansada por la mañana? ¿A qué atribuye esa fatiga?
- ¿Toma algún tipo de medicación para ayudarle a dormir?, ¿quién se la ha prescrito?
- ¿Suele tener pesadillas? ¿Se despierta temprano?
- Muchas mujeres tienen trastornos del sueño debido a las difíciles relaciones que mantienen con sus maridos, ¿es éste su caso?
- ¿Realiza alguna actividad que le ayude a relajarse? ¿La practica sola o acompañada por alguien?, ¿por quién?

Patrón cognitivo-perceptual

- ¿Qué tal oye? ¿Qué tal ve? ¿Usa audífonos o gafas?, ¿por qué?
- ¿Ha notado que le cueste más últimamente concentrarse en las cosas? ¿A qué lo atribuye?
- ¿Tiene problemas para recordar? ¿Cuál cree que es su causa?
- ¿Quién toma las decisiones en su casa? ¿Cómo se resuelven las diferencias? ¿Qué ocurre cuando no está de acuerdo con la decisión tomada?
- ¿Suele tener dolores a menudo? ¿En dónde? ¿A qué los atribuye? ¿Toma medicación para ello? ¿Quién se la ha prescrito?

Patrón autopercepción-autoconcepto

- ¿Cómo se describiría a usted mismo?
- ¿Se siente a gusto consigo mismo?



- ¿Ha habido cambios en su cuerpo o en las cosas que puede hacer? ¿Supone un problema para usted?
- ¿Qué cosas le hacen frecuentemente enfadarse?, ¿y a su pareja?, ¿y sentir miedo? ¿Alguien le ha atemorizado alguna vez?, ¿quién?
- ¿Se siente sola?, ¿y deprimida? ¿Se nota más nerviosa de lo habitual?, ¿cuál cree que es su causa?
- ¿Se ha sentido alguna vez culpable?, ¿por qué? ¿Ha habido alguien alguna vez que le haya hecho sentirse culpable por algo?, ¿quién? ¿Su pareja le ha culpado de algo que haya ocurrido?, ¿de qué? ¿Qué opina de ello?
- ¿Alguna vez ha llegado a perder la esperanza?, ¿cuál ha sido el motivo?

Patrón rol-relaciones

- ¿Cómo van las cosas en casa?
- Muchos hombres maltratan a sus parejas, ¿qué opina de ello?
- ¿Qué tal es la relación con su pareja? ¿Se pelean o discuten habitualmente? ¿Qué hace cuando se pelean? ¿Cómo acaban esas riñas? ¿Alguna vez han terminado en golpes, empujones o bofetadas?
- ¿Le han obligado en alguna ocasión a irse de casa?, ¿quién?
- ¿Alguna vez le ha amenazado o insultado su pareja?
- ¿Tiene miedo de su pareja?
- ¿La obliga su pareja a hacer cosas que no desea?, ¿qué cosas?
- ¿En alguna ocasión su pareja "ha perdido los nervios"? ¿Ha roto cosas o tirado objetos en esa situación?
- ¿Suele abrirle sus cartas, revisar sus cajones o sus pertenencias?
- ¿Le impide su pareja usar el teléfono?
- ¿Suele salir con sus amigos/as normalmente? ¿Le ha impedido en alguna ocasión su pareja salir con ellos? ¿Le considera celoso y posesivo? ¿Le acusa de infidelidades sin motivo?
- ¿Qué tal es la relación de su pareja con sus familiares o amigos? ¿Le ha humillado alguna vez delante de ellos?
- Si tuviera un problema, ¿a quién se lo contaría? ¿Hay alguien de su alrededor con quien puede usted desahogarse o en cuya casa puede refugiarse, si es necesario?
- ¿Conoce su entorno los problemas de relación con su pareja?, ¿qué opinan de ello?
- ¿Qué tal relación tiene con sus hijos? ¿Suelen presenciar sus hijos las discusiones con su pareja?, ¿qué opinan de ello?

Patrón sexualidad-reproducción

- ¿Ha tenido embarazos?, ¿cuántos? ¿Tuvo algún tipo de complicación durante ellos? ¿Qué tal vivió su pareja esta etapa de su vida? ¿Le ayudaba? ¿Le apoyaba?
- ¿Ha llevado a cabo la preparación al parto durante sus embarazos?
- ¿Ha sufrido algún aborto? ¿Le dijeron cuál fue su causa?
- ¿Usa algún método anticonceptivo?, ¿cuál? ¿Está satisfecha con él? ¿Qué opina su pareja del empleo de estos métodos? ¿Alguna vez se ha opuesto a su uso?
- ¿Ha padecido enfermedades de transmisión sexual?, ¿cuáles?
- ¿Considera satisfactorias sus relaciones sexuales?, ¿por qué no lo son?
- ¿Quién suele tomar la iniciativa en la pareja?
- ¿Alguna vez le ha obligado su compañero a tener relaciones sexuales contra su voluntad? ¿Le fuerza a llevar a cabo algunas prácticas sexuales que usted no desea?
- ¿Se ha sentido humillada, desprestigiada o amenazada durante la relación sexual?
- ¿Tiene dolor o molestias durante el coito?

- ¿Se realiza exámenes ginecológicos con frecuencia? ¿Ha tenido algún tipo de alteración? ¿Le ha impedido alguien acudir a este tipo de revisiones?, ¿por qué?

Patrón adaptación-tolerancia al estrés

- ¿Ha habido algún cambio importante en su vida en los últimos meses?, ¿cuál ha sido su causa?
- ¿Se nota tensa la mayor parte del tiempo? ¿Qué le ayuda en esta situación?
- ¿Toma alcohol, medicación o drogas para intentar superar la tensión?
- Cuando ha habido grandes problemas en su vida, ¿cómo los ha tratado? ¿Considera que su resolución ha sido exitosa?
- ¿Ha pensado alguna vez en suicidarse? ¿Lo ha intentado? ¿Cuál ha sido el motivo?
- ¿Se siente apoyada frente a una crisis?, ¿por quién?
- Frente a situaciones de estrés, ¿cómo reacciona su pareja?, ¿se pone violenta? ¿Paga las consecuencias con usted?, ¿de qué manera?

Patrón de valores-creencias

- ¿Qué considera importante en su vida?, ¿por qué?
- ¿Considera importante su papel de madre?, ¿y de esposa?
- ¿Practica algún tipo de religión? ¿Es importante en su vida? ¿Le ayuda cuando surgen dificultades?
- ¿Cuáles son sus planes de futuro?

CONCLUSIONES

La violencia de pareja contra las mujeres constituye un problema de salud pública de desconocidas dimensiones. Los profesionales de enfermería deben de estar preparados para el abordaje de este tipo de situaciones que acontecen, aún sin saberlo, de manera frecuente en su práctica diaria. Para ello, disponer de instrumentos de valoración válidos y consensuados constituye el primer paso para proporcionar una atención de calidad y un abordaje holístico de cada individuo y de cada comunidad en su propio contexto.

BIBLIOGRAFÍA

- Alberdi I, Matas N. La violencia doméstica. Informe sobre los malos tratos a mujeres en España. Barcelona: Colección de Estudios sociales. Fundación La Caixa; 2003.
- Estudio de violencia contra las mujeres. Documento inédito.
- La Violencia contra las mujeres considerada como problema de Salud Pública. Documento de Apoyo para la Atención a la Salud de las mujeres víctimas. Documentos técnicos de Salud Pública. N.º 86. Madrid: Instituto de Salud Pública; 2003.