

**Universidad de Zaragoza
Facultad de Ciencias de la Salud**

Grado en Enfermería

Curso Académico 2016 / 2017

TRABAJO FIN DE GRADO
**ATENCIÓN DE ENFERMERÍA COMUNITARIA A VÍCTIMAS DE
ABUSO SEXUAL**
**COMMUNITY NURSING ASSITANCE TO VICTIMS OF SEXUAL
ABUSE**

Autor/a: María Mercedes Navarro Muñiz

Director . Ángel Gasch Gallén

ÍNDICE

RESUMEN	1
PALABRAS CLAVE	2
ABSTRACT	3
KEY WORDS	3
INTRODUCCIÓN	4
OBJETIVOS	8
OBJETIVO GENERAL:	8
OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	8
METODOLOGÍA	9
DESARROLLO	11
❖ IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA	11
❖ PLAN DE INTERVENCIÓN	11
➤ CAPTACIÓN DE PACIENTES	11
➤ RECURSOS	12
➤ VALORACIÓN DE ENFERMERÍA	13
➤ PLANIFICACIÓN Y EJECUCIÓN	15
❖ PREVENCIÓN PRIMARIA	15
❖ PREVENCIÓN SECUNDARIA	16
❖ PREVENCIÓN TERCIARIA	17
➤ CRONOGRAMA	20
❖ EVALUACIÓN	21
CONCLUSIONES	23
BIBLIOGRAFÍA	24
ANEXOS	28

RESUMEN

El Abuso Sexual Infantil se define como cualquier clase de contacto o actividad sexual con un niño o niña impuesto por una persona mayor y es un grave problema de salud pública común a todas las sociedades que según la OMS, 1 de cada 5 mujeres y 1 de cada 13 hombres declaran haber sufrido.

Entre los factores de riesgo más frecuentes se encuentran, ser chica en edades comprendidas entre 6-7 y 12-13 años y haber sufrido abusos sexuales intrafamiliares, cometidos en su mayoría por hombres.

Entre sus repercusiones, destacan las que afectan a la salud mental, llegando a empeorar el estado general y calidad de vida de la persona. Se han descrito depresiones, trastornos de somatización y de conversión, conductas autolesivas, dependencia de sustancias nocivas, promiscuidad en las relaciones sexuales y problemas en las relaciones interpersonales.

Es necesario que Enfermería realice un seguimiento de los problemas afectivo-emocionales en adolescentes víctimas de abuso para que con los consiguientes cuidados, éstos sean afrontados de forma correcta y mejorar así la calidad de vida de estas personas.

El objetivo de este trabajo fue diseñar un Plan de Intervención de Enfermería dirigido a adolescentes víctimas de abuso sexual, padres y madres, profesores y profesionales de la salud para la atención y prevención de problemas de índole emocional/afectivo relacionados en Atención Primaria.

Para ello se realizó una revisión y se diseñó un programa educativo centrado en la prevención y afrontamiento de problemas emocionales en adolescentes víctimas de abuso sexual para madres y padres, profesionales y la comunidad.

Se concluye que la Enfermería Comunitaria ofrece una atención integral a la salud afectivo-emocional de adolescentes, ya que permite valorar sus necesidades, evaluar comportamientos de riesgo, ayudar a incorporar

estrategias para la mejora del autocuidado y la concienciación que tienen de sí mismos. Además, es necesario hacer visible a la población el problema descrito con el fin de prevenirla en la medida de lo posible.

PALABRAS CLAVE

“abuso sexual”, “prevalencia”, “sintomatología”, “factores de riesgo” y “prevención”.

ABSTRACT

Child sexual abuse is defined as any kind of contact or sexual activity with a child (boy or girl) inflicted by an old person, and is a serious problem regarding to public health which is common to society as a whole. According to the WHO one in five women and one in thirteen men declares to have suffered child sexual abuse.

There are multiple risk factors, being the most frequent cases of girls with ages between 6-7 and 12-13, with relative abuses, committed mainly by men.

Among the consequences of sexual abuse stands those which affects to mental health, diminishing their quality of life and making worse their good state of health. Because of that depressions, somatic symptom and conversion disorders, self-harming behaviour, unhealthy sustance use or abuse, promiscuity on sexual relations and various problems with relationships.

To confront this problem an intervention plan is done by Community Nursing in order to inform the population about the issue and monitor the affective-emotional problems in teenagers who were victims of child sexual abuse, and to give the resulting nursery cares needed in order to confront abuse and to improve patient's quality of life.

Designing and developing a Nursery Intervention Plan directed towards teenagers victims of child sex abuse, parents, teachers and health proffesionals to care and prevent emotional-affective issues related to Primary Attention.

Community Nursing offers a comprehensive care to affective-emotional health of teenagers, because it allows for valuing their needs, evaluates their risk behaviour, helps to implement strategies for self-care improvement and consciousness-raising of themselves. In addition to that, is necessary to show the whole population the problem, so it can be prevented as much as possible.

KEY WORDS

'Sexual abuse', 'prevalence', 'symptomatology', 'risk factors' and 'prevention'.

INTRODUCCIÓN

El abuso sexual infantil (ASI) es cualquier clase de contacto o actividad sexual con un niño o niña impuesto por una persona mayor, que aprovechando su superioridad física y experiencia, utiliza incorrectamente su poder o autoridad. La coerción emocional y física que ejerce el abusador sobre la víctima, tiene como fin garantizar el silencio **(1,2)**.

El ASI consiste en hacer practicar al niño actividades tales como tocar de manera seductiva cualquier parte del cuerpo, no solo los genitales, del niño o del adulto; mirar o mostrar partes íntimas o tomar fotos explícitamente sexuales. También puede haber propuestas verbales indecentes sin contacto, pero que en todos los casos se trata de una actividad que el niño por inmadurez no puede comprender **(1)**.

El ASI es un grave problema de salud pública común a todas las sociedades, la mayoría de víctimas de este tipo de violencia son mujeres, menores de edad y son agredidas por un familiar que frecuentemente convive con ellas. Según la OMS, 1 de cada 5 mujeres y 1 de cada 13 hombres declaran haber sufrido abusos sexuales en la infancia. Respecto a las tasas de prevalencia, estas oscilan entre un 7% y un 36% en las mujeres y entre un 3% y un 29% en los hombres que lo sufren **(3,4,5)**.

Lo cometen en su mayoría hombres, aunque el abuso sexual por parte de mujeres podría estar infrarrepresentado, ya que además de despertar menos sospechas, la naturaleza de sus actividades sexuales podría hacer más difícil la detección **(3)**.

En relación a los factores de riesgo, las chicas suelen sufrir con mayor frecuencia abusos sexuales intrafamiliares y es más frecuente en edades comprendidas entre 6-7 y 12-13 años, así como, en menores introvertidos, con pocos amigos, carentes de fuentes que les proporcionen afecto en su entorno, y con discapacidad y/o trastornos asociados a alguna dificultad en el lenguaje **(6)**.

A nivel familiar, se constatan variables de riesgo relativas tanto a la estructura como a la dinámica familiar. Respecto a la estructura, se señalan la monoparentalidad, la convivencia con una figura masculina sin vínculo de parentesco o con familia extensa, además de ser hijo de madre menor de edad en el momento del nacimiento. Y en relación con la dinámica familiar, la ausencia o escasez de supervisión parental, especialmente materna, las relaciones maritales insatisfactorias o violencia familiar o, los roles parentales difusos o ausentes. Otros ligados a la historia familiar son la presencia de enfermedad mental en uno de los progenitores, los antecedentes familiares de consumo de sustancias, la presencia de graves conflictos entre miembros de la familia o la historia de abuso sexual infantil o maltrato en las figuras parentales o en el agresor (6).

Además de los factores anteriormente citados, los factores económicos y educativos como el bajo estatus socio económico y los bajos niveles educativos de las madres, también representan riesgos. Del mismo modo, hay diferencias geográficas en los reportes de abuso que pueden estar asociadas con la pobreza y los estándares de vida (7).

Entre las repercusiones del ASI, destacan las que afectan a la salud mental, llegando a empeorar su estado general y su calidad de vida. Se han descrito depresiones, trastornos de somatización y de conversión, conductas autolesivas, dependencia de sustancias nocivas, promiscuidad en las relaciones sexuales y problemas en las relaciones interpersonales. Son personas muy vulnerables, proclives a ser de nuevo víctimas o a repetir las mismas conductas que ellas han sufrido (3,8).

En general, a lo largo del ciclo vital se produce un tránsito de la sintomatología hacia formas de manifestación típicas de cada etapa evolutiva. De este modo, durante la infancia los principales efectos parecen ser los problemas somáticos (enuresis, encopresis, dolores de cabeza y dolores estomacales), retrasos en el desarrollo, problemas de ansiedad y retraimiento, y especialmente, trastorno de estrés post-traumático y conducta sexualizada (por ejemplo, masturbación excesiva), siendo el síntoma más característico en las víctimas de este grupo de edad (9).

Entre los niños en edad escolar aparecen algunos nuevos síntomas, mientras que otros son consistentes. En el campo socio-emocional, pueden aparecer problemas, tales como, agresiones y problemas conductuales, trastornos disociativos, problemas en las relaciones con iguales y bajo rendimiento escolar (**3,9**).

Finalmente, en el caso de los adolescentes abusados sexualmente, es más probable que, comparados con los niños, realicen actividades delictivas, sufran trastornos de la alimentación, problemas físicos de salud, consuman drogas, lleven a cabo más conductas suicidas y autolesivas y conductas sexuales tempranas y de riesgo (**9**).

Otro aspecto a tener en cuenta es la aparición de efectos durmientes en algunas víctimas, situación en la que el niño no muestra problemas significativos inmediatamente después del abuso. Sin embargo, al transcurrir el tiempo, la víctima empieza a manifestar problemas emocionales o conductuales de una etiología no clara, fruto de una revictimización, un suceso estresante o que recuerde al abuso sufrido (**9**).

Y por otro lado, existe la resiliencia, que es la capacidad de resistencia ante el daño psicológico que puede causar un entorno problemático y dañino. Para que un niño adquiera una capacidad resiliente necesitará factores protectores como tener buena salud y autoestima entre otros (**10**).

Las víctimas adultas de abuso sexual infantil presentan una mayor probabilidad de padecer trastornos emocionales como ansiedad, baja autoestima, problemas en las relaciones sexuales o depresión, siendo ésta uno de los síntomas más frecuentes en adultos abusados sexualmente durante la infancia. En general, las mujeres con un historial de ASI presentan una mayor probabilidad de llevar a cabo prácticas sexuales no sanas o mal adaptativas. Además, tienen relaciones sexuales con una menor frecuencia y experimentan una mayor cantidad de problemas y disfunciones sexuales (**9,11**).

El ASI puede afectar también a la percepción de las víctimas de sí mismas en las relaciones con los otros, que incluyen dificultades para iniciar y mantener relaciones interpersonales, así como dificultades para confiar en los demás, trastornos de la personalidad, especialmente el trastorno borderline de la personalidad; pero también otros tipos como el antisocial, dependiente, evitativo y esquizoide. Se ha descrito que el Trastorno de Estrés Post-traumático es una de las consecuencias más frecuentes a largo plazo **(9)**.

Las consecuencias físicas del abuso sexual infantil son poco frecuentes y en muchos casos, compatibles con otro tipo de lesiones no relacionadas con la experiencia de abuso sexual, provocando que sea muy difícil detectar estos casos a partir de hallazgos físicos. Además, una dificultad añadida es que en la mayoría de casos que existen indicadores como lesiones genitales y anales, presencia de esperma y, sobre todo, infecciones de transmisión sexual, estos únicamente son visibles durante un breve período de tiempo tras el abuso y no es habitual que la víctima sea atendida inmediatamente **(12)**.

En definitiva, los cambios mundiales se orientan a la promoción de culturas más sanas presionando para que los profesionales de la salud se esfuerzen por plantear programas de promoción de la salud y de prevención de las enfermedades. Por tanto, para el abordaje del problema planteado se hace indispensable tener en cuenta los múltiples factores que lo pueden causar y considerar la necesidad de trabajar interdisciplinariamente para prevenir e intervenir de una manera holística **(2,13)**.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Diseñar un Plan de Actuación de Enfermería dirigido a adolescentes víctimas de abuso sexual, padres y madres, profesores y profesionales de la salud para la atención y prevención de problemas de índole emocional/afectivo relacionados en Atención Primaria.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Realizar una actualización sobre la situación de las y los adolescentes víctimas de abuso sexual y la prevención de problemas emocionales relacionados desde la atención enfermera a partir de la revisión bibliográfica.
- Realizar una intervención con profesionales, padres y madres con el fin de informar a la población sobre el abuso sexual infantil.
- Prevenir los problemas emocionales que pueden surgir en adolescentes víctimas de abuso sexual, mediante la potenciación de la conciencia de sí mismos desde la atención de Enfermería Comunitaria.

METODOLOGÍA

La búsqueda bibliográfica de los artículos se ha realizado en bases de datos como Cuiden, Pubmed, Elsevier, Scielo , Sciencedirect, Pubmed. Se han usado estrategias de búsqueda tales como boléanos (AND, OR) y los siguientes DeCS/MeSH: abuso sexual, prevalencia, sintomatología, factores de riesgo, prevención.

Se ha accedido a páginas web como WHO de la Organización Mundial de la Salud y la M.S.S.S.I. del Gobierno de España.

Los criterios de selección de los estudios fueron por relevancia y adecuación al tema de estudio, por año de publicación entre 2010 y 2016, por acceso al texto completo disponible, y por idiomas: inglés, portugués y español.

La segunda parte del trabajo consiste en la realización de un Plan de Intervención, en el que se ha tomado como referencia para su elaboración la guías clínica "Abuso Sexual Infantil: Manual de formación para profesionales" perteneciente a la fundación Save The Children y, también, se ha utilizado el manual "Técnicas para la evaluación y detección de abusos sexuales en menores" realizada por la Asociación Aspacia.

En este plan se realiza una primera intervención dedicada a padres/madres y profesionales, y posteriormente, el resto de intervenciones van dedicadas a adolescentes de entre 12-13 años, por ser la edad en la que con mayor frecuencia se dan abusos sexuales según la revisión bibliográfica.

En la parte dedicada a adolescentes se emplea taxonomía NANDA y las intervenciones son extraídas del NIC.

Tabla 1. Relación artículos encontrados y seleccionados.

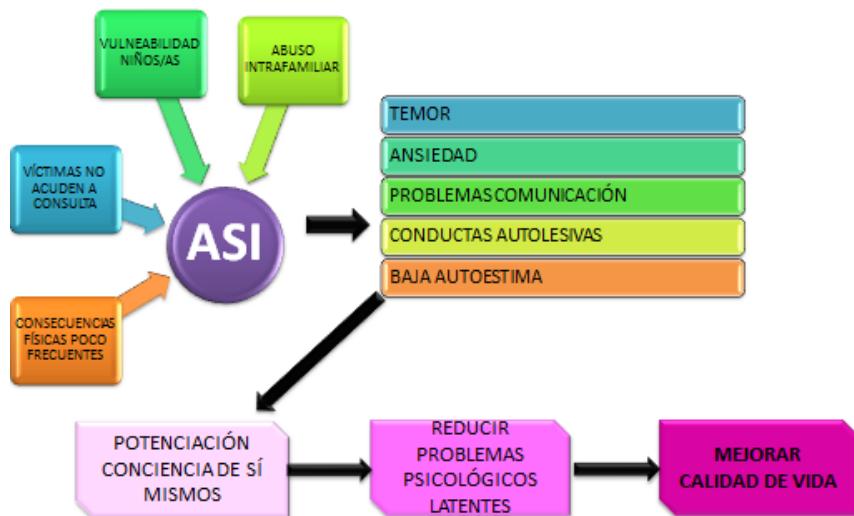
BASE	Encontrados	Inclusión/ Exclusión	Seleccionados
Pubmed	10	Free full text Años 2010-2016	1
Cuiden	6	Texto completo Años 2010-2016 Idioma español	2
Scielo	17	Texto completo Años 2009-2016 Idioma español, portugués, inglés Áreas temáticas: → Políticas y servicios de salud → Enfermería → Salud Pública → Psicología, multidisciplinaria	5
Sciencedirect	10	Texto completo Años 2010-2016 Idioma español e inglés Journal	1
Elsevier	8		3
Dialnet	16	Artículos de revista	4
TOTAL	67		16

Fuente: Elaboración propia.

DESARROLLO

❖ IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

Tras la revisión bibliográfica sobre el problema del ASI y los factores de riesgo que influyen en él, se ha elaborado el siguiente mapa conceptual:



Fuente: Elaboración propia

❖ PLAN DE INTERVENCIÓN

➤ CAPTACIÓN DE PACIENTES

Según la fundación Save The Children, se deberían promover programas de sensibilización social que incrementen el conocimiento sobre el abuso sexual infantil y erradiquen las falsas creencias sociales que están en la base de una visión distorsionada del problema (14).

Por otra parte, los profesionales que trabajan en el ámbito de la salud han de tener información sobre los indicadores físicos y conductuales, los factores de riesgo y de protección, y las consecuencias a corto y largo plazo que una vivencia de abuso sexual tiene en el desarrollo evolutivo del niño (15).

En particular, las/los enfermeros de Atención Primaria (AP) deben capacitar a los individuos y la comunidad en el autocuidado de la salud,

y además, ocupan una posición estratégica a la hora de realizar actividades preventivas (**14**).

Por todo lo anteriormente descrito, la captación se realizará a dos niveles:

1. En la consulta de enfermería de AP. Dirigido a adolescentes que han sido víctimas de ASI, realizando un seguimiento individual de cada paciente y mediante la creación de grupos de personas que tienen en común haber sufrido dicho abuso.
2. A la comunidad. Realizando charlas informativas y de concienciación sobre el problema a profesionales, profesores, padres y madres que se realizarán respectivamente, en el Centro de Salud San Pablo (CS San Pablo), el colegio Público Santo Domingo de Zaragoza y en el Centro de Tiempo Libre la Cadeneta (CTL la Cadeneta) situado en la calle San Pablo.

La captación se realizará mediante carteles informativos colocados en diversos lugares estratégicos de Zaragoza: las consultas de enfermería del CS San Pablo, en el colegio Público Santo Domingo y en el CTL la Cadeneta (ANEXO 1) y, dos semanas antes de comenzar se enviará una carta a modo de bienvenida a los participantes (ANEXO 2).

➤ **RECURSOS**

Los recursos humanos constan de la participación de dos enfermeras encargadas principales del programa. Como material, se precisa una sala que contará con 12 sillas con brazo de escritura, una mesa con un ordenador, una pizarra blanca, un rotulador negro y un proyector, todo ello prestado por el centro de salud. Por otro lado, bolígrafos, cuestionarios incluidos los de satisfacción, impresos para cada uno de los participantes y los carteles que se coloquen en el CS, el colegio y el CTL.

Por tanto, el presupuesto final del programa, queda detallado a continuación:

Tabla 2. Recursos materiales del programa.

MATERIAL	PRESUPUESTO	TOTAL
Bolígrafos	1,20 € x 15	18 €
Cuestionarios de valoración inicial	0,8 € x 40	32 €
Cuestionarios de satisfacción	0,8 € x 50	40 €
Carteles	2,6 € x 6	15,6 €
TOTAL	105,6 €	

Fuente: Elaboración propia.

El presupuesto de cada profesional por sesión realizada será de 60 €, siendo el total por sesiones realizadas de 420 € por enfermera. Por lo que, el presupuesto final del programa será de 945,6 €.

➤ VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

La valoración de la víctima debe centrarse en los indicadores de sospecha (signos y síntomas) haciendo un abordaje biopsicosocial y de la situación de abuso. Debe ser en un ambiente seguro, garantizándole confidencialidad, empatía y escucha activa, creer a la/él adolescente sin emitir juicios de valor y facilitar la expresión de sentimientos. Una entrevista adecuada y un seguimiento posterior permitirán afianzar los diagnósticos propuestos y que las intervenciones llevadas a cabo sean eficaces, contribuyendo así a favorecer el intercambio de información dentro del equipo multidisciplinar (16).

A partir de la bibliografía consultada, se prestará especial atención a aquellos pacientes que presenten los siguientes diagnósticos elaborados mediante taxonomía NANDA:

Tabla 3. Diagnósticos enfermeros elaborados con taxonomía NANDA.

DIAGNÓSTICO NANDA	DOMINIO/CLASE	
TEMOR (00148)	Temor r/c conductas de evitación m/p reducción de la seguridad en sí mismo.	Dominio 9: Afrontamiento/Tolerancia al estrés Clase 2: Respuestas de afrontamiento
ANSIEDAD (00146)	Ansiedad r/c abuso sexual sufrido m/p bloqueo del pensamiento.	Dominio 9: Afrontamiento/Tolerancia al estrés Clase 2: Respuestas de afrontamiento
DETERIORO DE LA INTERACCIÓN SOCIAL (00052)	Deterioro de la interacción social r/c trastorno del autoconcepto m/p interacción disfuncional con los demás.	Dominio 7: Rol/Relaciones Clase 3: Desempeño del rol
AUTOMUTILACIÓN (00151)	Automutilación r/c abusos sexuales en la infancia m/p daños en alguna parte del cuerpo.	Dominio 11: Seguridad/Protección Clase 3: Violencia
BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL (00120)	Baja autoestima situacional r/c rechazo a sí mismo m/p expresiones de inutilidad.	Dominio 6: Autopercepción Clase 2: Autoestima

Fuente: Adaptado de la bibliografía (17).

➤ PLANIFICACIÓN Y EJECUCIÓN

El proceso de prevención se divide en tres fases y se detalla a continuación en un cuadro que recoge las características específicas de cada fase (**15**):

Tabla 4. Tipos de prevención.

TIPO	PRIMARIA	SECUNDARIA	TERCIARIA
OBJETO	Causas	Crisis	Efectos
ENFOQUE	Proactivo	Activo	Reactivo
TIEMPO	Antes de la emergencia del problema	Durante la irrupción del problema.	Después de la aparición del problema
OBJETIVOS	<ul style="list-style-type: none">- Reducción de la incidencia.- Refuerzo de los conocimientos, aptitudes.- Desactivación de los factores de riesgo.	<ul style="list-style-type: none">- Disminución de la prevalencia.- Detección precoz de nuevos casos declarados.- Restablecimiento de los niveles habituales de autocontrol, autoestima.	<ul style="list-style-type: none">- Minimización del impacto.- Reducción de los síntomas.- Evitación de recaídas.

Fuente: Adaptado de la bibliografía (**15**).

En este Plan de Intervención las actividades han sido enfocadas a realizar los tres tipos del siguiente modo:

❖ PREVENCIÓN PRIMARIA

Las actitudes sociales, que refuerzan que el abuso no se visibilice, están basadas en los mitos y creencias falsas en torno al abuso sexual y que será fundamental conocer para poder superar estas barreras y detectar el problema (**15**).

Debido a ello, se realizarán 3 sesiones iguales cada una de ellas en los diferentes lugares seleccionados con un máximo de 12 personas por sesión, todas ellas dedicadas a profesionales, profesores, madres y padres, cuya duración será de 1 h, todos los martes del mes de Noviembre durante 3 semanas. Se realizarán también 3 sesiones más de 30 minutos de duración cada una, todos los jueves para que completen una encuesta que valorará el grado de satisfacción de los participantes con la sesión informativa (ANEXO 3).

En primer lugar, en dichas sesiones se facilitará un cuestionario adaptado de 6 preguntas que valorará la información que sobre el tema tienen los participantes (ANEXO 4).

A continuación, la segunda parte de la sesión consistirá en informar sobre las falsas creencias del ASI, como por ejemplo, serían que los abusos sexuales son poco frecuentes o que los menores pueden evitar los abusos (ANEXO 5).

❖ PREVENCIÓN SECUNDARIA

En lo que respecta a la prevención secundaria, el profesional debe estar alerta ante signos y señales de abuso, así como, se deben promover las visitas domiciliarias a adolescentes de alto riesgo, trabajando de forma interdisciplinar enfermería, trabajo social y medicina (**18**).

Debido a ello, en este plan se propone realizar visitas domiciliarias de apoyo a adolescentes víctimas de ASI, cuyo objetivo y actividades a realizar son:

Tabla 5. Objetivo y actividades de los profesionales en las visitas a domicilio.

OBJETIVO DEL PROFESIONAL	ACTIVIDADES
Escuchar de forma empática para comprender con sinceridad la situación del paciente y trabajar de forma colaborativa a lo largo de varias visitas	Utilizarán los puntos fuertes personales para establecer la relación con el paciente.
	Establecerán un lugar agradable y tiempo para las visitas.

domiciliarias para identificar y elaborar soluciones	Emplearán el silencio para fomentar la expresión de pensamientos, sentimientos y preocupaciones del paciente.
---	---

Fuente: Adaptado de la bibliografía (17).

❖ PREVENCIÓN TERCIARIA

Mediante la prevención terciaria, se busca la remisión sintomatológica y la mejor adaptación de los adolescentes que han sido víctimas de ASI. Particularmente, respecto al abuso sexual, las estrategias de afrontamiento se relacionarían con las consecuencias que puede traer la agresión para la vida de la persona (19).

Para ello, el profesional de Enfermería tiene la capacidad de utilizar adecuadamente un abanico de intervenciones y actividades para proporcionar cuidados óptimos, por lo que, supone realizar valoraciones, procedimientos y técnicas con pleno conocimiento de causa (20).

En base a esto, él/la enfermera de AP creará un grupo de apoyo de 5 a 10 adolescentes víctimas de ASI para proporcionar apoyo emocional e información relacionada con la salud a sus miembros, en el que se llevarán a cabo, en general, las siguientes actividades por parte del profesional en relación al grupo (21):

Tabla 6. Actividades a llevar a cabo por el profesional de enfermería.

ACTIVIDADES
Fomentar la expresión y compartir el conocimiento de las experiencias.
Enfatizar en la importancia del afrontamiento activo.
Atender a las necesidades del grupo como un todo, así como a las necesidades de los miembros individuales.

Fuente: Adaptado de la bibliografía (21).

En dicho grupo, se realizarán 4 sesiones de 1 h cada una todos los miércoles del mes de Noviembre, y en cada una de ellas se tratarán las siguientes intervenciones y actividades:

Tabla 5. Intervenciones y actividades de enfermería.

SESIONES	ACTIVIDADES	OBJETIVO
APOYO EMOCIONAL	<ol style="list-style-type: none"> 1. Comentar la experiencia emocional con el paciente. 2. Animar al paciente a reconocer sentimientos tales como ansiedad, ira o tristeza. 	<p>Tras la sesión los adolescentes obtendrán seguridad y aceptación de sí mismos.</p>
CONTROL DEL ESTADO DE ÁNIMO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ayudar al paciente a identificar los aspectos de los factores precipitantes que se pueden o no cambiar. 2. Ayudar en la identificación de recursos disponibles y puntos fuertes o capacidades personales que puedan utilizarse en la modificación de los factores desencadenantes del estado de ánimo disfuncional. 	<p>En dicha sesión, las víctimas lograrán estabilidad, recuperación y mantenimiento de un buen estado de ánimo.</p>
FACILITAR LA EXPRESIÓN DEL SENTIMIENTO DE CULPA	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ayudar al paciente a entender que la culpa es una reacción común a un trauma o abuso. 2. Enseñar al paciente a utilizar técnicas de bloqueo del pensamiento y de sustitución del pensamiento, 	<p>Serán capaces de afrontar los sentimientos dolorosos de responsabilidad, real o percibida</p>

junto con la relajación muscular deliberada si aparecen sentimientos persistentes de culpa en la mente.

**POTENCIACIÓN
DE LA
AUTOCONCIENCIA**

1. Ayudar a identificar las situaciones que precipiten su ansiedad.
2. Explorar con el paciente la necesidad de control.

Serán capaces de comprender sus pensamientos, sentimientos, motivaciones y conductas

Fuente: Adaptado de la bibliografía (21).

➤ CRONOGRAMA

Tras la elaboración del cronograma, queda obligado explicar que la atención en consulta y las visitas domiciliarias se harán durante todo el tiempo de duración del Plan de Intervención, que sería a lo largo del año, ya que se trata de una atención continuada del paciente. Las sesiones informativas se realizarán cada semana en cada uno de los lugares elegidos, es decir, en el CS San Pablo, en el Colegio Santo Domingo y en el CTL La Caneleta respectivamente.

Tabla 7. Cronograma

FECHAS	OCTUBRE							NOVIEMBRE											
	16-22			23-29				6-12		13-19		20-26		27-30					
	L	M	X	J	V	L	M	X	J	V	M	X	J	M	X	J	M	X	J
ACTIVIDADES																			
PREPARACIÓN RECURSOS		Y																	
ENVÍO CARTAS Y COLOCACIÓN CARTELES				Y	Y														
CAPTACIÓN						Y	Y												
INSCRIPCIÓN GRUPOS								Y	Y										
SESIÓN INFORMATIVA PADRES/MADRES PROFESIONALES										Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y			
EVALUACIÓN DE LA SESIÓN ADULTOS											Y	Y	Y	Y	Y	Y			
SESIONES GRUPALES APOYO A ADOLESCENTES											Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y		
ATENCIÓN EN CONSULTA		Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
VISITAS DOMICILIARIAS	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
EVALUACIÓN PROGRAMA	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y

Fuente: Elaboración propia

❖ EVALUACIÓN

La evaluación de programas trata fundamentalmente de contrastar las actividades programadas con las actividades cumplidas (22).

Esta forma de evaluación por lo general se basa en la realización de una evaluación con indicadores de estructura, proceso y resultados (22).

Con los indicadores de estructura se busca medir la oferta básica del servicio que presta el programa, los más utilizados son los indicadores de accesibilidad y disponibilidad. Por otro lado, con los indicadores de proceso, se busca evaluar el funcionamiento y utilización del programa, siendo los más utilizados los que tienen que ver con las actividades del programa, la productividad, el uso, utilización y calidad del mismo. Y en cuanto a los indicadores de resultados, se busca conocer cuáles son los logros del programa y los indicadores más utilizados para ello son los de cobertura, eficiencia y eficacia (22).

Tabla 8. Indicadores de evaluación del programa de salud

INDICADORES PARA LA EVALUACIÓN DEL PROGRAMA			
Categoría	Estructura	Proceso	Resultado
Organización	<ul style="list-style-type: none">•Estabilidad organizacional•Procedimientos•Espacios físicos•Equipamiento	<ul style="list-style-type: none">•Desarrollo/modificación de políticas y procedimientos	<ul style="list-style-type: none">•Logro de objetivos para la mejora de resultados en el paciente•Logro de objetivos para condiciones específicas
Proveedor	<ul style="list-style-type: none">•Número y cualificación del personal	<ul style="list-style-type: none">•Actitudes hacia el programa•Conocimientos	<ul style="list-style-type: none">•Asistencia al programa educativo

	<ul style="list-style-type: none"> •Ratio personal/paciente •Roles 		<ul style="list-style-type: none"> •Adherencia al programa •Número de evaluaciones realizadas • Satisfacción del profesional
Paciente	<ul style="list-style-type: none"> •Características del paciente (demográficas/nivel de riesgo) •Implicación en toma de decisiones 	<ul style="list-style-type: none"> •Actitudes hacia el programa •Aceptación de la comunidad •Conocimiento de la comunidad 	<ul style="list-style-type: none"> •Resultados físicos, psicológicos, sociales • Satisfacción con la asistencia recibida • Acceso
Costes	<ul style="list-style-type: none"> • Costes de personal y recursos adicionales requeridos • Nuevo equipamiento 	<ul style="list-style-type: none"> •Costes de las estrategias de implementación • Educación del personal/pacientes 	<ul style="list-style-type: none"> •Número de intervenciones

Fuente: Adaptado de la bibliografía (23).

CONCLUSIONES

La atención a jóvenes víctimas de ASI y la ampliación de información a adultos sobre abuso sexual son tareas dedicadas a la Enfermería en Atención Primaria, por lo que resultaría útil poner en marcha un Plan de Intervención de Enfermería en la prevención del abuso sexual infantil.

En lo que respecta a la consulta de enfermería se puede ofrecer una atención integral a la salud afectivo-emocional de adolescentes, ya que permite valorar sus necesidades, evaluar comportamientos de riesgo, ayudar a incorporar estrategias para la mejora del autocuidado y la concienciación que tienen de sí mismos. Además, es indispensable incluir las visitas domiciliarias trabajando de forma interdisciplinar, en las que se puedan crear un ambiente más agradable y una buena relación profesional-paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Morillo B, Montero L, Colmenares Z. Conocimiento de los padres en la prevención del abuso sexual infantil. EG [Internet]. 2012 [citado 20 Feb 2017]; 11 (1). Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/143061/128301>
2. Vélez M. Evaluación de un Programa de Promoción de Conductas de Autoprotección para la Prevención del Abuso Sexual, Medellín, Colombia. Rev. Med. Risaralda [Internet]. 2015 [Citado 12 Marzo 2017]; 21 (1): 3-8. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5158123>
3. Cortes Arboleda MR, Cantón Duarte J, Cantón-Corté D. Naturaleza de los abusos sexuales a menores y consecuencias en la salud mental de las víctimas. Gaceta Sanitaria [Internet]; 2011 [citado 20 Feb 2017]; 25 (2): 157-165. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com.robles.unizar.es:9090/science/article/pii/S0213911110002943>
4. who.int [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; [20 Feb 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/es/>
5. Agustí C, Sabidó M, Guzmán K, Pedroza MI, Casabona J. Proyecto de atención integral a víctimas de violencia sexual en el departamento de Escuintla, Guatemala. Gac Sanit [Internet]. 2012 [Citado 7 Marzo 2017]; 26 (4): 376-378. Disponible en: <http://www.index-f.com.robles.unizar.es:9090/new/cuiden/extendida.php?cdid=680018>
6. González García F, Carrasco MA. Evaluación del perfil psicosocial en menores víctimas de abuso sexual: diferencias por sexo y edad. Revistapcna [Internet]. 2016 [Citado 23 Feb 2017]; 3 (2):87-98. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5590678>

7. Roberto Mebarak M, Luz Martínez M, Sánchez Herrera A, Eduardo Lozano J. Una revisión acerca de la sintomatología del abuso sexual infantil. *Psicología desde el Caribe* [Internet]. 2010[25 Feb 2017]; (25): 128-154. Disponible en: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/psicologia/article/viewFile/154/9285>
8. Acuña Allera MR, Andújar Parrasb A, Reguera de Castro D. Caso de abuso sexual e infección por virus herpes tipo 2 en Atención Primaria. *Rev Pediatr Aten Primaria* [Internet]. 2015 [Citado el 23 Feb 2017]; 17 (66). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322015000300014&lang=pt
9. Cantón-Cortés D, Cortés MR. Consecuencias del abuso sexual infantil: una revisión de las variables interviniéntes. *Anal. Psicol.* [Internet]. 2015 [Citado 24 Feb 2017]; 31 (2). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-97282015000200024&lang=pt
10. Sanmartín Esplugues J, Serrano Sarmiento A, García Esteve Y, Rodríguez Martín A, Martínez Sánchez P, Iborra Marmolejo I et al. *Maltrato Infantil en la familia en España* [Informe]. Ministerio de sanidad, política social e igualdad: 2011. Disponible en: http://www.observatoriodelainfancia.msssi.gob.es/productos/pdf/maltrato2011v4_total_100_acces.pdf
11. López S, Faro C, Lopetegui L, Pujol-Ribera E, Monteagudo M, Cobo J, Fernández MI et al. Impact of childhood sexual abuse on the sexual and affective relationships of adult women. *Gac Sanit* [Internet]. 2016 [Citado 7 Marzo 2017]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27641678>

12. Pereda Beltrán N. Actualización de las consecuencias físicas del abuso sexual infantil. Rev Pediatr Aten Primaria [Internet]. 2010 [Citado 28 Feb 2017]. 12(46). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1139-76322010000300010&script=sci_arttext&tlang=en
13. Alzate D. Propuesta de trabajo para la prevención del maltrato y el abuso sexual infantil. Cultura del Cuidado Enfermería [Internet]. 2009 [Citado 28 Feb 2017]; 6 (2): 46-56. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4021743>
14. Hornero Goicoechea P, Santos Náñez A, Molino Alonso C. Abuso sexual infantil: Manual para profesionales. Save The Children. Disponible en: https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/manual_abuso_sexual.pdf
15. Quinteros A, Conde Calvete I. Técnicas para la detección y evaluación de abusos sexuales en menores. Asociación Aspacia; 2011. Disponible en: http://www.mpfn.gob.pe/escuela/contenido/actividades/docs/3389_2_material_curso_abuso_sexual.pdf
16. Pérez García C, Manzano Felipe MA. La práctica clínica enfermera en el abordaje de la violencia de género. Cultura de los Cuidados [Internet]. 2014 [Citado 15 Marzo 2017]; (40): 107-115. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4917981>
17. Herdman TH, Heath C, Lunney M, Scroggins L, Vassallo B. NANDA Internacional: Diagnósticos enfermeros, definiciones y clasificación. Barcelona: Elsevier; 2010.
18. Instituto madrileño del menor y la familia. Atención de enfermería al maltrato infantil. 12º ed. Madrid: 2001.

19. Capella C, Gutiérrez C. Psicoterapia con niños/as que han sido víctimas de agresiones sexuales: Sobre la reparación, la significación y la superación. *Psicoperspectivas* [Internet]. 2014 [Citado 17 Marzo 2017]; 13(3). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-69242014000300009&script=sci_arttext&tlang=en
20. Cabrera Gómez G. Valoración del éxito de la educación afectivo-sexual en adolescentes [Tesis doctoral]. 2015 [Citado 23 Marzo 2017]. Disponible en: <http://eprints.ucm.es/40282/1/T38061.pdf>
21. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 6^a ed. Barcelona: Elsevier; 2013.
22. Naranjo M. Evaluación de programas de salud. Comunidad salud [Internet]. 2006 [Citado 26 Abril 2017]; 4 (2): 34-37. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-32932006000200005
23. Gracia J, Orrego C, Blasco JA. Implementación de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y política social. 2009 [Citado 26 Abril 2017]. Disponible en: <http://www.guiasalud.es/emanuales/implementacion/apartado05/evaluacion.html>

ANEXOS

ANEXO 1. Cartel sesiones informativas.



Fuente: Elaboración propia.

ANEXO 2. Carta de bienvenida.

Buenos días,

Nos gustaría que asistiera a nuestro Programa de Intervención de Enfermería cuyo tema principal va dedicado al Abuso Sexual Infantil.

Nuestro principal objetivo es que todos los que asistan amplíen su información sobre el tema y tratar las creencias falsas que se tienen respecto al Abuso Sexual, para así, concienciar acerca de los problemas que puede provocar ser víctima de dichos abusos.

Para ello vamos a contar con la colaboración de profesional sanitario, en particular, con profesionales de enfermería.

Por último, agradecerles que formen parte del Programa.

Un saludo.

Fuente: Elaboración Propia

ANEXO 3. Cuestionario de satisfacción.

Recuerde que el cuestionario es anónimo. Se entenderá como 5 el mayor grado de satisfacción y 1 el menor.

UTILIDAD					
Se han cubierto los objetivos y expectativas que tenía en relación al programa	1	2	3	4	5
Los contenidos desarrollados durante el programa han resultado útiles	1	2	3	4	5
Las conclusiones o resultados obtenidos en el programa son de aplicabilidad directa en mi vida cotidiana.	1	2	3	4	5
¿Ha adquirido más confianza a la hora de afrontar este problema?	SI		NO		
METODOLOGÍA					
La metodología didáctica empleada por la docente ha sido adecuada para el desarrollo óptimo del programa	1	2	3	4	5
La duración de las sesiones ha sido la adecuada	SI		NO		
DOCENTE					
En general, estoy satisfecho con la participación de la persona que ha intervenido como docente	1	2	3	4	5
La docente ha transmitido y expresado adecuadamente las ideas y contenidos	1	2	3	4	5
La docente ha mostrado tener dominio de los contenidos que ha expuesto	1	2	3	4	5
La docente ha logrado implicar a los participantes en el desarrollo del programa	1	2	3	4	5
SATISFACCIÓN					
En general, estoy satisfecho con el programa	1	2	3	4	5

Fuente: Observatorio para la Calidad de la Formación en Salud.

Cuestionario de satisfacción del participante en sesiones. [20 Marzo 2013; 28 Abril 2017]. Disponible en:

http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/formacionsalud/export/sites/default/galerias/aportesDocumentos/pildora/Cuestionario_satisfaccion_participante_sesiones_clinicas_cuidados.pdf

ANEXO 4. Cuestionario para la evaluación de conocimientos.

1. Según su opinión, los hechos de violencia sexual suceden:

	Muy frecue nte	Frecu ente	Con poca frecue ncia	Nunca	No sabe	No conte sta
En la calle o en lugares públicos						
En los lugares de estudio y trabajo						
En la propia casa						

2. Según su opinión, las agresiones sexuales son realizadas por:

	Muy frecue nte	Frecu ente	Con poca frecue ncia	Nunca	No sabe	No conte sta
Parientes de la víctima						
Personas conocidas de la víctima						
Personas desconocidas para la víctima						

3. ¿Cuáles de estos hechos calificaría como actos de violencia sexual contra niñas/os?

	SÍ	NO	NO SABE	NO CONTESTA
Tener relaciones sexuales (coito), sin su consentimiento o usando la fuerza				
Realizar otras actividades sexuales sin su consentimiento o usando la fuerza				
Presionarle, a través de amenazas, a tener relaciones o actividades sexuales				
Convencerle de tener relaciones sexuales (coito)				
Convencerle de realizar otras actividades sexuales				

4. A su manera de ver, con qué frecuencia sufren violencia sexual:

	Muy frecuente	Frecuente	Con poca frecuencia	Nunca	No sabe	No contesta
Mujeres adultas						
Hombres adultos						
Mujeres jóvenes						
Hombres jóvenes						
Niños						
Niñas						
Anciano/Anciana						

5. La mayoría de los casos de violencia sexual se da entre:
 - a. La gente adinerada.
 - b. Gente de clase media, que vive pero no es rica.
 - c. Gente pobre.
 - d. Se da en todos por igual.
 - e. No sabe/no contesta.
6. Considera que la violencia sexual se da con más frecuencia en:
 - a. Las ciudades/zonas urbanas.
 - b. El campo/zonas rurales.
 - c. Por igual en ambos.
 - d. No sabe/No contesta.

Fuente: Soto C, González M, Elías M. Encuesta nacional sobre violencia doméstica e intafamiliar. 2003 [Citado 23 Marzo 2017]. Disponible en: <http://biblioteca.clacso.edu.ar/ar/libros/paraguay/cde/areamujer/violencia/introduccion.pdf>

ANEXO 5. Falsas creencias sobre el abuso sexual.

FALSO	VERDADERO
Los abusos sexuales son poco frecuentes.	En torno a un 23% de niñas y un 15% de niños son víctimas de abusos.
Sólo son frecuentes en las niñas.	El 40% de las víctimas de abuso sexual son niños.
Quienes los cometan están locos, son personas conflictivas y extrañas o han sufrido abusos en su infancia.	Los abusadores son personas con apariencia normal, de estilo convencional, inteligencia media y no psicóticos, siendo imposible detectar una tendencia desviada a simple vista.
Sólo se dan en determinadas clases sociales.	El abuso sexual puede darse en cualquier nivel socioeconómico o cultural, aunque se detecta con más frecuencia en ambientes socio-culturales bajos.
Los niños no dicen la verdad.	Los niños no suelen mentir cuando realizan una denuncia de abuso sexual. Según señalan diferentes estudios, sólo el 7% de las declaraciones resultan ser falsas.
Los menores son responsables de los abusos.	La responsabilidad única de los abusos es del agresor.
Los menores pueden evitarlo.	Los niños pueden aprender a evitarlo, pero generalmente cuando les sucede les coge por sorpresa, les engañan o amenazan y no saben reaccionar adecuadamente.
Si ocurriera a un niño cercano nos enteraríamos.	Solo un 2% de los casos de abuso sexual familiar se conocen al tiempo

	en que ocurren.
Los agresores frecuentemente son personas ajena al entorno del menor.	Los agresores pueden ser tanto familiares o conocidos de la víctima como personas desconocidas aunque predomina el primer grupo.
Los abusos van acompañados de violencia física.	Sólo un 10% de los casos los abusos vienen asociados a la violencia física.
Los efectos son casi siempre muy graves.	Un 70% de las víctimas presentan un cuadro clínico a corto plazo y un 30% a largo plazo. No obstante, la gravedad de los efectos dependen de muchos factores y, en ocasiones, algunos actúan como amortiguadores del impacto.
En la actualidad se producen con mayor frecuencia.	Ahora se conocen mejor, antes no se estudiaban ni se denunciaban.
Un comportamiento hipersexuado es siempre indicio de la existencia de abuso.	En ocasiones este comportamiento se da porque el menor presencia escenas sexuales protagonizadas por sus adultos de referencia. También se presenta como forma de demanda de atención o como compensación de carencias afectivas.

Fuente: Quinteros A, Conde Calvete I. Técnicas para la detección y evaluación de abusos sexuales en menores. Asociación Aspacia; 2011. Disponible en:
http://www.mpfn.gob.pe/escuela/contenido/actividades/docs/3389_2._material_curso_abuso_sexual.pdf