



DOI: 10.26820/reciamuc/6.(4).octubre.2022.114-128

URL: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/975>

EDITORIAL: Saberes del Conocimiento

REVISTA: RECIAMUC

ISSN: 2588-0748

TIPO DE INVESTIGACIÓN: Artículo de revisión

CÓDIGO UNESCO: 32 Ciencias Médicas

PAGINAS: 114-128






Claves para el diagnóstico y manejo de femicidio en el primer nivel de atención

Keys to the diagnosis and management of femicide at the first level of care

Chaves para o diagnóstico e gestão do femicídio no primeiro nível de cuidados

Gladys Monserrath Cepeda Inca¹; Rita Del Carmen Bedoya Vaca²; Héctor Eduardo Cepeda Inca³

RECIBIDO: 20/05/2022 **ACEPTADO:** 20/10/2022 **PUBLICADO:** 30/11/2022

1. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria; Doctor en Medicina y Cirugía; Universidad Central del Ecuador; Quito, Ecuador; gmcepedai@uce.edu.ec;  <https://orcid.org/0000-0002-9918-3403>
2. Maestra en Ciencias Sociales con Mención en Género y Desarrollo; Doctora Dentro del Programa de Pediatría, Obstetricia y Ginecología, Medicina Preventiva y Salud Pública; Diploma de Entrenamiento en la Especialidad de Medicina Familiar; Doctor en Medicina y Cirugía; Universidad Central del Ecuador; Quito, Ecuador; rita.bedoya@uce.edu.ec;  <https://orcid.org/0000-0002-3659-861X>
3. Especialista en Rehabilitación Oral; Doctorado en Ciencias en el Programa: Odontología, Área de Concentración: Dentística; Doctor en Odontología; Universidad Central del Ecuador; Quito, Ecuador; hecepeda@uce.edu.ec;  <https://orcid.org/0000-0003-0567-6096>

CORRESPONDENCIA

Gladys Monserrath Cepeda Inca

gmcepedai@uce.edu.ec

Quito, Ecuador

RESUMEN

Introducción: Muchas de las mujeres víctimas de femicidio utilizan los servicios de salud un tiempo antes de ser asesinadas por su victimario. Según la Organización Mundial de la Salud, este fenómeno suele ser consecuencia de acontecimientos previos que requieren estrategias de intervención para reducir esta problemática de salud pública.

Objetivo: Determinar los factores que influyen en el diagnóstico de la violencia y riesgo de femicidio, para contribuir a la formación continua de los profesionales de la salud del primer nivel de atención.

Métodos: Revisión bibliográfica exhaustiva con base en los criterios definidos en artículos publicados en el periodo comprendido entre 2016 y 2020. Se utilizaron bases de datos como PubMed, Tripdatabase, Cochrane, Elsevier y Google Scholar. Se analizó el diagnóstico y manejo de la violencia de género como riesgo de feminicidio enfocado en el primer nivel de atención.

Resultados: Se encontraron 25 artículos de los cuales se seleccionaron 19. Estos se agruparon en 3 categorías: falta de conocimiento en la detección de violencia de género por parte del personal de salud; factores psicológicos y percepción del personal de salud; y, problemas estructurales del sistema de salud.

Conclusiones: Los factores determinantes en el diagnóstico de la violencia y riesgo de femicidio en el primer nivel de atención son: falta de conocimiento por parte del personal de salud, factores psicológicos y de percepción del personal sanitario sobre violencia basada en el género y factores asociados a problemas estructurales del sistema de salud.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud, Salud Pública, Violencia Contra la Mujer, Violencia de Género, Diagnóstico de la Situación de Salud en Grupos Específicos, Proveedores de Atención de Salud.

ABSTRACT

Introduction: Many of the women victims of femicide use health services some time before being killed by their perpetrator. According to the World Health Organization, this phenomenon is usually a consequence of previous events that require intervention strategies to reduce this public health problem.

Objective: To determine the factors that influence the diagnosis of violence and risk of femicide, to contribute to the continuing education of health professionals at the first level of care.

Methods: Exhaustive literature review based on the criteria defined in articles published in the period between 2016 and 2020. Databases such as PubMed, Tripdatabase, Cochrane, Elsevier and Google Scholar were used. The diagnosis and management of gender violence as a risk of femicide focused on the first level of care was analyzed.

Results: 25 articles were found, of which 19 were selected. These were grouped into 3 categories: lack of knowledge in the detection of gender violence by health personnel; psychological factors and perception of health personnel; and structural problems of the health system.

Conclusions: The determining factors in the diagnosis of violence and risk of femicide at the first level of care are: lack of knowledge on the part of health personnel, psychological factors, and perception of health personnel on gender-based violence (GBV), and factors associated with structural problems of the health system.

Keywords: Primary Health Care, Public Health, Violence Against Woman, Gender Violence, Diagnosis of the Health Situation in Specific Groups, Health Care Providers.

RESUMO

Introdução: Muitas das mulheres vítimas de femicídio utilizam os serviços de saúde algum tempo antes de serem mortas pelo seu agressor. Segundo a Organização Mundial de Saúde, este fenómeno é geralmente uma consequência de eventos anteriores que requerem estratégias de intervenção para reduzir este problema de saúde pública.

Objetivo: Determinar os factores que influenciam o diagnóstico da violência e do risco de femicídio, contribuir para a educação contínua dos profissionais de saúde no primeiro nível de cuidados.

Métodos: Revisão exaustiva da literatura com base nos critérios definidos em artigos publicados no período entre 2016 e 2020. Foram utilizadas bases de dados tais como PubMed, Tripdatabase, Cochrane, Elsevier e Google Scholar. Foi analisado o diagnóstico e a gestão da violência de género como risco de femicídio, centrado no primeiro nível de cuidados.

Resultados: Foram encontrados 25 artigos, dos quais 19 foram seleccionados. Estes foram agrupados em 3 categorias: falta de conhecimento na detecção da violência de género pelo pessoal de saúde; factores psicológicos e percepção do pessoal de saúde; e problemas estruturais do sistema de saúde.

Conclusões: Os factores determinantes no diagnóstico de violência e risco de femicídio no primeiro nível de cuidados são: falta de conhecimento por parte do pessoal de saúde, factores psicológicos, e percepção do pessoal de saúde sobre violência baseada no género (VBG), e factores associados a problemas estruturais do sistema de saúde.

Palavras-chave: Cuidados de Saúde Primários, Saúde Pública, Violência contra a Mulher, Violência de Género, Diagnóstico da Situação de Saúde em Grupos Específicos, Prestadores de Cuidados de Saúde.

Introducción

Diferentes instituciones, a escala internacional, se han pronunciado al respecto de la violencia contra la mujer. En 1993, la Asamblea de las Naciones Unidas afirmó que la violencia contra la mujer es una violación de los derechos humanos y la definió como:

“todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultados un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se produce en la vida pública como privada.”(1)

A su vez, la OMS define el femicidio como el asesinato intencional de una mujer, por el hecho de ser mujer (niña o mujer), que presenta acontecimientos previos que requieren de estrategias de intervención para reducir este problema de salud pública, en el que el agresor, en muchos casos, es un familiar cercano o su pareja.

De acuerdo a lo señalado por la OPS(2) muchas de las mujeres víctimas de femicidio utilizan los servicios de salud un tiempo antes de ser asesinadas por su victimario, en esta misma línea Rivadeneira(3) menciona que generalmente las víctimas no reconocen una situación de violencia; y acuden a los servicios de salud en el momento en que tienen algún problema físico o alguna condición amenazante para su vida; pero, en la mayoría de casos el personal de salud se limita a realizar las curaciones o referir al especialista. Gil Aparicio (4) indica que el diagnóstico de maltrato por parte de los profesionales de la salud es bajo, registrado en un 22,9%, sobre todo si se toma en cuenta a las mujeres que acuden a los servicios de atención primaria (SAP), urgencias, obstétricas y ginecológicas. “Las mujeres víctimas de malos tratos acuden durante años a los centros de salud, antes de reconocer y consultar por violencia”.(4)

Los estudios enfocados al feminicidio dan cuenta de que los servicios de salud muchas veces son la única puerta de entrada para las mujeres que viven situaciones de maltrato y, que por diversos motivos ocultan su situación y acuden a la consulta con otras dolencias. Sin embargo, el sistema de salud ha tenido una limitada respuesta ante la problemática de este tipo de violencia. (3) Según el estudio realizado en Asturias España en 590 profesionales de salud, las actitudes sexistas hostiles se asocian con menor abordaje, aceptación e implicación en casos de violencia intrafamiliar (VIF); mientras que, las actitudes benevolentes se asocian con asignación a la mujer de una imagen estereotipada en la que se justifica la violencia en su contra. Por otra parte, no solo la formación en el tema de maltrato influye en la infra detección de casos, sino que participan otros factores como el burnout de los profesionales de salud y temor a represalias del agresor.(5)

Ante este panorama, la OPS menciona que es necesario contar con la cooperación integral del personal médico para recoger datos e informar sobre un posible caso de violencia, así como una adecuada capacitación y sensibilización del personal sanitario para identificar los signos de agresiones infligidas por el victimario y el potencial riesgo de femicidio. Según esta misma organización, en Estados Unidos se han creado varias herramientas de evaluación para detectar riesgos como la “Escala de evaluación del peligro, (Anexo1) que evalúa específicamente la posibilidad de que una mujer que busca atención de salud por la violencia infligida por la pareja sea posteriormente asesinada.”(2)

La mayoría de las organizaciones médicas recomiendan el cribado rutinario de violencia de género; no obstante, se han identificado dificultades para abordar este problema y se evidencia la necesidad de que, los profesionales sanitarios adquieran conocimientos, sensibilidad, capacitación, motivación y compromiso suficiente para atender a

las víctimas.(6) Varios estudios revelan que el primer nivel de atención es un lugar propicio, no solo para brindar primeros auxilios, sino también para la detección del problema, dada su accesibilidad, convirtiendo a los médicos y otros profesionales de la salud en fuentes potenciales de apoyo.(7)

La presente revisión bibliográfica tiene como objetivo determinar los factores que influyen en el diagnóstico de la violencia y riesgo de femicidio, para contribuir a la formación continua de los profesionales de la salud del primer nivel de atención y así asistir adecuadamente a las víctimas.

Además, resulta importante mencionar que hace falta ir más allá de formular leyes, protocolos y estrategias para atender a las víctimas de violencia. Es indispensable dotar de herramientas y conocimientos útiles a los profesionales de salud para que sean capaces de abordar los factores que influyen en el diagnóstico de la violencia y riesgo de femicidio e intervenir en el primer nivel de atención. En este sentido, otro de los propósitos de este documento es aportar información importante a los lectores académicos encargados de la formación de profesionales en el primer nivel de salud y a los tomadores de decisiones, para que puedan facilitar la formación del personal que labora en los servicios de primer nivel.

Métodos

Se realizó una revisión bibliográfica exhaustiva, de los artículos publicados en los últimos 5 años comprendido entre el 2016 y el 2020. Para esto se utilizó como fuentes primarias, la base de datos PubMed, Tripdatabase, Cochrane, Elsevier y Google Scholar. Se exploró opciones con los términos: ("femicidio"[MeSH Terms] OR femicide [Text Word]) OR (("violencia contra la mujer"[MeSH Terms] OR violence [Text Word]) AND ("Primer nivel de atención"[MeSH Terms] OR first leve lof atention [Text Word])) OR (("salud pública"[MeSH Terms] OR public health[Text Word]), tanto en idioma español, inglés y portugués, tomando en consideración los criterios de inclusión y exclusión detallados en la Tabla 1.

Se encontraron 25 artículos de los cuales se analizaron 19 y se agrupó los resultados en 3 categorías: falta de conocimiento en la detección de violencia de género por parte del personal de salud; factores psicológicos y percepción del personal de salud; y, problemas estructurales del sistema de salud Tabla 2.

Tabla 1. Criterios de Inclusión y Exclusión para la revisión de la literatura

	CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
Población	Personal de salud del primer nivel de atención	Otro tipo de personal
Diseño Metodológico	Estudios cuantitativos y cualitativos	Estudios especulativos y que carezcan de rigor científico
Idiomas	Inglés, español y portugués	Otros
Rango Temporal	5 años (2016-2020)	Más de 5 años
Tipo de Publicación	Artículos académicos de revistas científicas, literatura gris	Guías, informes, boletines



Resultados

Tabla 2. Resumen de resultados

FALTA DE CONOCIMIENTO POR PARTE DEL PERSONAL DE SALUD		
Autor(año)/Título	País	Principales Hallazgos
Puecas-Sánchez et al. /2018. Violencia de género: Un tema pendiente en la formación del profesional de salud en atención primaria. ⁽⁷⁾	Perú	- La detección y reconocimiento de víctimas de Violencia de Género (VG) es deficiente por parte del personal de salud. Las instituciones formadoras son las que deberían enfocarse en mejorar la capacitación del personal de salud en VG para promover su detección y reconocimiento en el sistema de salud.
Valdés Sánchez, C. A., García Fernández, C., & Sierra Díaz, Á. (2016). Violencia de género: Conocimientos y actitudes de las enfermeras en atención primaria. ⁽⁸⁾	España	-La falta de confianza del profesional para abordar el problema de la VG implica que: a menor autopercepción de conocimiento sobre VG, menor aplicabilidad de protocolo y de diagnóstico diferencial, lo que representa un obstáculo para una respuesta sanitaria eficaz, relacionado con la falta de formación al respecto.
Machado, M., Rodrigues, L., Sorte, E., Silva, J., Silva, D., & Oliveira, J. (2017). Perception of health professionals about violence against women: a descriptive study. ⁽⁹⁾	Brasil	-Por una parte, los profesionales de salud, conocen el concepto de violencia, pero a su vez tienen dificultad en la derivación y el manejo de estos casos, lo cual incluye la denuncia, notificación y leyes al respecto. -Se señala la necesidad de una educación permanente sobre este tema, que comprometa a los profesionales de la salud en un manejo de los casos desde una perspectiva interdisciplinaria e intersectorial.

<p>Segura Vera, M., & Stranieri, M. (2016). Formación del personal de salud para el abordaje de la violencia de género en Venezuela.⁽¹⁰⁾</p>	<p>Venezuela</p>	<p>-El personal sanitario está capacitado para curar lo inmediato; sin embargo, puede presentar deficiencias para detectar y abordar los casos de violencia de género. Por falta de formación en el tema que produce inseguridad y miedo a atender estos casos. El equipo tiene dificultades para reconocer que, si una mujer busca ayuda, en la mayoría de ocasiones, es porque sus lesiones son graves y necesita una intervención inmediata y oportuna que incluye no solo la valoración física, si no el abordaje íntegro incluida la notificación y denuncia.</p>
<p>Saliba Garbin, C. A., Wakayama, B., Moreira Arcieri, R., Mendes de Paula, A., & Ispier Garbin, A. J. (2017). La violencia intrafamiliar y los procesos notificadorios bajo la óptica del profesional de salud pública.⁽¹¹⁾</p>	<p>Brasil</p>	<p>- Existe dificultad en los profesionales de salud para actuar ante casos de violencia intrafamiliar por el desconocimiento del proceso de notificación. Por lo que resulta necesario mejorar la formación profesional del personal de salud pública para un correcto diagnóstico e intervención mediante acciones oportunas en estos casos de Violencia Intra Familiar (VIF), sin subestimar y dejar de averiguar las causas de la agresión, habilidades desarrolladas mediante la experiencia profesional, los cursos de posgrado que brindan mayores oportunidades de notificación de los casos por un presunto conocimiento al respecto y de la legislación vigente.</p>

<p>Souza, A. A. C. de, & Cintra, R. B. (2018). Conflictos éticos y limitaciones de la atención médica a las mujeres víctimas de violencia de género.⁽¹²⁾</p>	<p>Brasil</p>	<p>- Un limitante para la intervención en la violencia contra la mujer es la formación de los profesionales de salud, tomando en cuenta que muchas mujeres no se quejan directamente de episodios de violencia, pero buscan atención médica que puede no ser detectada y por ende favorece la perpetuación del ciclo de agresiones. Por otra parte, existen conflictos morales y éticos que culpabiliza a la víctima a tal punto que se puede asumir como una justificación y a su vez ocasiona que se asuma como algo natural sin tomar en cuenta que viola los principios de autonomía y justicia.</p>
<p>Murillo, P., San Sebastián, M., Vives-Cases, C., Goicolea, I., Murillo, P., San Sebastián, M., Vives-Cases, C., & Goicolea, I. (2018). Factores asociados a la respuesta a la violencia del compañero íntimo en atención primaria de salud en España.⁽¹³⁾</p>	<p>España</p>	<p>-Existe una relación directa entre la capacitación y formación en protocolos de actuación al respecto y una mejor respuesta a las víctimas de violencia. Por el contrario, la desinformación puede conllevar a una tendencia a considerar que la violencia es una situación poco frecuente, desestimando la magnitud del problema.</p>
<p>Diaz , N., Fernández , L., Fernández, R. I., Rubio , J., & Santos, M. I. (2017). Conocimientos, opiniones y creencias de los profesionales de Atención Primaria en relación a la violencia de género. <i>Enfermería Comunitaria</i>, 35-49.⁽¹⁴⁾</p>	<p>España</p>	<p>- Los profesionales están poco preparados y se sienten inseguros, por lo que resulta importante su formación para identificar nuevos casos. No obstante, influyen otros aspectos sociodemográficos del profesional. En el caso de enfrentar esta situación refirieron estos casos al trabajador social o a otros servicios de policía o guardia civil. Por lo que resulta necesario la difusión de protocolos de actuación de apoyo a las víctimas de violencia.</p>

FACTORES PSICOLÓGICOS Y DE PERCEPCIÓN DEL PERSONAL SANITARIO		
<p>Paredes, E. D. P., Alvarado, C., Martina, M., & Lazo, C. (2016). Invisibilidad de la violencia de género por el personal de salud en el primer nivel de atención. <i>Revista Portales Médicos</i>.⁽¹⁵⁾</p>	<p>Perú</p>	<p>-Resulta para la mujer difícil hablar sobre la violencia que puede enfrentar como barreras a nivel cultural y psicológico, en ocasiones son los profesionales sanitarios las primeras personas fuera del núcleo familiar con quienes comparten su situación. A pesar de existir otros obstáculos por parte del personal sanitario como prejuicios, un tiempo reducido en la consulta, falta de formación desde el nivel universitario que imposibilitan una sensibilización frente a esta problemática y un abordaje colateral.</p>
<p>McCauley, M., Head, J., Lambert, J., Zafar, S., & van den Broek, N. (2017). Keeping family matters behind closed doors”: healthcare providers’ perceptions and experiences of identifying and managing domestic violence during and after pregnancy.⁽¹⁶⁾</p>	<p>Pakistán</p>	<p>- A pesar de tener conocimiento en violencia basada en género no se realiza su detección en forma rutinaria. Generalmente, el maltrato se percibe como un "problema familiar", poco abordado por los profesionales sanitarios y considerado un tema tabú y con predominio en zonas rurales y pobres. Además, otro factor que influye es la falta de tiempo en la atención y la preocupación ante represarías de la familia de la víctima, acompañado de inefectivas derivaciones para un adecuado seguimiento que incorpore programas en toda la familia.</p>

<p>Procentese, F., Di Napoli, I., Tuccillo, F., Chiurazzi, A., & Arcidiacono, C. (2019). Healthcare Professionals' Perceptions and Concerns towards Domestic Violence during Pregnancy in Southern Italy.⁽¹⁷⁾</p>	<p>Italia</p>	<p>- La violencia doméstica puede no ser considerada un asunto de interés para el servicio de salud. Lo que llevaría al personal obstetra y sanitario a tener una actitud negativa en cuanto a incluir estrategias de detección que involucran nuevos informes tomando en cuenta un tiempo insuficiente para la atención a la paciente, acompañado de espacios no adecuados para su intervención. Ante lo cual resulta necesario formar y sensibilizar al personal sanitario facilitando el apoyo interinstitucional.</p>
<p>Goicolea , I., Marchal, B., Hurtig, A. K., Vives, C., Briones , E., & San-Sebastián, M. (2017). Why do certain primary health care teams respond better to intimate partner violence than others? A multiple case study. <i>Gac Sanit</i>, 169-176.⁽¹⁸⁾</p>	<p>España</p>	<p>-Los equipos con mejor respuesta a la violencia de pareja fueron aquellos que incluyen trabajadoras sociales comprometidas con el tema, aquellos que mantienen reuniones de trabajo regulares al respecto, promueven un buen ambiente de trabajo y desarrollan acciones concretas para ofrecer una atención centrada en las mujeres. Es fundamental que los profesionales de la salud consideren a este como un tema importante, que no sea minimizado por procesos de atención de rutina que desalientan la atención centrada en la mujer.</p>
<p>Pascual, M. I. (2017). Conocimientos de los profesionales sanitarios sobre la violencia que sufren las mujeres a manos de sus parejas. <i>Revista de Investigación y Educación en Ciencias de la Salud</i>.⁽¹⁹⁾</p>	<p>México</p>	<p>-En cuanto al personal sanitario, las doctoras y enfermeras tienen mayor conocimiento sobre violencia de género que el personal de salud masculino. Por otra parte, a mayor edad se observa menor conocimiento sobre violencia de género, estos son aspectos importantes tomando en cuenta que los profesionales de la salud son el primer recurso que utilizan las mujeres para solucionar esta problemática. Así se hace imprescindible la formación y sensibilizar al respecto, considerando que puede afectar a otras personas como los hijos e hijas también afectados de esta situación.</p>

FACTORES ASOCIADOS A PROBLEMAS ESTRUCTURALES DEL SISTEMA DE SALUD		
<p>Goicolea, I., Mosquera, P., Briones-Vozmediano, E., Otero-García, L., García-Quinto, M., & Vives-Cases, C. (2017). Primary health care attributes and responses to intimate partner violence in Spain.⁽²⁰⁾</p>	<p>España</p>	<p>-El enfoque de los servicios de atención primaria (SAP) involucra una atención centrada en la persona, así como otros atributos que facilitan la detección de la violencia de pareja y una mejor respuesta al problema. No obstante, el sistema sanitario español actualmente presenta dificultades como falta de personal, inadecuada distribución del personal y de recursos, escasa evaluación y retroalimentación, falta de formación, esto produce un distanciamiento del enfoque real de los SAP y una brecha entre lo que se espera del personal de salud (planes, protocolos, políticas, etc.) y lo que en la realidad pueden realizar debido a su trabajo real.</p>
<p>Vecina, O. A., Miravalls, P. T., & Poveda, R. C. (2019). Percepción de la violencia de género como problema de salud por parte del personal sanitario del servicio de urgencias.⁽²¹⁾</p>	<p>España</p>	<p>- El personal de salud menciona a la violencia como un problema actual y de todos a diferencia de estudios anteriores que no lo consideraban un problema de salud. A pesar de esto, se presentan limitaciones para su prevención primaria y secundaria como la falta de formación respecto al tema, ausencia de protocolos para su intervención falta de tiempo, alta presión por el sistema de salud, que impiden una intervención intersectorial y su monitorización permanente.</p>
<p>Baides Noriega, R. (2018). Violencia de Género: Papel de Enfermería en la Prevención Secundaria desde Atención Primaria.⁽²²⁾</p>	<p>España</p>	<p>-En la atención primaria, el servicio de enfermería tiene un papel importante en la prevención secundaria de los casos de violencia, tomando en cuenta la relación con el usuario externo que se puede desarrollar basado en la confianza, accesibilidad y contacto durante el ciclo vital, que permite realizar técnicas de entrevista y aplicar cuestionarios para detectar precozmente los casos de violencia. Sin embargo, se necesita mejorar la formación de los profesionales sanitarios y contemplar una coordinación de las diferentes instituciones involucradas tanto en el ámbito judicial, social y sanitario.</p>

<p>Autiero, M., Procentese, F., Carnevale, S., Arcidiacono, C., & Di Napoli, I. (2020). <i>Combatting Intimate Partner Violence: Representations of Social and Healthcare Personnel Working with Gender-Based Violence Interventions.</i>⁽²³⁾</p>	<p>Italia</p>	<p>-Hay una falta de protocolos específicos y estandarizados que brinden una red eficaz de servicios articulados entre sí, que traten de manera integral los diferentes casos de violencia. A esto se suma la falta de conocimientos en el personal de salud al respecto, que puede ocasionar que se ponga del lado del victimario y no de las víctimas, lo que podría producir nuevamente un hecho de violencia.</p>
<p>Vives-Cases, C., Mirralles, J. J., San-Sebastián, M., & Goicolea, I. (2017). Detención de violencia de compañero íntimo en atención primaria de salud y sus factores asociados. <i>Elsevier</i>, 410-415.⁽²⁴⁾</p>	<p>España</p>	<p>- La violencia del compañero íntimo (VCI) contra la mujer involucra daño físico, sexual o psicológico. La aplicación de preguntas sobre VCI para su detección aumenta según la formación del profesional y la implementación de protocolos de manejo que permite buenas respuestas frente a estos casos. Se recomienda una intervención integral y multidisciplinaria para mejorar el estado de salud de la víctima incluida su ansiedad.</p>
<p>Halah, M. E., & Phyllis, S. (2017). Risk Factors for Spousal Physical Violence Against Women in Saudi Arabia. <i>Journal of Interpersonal Violence</i>, 1-25.⁽²⁵⁾</p>	<p>Arabia Saudita</p>	<p>-La sub-notificación por parte de los proveedores de salud en los centros de salud de casos de violencia conyugal, incluidas sus diversas lesiones, requiere de la implementación de políticas de la OMS, con un enfoque multisectorial en el que se tome en cuenta la formación de los proveedores de salud, las características de las mujeres incluyendo su necesidad de autonomía financiera de cónyuges violentos y con la participación de los hombres en los programas de intervención y prevención.</p>

En los 19 artículos analizados se hizo alusión sobre los conflictos que implica para el personal de salud la detección, manejo y derivación de los casos de violencia basada en el género (VBG). La mayoría de los artículos concuerdan en que existen dificultades generalizadas sobre la forma en que el

personal de salud ha manejado el tema. Con base en la información revisada, los factores principales relacionados a la violencia de género se pueden agrupar en tres tópicos.

1. Falta de conocimiento por parte del personal de salud: 8 artículos.

(7,9,10,12,16,17,18,24)

2. Factores psicológicos y de percepción del personal sanitario VBG: 5 artículos. (11,19,20,23,25)
3. Factores asociados a problemas estructurales del sistema de salud: 6 artículos. (8,13,14,15,17,21,22)

Discusión

El rol del personal de salud sobre la VBG resulta crucial.(22) Varias investigaciones manifiestan que los profesionales de la salud juegan un papel importante y de gran trascendencia, ya que en muchos casos son las primeras personas, fuera del entorno familiar, al que acude la mujer víctima de VBG. Sin embargo, los niveles de detección de violencia doméstica en los establecimientos de salud, aún son muy bajos o ineficientes. (10,11,16) De hecho, tal como lo ponen de manifiesta Segura Vera y cols.,(10) cuando las agresiones a las víctimas de VBG llegan a una fase aguda, en escasas situaciones busca ayuda, excepto si las lesiones son considerables o necesitan una atención inmediata, en la mayoría de las ocasiones acuden por otros motivos, por reiteradas ocasiones, sin mencionar el problema real.

Es en estos momentos cuando el personal sanitario debería estar capacitado para percibir síntomas más allá de los físicos, tomando en cuenta los antecedentes y el entorno que rodea a la víctima de VBG, para de esta manera brindar una atención adecuada que incluye los procedimientos de denuncia, que para estos casos deberían ser obligatorios. (11) En ese sentido Murillo et al.,(13) determinaron una asociación estadísticamente significativa entre un mayor grado de conocimiento sobre VBG y una mejor respuesta por parte del personal de salud. En similar medida se posiciona el estudio de Rodríguez-Blanes,(24) que sugiere realizar preguntas guía al respecto a todas las mujeres atendidas en los centros de salud y así aumentar la identificación de víctimas de violencia.

Sin embargo, la falta de conocimiento en el tema imposibilita su correcto accionar, en parte porque desde la academia no existen cátedras que aborden esta problemática; pero, además se requiere de capacitaciones permanentes a los profesionales de la salud incluyendo temas sobre la legislación de cada país, que permitan una sensibilización y compromiso de su parte, con el afán de lograr una intervención integral, interdisciplinaria e intersectorial.(7,10,11,13,21)

Otro factor para destacar corresponde a los aspectos psicológicos y de percepción del personal sanitario. Al respecto, Valdés Sánchez et al.,(8) identificaron en su estudio que la falta de confianza profesional, se traduce en autopercepción negativa sobre el conocimiento de la VBG, siendo más importantes que su verdadero conocimiento, al respecto señalan un ejemplo; las mujeres casadas suelen tener mayor conocimiento de la VBG que las solteras, y por ello en las primeras es más eficiente la detección de casos. Lo que se relaciona con el estudio de Díaz et al.(23) que manifiesta una relación entre la inseguridad del personal sanitario y la falta de información específica.

Paredes et al.,(15) también mencionan las barreras culturales y psicológicas que derivan en la existencia de prejuicios en los profesionales de salud, que limitan la capacidad de detección y abordaje de la mujer maltratada durante el primer nivel de atención. Incluso, llama la atención la existencia de una tendencia generalizada al considerar esta violencia como aislada y poco frecuente, lo que termina desestimando la magnitud del problema(13). Asimismo, los procesos de atención de rutina desalientan a los proveedores sanitarios a realizar prácticas de atención centrada en la mujer de manera consistente.(22)

Por otra parte, la violencia doméstica suele percibirse como un "problema familiar" del que no hablan habitualmente los profesionales sanitarios.(16) Procentese et al., llegan a conclusiones similares evidencian-

do que el personal de salud no considera el tema como un asunto de interés directo para el servicio de salud, la consulta es vista como un lugar de contacto urgente, pero en el que no hay tiempo suficiente para dedicar a este tipo de pacientes, ni un espacio adecuado para atenderlos y escucharlos.

Finalmente, el factor asociado a problemas estructurales del sistema de salud hace referencia a lo expuesto en el estudio de Goicolea et al.,(20) que indica que la gestión actual del sistema sanitario español incluye gran carga laboral, baja supervisión, escasa retroalimentación, mala distribución de los recursos humanos y materiales dejando una brecha entre lo que se espera del personal sanitario y su rol principal el enfoque integral de casos de VBG. Al respecto, si bien existen protocolos de atención y manejo de casos de VBG desde el primer nivel de salud, estos no son adecuados para una detección certera de casos. Un ejemplo es el estudio de Murillo et al.,(13) que indica una falta de redes fuertes y eficaces, protocolos específicos y estandarizados que permitan una atención integral que evite que se repitan los actos de violencia con consecuencias fatales como el femicidio.(23)

Conclusiones

De acuerdo con la literatura científica revisada respecto al abordaje de la VBG en el primer nivel, es posible resumir en tres aspectos: falta de conocimiento por parte del personal de salud; factores psicológicos y de percepción del personal sanitario sobre VBG; y, factores asociados a problemas estructurales del sistema de salud.

El personal de salud también ha normalizado la VBG; por ello tanto hombres como mujeres, basados en sus percepciones, consideran que este no es un problema médico en el que se deba intervenir con premura, muchos en los servicios de emergencia y atención primaria no realizan preguntas de cribaje.

La malla curricular en la formación médica no considera la VBG como tema de formación, el enfoque de género está ausente, el médico general no cuenta con las herramientas y destrezas necesarias para intervenir en este problema, esto determina que, a la hora de enfrentar pacientes violentadas, se sientan inseguros; y, aunque sospechen que existe el problema, no lo aborden.

El personal sanitario mantiene mitos y una visión normalizada de la violencia que, no ha sido abordada en su formación continua; y, a pesar de contar con protocolos y guías de atención no diagnostican y menos aún intervienen en la VBG, subestimando las consecuencias que podría acarrear.

El modelo de atención y de gestión de los servicios de atención primaria no facilita la evaluación de la VBG, por tener tiempos de consulta muy cortos, ambientes carentes de privacidad y falta de supervisión lo cual dificulta el accionar ante los casos de violencia.

Las diferentes investigaciones realizadas al respecto del abordaje de la VBG en atención primaria concluyen que: aunque existen leyes que garantizan la atención integral y legislación que sanciona este tipo de violencia, el personal de salud no está formado en este tema y mantiene mitos y percepciones patriarcales que impiden el diagnóstico y la intervención en este problema de salud pública.

Bibliografía

- Naciones Unidas. Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. 1993. [Citado 28 mar 2021] Disponible en: <http://www.un.org/es/commun/docs/>
- Organización Panamericana de la Salud. Comprender y abordar la violencia contra las mujeres: femicidio. 2013. [Citado 28 mar 2021] Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/98828>
- Rivadeneira Guerrero MF. Violencia física contra la mujer. Una propuesta de abordaje desde un servicio de salud. *Rev Cuid.* 2017;8(2):1656-67. [Citado 28 mar 2021] Disponible en : <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v8i2.404>.

- Gil Aparicio B. Violencia de pareja hacia la mujer: detección precoz en Atención Primaria. 2017. [Citado 29 mar 2021] Disponible en: <http://hdl.handle.net/10486/680659>
- Noriega N, Juarros-Basterretxea J, Herrero J. Implicación de los profesionales de la salud en los casos de violencia en la pareja contra la mujer: La influencia de las actitudes sexistas hacia la mujer. *Rev Iberoam Psicol Salud*. 2020;11(1):31. [Citado 1 abr 2021] Disponible en: <https://doi.org/10.23923/j.rips.2020.01.033>
- Belicoso L, del Pilar F, Wong R, Mirelli C. Conocimientos y actitudes sobre detección y manejo de violencia a la mujer en profesionales de la salud del primer nivel de atención en Lambayeque 2017. [Citado 1 abr 2021] Disponible en: <http://hdl.handle.net/20.500.12423/1665>
- Puecas-Sánchez PR, Díaz-Vélez C. Violencia de género: un tema pendiente en la formación del profesional de salud en atención primaria. *FEM Rev Fund Educ Médica*. 2018;21(3):167–167. [Citado 1 abr 2021] Disponible en: <https://dx.doi.org/10.33588/fem.213.951>
- Valdés Sánchez CA, García Fernández C, Sierra Díaz Á. Violencia de género: conocimientos y actitudes de las enfermeras en atención primaria. *Aten Primaria*. 1 de diciembre de 2016;48(10):623–31. [Citado 27 abr 2021] Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2016.01.003>
- Machado MEDS, Rodrigues LS de A, Boa Sorte ET, Da Silva JM, Silva DDO, De Oliveira JF. Percepção de profissionais de saúde sobre violência contra a mulher: estudo descritivo. *Online Braz J Nurs*. 9 de octubre de 2017;16(2):209. [Citado 27 abr 2021] Disponible en: <https://doi.org/10.17665/1676-4285.20175596>
- Segura Vera M, Stranieri M. Formación del personal de salud para el abordaje de la violencia de género en Venezuela. *Comunidad Salud*. diciembre de 2016;14(2):78–85. [Citado 2 jul 2021] Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=375749517010>
- Saliba Garbin CA, Wakayama B, Moreira Arcieri R, Mendes de Paula A, Isper Garbin AJ. La violencia intrafamiliar y los procesos notificados bajo la óptica del profesional de salud pública. *Rev Cuba Salud Pública*. 2017;43(2):204–13. [Citado 3 sep 2021] Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21451176007>
- Souza AAC de, Cintra RB. Conflictos éticos y limitaciones de la atención médica a las mujeres víctimas de violencia de género. *Rev Bioét*. abril de 2018;26:77–86. [Citado 3 sep 2021] Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1983-80422018261228>
- Murillo P, Sebastián MS, Vives-Cases C, Goicolea I. Factores asociados a la respuesta a la violencia del compañero íntimo en atención primaria de salud en España. *Gac Sanit*. septiembre de 2018;32(5):433–8. [Citado 1 abr 2021] [Citado 14 oct 2021] Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.03.003>
- Díaz Vigón N, Gutiérrez LF, Raigada RIF, Rubio-Domínguez J, Granda MIS. Conocimientos, opiniones y creencias de los profesionales de Atención Primaria en relación a la violencia de género. *RqR Enferm Comunitaria*. 2017;5(2):35–49. [Citado 15 oct 2021] Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6079278>
- Paredes EDP, Alvarado C, Martina M, Lazo C. Invisibilidad de la violencia de género por el personal de salud en el primer nivel de atención. *Rev Portales Méd [Internet]*. 2016; [Citado 18 oct 2021] Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/invisibilidad-violencia-genero-personal-salud/>
- McCauley M, Head J, Lambert J, Zafar S, van den Broek N. “Keeping family matters behind closed doors”: healthcare providers’ perceptions and experiences of identifying and managing domestic violence during and after pregnancy. *BMC Pregnancy Childbirth*. 22 de septiembre de 2017;17(1):318. [Citado 18 oct 2021] Disponible en: <https://rdcu.be/cSoub>
- Procentese F, Di Napoli I, Tuccillo F, Chiurazzi A, Arcidiacono C. Healthcare Professionals’ Perceptions and Concerns towards Domestic Violence during Pregnancy in Southern Italy. *Int J Environ Res Public Health*. 2019 Aug 25;16(17):3087. [Citado 18 oct 2021] doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph16173087>
- Goicolea I, Marchal B, Hurtig AK, Vives-Cases C, Briones-Vozmediano E, San Sebastián M. Why do certain primary health care teams respond better to intimate partner violence than others? A multiple case study. *Gac Sanit*. 2019 Mar-Apr;33(2):169–176. [Citado 7 nov 2021] Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.10.005>
- Pascual MI. Conocimientos de los profesionales sanitarios sobre la violencia que sufren las mujeres a manos de sus parejas. *Rev Investig Educ En Cienc Salud RIECS*. 2017;2(2):32–44. [Citado 8 nov 2021] Disponible en: <https://doi.org/10.37536/RIECS.2017.2.2.50>

Goicolea I, Mosquera P, Briones-Vozmediano E, Otero-García L, García-Quinto M, Vives-Cases C. Primary health care attributes and responses to intimate partner violence in Spain. *Gac Sanit.* junio de 2017;31:187–93. [Citado 12 nov 2021] DOI: 10.1016/j.gaceta.2016.11.012

Vecina OA, Miravalls PT, Poveda RC. Percepción de la violencia de género como problema de salud por parte del personal sanitario del servicio de urgencias. *RIdEC.* 2019;12(2). [Citado 15 nov 2021] Disponible en: <https://www.enfermeria21.com/revistas/ridec/articulo/27177/percepcion-de-la-violencia-de-genero-como-problema-de-salud-por-parte-del-personal-sanitario-del-servicio-de-urgencias/>

Baides Noriega R. Violencia de Género: papel de Enfermería en la Prevención Secundaria desde Atención Primaria. *Enferm Glob.* 2018;17(51):484–508. [Citado 18 nov 2021] Disponible en: <https://doi.org/10.6018/eglobal.17.3.307241>

Autiero M, Procentese F, Carnevale S, Arcidiacono C, Di Napoli I. Combatting Intimate Partner Violence: Representations of Social and Healthcare Personnel Working with Gender-Based Violence Interventions. *Int J Environ Res Public Health.* enero de 2020;17(15):5543. [Citado 28 nov 2021] Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijerph17155543>

Rodríguez-Blanes GM, Vives-Cases C, Miralles-Bueno JJ, San Sebastián M, Goicolea I, Rodríguez-Blanes GM, et al. Detección de violencia del compañero íntimo en atención primaria de salud y sus factores asociados. *Gac Sanit.* octubre de 2017;31(5):410–5. [Citado 29 nov 2021] Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.11.008>

Eldoseri HM, Sharps P. Risk Factors for Spousal Physical Violence Against Women in Saudi Arabia. *J Interpers Violence.* 2020 Mar;35(5-6):1269-1293. [Citado 29 nov 2021] doi: 10.1177/0886260517696861



CREATIVE COMMONS RECONOCIMIENTO-NOCOMERCIAL-COMPARTIRIGUAL 4.0.

CITAR ESTE ARTICULO:

Cepeda Inca, G. M., Bedoya Vaca, R. D. C., & Cepeda Inca, H. E. (2022). Claves para el diagnóstico y manejo de femicidio en el primer nivel de atención. *RECIAMUC*, 6(4), 114-128. [https://doi.org/10.26820/reciamuc/6.\(4\).octubre.2022.114-128](https://doi.org/10.26820/reciamuc/6.(4).octubre.2022.114-128)