

Preparación global en materia de violencia familiar del especialista de medicina general integral

Overall preparedness of family medicine specialists with respect to family violence

Víctor Tadeo Pérez Martínez^{1,2,3*} <https://orcid.org/0000-0002-4389-8725>

¹Universidad de Ciencias Médicas, Facultad de Ciencias Médicas “Victoria de Girón”. La Habana, Cuba.

²Policlínico Docente “Ana Betancourt”. La Habana, Cuba.

³Centro Comunitario de Salud Mental. Municipio Playa. La Habana, Cuba.

*Autor para la correspondencia: victorperez@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: Los especialistas de medicina general integral muestran un insuficiente desempeño en la detección, evaluación e intervención ante casos de violencia.

Objetivo: Evaluar la preparación global en materia de violencia familiar del especialista de medicina general integral.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal, durante el primer semestre de 2019, que incluyó a 55 especialistas de medicina general integral, a los que se les aplicó un cuestionario, a partir de las tres dimensiones derivadas de la preparación global: A. prevención del riesgo, detección temprana y patología; B. evaluación y diagnóstico; C. intervención y seguimiento. Estas se operacionalizaron a través de veinte indicadores y en su evaluación se definieron cinco categorías o niveles: muy elevado, elevado, medio, bajo y muy bajo.

Resultados: En las tres dimensiones exploradas se constató un predominio franco de la alternativa regularmente preparado, seguida por mal preparado. Por su

parte, bien preparado, muy bien preparado y excelentemente preparado mostraron los porcentajes más bajos en todas las áreas. El 92,72 % exhibió un nivel de preparación global muy bajo. El nivel de preparación global medio representó el 3,64 %; y el nivel bajo, el 3,64 %.

Conclusiones: Existen insuficiencias en el orden cognitivo, axiológico y procedimental, que demuestran que la preparación global de estos profesionales en materia de violencia familiar tiene un limitado alcance para afrontar las variadas formas de expresión de este reprobable comportamiento.

Palabras clave: violencia familiar; prevención; intervención.

ABSTRACT

Introduction: Family medicine specialists show insufficient performance in the detection, evaluation and intervention in cases of violence.

Objective: To evaluate the overall preparedness of family medicine specialists with respect to family violence.

Methods: A descriptive and cross-sectional study was carried out during the first semester of 2019 with 55 family medicine specialists, who were applied a questionnaire, based on the three dimensions derived from overall preparedness: A. risk prevention, early detection and pathogenesis; B. evaluation and diagnosis; and C. intervention and follow-up. These were operationalized through twenty indicators and, through their evaluation, five categories or levels were defined: very high, high, medium, low and very low.

Results: In the three explored dimensions, there was a clear predominance of the category *fairly prepared*, followed by *poorly prepared*. On the other hand, the categories *well prepared*, *very well prepared* and *excellently prepared* showed the lowest percentages in all the areas. A very low level of overall preparedness was found in 92.72 %. A medium level of overall preparedness accounted for 3.64 %, while a low level corresponded to 3.64 %.

Conclusions: There are insufficiencies in the cognitive, axiological and procedural order, which shows that the overall preparedness of these professionals with respect to family violence has a limited scope to face the varied forms of expression of this reprehensible behavior.

Keywords: family violence; preventions; intervention.

Recibido: 27/10/2021

Aceptado: 09/03/2022

Introducción

Como prestadores de servicios de salud los especialistas de medicina general integral (MGI) deben conocer de qué modo todas las personas vivencian situaciones de agresión en el interior de sus hogares y fuera de ellos. El reconocimiento de hechos violentos constituye el primer requisito para enfrentar esta problemática y brindar la atención requerida.⁽¹⁾

Constituye entonces una necesidad que el médico, en la atención primaria de salud, posea una sólida preparación que le permita saber, saber hacer y saber ser, aspectos que son movilizados en un desempeño competente, para conducir exitosamente el proceso de atención al individuo, las familias y las comunidades a él asignados. Sin embargo, algunos autores⁽²⁾ aseguran que los médicos de familia exhiben escasa o pobre formación en habilidades de comunicación en la entrevista clínica, fundamentalmente, para el abordaje de problemas psicosociales; falta de conocimiento y coordinación entre los distintos recursos disponibles para enfrentar la conducta violenta; desconocimiento de las estrategias para el manejo adecuado de situaciones agresivas; y deficiente formación en temáticas psicosociales, como la violencia. Muestran, además, un reconocimiento limitado del comportamiento violento como un problema de salud pública, pues en los servicios de salud no se logra identificar el problema de violencia subyacente, a pesar de que las problemáticas psicosociales constituyen la raíz de los trastornos físicos y psicosomáticos por los que las víctimas demandan atención sanitaria.^(1,2) Por otra parte, en la atención a los casos de violencia no siempre las prácticas profesionales están acorde con las demandas de las víctimas.⁽²⁾ Ante un desempeño insatisfactorio tiene importancia determinar en qué medida ello es atribuible a un problema cognitivo.

La presente investigación tuvo el objetivo de evaluar la preparación global en materia de violencia familiar del especialista de medicina general integral.

Métodos

Se realizó un estudio descriptivo y de corte transversal durante el primer semestre de 2019. Participaron 55 profesionales, que constituyeron la totalidad de los especialistas de MGI de los policlínicos docentes “Ana Betancourt” y “Primero de Enero”, del municipio capitalino Playa, los cuales fueron seleccionados por conveniencia del autor, debido a su estrecha e ininterrumpida vinculación –en el orden asistencial, docente e investigativo–, con dichas instituciones, desde hace más de dos décadas, al frente de sus equipos de salud mental comunitarios, por lo que resultaron de fácil acceso y bien conocidas por este. El estudio se desarrolló bajo el enfoque general dialéctico-materialista, lo que permitió utilizar, de forma combinada, los métodos teóricos, empíricos y matemático-estadísticos.

Como métodos teóricos se emplearon los siguientes:

- Análisis documental: para la revisión de documentos oficiales, publicaciones y otras investigaciones, que contribuyó con la obtención de la información necesaria.
- Analítico-sintético: se empleó durante el estudio de la bibliografía especializada para determinar las regularidades epistemológicas del objeto de estudio.
- Inductivo y deductivo: permitió valorar las características específicas relacionadas con el objeto de estudio e inferir generalizaciones.

En cuanto a los métodos empíricos, en el proceso de parametrización, el autor identificó como variable única el nivel de preparación global (NPG) en materia de violencia familiar, para la atención integral a las víctimas de situaciones violentas y sus familiares, por el especialista de MGI. Esta fue derivada en dimensiones e indicadores, que permitieron construir el instrumento que les brindó salida a las indagaciones empíricas.

Se aplicó un cuestionario a los 55 especialistas de MGI, a partir de las tres dimensiones derivadas de la variable única: A. Prevención del riesgo, detección temprana y patogenia (ítems 1 al 4); B. Evaluación y diagnóstico (ítems 5 al 12); y C. Intervención y seguimiento al caso detectado (ítems 13 al 20). Estos respondieron a los principales ejes que sustentaban, en el ámbito sanitario, la implantación de programas de actuación para enfrentar este reprochable comportamiento, en cualquiera de sus manifestaciones. Todas las dimensiones se operacionalizaron a través de los 20 indicadores concebidos y en su evaluación se

definieron varias categorías que permitieron calificar la preparación global en 5 niveles: muy elevado (entre 90 y 100 puntos), elevado (entre 80 y 89 puntos), medio (entre 70 y 79 puntos), bajo (entre 60 y 69 puntos) y muy bajo (inferiores a 60 puntos). En el anexo se presentan los contenidos relacionados con la violencia, que fueron contemplados en el instrumento aplicado, según los indicadores en cada dimensión.

En relación con los métodos estadísticos, los datos obtenidos se procesaron a través de la estadística descriptiva con distribución de frecuencias absoluta y relativa. Para el procesamiento de la información se utilizó el paquete estadístico *Statistics Program for Social Sciences (SPSS)* para Windows versión 20.0.

Consideraciones éticas

Se obtuvo el consentimiento informado de los especialistas de MGI, de los dos policlínicos involucrados en la investigación, lo que garantizó la participación voluntaria, libre de coacción u otras formas de manipulación, de todos los profesionales. En este proceso el investigador explicó los objetivos, así como los métodos y procedimientos a utilizar.

El cuestionario se aplicó en condiciones de privacidad, en los propios consultorios médicos de familia y puestos de trabajo, en única sesión, de aproximadamente 10 minutos de duración. Se mantuvo el anonimato en la recogida de información y los resultados se emplearon solo con fines investigativos.

Los beneficios –individuales y sociales–, debían superar los riesgos o inconvenientes para los sujetos involucrados en el estudio, a los cuales siempre se les comunicó que eran parte de la investigación.

Resultados

La muestra la conformaron 42 mujeres (76,4 %) y solo 13 hombres (23,6 %), por lo que predominó el sexo femenino. El grupo de edades más frecuente fue el de 55 a 60 años (25,5 %; n = 14), seguido por el grupo de 50 a 55 años con 9 especialistas. El 41,8 % de la muestra (n = 23) contó con 25 años o más de trabajo en la atención primaria de salud. Solo 13 especialistas tuvieron categoría docente (23,6 %).

En las repuestas ofrecidas a las interrogantes de los ítems 1 al 4, sobre la prevención, detección precoz y patogenia de la violencia, predominó la alternativa

regularmente preparado, seguida por mal preparado. Las alternativas muy bien preparado y bien preparado exhibieron porcentajes más bajos. Por su parte, muy mal preparado se presentó solo en el 2,73 % (tabla 1).

Tabla 1 - Distribución porcentual de los ítems, según la preparación de los especialistas de MGI en materia de prevención, detección precoz y patogenia de la violencia familiar

Ítems	Muy bien preparado		Bien preparado		Regularmente preparado		Mal preparado		Muy mal preparado		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
1.	4	7,27	17	30,90	22	40	9	16,36	3	5,45	55	100
2.	5	9,09	13	23,64	25	45,45	9	16,36	3	5,45	55	100
3.	2	3,63	4	7,2%	20	36,36	29	52,72	0	0,00	55	100
4.	2	3,63	5	9,09	28	50,91	20	36,36	0	0,00	55	100
Total	13	5,91	39	17,73	95	43,18	67	30,45	6	2,73	220	100

En las repuestas ofrecidas a las interrogantes de los ítems 5 al 12, acerca de la evaluación y el diagnóstico de la conducta violenta, predominó la alternativa regularmente preparado, seguida por mal preparado y bien preparado. Muy bien preparado y muy mal preparado exhibieron los porcentajes más bajos (tabla 2).

Tabla 2 - Distribución porcentual de los ítems, según la preparación de los especialistas de MGI en materia de evaluación y diagnóstico de la violencia familiar

Ítems	Muy bien preparado		Bien preparado		Regularmente preparado		Mal preparado		Muy mal preparado		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
5.	1	1,81	8	14,54	22	40	24	43,64	0	0	55	100
6.	1	1,81	9	16,36	24	43,64	21	38,18	0	0	55	100
7.	6	10,90	7	12,72	26	47,27	16	29,09	0	0	55	100
8.	3	5,45	11	20,00	29	52,72	10	18,18	2	3,63	55	100
9.	1	1,81	4	7,2%	24	43,64	26	47,27	0	0	55	100
10.	1	1,81	4	7,27	26	47,27	23	41,82	1	1,81	55	100
11.	3	5,45	9	16,36	22	40	20	36,36	1	1,81	55	100

12.	3	5,45	12	21,81	26	47,27	14	25,45	0	0	55	100
Total	19	4,32	64	14,54	199	45,23	154	35	4	0,91	440	100

En las repuestas ofrecidas a las interrogantes de los ítems 13 al 20, acerca de la intervención y el seguimiento del caso de violencia detectado, fue más frecuente la alternativa regularmente preparado, a la cual les siguieron mal preparado y bien preparado. Por su parte, muy bien preparado y muy mal preparado mostraron los porcentajes más bajos (tabla 3).

Tabla 3 - Distribución porcentual de los ítems, según la preparación de los especialistas de MGI en materia de intervención y seguimiento del caso detectado

Ítems	Muy bien preparado		Bien preparado		Regularmente preparado		Mal preparado		Muy mal preparado		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
13.	2	3,63	9	16,36	28	50,91	16	29,09	0	0	55	100
14.	1	1,81	12	21,81	22	40	19	34,54	1	1,81	55	100
15.	1	1,81	11	20	20	36,36	23	41,82	0	0	55	100
16.	2	3,63	3	5,45	24	43,64	26	47,27	0	0	55	100
17.	1	1,81	6	10,90	23	41,82	25	45,45	0	0	55	100
18.	0	0	4	7,27	27	49,09	24	43,64	0	0	55	100
19.	3	5,45	7	12,72	27	49,09	18	32,73	0	0	55	100
20.	5	9,09	2	3,63	28	50,91	19	34,54	1	1,81	55	100
Total	15	3,41	54	12,27	199	45,23	170	38,64	2	0,45	440	100

En las tres áreas exploradas se constató un franco predominio de la alternativa regularmente preparado como respuesta a las interrogantes de los ítems que conformaban cada una, seguida por mal preparado. En muy bien preparado, bien preparado y muy mal preparado se hallaron, en cada dimensión, los porcentajes más bajos (tabla 4).

Tabla 4 - Distribución porcentual de los ítems que conforman cada área o dimensión explorada, según la preparación en materia de violencia familiar de los especialistas de MGI

Áreas	Muy Bien preparado		Bien preparado		Regularmente preparado		Mal preparado		Muy mal preparado		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
I. Prevención, detección y patogenia (ítems 1 al 4)	13	5,91	39	17,73	95	43,18	67	30,45	6	2,73	220	100
II. Evaluación y diagnóstico (ítems 5 al 12)	19	4,32	64	14,54	199	45,23	154	35	4	0,91	440	100
III. Intervención y seguimiento (ítems 13 al 20)	15	3,41	54	12,27	199	45,23	170	38,64	2	0,45	440	100
Total	47	4,27	157	14,27	493	44,82	391	35,54	12	1,1	1100	100

El 92,72 % de los especialistas de MGI exhibió un nivel de preparación global (NPG) en materia de violencia familiar muy bajo, pues 51 obtuvieron calificaciones entre 20 y 59 puntos. El nivel de preparación global medio representó el 3,64 %, con 2 especialistas con calificaciones entre 70 y 79 puntos; y el nivel bajo, el 3,64 %, también con 2 especialistas con calificación entre 60 y 69 puntos. Como se aprecia en la tabla 5, ningún especialista alcanzó o satisfizo los niveles de preparación global elevado y muy elevado.

Tabla 5 - Nivel de preparación global (NPG) en materia de violencia familiar de los especialistas de MGI

Nivel de preparación global (NPG)	No.	%
1. Muy bajo	51	92,72
2. Bajo	2	3,64
3. Medio	2	3,64
4. Elevado	0	0
5. Muy elevado	0	0
Total	55	100

Los 51 especialistas agrupados en el nivel de preparación global muy bajo se distribuyeron de la siguiente forma:

- 15 lograron calificaciones entre 20 y 29 puntos (n = 29; 41 %),
- 16 especialistas obtuvieron calificaciones entre 30 y 39 puntos (31,37 %),
- 15 alcanzaron calificaciones entre 40 y 49 puntos (n = 29; 41 %) y
- solo 5 consiguieron calificaciones entre 50 y 59 puntos (9,81 %).

Discusión

Sin dudas, la conducta violenta pone a prueba la preparación de los equipos básicos de salud, cuyos profesionales constituyen un importante eslabón en el cuidado a las familias y personas afectadas por situaciones de violencia, y la puerta de acceso al sistema sanitario para buena parte de sus víctimas. Esto facilita que, tras otras aparentes causas, los pacientes se acerquen a los servicios de salud en búsqueda de ayuda y la asistencia que se preste esté más próxima a las condiciones reales de cada caso. De este modo, pueden utilizar toda su experiencia para reconocer tal comportamiento, de forma que pueda evitarse en cualquier persona.⁽³⁾ Por todas estas razones, en Cuba los médicos de familia, quienes dirigen estos equipos, deben formar parte obligada del excelente sistema articulado diseñado e implementado para el manejo integral y sistemático de esta problemática a nivel comunitario. Sin embargo, resulta incongruente que, en el campo de la atención médica, los especialistas de MGI, que están en contacto directo con sus poblaciones, habitualmente no exploren ni registren este fenómeno que, por sí mismo, lacera de manera significativa el bienestar de las personas.

Los resultados del presente estudio coinciden con lo reportado en la literatura especializada consultada. Una investigación⁽⁴⁾ realizada en el policlínico “XX Aniversario”, de Santa Clara, con el objetivo de caracterizar la preparación sobre violencia de género de los equipos básicos de salud, pertenecientes al grupo básico de trabajo 3, evidenció que el 91,3 % de los profesionales aseveró no haber recibido educación de posgrado sobre esta problemática y el 40 % valoró que poseía una preparación regular para tratar a personas que viven o han vivido en situaciones de violencia.

El 74,4 % de los profesionales señaló desconocer algún protocolo, programa o conjunto de actividades que estén establecidas en salud para atender los casos de violencia y el 53,3 % planteó no conocer instituciones que pudieran ayudar ante

situaciones de este tipo, por lo que la atención, en los casos que se ha brindado, ha estado sobre la base de criterios empíricos personales. Al profundizar en el ejercicio profesional al respecto, la mayoría de los profesionales (62,8 %) declaró haber detectado, en su práctica asistencial, situaciones de violencia, que oscilaron entre 1-15 casos en el último año, con 2 como la de mayor frecuencia (29,4 %). En cuanto a las barreras institucionales que impiden la detección de los casos de violencia, los profesionales reconocieron, en más del 55 %, el pobre conocimiento sobre el tema, la falta de privacidad y de tiempo en la consulta, así como la carencia de protocolos para la detección temprana. Dentro de las barreras personales identificadas para la detección y el tratamiento de esta problemática, el 55,6 % de los profesionales manifestó su temor a las consecuencias de la violencia y el miedo a involucrarse en asuntos legales.

Más del 60 % del personal de salud explorado no tenía información sobre la atención a ofrecer ante esta problemática, el curso a seguir ante casos detectados ni la existencia de metodologías para su abordaje. La preparación sobre violencia de género fue escasa, especialmente en las dimensiones cognitivas y procedimentales. Se reconoció la imperiosa necesidad de capacitación sobre el tema y la inclusión de esta temática en los planes de estudio de las carreras con perfil médico, así como en las acciones de posgrado.

Otro estudio similar⁽⁵⁾ realizado con equipos básicos de salud en La Habana constató que el 55 % de la muestra desconoció el tipo de atención a ofrecer a un individuo o familia víctima de la violencia o con riesgo de ser violentado. El 65 % desconoció el posible curso a seguir en el proceso de atención a una víctima.

En otro estudio,⁽⁶⁾ desarrollado también en Cuba, que centra su atención en la preparación del especialista de MGI para hacer frente a este flagelo, se coincide al señalar la deficiente formación en el tema de la violencia, el desconocimiento de protocolos a seguir, incluso la constatación de visiones estereotipadas sobre la violencia en los propios profesionales de la salud; enfoque desde el cual se han ofrecido posibles ayudas a las víctimas.

Es evidente el insuficiente desempeño de los especialistas de MGI en la prevención, el diagnóstico precoz, la evaluación y la atención integral, oportuna y eficaz de los pacientes que sufren la violencia, en cualquiera de sus formas de expresión, por lo que no se encuentran debidamente preparados para enfrentarla, a pesar de que dicha conducta constituye una de las principales causas de incapacidad y muerte, sobre todo entre las mujeres, en quienes afecta también su salud sexual y reproductiva.^(2,6) Todo ello se traduce en que la implicación real de los(as) profesionales de la atención primaria de salud, en el control de este fenómeno y

en la modificación de las actitudes sociales hacia la violencia, en general, resulta escasa.

El especialista de MGI, a menudo, descuida el pesquisaje, la dispensarización y la exploración sistemática del estado mental de los pacientes que sufren violencia; no reconocen los principales signos de alarma, o señales de advertencia, que revelan que una persona puede encontrarse en peligro. En el orden práctico, se habla de violencia en aquellos casos en los que es visible, y coincide con el perfil más burdo y evidente de dicho comportamiento: el abuso o castigo físico.^(1,2,6) Solo cuando tiene tales connotaciones se notifica el acto violento en las historias clínicas ambulatorias y de salud familiar; y no se registran a pacientes que sufren perfiles o modalidades aparentemente menos severas, como el maltrato financiero, el maltrato o la violencia simbólica, el abuso por negligencia o descuido, y el psicológico o emocional, sobre los cuales deberá recaer el peso de las acciones de salud comunitarias, por constituir, fundamentalmente este último perfil, una forma sutil y solapada de agresión o coerción y, por tanto, la más utilizada.^(6,7)

En no pocas ocasiones, y sin advertirlo, dichos especialistas expresan opiniones o comentarios negativos acerca de los que han resultado golpeados, humillados o violados, o sobre sus lesiones, mientras la conversación la escucha la pareja u otro familiar potencialmente violento. Esto los puede perjudicar.⁽⁷⁾

Regularmente, los especialistas de MGI no reconocen el valor del hallazgo y el reporte correspondiente de lesiones asociadas con la violencia.⁽⁸⁾

Al evaluar en los grupos básicos de trabajo, de forma concurrente o retrospectiva, el ingreso en el hogar de los pacientes que han sufrido la violencia en cualquiera de sus formas de expresión, se ha podido detectar que la atención diaria y ambulatoria que se le brinda al paciente, con frecuencia carece de la calidad científico técnica exigida, lo que genera la insatisfacción de familiares y, en ocasiones, de la propia víctima. En otras oportunidades, ni siquiera se utiliza el ingreso domiciliario, a pesar de las múltiples ventajas que posee con respecto al ingreso hospitalario.

Aunque en Cuba la violencia no alcanza la magnitud de otras naciones, donde sí logra satisfacer la categoría de epidemia, fundamentalmente en países de América Latina, sus tasas de prevalencia e incidencia resultan significativamente muy bajas, por errores que persisten en su denuncia y/o diagnóstico. Todavía son escasas las cifras de violencia en la cotidianidad del hogar o simplemente en el marco de una relación de pareja.^(1,2,3,6) Esto no se corresponde con el creciente número de familias catalogadas como disfuncionales, declaradas anualmente por los médicos de familia, del municipio capitalino Playa, en el Análisis Integral de la

Situación de Salud de las comunidades que atienden, las cuales constituyen la fuente principal donde aparecen situaciones violentas.

Todos estos hechos evidencian que, habitualmente, dichos especialistas muestran un insuficiente desempeño en la atención continua, periódica y personalizada de las víctimas de situaciones violentas, cuando deben utilizar procedimientos que les garanticen abordar problemáticas de salud con un enfoque individual (víctima y perpetrador), de riesgo, familiar e inter- y transdisciplinario.

El conocimiento de los mecanismos de acción de los factores de riesgo, de los factores desencadenantes y de su interacción resulta la clave para la predicción y prevención de la conducta violenta.⁽⁸⁾ El desconocimiento de estos importantes aspectos conspira contra la capacidad de los especialistas de Medicina Familiar para diseñar y ejecutar estrategias de vaticinio y prevención de este flagelo.

La patogenia de la violencia intenta explicarse por varios modelos causales, entre los que se destaca el modelo de análisis a partir de los ciclos de la violencia en la pareja, que hace una aproximación descriptiva a la violencia de género, y cuyo discernimiento facilita la identificación de las situaciones violentas en el marco de la relación de pareja y brindarle a la víctima una atención adecuada.⁽⁷⁾ Sin el conocimiento previo de este ciclo, el médico de familia corre el riesgo de tener una visión superficial o errónea de la dinámica real de la pareja.

Entre los procesos que dificultan la comprensión, el reconocimiento y la respuesta a la violencia de género se encuentran la legitimación, la justificación y la naturalización de la violencia o tolerancia social.⁽⁹⁾ El desconocimiento de estos procesos disminuye las probabilidades de que el médico de familia se acerque, en su gestión, a la situación real de cada paciente y sea menos efectiva la atención que brinda.

Existen insuficiencias en el orden cognitivo, axiológico y procedimental, que demuestran que la preparación global en materia de violencia familiar, de los especialistas de medicina general integral, tiene un limitado alcance para afrontar las variadas formas de expresión de este reprobable comportamiento.

Se sugiere planificar formas organizativas de la superación profesional para dar solución a las necesidades de aprendizaje identificadas en los médicos de familia del municipio capitalino Playa, que coadyuven a suplir o solucionar las insuficiencias académicas en materia de violencia, para favorecer el bienestar social desde el mejoramiento profesional y humano.

Referencias bibliográficas

1. Pérez VT, De la Vega Pazitková T, Alfonso OA, Yépez KM. Caracterización del maltrato infantil en familias disfuncionales del policlínico “Ana Betancourt”. Rev Habanera de Ciencias Médicas. 2018 [acceso 20/06/2019];17(2):1. Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/2212/2048>
2. Pérez Martínez VT, de la Vega Pazitková T, Alfonso Montero OA, Royano Larroque PA. Caracterización de la violencia doméstica en parejas disfuncionales cubanas. Rev. Cubana de Med. Gen. Integral. 2019 [acceso 14/01/2020];35(1). Disponible en: <http://revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/802/236>
3. Pérez Martínez VT, de la Vega Pazitková T, Alfonso Montero OA. Repercusión familiar de la conducta violenta, en hogares del municipio Playa, durante el bienio 2016-2017. Rev. Cubana de Med. Gen. Integral. 2020 [acceso 22/12/2020];36(3). Disponible en: <http://revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/1060/365>
4. Guevara Díaz EL, Ferrer Lozano DM, Prada Mier A, Fernández Castillo E. Preparación de los Equipos Básicos de Salud para enfrentar la violencia de género. Rev Cubana Med Gen Intrgr. 2016 [acceso 08/08/2019];32(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252016000300001&lng=es&nrm=iso&tlng=es
5. Baró VG, Mariño ER, Ávalos MM. Preparación del equipo básico de salud en temas de violencia doméstica, perspectiva de género. Rev Cubana Med Gen Integr. 2011 [acceso 08/08/2017];27(2):2. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252011000200006&lng=es&nrm=iso&tlng=es
6. Pérez Martínez VT, de la Vega Pazitková T. Necesidades de aprendizaje del especialista de Medicina General Integral sobre la conducta violenta. Educ Méd Super. 2017;31(1). Disponible en: <http://ems.sld.cu/index.php/ems/article/view/938/477>
7. Pérez Martínez VT, Hernández Marín Y. La violencia psicológica de género, una forma encubierta de agresión. Rev. Cubana de Med. Gen. Integral. 2009 [acceso 08/05/2017];25(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252009000200010&lng=es&nrm=iso&tlng=es
8. Quesada Sanabria RM, Niebla Díaz Y, Sánchez Gutiérrez L, Vázquez Cruz W. Intervención educativa sobre violencia familiar y maltrato infantil en familias disfuncionales. Rev. Ciencias Médicas de Mayabeque. 2019 [acceso

03/02/2020];26(1).

Disponible

en:

<http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/1350/1618>

9. Oquendo Cartón Y, Serrano Barrera OR, Batista Ferrer A, Medina Santiesteban L, Díaz González A. Caracterización de la violencia física hacia la mujer, provocada por su pareja. Rev. electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta. 2019 [acceso 11/01/2020];44(2).

Disponible

en:

http://revzoilomarinaldo.sld.cu/index.php/zmv/article/view/1615/pdf_574

Anexo. Cuestionario

Instrucciones: Lea detenidamente cada una de las preguntas que se le presentan a continuación, responda marcando en la casilla de la alternativa que considere la más ajustada, desde su punto de vista. No marque más de una alternativa en cada ítem o rubro. Ejemplo:

Alternativas		Muy bien preparado (MBP)	Bien preparado (BP)	Regularmente preparado (RP)	Mal preparado (MP)	Muy mal preparado (MMP)
1	Las instrucciones que se ofrecen se entienden con facilidad	X				

Dimensiones o áreas	Indicadores o ítems	Escala de Likert (Alternativas)	MBP	BP	RP	MP	MMP
		Rangos	1	2	3	4	5
		Como médico de familia considera que: Situación o interrogante:					
A. Prevención, detección temprana y patogenia	1	¿Está usted preparado para identificar situaciones de riesgo y vulnerabilidad a sucesos abusivos?					
	2	¿Está usted preparado para detectar tempranamente indicadores de sospecha razonable de violencia?					
	3	¿Está usted preparado para implementar estrategias de prevención de la conducta violenta?					
	4	¿Está usted preparado para explicar los modelos causales que sustentan la patogenia de la conducta violenta?					

B. Evaluación y diagnóstico	5	¿Está usted preparado para aplicar las pautas específicas de entrevista clínica a un paciente ante la sospecha de violencia familiar?					
	6	¿Está usted preparado para aplicar la estrategia de entrevista clínica al acompañante de una persona presuntamente maltratada o víctima de la violencia?					
	7	¿Está usted preparado para realizar el examen físico de una persona maltratada, destacando las particularidades a observar y las actuaciones a evitar durante la exploración clínica?					
	8	¿Está usted preparado para diferenciar las lesiones cutáneo- mucosas accidentales de las provocadas o compatibles con situaciones abusivas?					
	9	¿Está usted preparado para realizar la evaluación psicológica básica de una persona presuntamente maltratada o víctima de un comportamiento violento?					
	10	¿Está usted preparado para realizar la evaluación de la magnitud del maltrato, valorando el riesgo inmediato o la situación de desprotección o desamparo de la víctima?					
	11	¿Está usted preparado para realizar el diagnóstico de las formas de maltrato teniendo en cuenta el daño que provocan?					
	12	¿Está usted preparado para realizar correctamente el parte o reporte médico de las lesiones compatibles con situaciones violentas?					
C. Intervención y seguimiento	13	¿Está usted preparado para afrontar las implicaciones éticas que, en el ámbito sanitario, pueden surgir en el manejo de las situaciones violentas?					
	14	¿Está usted preparado para aplicar las pautas de actuación ante la atención de situaciones agresivas de carácter urgente?					
	15	¿Está usted preparado para aplicar las pautas de actuación ante la atención de situaciones agresivas de carácter no urgente?					
	16	¿Está usted preparado para no incurrir en prácticas profesionales inadecuadas en el manejo de las situaciones violentas?					
	17	¿Está usted preparado para realizar el seguimiento de los casos de violencia?					
	18	¿Está usted preparado para aplicar los criterios de derivación en los casos de violencia?					
	19	¿Está usted preparado para coordinar las condiciones, dispositivos y recursos socio-comunitarios para ayudar a					

		las familias en riesgo, evitando situaciones de desamparo?						
	20	¿Está usted preparado para implementar las posibilidades de intervención familiar en los casos de maltrato o agresión a uno de sus miembros?						

Conflicto de intereses

El autor declara que no existe conflicto de intereses.