

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**

**INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA**

**MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA**

**TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MAGISTER**

**Algoritmos para la toma de decisiones en el manejo de los casos de violencia  
intrafamiliar en el Centro de Salud de Conocoto,**

**Área n.º 24 del Ministerio de Salud Pública**

Décimo Primera Promoción  
Maestría de Salud Pública  
Kerlly Bermúdez Gallegos  
Quito, septiembre 2012

## PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

### DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **KERLLY CECIBEL BERMUDEZ GALLEGOS**, con **Cédula de Ciudadanía N°0918810334**, autora del trabajo de graduación titulado **“ALGORITMOS PARA LA TOMA DE DECISIONES EN EL MANEJO DE LOS CASOS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR EN EL CENTRO DE SALUD DE CONOCOTO, ÁREA N.º 24 DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA”**, previa a la obtención del grado académico de **MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA CON MENCIÓN EN INVESTIGACIÓN DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD** en el Instituto de Salud Pública de la Facultad de Medicina.

1. Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.
2. Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través del sitio web de la Biblioteca de la PUCE el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de la Universidad.

Quito, septiembre de 2012

Ing. Kerlly Cecibel Bermúdez Gallegos  
C.C.0918810334

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios por la oportunidad que me ha dado de seguirme formando

A mi mamá y mi familia por el apoyo incondicional

A mi esposo, por su preocupación, apoyo y paciencia durante este tiempo

Al Centro de Salud de Conocoto por brindarme la apertura para realizar esta investigación, en especial al Dr. Álvarez y Lic. Pachacama

A mi amiga Claudia por su ayuda desinteresada en este trabajo

A mi director de tesis Marco Antonio por su guía y experiencia

A mi tutora Karen, quien me dio una guía más allá de lo técnico

Y de manera muy especial a mí amiga Mónica, que fue mi conciencia y compañera durante todo este proceso.

## Contenido

1. INTRODUCCIÓN (PRESENTACIÓN) .....	1
ANTECEDENTES .....	2
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	6
3. MARCO TEÓRICO .....	10
3.1 Violencia intrafamiliar como problema de salud pública .....	10
3.2 Violencia como un problema de salud pública en Ecuador .....	12
3.3 Definiciones de violencia.....	13
3.3.1 Violencia intrafamiliar .....	14
3.3.2 Violencia de género.....	15
3.3.3 Maltrato a niños y adolescentes.....	15
3.3.4 Maltrato (violencia) en adultos/as mayores.....	15
3.3.4.1 Negligencia y abandono del adulto mayor .....	15
3.3.4.2 Abuso financiero.....	16
3.3.4.3 Escalas de Reis y Nahmiash.....	16
3.4. Normas y protocolo para Manejo de Violencia Intrafamiliar del MSP .....	16
3.5 Administración de la información en violencia intrafamiliar .....	17
3.5.1 Sistemas de vigilancia de violencia intrafamiliar.....	18
3.6 Toma de decisiones en la atención de pacientes.....	20
3.6.1 Instrumentos para mejorar la toma de decisiones .....	22
3.6.1.2 Normas y protocolos de atención .....	22
3.6.1.3 Flujograma.....	23
3.6.1.3.1 Flujograma de atención .....	23
3.6.1.4 Algoritmos de decisión clínica.....	23
4. Conocimientos y la experiencia previa.....	24
4.1 Modelo de manejo de casos de violencia intrafamiliar en el Área n.º 10.....	24
4.2 Uso de algoritmos de decisión en normas y protocolos de otros países.....	25
5. OBJETIVOS.....	27
5.1 Objetivo general.....	27
5.2. Objetivos específicos.....	27
6. HIPÓTESIS .....	27
7. METODOLOGÍA.....	27

7.1 Tipo de investigación.....	27
7.2 Población de estudio.....	28
7.3 Fuentes y Técnicas para la recolección de información.....	29
8. RESULTADOS .....	31
8.1 Toma de decisiones para casos de violencia intrafamiliar .....	31
8.2 Algoritmos de decisión propuestos.....	32
8.2.1 Algoritmo de decisión clínica para la atención en consulta externa de personas adultas víctimas de violencia .....	33
8.2.2 Algoritmo de decisión para casos de violencia intrafamiliar en niños/as y adolescentes .....	39
8.2.3 Algoritmo de decisión para casos de violencia intrafamiliar en adultos mayores .....	44
8.3 Factores condicionantes para la aplicación de los algoritmos de decisiones clínicas .....	49
9. DISCUSIÓN .....	50
9.1 Características de los algoritmos .....	50
9.2 Importancia del uso de los algoritmos .....	52
9.3 Condiciones para su uso/ implementación.....	53
9.4 Proceso para la construcción de algoritmos .....	55
10. CONCLUSIONES .....	56
11. RECOMENDACIONES.....	58
Bibliografía .....	61
13. ANEXOS .....	64

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Flujograma prescriptivo para la atención en casos de violencia intrafamiliar ....	7
Gráfico 2. Flujograma prescriptivo para la atención en casos de violencia intrafamiliar flagrantes.....	8
Gráfico 3. Víctimas de violencia y maltrato que acuden al MSP. Ecuador 2001-2009. Tasa por 100.000 habitantes .....	13
Gráfico 4. Flujograma de atención de los casos de VIF según Normas MSP.....	17
Gráfico 5. Simbología para graficar flujogramas .....	23
Gráfico 6. Algoritmo de decisión clínica para la atención en consulta externa de adultos (hombres o mujeres) víctimas de violencia .....	35
Gráfico 7. Algoritmo de decisión para casos de violencia intrafamiliar en niños/as y adolescentes .....	40
Gráfico 8. Algoritmo de decisión para casos de violencia intrafamiliar en adultos mayores .....	45

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Tipo de decisiones que se toma al momento de la atención de una víctima de violencia.....	31
Tabla 2. Propuesta de indicadores de monitoreo y evaluación para el sistema.....	60

### SIGLAS

CIE. Clasificación Internacional de Enfermedades.

CNETS. Centro Nacional e Excelencia y Tecnología en Salud.

CONAMU. Consejo Nacional de la Mujer.

ENDEMAIN. Encuesta Demográfica y de salud Materna e Infantil.

EPI. SIVEALERTA.

H.C. Historia Clínica.

IESS. Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.

INEC. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos.

INNFA. Instituto Nacional del Niño y la Familia.

MCDS. Ministerio de Coordinación para el Desarrollo Social.

MSP. Ministerio de Salud Pública.

OMS. Organización Mundial de la Salud.

ONU. Organización de las Naciones Unidas.

RIPS. Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud.

VIF. Violencia Intrafamiliar.

## **RESUMEN EJECUTIVO Y PALABRAS CLAVE**

La violencia intrafamiliar (VIF) es un fenómeno estructural de preocupación actual para las sociedades, pues nace en el núcleo familiar repercutiendo en el bien común de un grupo humano, que cada día cobra innumerables víctimas. El ejercicio de la violencia adquiere diferentes formas entre ellas podemos identificar la violencia verbal, la agresión psicológica, la económica, y la sexual, en muchos de los casos se llega al maltrato físico. Según la última Encuesta Nacional de Violencia de Género realizada en Ecuador en 2011, el 60,60% de mujeres han sido víctimas de algún tipo de violencia; de éstas, el 53% corresponde a la psicológica, el 38% al maltrato físico, el 25,7% es sexual y el 35,3% patrimonial. Según datos registrados epidemiológicos del Ministerio de Salud Pública la tendencia sigue creciendo.

### **Problema**

La presente investigación surge al realizar el análisis del flujograma de atención de la información de campo recogida en el proceso de implementación del Programa de Violencia Intrafamiliar en el Centro de Salud de Conocoto, en el período comprendido entre los segundos semestres de los años 2010 y 2011, ya que se identificó problemas en su funcionamiento, al igual que una falta de claridad en los procedimientos básicos para consulta, en especial en el tema referido a la identificación de los casos, su tratamiento y la derivación o ingreso al servicio de emergencia.

### **Metodología**

Se utilizó la Investigación Acción por ser un método participativo y continuo que permite el involucramiento e interacción con los actores del sistema de salud para identificar problemas en el mismo, así como generar alternativas de cambio y estrategias para su implementación (intervenciones) y evaluación. El diagnóstico situacional como primer paso de la Investigación Acción, permitió identificar problemas con la continuidad e integralidad en la atención de pacientes que sufrían de VIF. Esto ayudó al desarrollo de un modelo del flujo de atención que permitió identificar los problemas existentes en ese momento, llegando hasta la identificación de las alternativas de cambio.

En el segundo semestre de 2011, la intervención de un nuevo actor cambió el rumbo de esta investigación, al aplicar su propia metodología, instrumentos y reglas para la

atención de los casos de violencia intrafamiliar. A partir de entonces, se analizaron los instrumentos y procesos implementados, observando algunos problemas y disfuncionalidades en su aplicación. Como resultado de este estudio, se diseñaron algoritmos de toma de decisiones clínicas que contemplan los tipos de decisión durante la atención de las pacientes víctimas de VIF, complementando así a los flujogramas ya existentes en las normas del Centro de Salud.

Para la elaboración de los algoritmos se consideró la información local, sustentándola con bibliografía acerca de la toma de decisiones para la atención de VIF en los servicios del primer nivel. Los algoritmos fueron elaborados en función de los tipos de decisiones clínicas básicas que deben considerarse para la atención de las víctimas, respetando como marco de referencia los procesos ya establecidos en el flujograma de atención. Para la construcción de los algoritmos, se consideró útil información que ayuda a la toma de decisiones, como por ejemplo indicadores de sospecha o riesgo.

## **Resultados**

Posterior al análisis de la información obtenida se encontró que en este Centro de Salud, para enfrentar los casos con presencia de VIF, como parte de los servicios de salud, se toman diferentes acciones, las que están enmarcadas dentro de 5 tipos que son: a) Decidir si el paciente es o no una víctima de VIF; b) Si es un caso que necesita de atención urgente; c) Tipo de tratamiento (derivaciones a otras disciplinas como psicología o trabajo social); d) Si necesita derivación a otro nivel; y e) Si es necesario involucrar a otro miembro de la familia dentro del tratamiento del paciente.

Por ello se consideró pertinente la creación de 3 algoritmos diferenciados: uno para adultos, otro para niños y adolescentes, y el último para adultos mayores, puesto que se debe diferenciar los tipos de violencia sufrida, para ello se requiere utilizar información distinta en cada uno de los casos.

Muchos de los algoritmos internacionales no utilizan las normas para su construcción lo que dificulta el poder identificar cuáles son las decisiones y los procedimientos más adecuados para atender el caso; cabe señalar que los algoritmos utilizados para violencia sexual son los mejor estructurados, especialmente los de España. Nuestros algoritmos se han realizado bajo las normas y estándares para construcción de los mismos y se han basado no solo en información bibliográfica, sino también en información local, complementado así los datos necesarios para la toma de decisiones, respetando en todo

momento los marcos dados por las normas y protocolos, así como los flujogramas de atención elaborados para la implementación del programa.

### **Conclusiones**

Se espera que la aplicación tanto de algoritmos de toma de decisiones para la atención de adultos, niños/as y adolescentes y adultos mayores, como de las recomendaciones que se hacen en el presente trabajo, contribuyan a mejorar el nivel de compromiso de trabajo de los funcionarios del servicio de salud, adquiriendo mayor responsabilidad sobre sus pacientes, para así prestar una ayuda efectiva, en función de las necesidades y riesgos de cada paciente violentado. Un diagnóstico adecuado y la intervención oportuna permiten realizar un tratamiento efectivo y con resultados positivos, esto repercute en un servicio eficaz y de calidad en la atención a los miembros de la comunidad. Por lo tanto, es necesaria la validación de los algoritmos en campo para una mejor implementación de los mismos.

Una de las limitaciones que se presentaron para construir los algoritmos fue la poca evidencia científica encontrada sobre los niveles de certeza en la atención de este problema, así como sobre la efectividad de las intervenciones. Tampoco se encontraron estudios sobre detección de la violencia en los grupos de interés o específicamente sobre decisiones clínicas para atención de la violencia, más allá de la aplicación de protocolos.

### **Recomendaciones**

Como parte del trabajo realizado en esta investigación y para dar continuidad al proceso iniciado se recomienda cumplir las siguientes recomendaciones: a) validar los algoritmos con el personal de salud; b) incluir en la estrategia del Programa de Violencia a todo el personal de salud y no solo a las obstétrices; c) entrenar al personal para que pueda identificar síntomas de violencia; d) realizar gestiones pertinentes para la conformación de la Red sobre Violencia; e) crear incentivos para motivar al personal a mejorar los registros de las víctimas; f) establecer espacios de discusión en que se analicen las barreras para brindar atención adecuada; y g) establecer un plan de monitoreo y evaluación del programa.

Finalmente, se presenta a grandes rasgos, una propuesta para dar seguimiento al programa.

**Palabras clave:** flujograma, algoritmos de decisiones clínicas, calidad de la atención, violencia intrafamiliar.

## **EXECUTIVE SUMMARY AND KEYWORDS**

Domestic violence (DV) is a structural phenomenon of current concern for societies since it arises in the family and has an impact on the common welfare of human beings, which every day takes countless victims. The exercise of violence takes different forms, among which can be identified verbal abuse, psychological, economical, or sexual aggression, and in many cases ends in physical abuse. According to the latest National Survey on Violence Against Women held in Ecuador in 2011, 60.60% of women have been victims of some form of violence, of which 53% corresponds to the psychological aggression, 38% physical abuse, 25.7% sexual abuse and 35.3% economical abuse. According to epidemiological records of the Ministry of Public Health, the trend continues to grow.

### **Problem**

This research arises from analyzing the health care flowchart of the data collected in the process of implementing the Domestic Violence Program at the Conocoto Health Center in the period between the second semesters of the years 2010 and 2011 because we identified problems in its operation, as well as a lack of clarity in the basic procedures for medical consultation, especially on the issue referred to the identification of cases, treatment and derivation or admission to the emergency.

### **Methodology**

Action Research was used as a participatory method that allows continued involvement and interaction with the actors of the health system to identify problems in it, to generate options for change, and strategies for implementation (interventions) and evaluation. The situational analysis as a first step of action research identified problems with continuity and comprehensive care of patients suffering from domestic violence. This helped to develop a flow model of care that the problems identified at that time, up to the identification of options for change.

In the second semester of 2011, a new player intervention changed the course of this investigation, under their own methodology, tools and rules for dealing with cases of domestic violence. Thereafter, we analyzed the tools and processes implemented, noting some problems and dysfunctions in their application. As a result of this study, we designed algorithms of clinical decision making that provide the types of decisions for the health care victims of domestic violence, complementing the existing flow charts inside the standards of the Health Center.

For the development of algorithms, we considered local information, supporting it with literature on decision making for the health care of domestic violence in the first-level services. The algorithms were developed based on the basic types of clinical decisions to be considered in the attention of victims, respecting as a frame of reference the processes already established in the health care flowchart. For the construction of algorithms, it was considered useful information to help decision making, such as suspicion or risk indicators.

## **Results**

After analyzing the information, we found that the Health Center confronted the occurrence of violence with different actions which are framed in 5 types: a) Decide whether or not the patient is a victim of domestic violence; b) If a case requires urgent attention; c) Type of treatment (referral to other disciplines such as psychology or social work); d) If referral is needed to another level, and e) If it is necessary to involve another family member within the patient's treatment.

We considered appropriate the creation of 3 different algorithms: one for adults, one for children and adolescents, and the last for seniors, since one must differentiate between types of violence suffered, because the use of distinct information in each case is required.

Many of the international algorithms do not use standards for construction, which makes it difficult to identify which decisions and procedures are appropriate to handle the case. It should be noted that the sexual violence algorithms are better structured, especially those of Spain. Our algorithms have been designed under the rules and standards for building them and have relied on both bibliographic information and local information, completing the necessary data for decision making under standards and protocols, as well as the attention flow charts for the program implementation.

## **Conclusions**

It is expected that the application of both the decision making algorithms for the care of adults, children/adolescents, and the elderly, as well as the recommendations made in this work will help to improve the level of commitment to work of the health workers, acquiring more responsibility for their patients in order to provide effective assistance, depending on the needs and risks of each patient violated. A proper diagnosis and early intervention allow an effective treatment with positive result; this affects efficient service

and quality health care to members of the community. Therefore, it is necessary to validate the algorithms in the local field for a better implementation thereof.

One of the limitations for building the algorithms was the little scientific evidence encountered on certainty levels in the treatment of this problem and the effectiveness of interventions. There were also no studies on detection of violence in interest groups or specifically on clinical decisions for treatment of violence, beyond the implementation of protocols.

### **Recommendations**

As part of the work done in this research and to continue the process started we recommend carrying out the following recommendations: a) to validate the algorithms with health personnel, b) to include in the strategy of Violence Program all health personnel and not only midwives, c) to train staff to identify signs of violence; d) to make necessary arrangements for the establishment of the Network on Violence; e) to create incentives to motivate staff to improve reporting of victims; f ) to establish areas of discussion that analyzes the barriers to providing appropriate care, and g) to establishing a plan for monitoring and evaluation.

Finally, a general outline is presented as a proposal to give follow up to the program.

**Keywords:** flow chart, clinical decision algorithms, quality of care, domestic violence.

## 1. INTRODUCCIÓN (PRESENTACIÓN)

Acorde a la Constitución del Ecuador de 2008; Ecuador es un Estado de derecho que, según el artículo 66.3b, reconoce a las personas el derecho a una vida libre de violencia, tanto en el ámbito público como privado.

En la última Encuesta Nacional sobre Relaciones Familiares y Violencia de Género contra las Mujeres (2011), se encontró que el 60,60% de mujeres han sido víctimas de algún tipo de violencia, siendo los grupos indígenas y afroecuatorianos los más afectados, llegando hasta un 70%. Por otro lado, según datos epidemiológicos del Ministerio de Salud Pública (MSP) (Gráfico 3) la tendencia se ha mantenido creciente año a año.

La presente investigación aborda el tema del manejo de la violencia intrafamiliar por parte de un servicio de salud, se realizó en el Centro de Salud de Conocoto del Área de Salud n.º 24 del MSP, ubicada al sureste de Pichincha. Esta Área fue creada el 27 de noviembre de 2007 con las parroquias de Pintag, Alangasí, Amaguaña, La Merced y Guangopolo. Tiene una población de responsabilidad de 136.148 personas (según proyecciones de población para el año 2010) y un total de 110 trabajadores. Cuenta con 9 subcentros y el centro de salud, que además funciona como jefatura de área. Las referencias a segundo nivel, en caso de ser necesarias, se realizan al Hospital Enrique Garcés, que es el hospital de segundo nivel más cercano.

Las principales causas de morbilidad registradas evidencian que las poblaciones adolescentes y de adultos mayores son víctimas de VIF (43 y 14 casos respectivamente en 2009); en el caso de mujeres adultas se tiene alguna referencia desde las estadísticas epidemiológicas, pero aún con subestimación<sup>1</sup> (según el EPI 2, sistema de reporte epidemiológico (SIVEALERTA) para el 2010 se reportaron 44 casos).

En la primera etapa de este estudio se identificó que el Centro de Salud respondía a este problema atendiéndolos desde los servicios de psicología, emergencia, trabajo social y consulta externa, sin articulación alguna entre ellos, esto ocasionaba problemas de continuidad en la atención de los pacientes, así como en el flujo de pacientes en el servicio. Acorde sus estadísticas epidemiológicas, para 2010 se encontraron 109 casos

---

<sup>1</sup> Entrevista al personal de Salud del Centro de Salud de Conocoto referente a la atención de la violencia intrafamiliar durante el primer módulo de campo 2010.

de VIF; 22<sup>2</sup> de ellos llegaron a trabajo social para realizar los trámites con las entidades de apoyo externas a la unidad operativa. De ellos, hasta finales de año, solo uno ha sido considerado como caso cerrado, según criterio de las profesionales del área de trabajo social.

A partir de septiembre de 2011, el Centro de Salud priorizó la implementación del Programa de Violencia, pues la Ley 103 de Violencia contra la Mujer y la Familia, obliga al personal de salud a actuar como testigo del hecho en caso de haberse presentado alguna denuncia. Durante este proceso se adaptó el flujograma del Centro de Salud n.º 10 para la atención de los casos a la realidad de Conocoto. Se esperaba que esto, junto con la aplicación de los protocolos del MSP, sirviera de guía para brindar un mejor servicio a los pacientes con este problema.

## **ANTECEDENTES**

A través de un estudio preliminar realizado desde septiembre a diciembre de 2010, se identificaron problemas en el flujo de atención de pacientes víctimas de violencia intrafamiliar (VIF), así como la falta de claridad en los procedimientos implementados en la atención de estos pacientes. En este período, el Centro de Salud de Conocoto incorporó una profesional en el área de trabajo social para la atención de los pacientes debido a la alta demanda para la asistencia de problemas sociales.<sup>3</sup> A pesar de esto, los procedimientos para el tratamiento de víctimas de violencia no estaban claros y, si bien existía un Flujograma de atención presente en las Normas y Protocolos para la atención por ciclos de vida de la violencia contra género, intergeneracional y del adulto mayor, emitidas desde junio de 2009, éste no se aplicaba.

A través de la realización del Modelo del flujo de pacientes en los servicios de Conocoto (Anexo 1) por parte de la investigadora, se quiso plasmar las condiciones observadas inicialmente en el sistema local de salud en relación al abordaje de este problema. Esto permitió evidenciar que el paciente tenía cuatro opciones al momento de tomar acciones sobre su problema de violencia:

1. Acudir directamente a las dependencias de la Comisaría de la Mujer o Policía o Comisión de Equidad y Justicia o Juzgados de Menores para realizar la denuncia.

---

<sup>2</sup> Datos obtenidos de las fichas realizadas por el servicio de trabajo social

<sup>3</sup> Entrevista Director de Recursos Humanos 2010.

Dependiendo del caso, era enviado al sistema de salud para peritaje de medicina legal, servicio que se encuentra en segundo nivel.

2. Acudir a emergencia del Centro de Salud en caso flagrante y desde ahí autoreferirse a trabajo social en caso de querer realizar la denuncia.
3. Solicitar un turno y acudir a consulta externa; si este servicio identificaba que el o los pacientes eran víctimas de violencia, y según sea su criterio, lo derivaba o no al área de psicología.
4. Autoreferirse al servicio de psicología, desde donde, y bajo criterio del profesional se la remitía a la intervención por parte del área de trabajo social.

Se observó que cada servicio manejaba los casos de VIF sin integrarse con los otros, ni siquiera para solicitar apoyo a fin de resolver esta problemática que es multidisciplinaria por concepto. Solo en aquellos casos que el paciente entraba por el servicio de emergencia, el profesional encargado “sugería” al paciente acudir a trabajo social en caso de que la víctima decidiera hacer la denuncia.

En cuanto a la detección de los casos de violencia desde consulta externa, obstetricia o preparación, el personal de salud (enfermeras y obstétricas), reconoció que pocas veces interrogaban a las y los pacientes acerca de si viven situaciones de VIF. Esta indagación se realizaba solo en caso de sospecha, es decir si los pacientes presentaban evidencias claras como golpes o moretones.<sup>4</sup> La justificación ante esta falta de intervención respondía a que aducían no saber cómo actuar ante estos casos.

Se determinó por tanto que, a pesar de que ya estaban en vigencia las normas y protocolos para la atención de los casos de violencia (publicado en junio de 2009), éstos no estaban siendo aplicados en el Centro de Salud, siendo de total desconocimiento para el personal de salud acerca de la adecuada atención de los mismos.

De los resultados obtenidos, tanto positivos como negativos, al aplicar este modelo se puede indicar la presencia de: a) La falta de integración entre servicios, pues no existía una interconsulta formal, todo se daba por “sugerencias”; b) Los casos se perdían por la falta de claridad en el flujo o proceso a seguir en cuanto al tratamiento; c) No todas las

---

<sup>4</sup> Según los resultados obtenidos de la entrevista aplicada al personal de salud en consulta externa y obstetricia, si bien en algunas consultas se identificaban a las víctimas de violencia (generalmente por moretones o signos de agresión o lesión) pocos indagaban más sobre el asunto y mucho menos registraban esta información en el parte diario y/o historias clínicas; en el mejor de los casos sugerían sacar una consulta en psicología o en trabajo social (primera etapa de la investigación, 2010).

sospechas o identificaciones de víctimas se registraban; d) No existía un solo responsable del paciente desde que ingresaba al servicio hasta que se daba por terminado el problema; e) Se asumía que el responsable exclusivo de los casos de violencia debía ser trabajo social; f) Si bien estaba tácitamente establecido derivar todos los casos a trabajo social, no todos lo hacían, pues no existía un procedimiento formal para aquello, y g) Existía duplicidad de la información y sistemas paralelos de registros.

Entre los factores que condicionaban la existencia de ese modelo se encontraban: a) La falta de utilización de las normas y protocolos existentes a pesar de haber recibido capacitación en los mismos; b) No existía una intervención interdisciplinaria debido a la falta de articulación de los procesos; c) El servicio de psicología estaba orientado únicamente al manejo de problemas en la comunidad, específicamente con adolescentes; d) El servicio de psicología se encontraba en otro sitio, eso dificultaba el acceso a este servicio, pues no había consultas en horarios permanentes; e) La trabajadora social estaba recién conociendo el entorno y por la necesidad de administrar los casos que ella manejaba, y en vista que los formularios institucionales les hacía falta algunas variables socioeconómicas, diseñó su propio registro histórico de pacientes para dar seguimiento a los casos. Esto produjo un sistema paralelo de información que no fue considerado posteriormente para el diseño del programa; y f) No había interés político y gerencial para el análisis y solución de esta problemática.<sup>5</sup>

En entrevistas realizadas al personal de salud en esta primera fase de la investigación, sobre los procedimientos que se seguían en caso de encontrar una víctima de VIF, la mayoría coincidió en que derivaban a trabajo social para que el paciente sea asistido con la denuncia y seguimiento; y, ciñéndose al modelo prescriptivo del MSP (Gráfico 2) que basa su intervención en la acción interdisciplinaria de trabajo social, psicología y medicina se construyó un primer algoritmo de decisión acorde a los procedimientos adoptados hasta ese momento (ver Anexo 2).

También utilizamos el Modelo operacional de análisis de PIOT, que mediante una simulación operacional de la estrategia, busca medir la eficacia de la intervención, para lo cual se estableció ciertos parámetros. Nuestro objetivo era identificar los factores limitantes y que necesitaban ser mejorados en relación a la toma de decisiones. Este modelo matemático que está basado en el Anexo 2, permite obtener una tabla (Ver Anexo 3), en la que se muestran los resultados del manejo el problema antes de la

---

<sup>5</sup> Entrevista a informantes claves (psicólogo y trabajadora social), cuaderno de observación 2010.

implementación del programa, en diciembre de 2010. Podemos observar que en los parámetros, tanto técnico como operativo, de la intervención, existen disfunciones en el flujo de atención (esto afecta la información en la toma de decisiones).

De los casos valorados por el área de psicología<sup>6</sup> solo se tenía registro en aquellos que trabajo social solicitaba interconsulta a este servicio; mas no de la demanda espontánea o derivaciones de otros servicios del Centro de Salud. Esto hacía difícil confirmar el número de personas con diagnóstico de violencia doméstica valoradas y tratadas por el psicólogo; tampoco se podía establecer si siguieron un tratamiento o si hubo un seguimiento interdisciplinario de los casos. Se desconocía, por lo tanto, el resultado efectivo de la intervención dentro del Centro de Salud, por no contar con una retroalimentación adecuada para el mejoramiento de la intervención.

Un dato a destacar, que se evidenció con el modelo descrito previamente fue la identificación de casos de maltrato a adultos mayores; a partir de la incorporación de trabajo social en las brigadas del Programa Manuela Espejo<sup>78</sup>. Esto se reflejó en el sistema de información: la presencia de violencia en adultos mayores está dentro de las 10 principales causas de morbilidad en esta población. Se anota, sin embargo que no se ha logrado identificar casos de VIF en el sector de mujeres mayores.

En el período de septiembre a diciembre de 2011, se inició el proceso de implementación del programa de VIF, para ello se incorporó una profesional en psicología para atender la demanda espontánea; quien posteriormente sería la encargada del Programa de Violencia dada su experiencia en el Centro de Salud del Área 10.

La psicóloga del centro adaptó los instrumentos utilizados en su anterior trabajo a la “realidad del área”, tarea que se realizó con un grupo de trabajo conformado por la obstetrix y la trabajadora social del área, no se involucró a nadie más del sistema local. Los flujos actuales incluyen al servicio de trabajo social como apoyo, y a los organismos de denuncia locales más cercanos, como los Centros de Equidad o Justicia, la Junta Metropolitana de Protección de la Niñez y Adolescencia y Casa de Acogida (que se

---

<sup>6</sup> Existía un solo psicólogo cuyo trabajo mayormente ocupaba en actividades extramurales, por un lado se entiende entonces que no siempre se hayan derivados los casos a psicología del centro de salud sino a otros servicios como INNFA o el centro de acogida. Posteriormente el Centro de Salud contrató a una psicóloga para demanda espontánea y para dirigir el programa de violencia.

<sup>7</sup> Entrevista con Trabajadora Social en el primer módulo de campo 2010.

<sup>8</sup> Programa del estado que busca y atiende personas con discapacidad o abandono e incorporarlos al programa de transferencias monetaria que tiene el gobierno

encuentra en el Hospital Enrique Garcés) como los Centro de Referencia de los pacientes.

## **2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

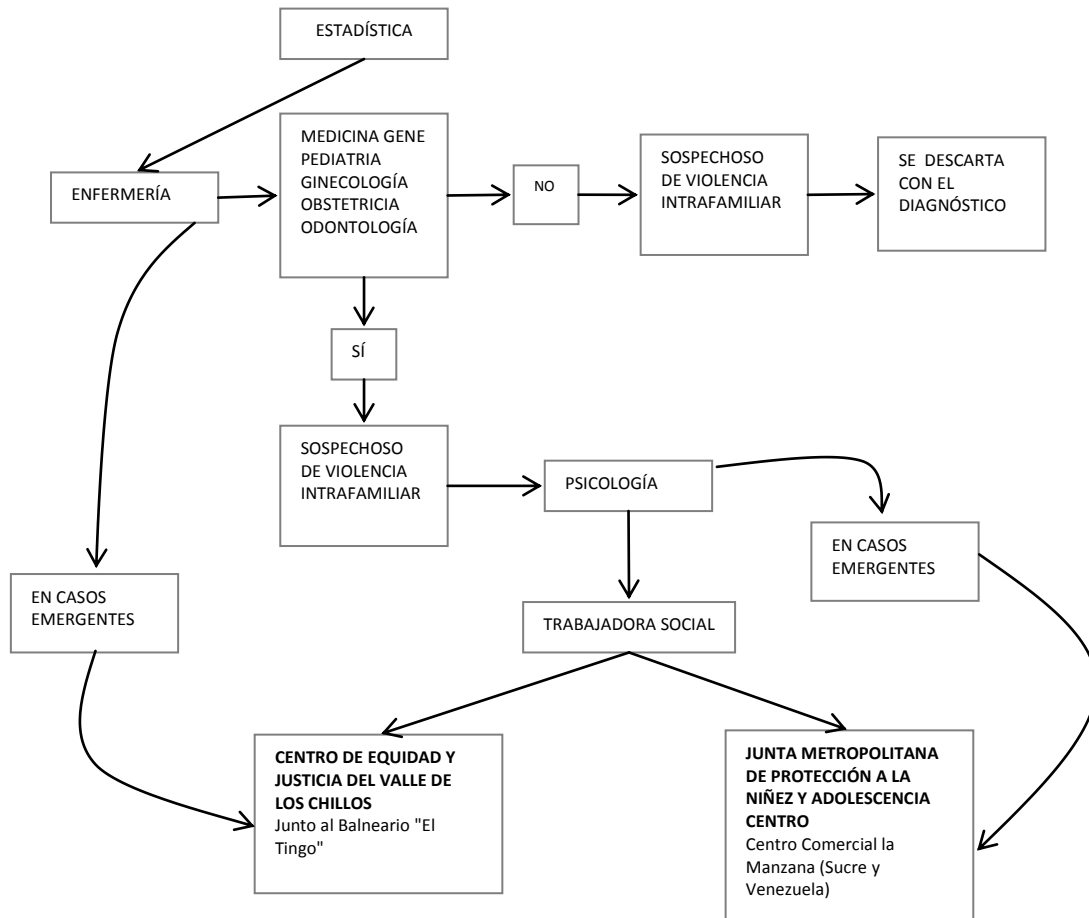
La incorporación de un nuevo actor como líder del Programa de Violencia Intrafamiliar, introdujo diversos cambios en varios niveles de este proceso; se pudo identificar algunas dificultades que se describirán a continuación.

El cambio de coordinadora del programa ocasionó un conflicto de intereses entre el equipo local que venía desarrollando la investigación, con el cual la investigadora había avanzado algunas actividades relacionadas con las nuevas estrategias acordadas en la primera etapa del presente trabajo.

Trabajo social inicialmente llevaba el programa y se estaba capacitando para ello; por lo que casi todas las referencias se centralizaban en este servicio. Por otro lado, la actual coordinadora del programa, al iniciar la implementación del mismo, apenas se había incorporado a esta área dos meses antes, razón por la cual no conocía totalmente el contexto, los actores y factores que incidirían en su labor. Otra dificultad fue que el flujograma no se elaboró conjuntamente con el personal de salud del Área; la coordinadora creó su grupo de trabajo únicamente con la trabajadora social y la obstetriz, lo que ocasionó molestias que se visibilizarían en el primer día del taller de socialización, donde algunos de los directores de los subcentros expresaron su insatisfacción por quedar relegados dentro de este proceso.

En el Gráfico 1, se muestra el flujo a seguir en caso de que un paciente entre al Servicio de Salud directamente; es decir, cuando pide un turno a estadística por cualquier motivo de consulta. Este procedimiento contempla la identificación de un caso de violencia desde la preconsulta, desde donde la enfermera o auxiliar de enfermería puede derivar al paciente a emergencia si fuere necesario. Otra característica de este flujograma es la centralidad en el manejo y tratamiento de los casos en el servicio de psicología. Anteriormente esta responsabilidad estaba a cargo del área de trabajo social, desde donde se decidía los siguientes pasos en el manejo del paciente.

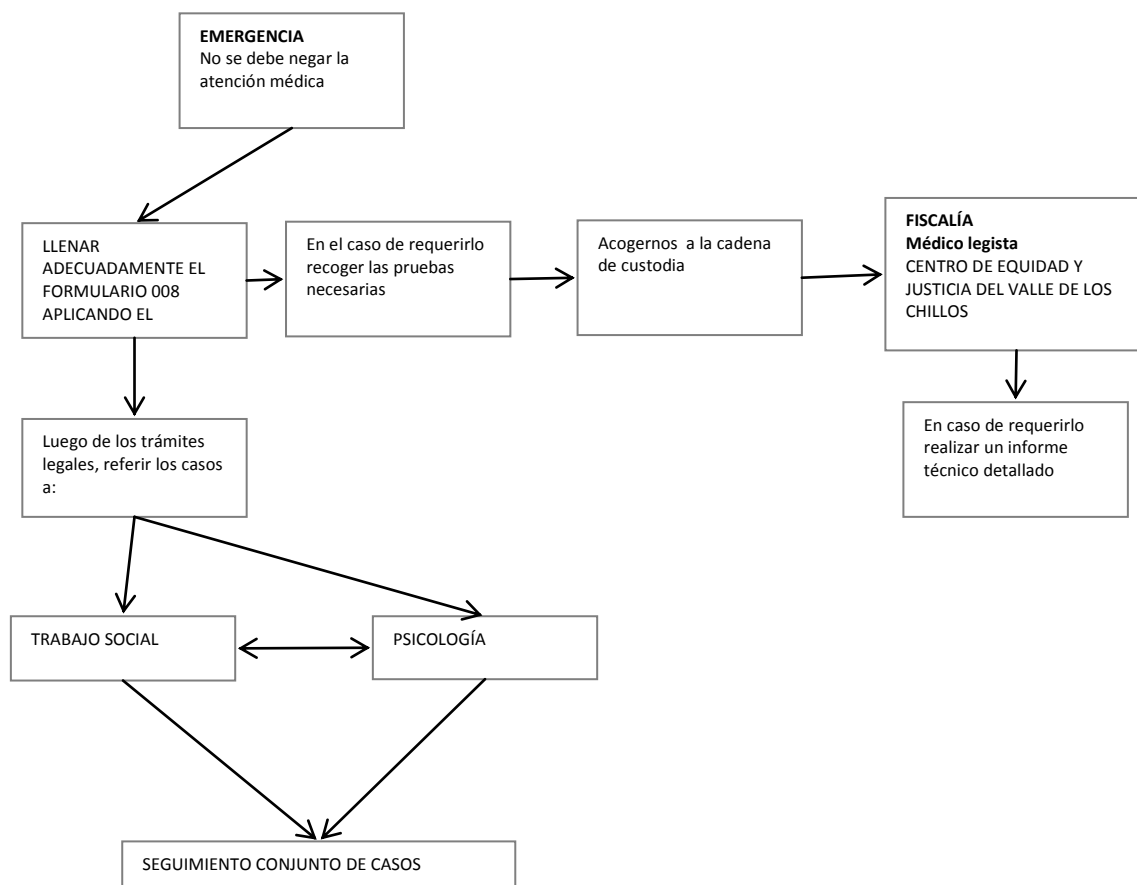
**Gráfico 1. Flujoograma prescriptivo para la atención en casos de violencia intrafamiliar**



**Fuente:** Programa de Violencia Intrafamiliar Conocoto, septiembre 2011.  
**Elaborado:** Centro de Salud Conocoto – MSP

En el Gráfico 2 se ilustra el flujograma para casos flagrantes, indicando los procedimientos que se deben seguir en casos de emergencia, especialmente en los de abuso sexual, o en aquellos que necesitan de hospitalización por traumatismo severo.<sup>9</sup>

**Gráfico 2. Flujograma prescriptivo para la atención en casos de violencia intrafamiliar flagrantes**



**Fuente:** Programa de Violencia Intrafamiliar Conocoto, septiembre 2011.

**Elaborado:** Centro de Salud Conocoto – MSP

La estrategia de implementación propuesta por la coordinadora, se soportó especialmente en la atención de la violencia de género, y por lo tanto, la conformación del comité estaba dada por las obstetras del área y la coordinadora del programa, dejando de lado al resto del personal de salud que también mantiene contacto con la población vulnerable. A pesar de que el proceso se inició a finales de septiembre de 2011, hasta diciembre de 2011, tiempo en el que se recopiló la información para esta investigación, no se había realizado ninguna reunión del comité. Por esta razón, las obstetras al igual que el resto del personal de salud no tuvieron retroalimentación alguna. Tampoco se

<sup>9</sup> Memorias del cuaderno de observación de Taller de socialización del programa de violencia intrafamiliar.

tiene información del funcionamiento del Programa; consecuentemente, no se cuenta con información acerca de la estrategia planteada por parte del comité de violencia.

El cambio que se observó a raíz de esta primera intervención fue que frente a una víctima de violencia, el personal de salud comenzó a realizar la interconsulta a psicología, en vez de trabajo social, pues así lo indicaba el flujograma. Sin embargo, aún no existía una actitud de alerta ante este problema y se seguían reportando solo los casos que mostraban de manera evidente haber sido víctimas de violencia física o aquellos que por su gravedad, ingresaban directamente a emergencia.

Se determinó que el flujograma de atención seguía siendo general, porque las responsabilidades y los procedimientos a seguir en la consulta todavía no estaban claros. Persistió la creencia de que el tratamiento y el seguimiento del paciente eran responsabilidad exclusiva de psicología, como antes lo era trabajo social.<sup>10</sup> Tampoco hubo claridad en las decisiones que debían tomarse en la consulta para identificar, descartar o confirmar sospechas, ni los momentos para realizar las respectivas interconsultas a psicología o trabajo social.

No se establecieron reglas claras si el paciente necesitaba ser ingresado por emergencia o ser derivado a un segundo nivel, o requería que se le busque una casa de acogida. Además, nos informaron que los casos de violencia reportados en este período, se habían centralizado en el servicio de psicología; pero hasta ese momento ninguno había sido referido a trabajo social,<sup>7</sup> aun cuando el flujograma así lo indica. Por lo tanto, podemos afirmar que hasta ese momento no se observó el cumplimiento del ciclo completo del flujograma.

Adicionalmente, existe un vacío en el flujograma para los casos de violencia intrafamiliar (Gráfico 1) en relación a la derivación de casos emergentes que provienen directamente de enfermería, no se tiene clara la intervención de trabajo social; procedimiento que si se lo indica cuando el caso es identificado desde la consulta. Asimismo, solo en el flujograma para casos flagrantes (Gráfico 2) se prevé el seguimiento conjunto o “interdisciplinario” entre trabajo social y psicología (indicado por la flecha de doble vía) como lo indica la norma; lo que no está explicitado en el flujo del Gráfico 1. Lo expuesto

---

<sup>10</sup> Entrevista al personal de salud sobre uso y funcionamiento de los flujogramas.

anteriormente, sigue indicando implícitamente problemas con respecto a la continuidad e integralidad de la atención.<sup>11</sup>

En conclusión, a pesar de la existencia de estos flujogramas y las normas y protocolos de atención, existe debilidad en cuanto a los procedimientos y el tipo de tratamiento que el personal de salud debe instaurar en la consulta con el paciente. Tampoco existe una delimitación clara hasta dónde llega la intervención en la consulta externa o emergencia antes de tomar la decisión de transferir a otro servicio del centro de salud, como psicología o trabajo social; tampoco acerca de cuán necesario es ingresarlos por emergencia directamente.

Analizando los flujogramas de atención y la información de campo obtenida, se evidenció la falta de procedimientos claros y básicos para la identificación de los casos, así como para su tratamiento y derivación e ingreso a emergencia. Por lo que se propuso complementar el flujograma de atención con un algoritmo de toma de decisiones clínicas para el personal que brinda atención. Este instrumento busca mejorar la detección y abordaje de los casos basándose en los tipos de decisiones y la información necesaria en cada paso.

### **3. MARCO TEÓRICO**

#### ***3.1 Violencia intrafamiliar como problema de salud pública***

En nuestros países existe un sistema de desigualdad que se va reproduciendo en todas las instancias sociales, desde las familias hasta las más amplias instituciones educativas, religiosas o judiciales. El sistema familiar, la red más próxima a la persona, se ha estructurado de manera jerárquica y discriminatoria, donde se viven prácticas violentas, generalmente de un modelo rígido, que permiten que se configuren relaciones abusivas convirtiendo estos espacios de expresión y crecimiento difíciles.

Según Jorge Corsi (1992) la violencia intrafamiliar se define como todas las formas de abuso que tienen lugar entre los miembros de la familia, es decir aquella conducta que por acción u omisión ocasiona daño físico y/o psicológico a un miembro de la familia, para ser considerado como tal, debe ser de carácter crónico, permanente o periódico.

---

<sup>11</sup> Continuidad se entiende como la responsabilidad por el paciente no solo al momento de la consulta sino hasta que finalice el episodio de enfermedad o de riesgo. Integralidad se entiende en considerar al paciente en su totalidad y la respuesta a su problema debe tomar en cuenta las consideraciones individuales y comunitarias.

Dentro de las categorías de violencia intrafamiliar, tienen mayor impacto epidemiológico el maltrato a niñas/os, mujeres, adultos mayores y personas con discapacidad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), reconoció a la violencia intrafamiliar en el año de 1994 (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2009), como un problema social y de salud. Y es en el marco político internacional y, a través de los años, que se han ahondado esfuerzos para reconocer su incidencia en las relaciones humanas y sociales, identifica específicamente las de género y contra la familia, por ello se han generado políticas para lograr su erradicación. Antes de este reconocimiento, y gracias al cabildeo de los movimientos sociales, se habían venido desarrollando iniciativas principalmente por la Organización de Naciones Unidas (ONU), que comenzaron en 1979 con la Convención para la Eliminación de las Formas de Discriminación contra la Mujer, hecho que daría paso a una serie de convenciones en el mundo entero sobre los derechos de las mujeres.

En forma cronológica se han realizado los siguientes encuentros internacionales: 2da. Conferencia Internacional del Decenio sobre la Mujer donde se abordó el tema de la mujer maltratada y la violencia de la familia (1980); Consejo Económico y Social de ONU que estableció que los malos tratos contra las mujeres y niñas, la violencia en la familia y las violaciones, constituyen una ofensa a la dignidad del ser humano (1982). En 1985 se desarrolla la 3era. Conferencia Internacional del fin del decenio de la mujer de ONU donde se insta a los Gobierno a crear “conciencia pública sobre la violencia contra la mujer como fenómeno social”. En 1993 se ratificó la Declaración sobre Eliminación de la Violencia contra la Mujer y se “insta a que se hagan todos los esfuerzos posibles para que sea universalmente conocida y respetada”. La cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer en Beijing 1995; produjo uno de los documentos más completos sobre los derechos de las mujeres, ya que recoge los planteamientos de anteriores conferencias de población y la mujer y los contenidos de estos instrumentos internacionales de derechos humanos. Finalmente, en 2003 se comienza hablar sobre la equidad de género en las cumbres y conferencias de las ONU, mostrando una evolución sobre el tratamiento de este problema, encaminándolo al empoderamiento y equidad entre hombres y mujeres (MCDS; CONAMU, 2010).

Ecuador como signatario de la Declaración del Milenio, ha venido desarrollando una serie de acciones en pro de erradicar la discriminación de género; por ejemplo, la Ley 103 sobre Violencia contra la Mujer y la Familia emitida en 1995. Entre las acciones más

relevantes se encuentra el Plan de Igualdad de Oportunidades de las Mujeres Ecuatorianas de marzo de 2005-2009 que se constituye en un instrumento técnico-político que recoge la demanda de las diversas mujeres en el país y plantea propuestas de política pública fundamentada en los derechos universales y específicos de las mujeres. Por otra parte, este gobierno ha tenido especial interés en la erradicación de la violencia, a través de la campaña “Reacciona Ecuador, el machismo es violencia” y el Plan para la Erradicación de la Violencia contra la Mujer y el Maltrato de Niños y Adolescentes para el período 2007-2013 (MCDS; CONAMU, 2010).

### **3.2 Violencia como un problema de salud pública en Ecuador**

En noviembre de 1988, el Ministerio de Salud Pública emitió, mediante Acuerdo Ministerial n.º 01009, las Normas de Salud Sexual y Reproductiva que incorporan un capítulo sobre Violencia Intrafamiliar y Sexual; declarando así a la violencia como un tema de salud pública. Posteriormente, en el segundo Congreso de Salud y Vida en el 2005 se aprobó la Política de Salud Sexual y Derechos Reproductivos, creando una Comisión sobre Violencia Intrafamiliar en el Consejo Nacional de Salud, cuyo principal logro fue la elaboración del Plan de Acción de la Política para el 2006-2008, específicamente en violencia intrafamiliar y sexual. Para septiembre de 2007, se declaró Política de Estado a la Erradicación de la Violencia de Género, mediante Decreto Ejecutivo n.º 620; creándose así la Comisión Técnica de Coordinación Interinstitucional que implementó el Plan Nacional de Erradicación de la Violencia de Género e Intrafamiliar. Esta comisión también incluye al Ministerio de Justicia, misma que se ratifica en 2008 con varios articulados de la actual Constitución del país.

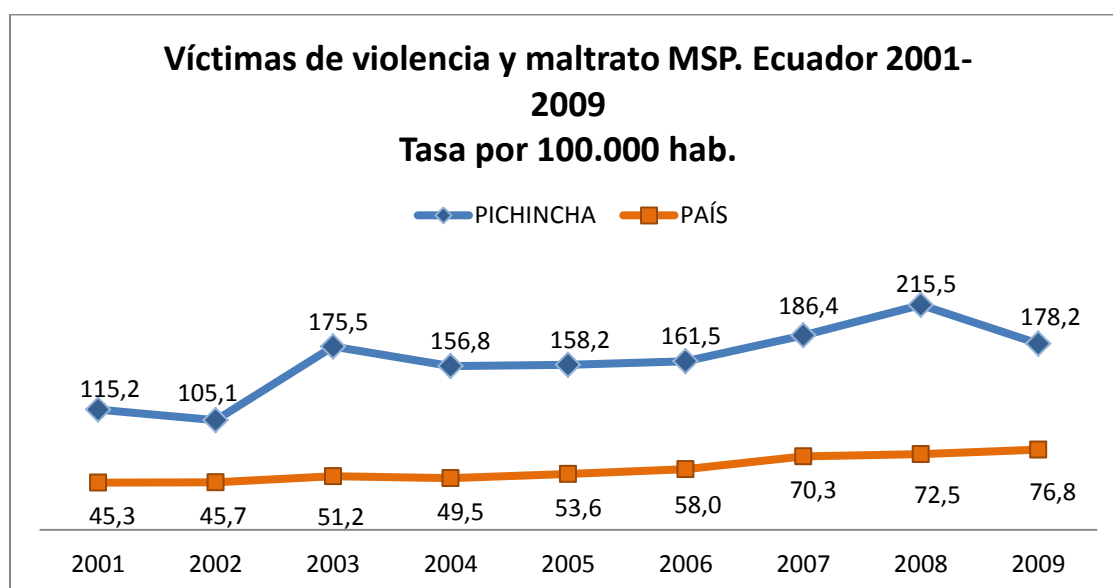
Por último, en junio de 2009 el MSP publica las *Normas y Protocolos de Atención Integral de la Violencia de Género, Intrafamiliar y Sexual por Ciclos de Vida*, con lo que comenzó un proceso de capacitación y preparación del personal de salud para brindar atención a los casos de violencia en todos los niveles de atención, con especial énfasis en el primer nivel (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2009).

En Ecuador la Violencia Intrafamiliar (VIF) es un tema sensible para la sociedad y va en aumento; según el reporte de los sistemas de información del país. Según datos del ENDEMAIN 2004, entre las mujeres de 15 a 49 años, el 27,7% había sufrido violencia física, y el 24,9% violencia psicológica antes de cumplir 15 años. No obstante, solo un 3,7% acudía a una comisaría por asistencia, pues la mayoría (un 40%) prefería buscar ayuda en familiares o amigos. Esto posiblemente se deba a que no encuentran

respuestas a sus reclamos, por miedo al estigma social, o temor a recibir nuevamente un ataque violento. Por otro lado, la situación que muestra la Encuesta Nacional sobre Relaciones Familiares y Violencia de Género contra las Mujeres de 2011, es que el 60,60% de todas las mujeres encuestadas ha vivido algún tipo de violencia, correspondiendo el 53% a violencia psicológica, el 38% física; el 25,7% sexual y el 35,3% patrimonial.

Dentro de los sistemas de información de los servicios de salud del MSP se puede observar que los casos de violencia y maltrato han ido aumentando desde el 2001; contribuyendo en los perfiles de morbilidad del país hasta ubicarse en algunos casos dentro de las primeras 10 causas de morbilidad. Hecho que, sumado a los logros de los movimientos sociales contra la violencia de género, ha contribuido a poner interés en dar respuesta a este problema a través de las políticas y programas estatales.

**Gráfico 3. Víctimas de violencia y maltrato que acuden al MSP. Ecuador 2001-2009. Tasa por 100.000 habitantes**



**Fuente:** Estadística epidemiológicas del MSP  
**Elaboración:** La autora

### 3.3 Definiciones de violencia

Acorde con el Informe Mundial sobre Violencia y Salud de la OMS de 2002, una de las razones por la que apenas se considera a la violencia como una cuestión de salud es la falta de una definición clara del problema. Este es un fenómeno sumamente difuso y complejo, cuya definición no puede tener exactitud científica, ya que es una cuestión de

apreciación. La noción de lo que son comportamientos aceptables e inaceptables, o de lo que constituye un daño, está influenciada por la cultura y sometida a una continua revisión a medida que los valores y normas sociales evolucionan.

Con el fin de llegar a un consenso sobre la definición la violencia que permita hacer comparaciones entre países y generar conocimiento, se planteó la siguiente definición:

Es el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daño psicológico, trastorno del desarrollo o privaciones (OMS, 2002).

Esta definición comprende tanto violencia interpersonal como el comportamiento suicida y los conflictos armados, y aquellos actos que van más allá de lo físico como amenazas e intimidaciones que comprometen al bienestar del individuo, familia y comunidades.

### **3.3.1 Violencia intrafamiliar**

La Ley Contra la Violencia en la Familia del Ecuador emitida en 1995, en su artículo 2 define a este tipo de violencia como “toda acción que consista en maltrato físico, psicológico o sexual efectuado por un miembro de la familia en contra de la mujer o demás integrantes del núcleo familiar”.

Se consideran los siguientes tipos de violencia:

- *Física.* Todo acto de fuerza que cause daño, dolor o sufrimiento físico en las personas agredidas, cualquiera sea el medio empleado y sus consecuencias, sin considerar el tiempo que se requiere para su recuperación.
- *Psicológica.* Constituye toda acción u omisión que cause daño, dolor, perturbación emocional, alteración psicológica o disminución de la autoestima de la mujer o familiar agredido. Es también la intimidación o amenaza mediante la utilización de apremio moral sobre otro miembro de la familia, infundiendo miedo o temor a sufrir un mal grave e inminente en su persona o en la de sus ascendientes, descendientes o afines hasta segundo grado.
- *Sexual.* Sin perjuicio de los casos de violación y otros delitos contra la libertad sexual, se considera violencia sexual todo maltrato que constituya imposición en el ejercicio de la sexualidad de una persona y que la obligue a tener relaciones u

otras prácticas sexuales con el agresor o con terceros, mediante uso de fuerza física, intimidación, amenazas o cualquier otro medio coercitivo.

### **3.3.2 Violencia de género**

La Asamblea General de las Naciones Unidas la define como “todo acto de violencia ejercido en contra del sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado 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 producen en la vida pública como privada” citado en (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2009).

### **3.3.3 Maltrato a niños y adolescentes**

El Código de la Niñez y Adolescencia del Ecuador utiliza el concepto homónimo de maltrato y violencia, en concordancia con la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima versión (CIE-10): “Se entiende por maltrato toda conducta, de acción u omisión, que provoque o pueda provocar daño a la integridad o salud física, psicológica o sexual de un niño, niña o adolescente, por parte de cualquier persona, incluidos sus progenitores, otros parientes, educadores y personas a cargo de sus cuidado, cualesquiera sean los medios utilizados para el efecto, sus consecuencias y el tiempo necesario para la recuperación de la víctima. Se incluye trato negligente o descuido grave o reiterado, relativo a la prestación de alimentos, alimentación, atención médica, educación o cuidados diarios y su utilización en la mendicidad” (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2009).

### **3.3.4 Maltrato (violencia) en adultos/as mayores**

La violencia en adultos/as mayores se la define como “todo acto que por acción u omisión, provoque daño físico o psíquico a un adulto/a mayor, por parte de uno o más miembros de la familia. Comprende agresiones físicas, trato despectivo, descuido de la alimentación, el abrigo, los cuidados médicos, el abuso verbal, emotivo o financiero, la falta de atención, intimidación por parte de los hijos u otro miembro de la familia. Son todos los actos que disminuyen el sentido de identidad y atentan contra su dignidad como persona mayor de 60 años” (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2009).

#### **3.3.4.1 Negligencia y abandono del adulto mayor**

Rechazo, negativa o fallo para iniciar, continuar o completar la atención de las necesidades de cuidado de una persona mayor, ya sea voluntaria o involuntariamente,

por parte de la persona responsable (de forma implícita o acordada) de su cuidado. Ejemplos: No aportar medidas económicas o cuidados básicos como comida, hidratación, higiene personal, vestido, cobijo, asistencia sanitaria, administración de medicamentos, confort, protección y vigilancia de situaciones potencialmente peligrosas, dejarla sola largos períodos de tiempo, no procurarle afecto, entre otros (Observatorio del Adulto Mayor, 2005).

#### **3.3.4.2 Abuso financiero**

Utilización no autorizada, ilegal o inapropiada de fondos, propiedades o recursos de una persona mayor. Ejemplos: Tomar sin permiso dinero o joyas, falsificación de firmas, obligarle a firmar documentos o testamento, uso inapropiado de la tutela o curatela, ocupación del domicilio, en otros (Observatorio del Adulto Mayor, 2005).

#### **3.3.4.3 Escalas de Reis y Nahmiash**

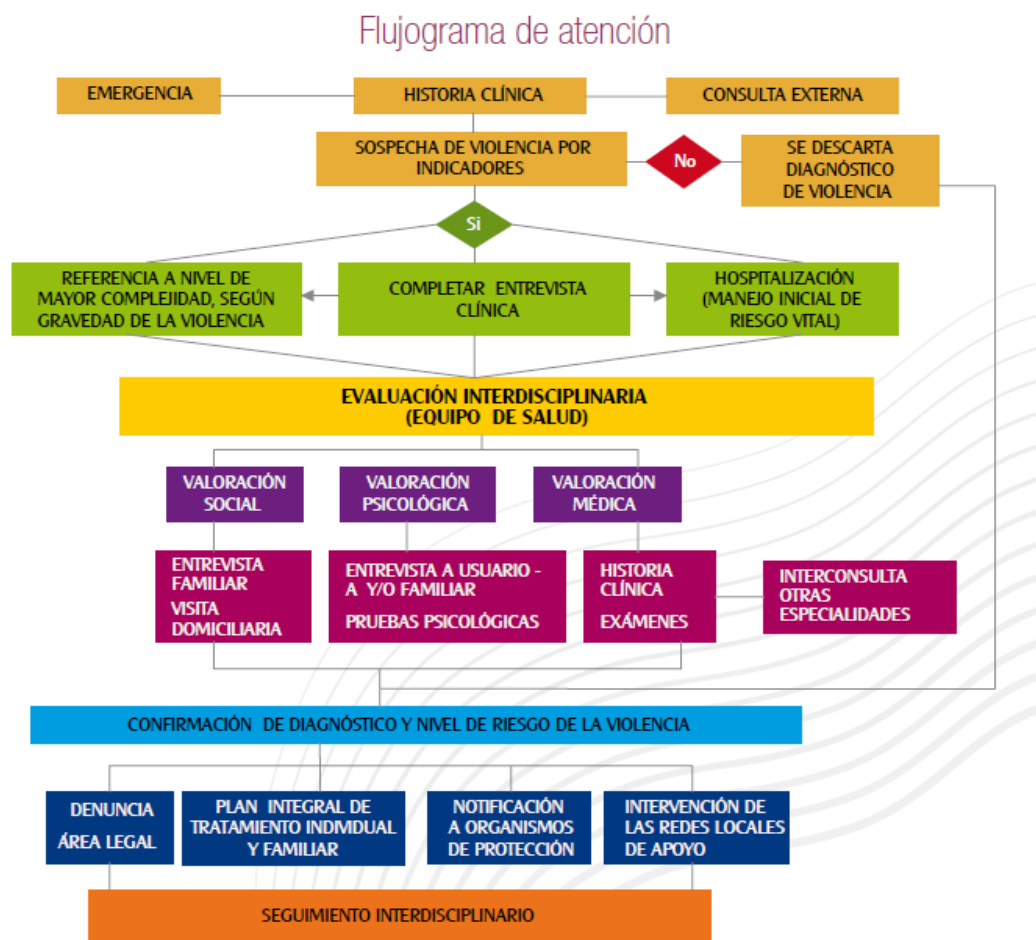
Son pruebas psicológicas que ayudan a valorar el riesgo y/o descartar sospecha de maltrato en el adulto mayor y son aplicadas, tanto al cuidador como al adulto mayor. Los indicadores de maltrato son enumerados por orden de importancia. Se revisa tanto los indicadores del cuidador como del adulto mayor y si los valores son altos entre ambos se tiene mayor probabilidad de maltrato (para más información Ver Anexo 5).

#### **3.4. Normas y protocolo para Manejo de Violencia Intrafamiliar del MSP**

A pesar que el manual fue publicado en junio de 2009, en muchas de las unidades operativas de primer nivel como las del Área 24, no era aplicado. El tema toma preponderancia en las unidades del primer nivel a partir de que la Ley contra la Violencia a la Mujer y la Familia, que en su artículo 10 indica que el personal de salud está obligado a denunciar, en un máximo de 48 horas, como testigo del hecho los casos de presencia de VIF que sean de su conocimiento, sino será penalizado como encubrimiento. Así, desde agosto de 2011, el MSP inició las capacitaciones al personal del primer nivel de atención en que se incluyeron las implicancias y procedimientos legales a seguir en estos casos, así como la aplicación de las normas y protocolos para la atención.

La norma establece un modelo de flujo de atención para las víctimas que sean identificadas dentro del sistema de salud. El modelo planteado es muy general; se basa en un flujo de atención que centra la atención en una evaluación y seguimiento interdisciplinario de la víctima, y una vez confirmada la sospecha de violencia, realiza su notificación a instituciones externas al servicio de salud.

**Gráfico 4. Flujograma de atención de los casos de VIF según Normas MSP**



**Fuente:** Normas y Protocolos de Atención Integral de la Violencia de Género, Intrafamiliar y Sexual por Ciclos de Vida. MSP, junio del 2009.

La norma incluye indicadores clínicos y psicológicos que sirven para comprobar los casos sospechosos de violencia. Para confirmar casos de violencia se tienen una serie de formularios para entrevista a profundidad, que ayudan a identificar los niveles de riesgo y la situación de violencia de la víctima. Finalmente, adjuntan los formularios que se deberían llenar para los procesos legales correspondientes.

### **3.5 Administración de la información en violencia intrafamiliar**

Acorde a la OMS, las elecciones que se hagan en cuanto a la recolección y uso de la información para la salud determinarán nuestra efectividad en detectar el problema, definir prioridades, identificar soluciones innovadoras y buscar recursos para mejorar los resultados en salud. En este sentido, el manejo de la información será de vital

importancia para su tamizaje y la toma de decisiones clínicas, así como para evaluar el mejor tratamiento según sea el cuadro que se está manejando. Por otro lado, algunos autores indican que en muchos establecimientos de salud, una de las principales barreras para mejorar la calidad del servicio es la falta de un sistema confiable para la administración y recuperación de la historia individual del paciente (OMS, 2006).

Un estudio realizado en el estado de Oregón sobre el tamizaje de la violencia familiar en niños indica que, a pesar de la prevalencia de abuso y maltrato infantil y de su impacto en la salud, existen pocos estudios que provean de datos sobre su detección y la administración de guías clínicas. Como resultado de esto se tiene que los profesionales clínicos tienen dificultades en cumplir con su rol en la prevención y tratamiento de los daños producidos por la violencia en la familia (Nygren P, Nelson H, Klein J, 2004).

En Argentina una investigación demostró que las prácticas profesionales para atender a una mujer violentada se limitan a registrar en la historia clínica lo que refiere al paciente y derivarlo al servicio de psicología o trabajo social. Los profesionales mencionan tener barreras para trabajar en este problema, tales como sensación de frustración, no sentirse capacitado, no saber qué hacer, sentir que es un problema que no se puede solucionar, miedo al agresor o a tener problemas legales y centrarse a buscar solo la violencia física.

Sin embargo, el estudio indica que la atención en los espacios de salud tienen ventajas específicas en cuanto a la prevención como son: a) desnaturalizar la violencia, pues gran cantidad de mujeres no identifican que sufren de violencia o no quieren denunciarla antes las instancias judiciales, pero en el servicio se puede prevenir mediante la detección antes que el caso llegue a la situación de agresión física; b) el servicio de salud es la única instancia de atención a violencia que interactúa con todas las mujeres en algún momento de sus vidas; c) las víctimas de violencia utilizan con mayor frecuencia los servicios debido a que esta agresión produce problemas en el plano psicológico, físico y social (Noce, 2002).

### **3.5.1 Sistemas de vigilancia de violencia intrafamiliar**

Los sistemas de vigilancia relacionados a lesiones son bastante recientes y más aún los que incluyen el tema de la violencia. El primero en este tipo es el "*Injury in America*" que data de 1985. Posteriormente, una asociación de la OMS y el CDC propuso guías para la vigilancia epidemiológica de las lesiones y violencia, en donde se recogen datos sobre: a)

las víctimas de lesiones, b) mecanismos de lesión, c) circunstancias de la lesión (Duque, Caicedo, & Sierra, 2008).

En Colombia, dada la problemática que se vive a diario en relación a la violencia, existen algunos ejemplos de sistemas de vigilancia epidemiológica como Slvigila que inicialmente fue creado por la Dirección Seccional de Salud de Antioquia y luego adoptado por el Ministerio de Salud.

Sus componentes son: a) Vigilancia de eventos transmisibles y de fuente común; b) Vigilancia de la mortalidad evitable; c) Vigilancia de los factores de riesgo del ambiente; c) Vigilancia de las enfermedades crónicas no transmisibles, vigilancia de coberturas de las acciones de protección específica y detección temprana articulada; d) Vigilancia por laboratorio; e) Vigilancia de la violencia y de la violencia intrafamiliar, vigilancia de otros eventos especiales. A este sistema se ha tenido que adjuntar otras iniciativas para la violencia como “Haz Paz”, que buscaba la articulación de los programas o estrategias comprometidas con el mejoramiento de las relaciones intrafamiliares, así como la prevención de la violencia intrafamiliar y la atención de sus consecuencias.

Adicionalmente, existe el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) que es de diligenciamiento obligatorio para todas las instituciones de salud, y constituye un instrumento adecuado para iniciar el monitoreo de las lesiones no fatales. Este sistema forma parte de las fuentes de información del país, pero no está anexo a Slvigila (Duque, Caicedo, & Sierra, 2008).

Ecuador, mediante el MSP, cuenta con el sistema epidemiológico SIVEALERTA, en el cual la notificación de la violencia intrafamiliar y maltrato es obligatoria. La recopilación de información se realiza en todas las unidades operativas del ministerio, y con todos quienes deben reportar los casos; y recoge información del agredido, las características de la agresión e información del agresor. Existen otros sistemas de información como los implementados en las Comisarías de la Mujer, lugar dónde se denuncia la agresión; sin embargo, aún no se encuentra articulado al sistema de notificación del MSP ni con los sistemas locales como los municipios, policía o juzgados de la niñez y adolescencia.

La Comisión de Transición (Consejo Nacional de Mujeres e Igualdad de Género) se encuentra trabajando en una propuesta para la implementación del Sistema Nacional de Información sobre Violencia de Género e Intrafamiliar acorde al Plan Nacional de

Erradicación de la Violencia. Se ha llegado al diagnóstico situacional de los sistemas de información de las diversas dependencias, y sus conclusiones indican que, pese al interés de conformar redes interinstitucionales, éstas no están funcionando, pues no se logra un nivel mínimo de coordinación e intercambio de información. La información que se recoge está relacionada a los hechos y denuncias, más no a aquellos datos que permiten hacer seguimiento de los casos, o saben hasta dónde llegó la resolución de los mismos.

### **3.6 Toma de decisiones en la atención de pacientes**

Por definición, la toma de decisiones es un proceso en el cual se realiza una elección consciente y racional entre diferentes alternativas o formas con las que se puede resolver un problema y está orientada a conseguir un objetivo. Los elementos que constituyen la estructura de la decisión son: los objetivos de quién decide y las restricciones para conseguirlos; las alternativas posibles y potenciales; las consecuencias de cada alternativa; el escenario en el que se toma la decisión y las preferencias de quien decide.

En el proceso se pueden identificar varias etapas:

1. **Identificar y analizar el problema.** Comprende encontrar el problema y reconocer la importancia de tomar una decisión para llegar a la solución del mismo. En la identificación del problema es necesario tener una visión clara y objetiva.
2. **Identificar los criterios de decisión y ponderarlos.** Consiste en identificar aquellos aspectos que son relevantes al momento de la toma de decisiones; es decir, aquellas pautas de las cuales dependerá la decisión a tomar. Para ponderar se asigna un valor relativo según la importancia del criterio considerado en la decisión tomada. La identificación de los criterios no siempre se realiza en forma consciente previa a las siguientes etapas, sino que las decisiones por lo general responden a la experiencia personal de los profesionales.
3. **Definir la prioridad para atender el problema.** La prioridad se refiere al posible impacto que se espera obtener con la solución seleccionada y la urgencia que se tiene para atender o resolver un problema. El impacto describe el potencial al cual se encuentra vulnerable, y la urgencia muestra el tiempo con que se cuenta para evitar o al menos reducir este impacto.
4. **Generar las opciones de solución.** Esto significa desarrollar distintas posibles soluciones al problema. Si bien en la mayoría de los casos no resulta posible

conocer todos los posibles caminos que se pueden tomar para solucionar el problema, hay que generar alternativas hasta encontrar una que encaje adecuadamente con el problema, a fin de resolverlo satisfactoriamente. En esta etapa es importante la creatividad de los tomadores de decisiones.

5. **Evaluar las opciones.** Consiste en mirar las ventajas y desventajas de cada posible solución asignándoles un valor ponderado y acorde al contexto en el cual se toma la decisión. En esta etapa del proceso es importante el análisis crítico de las cosas.
6. **Elección de la mejor opción.** Escoger la solución adecuada posterior a la evaluación es el fin de este proceso para lograr la óptima resolución del problema. Esta decisión considera varios criterios como: maximizar, satisfacer, optimizar.<sup>12</sup>
7. **Aplicación de la decisión.** Significa implementar la decisión tomada para luego evaluarla y determinar si fue o no acertada. Este punto considera ala posibilidad de plantear una nueva toma de decisiones.
8. **Evaluación de los resultados.** Consiste en evaluar si se logró dar solución o no al problema. Para esto se debe tomar en cuenta si la implementación de las acciones fue efectiva, en caso de no haber dado solución se procederá a evaluar las variables que no fueron acertadas para iniciar con un replanteamiento del proceso nuevamente. Las nuevas acciones ha tomar requerirán de incorporar mayor información, ya que esto permitirá identificar los errores cometidos en el primer intento.

Estos procesos de decisión cambian continuamente; es decir, se modifican constantemente, por la evolución que tenga el sistema, o por la aparición de nuevas variables que lo afecten (Plaza Consultores, 2012).

En el caso de las decisiones clínicas, si bien cada médico afronta los problemas de una forma distinta, basada en su experiencia y su reforzamiento, existen varios modelos para resolución de problemas; el uso de cada uno de ellos depende del tipo de problema que se pretende resolver. En este proceso, la información es un aspecto relevante, pues funciona como materia prima para desarrollar opciones o evaluar las existentes.

---

<sup>12</sup> Maximizar: Tomar la mejor decisión posible para obtener el mayor beneficio, Satisfacer: Elegir la primera opción que sea mínimamente aceptable satisfaciendo de esta forma una meta u objetivo buscado. Optimizar: que genere el mejor equilibrio posible entre distintas metas.

Aunque la toma de decisiones clínicas se puede ajustar a las etapas previamente descritas, existen modelos específicos para decisiones clínicas y ciertos criterios que ponderan algunas alternativas más que otras. Entre ellos podemos mencionar:

**Modelo de umbrales:** la decisión se toma cuando superamos un punto a partir del umbral del problema, es decir se tiene suficiente certeza para actuar y solucionar el problema.

**Escala de probabilidad:** permite determinar la probabilidad que una persona determinada tenga cierta afección (probabilidad *a priori*) y luego la combina con una serie de argumentos para confirmar o descartar. Este modelo reúne a varias técnicas matemáticas, pero se apoya en la intuición.

**Panoramas diagnósticos:** integran los dos modelos anteriores en uno solo, para aplicarlo en la realidad. En una primera fase estarán aquellos posibles diagnósticos urgentes, graves o tratables, mientras que otros diagnósticos, más comunes, se encuentran en círculos más lejanos. (Van de Ende J, Moreira J, Bisoffi Z, 2008)

Johan Herteleer considera que las ventajas del uso de estos modelos no se limitan solo a lo clínico, sino que producen una organización de servicios más costo-efectiva, orientada a las necesidades de cada situación y pacientes. Esto conlleva a una práctica médica más ética y racional. Pero para ello se requiere de un adiestramiento continuo mediante procesos de capacitación. Por otro lado, recalca que la aplicación de toma de decisiones debería complementarse con otros enfoques, tales como medicina basada en evidencia, uso de normas y protocolos, uso racional de medicamentos y relación médico-paciente; pero sin contradecirse entre ellos (Van de Ende J, Moreira J, Bisoffi Z, 2008).

### **3.6.1 Instrumentos para mejorar la toma de decisiones**

#### **3.6.1.2 Normas y protocolos de atención**

Son instrumentos desarrollados por personas conocedoras del problema, basándose en sus experiencias conjuntas, en los conocimientos actuales que existen en torno a la problemática y como solucionarlos, y en especial evidencia proveniente de la investigación. Éstos brindan un marco de referencia al momento de evaluar un caso o situación, permitiendo acelerar y mejorar la calidad el proceso de toma de decisiones, siendo útiles además para la enseñanza de decisiones clínicas.

### 3.6.1.3 Flujograma

Un flujograma o diagrama de flujo es una representación gráfica de hechos, situaciones, movimientos o relaciones, la cual utiliza símbolos y figuras con significados bien definidos que sirven para representar una etapa o proceso o flujo de ejecución; y también usa flechas, que conectan puntos de inicio y de término.

A continuación se presenta la simbología utilizada en la diagramación de flujos:

**Gráfico 5. Simbología para graficar flujogramas**



**Fuente:** <http://mis-algoritmos.com/aprenda-a-crear-diagramas-de-flujo>

#### 3.6.1.3.1 Flujograma de atención

Se puede definir el flujograma de atención como la expresión gráfica del flujo de los pacientes dentro de un servicio. Siendo este un modelo que indica dónde debe acudir o derivarse al paciente durante su atención. Es decir, describe cómo cada componente del sistema debería relacionarse o articularse para brindar una atención que lleve a resolver efectivamente un determinado problema de salud.

#### 3.6.1.4 Algoritmos de decisión clínica

Se puede definir un algoritmo como un conjunto finito de instrucciones o pasos que sirven para ejecutar una tarea o resolver un problema, es decir una secuencia finita de operaciones realizables. Debe ser lo más descriptivo posible, tratando de que no sea ambiguo. El algoritmo clínico crea un trayecto a seguir, para guiar el razonamiento del diagnóstico y la elección del tratamiento; ayudando a los profesionales de la salud a analizar un problema y actuar con base en dicho análisis. Este modelo procedimental organiza el problema en eventos y decisiones, en forma secuencial, y pone un orden en

la toma de decisiones. Ayudan a los profesionales de la salud a usar apropiada y eficazmente las normas y los recursos existentes.

Su importancia radica en que favorece la identificación de los puntos fuertes y débiles de las vinculaciones que se realizan, recordándoles las opciones que se pudieran pasar por alto y permitiendo la comparación visual de las diferentes soluciones o trayectos, hasta llegar a una solución. Además, ayudan a los profesionales de la salud a usar apropiadamente y eficazmente las normas de decisión existentes. Los algoritmos son una guía para el proceso de toma de decisión; no implican dejar de lado el razonamiento, sino actuar de acuerdo al mejor criterio y en base a la evidencia existente, para cada problema clínico particular.

Se concluye por tanto que la diferencia básica entre un flujograma y algoritmo radica en la función de cada uno. Aún cuando ambos son expresiones gráficas de procedimientos para la atención al paciente, el flujograma de atención indica la ruta del paciente en la atención dentro de un servicio de salud, en cambio el algoritmo crea un trayecto de razonamiento para la toma de decisiones para el manejo de un problema de salud de parte del profesional del área (Cengarle, 2007).

#### **4. Conocimientos y la experiencia previa**

##### **4.1 Modelo de manejo de casos de violencia intrafamiliar en el Área n.º 10**

El modelo de atención para el manejo de víctimas de violencia intrafamiliar desarrollado en el Área de Salud n.º 10 de San Carlos, sirvió de referencia para la aplicación de las Normas Nacionales de Atención de las Víctimas de Violencia en el Área de Salud n.º 24 de Conocoto donde se desarrolló la presente investigación. La psicóloga clínica encargada de la implementación del programa de violencia en el área de Conocoto trabajó antes en dicha Área de Salud, coordinando el programa de violencia por cerca de 2 años. Por lo tanto, los flujogramas de atención y procedimientos utilizados en el Área de San Carlos, junto con el modelo de gestión por comités fueron utilizados y adaptados por ella a la nueva realidad de Conocoto.<sup>13</sup>

El manejo administrativo del Área 10 se realiza por medio de comités que están a cargo de cada uno de los programas establecidos por el MSP; cada comité tiene un responsable. Los comités están conformados por un representante de cada unidad operativa; el número de integrantes varía de acuerdo al personal disponible en el área.

---

<sup>13</sup> Entrevista con la Coordinadora del Programa de Violencia

En la entrevista realizada a la psicóloga, ella indicó que el objetivo de esta organización era que todo el personal estuviese involucrado y obligado a planificar el trabajo periódicamente; además que esto permitía una mejor comunicación entre todos. En las reuniones de los comités se exponen casos y se verifica el cumplimiento de las rutas de referencias, de acuerdo al flujograma planteado y elaborado por el comité. También se observa en cuáles situaciones funcionan los flujogramas. Los programas considerados eran aquellos por ciclos de vida y entre sus respectivos comités se encontraban los de niños y adolescentes, VIH, de violencia familiar y salud mental.

Según lo descrito en la entrevista, entre los factores relevantes que condicionaban el funcionamiento de este modelo se pueden mencionar: a) las capacitaciones debían replicarse inmediatamente al personal; b) la buena relación con los centros educativos que ayudaban a reportar los casos de maltrato infantil; c) una red local de violencia intrafamiliar que permitía realizar las referencias sin ningún problema y con quienes mantenían reuniones mensuales para coordinación interinstitucional; d) la proactividad de un actor clave como es la promotora del Centro de Equidad y Derechos del Municipio del Norte, con quienes tenían buena relación; este último resultó vital para gestionar los casos de denuncia y espacio en casas de acogida. Aún así, al inicio de la implementación del programa, los profesionales de la salud tenían resistencia a derivar los casos, por falta de confianza en el sistema judicial. Poco a poco, se fueron sensibilizando más con el problema y aceptando su responsabilidad de denunciar los casos (Experiencia no publicada, comunicación personal de la psicóloga Sandra Núñez, septiembre 2011).

#### ***4.2 Uso de algoritmos de decisión en normas y protocolos de otros países***

En comparación a las normas y protocolos de Ecuador, en países como España y México, en vez de incluir un flujograma general de atención, se incluyen algoritmos de decisión para cada caso de violencia (física, psicológica y sexual) junto con un listado de la información que se debe buscar y utilizar en cada paso.

Según la experiencia se insta en la presentación de los protocolos de detección y abordaje de la violencia doméstica del sistema sanitario público de la Rioja y los protocolos aplicados en Canarias, España; estos algoritmos fueron elaborados para brindar mayor información que permitiera la detección y el abordaje de la violencia doméstica. Se buscaba también que sirvieran a la red de atención pública para una

correcta coordinación interdisciplinaria e interinstitucional. Estas experiencias son interesantes porque, a más de incluir definiciones de violencia doméstica e indicadores de sospecha, factores de riesgo y consideraciones legales; incluye una sección sobre actitudes y habilidades de comunicación entre el personal de salud y las víctimas de violencia, abordando los miedos o rechazos que el personal pueda tener al momento de brindar atención a una víctima. Incluso indica las acciones a tomar en caso que el agresor esté presente en la consulta, así como ciertas actividades de prevención que se deben incluir dentro de la consulta. Posteriormente presentan un algoritmo para cada tipo de violencia, tanto para aquellos que se confirman, como para los sospechosos.

Adicionalmente, incluye una lista de las instituciones de apoyo con sus respectivos contactos en caso que se necesite derivar. Estos documentos contienen componentes similares al Protocolo de Actuación en Atención Primaria del Sistema Nacional de Sanidad para mujeres víctimas de malos tratos; pero este último es mucho más teórico. Si bien ninguno utiliza la simbología y el orden preestablecido para construcción de algoritmo, se guarda la lógica de los procesos a seguir, lo que permite seguir el flujo en la toma de decisiones apoyado en la información necesaria en cada paso (Consejería de Sanidad -Dirección de Salud Pública y Participación, 2004)

En México, los protocolos para la Detección y Manejo del Maltrato del Adulto Mayor fueron elaborados por el Consejo de Salubridad General. Las víctimas se identifican por medio de un algoritmo. Lo interesante de este algoritmo es que al inicio del mismo se incluye un acápite relacionado a definiciones básicas y los códigos que se deben utilizar para el registro de los casos de violencia doméstica en los formularios institucionales.

En otro apartado relata el proceso de construcción de dicho protocolo, incluyendo la evidencia, recomendaciones y buenas prácticas utilizadas. Incluye dos algoritmos: uno para la detección del caso y otro para su manejo. La evidencia utilizada en la guía se soportó en el documento de Prevención del Abuso de las Personas Mayores de la Universidad de Iowa. Tampoco sigue las características básicas de un algoritmo, pues si bien se utilizan ciertas simbologías, se mezclan con cuadros de información dentro de los símbolos para procesos (Centro Nacional de Excelencia y Tecnología en Salud (CNETS), 2008).

## **5. OBJETIVOS**

### **5.1 Objetivo general**

Desarrollar un modelo prescriptivo adaptado a las condiciones locales para la toma de decisiones clínicas que se toman en el manejo de los casos de violencia intrafamiliar en el Centro de Salud de Conocoto; que contribuya a la calidad de la atención, mediante el fortalecimiento de su continuidad e integralidad.

### **5.2. Objetivos específicos**

1. Analizar los problemas y deficiencias en el uso del flujograma de atención existentes para el manejo de los casos de violencia intrafamiliar.
2. Identificar los tipos de toma de decisiones al momento de la atención de estos casos.
3. Identificar la información que se requiere para cualificar cada uno de los tipos de decisiones, incluyendo la proveniente de experiencia en otros países.
4. Analizar los factores que condicionan la implementación de los algoritmos de decisión para el manejo de la violencia intrafamiliar a nivel local.
5. Desarrollar algoritmos para la toma de decisiones clínicas en el manejo de víctimas de violencia intrafamiliar que acuden al servicio de salud de Conocoto.

## **6. HIPÓTESIS**

La elaboración de algoritmos para la toma de decisión debe estar basada en información local y bibliográfica para que sean aplicables en la realidad de los servicios de salud, y consecuentemente, mejorar la calidad de la atención para estos pacientes.

## **7. METODOLOGÍA**

### **7.1 Tipo de investigación**

Inicialmente se realizaron dos trabajos de campo relacionados a la calidad de la atención brindada a los casos de violencia intrafamiliar en el Centro de Salud de Conocoto; para esto se realizó un diagnóstico descriptivo, como primer paso de una Investigación-Acción. Este método de investigación es participativo y continuo; permite involucrar e interactuar con los actores del sistema de salud e identificar problemas en el mismo; así como generar alternativas de cambio y estrategias para su implementación (intervenciones) y evaluación. La Investigación-Acción parte del diagnóstico situacional, que es la fase

exploratoria en campo, adicionalmente se complementa con la búsqueda activa de bibliografía (experiencias previas y marco teórico) que permitirán identificar un problema y analizar sus factores condicionantes en el sistema de salud. Esto se plasmará en un modelo conceptual con el que se generarán las alternativas y consecuentemente, la hipótesis cambio. A partir de esto, se elaborará un plan de operacionalización de la o las alternativas, junto con un plan para evaluarlas operativa y analíticamente y se ajustarán los objetivos de investigación acorde a los resultados que se vayan obteniendo en las diferentes etapas.

En el primer trabajo se avanzó hasta la elaboración del modelo conceptual y las alternativas de cambio. Posteriormente, la introducción de un nuevo actor en la segunda etapa del módulo cambió el rumbo de nuestra investigación, pues el nuevo actor aplicaría su propia metodología, instrumentos y reglas para la atención de los casos de violencia intrafamiliar acorde a su experiencia previa.

A partir de entonces, esta investigación se enfocó en el análisis de instrumentos y los procesos implementados por el programa de violencia por parte de la coordinadora; en donde se observaron algunos problemas en la aplicación y disfuncionalidades en el diseño del flujograma. Consecuentemente, se propuso complementar este proceso con un algoritmo de toma de decisiones clínicas para una atención más efectiva de los casos de violencia. Para la elaboración de estos algoritmos se procedió a la recolección y análisis de información local, así como también de bibliografía que aporte en la construcción de un modelo conceptual. La propuesta de un algoritmo que es aplicable en la realidad local del Centro de Salud de Conocoto, es el resultado principal que se presenta en esta investigación; quedando pendiente su implementación y posterior evaluación, como segunda fase de esta Investigación-Acción.

Cabe señalar que los algoritmos construidos fueron revisados por profesionales que brindan atención a víctimas de violencia intrafamiliar, que si bien no corresponden al Centro de salud de Conocoto, pertenecen a una realidad parecida. Observaciones y recomendaciones que sirvieron de retroalimentación y fueron acogidas en los algoritmos posteriormente.

## **7.2 Población de estudio**

Todas las mujeres, niños/as, adolescentes y adultos mayores que acuden al Centro de salud de Conocoto que presentan problemas de violencia intrafamiliar, y el personal de

este servicio de salud involucrado en la atención de personas que sufren violencia intrafamiliar.

### ***7.3 Fuentes y Técnicas para la recolección de información***

Se utilizaron técnicas cuantitativas y cualitativas para la recolección de información; siendo las principales: la revisión documental, las entrevistas y la observación directa. Se utilizaron instrumentos como la matriz de recolección de datos, una guía semiestructurada de entrevista, cuaderno y guía de observación.

Para analizar los problemas y las deficiencias en el uso del flujograma de atención, se realizaron entrevistas con los actores locales (médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería y de recursos humanos), utilizando una guía de entrevista semiestructurada.

Fueron elegidos 7 miembros del Centro de Salud pertenecientes a las áreas de obstetricia, consulta externa, emergencia y estadística, que son los servicios donde existe contacto cotidiano con los pacientes, para indagar sobre la detección de este problema y su posicionamiento frente al mismo. Se entrevistó al psicólogo y a la trabajadora social, por ser éstas áreas de servicio hacia donde se derivan los casos identificados como víctimas de violencia intrafamiliar. Mediante observación directa se obtuvo información del flujo de los pacientes dentro del servicio, la que fue registrada en el cuaderno de observación.

Para la construcción de los algoritmos fue necesario identificar los diferentes tipos de toma de decisiones al momento de la atención y qué información se requería para cada una de estas decisiones. Para ello se obtuvo información mediante entrevistas con la coordinadora del programa y la trabajadora social del área. Ésta se complementó con revisiones bibliográficas acerca de programas de violencia intrafamiliar y el uso de protocolos y algoritmos para atención de pacientes con violencia doméstica en otros países; lo que permitió conocer las intervenciones en salud para atender casos de violencia que se llevan a cabo internacionalmente.

El apartado sobre los factores que condicionan la implementación de los algoritmos propuestos a nivel local se desarrolló mediante el análisis del cuaderno de observación, las entrevistas con actores locales y las experiencias previas.

Para la construcción de los algoritmos de decisión se realizó una búsqueda bibliográfica, donde se levantó información acerca de la toma de decisiones clínicas, protocolos de atención y algoritmos de decisión para los casos de violencia intrafamiliar en el primer nivel de atención. Se buscaron datos que argumenten su eficacia, así como las diferencias en la detección y tratamiento en las poblaciones de mujeres, niños/as y adolescentes y adultos mayores. También se recabó información necesaria sobre los requerimientos de información que plantea cada uno de los tipos de decisión a los que se enfrenta el profesional de salud al momento de atención de una víctima de violencia doméstica.

Inicialmente se buscó bibliografía mediante las palabras clave “modelos de atención” y “tamizaje y/o *screening*” de violencia intrafamiliar, de donde se obtuvo información de estudios de prevalencia y acerca de los problemas que afrontan los médicos generales en la atención de la violencia intrafamiliar; así como algunas pautas para la toma de decisiones.

Posteriormente, se buscó información más específica sobre toma de decisiones, y la existente relacionada a algoritmos. Para ellos se utilizaron las palabras clave “algoritmos para violencia intrafamiliar”. Con esta búsqueda se obtuvieron artículos sobre algunas experiencias en América Latina y otros países europeos, especialmente sobre protocolos que incluían algoritmos de decisión para la atención de las víctimas.

Como modelos para nuestros algoritmos se eligieron aquellos que se parecieran más a nuestra realidad local y a los protocolos y las normas del MSP. Se seleccionaron así los algoritmos de España, Canarias y Gobierno Vasco. Con esta búsqueda, la mayoría de la información que se consiguió estuvo relacionada a la violencia de género, así que posteriormente se tuvo que buscar “algoritmos para atención de maltrato infantil” y “algoritmos de atención para maltrato del adulto mayor”. Se obtuvieron 20 artículos relacionados con violencia de género, de los cuales se seleccionaron 5; en relación a niños se obtuvieron 10 artículos de los cuales se utilizaron 3 y, finalmente, de adultos mayores se obtuvieron 3; de los cuales se utilizaron 2. Las principales razones para descartar los artículos no elegidos fueron la poca calidad de los documentos en algunos casos y por no ajustarse a nuestra realidad, en otros casos.

Junto con la búsqueda bibliográfica y el análisis de los flujogramas desarrollados dentro del proceso de implementación del Programa de Violencia, se revisaron las normas y

protocolos de atención para violencia intrafamiliar del MSP. Con todos estos insumos se definieron los tipos de toma de decisión básicos presentes en la atención de la violencia doméstica en una consulta médica. Posteriormente, se elaboraron los algoritmos complementado el proceso con la información necesaria para cada momento de decisión, según el tipo población atendida (mujeres, niños/as – adolescentes y adultos mayores). Finalmente, se revisó teoría sobre la toma de decisiones clínicas, así como el uso de la simbología preestablecida y estandarizada para la diagramación de algoritmos.

## 8. RESULTADOS

### 8.1 Toma de decisiones para casos de violencia intrafamiliar

Entre los tipos de decisiones a los cuales se enfrenta el personal que brinda atención en los servicios de salud ante un caso de violencia intrafamiliar, se pueden identificar 5 tipos de decisiones:

1. Diagnosticar si es o no una víctima de violencia.
2. Si es un caso que necesita de atención urgente.
3. Tipo de tratamiento; necesidad de derivación a otras disciplinas como psicología o trabajo social.
4. Si necesita derivación a otro nivel.
5. Si es necesario involucrar a otro miembro de la familia dentro del tratamiento del paciente.

A continuación se presenta un resumen de cada tipo de decisión y el tipo de preguntas que debe responder el médico (para más detalle ver Anexo 4):

**Tabla 1. Tipo de decisiones que se toma al momento de la atención de una víctima de violencia**

Tipo de decisión	Definición	Preguntas que necesita responder el médico
<b>Diagnóstico</b>	Identificación de síntomas o signos para confirmar o descartar casos de violencia.	¿Es o no una víctima de violencia?
<b>Urgente</b>	Se refiere a si el caso amerita atención en el servicio de Emergencia en caso de lesiones graves o peligro de muerte.	¿Es urgente?
<b>Tipo de tratamiento de acuerdo al tipo de violencia</b>	Derivaciones a otros servicios de la misma Unidad Operativa para atención integral y complementaria.	¿Derivo a psicología? ¿Necesito transferir a trabajo social?

Tipo de decisión	Definición	Preguntas que necesita responder el médico
<b>Derivación</b>	Casos que necesitan una denuncia en el sistema judicial o buscar una casa de acogida o de hospitalización.	<p>¿Requiere derivación a un segundo nivel?</p> <p>¿Se necesita asistencia de una casa de acogida?</p> <p>¿Se necesita hacer denuncia en una instancia policial?</p>
<b>Inclusión de otro miembro de la familia en el tratamiento</b>	En mucho de los tratamientos psicológicos se recomienda la inclusión del agresor u otro miembro de la familia que también se esté afectando por la violencia doméstica.	<p>¿A quién incluyo?</p> <p>¿En qué momento lo incluyo?</p> <p>¿De qué forma lo incluyo?</p>

**Fuente:** Revisión bibliográfica sobre protocolos y algoritmo de decisiones en Latinoamérica y entrevista con Coordinadora del Programa

**Elaboración:** La autora

En relación a la información requerida para la toma de decisiones (especialmente signos y síntomas) no se ha encontrado evidencia científica sólida que demuestre que existan indicadores de sospecha de violencia intrafamiliar, tanto físicos como psicológicos, que sean validados como únicos, ni que tengan más peso para definir las sospechas sobre violencia intrafamiliar; tampoco que la gravedad del problema venga dada por la asociación de dos o más de ellos. Por este motivo se descartó la idea inicial de hacer un modelo de toma de decisiones que incluyera certeza, poder de confirmación o exclusión, ni se pretendió determinar umbrales para la toma de cada decisión. Esto no quiere decir que la presencia de estos signos y síntomas no pueda guiar al personal de salud en la búsqueda activa de los casos de violencia; por ello es importante que el personal tenga una actitud de alerta y siempre esté pendiente de identificarlos. Este limitante motivo a que se consultaran otros protocolos para el primer nivel de atención en los casos de violencia, algunos de los cuales incluían algoritmos de decisión que permitieron una clara identificación y manejo efectivo de los mismos.

## **8.2 Algoritmos de decisión propuestos**

En la construcción de estos algoritmos se ha tratado de incorporar todos los tipos de decisiones que se toman durante la atención médica; como por ejemplo: cómo identificar a las víctimas, cuándo se debe transferir un caso, entre otras.

El objetivo de los algoritmos propuestos es que sirvan de instrumento al personal de salud para la aplicación más eficaz de la norma y consecuentemente ayuden a mejorar

los problemas de calidad de la atención, tales como la continuidad intraepisodio y la integración de diferentes tipo de servicios para manejo de pacientes víctimas de violencia intrafamiliar.

Si bien todos los algoritmos que se presentan a continuación muestran todos casi la misma estructura, se consideró necesario hacer uno por cada población objetivo (mujeres u hombres, niños/as y adolescentes y adultos mayores) porque en cada caso existen definiciones diferentes en cuanto al tipo de agresión y por lo tanto, necesitan de información y tratamiento diferenciados.

### **8.2.1 Algoritmo de decisión clínica para la atención en consulta externa de personas adultas víctimas de violencia**

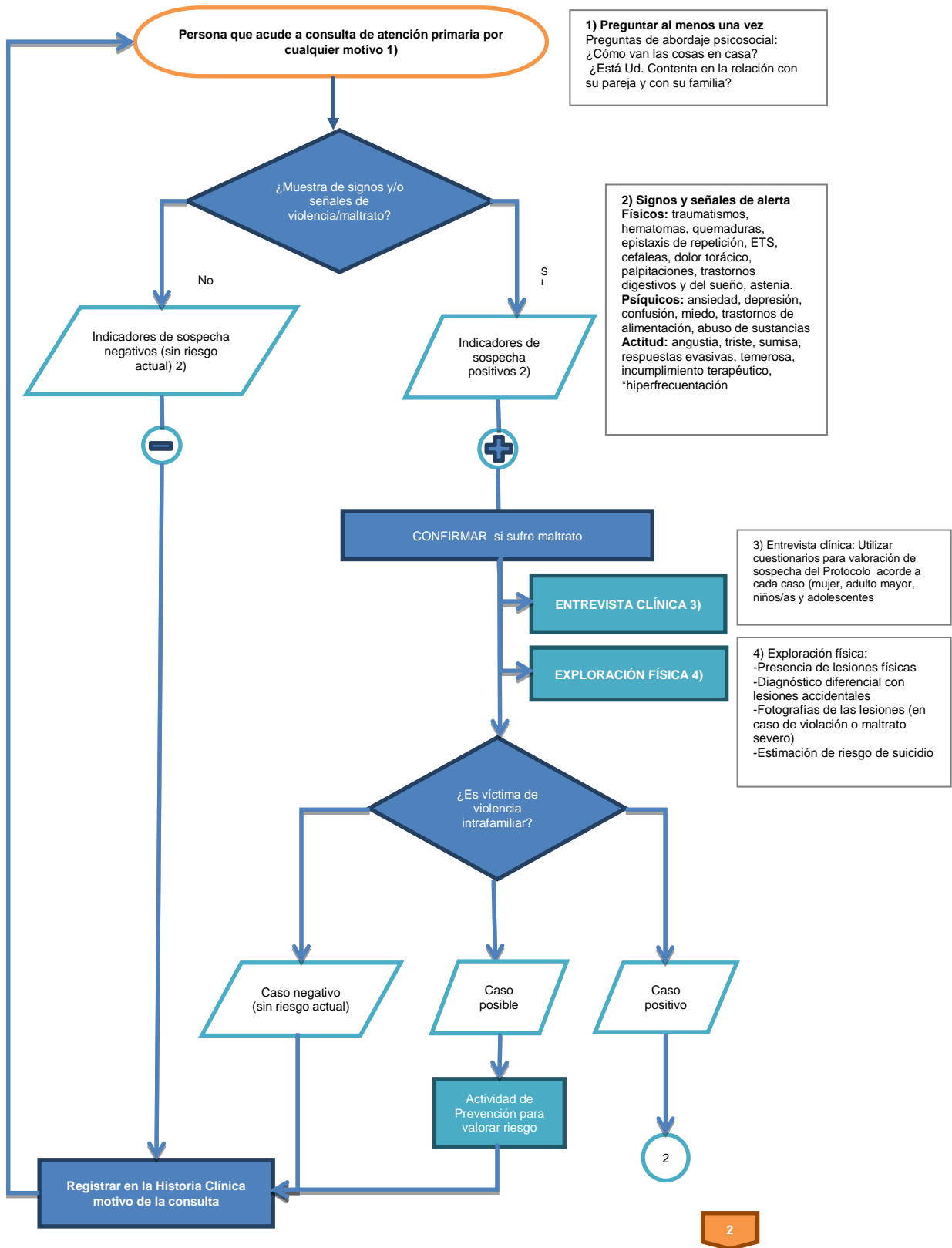
Este algoritmo se propone para la atención de adultos sean hombres o mujeres víctimas de violencia intrafamiliar. El algoritmo tiene una lectura de arriba hacia abajo y de izquierda a derecha; a final del lado derecho se incluye el tipo de información que se necesita verificar o generar en cada proceso para ayudar en la toma de decisiones en cada paso de la atención.

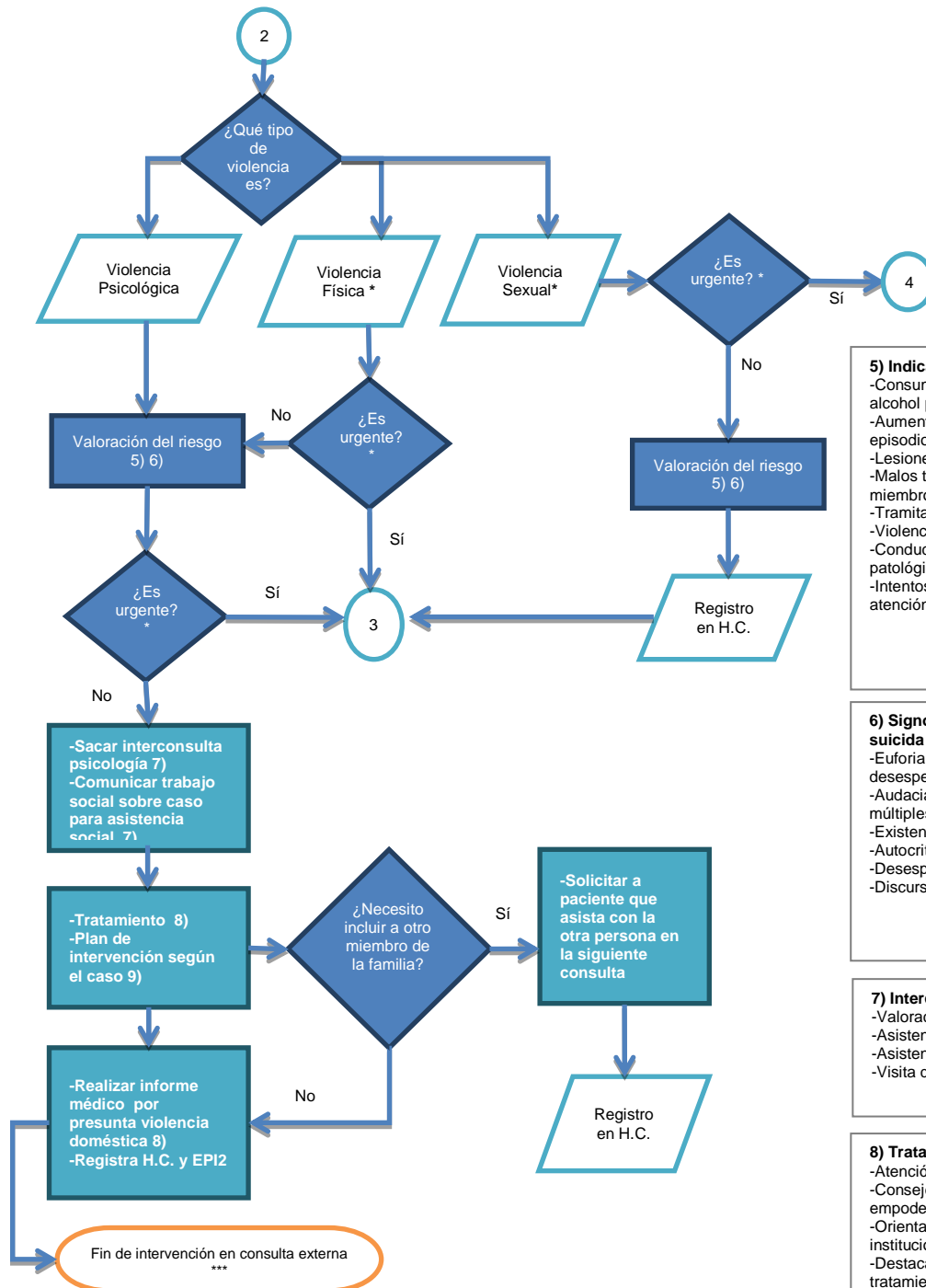
Inicia con el planteamiento de una búsqueda activa de casos mediante la observación de indicadores de sospecha; y, dependiendo si son positivos o negativos, se sigue una ruta. Por el camino negativo se plantea un bucle luego de comprobar que el paciente no está en riesgo actualmente; se sugiere repetir la búsqueda activa con una periodicidad amplia sobre todo si siguen apareciendo indicadores de sospecha en el mismo paciente en la siguiente consulta. Por el lado positivo, se tiene que confirmar la sospecha a través de la entrevista clínica, donde se debe hacer uso de los cuestionarios de valoración de sospecha y confirmación de casos que se encuentran en los protocolos de atención del MSP y el examen físico, para posteriormente concluir si es un caso negativo, posible, o positivo; y acorde con eso, seguir los procedimientos preestablecidos. Cuando el caso es positivo se tiene que valorar el riesgo vital, que no es más que determinar la urgencia del caso; es decir, si necesita atención inmediata o no. Si no es urgente, se debe emitir el informe médico y el parte de lesiones para los casos que lo requieran y sacar interconsulta con psicología (pues así lo dispone el flujograma de atención).

Es importante prescribir el tratamiento por el motivo de la consulta; y, en caso de encontrar lesiones, tratarlas. Aparte se propone comunicar el caso a trabajo social para el levantamiento de información familiar de la víctima. Es necesario aclarar que en el

flujograma que se está usando actualmente en el servicio, la intervención de trabajo social depende de la interconsulta que haga psicología en el momento que este servicio lo decida conveniente, pero esto no parece la mejor opción ya que actualmente los casos se encuentran centralizados en el área de psicología sin ninguna derivación a otros profesionales. Si el caso es urgente, se debe enviar inmediatamente a emergencia (en casos de traumatismo severos y especialmente si son casos flagrantes) y trabajo social para que prosiga con los procedimientos legales correspondiente y ayuden en la derivación del paciente a un segundo nivel. También se indica que, en cualquier momento de la atención, si se constata violencia sexual, se deben seguir los procedimientos del flujograma para casos flagrantes y aplicar los procedimientos de emergencia.

**Gráfico 6. Algoritmo de decisión clínica para la atención en consulta externa de adultos (hombres o mujeres) víctimas de violencia**





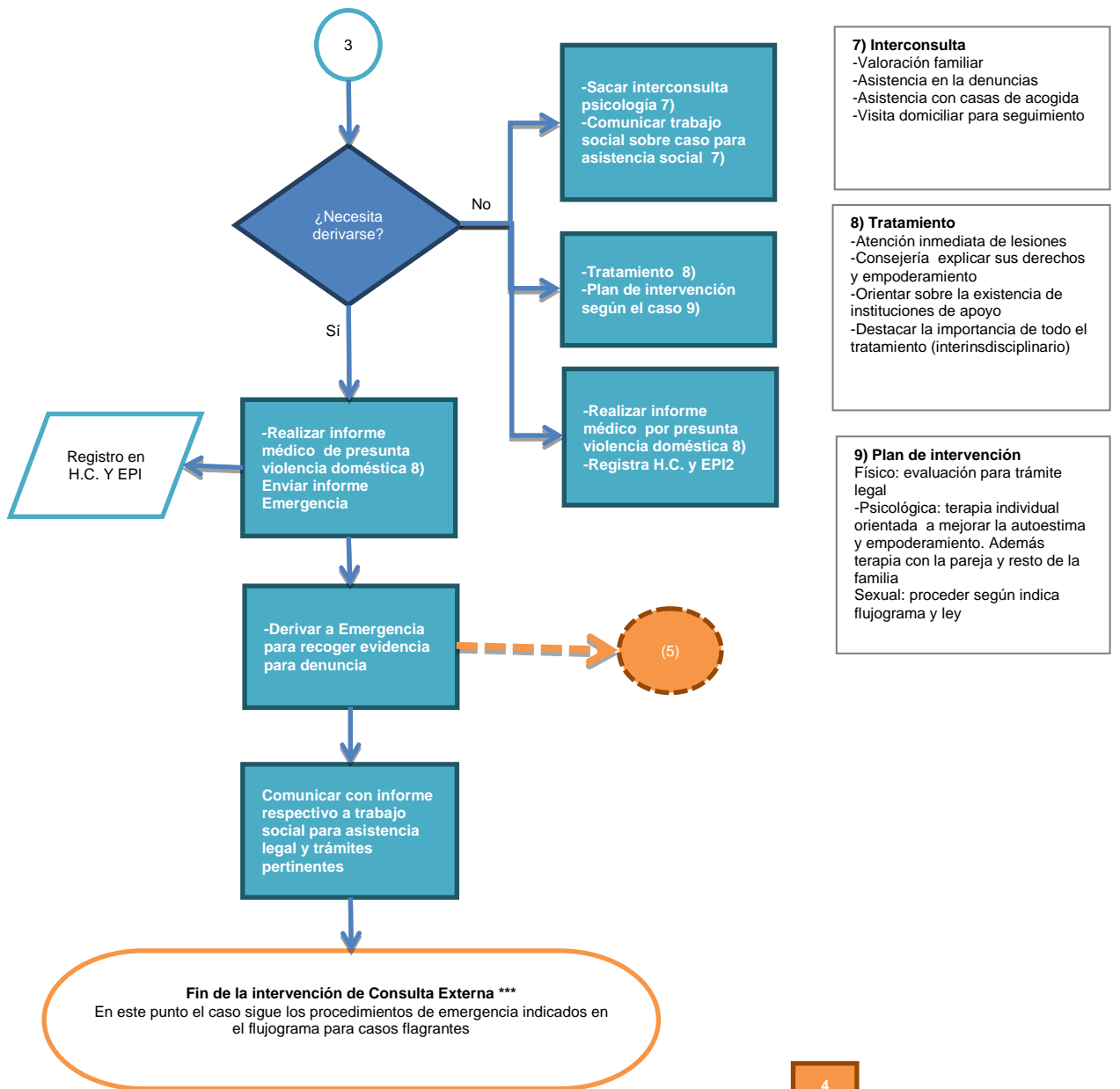
- 5) Indicadores de riesgo vital**
- Consumo de drogas o abuso de alcohol por la pareja
  - Aumento de la frecuencia de episodios violentos
  - Lesiones graves
  - Malos tratos a hijos u otros miembros de la familia
  - Tramitación de separación
  - Violencia sexual
  - Conducta vigilante, celos patológicos por parte del agresor
  - Intentos de suicidios o llamadas de atención de la paciente

- 6) Signos de alarma de riesgo suicida**
- Euforia tras un periodo de desesperanza
  - Audacia temerosa o accidentes múltiples
  - Existencia de remordimientos
  - Autocrítica exagerada
  - Desesperanza
  - Discurso con contenidos suicidas

- 7) Interconsulta**
- Valoración familiar
  - Asistencia en la denuncias
  - Asistencia con casas de acogida
  - Visita domiciliar para seguimiento

- 8) Tratamiento**
- Atención inmediata de lesiones
  - Consejería explicar sus derechos y empoderamiento
  - Orientar sobre la existencia de instituciones de apoyo
  - Destacar la importancia de todo el tratamiento (interdisciplinario)

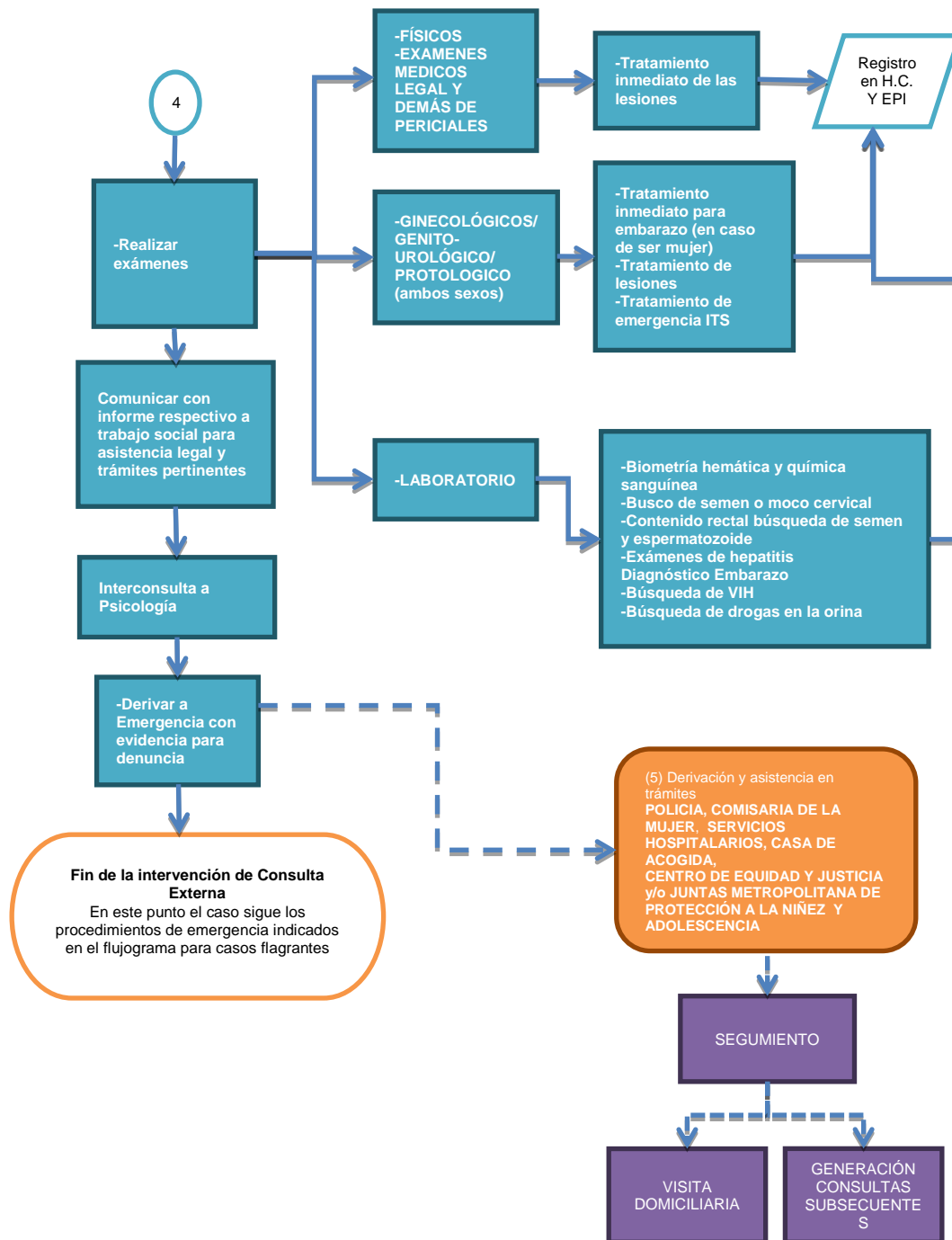
- 9) Plan de intervención**
- Físico: evaluación para trámite legal
  - Psicológica: terapia individual orientada a mejorar la autoestima y empoderamiento. Además terapia con la pareja y resto de la familia
  - Sexual: proceder según indica flujograma y ley



**7) Interconsulta**  
 -Valoración familiar  
 -Asistencia en la denuncias  
 -Asistencia con casas de acogida  
 -Visita domiciliar para seguimiento

**8) Tratamiento**  
 -Atención inmediata de lesiones  
 -Consejería explicar sus derechos y empoderamiento  
 -Orientar sobre la existencia de instituciones de apoyo  
 -Destacar la importancia de todo el tratamiento (interinsdisciplinario)

**9) Plan de intervención**  
 Físico: evaluación para trámite legal  
 -Psicológica: terapia individual orientada a mejorar la autoestima y empoderamiento. Además terapia con la pareja y resto de la familia  
 Sexual: proceder según indica flujograma y ley



\* Si es violencia sexual proceder según flujograma e ingresar por emergencia; y seguir todos los procedimientos legales

\*\*\* Esto no quiere decir que se deja de tener responsabilidad sobre el paciente

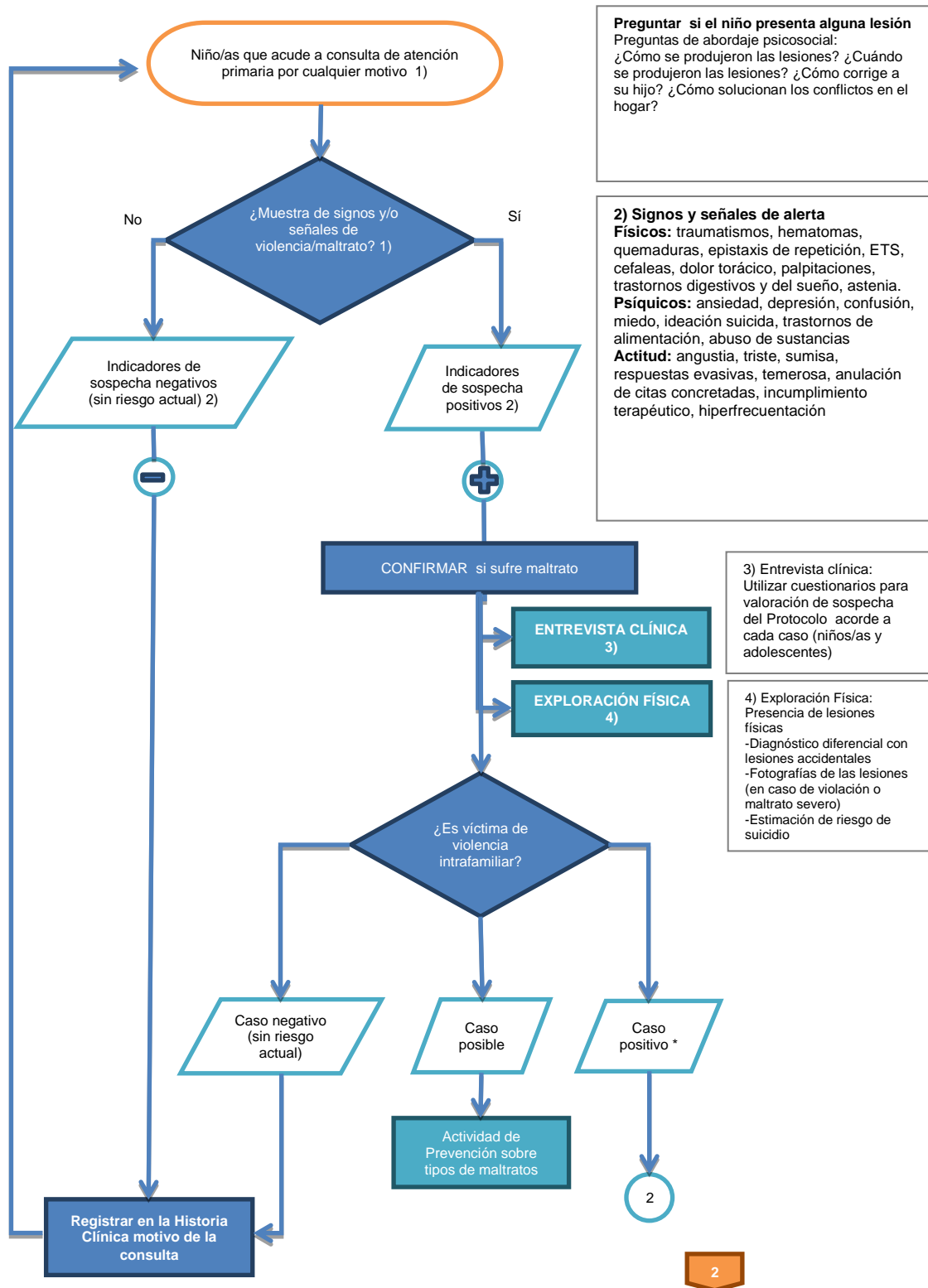
### **8.2.2 Algoritmo de decisión para casos de violencia intrafamiliar en niños/as y adolescentes**

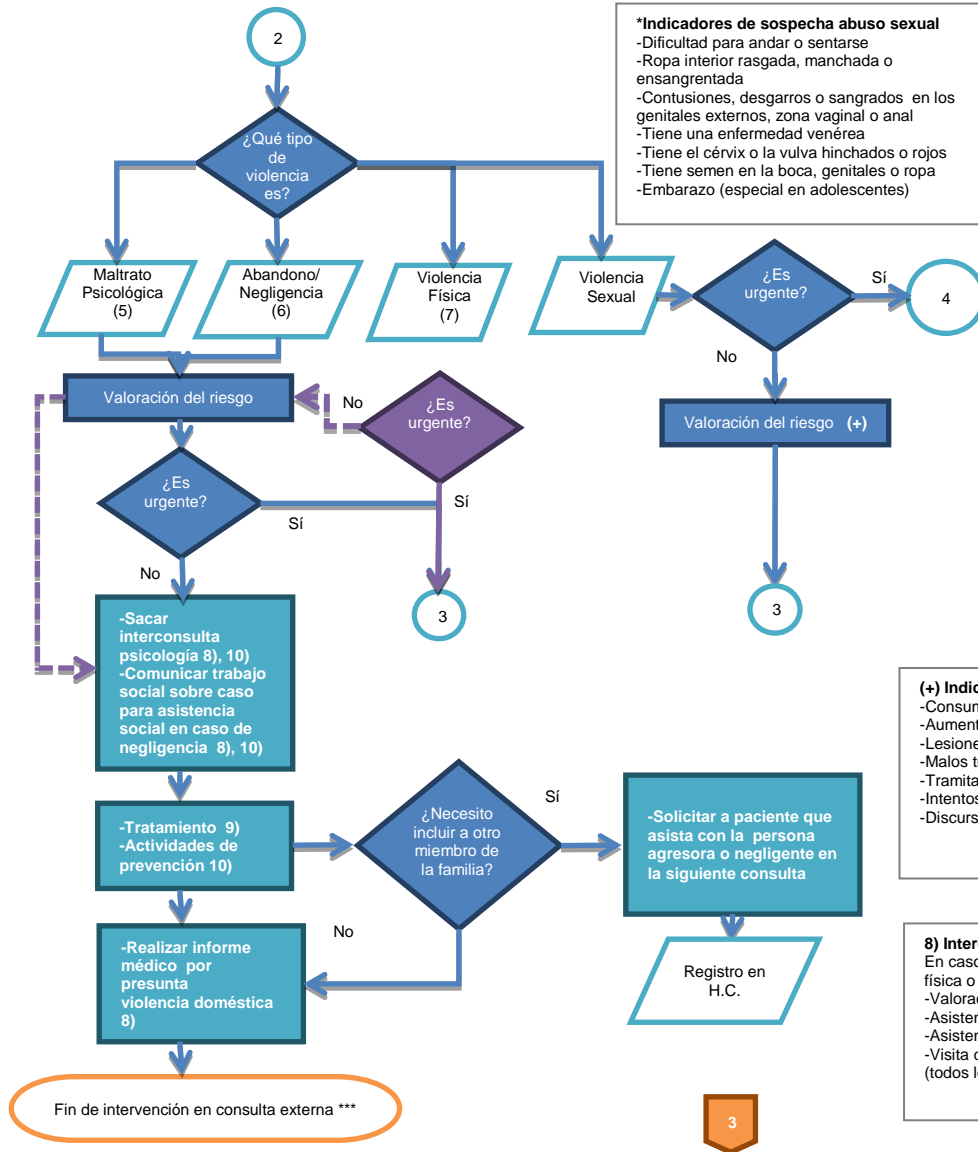
El algoritmo de decisiones clínicas para la atención de niños/as y adolescentes, como ya se indicó, sigue la misma estructura del anterior, pero tiene una variación en los tipos de violencia que son posibles (físicos, emocionales o psicológicos y negligencia/abandono en el cuidado). Se prevé una búsqueda activa de casos en cada consulta del paciente para descartar y/o confirmar la sospecha, para ello se realizarán preguntas y procedimientos que puedan contribuir en la búsqueda. Otro cambio importante es que en el flujo, al momento que se necesita derivar el caso, a más de enviar a Emergencia para el reconocimiento de las lesiones, informe legal y pruebas, se recomienda su derivación a trabajo social. Esto por considerar que el niño/a o adolescente, aún no es autónomo, y que puede presentarse a consulta con el propio agresor; así también en caso de abandono y/o negligencia, por lo cual necesitaría del acompañamiento permanente de la trabajadora social como representante y responsable de la víctima. Esto es especialmente importante en el caso de una derivación a otro nivel u otra instancia legal, así como para la valoración social e intervenciones posteriores que busquen reintegrar al paciente a su familia de origen u otra.

Al igual que en el caso anterior, la detección de abuso sexual en este grupo debe tratarse bajo los procedimientos de emergencia, y seguir las indicaciones del flujograma de atención para los casos flagrantes.

Si bien el algoritmo o las intervenciones en consulta externa del Centro de Salud terminan en un determinado momento de la atención, eso no exime de responsabilidad al médico/a tratante sobre su paciente. Este seguimiento puede hacerse a través de consultas subsecuentes, domiciliarias para evaluar los avances en el manejo de la situación dentro de su contexto habitual.

**Gráfico 7. Algoritmo de decisión para casos de violencia intrafamiliar en niños/as y adolescentes**





**\*Indicadores de sospecha abuso sexual**

- Dificultad para andar o sentarse
- Ropa interior rasgada, manchada o ensangrentada
- Contusiones, desgarros o sangrados en los genitales externos, zona vaginal o anal
- Tiene una enfermedad venérea
- Tiene el cérvix o la vulva hinchados o rojos
- Tiene semen en la boca, genitales o ropa
- Embarazo (especial en adolescentes)

**5) Emocional: Indicadores de comportamiento en el niño**

- Parece excesivamente complaciente, pasivo, nada exigente
- Es excesivamente agresivo, exigente o rabioso,
- Muestra conductas extremadamente adaptativas que son o bien demasiado de adultos o demasiados infantiles
- Retraso en el desarrollo físico, emocional e intelectual
- Intentos de suicidios

**Indicadores de conductas del cuidador**

- Culpa o desprecia al niño
- Es frío o rechazante
- Niega amor
- No parece preocupado por los problemas del niño
- Tolera absolutamente todos los comportamientos del niño sin ponerles límites
- Exige al niño muy por encima de sus capacidades físicas, intelectuales o psíquicas

**6) Negligencia: Indicadores en el niño**

- Niño descuidado en su higiene, hambriento e inapropiadamente vestido
- Niño descuidado en su salud (problemas físicos o necesidades médicas no atendidas o ausencia de cuidados médicos rutinarios necesarios)
- Cansancio o apatía permanentes
- Ha sido abandonado o el niño dice que no hay quien lo cuide
- Se le hace trabajar en exceso o no va a la escuela

Casos graves que se compruebe: que participa en acciones delictivas, prostitución, drogas o alcohol

**Indicadores en el cuidador**

- Abuso de drogas o alcohol
- Preguntar si la vida en el hogar es un caos
- Muestra evidencia de apatía o inutilidad
- Tiene alguna enfermedad crónica
- Fue objeto de negligencia en su infancia

**7) Físico: Indicadores en el niño**

- Niño expresa que es víctima de maltrato físico
- Fracturas sospechosas: en espiral, en huesos largos en lactantes, en varias fases de resolución
- Dolores recurrentes, en espaldas, nalgas, en diferentes fases de cicatrización
- Quemaduras: de cigarrillo o puro, cuerdas, muy definidas: parrilla, plancha
- Lesión cerebral o hematomasuddural
- Lesiones en órganos internos
- Cortes o pinchazo o pinchazos "Lesiones en genitales"
- \*Ropa interior rasgada, manchada o ensangrentada\*

**Indicadores en el cuidador**

- Intenta ocultar lesiones del niño o de quien las produjo
- No da ninguna explicación con respecto a las lesiones del niño o son ilógicas o poco convincentes o contradictorias
- Percebe al niño de manera significativamente negativo (ej: como malo, perverso, un monstruo)
- Abusa de alcohol o drogas

**(+) Indicadores de riesgo vital**

- Consumo de drogas o abuso de alcohol por algún miembro de la familia
- Aumento de la frecuencia de episodios violentos
- Lesiones graves
- Malos tratos a hijos u otros miembros de la familia
- Tramitación de separación
- Intentos de suicidios o llamadas de atención de la paciente
- Discurso con contenidos suicidas

**8) Interconsulta**

En caso de negligencia y violencia física o sexual

- Valoración familiar
- Asistencia en la denuncias
- Asistencia con casas de acogida.
- Visita domiciliar para seguimiento (todos los casos)

**9) Tratamiento**

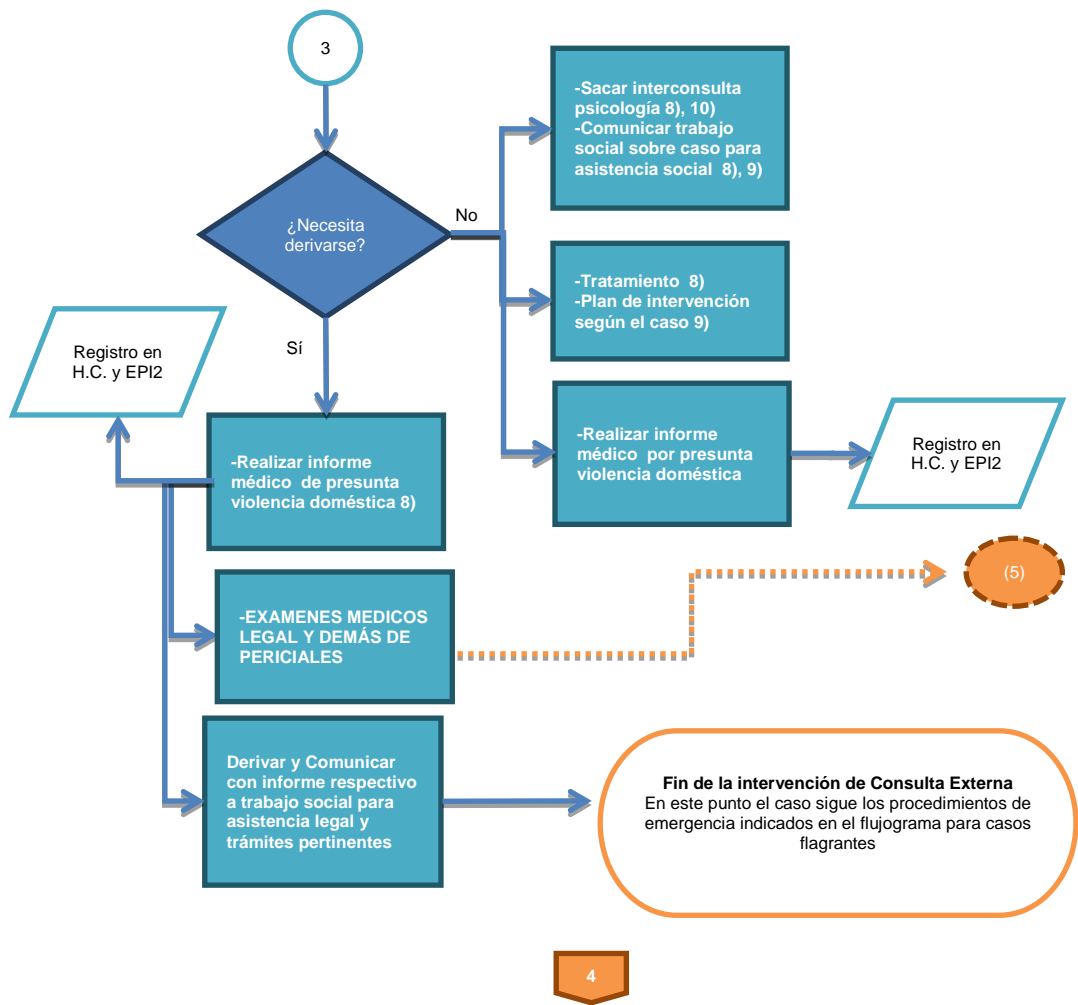
- Atención inmediata de lesiones
- Consejería explicar sus derechos de los niños/as- adolescentes
- Destacar la importancia de todo el tratamiento (interinsdisciplinario- psicología)

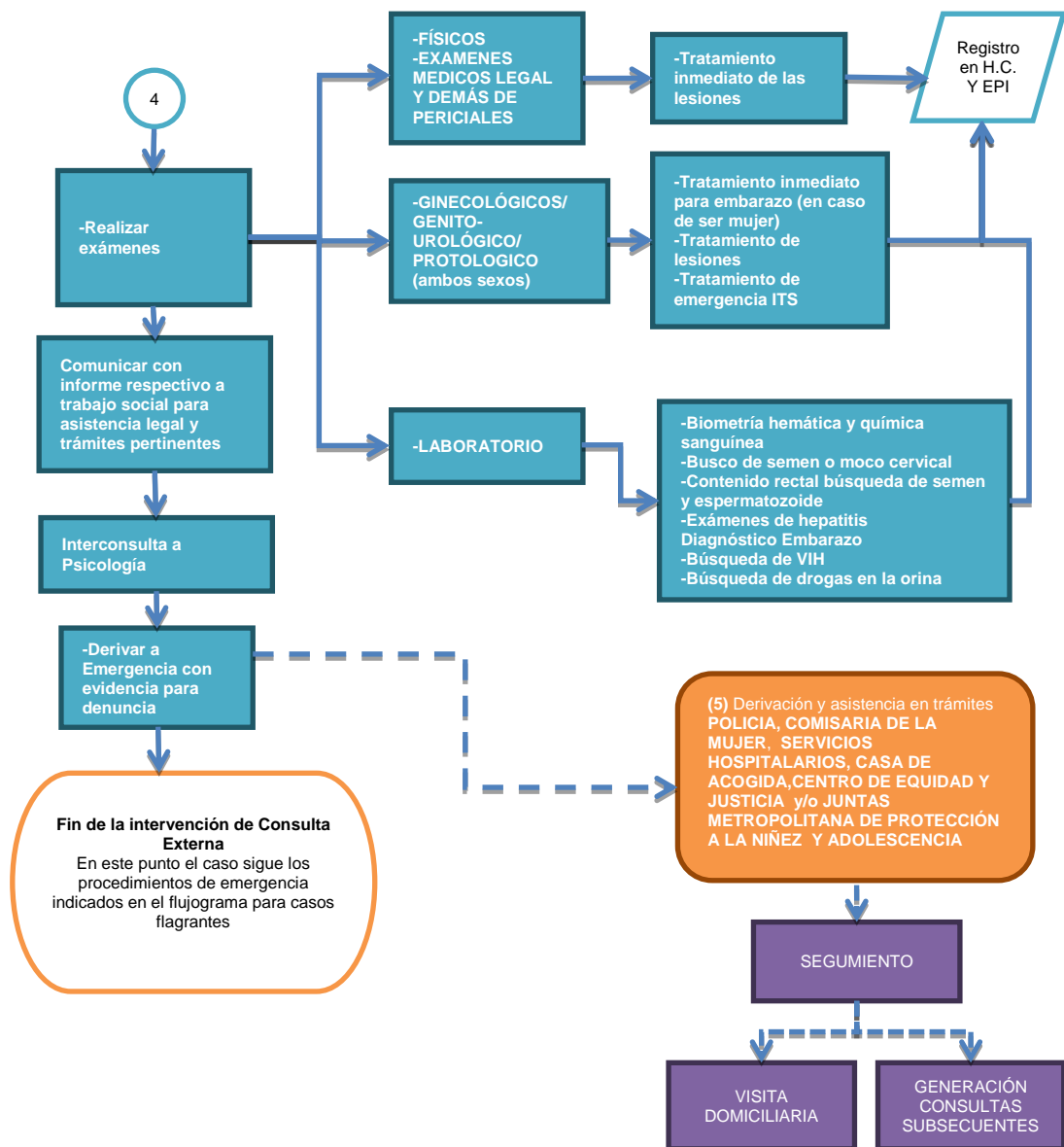
**10) Plan de intervención**

Físico: evaluación para trámite legal

Psicológica: terapia individual orientada a mejorar la autoestima y empoderamiento. Además terapia con la pareja y resto de la familia

Sexual: proceder según indica flujograma y ley





\* Si es violencia sexual proceder según flujograma e ingresar por emergencia y seguir todos los procedimientos legales.

\*\*\* Esto no quiere decir que se deja de tener responsabilidad sobre el paciente.

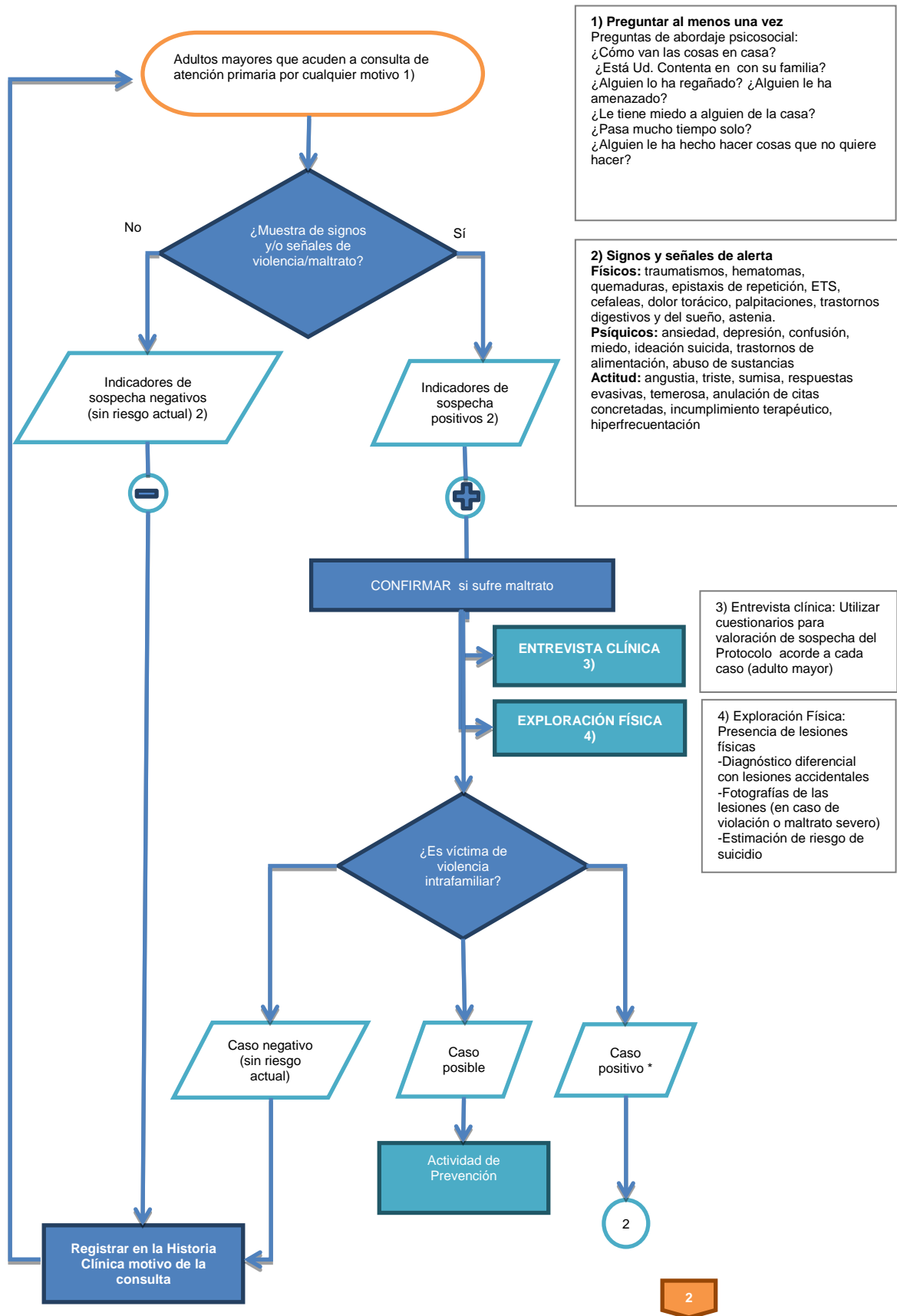
### **8.2.3 Algoritmo de decisión para casos de violencia intrafamiliar en adultos mayores**

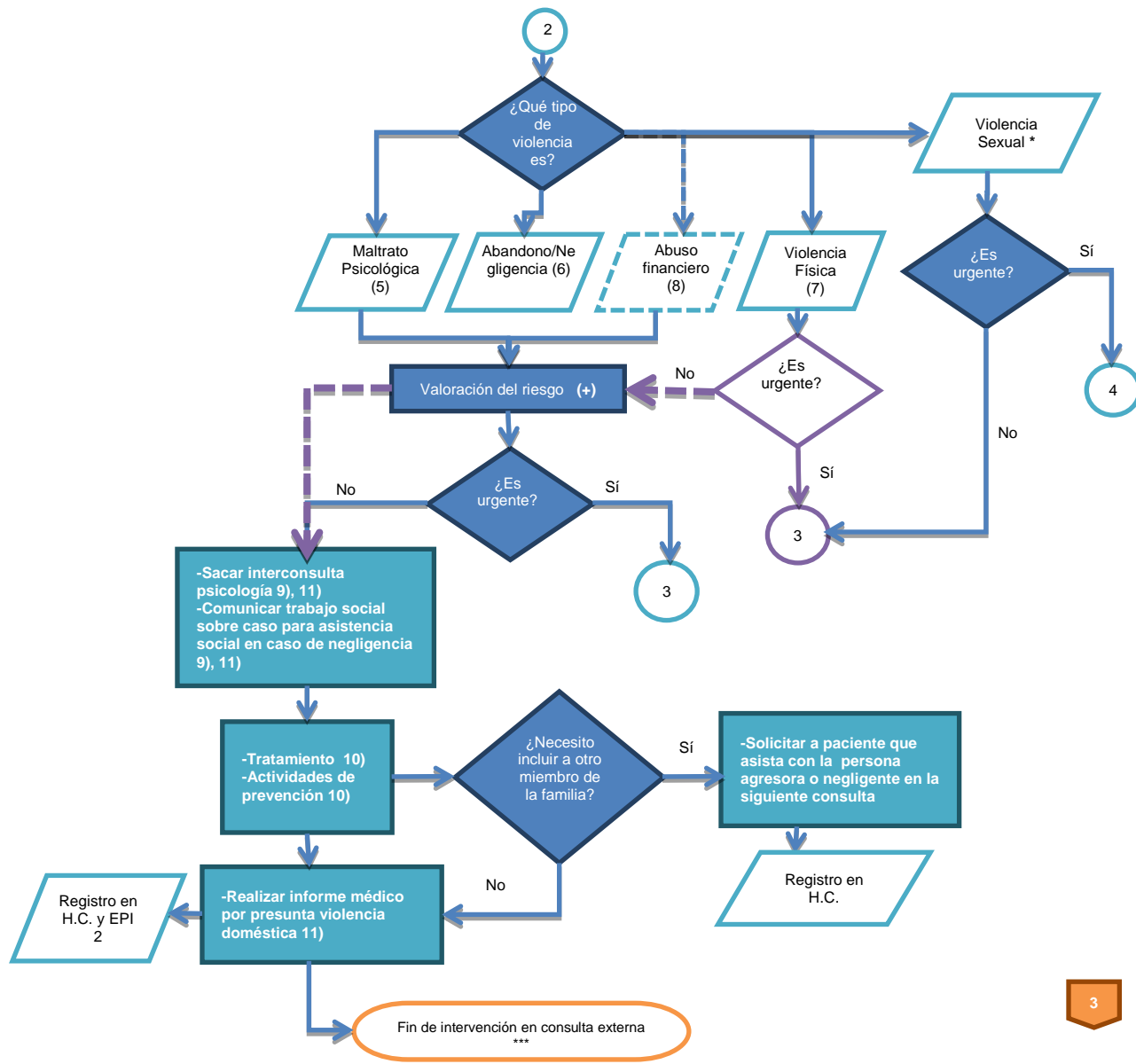
El tratamiento de la violencia contra el adulto mayor se complica al ser una población compleja de atender. En muchos de los algoritmos revisados incluso se propone la inclusión de pruebas psicológicas, motrices y de autonomía para valorar los casos. En México por ejemplo, recomienda la aplicación de las escalas de Reis y Nahmiash al paciente y a su acompañante para valorar el riesgo del maltrato (Centro Nacional de Excelencia y Tecnología en Salud (CNETS), 2008). Se propone el siguiente algoritmo agregando el abuso financiero o económico que también se contempla en las definiciones dadas en los protocolos del MSP.

En ninguno de los protocolos de atención en casos de violencia intrafamiliar del MSP se contempla ninguna prueba psicológica o para medir la autonomía del paciente. Por esta razón, se mantiene el esquema de las entrevistas clínicas para descartar o confirmar las sospechas de casos de violencia en esta población, así como los procedimientos a seguir en casos graves.

Se propone el siguiente algoritmo siguiendo la misma estructura de los casos de niños/as y adolescentes; pero considerando información diferente en cada proceso. Se mantiene la intervención permanente y conjunta de trabajo social con emergencia para los casos que se necesitan derivar, sin que esto implique que se descarte la intervención de los servicios de psicología en otros momentos. En caso de detectar abuso sexual en cualquier momento de la consulta se deben seguir los procedimientos ya establecidos por el Programa de Violencia Intrafamiliar del Centro de Salud de Conocoto.

**Gráfico 8. Algoritmo de decisión para casos de violencia intrafamiliar en adultos mayores**





**5) Maltrato psicológico:** manipulación, intimidación, amenazas, humillaciones, chantajes, desprecio, violación de sus derechos impidiéndole tomar decisiones

**6) Negligencia**  
-física: No satisfacer las necesidades básicas: negación de alimentos, cuidados Higiénicos, vivienda, seguridad y tratamientos médicos  
-emocional: Consiste en la negación de afecto, desprecio, aislamiento, incomunicación

**7) Físico**  
-golpes, quemaduras, fracturas, administración abusiva de fármacos o tóxicos.

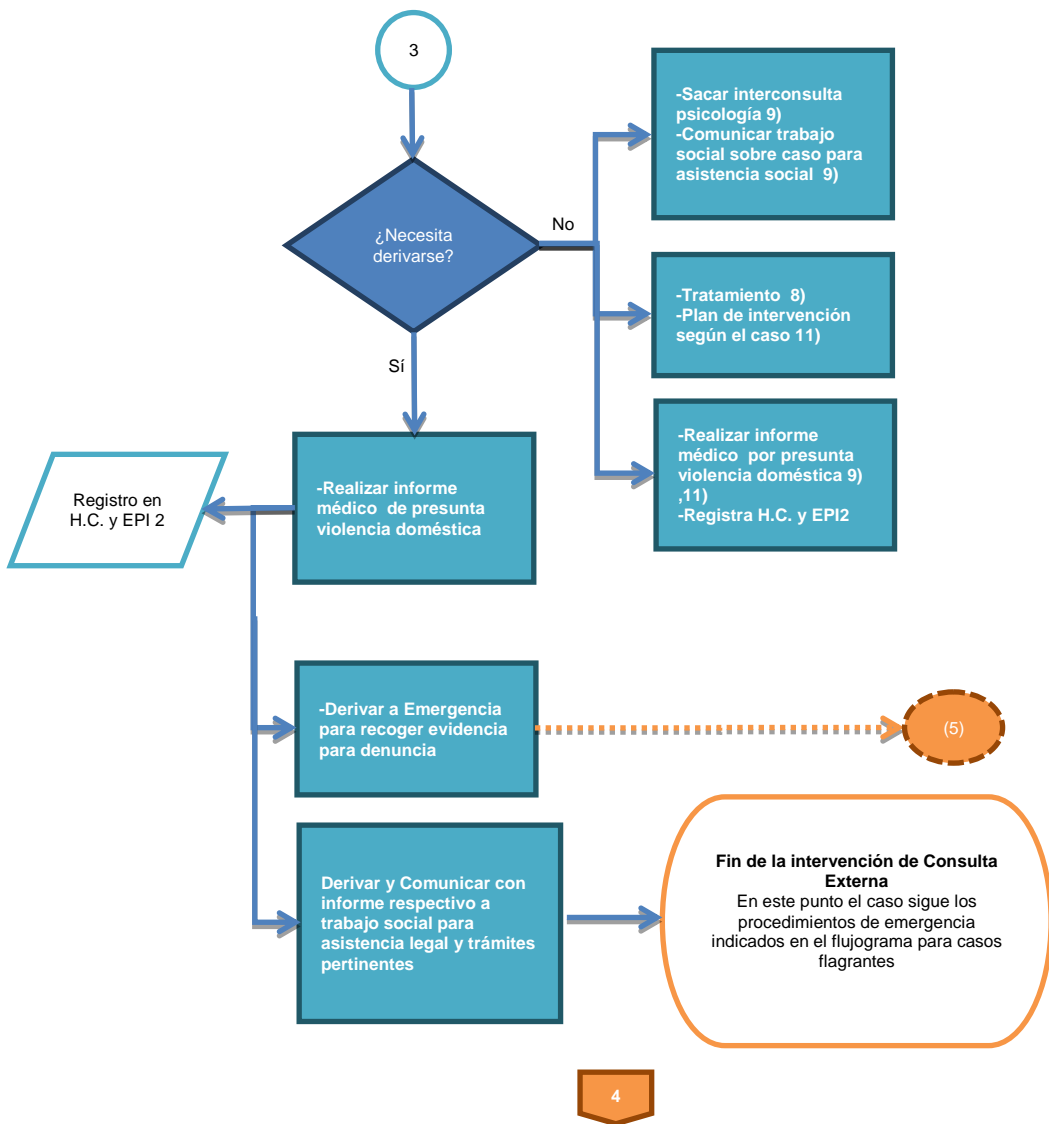
**8) Abuso económico:** impedir el uso y control de su dinero, chantaje económico.

**9) Interconsulta**  
En caso de negligencia y violencia física o sexual  
-Valoración familiar  
-Asistencia en la denuncias  
-Asistencia con casas de acogida.  
-Visita domiciliar para seguimiento (todos los casos)

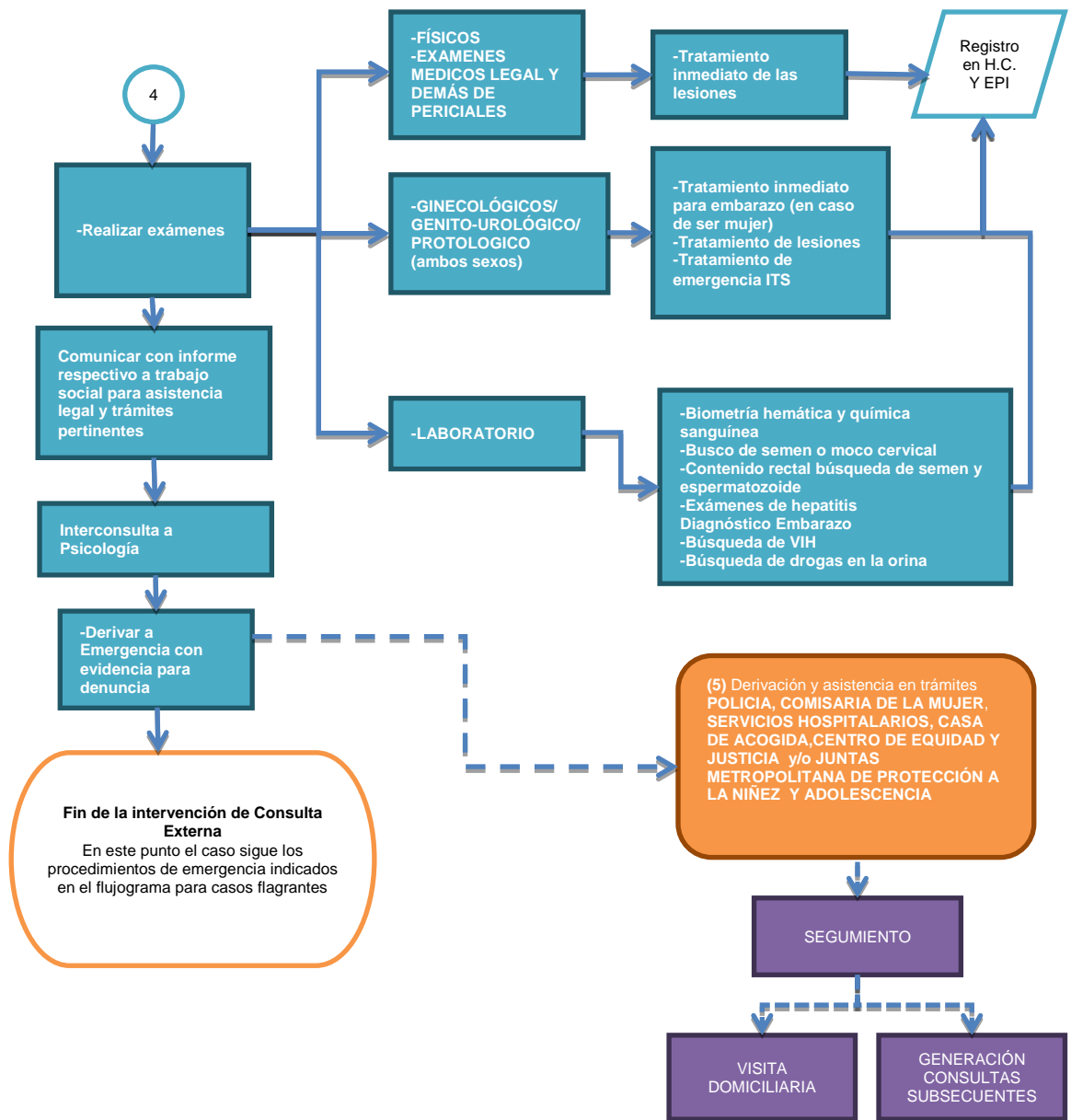
**10) Tratamiento**  
-Atención inmediata de lesiones  
-Consejería explicar sus derechos de los niños/as-adolescentes  
-Destacar la importancia de todo el tratamiento (interdisciplinario-psicología)

**11) Plan de intervención**  
Físico: evaluación para trámite legal  
-Psicológica: terapia individual orientada a mejorar la autoestima y empoderamiento. Además terapia con la pareja y resto de la familia  
Sexual: proceder según indica flujograma y ley





4



\* Si es violencia sexual proceder según flujograma e ingresar por emergencia y seguir todos los procedimientos legales.

\*\*\* Esto no quiere decir que se deja de tener responsabilidad sobre el paciente.

### **8.3 Factores condicionantes para la aplicación de los algoritmos de decisiones clínicas**

Hasta la fecha en que se realizó la investigación, no existía seguimiento de los casos ni por parte del servicio y menos aún por la población. Tomando en cuenta los antecedentes mencionados en el planteamiento del problema con relación a los problemas para determinar la presencia de VIF, se propone llevar a cabo una consulta sistemática sobre la posible presencia de ésta (o indicadores de riesgo) en todas las mujeres mayores de 18 años con el fin de mejorar su detección. Tampoco se estaban registrando los casos resueltos. Esto ocasionó que no se tenga información acerca de la efectividad de la intervención lo que no permite implementar acciones correctivas y disminuye la motivación del personal.

Adicionalmente se determinó que el personal de salud no está suficientemente entrenado para identificar los síntomas de violencia, especialmente los de tipo psicológica que son los más complicados de detectar. Es importante discutir los miedos y rechazos por parte del personal ante estos casos, así como ejercitar formas de atención, pues actualmente estos casos son derivados inmediatamente a las áreas de psicología o trabajo social sin recibir atención por parte del médico general. Esto se da porque el flujograma de atención lo indica, y porque el personal considera que no se encuentra capacitado para brindar un tratamiento a la víctima.

El flujograma de atención actual refleja esta lógica, pero hay que recalcar la importancia de la búsqueda activa en cualquier parte del servicio de salud. Cabe decir que luego del taller impartido en septiembre de 2011, en donde se revisaron los protocolos de atención, se entrevistó a algunos de los asistentes acerca de los pasos a seguir. Algunos sugirieron seguir capacitándolos en la atención a las víctimas de maltrato.

Actualmente existen dificultades en la red de apoyo,<sup>14</sup> que es el grupo de instituciones que brinda asistencia complementaria al problema de violencia; entre ellas cabe mencionar a las instituciones de justicia y las casas de acogida. Por ejemplo, en agosto de 2011 se sabía que el Centro de Equidad y Justicia de El Tingo atiende solo martes y jueves, lo que dificulta el manejo de los casos los días que no existe atención, especialmente, los fines de semana. Esto dificulta el cumplimiento del flujograma en cuanto a la derivación a otros servicios. Sin embargo, antes de 2007, hubo un precedente

---

<sup>14</sup> Entrevista a la actual coordinadora del programa de violencia intrafamiliar, agosto 2011.

cuando Conocoto aún no era un Área de Salud. Por iniciativa de la pediatra se logró fundar una Red para la Violencia intrafamiliar en el Valle de los Chillos, la misma que más adelante se desintegró por la falta de compromiso político local.<sup>15</sup>

## **9. DISCUSIÓN**

La violencia doméstica es un asunto relativamente nuevo dentro de las responsabilidades de los servicios del primer nivel de atención; sus definiciones y alcances están todavía difusos debido a su complejidad. Si bien no deja de ser un problema de salud, la violencia intrafamiliar se ha relacionado históricamente a la lucha por los derechos, especialmente de las mujeres, definiéndolo básicamente como un problema social, cultural y de justicia. Esto ha dificultado establecer procedimientos efectivos y eficaces para su tratamiento desde los servicios de salud, negando muchas veces la competencia de éstos sobre los casos, o haciendo más difícil una intervención interdisciplinaria e intersectorial.

Si bien se conoce que actualmente la implementación del programa presenta múltiples limitantes en su uso y funcionamiento, esta discusión se direcciona a analizar la construcción de algoritmos de decisión como una herramienta complementaria pero importante para operativizar la normativa. Se abordarán los siguientes aspectos: la importancia del uso de algoritmos, principales características de los algoritmos elaborados, condiciones necesarias para su implementación y proceso de construcción de los algoritmos.

### **9.1 Características de los algoritmos**

Los modelos internacionales nos sirvieron de base para la identificación de la información necesaria y los procedimientos básicos al momento de la atención de las víctimas de violencia en el primer nivel; éstos conjuntamente con los instrumentos utilizados por el Programa de Violencia del Centro de Salud de Conocoto, se consolidaron en algoritmos.

La mayoría de las características para la detección se repiten, así como los procedimientos de derivación a instituciones de apoyo. Sin embargo, hay aspectos en los protocolos internacionales que no se contemplan en nuestro país, como es el caso de actividades de prevención cuando se identifica casos probables o se sospecha que existe algún tipo de violencia, pero no se logra tener una certeza. Tampoco se incluye la

---

<sup>15</sup> Entrevista psicólogo del Área, diciembre 2010.

búsqueda activa de los casos, pero se tiene como norma rutinaria las preguntas biopsicosociales que dan paso a sospechar sobre la presencia de VIF.

Los procedimientos relacionados a profilaxis en los casos de abuso sexual que se contemplan en los algoritmos de México y de España (Canarias), no se encuentran contemplados en mayor detalle en las normas y protocolos del país. Las normas y protocolos están más direccionados a procedimientos legales. Una característica importante de estos protocolos, a diferencia del nuestro, es que cuentan con el listado de instituciones de apoyo y con todos sus contactos; esto puede deberse a que en nuestro país es reciente la incursión en una atención interinstitucional del problema y todavía parece complicado definir dicho listado.

Los algoritmos encontrados en los protocolos internacionales no siguen las normas o características de construcción de algoritmo; es decir, no utilizan la simbología básica que permite identificar dentro de la representación, cuáles son los procesos de las tomas de decisión, generación de información y demás. Por esto, terminan siendo una versión gráfica de alternativas y no una descripción y prescripción de los procedimientos para la toma de decisiones más idónea. Hay que reconocer que los algoritmos para los casos de violencia sexual son los mejor estructurados, pues presentan todas las alternativas de profilaxis y procedimientos de emergencia (incluyendo pruebas diagnósticas y tratamiento inmediatos) que se deben seguir.

Algunos de estos algoritmos dan recomendaciones sobre las actitudes de los profesionales al momento de la consulta (básicamente sobre la relación médico-paciente), y uno que otro plantea los cómo de un abordaje psicosocial efectivo. Sin embargo, no existe evidencia de su efectividad o algún estudio que valide de forma contundente el uso de estas estrategias adicionales. En el caso de los protocolos diseñados en esta investigación se decidió no incluir estos aspectos, porque se quiso respetar los lineamientos de las normas, y por considerar que se los debe trabajar a todo nivel y para todos los casos, más allá de un problema de violencia.

A pesar de la alta prevalencia de violencia doméstica en el mundo y del impacto que representa este problema en la salud de las personas y la sociedad, existen pocos datos provenientes de evidencia científica que evalúen diferentes procedimientos para su detección; tampoco del manejo de guías clínicas más allá de las usadas para los casos de la violencia física evidente y el abuso sexual. Esto hace difícil determinar las

características que deben cumplirse para el desarrollo de instrumentos de tamizaje en donde se pueda obtener sensibilidad y especificidad de los métodos aplicados; actualmente no contamos con pruebas estándar que permitan evaluar los procedimientos para tratar la VIF. Esto a su vez dificulta evaluar el desempeño del profesional del primer nivel en relación a la prevención y el tratamiento de los casos.

### **9.2 Importancia del uso de los algoritmos**

Este trabajo estuvo enfocado a brindar un modelo que permita enfrentar los problemas de calidad de la atención como son la falta de continuidad interepisodio y de integralidad encontrados en la primera etapa del estudio.

Existen dos maneras de pensar en la integración de la atención; con el algoritmo se pretende cumplir con las dos. La primera se refiere a aprovechar el momento de la consulta para buscar casos posibles de violencia doméstica y, en caso de sospecha, usar la oportunidad para hacer actividades preventivas pues la integralidad tiene esa finalidad. La segunda es que se esperaba que con la aplicación de los protocolos y recomendaciones que se hacen en el presente trabajo, cada miembro del servicio de salud adquiriera el sentido de responsabilidad sobre sus pacientes, así como adquirir conciencia y utilice los diferentes tipos de tratamiento que puede proporcionar en función de las necesidades y los riesgos de los pacientes violentados.

La propuesta fue generada como una herramienta sencilla y complementaria, como es el algoritmo de decisiones para la atención de los casos de violencia intrafamiliar. Por las limitaciones del tiempo en que se realizó el estudio no se pudieron obtener resultados que permitan validar su uso, se ha tratado de sustentar bibliográficamente los beneficios y la utilidad del mismo (Anexo 4).

Una cualidad de los algoritmos es su simplicidad y claridad gráfica, la cual se ha tratado de mantener en la presente propuesta, respetando la simbología y normativa en su construcción. Sin embargo, pareció útil agregar pequeñas notas adjuntas a la derecha que representan la información básica a verificar o generar en cada etapa; se espera que esto sirva como guía para quien lo use, reconociendo que presenta una complejidad más en un problema que ya de por sí es complejo de manejar.

Se considera que dicho instrumento no solo se limita a mejorar la atención de lo clínico, sino que también ayudaría a organizar los servicios de salud, tanto en su interrelación

con los actores, así como para hacer el servicio más efectivo, orientándolo a una mejor atención de cada paciente, resultando en una práctica médica más racional y ética.

Cabe recalcar que la propuesta presentada en ningún momento pretende desvalorizar o contradecir las normas y protocolos ni el flujograma de atención existente, pues éstos fueron considerados como guías para la construcción de los algoritmos. También se busca ser más eficaz en el tratamiento, evitando duplicidad en las actividades y la información, y pérdidas de pacientes durante el flujo de atención. Todo esto resultaría también beneficioso para el servicio, al poder conocer los resultados de su intervención y de esa forma establecer estrategias de mejoramiento en caso de ser necesario.

### ***9.3 Condiciones para su uso/ implementación***

El contexto nacional actual ha ayudado coyunturalmente a la formación de los programas contra la violencia desde los servicios de salud. Sin embargo, en lo local, el cambio de autoridades y de actores estratégicos genera muchas veces retraso en los procesos.

En el caso especial de Conocoto, se pueden referir a dos casos especiales: 1. La desintegración de la red de violencia, y 2. El cambio de la líder del programa, lo que generó un retraso en la implementación de las medidas y alternativas necesarias y en el trabajo en equipo. Además de ocasionar cierto grado de fricciones en la relaciones con el resto de actores del servicio de salud.

Se habla mucho de la institucionalización de procesos como mecanismo para la continuidad de las intervenciones, pero en un país donde la institucionalidad de las entidades públicas aún no se concreta y están en constante reestructura, es difícil pensar por ahora en esto como herramienta que facilite la sostenibilidad del programa en el tiempo.

Parte del éxito de un proceso depende del involucramiento y la participación de los actores; su sentimiento de pertenencia en el mismo. Es necesario validar estos algoritmos con el personal de salud que brinda atención y asimismo es imperante la integración del Comité de Violencia, pues ayudaría a todo el personal a monitorear los avances o complicaciones en el uso del flujograma y los algoritmos de decisión. Esto facilitaría la detección de los problemas y su adecuada modificación, ayudando a la evaluación de la intervención. Esto indirectamente facilitaría el mejoramiento de los registros y reportes de los casos, y por ende la calidad de la atención.

Motivar al personal es una tarea ardua para los encargados del programa. Sin embargo, más allá de hacer una propuesta más elaborada (que puede ser interesante para otro tema de tesis), sería pertinente publicar y socializar, tanto con los usuarios internos como externos, los resultados de la gestión, más allá de una rendición de cuentas. En este sentido es necesario registrar los casos reales resueltos, en donde se muestre la situación antes y después de la intervención en el Centro de Salud, resaltando la cooperación de todos. Así, el personal estaría motivado y consciente de que las actividades que realice contribuyen al cambio de vida de muchas personas.

Pero basta con identificar y registrar los casos; para el sistema de salud el reto principal será brindar una adecuada intervención, tanto con sus actores internos como externos. Esto requiere de un trabajo articulado para la consecución de resultados positivos, en un sistema que históricamente ha estado fragmentado y segmentado. En lo interno, se debe garantizar que los profesionales de la salud adquieran habilidades, conocimientos y actitudes adecuadas para abordar este problema de salud. En lo externo, se esperaría la articulación de una red contra la violencia, con recursos y actores locales que permita la asistencia permanente y el seguimiento de los casos atendidos a través de la red.

A pesar que en las normas y protocolos del MSP incluyen a todas las instituciones del sistema público, éstas aún no han sido previstas dentro de la red local de Conocoto. En la presente investigación no se pudo obtener información acerca de si las normas también han sido socializadas e implementadas en los servicios del IESS u otros, por ejemplo, la inclusión de las mismas quizás ayudaría a llenar vacíos en cuanto a los servicios de apoyo que actualmente se tienen en el sistema.

El empoderamiento y la participación de los pacientes y sus familias en todos los niveles del sistema son necesarias, pues este es el vehículo conductor para la articulación de los demás actores internos y externos.

La investigación acción, al considerar un contexto cambiante y una hipótesis dinámica, permitió a la investigadora redireccionar los objetivos y la hipótesis de la investigación sin perder la valiosa información recopilada hasta ese momento en que se debió modificar el diseño inicial de la investigación.

#### **9.4 Proceso para la construcción de algoritmos**

No se consideró realizar un algoritmo basado en probabilidades o niveles de certeza por no encontrar bibliografía suficiente para sustentar dicho modelo. No obstante, no se descartó el uso de la información encontrada en este sentido como útil para la elaboración de los algoritmos; en especial la confirmación de sospechas y en los demás procedimientos en la consulta. Es decir, tiene gran valor como guía para la detección de casos y la identificación del tipo de tratamiento que se pueda brindar.

La teoría propone que la construcción de las guías debe ser realizada por personas conocedoras del problema. No obstante, en el caso referente a esta investigación, los algoritmos propuestos han sido, sustentados con datos recogidos en el contexto local, además de contar con una exhaustiva revisión bibliográfica. Y para su implementación se recalca la importancia de su validación con los actores del servicio de salud, pues son ellos quienes tienen una visión más cercana de la realidad al estar en contacto con el problema cotidianamente.

Se eligió el uso de algoritmos, pues como instrumentos utilizados para la enseñanza, ayudan a comprender fácilmente un problema, a más de brindar un trayecto a seguir para el razonamiento acerca del manejo integral y continuo de un paciente. Esta característica se consideró importante dado el momento en que se encuentra, el programa y la necesidad de capacitación del personal que tiene el problema a su cargo.

#### **9.5 Aspectos éticos**

En ninguna bibliografía sobre protocolos consultada; ni tampoco en las Normas y Protocolos de Atención del MSP, se contempla el hecho de que el paciente no quiera realizar la denuncia. Si bien por ley el personal de salud está obligado a actuar como denunciante del hecho, esto merma la autonomía del paciente para decidir sobre que hacer respecto de su problema. También entra en conflicto con el principio de beneficencia, según el cual, el personal de salud debe buscar ante todo el bienestar del paciente. En este caso, nuestro marco legal pasa sobre la autonomía del paciente al exigir que el personal de salud actúe como testigo en el hecho; sin embargo, no esclarece como se procede en caso de que exista el testigo, pero no la denuncia por parte de la víctima.

## 10. CONCLUSIONES

Las condiciones iniciales para brindar una adecuada atención a las víctimas de violencia intrafamiliar están dadas en el Centro de Salud de Conocoto. No obstante, la aplicación de flujogramas de atención ajustados a la realidad local tiene factores que limitan su plena ejecución, y son:

- a) Falta de sensibilización a todo el personal, para que tenga una actitud de alerta ante casos de violencia doméstica y que no crea que es un asunto que solo trata psicología o trabajo social;
- b) Falta de adaptación de las rutinas de detección en todos los servicios;
- c) Falta de entrenamiento<sup>16</sup> de todo el personal de salud para identificar síntomas de violencia, especialmente los psicológicos que son más complicados de detectar;
- d) Escasa capacitación al personal para un correcto registro de los casos de violencia; y,
- e) Funcionamiento del un comité de violencia del área, pues se necesita de algún mecanismo encargado de dar retroalimentación. Por otro lado, se necesita realizar cabildeo<sup>17</sup> con las instituciones locales de justicia para fortalecer la red de apoyo y así superar las actuales limitaciones de no tener un Centro de Equidad y Justicia con atención permanente.

A partir de los problemas observados, principalmente el incumplimiento del flujograma y los vacíos en los procedimientos para la atención de las víctimas, se realiza la construcción de algoritmos de toma de decisiones basados en información local y revisión bibliográfica. Para esto, primero, se definieron los tipos de toma de decisión que están involucrados en la atención de pacientes con violencia. Y en segundo lugar, teniendo como marco de referencia las Normas y Protocolos del MSP y el lineamiento del flujo de atención, se realizó la construcción de los algoritmos, sustentados en las experiencias de otros países.

De acuerdo a la información bibliográfica que se obtuvo se decidió construir 3 tipos de algoritmos, dado que la información sobre detección, tratamiento y seguimiento es diferente para cada grupo de interés (personas adultas, niños/as y adolescentes, y

---

<sup>16</sup> Luego de la capacitación realizada en septiembre de 2011 se consultó al personal sobre los pasos a seguirse ellos recomendaban seguir capacitando en la identificación de casos en atención.

<sup>17</sup> En la entrevista con la psicóloga, actual coordinadora del programa, indicaba el gran inconveniente de no contar con una atención permanente del Centro de Equidad y Justicia del Tingo, quienes sólo funcionan martes y jueves, lo que complica la derivación especialmente de casos flagrantes durante los fines de semana. Por este motivo se estaba intentando identificar alguna dependencia en Quito, pero al momento de la capacitación no estuvo contemplado este punto.

adultos mayores). Por el mismo motivo se decidió complementar los algoritmos con cuadros informativos, tales como indicadores de sospecha o procedimientos a seguir acorde el tipo de decisión que se debe tomar.

Se vio la necesidad e importancia de proponer algoritmos de toma de decisiones especialmente para enfrentar los problemas de calidad de la atención que se han identificado. El instrumento propuesto pretende ser una herramienta sencilla y complementaria, que no ha podido ser evaluada aún por el tiempo en que se realizó la investigación, pero cuyos beneficios y utilidades se ha tratado de sustentar bibliográficamente.

Entre las limitaciones que se tuvieron para la construcción de estos algoritmos, cabe mencionar la poca evidencia encontrada sobre niveles de certeza en la atención de este problema, así como sobre la efectividad de las intervenciones. Tampoco logramos encontrar estudios sobre detección de la violencia en los grupos de interés o específicamente sobre decisiones clínicas para atención de la violencia, más allá de la aplicación de un protocolo.

Fue importante consultar bibliografía de otros países ya que esta permitió tener modelos de referencia para la construcción de los algoritmos. También nos permitió tener información útil para complementar el flujo principal de cada algoritmo, inexistente en la información local obtenida, pero que se consideró más pertinente. Se trató de darle una mejor estructura y orden a los algoritmos propuestos, en relación a los algoritmos encontrados caracterizando la toma de decisiones dentro del marco del programa y respetando la simbología preestablecida para su construcción.

En nuestro contexto de estudio hace falta trabajar sobre la relación médico-paciente en estos como en todos los demás casos. También hay que educar a la ciudadanía en que se trata de un problema de salud, ya que aunque anteriormente se lo consideraba de la vida privada, pero ahora trasciende a lo público. Adicionalmente, aún se necesita mucho trabajo en la construcción del sistema de información sobre violencia intrafamiliar para que se convierta en un instrumento de política pública, que además tenga la cualidad de ser intersectorial como se propone en la intervención. Afortunadamente, el contexto ayuda a que las relaciones interinstitucionales se vayan tejiendo al menos desde lo nacional, pero falta fomentar la formación de las mismas relaciones en lo local, que es dónde se ejecutan las políticas.

## 11. RECOMENDACIONES

En esta etapa de implementación del Programa de Violencia Intrafamiliar es necesario tener en cuenta las consideraciones expuestas en los factores que actualmente condicionan el uso del modelo, así como las decisiones gerenciales para que el modelo pueda ser implementado. Éstas se resumen a continuación:

1. Para implementar los algoritmos es necesario validarlos con el personal que va a utilizarlos, y no solo con el Comité del Área, pues esto ayudaría a que todo el personal se involucre.
2. El programa actual se apoya básicamente en las obstetrices por ser quienes están en mayor contacto con la población de alto riesgo. Sin embargo, al enfocarse solo en este servicio se dejan de detectar muchos casos que se presentan en poblaciones infantiles y adolescentes, de adultos mayores o personas que no van a consulta ginecológica, por lo que es necesario incluir también a ese personal.
3. Entrenar al personal para que sepa identificar síntomas de violencia, especialmente la de tipo psicológica, ya que estos son los más complicados de detectar. Discutir también los miedos y rechazos por parte del personal y cómo brindar atención para evitar la revictimización de los pacientes.
4. Motivar y apoyar a todo el personal para mejorar los reportes de los casos, mediante la socialización de los casos resueltos en forma exitosa. Se esperaría que esta estrategia ayude al personal a interesarse por la magnitud e importancia del problema y a que se realice la búsqueda activa de casos.
5. Establecer acuerdos o convenios interinstitucionales con la Policía, Comisaría de la Mujer y Centros de Equidad y Justicia del Municipio, con el objeto que los servicios estén disponibles para cuando se manejen casos de violencia, especialmente los flagrantes. Posteriormente habrá que procurar que se establezca una red activa de la zona. Adicionalmente, se propondrá llevar a cabo una consulta sistemática y de base poblacional sobre la posible presencia de violencia intrafamiliar (o indicadores de riesgo) en todas las mujeres mayores de 18 años.
6. Propiciar espacios de discusión que permitan evidenciar las barreras o limitaciones que tiene el personal de salud para brindar atención a las víctimas de violencia, desarrollando e implementando estrategias para que este personal se acerque más a las usuarias, a sus familias y a la comunidad. Adicionalmente hay que mejorar el diálogo e incrementar la confianza en los servicios de salud.

Estos espacios bien pueden darse en el marco del Comité de Violencia del Programa.

7. Documentar las actividades y acuerdos realizados en este comité como constancia de su gestión. Esto puede servir incluso para evaluar este componente dentro del programa.
8. Monitorear los avances o complicaciones en el uso del flujograma y el algoritmo de decisión, que permitan su revisión para lograr una mayor efectividad en la atención que se puede brindar a estas personas. Se propone comenzar con un plan de monitoreo y evaluación, tanto del funcionamiento del Comité como la efectividad del programa, aprovechando que este se encuentra en la esta inicial.

A continuación se sugieren algunas estrategias para el monitoreo y evaluación del programa:

- Utilizar la metodología de PIOT para evaluar la efectividad del programa, destacando las intervenciones multidisciplinarias a partir de uso de nuevos flujogramas como los algoritmos.
- Generar capacitación *in situ* basada en la resolución de los problemas encontrados y tratados en el Comité de Violencia.
- Evaluación por pares de la atención brindada en casos de violencia.
- Realizar auditoría médica semestral o anual enfocada en los casos de violencia intrafamiliar.
- Realizar encuestas sobre la percepción de la calidad de la atención, tanto entre usuarios externos e internos.

Se proponen algunos de indicadores de monitoreo y evaluación para el sistema:

**Tabla 2. Propuesta de indicadores de monitoreo y evaluación para el sistema**

Indicadores	Fórmula	Posibles desagregación
<b>% Pacientes atendidos con violencia intrafamiliar</b>	N.º de pacientes atendidos por Violencia Intrafamiliar (VIF)/ total de personas que acuden al CS.	Por servicio Tipo de agresión Grupos de interés Edad Sexo
<b>Actividad interdisciplinaria</b>	N.º de pacientes con síntomas de VIF que llegaron a Trabajo social derivados de Psicología N.º de pacientes con síntomas de VIF derivadas a Psicología.	Tipo de agresión Grupos de interés Edad Sexo
<b>Utilidad del Comité de Violencia</b>	N.º de personal de salud que valora positivamente la utilidad del comité/ N.º de personal de salud consultados.	Por servicio
<b>Percepción de la calidad</b>	N.º de personas que dice asistiría al CS en caso de presentar un problema de violencia.	
<b>Razones de no derivación</b>	Causas por la que no se ha podido realizar la derivación a otro nivel.	Por tipo de agresión Por grupo de interés Por características del paciente
<b>Razones de no denuncia</b>	Causas por lo que los pacientes no desean realizar la denuncia.	Por tipo de agresión Por grupo de interés
<b>Razón de Cumplimiento del flujograma y /o algoritmo</b>	N.º de casos de VIF que cumplen con el flujo y/o algoritmo/ N.º de casos que no cumplen con el flujo y/o algoritmo	Por servicio Por grupo de interés Por tipo de agresión
<b>Seguimiento de pacientes</b>	N.º de pacientes con VIF a los que se les hizo seguimiento/ total pacientes con VIF.	Por servicio Por grupo de interés
<b>Impacto de la intervención del programa</b>	N.º de casos solucionados de VIF/ N.º de casos atendidos.	Por tipo de agresión Grupo de interés

**Elaboración:** Kerlly Bermúdez

## Bibliografía

- Cengarle, C. (2007). *Guías clínicas basadas en el consenso y mejor evidencia. ¿Cómo hacer un algoritmo? Diferencia en el texto*. Recuperado el abril de 2012, de slideshare: <http://www.slideshare.net/lapaginadelmedico/como-fabricar-algoritmos-y-normativas-en-salud>
- Centro Nacional de Excelencia y Tecnología en Salud (CNETS). (2008). Guía Práctica Clínica de Detección y Manejo del Maltrato en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención. En CNETS, *Catálogo Maestro de Guías Prácticas Clínicas IMSS* (págs. 057-08). México.
- CEPAR. (2004). *Informe de la Encuesta Demográfica Materno Infantil (ENDEMAIN)*. Quito. Ecuador.
- Consejería de Sanidad -Dirección de Salud Pública y Participación. (2004). Protocolos de actuación en atención primaria para mujeres víctimas de malos tratos. España.
- Consellería de Bienestar Social. (2005). Curso de Formación en la prevención, detección y atención de la violencia de Género. En *Material Docente sobre Violencia de Género*. Valencia. España.
- Duque, F., Caicedo, B., & Sierra, C. (2008). Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Violencia para los Municipios Colombianos. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquía* , 197-208.
- Elsevier. (s.f.). *Atención Primaria en la Red*. Recuperado el febrero de 2012, de [http://www.fisterra.com/mbe/investiga/curvas\\_roc/curvas\\_roc.asp](http://www.fisterra.com/mbe/investiga/curvas_roc/curvas_roc.asp)
- Espinoza, R., Gutierrez, M., & Mena, J. (2008). Domestic Violence Surveillance System: A model. *Revista de Salud Pública México* , Volumen 50, suplemento I:S12-S18.
- García Gutiérrez, F., & Bravo Toledo, R. (2001). *Guías de práctica clínica en Internet. Atención Primaria*. Recuperado el abril de 2012, de Unidad de Investigación del Hospital Universitario de Burgos: [www.hgy.es/gpc/GPC.ppt](http://www.hgy.es/gpc/GPC.ppt)
- Grupo de Trabajadores Sociales de Atención Primaria. (2004). *Protocolo de Detección y Abordaje de la Violencia Doméstica para el Sistema Sanitario Público de la Rioja*. Rioja. España.
- INEC. (2012). *Informe Encuesta Nacional sobre Relaciones Familiares y Violencia de Género contra las Mujeres*. Quito. Ecuador.
- Laverde, L., Ramírez, P., & Restrepo, V. (2004). Revisión del Sistema de Información para los programas de Vigilancia Maltrato al Menor. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquía* , 129-138.
- MCDs; CONAMU. (2010). Marco Conceptual SIMUJERES. *SIMUJERES versión SIISE 2010* . Quito, Pichincha, Ecuador.
- Mercenier, P., & Van Balen, H. (1997). *Bases de Organización de los Servicios de Salud*. Cochabamba. Bolivia.

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2009). *Normas y Protocolos de Atención Integral para la Violencia de Género, Intrafamiliar y Sexual por Ciclos de Vida*. Quito.

*Mis Algoritmos*. (s.f.). Recuperado el febrero de 2012, de <http://mis-algoritmos.com/aprenda-a-crear-diagramas-de-flujo>

Noce, C. (2002). *Los Profesionales de la Salud y sus Conocimientos y Prácticas en Violencia Doméstica hacia la Mujer*. Recuperado el marzo de 2012, de Federación Argentina de Medicina General: <http://www.famg.org.ar>

Nygren P, Nelson H, Klein J. (2004). Screening Children for Family Violence: A review of the Evidence for the US Preventive Services Task Force. En *Annals of Family Medicine* (pág. Vol 2. No. 2). Oregon, Estados Unidos.

Observatorio del Adulto Mayor. (2005). *Malos tratos a personas mayores: Guía de actuación*. Madrid, España.

OMS. (2006). *Information to Improve Decision Making for Health*. Ginebra.

OMS. (2002). *Informe Mundial de Violencia*. Ginebra.

OMS. (2005). *Informe sobre la Salud en el Mundo: "Cada madre y cada niño contarán"*. Ginebra.

Plaza Consultores. (2012). *Proceso de toma de decisiones del comprador*. Recuperado el mayo de 2012, de [http://www.plazaconsultores.com/docs/cursos/utacna/com\\_int\\_mark/clases/cap5.pdf](http://www.plazaconsultores.com/docs/cursos/utacna/com_int_mark/clases/cap5.pdf): [http://www.plazaconsultores.com/docs/cursos/utacna/com\\_int\\_mark/clases/cap5.pdf](http://www.plazaconsultores.com/docs/cursos/utacna/com_int_mark/clases/cap5.pdf)

República del Ecuador. (1995). Ley 103 sobre Violencia contra la Mujer y la Familia. En *Registro Oficial* (pág. No. 839). Quito.

Richarson. (1996). Domestic Violence: A Hidden Problem for General Practicie. *British Journal of General Practice* , 239-242.

Santa María, M., & Silvia, P. (2010). *Patrones Relacionales de Violencia Intrafamiliar. Lecturas sistémicas de una experiencia*. Quito: Abya Yala.

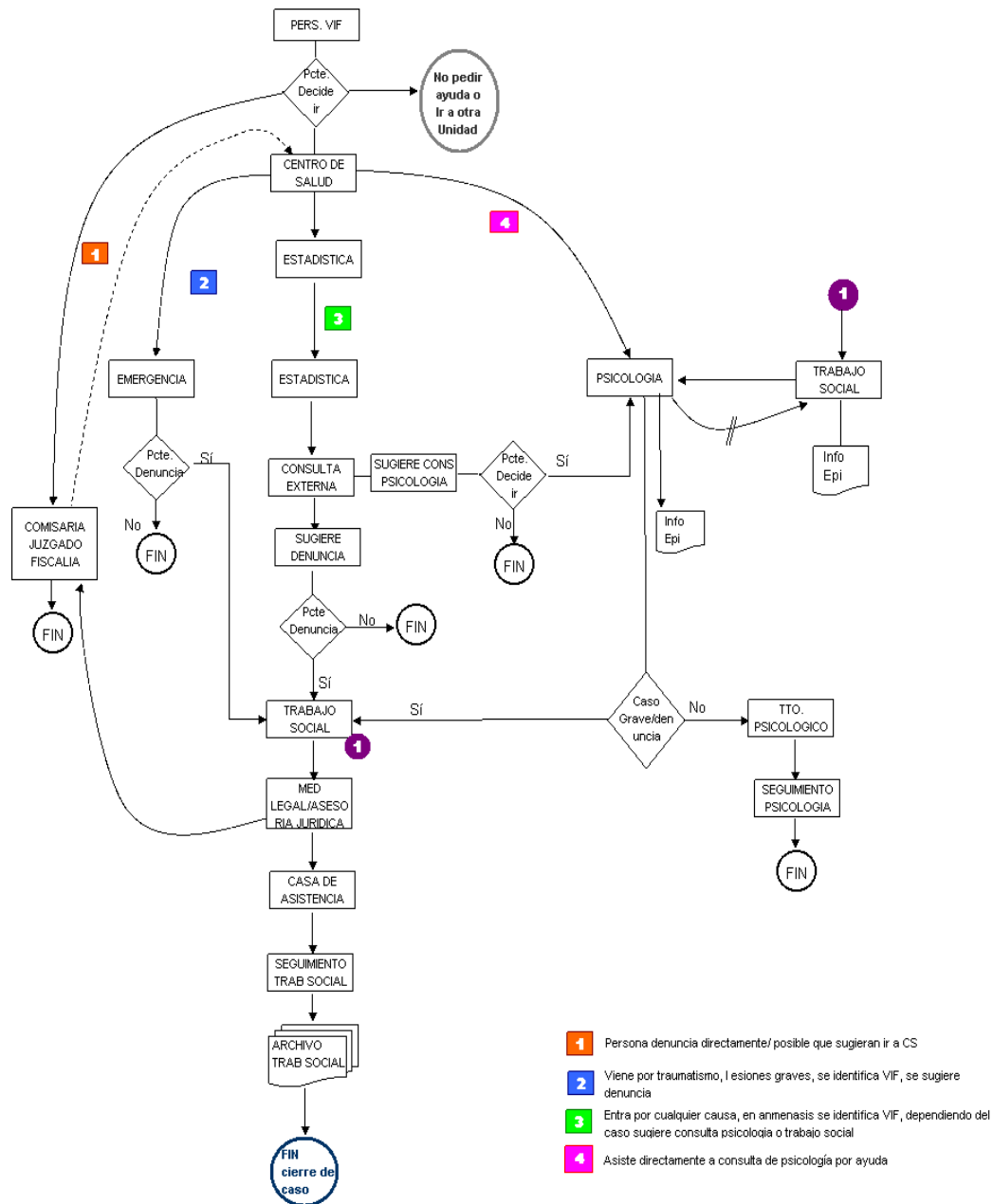
Váldez, R., Juárez, C., & Snyder, N. (2006). Violencia de Género y otros Factores Asociados a la Salud Emocional de las usuarias del sector salud en México. En *Revista de Salud Pública de México Vol. 48* (págs. Suplemento 2: S250-S258). México DF.

Van de Ende J, Moreira J, Bisoffi Z. (2008). *Cómo tomar decisiones en medicina clínica (Nociones de análisis de decisines aplicadas a ejemplos en Latinoamérica)*. Quito, Ecuador.

# ANEXOS

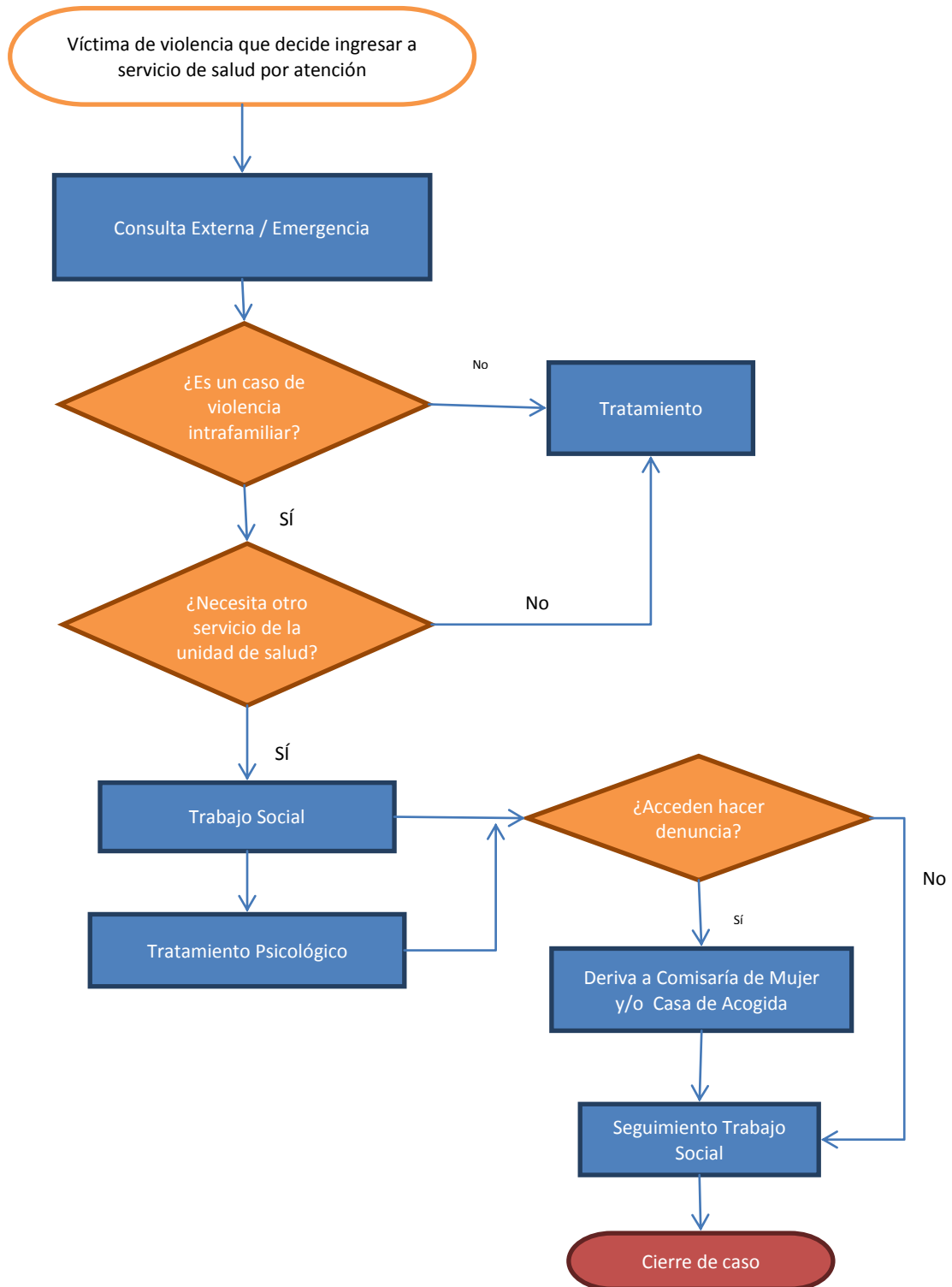
### 13. ANEXOS

#### ANEXO 1. Modelo conceptual sobre flujo de paciente de violencia intrafamiliar en el Centro de Salud de Conocoto. Diciembre 2010.



Fuente: Diagnóstico Situacional, septiembre 2010.  
 Elaboración: Kerlly Bermúdez

**ANEXO 2. Algoritmos para la atención de los casos de violencia intrafamiliar enfocados en la acción interdisciplinaria psicología- trabajo social del Centro de Salud de Conocoto a diciembre de 2010.**



**Fuente:** Observación-diagnóstico Centro de Salud Conocoto  
**Elaboración:** Kerlly Bermúdez

### ANEXO 3. Análisis de PIOT casos de VIF tratados en el Centro de Salud de Conocoto

Variable	Concepto	Indicador	Formulación	Resultado
Población Área			136148	
Incidencia	N.º de nuevos casos de VIF.	N.º de casos nuevos estimados de VIF	136148X0,00178163*	243 casos estimados
Percepción				
Motivación	Necesidad de ir en busca de atención.	N.º de personas con VIF que se motivaron a ir al CS/Número de casos nuevos estimados de VIF	109 /243	45%
Anamnesis	Identificar número de personas que posterior a la atención médica accede ir a trabajo social.	N.º de personas que luego de la atención médica acceden ir a trabajo social/N.º de personas con VIF que se motivaron a ir al CS.	22/109	20,2%
Diagnóstico	N.º de personas valoradas por un psicólogo.	N.º de pacientes que fueron derivados a un psicólogo desde trabajo social/N.º de personas que luego de recibir atención médica accede a ir a trabajo social.	5 casos derivados a psicología del centro de salud Y 2 a psicología del INFA 7/22	31%
Confiabilidad	N.º de personas atendidas por psicología que realizaron la denuncia.	N.º de pacientes que recibieron servicio de psicología e hicieron denuncia/N.º pacientes que fueron derivados a un psicólogo.	1/5	20,0
Adherencia	Seguimiento del paciente.	N.º de pacientes que en su expediente reportan un cambio luego de haber recibido los servicio. TS y PS/ N.º de pacientes que recibieron servicio de psicología e hicieron denuncia.	0/1	0**
Eficacia	Resultado esperado.	N.º de casos que se consideran cerrados/ N.º de pacientes que en su expediente reportan un cambio luego de haber recibido los servicio. Trabajo Social y Psicología.	1/0 ***	0

Fuente: Producción del MSP, Estadísticas Epidemiológicas de Conocoto y Registros Historial de Trabajo Social de Conocoto.

Elaboración: Kerly Bermúdez

\*Prevalencia pichincha 2009 según EPI2

\*\*existen 2 casos en los Registros de Historial de Trabajo Social que no fueron derivados a psicología pero que indican mejoría luego de la intervención con trabajo social.

\*\*\* Un caso fue considerado como cerrado desde trabajo social. Si bien este caso tiene derivación a psicología fue atendido por un grupo de pasantes del Centro de Acogida del Hospital Enrique Garcés, más no del servicio del Centro de Salud.

#### ANEXO 4. Cuadro: Información para la toma de decisiones.

TIPO DE TOMA DE DECISIONES	CATEGORÍAS	TIPO DE INFO QUE NECESITO	FUENTE	ANTECEDENTE	FUENTE
DIAGNÓSTICO	Es víctima	Evidencia ansiedad y/o angustia	Observación al Paciente	Acorde a las mujeres entrevistadas en el norte de Irlanda, 4 médicos generales aparentemente no vio signos obvios de daños y lesiones y no preguntó directamente las causas de éstas. Un estudio más tarde encontró que el 89% de las mujeres en los refugios había consultado a su médico general en el año anterior, pero casi la mitad de ellas habían ocultado el hecho de que estaban siendo maltratadas, sobre todo porque les daba vergüenza o tenían miedo de que su pareja se enterara, sino también por la actitud apresurada, indiferente u hostil de su médico de cabecera.	<i>Domestic violence: hidden problem to medicine for general practice</i>
		Pregunta directa al paciente sobre malos tratos	Paciente	Tres cuartas partes de las mujeres estadounidenses entrevistados en una encuesta en la atención primaria se les pide rutinariamente acerca de cualquier antecedente de maltrato físico, y el 97% de los encuestados masculinos y femeninos afirmaron que contestar con la verdad si se les pregunta directamente. Solo el 7% afirmó que les había preguntado alguna vez acerca de una historia de abuso físico.	<i>Domestic violence: hidden problem to medicine for general practice</i>
		Está embarazada		Los estudios demuestran en los reportes de abuso durante el embarazo van desde 3 a más del 20%, dependiendo de la definición utilizada. Un estudio informal de las mujeres adolescentes embarazadas de América indica que el 26% estaban siendo maltratadas; un 40-60% informa que las palizas habían iniciado o intensificado desde el embarazo.	<i>Domestic violence: hidden problem to medicine for general practice</i>
	Antecedentes familiares	Evidencia de violencia intrafamiliar a otro miembro de la familia.	Paciente Ficha familiar en caso de existir Ficha trabajo social	Estudio México: Maltrato en otro miembro de la familia en 10/33 casos.	Maltrato infantil: indicadores clínicos y sociales de maltrato físico en niños con cáncer.
		Antecedentes de maltrato en la infancia de la víctima	Paciente Historia Clínica	Estudio México: El 37% de las mujeres que consultan por violencia doméstica han sido agredidas en la infancia, Una encuesta de Oregón reportó 11% experimentó abuso psicológico, 11% abuso físico y 22% abuso sexual durante su infancia.	Violencia de género y otros factores asociados a la salud mental de las usuarias del sector salud en México. Valdez Santiago Rosa Screening Children for family violence. A review of evidence for de

				US preventive services task force	
	Antecedentes de padres maltratados en infancia	Paciente Ficha familiar en caso de existir Ficha trabajo social	Estudio México: antecedentes de maltrato en alguno de los padres en 15/33 casos.	Maltrato infantil: indicadores clínicos y sociales de maltrato físico en niños con cáncer	
	Preguntar sobre maltrato escolar	Paciente			
	Abuso de alcohol y/o droga	Paciente Ficha trabajo social	Estudio México: vivir cotidianamente en una relación violenta es predictor importante de alcoholismo Estudio México niños: Consumo de alcohol o sustancias tóxicas en 7/33 casos.	Fuente: violencia de género y otros factores asociados a la salud mental de las usuarias del sector salud en México. Valdez Santiago Rosa Maltrato infantil: indicadores clínicos y sociales de maltrato físico en niños con cáncer	
Antecedentes clínicos	Lesiones antiguas	Historia Clínica			
	lesiones repetidas	Historia Clínica			
	Historial de consulta por lesiones	Historia Clínica			
	Historial de consulta por abortos	Historia Clínica	Las mujeres maltratadas tiene tres veces más probabilidades de estar embarazadas que las mujeres maltratadas.2 de los estudios demuestran los reportes de abuso durante el embarazo que van desde 3 a más del 20%, dependiendo de la definición utilizada.	Domestic violence: hidden problem to medicine for general practice	
	Historial de consulta por ITS	Historia Clínica			
	Desnutrición	Historia Clínica			
TIPO DE TRATAMIENTO	Psicológica	Evidencia de depresión.	Pruebas psicológicas	La escala táctica de conflictos mostró que el 28% tenían depresión entre rango moderado a severo y 11% depresión severa.	Violencia de género y otros factores asociados a la salud mental de los usuarios del sector salud en México. Valdez Santiago Rosa
	Física	Evidencia de traumatismos.	Chequeo médico		
	Sexual	Declaración de violación por parte del paciente.	Paciente		

	tipo de lesiones leves	Evidencia de Moretones o contusiones en muñecas, brazos, hombros, abdomen e interior del muslo de diferentes coloraciones.	Chequeo médico	Las mujeres maltratadas son 13 veces más propensas que las mujeres no maltratadas de sufrir lesiones en el pecho, el pecho y abdomen.2 múltiples lesiones, lesiones en diferentes lugares, y las lesiones localizadas en la cara, cabeza y cuello son altamente indicativos de abuse.25.	Domestic violence: hidden problem to medicine for general practice
		Evidencia de traumatismo.	Chequeo médico		
		Fractura.	Chequeo médico		
		Evidencia de abuso sexual.	Chequeo médico		
		Amenazada con armas.	Paciente		
	tipo de lesiones graves	Evidencia de quemaduras en lugares poco frecuentes.	Chequeo médico		
		Evidencia de agresiones con armas blandas.	Chequeo médico		
		Evidencia de agresiones con armas de fuego.	Chequeo médico		
		Fracturas craneal.	Chequeo médico		
	tipo de lesiones que terminaron en muerte	Certificado de defunción.	Parte de defunción		
	Terapia grupal	Valoración de psicología.	Prescripción médica		
	Derivación a otro servicio?	Según el flujograma establecidos todos los casos deben derivarse a psicología.	Parte diario		
URGENCIA	Requiere de emergencia	En caso de violación y/o traumatismo severo.	Evidencia del paciente		
	Requiere peritaje legal	En caso de violación.	Paciente Parte diario		
	Requiere Hospitalización	En caso de traumatismo. Severo.	Evidencia del paciente.		
	Requiere denunciar	Todo caso comprobado requiere denuncia.	Paciente Ficha trabajo social.		
	Quirúrgico	Valoración de emergencia	Referencia y contrareferencia		
	Farmacológico	Anticonceptivos de emergencia en caso de violación.			
		Necesita ir a centro de acogida.	Valoración de trabajo social	Ingreso a centro de acogida	

TIPO DE TRATAMIENTO	Psicológico	Según flujograma todo caso requiere psicólogo y trabajo social.	Estudio psicológicos.	Estudio España: un 4,2% de la mujeres encuestadas tenían percepción subjetiva del maltrato, presentando una mayor gravedad en sus formas El 12,4% de mujeres mayores de 18 años se encuentran en situación objetiva de violencia en el entorno familiar (según criterios de maltrato utilizados a través de indicadores- la encuesta las define como técnicamente maltratadas)	La violencia de género y el maltrato. España
	Farmacológico	Para alivio dolor o profilaxis en caso de violación .	Prescripción médica Historia Clínica.		
INCLUSIÓN DE LA FAMILIA	Se incluye familiares	Valoración psicológica.	Estudio psicológicos.		
	Al agresor (en caso de esposo o pareja).	Valoración psicológica.	Estudio psicológicos.	Uno de los problemas que plantea este programa es la necesidad de contar con la aceptación del maltratador, lo que de hecho supone un obstáculo pues según los datos aportados en 1998 el 26% de los sujetos aceptaron recibir ayuda, sin embargo mucho de ellos abandonaron la terapia y otros acudieron a la misma bajo la amenaza de separación de la pareja; otros reconocieron su problema, y demostraron arrepentimiento y deseo de cambiar pero intentando escudarse en problemas ajenos a la familia como la precariedad laboral o el alcohol.	<a href="http://www.robexto.com/archivo/viol_domest_genero.htm">http://www.robexto.com/archivo/viol_domest_genero.htm</a>
	Inclusión de hijos?	Valoración psicológica.	Estudio psicológicos.		

**Fuente:** Revisión Bibliográfica

**Elaboración:** Kerly Bermúdez

## ANEXO 5. Escala de Reis y Nahmiash

### ESCALAS

**CUADRO I. ESCALA DE REIS Y NAHMIASH**  
(EVALÚA AL PACIENTE Y A SUS ACOMPAÑANTES)

<p>La lista de los ítems, que indican maltrato, está enumerada por orden de importancia. "Después de haber realizado una evaluación en el domicilio, por favor, indique la frecuencia de cada uno de los ítems de 0 a 4. No omita ninguno de los ítems y valórelos en función de su opinión actual</p>	<p>0 = no existente 1 = leve 2 = moderado 3 = probablemente/ moderadamente grave 4 = sí/ grave 00 = no aplicable 000 = no sabe</p>
<p><b>Cuidador</b> Edad del cuidador _____ Parentesco entre el cuidador y la persona cuidada _____ Conyugue _____ No conyugue. _____</p>	
1. Tiene problemas de conducta.	
2. Es económicamente dependiente.	
3. Tiene problemas mentales/emocionales.	
6. Tiene problemas de abuso de alcohol u otras sustancias.	
7. Tiene expectativas no realistas.	
9. No comprende el alcance de la enfermedad de su familiar.	
10. Se muestra reticente con respecto al cuidado de su familiar.	
12. Tiene conflictos maritales/familiares.	
13. Tiene una mala relación con la persona a la que cuida.	
14. No tiene experiencia en el cuidado.	
17. Es una persona que culpa a otra.	
24. En el pasado, tenía una mala relación con la persona a la que cuida.	
<p><b>Persona cuidada</b></p>	
4. Ha sido maltratada en el pasado.	
5. Tiene conflictos maritales/familiares.	
8. Carece de entendimiento sobre el alcance de su enfermedad.	
11. Está aislada socialmente.	
15. Carece de apoyo social.	
16. Tiene problemas de conducta.	
18. Es económicamente dependiente.	
19. Tiene expectativas no realistas.	
20. Tiene problemas con el alcohol y/o la medicación.	
21. Tiene una mala relación actual con la persona que la cuida.	
22. Tiene caídas/lesiones sospechosas.	
23. Tiene problemas mentales/emocionales.	
25. Es una persona que culpa a otra.	
26. Es emocionalmente dependiente.	
27. No tiene un médico habitual/fijo.	
<p><b>Puntuaciones totales:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Número de ítems que se han puntuado de 1 a 4 (se excluyen los ítems puntuados con cero), puede ser de 0 a 22.</li> <li>▪ Suma total de la puntuación de todos los ítems (de 0 a 88).</li> <li>▪ Suma total sólo de la puntuación de los ítems del cuidador (de 0 a 44).</li> </ul>	
<p><b>Interpretación de los resultados</b> Los indicadores de maltrato son enumerados por orden de importancia. En general, los indicadores del cuidador tendrían más peso que los indicadores de la persona mayor. Sin embargo, la lista de indicadores junta indica maltrato. Así, el mayor número de indicadores presentes (0-22), la puntuación total más alta (0-88) y la puntuación del cuidador (0-44) indican que es más probable que ocurra el maltrato. La tasa total (0-88) en un grupo de cuidadores diagnosticados como abusivos consistiría en una puntuación media de aproximadamente 16. Por el contrario, una puntuación media alrededor de 4 implicaría que no hay maltrato. Cada indicador que se evalúa entre 1 y 4 debe ser explorado clínicamente, aunque, cada indicador de forma individual no indica en sí mismo, maltrato.</p>	

Fuente: Observatorio del Adulto Mayor