



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

POSTGRADO DE MEDICINA DE EMERGENCIAS Y DESASTRES

**EVALUACIÓN DE LOS EFECTOS DE LA CAPACITACIÓN AL
PERSONAL DE SALUD, SOBRE LA GUÍA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN
VIOLENCIA DE GÉNERO, EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS DEL
HOSPITAL PABLO ARTURO SUÁREZ EN EL PRIMER SEMESTRE DEL
AÑO 2017**

**DISERTACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA DE EMERGENCIAS Y DESASTRES**

DRA. MERY RAMOS PROAÑO

DIRECTOR DE TESIS: DR. ESTEBAN SALAZAR

DIRECTORA METODOLÓGICA: DRA. PAMELA CABEZAS

QUITO, 2017

AGRADECIMIENTO

Agradezco a la grandiosidad infinita de mis padres quienes me dieron la vida, a mi hermana Lucía, que estuvo en todo momento, al presidente de la República del Ecuador Economista Rafael Correa, quien me dio la oportunidad de ingresar a este postgrado. Doctor Esteban Salazar, Doctor Carrasco, Dra. Judith Borja, a mis compañeras: Adriana, Patricia, Viviana,

Mil gracias a mi ser superior que es Dios, quien me guio hasta la culminación de este sueño hecho realidad, y me doy gracias a mí por la dedicación y el gran esfuerzo realizado.

Mery Ramos Proaño

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a todas las mujeres que han sido víctimas de algún tipo de violencia de género en el Ecuador, y al personal de salud del Hospital Pablo Arturo Suarez.

Gracias.

Mery Ramos Proaño

LISTA DE ABREVIATURAS

COIP: Código Orgánico Integral Penal

ENIPLA: Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo en Adolescentes

HPAS: Hospital Pablo Arturo Suárez

MAIS: Modelo de Atención Integral en Salud

NTAIVG: Norma Técnica de Atención Integral en Violencia de Género

PNBV: Plan Nacional del Buen Vivir

RPIS: Red Pública Integral de Salud

SENESCYT: Secretaría de Educación Superior, Ciencia, Tecnología e Innovación

SNS: Sistema Nacional de Salud

VBG: Violencia Basada en Género

VIF: Violencia Intrafamiliar

TABLA DE CONTENIDO

CAPÍTULO I.....	1
1.1. Introducción	1
1.2. Justificación.....	3
CAPÍTULO II	6
2.1. LA VIOLENCIA.....	6
2.1.1. La violencia de género	7
2.1.2. Tipos de violencia de género	8
2.2. Violencia contra la mujer	9
2.2.1. Origen de la violencia contra la mujer	10
2.3. Efectos y consecuencias de la violencia de género	12
2.4. Prevención y sensibilización	13
2.4.1. Tipos y modelos de prevención.....	13
2.5. Violencia de género en el Ecuador	14
2.5.1. Guía de Atención Integral en Violencia de Género	18
2.5.2. Norma técnica de Atención Integral en Violencia de Género.....	19
2.6. MARCO LEGAL.....	20
2.6.1. Constitución del Ecuador.....	20
2.6.2. Ley Orgánica de Salud.....	21
2.6.3. Código Orgánico Procesal Penal	21
2.6.4. Ley contra la Violencia a la Mujer y a la Familia	21
2.6.5. Otros instrumentos legales que complementan la legislación en cuanto a la violencia de género.....	22
CAPÍTULO III.....	23
3.1. OBJETIVOS	23
3.1.1. Objetivo General.....	23
3.1.2. Objetivos específicos	23
3.2. HIPÓTESIS.....	23
3.3. METODOLOGÍA	23
3.3.1. Operacionalización de las variables.....	23
3.3.2. Población y muestra.....	24

3.3.3.	Tipo de estudio.....	24
3.3.4.	Procedimiento de recolección de información.....	28
3.3.4.1.	Lista de verificación	28
3.3.4.2.	Encuesta para recolectar datos socio demográfico, educativo, profesional y social	28
3.3.4.3.	Test para evaluar el grado de conocimiento en cuanto a lo planteado en la Guía de Atención Integral en Violencia de Género del Ecuador	28
3.3.5.	Validación de los instrumentos.....	29
3.3.6.	Procedimiento de diagnóstico e intervención	29
3.3.7.	Plan de análisis de variables	30
3.3.7.1.	Análisis descriptivo	30
3.3.7.2.	Análisis estadístico	31
3.3.7.3.	Medidas de asociación/Cruce de variables.....	31
CAPÍTULO IV.....		32
RESULTADOS.....		32
4.1.	ANÁLISIS DESCRIPTIVO.....	32
4.1.1.	Características sociodemográficas de los participantes en la investigación.....	32
4.1.2.	Características sociodemográficas del personal de enfermería	32
4.1.3.	Resultados del nivel cognoscitivo de la Guía de Atención Integral de Violencia de Género pre y post intervención del personal de enfermería en relación con los factores sociodemográficos en estudio	36
4.1.4.	Características sociodemográficas del personal médico	41
4.1.5.	Resultados del nivel cognoscitivo de la Guía de Atención Integral de Violencia de Género pre y post intervención del personal de medicina en relación con los factores sociodemográficos en estudio.....	45
4.2.	Organización del Servicio de Emergencias del Hospital Pablo Arturo Suárez desde el punto de vista administrativo, técnico y operativo, en cuanto a la prevención, diagnóstico inicial y confirmatorio, manejo, tratamiento y referencia de las víctimas de violencia de género	51
4.3.	CRUCE DE VARIABLES.....	53
4.3.1.	Análisis de los resultados obtenidos en el proceso de pre y post intervención	53
4.3.2.	Comprobación de hipótesis de investigación	54

4.3.3.	Análisis de la relación entre las variables independiente y la variable dependiente definidas en la investigación	55
4.3.3.1.	Relación entre el grado de conocimiento y la edad.....	56
4.3.3.2.	Relación entre el grado de conocimiento y el género.....	56
4.3.3.3.	Relación entre el grado de conocimiento y la profesión	57
4.3.3.4.	Relación entre el grado de conocimiento y el grado de instrucción.	58
4.3.3.5.	Relación entre el grado de conocimiento y los años de experiencia	58
4.3.3.6.	Relación entre el grado de conocimiento y ser o no víctima de violencia.....	59
4.3.3.7.	Relación entre el grado de conocimiento y capacitación previa de violencia.....	60
CAPÍTULO V	.....	62
DISCUSIÓN	.....	62
CAPÍTULO VI	.....	68
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	.....	68
6.1.	CONCLUSIONES	68
6.2.	RECOMENDACIONES	69
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	.....	70
ANEXOS	.....	75

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Mujeres que han vivido algún tipo de violencia de género a nivel nacional	15
Figura 2. Mujeres que han vivido algún tipo de violencia de género por tipo de violencia	16
Figura 3. Mujeres que han vivido algún tipo de violencia de género: física, psicológica, sexual, patrimonial por cualquier persona y en cualquier ámbito, según autoidentificación étnica	16
Figura 4. Distribución porcentual de la violencia de género contra las mujeres	17
Figura 5. Mujeres que han vivido algún tipo de violencia de género: física, psicológica, sexual, patrimonial por cualquier persona y en cualquier ámbito, según nivel de instrucción.....	17
Figura 6. Denuncias receptadas en las Comisarías de la Mujer y la Familia, datos absolutos.....	18
Figura 7. Frecuencia y porcentaje de los participantes de enfermería en función del género.....	33
Figura 8. Frecuencia y porcentaje de los participantes de enfermería en función a la edad	33
Figura 9. Frecuencia y porcentaje de los participantes de enfermería en función de los años de experiencia profesional	34
Figura 10. Frecuencia y porcentaje de los participantes de enfermería en cuanto a si han sido víctimas de violencia de género.....	35
Figura 11. Frecuencia y porcentaje de los participantes de enfermería en cuanto a si han recibido capacitación previa en aspectos relacionados con violencia de género	35
Figura 12. Resultados del nivel cognoscitivo pre y post intervención en función del género en el personal de enfermería.....	36
Figura 13. Resultados del nivel cognoscitivo pre y post intervención en función de la edad en el personal de enfermería.....	37
Figura 14. Resultados del nivel cognoscitivo pre y post intervención en función de los años de experiencia del personal de enfermería.....	38
Figura 15. Resultados del nivel cognoscitivo pre y post intervención en función de si el participante de enfermería ha sido víctima de violencia de género	39
Figura 16. Resultados del nivel cognoscitivo pre y post intervención en función de si los participantes de enfermería han recibido capacitación previa en aspectos de violencia de género	39
Figura 17. Resultados del nivel cognoscitivo pre y post intervención del personal de enfermería en función de cada sección de la Guía de Atención Integral de violencia de género.....	40
Figura 18. Resultado individual del nivel cognoscitivo pre y post intervención del personal de enfermería	41
Figura 19. Frecuencia y porcentaje de los participantes de medicina en cuanto al género	42

Figura 20. Frecuencia y porcentaje de los participantes de medicina en cuanto a la edad	42
Figura 21. Frecuencia y porcentaje de los participantes de medicina en cuanto a los años de experiencia profesional	43
Figura 22. Frecuencia y porcentaje de los participantes de medicina en cuanto a sus estudios de postgrado	44
Figura 23. Frecuencia y porcentaje de los participantes de medicina en cuanto a si han sido víctimas de violencia de género	44
Figura 24. Frecuencia y porcentaje de los participantes de medicina en cuanto a si han recibido capacitación previa en aspectos relacionados con violencia de género	45
Figura 25. Resultados del nivel cognoscitivo pre y post intervención en función del género del personal de medicina	46
Figura 26. Resultados del nivel cognoscitivo pre y post intervención en función de la edad del personal de medicina	46
Figura 27. Resultados del nivel cognoscitivo pre y post intervención en función de los años de experiencia del personal de medicina	47
Figura 28. Resultados del nivel cognoscitivo pre y post intervención en función del nivel de estudios de postgrado del personal de medicina	48
Figura 29. Resultados del nivel cognoscitivo pre y post intervención en función de si el participante de medicina ha sido víctima de violencia de género	48
Figura 30. Resultados del nivel cognoscitivo pre y post intervención en función de si el participante de medicina ha recibido capacitación previa en aspectos relativos a violencia de género	49
Figura 31. Resultados del nivel cognoscitivo pre y post intervención del personal de medicina en función de cada sección de la Guía de Atención Integral de violencia de género.....	50
Figura 32. Resultado individual del nivel cognoscitivo pre y post intervención del personal de medicina.....	51

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Operacionalización de variables	25
Tabla 2. Información de la organización del Servicio de Emergencias suministrada por la encargada de esta área hospitalaria	52
Tabla 3. Cálculo de la media y desviación típica de los resultados de pre y post intervención.....	53
Tabla 4. Coeficiente de correlación de Pearson para la comprobación de hipótesis .	54
Tabla 5. Clasificación del grado de conocimiento obtenido	55
Tabla 6. Prueba de Chi-cuadrado para el grado de conocimiento y la edad	56
Tabla 7. Prueba de Chi-cuadrado para el grado de conocimiento y el género.....	57
Tabla 8. Prueba de Chi-cuadrado para el grado de conocimiento y la profesión.....	57
Tabla 9. Prueba de Chi-cuadrado para el grado de conocimiento y el grado de instrucción.....	58
Tabla 10. Prueba de Chi-cuadrado para el grado de conocimiento y los años de experiencia	59
Tabla 11. Prueba de Chi-cuadrado para el grado de conocimiento y ser o no víctima de violencia	59
Tabla 12. Prueba de Chi-cuadrado para el grado de conocimiento y capacitación previa de violencia	60
Tabla 13. Datos socio demográficos de la muestra que participó en la investigación	63

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento informado	75
Anexo 2. Lista de verificación para evidenciar la organización de la Sala de Emergencias del Hospital Pablo Arturo Suárez en cuanto a los recursos necesarios para la atención de víctimas de violencia de género.....	79
Anexo 3. Encuesta realizada al personal de salud de la Sala de Emergencias del Hospital Pablo Arturo Suárez con el fin de recopilar datos de los factores demográficos, educativos, laborales y sociales.....	80
Anexo 4. Test para evaluar el grado de conocimiento en función de lo planteado en la Guía de Atención Integral de Violencia de Género	81
Anexo 5. Fotografías tomadas durante el proceso de capacitación	91
Anexo 6. Material utilizado para la capacitación del personal de salud del Servicio de Emergencias del Hospital Pablo Arturo Suárez.	93

RESUMEN

Introducción: La violencia de género es una problemática de ámbito mundial. Ecuador no escapa de esa realidad mostrando unas estadísticas preocupantes, un 60,6% de mujeres han vivido algún tipo de violencia, ya sea psicológica, física, sexual o patrimonial. En este sentido, resulta necesario e importante mejorar la gestión y atención de los pacientes víctimas de violencia de género en los centros de salud, en base a lo establecido en la Guía de Atención Integral en Violencia de Género y su norma técnica, la cual tiene como fin el establecimiento de pautas de atención normalizada y homogénea para el Sistema Nacional de Salud (SNS), tanto para la identificación como para la atención oportuna a las personas víctimas de violencia que acuden a un servicio de salud durante todo su ciclo de vida.

Objetivo: evaluar los efectos de la capacitación del personal de salud a lo propuesto en la Guía de Atención Integral en Violencia de Género a nivel cognoscitivo y evidenciar la organización del Servicio de Emergencias del Hospital Pablo Arturo Suárez.

Metodología: El estudio fue de tipo cuasi-experimental o de intervención y se aplicaron tres instrumentos de recolección de datos, previa validación de los mismos. La población de estudio coincidió con la muestra y consistió en el personal médico (35 médicos) y de enfermería (34 enfermeras), por diversas razones ajenas a la investigación sólo participaron en la misma 20 médicos y 24 miembros del personal de enfermería. El proceso de intervención consistió en una jornada de capacitación para los integrantes de la muestra, en los cuales se evaluó el grado cognoscitivo con respecto a la guía, antes y después de la misma, mediante un test de conocimiento. Para el plan de análisis de los resultados, se realizó un análisis descriptivo e inferencial (estadístico) utilizando como herramienta el software de análisis estadístico IBM SPSS *Statistics Base*® y Excel®. Las variables independientes fueron los factores demográficos, educativos, profesionales y sociales, y la dependiente fue el grado cognoscitivo según lo propuesto en la guía. Los participantes firmaron un consentimiento informado para participar en la investigación.

Resultados: Tanto el personal de enfermería como el de medicina son en su mayoría del género femenino, 75% y 60%, respectivamente. El mayor porcentaje de enfermeras(os) y médicos(as) corresponde a profesionales jóvenes, entre 20 y 30 años y 30 y 40 años, respectivamente. En correspondencia a estos resultados, la mayoría de los participantes tienen pocos años de experiencia en su ejercicio profesional, obteniéndose el mayor porcentaje en el rango de 1 a 5 años. El mayor porcentaje no tienen estudios de postgrado. Al ser interrogados de si han sufrido violencia de género, alrededor del 30% de toda la muestra han respondido afirmativamente. El personal médico ha recibido más capacitación previa que el personal de enfermería, aunque en ambos casos aproximadamente el 50% han sido capacitados.

Los resultados previos a la intervención muestran un bajo nivel cognoscitivo con respecto a la Guía de Atención Integral en Violencia de Género, el personal de enfermería obtuvo un promedio total de 34,85% de aciertos antes de la capacitación y el personal de medicina un 39,32%. En general, el puntaje promedio de respuestas positivas de toda la muestra antes de la intervención fue de 16,23 lo que es considerado un nivel de conocimiento “regular”.

Post intervención, se observa que existe una relación linealmente positiva en el grado de conocimiento del personal de salud, con relación a los procesos de pre y post capacitación, lo que comprueba la hipótesis planteada. El género, la edad, los años de experiencia laboral, el grado de instrucción y si el participante fue o no víctima de violencia de género no presentaron diferencias significativas con respecto al grado de conocimiento, por el contrario, para la profesión y la capacitación previa si se observaron diferencias estadísticamente significativas. En ambos casos, el personal médico obtuvo mayores puntuaciones que el personal de enfermería.

La organización de la sala de emergencias del HPAS para la atención de víctimas de violencia de género, cumple en un 36,36% de las condiciones establecidas en la Guía de Atención Integral en Violencia de Género.

Conclusiones: Se obtuvo un bajo nivel cognoscitivo con respecto a lo planteado en la Guía de Atención Integral en Violencia de Género del Ecuador por parte del personal

de salud de la sala de emergencias del Hospital Pablo Arturo Suárez, lo cual mejoró a partir de un proceso de intervención (capacitación). La sala de emergencias del Hospital Pablo Arturo Suárez no posee una organización óptima para la atención de las víctimas de violencia de género. Por ello, resulta necesario incrementar los procesos de capacitación tanto del personal médico como el de enfermería, y lograr que las salas de emergencia cuenten con todos los recursos y elementos necesarios para la adecuada atención de estos pacientes.

Palabras clave: Capacitación, Guía de Atención Integral en Violencia de Género, Sala de Urgencias, Violencia.

SUMMARY

Introduction: Gender violence is a global problem. Ecuador does not escape of this reality showing some worrying statistics, 60.6% of women have experienced some type of violence, whether psychological, physical, sexual or patrimonial. In this sense, it is necessary and important to improve the management and care of patients' victims of gender violence in health centers, based on the Guide on Comprehensive Care in Gender Violence and its technical standard, which establish the guidelines for standardized and homogeneous care for the National Health System (NHS), both for the identification and timely care of victims of violence who come to a health service throughout their life cycle.

Objective: Evaluate the effects of the training of health personnel on the proposal of the Guide for Comprehensive Care in Gender Violence at the cognitive level, and to demonstrate the organization of the Emergency Service of the Hospital Pablo Arturo Suárez.

Methodology: The type of study was quasi-experimental or intervention and three instruments of data collection were applied, previous their validation. The study population coincided with the sample and consisted of medical personnel (35 doctors) and nursing staff (34 nurses). For reasons beyond the research, only 20 physicians and 24 nurses participated in the study. The intervention process consisted of a training for the participants, in which the cognitive degree was evaluated with respect to the guide, before and after it, through a knowledge test. For the analysis of the results, a descriptive and inferential (statistical) analysis was performed using the statistical analysis software SPSS Statistics Base® and Excel®. The independent variables were demographic, educational, professional and social data, and the dependent variable was the cognitive level as proposed in the guide. Participants signed an informed consent to participate in the research.

Results: Nursing and medical staff are mostly female, 75% and 60%, respectively. The highest percentage of nurses and doctors corresponds to young professionals, between 20 and 30 years and 30 and 40 years, respectively. In correspondence to these results, many of the participants have few years of experience in their professional

practice, obtaining the highest percentage in the range of 1 to 5 years. The highest percentage do not have postgraduate studies. When asked if they have suffered gender violence, about 30% of the sample have responded affirmatively. Medical staff have received more training than nurses, although in both cases approximately 50% have been trained.

Pre-intervention results show a low cognitive level with respect to the Guide for Comprehensive Care in Gender Violence, nursing staff obtained a total average of 34,85% correct answers prior to training and doctors 39,32%. In general, the average score of positive responses of the whole sample before the intervention was 16.23 which is considered a level of "regular" knowledge.

Post intervention it was observed that there was a linearly positive relationship in the degree of knowledge of health personnel, in relation to the pre and post training processes, which verifies the hypothesis raised. Gender, age, years of work experience, degree of education and whether the participant was a victim of gender violence did not present significant differences with respect to the degree of knowledge, on the contrary, the profession and previous training had statistically significant differences. In both cases, the medical staff scored higher than the nursing staff.

The organization of the emergency room of the Hospital Pablo Arturo Suárez for the care of victims of gender violence, meets in 36.36% of the conditions established in the Comprehensive Care Guide on Gender Violence.

Conclusions: A low cognitive level was obtained with respect to the established in the Guide of Comprehensive Care in Gender Violence of Ecuador by the health personnel of the emergency room of the Hospital Pablo Arturo Suárez, which improved from an intervention process (training). The emergency room of the Hospital Pablo Arturo Suárez, does not have an optimal organization for the attention of the victims of gender violence. Therefore, it is necessary to increase the training processes of both medical and nursing personnel, and ensure that emergency rooms have all the resources and elements necessary for the adequate care of these patients.

Key words: Emergency Room, Guide for Comprehensive Care in Gender Violence, Training, Violence.

CAPÍTULO I

1.1. Introducción

La violencia generada por el género tiene sus principales diferencias con respecto a otros tipos de violencia principalmente porque se encuentra arraigada a conductas preestablecidas, así como cánones y actitudes de la sociedad con respecto a la sexualidad y al género (Valdés, 2012). Un concepto de violencia de género es suministrado por Rico (1997) quien indica que este tipo de violencia deja en manifiesto las diferencias y desigualdades de poder entre hombres y mujeres, lo que origina que se perpetúe la sumisión, obediencia y la falta de valor de un género hacia el otro. Por ello, Karchmer (2013) afirma que “La violencia por motivos de género es, tal vez, la violación de los derechos humanos más generalizada y más tolerada socialmente.”

Los adolescentes hombres y mujeres jóvenes son muy vulnerables a la violencia de género. Se ha reportado que, a nivel mundial, aproximadamente el 50% de todos los ataques sexuales son perpetrados contra jóvenes de 15 años o de menor edad (Karchmer, 2013). Por ello, en las últimas décadas se han realizado esfuerzos desde el punto de vista jurídico, social, educativo y médico para abordar de manera integral esta problemática.

En América Latina y el Caribe, hasta los años noventa, la violencia contra las mujeres se consideraba un asunto privado en el cual el Estado no tenía que intervenir. El Ecuador no era una excepción a esa realidad, ya que una mujer que sufriera violencia por parte de su pareja no tenía la posibilidad de denunciarla o de exigir una sanción para el agresor (Consejo Nacional para la Igualdad de Género, 2014).

En el Ecuador, las estadísticas son preocupantes, el 60,6% de las mujeres ha vivido algún tipo de violencia. “La forma más frecuente de la violencia de género, es la psicológica o emocional, en segundo lugar, se ubica la violencia física, en tercer lugar, la sexual y finalmente la patrimonial” (Consejo Nacional para la Igualdad de Género, 2014).

Debido a las características sociales de esta problemática, la cual es de gran magnitud en el país, el abordaje desde el punto de vista del sistema educativo y de salud es primordial.

Las Naciones Unidas a través de la entidad que trabaja con el fin de lograr la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres señala para las instalaciones de salud que, las aptitudes y capacidades del personal que laboran en ellas es imprescindible, y establece las bases necesarias para brindar un servicio adecuado para todas estas víctimas, desde el punto de vista ético y de manera eficaz. Las principales actividades que esta organización recomienda son la sensibilización, capacitación y apoyo permanente, para la gestión del trabajo con este tipo de víctimas (ONU-Mujeres, 2012).

En este sentido, diversas investigaciones se han llevado a cabo en América Latina, con el fin de mejorar la gestión de los(as) pacientes víctimas de violencia de género en los centros de salud. Tal es el caso del trabajo elaborado en el Hospital Santojanni en el sur de Buenos Aires, donde plantean la incorporación de un protocolo como un aporte a la intervención de los trabajadores sociales y consideran que la interdisciplinariedad es, desde el punto de vista metodológico, la estrategia más acertada para su abordaje (Aguirre, Cabrera, Monetta, Sánchez, & Sánchez, 2011).

Otro trabajo, analiza el abordaje de enfermería en casos de violencia intrafamiliar y de género en el Servicio de Emergencias en el Hospital Militar de Salta (Argentina) (Bompart, Chungara, & Tolaba, 2013). En Nicaragua se “realizó un estudio transversal entre el personal de salud de 5 de los 17 Sistemas Locales de Atención Integral en Salud (...) para determinar la actitud del personal de salud en la identificación y la referencia de las víctimas de violencia de género, así como los factores relacionados con dicha actitud”. Encontrándose que “el personal de salud presentó valores altos en la actitud de rechazo hacia la violencia de género” y se resalta la importancia de la consolidación de la capacitación sobre este tema (Rodríguez-Bolaños, Márquez-Serrano, & Kageyama-Escobar, 2005).

De allí que se hayan hecho esfuerzos para la elaboración de guías que permitan brindar una atención integral a este tipo de pacientes de manera efectiva, eficiente y eficaz, con decisiones basadas en la evidencia. Entre ellas se encuentran: el protocolo utilizado por sanidad para actuar ante la violencia de género (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012, pág. 10), Guía de Atención a la Violencia Intrafamiliar y de Género (Hospital Clínic de Barcelona, 2008, pág. 11), en Chile se ha creado el Observatorio de Equidad de Género en Salud, entre muchos otros.

En el Ecuador, se cuenta con la Guía de Atención Integral en Violencia de Género (Rojas, Yáñez, & Cadena, 2012) y más recientemente, la Norma Técnica de Atención Integral en Violencia de Género. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2014, pág. 13) A partir de sus lineamientos se han llevado a cabo diversas actividades, en pro del cumplimiento de sus disposiciones. Ejemplo de ello fue la capacitación sobre violencia de género realizada en el auditorio del Hospital Matilde Hidalgo de Prócel “con el objetivo de instruir al equipo médico, para fortalecer el abordaje de pacientes víctimas de agresión física, psicológica y sexual. Esta capacitación estuvo dirigida a médicos residentes, y en ella se trataron temas como: Atención Clínica, Enfoque de Género en Salud Pública, Violencia de Género, Orientación Sexual, Atención Sensible, entre otros” (Ministerio de Salud Pública, 2016). Asimismo, se cuenta con un curso on-line (virtual) de la Norma Técnica que fue inaugurado el 21 de marzo del 2016 por la ministra de Salud Pública (Ministerio de Salud Pública, 2016).

De acuerdo con todos los factores expuestos anteriormente, se hace necesario avanzar en la gestión de la violencia de género en el sistema de salud, de manera específica en la evaluación de los efectos de la capacitación de los profesionales que intervienen en la misma y así evidenciar las fortalezas y debilidades que permitan retroalimentar en forma positiva el sistema.

1.2. Justificación

A nivel internacional, existen diferentes tipos de tratados y acuerdos donde puede enmarcarse la justificación de la presente investigación, entre ellos se encuentran: la Convención que trató sobre las estrategias para eliminar la discriminación contra la mujer (1979), la Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer de las Naciones Unidas (1993), la Declaración y la Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (1995) y los Objetivos de Desarrollo del Milenio de 2000” (Organización Mundial de la Salud, 2017).

En el ámbito nacional, este tema es abordado en la Constitución de la República del Ecuador de 2008 (artículos 11.2, 32, 35, 38.4, 46.4, 66, 76, 78 358, 362 y 363.5), Ley Orgánica de Salud (artículos 3, 6, 11, 12, 13, 27, 31, 32 y 33), Ley contra la violencia a la mujer y la familia (artículos 9 y 10), Reglamento de la Ley contra la violencia a la

mujer y la familia (artículos 72, 73 y 80), entre otras leyes, decretos, acuerdos ministeriales, planes y estrategias (Rojas, Yáñez, & Cadena, 2012).

En este mismo orden de ideas, en el Plan Nacional del Buen Vivir (PNBV) 2009-2013 se incluyen objetivos en relación con la violencia de género y se planteó el cumplimiento de metas a cumplir en ese periodo de tiempo a través de diversos indicadores, entre los cuales se pueden mencionar: a) Minimizar la violencia física contra las mujeres en un 8%, un 5% para la psicológica y en un 2% para la violencia sexual (Consejo Nacional para la Igualdad de Género, 2014).

El Decreto Ejecutivo N° 620, promulgado en el 2007, expone que la eliminación de la violencia de género, sobre todo hacia los niños, niñas, adolescentes y mujeres, es y debe ser política de Estado. A raíz de lo establecido en este Decreto se generó un plan nacional para erradicar la violencia de género (Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2012).

A partir de la Encuesta Nacional de Violencia llevada a cabo en el Ecuador en el 2010 se evidenció que “*el 60,6% de las mujeres ha vivido algún tipo de violencia*”, el 25% de mujeres ha vivido violencia sexual, y el tipo de violencia más común es la psicológica que se encuentra por encima del 50%. Se reportan las provincias de Morona Santiago, Tungurahua y Pichincha como aquellas que presentan los mayores porcentajes de violencia de género (Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2012). Por lo que se hace necesario establecer planes y acciones contundentes para incidir positivamente en la erradicación de esta problemática.

Recientemente, el Ministerio de Salud Pública reporta en su Norma Técnica de Atención Integral en Violencia de Género (NTAIVG) del 2014 que en el Ecuador la problemática de violencia de género es preocupante, y es una de las principales causas de enfermedad y mortalidad, las estadísticas mencionan que aproximadamente el 33% de mujeres y el 50% de niños, niñas y/o adolescentes fueron víctimas de este tipo de violencia (género e intrafamiliar). Asimismo, en dicho documento se establece que esta norma es de cumplimiento obligatorio “en todos los establecimientos de la Red Pública Integral de Salud (RPIS), de la Red Complementaria, y otros prestadores del Sistema Nacional de Salud (SNS), y comprende todos los niveles de atención

establecidos en el Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS) (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2014).

Con el fin de dar cumplimiento a la Guía y Norma de Atención Integral en Violencia de Género es imprescindible que todos los/las profesionales de la salud se encuentren capacitados de manera adecuada en los protocolos y buenas prácticas para el abordaje integral de estas víctimas (Rojas, Yáñez, & Cadena, 2012).

Finalmente, la capacitación al personal de la salud debe ser monitorizada y evaluada según indicadores establecidos en la guía y así evidenciar los cambios generados en la aplicación de la misma, objetivo principal de esta investigación. Por ende, los resultados obtenidos son de gran aporte y relevancia para el sistema de salud, ya sea por el hecho de conocer nuevas estadísticas, valorar los cambios que se han producido en el sistema de salud a partir de la capacitación y sensibilización en esta problemática y adicionalmente, porque fue aplicado en el Hospital Pablo Arturo Suárez ubicado en una de las provincias más afectadas.

CAPÍTULO II

2.1. LA VIOLENCIA

Según la Organización Mundial de la Salud la violencia es la utilización deliberada de la fuerza física, intimidaciones, amenazas contra una persona, o un grupo de ellas, que tiene trae como resultado lesiones, daños síquicos, morales, anímicos e incluso la muerte (Organización Mundial de la Salud, 2017).

No hay zona geográfica que esté completamente exenta de la violencia. Las imágenes y las descripciones de actos violentos, en calles, hogares, escuelas, ámbitos laborales, y otras áreas de convivencia, invaden los medios de comunicación. Es una problemática que desarticula la comunidad y amenaza la vida, la salud y la felicidad de sus ciudadanos (Organización Panamericana de la Salud, 2002). *“Cada año, más de 1,6 millones de personas en todo el mundo pierden la vida violentamente. Por cada persona que muere por causas violentas, muchas más resultan heridas y sufren una diversidad de problemas físicos, sexuales, reproductivos y mentales. La violencia es una de las principales causas de muerte en la población de edad comprendida entre los 15 y los 44 años, y la responsable del 14% de las defunciones en la población masculina y del 7% en la femenina, aproximadamente”*. (Organización Panamericana de la Salud, 2002)

Este tipo de violencia es una problemática que debe tratarse a través de los derechos humanos ya que altera de manera significativa la calidad de vida de los seres humanos e incide negativamente en el progreso de la población. En América, un alto porcentaje (53%) de las causas de mortalidad en personas con edades comprendidas entre los 15 y 29 años están correlacionadas con alguna clase de violencia. A nivel mundial, se reporta que anualmente fallecen cinco millones de personas por violencia, una gran cantidad de niñas y de niños han sufrido maltrato y en Latinoamérica, entre el treinta y cincuenta por ciento de las mujeres han sido víctimas de violencia, han sufrido agresiones, principalmente en su propio hogar (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2011).

La violencia está vigente cada día y por ello se considera en muchas ocasiones como un componente ineludible del ser humano, que debe atacarse de manera reactiva en

vez de preventiva. Esta realidad está cambiando, por lo que cada día se hace más hincapié en prevenir y combatir las raíces de la violencia (Organización Panamericana de la Salud, 2002).

2.1.1. La violencia de género

Históricamente, la violencia en sus diferentes acepciones se ha puesto de manifiesto en la población, como resultado del dominio de un grupo de personas o una sola persona sobre otra u otras, es decir, se presentan relaciones asimétricas de poder, generalmente entre hombres y mujeres (Rico, 1997). Dentro de este concepto y de acuerdo a diversos aspectos sociales que circunscriben los hechos, como las relaciones interpersonales, la influencia del poder, la situación económica, entre otros, se consideran delitos de violencia de género: las relaciones sexuales no consentidas y el incesto, el acoso sexual en el sitio de trabajo y/o establecimientos educativos, y aquella que se produce en el ámbito doméstico y familiar, como las más frecuentes y relevantes (Rico, 1997).

El concepto de violencia de género de manera irrestricta involucra al sexo masculino y femenino indiferentemente, pero la realidad es, que la mayoría de las veces es el género femenino el que es víctima en mayor porcentaje de violencia, de allí que cuando se habla de violencia de género, muchos autores consideran directamente que se refiere a la violencia contra la mujer. Por ejemplo, en el documento *“El tratamiento de la violencia de género en la Organización de las Naciones Unidas”* se indica que: *“Históricamente la violencia de género es aquella ejercida en contra de las mujeres por el hecho de ser mujeres y que es manifestación y consecuencia de la desigualdad sistémica en que viven”* (Palacios, 2011). En otro trabajo se menciona que a pesar de que la violación de los derechos humanos puede afectar tanto a varones como mujeres, la violencia de género generalmente ha sido más identificada cuando se trata de afectar o agredir a una mujer. Esto tiene que ver con las sociedades patriarcales donde se establecen tácitamente ciertas prácticas que generan inequidad hacia la mujer, siendo ésta más vulnerable ante las agresiones (Rico, 1997).

2.1.2. Tipos de violencia de género

El código Orgánico Integral Penal (COIP) establece como delitos tres tipos de violencia: física, psicológica y sexual. Este instrumento define violencia física como toda manifestación ya sea en contra de la mujer o un miembro de la familia donde se originen lesiones. La violencia psicológica es aquella que pudiera causar perjuicio en la salud mental y la sexual es aquella donde se impone u obliga a una persona a tener relaciones sexuales u otros actos similares (Consejo Nacional para la Igualdad de Género, 2015).

La Norma Técnica de Atención Integral en Violencia de Género (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2014) define los tipos de violencia como se indica a continuación:

- **Violencia Física:** es toda acción donde se emplea la fuerza y que como consecuencia genere daños, dolor o lesiones físicas en la víctima, independientemente del medio empleado.
- **Violencia Psicológica:** es todo acto que genere afectación desde el punto de vista psicológico o un menoscabo de su autoestima.
- **Violencia Sexual:** es aquella violencia donde se impone el ejercicio de la sexualidad, mantener relaciones o prácticas sexuales de manera obligada, utilizando para ello la fuerza física, el engaño, intimidaciones, amenazas, u otros medios de represión o coerción.
- **Violencia Intrafamiliar:** son aquellos actos que se generan dentro del núcleo familiar y que consisten en daños físicos, psicológicos, sexuales o patrimoniales.

Adicionalmente, a pesar de no estar considerada en el COIP la OMS incluye la violencia económica o patrimonial, que han definido como el acto u omisión que involucre deterioro, detrimento, menoscabo, robo, pérdida, detención de bienes materiales, documentos personales que permiten la satisfacción de las necesidades de uno a varios miembros de la familia (Consejo Nacional para la Igualdad de Género, 2015).

2.2. Violencia contra la mujer

La violencia de género y la trasgresión de los derechos de las mujeres no son circunstancias que se han evidenciado recientemente; el problema es que han sido eventos que a nivel social eran aprobadas y admitidas, por lo que resultaba más difícil su detección y denuncia. Generalmente ocurrían en forma privada por lo que eran desconocidas por el entorno. Por otra parte, estudios de índole histórica llevados a cabo en diversas regiones mencionan que la violencia física de los varones en contra de las mujeres (específicamente sus esposas) era una acción llevada a cabo en los siglos dieciocho y diecinueve, siendo estos actos considerados como correcciones punitivas admisibles hacia las mujeres que no acataban las normas establecidas en esa época (Rico, 1997).

A pesar de ello, recientemente se ha agudizado la inquietud por el género femenino que es víctima de ataques a nivel físico, sexual y psicológico tanto dentro del ámbito familiar como en su trabajo o en las instituciones educativas. Actualmente, se han generado cambios en la visión de esta problemática, a raíz de un intenso debate y análisis, generando una visión negativa hacia este tipo de actos, cada vez más extendida en toda la sociedad (Rico, 1997).

La violencia contra las mujeres se origina a partir de un sistema de desigualdad en el poder, donde la superioridad de los hombres esta privilegiada. En este tipo de sociedades prevalece la discriminación de las mujeres y las personas LGBTI diferenciándose en función de la clase, etnia, edad, orientación sexual, entre otros factores (Consejo Nacional para la Igualdad de Género, 2015)

Uno de los orígenes del uso de la violencia para el control de las mujeres es el uso del sistema patriarcal. Esta violencia se puede manifestar de manera física, psicológica y a través de la desvalorización y el sometimiento. Y un aspecto clave a evaluar en este sentido es la educación. En la mayoría de las sociedades se les ha convencido a los hombres que sus compañeras son de su propiedad o personas inferiores y, a partir de esa premisa, se consideran con potestad de maltratarlas, en muchos casos han sido criadas para ser dependientes de sus esposos, padres, y a ser consideradas como sólo amas de casa, por lo que presentan un doble dependencia la emotiva y la económica (Mujeres para la Salud, 2011). Por lo que es claro evidenciar que el sexismo está

presente en todos los aspectos de la vida, en los centros educativos, en los medios de comunicación, libros, religión, y, sobre todo, en la familia, lo que origina que niños y niñas sean educados con principios que perpetúa el rol machista (Mujeres para la Salud, 2011).

En la Declaración Universal de los Derechos Humanos se establece que todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos. A pesar de ello, el género femenino es el que presenta la mayor cantidad de personas de menos recursos en el mundo, las mayores tasas de analfabetismo y tienen una desigualdad desventajosa en los salarios con respecto a los hombres, además de ser las que presentan mayor porcentaje de violencia, maltrato y acoso sexual desde la niñez, sólo por ser del sexo femenino. Muy frecuentemente, este comportamiento ha sido fundamentado en diversas tradiciones culturales y religiosas, que son establecidas por las élites a nivel político, económico y/o religioso para lograr su hegemonía (Mujeres para la Salud, 2011).

Por ende, la problemática de la violencia contra el género femenino (no sólo la física sino la psicológica y sexual) es pública, y no privada como se ha tratado hasta hace algunos años, por lo que, el estado debe intervenir, proporcionando la mayor cantidad de instrumentos legales para combatirla (Mujeres para la Salud, 2011).

2.2.1. Origen de la violencia contra la mujer

Desde tiempos ancestrales, la violencia específica contra la mujer se considera un aspecto de tipo cultural, y de cierta manera como parte de la vida y actuar natural dentro de la estructura familiar. Este tipo de comportamiento se ha evidenciado en diversos escritos y documentos estudiados a través de la historia, tal como las antiguas escrituras hasta los datos estadísticos que son recopilados y analizados en la actualidad (Ayala & Hernández, 2012).

Según se indica en Ayala y Hernández (2012) la violencia es tan antigua como la humanidad, hallándose referencias de ello a partir de los escritos de diversos pensadores, filósofos, escritores y artistas.

Desde los inicios de la humanidad se ha observado el dominio del hombre sobre la mujer en una gran cantidad de sociedades. Desde el punto de vista religioso también se ha fomentado la idea de la debilidad del género femenino sobre el masculino, por ejemplo, en la Biblia, Eva se encuentra, por orden de Dios bajo el mandato de lo que establezca Adán y San Pablo exigía a las cristianas obediencia a sus maridos. Los romanos consideraban a la mujer como una posesión del esposo y ésta no tenía ninguna autonomía ni independencia de su persona ni de sus hijos. En el ámbito cultural chino e indio se llevaban a cabo los infanticidios de niñas y entre los musulmanes el matrimonio concertado puede ser un motivo para el asesinato o tortura de la mujer. Finalmente, aún existen casos de esclavitud doméstica (Ayala & Hernández, 2012)

El odio o la aversión contra el sexo femenino, que no es más que la misoginia, existe desde tiempos inmemoriales. Un ejemplo a nivel histórico de ello, fueron los escritos de Augusto Comte, el padre de la Sociología Moderna, donde se evidencian antiguas y falsas creencias sobre la mujer (Ayala & Hernández, 2012).

Durante los siglos XVI y XVII más de nueve millones de mujeres fueron víctimas de genocidio en Europa y Estados Unidos, debido a diversas acusaciones de brujería. El origen de esta persecución de gran cantidad de mujeres en aquella época (Edad Media) fue el origen de un novedoso régimen económico donde el estado y la iglesia pactaron para establecer diversas normas morales, y la dominación de las tierras y bienes, en este sentido, quien fuera en contra de estas pautas podía ser aislado o muerto. El desarrollo cognoscitivo del género femenino, su independencia y liberación sexual, desafiaban el estado patriarcal, por lo que fueron perseguidas y asesinadas como una manera de intimidación a la sociedad y lograr mantener el control de la misma (Barba, 2015).

A mediados del siglo XIX esta marginalización que se había institucionalizado empieza a cambiar, debido al empuje y lucha de las mismas mujeres, las cuales se dan cuenta de la discriminación de la que son víctimas, por lo que surgen los primeros movimientos feministas. En este sentido, en 1848, se celebra la primera convención sobre los derechos femeninos en Nueva York. En 1851, en Inglaterra, se convocó la Asamblea de Sheffield, y en el siglo veinte, específicamente en el año 1908, ocurre la tragedia de la muerte de más de una centena de mujeres que trabajaban en una empresa

textil de Nueva York y las cuales se encontraban en huelga. Por ello, ese día, 8 de marzo, fue declarado el Día Internacional de la Mujer (Cuéllar, 2017).

2.3. Efectos y consecuencias de la violencia de género

El peligro y la amenaza de la violencia de género se evidencia al evaluar los efectos y las consecuencias sobre el género femenino y, por tanto, es útil como indicador para detectarla. Algunas de las consecuencias que se pueden presentar sobre la salud son (NOMASVG, sf):

- Fatales: suicidio, homicidio.
- Físicas: afecciones de diversa índole: golpes, traumatismos, heridas, quemaduras, deterioro funcional, cefaleas, entre otras.
- Crónicas: dolor, síndrome del intestino irritable, otros trastornos gastrointestinales, somatizar diversas enfermedades.
- Sexual y reproductiva: pérdida de deseo sexual, trastornos menstruales, enfermedades de transmisión sexual incluido el VIH/SIDA, sangrado y fibrosis vaginal, dispareunia, dolor pélvico crónico, infección urinaria, embarazo no deseado, hemorragia vaginal, amenaza de aborto, muerte fetal, parto prematuro, bajo peso al nacer.
- Psíquica: Depresión, ansiedad, trastornos del sueño, trastorno por estrés postraumático, trastornos de la conducta alimentaria, intento de suicidio, abuso de alcohol, drogas y psicofármacos.
- Social: aislamiento social, pérdida de empleo, absentismo laboral. disminución del número de días de vida saludable.
- Hijas e hijos: riesgo de alteración de su desarrollo integral, sentimientos de amenaza, dificultades de aprendizaje y socialización, adopción de comportamientos de sumisión o violencia con sus compañeros y compañeras, mayor frecuencia de enfermedades psicosomáticas, con frecuencia son víctimas de maltrato por parte del padre, violencia transgeneracional con alta tolerancia a situaciones de violencia.
- La violencia puede también afectar a otras personas dependientes de la mujer y que convivan con ella.

2.4. Prevención y sensibilización

La sensibilización de la problemática de la violencia de género intenta que dicho fenómeno no permanezca oculto, que se puedan conocer y entender las causas que lo originan y que cada persona tome iniciativas personales o colectivas para combatirla. La sensibilización no sólo comprende la información, ésta es imprescindible, pero no lo suficiente para erradicar el problema. Por lo tanto, se requieren otras acciones en pro de que la ciudadanía se “sensibilicen”, es decir, que tomen conciencia del problema para actuar sobre él. *“El resultado deseable de la sensibilización es que cada persona esté correctamente informada para que entendiendo lo que ocurre, pueda tomar una postura crítica ante la realidad y actuar para modificarla si lo considera oportuno, en este caso, ante la violencia contra las mujeres”* (Asociación civil Trama, 2009).

Los instrumentos para la sensibilización de esta problemática son variados, pero básicamente corresponden al mecanismo de publicidad social, que incluyen: folletos, afiches, mensajes por radio, TV e Internet, y por otra parte, celebración de jornadas, marchas, exposiciones y eventos para conmemorar fechas importantes, etc. (Asociación civil Trama, 2009).

Más allá de la sensibilización debe hacerse hincapié en la prevención y de esta manera actuar sobre las causas más que sobre los efectos. *“En la prevención, una de las líneas de intervención es la educación, entendida como un recurso que no sólo está vinculado con cuestiones pedagógicas sino sociales, económicas y políticas y que contempla una perspectiva de búsqueda participativa”*. Es decir, se debe poner en práctica lo que se aprende en distintos contextos y en función de la escala de valores de cada persona, para evitar la violencia futura (Asociación civil Trama, 2009).

2.4.1. Tipos y modelos de prevención

En el trabajo de prevención de la violencia de género (y también en otros temas) suelen distinguirse tres niveles de prevención: Primaria (cuando el conflicto o problema no ha surgido aún), Secundaria (cuando ya está presente el conflicto o problema) y Terciaria (arbitrando procesos de protección a la víctima declarada como tal a todos los efectos) (Asociación civil Trama, 2009).

Las estrategias y modelos de intervención para cada tipo de prevención son diferentes. Todas las personas pueden participar en la prevención primaria, de manera colectiva o individual, aunque se considera que los grupos estratégicos son los niños(as) y adolescentes, y consiste en la educación. *Para la prevención secundaria y terciaria, destaca el Modelo Ecológico de intervención el cual, además de ayudar a esclarecer las causas de la violencia y sus complejas interacciones, también pone de manifiesto que, para prevenirla, es necesario actuar en varios niveles a la vez* (Asociación civil Trama, 2009).

2.5. Violencia de género en el Ecuador

Ecuador no escapa a la realidad de la violencia de género, las afecciones ocasionadas a la salud debido a esta realidad está entre las principales causas de enfermedad y muerte en todos los ciclos de vida definidos en el sistema de salud ecuatoriano, aproximadamente el 33% de las mujeres y un 50% de niños, niñas y adolescentes indican que han sido víctimas de violencia, específicamente la intrafamiliar (VIF), sin tomar en cuenta los tipos de violencia que ocurren en espacios públicos, privados e institucionales de la sociedad y que no son evidenciados, reportados o documentados (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2011).

El Estado ha llevado a cabo significativos progresos con respecto a la violencia de género, por ser el ente que debe garantizar los derechos de sus ciudadanos, especialmente aquellas personas que se encuentran entre los grupos más vulnerables a la violencia de género. El marco legal, tanto nacional como algunos acuerdos internacionales que ha suscrito el Ecuador evidencia este compromiso con el fin de erradicar esta problemática. El Ministerio de Salud Pública también ha reconocido la violencia contra el género femenino y otros grupos vulnerables como una problemática de salud pública, por ello, en el año 1998 elaboró las normas y procedimientos de atención de salud sexual y reproductiva, donde se plantean lineamientos para detectar y manejar la violencia, con una orientación multidisciplinaria, social e integral, el cual es integrado al registro del Sistema de Vigilancia Epidemiológica. A partir de estas estadísticas se ha evidenciado la dimensión de esta problemática (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2011).

Recientemente se creó la Agenda Nacional de las Mujeres y la Igualdad de Género 2014-2017 mediante la participación de mujeres y personas LGBTI del Ecuador. Esta agenda surge como una herramienta técnico-política que tiene como principal objetivo *“efectivizar el cumplimiento de los derechos y la transversalización de la igualdad de género en el país, mediante la vinculación del mecanismo especializado con las entidades rectoras y ejecutoras de la institucionalidad pública, mediante un elenco de políticas intersectorial, sectorial y territorial en un horizonte de mediano plazo de ejecución y cumplimiento”* (Consejo Nacional para la Igualdad de Género, 2015).

El segundo eje de la Agenda Nacional de las Mujeres y la Igualdad de Género 2014-2017 es el relativo a una vida libre de violencia, contiene 15 lineamiento que están orientados a incrementar la cobertura de sistema de protección de víctimas de violencia; especialización del talento humano para adecuar la atención de estas víctimas, fortalecimiento y ampliación de los juzgados especializados en el tema, generación de un sistema integral de información, sensibilización de la colectividad sobre todos los aspectos relativos a la violencia y lograr efectivizar el control, la regulación y sanción de medios que promuevan la violencia de género (Consejo Nacional para la Igualdad de Género, 2015).

Algunas cifras en cuanto a la violencia de género en el Ecuador se presentan en las figuras 1 a la 6.

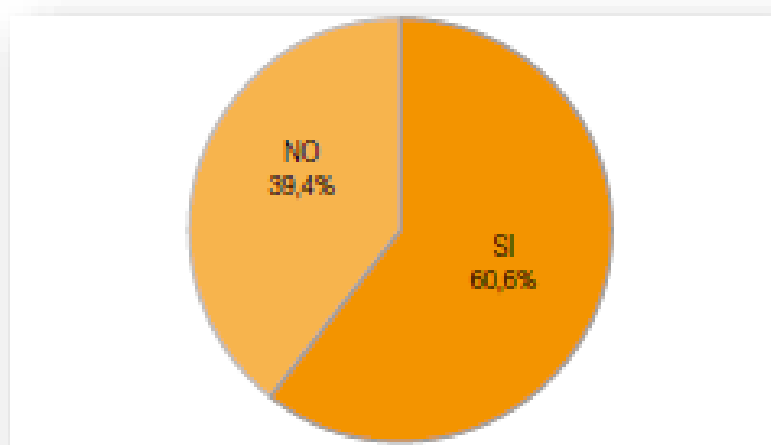


Figura 1. Mujeres que han vivido algún tipo de violencia de género a nivel nacional

Fuente: (Consejo Nacional para la Igualdad de Género, 2015)

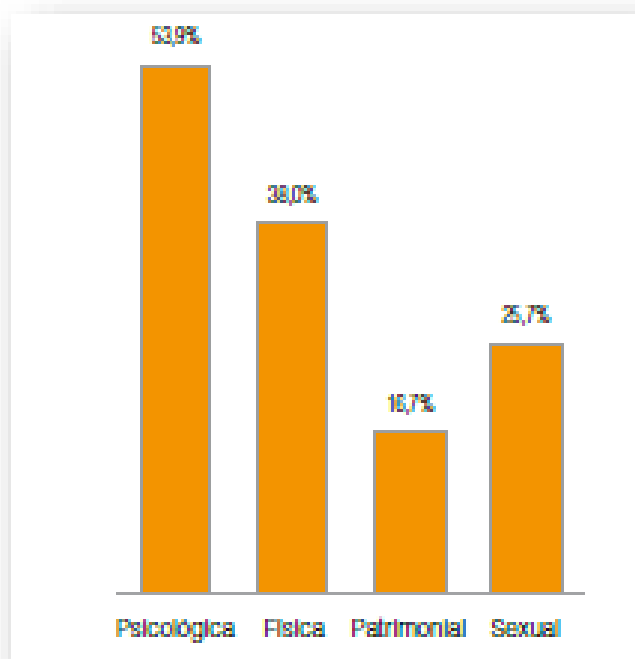


Figura 2. Mujeres que han vivido algún tipo de violencia de género por tipo de violencia

Fuente: (Consejo Nacional para la Igualdad de Género, 2015)

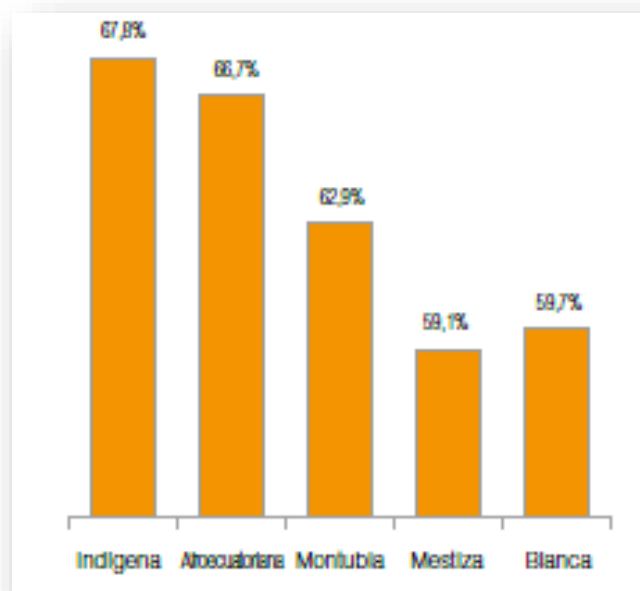


Figura 3. Mujeres que han vivido algún tipo de violencia de género: física, psicológica, sexual, patrimonial por cualquier persona y en cualquier ámbito, según autoidentificación étnica

Fuente: (Consejo Nacional para la Igualdad de Género, 2015)

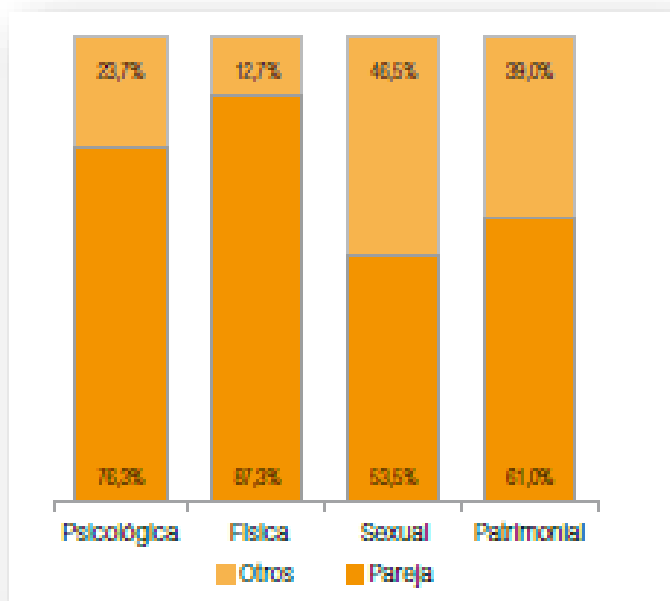


Figura 4. Distribución porcentual de la violencia de género contra las mujeres por perpetrador y tipo de agresión

Fuente: (Consejo Nacional para la Igualdad de Género, 2015)

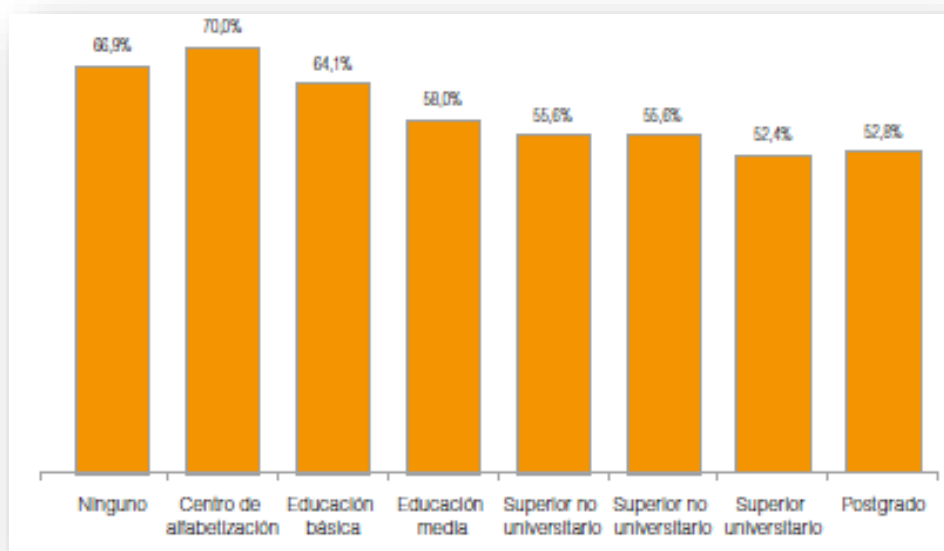


Figura 5. Mujeres que han vivido algún tipo de violencia de género: física, psicológica, sexual, patrimonial por cualquier persona y en cualquier ámbito, según nivel de instrucción

Fuente: (Consejo Nacional para la Igualdad de Género, 2015)

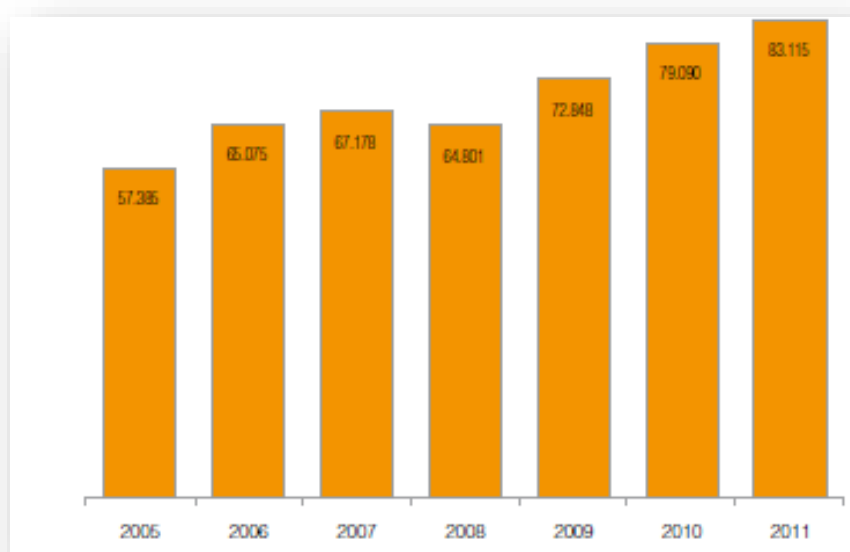


Figura 6. Denuncias receptadas en las Comisariías de la Mujer y la Familia, datos absolutos

Fuente: (Consejo Nacional para la Igualdad de Género, 2015)

2.5.1. Guía de Atención Integral en Violencia de Género

“Esta *Guía de Atención Integral en Violencia de Género* fue elaborada con la participación de equipos de ENIPLA (*Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo en Adolescentes*), *Maternidad Gratuita* y *Atención a la Infancia*, *Salud Mental*, *Violencia* y otros servicios de salud que conforman el Sistema Nacional de Salud del Ecuador, bajo la coordinación de la Dirección Nacional de Normatización” (Rojas, Yáñez, & Cadena, 2012). Está enfocada hacia la violencia basada en género haciendo énfasis en la atención a la mujer (Grupo prioritario de acuerdo con estadísticas del Ecuador). Todas las recomendaciones suministradas son de carácter general, por lo que cada caso tendrá una forma de conducta procedimental, por lo que, lo que se expone en este documento puede direccionarse a todos los grupos vulnerables, no sólo las mujeres (Rojas, Yáñez, & Cadena, 2012).

Este documento permite “establecer parámetros de acción para el manejo de la violencia de género, enfocado en el modelo de atención integral en salud, reconociendo la importancia de la acción intersectorial, para la efectiva garantía de los Derechos a las personas víctimas de violencia de cualquier edad, sexo, género,

además de velar por la salud mental de los ecuatorianos, para garantizar la calidad de vida y el buen vivir”. Adicionalmente, está centrada en garantizar “la atención integral a las víctimas de violencia de género, precautelando sus derechos, y evitando la revictimización. En este sentido incluye el abordaje del agresor, un plan de difusión e implementación y una serie de recomendaciones para la atención” (Rojas, Yáñez, & Cadena, 2012).

2.5.2. Norma técnica de Atención Integral en Violencia de Género

La violencia de género en el país aqueja a diversos sectores de la ciudadanía y representa un grave problema de salud pública, debido a los efectos devastadores en la vida y en el desarrollo integral de quienes la sufren (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2014).

Tomando en cuenta esta realidad el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, como organismo rector de la política de salud, y consciente de lo importante que es la prevención y la atención integral a las personas que sufren violencia de género, presentó en el 2012 a todos los profesionales del sistema de salud, la Norma Técnica de Atención Integral en Violencia de Género (NTAIVG) (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2014).

“La NTAIVG es una respuesta al complejo fenómeno social de la violencia de género y una herramienta de obligatorio cumplimiento para la prestación de servicios integrales, en el marco de las competencias del ámbito de la salud. Así, la Norma parte de evidenciar que son múltiples los factores que acompañan las prácticas de la violencia y reconoce las necesidades que enfrentan tanto las víctimas o sobrevivientes, como quienes les brindan atención en salud” (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2014).

La NTAIVG incorpora los principios básicos de respeto a los derechos humanos, con una perspectiva de género, interculturalidad e intergeneracionalidad, en concordancia con los lineamientos de trabajo del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2014).

2.6. MARCO LEGAL

El marco legal establecido el objeto de prevenir y atender integralmente a las víctimas de violencia de género, intrafamiliar y sexual en cada etapa del ciclo de vida tiene como soporte un sustancioso marco legal a nivel nacional, los aspectos y documentos legales más importantes al respecto se mencionan a continuación:

2.6.1. Constitución del Ecuador

La Constitución ecuatoriana aprobada en el 2008 incluye como mandato la responsabilidad del Estado de garantizar el derecho a vivir una vida libre de violencia desde una perspectiva integral de prevención, protección, garantía, restitución y reparación del derecho, en todos los ámbitos (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2014).

En el artículo 32 la constitución indica que el estado debe garantizar la salud como un derecho de todos los ciudadanos y que la prestación de estos servicios deben ser equitativos, universales, solidarios, interculturales, de calidad, eficientes, y con orientación de género y generación. En este mismo sentido, el artículo 35 destaca que los ciudadanos que se encuentren en riesgo, sobre todo aquellas víctimas de violencia o de desastres, son personas y grupos de atención prioritaria, debido a las condiciones de mayor vulnerabilidad a las que están expuestas y las mismas deben recibir atención especializada en el ámbito público y privado (Asamblea Nacional, 2008).

“La Constitución, en los artículos 38.4 y 46.4, establece la protección de los grupos de atención prioritaria: entre ellos, niños, niñas, adolescentes, mujeres, adultos-as mayores, personas con discapacidad, entre otros sujetos vulnerables, contra todo tipo de violencia (Asamblea Nacional, 2008).

Finalmente, en el artículo 66 se garantiza y reconoce el derecho a la integridad de las personas, lo que incluye los aspectos físicos, psíquicos, morales y sexuales, así como gozar de una vida libre de violencia, en este sentido el Estado debe establecer y llevar a cabo la medidas para la prevención, eliminación y sanción de todo tipo de violencia, especialmente aquella infligida a los ciclos de vida más vulnerables (Asamblea Nacional, 2008).

2.6.2. Ley Orgánica de Salud

La Ley Orgánica de Salud (LOS) determina en su artículo 6 que el Ministerio de Salud es responsable de prevenir y atender a las víctimas de violencia en todas sus formas, con énfasis en los ciclos de vida más sensibles (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2014).

Por otra parte, el artículo 31 establece que la violencia es un problema de salud pública, lo cual es reconocido por el Estado. Y por ello, todos los organismos que posean competencia en esta problemática deben favorecer y apoyar la disminución de todos los tipos de violencia (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2014). Y el artículo 32 estipula que se debe brindar atención de salud a todas las personas que sean víctimas de cualquier tipo de violencia, así como de las consecuencias derivadas de ella (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2014).

2.6.3. Código Orgánico Procesal Penal

El Código Orgánico Integral Penal dispone en su artículo 450, que el Ministerio de Salud realice investigaciones en los entes públicos y privados, para garantizar que se cuente con todos los datos y pruebas necesarias en casos de violencia de género. Este procedimiento es llevado a cabo por personal de medicina legal y ciencias forenses en instituciones públicas y/o privadas que posean acreditación del Consejo de la Judicatura (Ministerio de Justicia, 2014).

2.6.4. Ley contra la Violencia a la Mujer y a la Familia

En su primer artículo se establece que el objeto de esta ley es la protección de la integridad física, psíquica y libertad sexual de la mujer y los miembros de su familia, previniendo y sancionando la violencia intrafamiliar y otros tipos de violencia que menoscaben sus derechos y los de su familia (Congreso Nacional del Ecuador, 1995).

En su artículo 10 se indica que los agentes de la Policía Nacional, Fiscalía y los profesionales de la salud, que tuvieren conocimientos de los casos de agresión, estarán obligados a denunciar los hechos punibles de violencia intrafamiliar (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2011).

2.6.5. Otros instrumentos legales que complementan la legislación en cuanto a la violencia de género

Entre los documentos legales que consideran el fenómeno de la violencia de género y que complementan la normativa al respecto se encuentran:

- Plan Nacional del Buen Vivir 2009-2013.
- Reglamento a la Ley contra la Violencia a la Mujer y a la Familia.
- Código de la Niñez y Adolescencia.
- Ley Reformatoria al Código de Procedimiento Penal y al Código Penal.
- Decretos ejecutivos N° 179, 620 y 1109.
- Planes nacionales: Plan Decenal de Protección Integral a la Niñez y Adolescencia 2004-2014. Agenda Social de la Niñez y Adolescencia 2007-2010. Plan Nacional para combatir la trata de personas. Plan Nacional de Erradicación de la Violencia.
- Acuerdos ministeriales: Acuerdo Ministerial del Ministerio de Salud Pública sobre Violencia Intrafamiliar, acuerdo Ministerial N°3393.
- Diversas ordenanzas municipales.

CAPÍTULO III

3.1. OBJETIVOS

3.1.1. Objetivo General

Evaluar los efectos cognoscitivos de la capacitación al personal de salud, sobre la Guía de Atención Integral en Violencia de Género, en el servicio de emergencias del Hospital Pablo Arturo Suárez.

3.1.2. Objetivos específicos

- Determinar el grado de conocimiento del personal de salud en el servicio de emergencias del Hospital Pablo Arturo Suárez, previo a su capacitación, en función a lo propuesto en la Guía de Atención Integral en Violencia de Género.
- Identificar la organización del servicio de emergencias desde el punto de vista administrativo, técnico y operativo, en cuanto a la prevención, diagnóstico inicial y confirmatorio, manejo, tratamiento y referencia de las víctimas de violencia de género.
- Determinar los cambios cognoscitivos producidos por la capacitación del personal de salud, en el servicio de emergencias del Hospital Pablo Arturo Suárez, en función a lo propuesto en la Guía de Atención Integral en Violencia de Género.

3.2. HIPÓTESIS

El grado de conocimiento del personal de salud en la sala de urgencias del Hospital Pablo Arturo Suárez, con respecto al manejo de las víctimas de violencia de género, aumenta en función de su capacitación, en cuanto a lo propuesto en la Guía de Atención Integral en Violencia de Género.

3.3. METODOLOGÍA

3.3.1. Operacionalización de las variables

La operacionalización de las variables se muestra en la tabla 1.

3.3.2. Población y muestra

La población (universo) del estudio estuvo conformada por el personal de salud (médicos y enfermeras) en el Servicio de Emergencias del Hospital Pablo Arturo Suárez que está constituido por aproximadamente 35 médicos y 34 enfermeras. Por ser una población finita (<100) se consideró que la muestra era todo el universo en estudio, 69 personas, a pesar de ello, por diversas causas de índole ajena a la investigación sólo se logró la participación de 20 médicos y 24 miembros del personal de enfermería, al cual se capacitó y se aplicaron los instrumentos de recolección de datos diseñados.

Criterios de Inclusión

- Médicos y enfermeras del Servicio de Emergencias del Hospital Pablo Arturo Suárez.

Criterios de Exclusión

- Personal administrativo, de limpieza, auxiliares de enfermería, guardianía, médicos especialistas que no forman parte del Servicio de Emergencias, trabajadoras sociales, personal de salud mental, estudiantes de medicina e internos rotativos del Servicio de Emergencias del Hospital Pablo Arturo Suárez.
- Pacientes que acuden al Servicio de Emergencias del Hospital Pablo Arturo Suárez afectados o no por violencia de género.

3.3.3. Tipo de estudio

El estudio planteado fue del tipo cuasi-experimental o de intervención: “los investigadores examinan el efecto de una intervención sobre los sucesos que tienen lugar en el estudio” (Fathalla & Fathalla, 2004). En este caso, se evaluó el aumento en el nivel de conocimiento del personal de salud de la sala de emergencias del hospital Pablo Arturo Suárez en cuanto al manejo de las víctimas de violencia de género entre la pre y post intervención, mediante su capacitación en función de lo establecido en la Guía de Atención Integral en Violencia de Género.

Tabla 1. Operacionalización de variables

Variable	Dimensión	Definición conceptual	Tipo	Definición operacional		
				Escala	Indicador	Instrumento/ Fuente de verificación
Factores demográficos	Edad	Tiempo cronológico de vida cumplido por el encuestado desde el nacimiento al momento del estudio	Cuantitativa discreta	Numérica	<ul style="list-style-type: none"> • Número de años 	Encuesta. Anexo 2
	Sexo	Condición del organismo del participante en la investigación en cuanto a su género	Cualitativa nominal politómica	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Femenino • Masculino • LGTBI 	
Factores educativos y profesionales	Tipo de profesión	Según la profesión que ejercen las personas que participan en el estudio	Cualitativa nominal politómica	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Médico(a) • Enfermera(o) 	
	Grado de instrucción	Formación académica del personal de salud que forma parte del estudio.	Cualitativa nominal politómica	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Universitario (grado) • Postgrado (especialización) • Postgrado (maestría) • PhD 	
	Años de experiencia profesional	Se establece según la cantidad de tiempo, en años, que las personas que participan en la	Cuantitativa discreta	Numérica	<ul style="list-style-type: none"> • Número de años 	

		investigación tienen de experiencia laboral				
Factores sociales	Víctima de violencia de género	Persona que ha sufrido algún tipo de daño físico, psicológico o sobre la base de su sexo o género	Cualitativa nominal dicotómica	Nominal Razón	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	
	Capacitación previa en violencia de género	Persona que ha recibido información, conocimiento, habilidades y aptitudes acerca de la violencia de género antes de realizarse esta investigación	Cualitativa nominal dicotómica	Nominal Razón	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	
Grado de conocimiento de los aspectos relevantes de la Guía de Atención Integral en Violencia de Género del Ecuador	Origen y generalidades de la guía	Conocimiento de información básica y antecedentes en cuanto a la guía	Cualitativa nominal politómica	Nominal Razón	<ul style="list-style-type: none"> • Selección simple entre 4 ó 5 alternativas de respuesta para cada afirmación/ pregunta 	Test de comprensión de la Guía. Anexo 3
	Marco ético legal	Conocimiento de los aspectos jurídicos que fundamentan la guía				
	Objetivos y alcance	Conocimiento de los objetivos y el alcance propuesto en la guía				
	Metodología	Conocimiento del conjunto de métodos utilizados en la elaboración de la guía				
	Clasificación y epidemiología	Conocimiento acerca de la categorización, el				

		desarrollo epidémico y la incidencia de la violencia en el Ecuador, en base a lo reportado en la guía				
	Prevención y tamizaje	Conocimiento de las medidas que pueden aplicarse de manera anticipada para evitar la violencia de género (prevención) o aquellas que se usan para su identificación (tamizaje)				
	Diagnóstico	Conocimiento de las estrategias utilizadas y señales evidenciadas para reconocer a la víctima de violencia de género				
	Tratamiento	Conocimiento de las estrategias médicas, farmacológicas y psicológicas a seguir para curar o aliviar las afecciones producto de la violencia de género				
	Aplicabilidad, implementación y seguimiento	Conocimiento de las estrategias a seguir con el fin de aplicar, implementar y dar seguimiento a la guía				

3.3.4. Procedimiento de recolección de información

La recolección de la información se realizó a partir de la aplicación de tres instrumentos de recolección de datos y adicionalmente, los participantes firmaron un consentimiento informado de su participación en la investigación (Anexo 1).

3.3.4.1. Lista de verificación

Se diseñó una lista de verificación (Anexo 2) tomando en cuenta las pautas establecidas en la Guía de Atención Integral en Violencia de Género con respecto a la Organización del Servicio de Salud (11 ítems) (Rojas, Yáñez, & Cadena, 2012). Las preguntas fueron del tipo cerrada de elección única, dicotómicas (Si/No). Esta lista de verificación suministró los resultados del objetivo específico 2. Este instrumento fue aplicado al responsable del Servicio de Emergencias del Hospital Pablo Arturo Suárez.

3.3.4.2. Encuesta para recolectar datos socio demográfico, educativo, profesional y social

Se diseñó una encuesta que permitió obtener los siguientes datos:

- Socio demográfico: sexo y edad.
- Educativos: tipo y grado de instrucción.
- Profesionales: años de experiencia profesional.
- Sociales: víctima de violencia de género.

Este instrumento se presenta en el anexo 3.

3.3.4.3. Test para evaluar el grado de conocimiento en cuanto a lo planteado en la Guía de Atención Integral en Violencia de Género del Ecuador

Con el fin de analizar los cambios producidos por la capacitación al personal de salud del Servicio de Emergencias se diseñó un test (encuesta) (Ver anexo 4) con 44 proposiciones/afirmaciones estructuradas de opción simple. Los participantes en la investigación respondieron a cada aseveración/pregunta mediante la selección simple entre 4 o 5 alternativas, en función de su conocimiento pre y post intervención (capacitación) (Corral, 2010). Cada pregunta se valoró con un punto, por lo que la puntuación total osciló entre 0 y 44, siendo 0 la situación más desfavorable (menor grado de conocimiento) y 44 la más favorable (mayor grado de conocimiento).

Esta herramienta se aplicó al personal de salud antes y después de la capacitación, con el fin de evaluar los cambios producidos por la misma.

Los ítems fueron redactados en función de los principales aspectos que aborda la Guía de Atención Integral en Violencia de Género: origen y generalidades, marco ético legal, objetivos y alcance, metodología, clasificación y epidemiología, prevención y tamizaje, diagnóstico, tratamiento, aplicabilidad, implementación y seguimiento (Rojas, Yáñez, & Cadena, 2012).

3.3.5. Validación de los instrumentos

Los instrumentos de recolección de datos se validaron mediante dos estrategias. La primera fue una revisión de los mismos con un panel de cinco expertos en el área (juicio de expertos), dichos expertos evaluaron los instrumentos en base a la validez del contenido, criterio metodológico, intención y objetividad de medición y observación, y presentación y formalidad del instrumento (Marroquín, 2013). Adicionalmente se verificó para cada ítem: la lingüística, si son discriminativos o no y si debía realizarse una modificación o eliminación de alguno de ellos de la herramienta final.

La segunda estrategia fue aplicar los instrumentos a una muestra piloto escogida de manera aleatoria simple, mediante la metodología Test-Retest y donde se verificó la correlación entre los resultados obtenidos en la aplicación de los instrumentos, en dos oportunidades distintas.

El test de conocimiento elaborado inicialmente contenía 100 proposiciones y luego de la validación del mismo fue ajustado a 44 proposiciones, siendo este último el que se aplicó a los participantes.

3.3.6. Procedimiento de diagnóstico e intervención

El procedimiento de intervención consistió en una capacitación que fue dictada a la muestra en estudio. La capacitación se realizó en un día laboral y la misma fue dictada en dos ocasiones, una para el personal de enfermería y la segunda para el personal médico, las mismas se realizaron durante las jornadas de seminario/capacitación que realiza dicho personal una vez al mes. La capacitación del personal de enfermería se

realizó el día 03/07/2017 de 9:00 a 11:00 am y la del personal médico el 05/07/2017 de 10:00 a 12:00 m de tal manera de no interferir con las actividades normales del Servicio de Emergencias de hospital. Ver las fotografías del evento en el anexo 5.

La capacitación se elaboró en el programa Powerpoint® y constó de información relativa a lo planteado en la Guía de Atención Integral de Violencia de Género, específicamente (Ver anexo 6):

- Antecedentes.
- Marco ético moral y políticas sanitarias.
- Alcances y objetivos.
- Metodología empleada para la elaboración de la guía.
- Clasificación y epidemiología.
- Historia natural de la violencia de género.
- Prevención y tamizaje.
- Diagnóstico.
- Tratamiento.
- Aplicabilidad, implementación y seguimiento.

Al finalizar la capacitación, se respondieron todas las dudas e inquietudes que hayan surgido durante la jornada. Y finalmente se aplicó el test de conocimiento.

3.3.7. Plan de análisis de variables

Todos los datos recolectados de los instrumentos diseñados se clasificaron y registraron para su análisis. Para procesar la información obtenida y realizar el análisis de los datos se empleó el software de análisis estadístico IBM SPSS *Statistics Base* y Excel®.

3.3.7.1. Análisis descriptivo

El primer paso para el análisis de los datos de la presente investigación fue del tipo descriptivo. Para ello se realizaron tablas de frecuencia y cuadros de tabulación múltiple. Por otra parte, se calcularon parámetros descriptivos estadísticos. Se realizó un análisis univariado, estimando medias y proporciones para ver la distribución de las variables de interés y describir las características generales.

3.3.7.2. Análisis estadístico

Tal y como se ha aplicado en otro estudio similar (Méndez-Hernández, Valdez-Santiago, Viniegra-Velázquez, Rivera-Rivera, & Salmerón-Castro, 2003) A continuación, se llevó a cabo un análisis inferencial, del tipo bivariado utilizando prueba de chi cuadrado, y modelos de regresión logística para obtener estimadores de razón de momios (RM) con intervalos de confianza (IC) de 95%.

3.3.7.3. Medidas de asociación/Cruce de variables

Utilizando el software estadístico IBM SPSS *Statistics Base* y Excel® se elaboraron tablas donde se relacionó cada variable independiente con la variable dependiente, por lo que se obtuvieron 8 tablas o gráficos, donde se reportaron los valores absolutos de los resultados de la aplicación de los instrumentos de recolección de datos y los porcentajes, los cuales se calcularon en base a las variables independientes.

Mediante el cruce de variables se identificaron las posibles relaciones existentes entre las variables independientes (edad, sexo, tipo de profesión, grado de instrucción, años de experiencia profesional, víctima o no de violencia de género y capacitación previa con respecto a la dependiente (grado de conocimiento de los aspectos relevantes de la Guía de Atención Integral en Violencia de Género del Ecuador, evaluado numéricamente a partir de la aplicación de un test antes y después de la capacitación).

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO

4.1.1. Características sociodemográficas de los participantes en la investigación

Se analizó la influencia de los parámetros sociodemográficos: edad, género, profesión, grado de instrucción, años de experiencia profesional, víctima o no de violencia de género, y la participación en capacitación previa en aspectos relativos a la violencia de género sobre el grado de conocimiento de la información suministrada en la Guía de Atención Integral en Violencia de Género. Se recolectó esta información para el personal de salud que participó en el estudio: médicos(as) y enfermeras(os).

4.1.2. Características sociodemográficas del personal de enfermería

El personal de enfermería que participó en el estudio estuvo constituido por un 75% del género femenino, 17% masculino, 4% LGBTI y el 4% no indicó el género. Estos resultados pueden observarse en la Figura 7.

El mayor porcentaje de los profesionales de enfermería participantes en la investigación, tienen edades comprendidas entre 20-30 y 40-50 años con 34% y 33%, respectivamente. Los rangos de edades entre 30 - 40 años y 50 - 60 años representaron un 8% (cada uno) de la muestra total. El 17% de la muestra no suministró información acerca de su edad y no participaron personas con edades comprendidas entre 50 y 70 años. Esta información se presenta en la Figura 8.

El mayor porcentaje de enfermeras(os) tienen experiencia profesional en el rango de 1 a 5 años, lo que evidencia personal de reciente titulación en la sala de emergencias del HPAS. A continuación, el 21% de la muestra está representado por enfermeras(os) con experiencia entre 5 y 10 años, un 8% para el rango de 15 a 20 años y para el de más de 20 años y un 4% para las personas con un nivel de experiencia entre 10 y 15 años. Seis personas (25%) no suministraron información acerca de sus años de experiencia. Esta información puede visualizarse en la Figura 9.

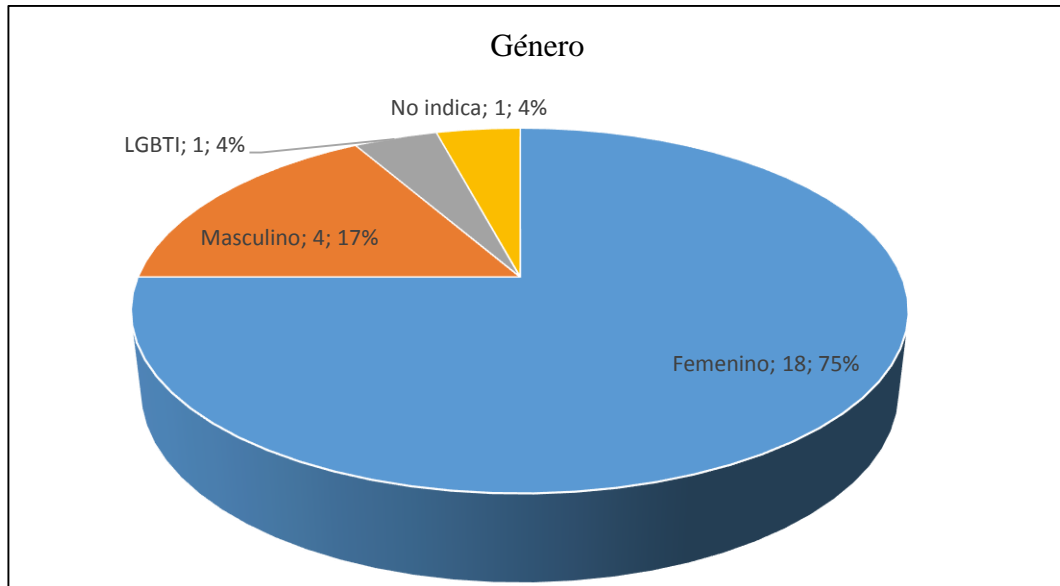


Figura 7. Frecuencia y porcentaje de los participantes de enfermería en función del género

Elaborado por: La autora

Fuente: Instrumento de recolección de datos

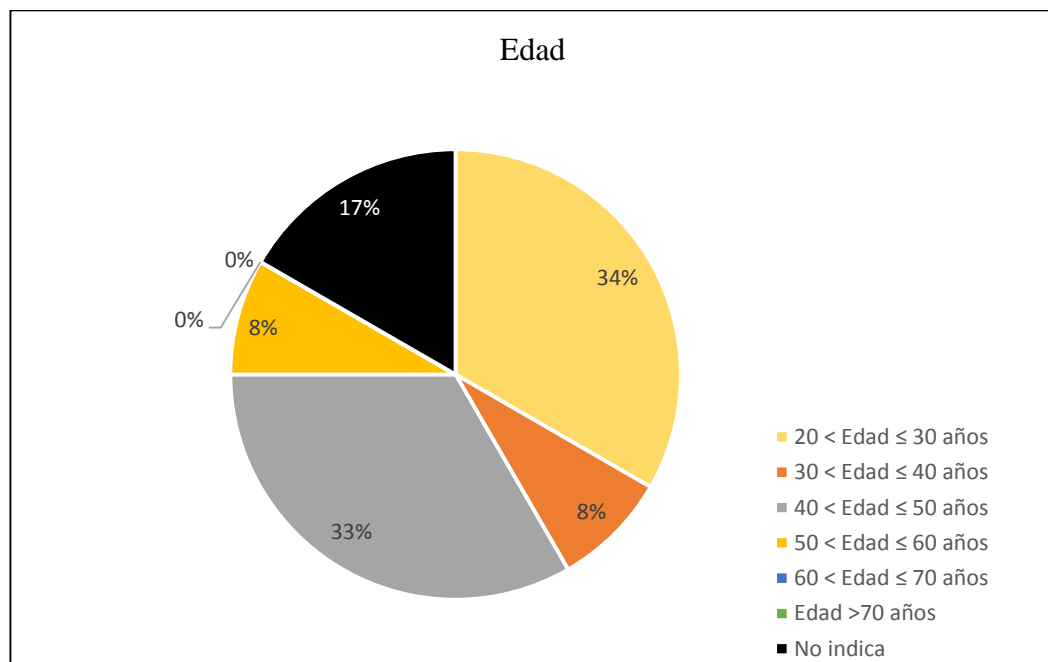


Figura 8. Frecuencia y porcentaje de los participantes de enfermería en función a la edad

Elaborado por: La autora

Fuente: Instrumento de recolección de datos

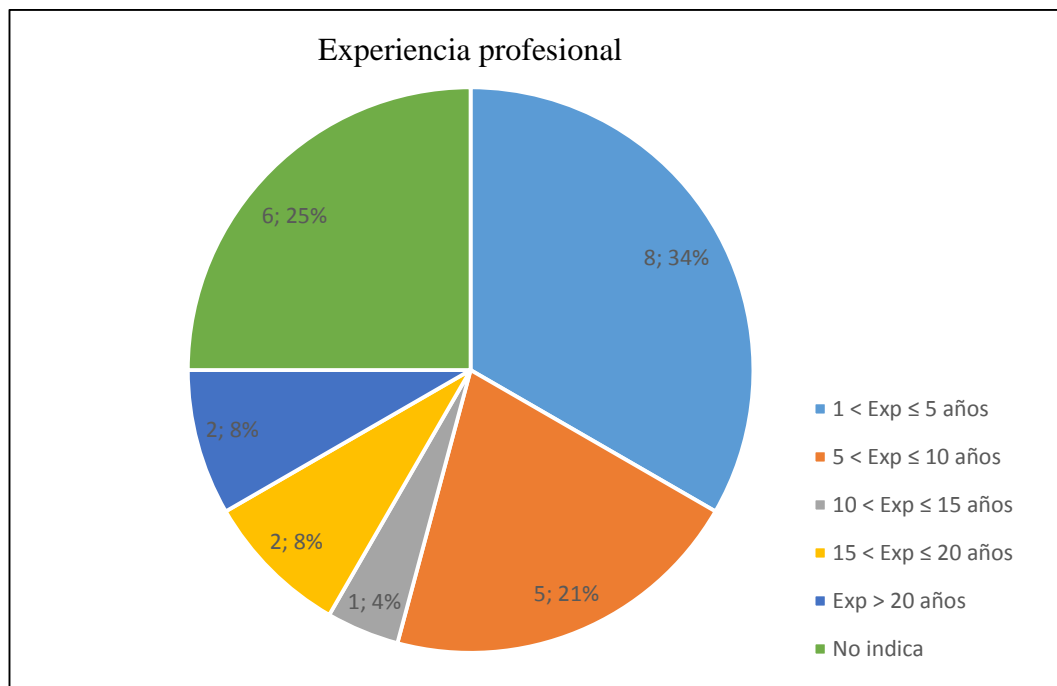


Figura 9. Frecuencia y porcentaje de los participantes de enfermería en función de los años de experiencia profesional

Elaborado por: La autora

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Todo el personal de enfermería que participó en la investigación refiere que posee estudios universitarios (licenciatura) sin formación adicional de postgrado, tal como maestría, especialización y doctorado.

Por otra parte, los participantes respondieron si habían sido o no víctimas de violencia de género y si recibieron capacitación previa acerca de este tema. En la Figura 10 se observa que un 63% del personal de enfermería participante no fue víctima de violencia de género, un 33% acepta ser víctima de violencia de género y el 4% no proporcionó información en este cuestionamiento. En el caso de la capacitación previa, un 50% de los participantes no han recibido información de este tema y un 46% afirman haber sido capacitados. Una persona (4%) no respondió esta pregunta (Figura 11).

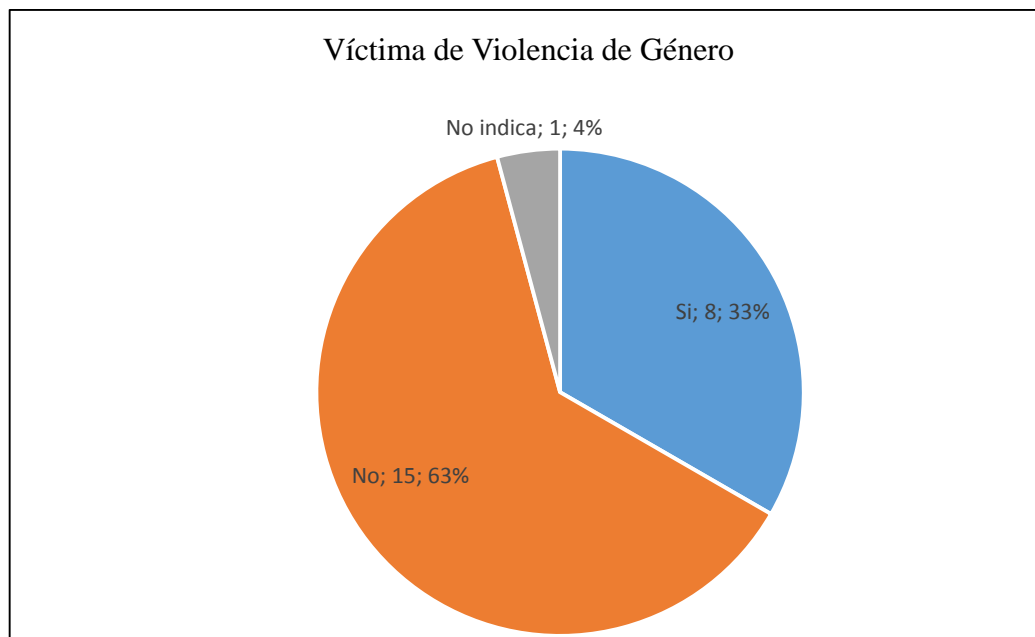


Figura 10. Frecuencia y porcentaje de los participantes de enfermería en cuanto a si han sido víctimas de violencia de género

Elaborado por: La autora

Fuente: Instrumento de recolección de datos

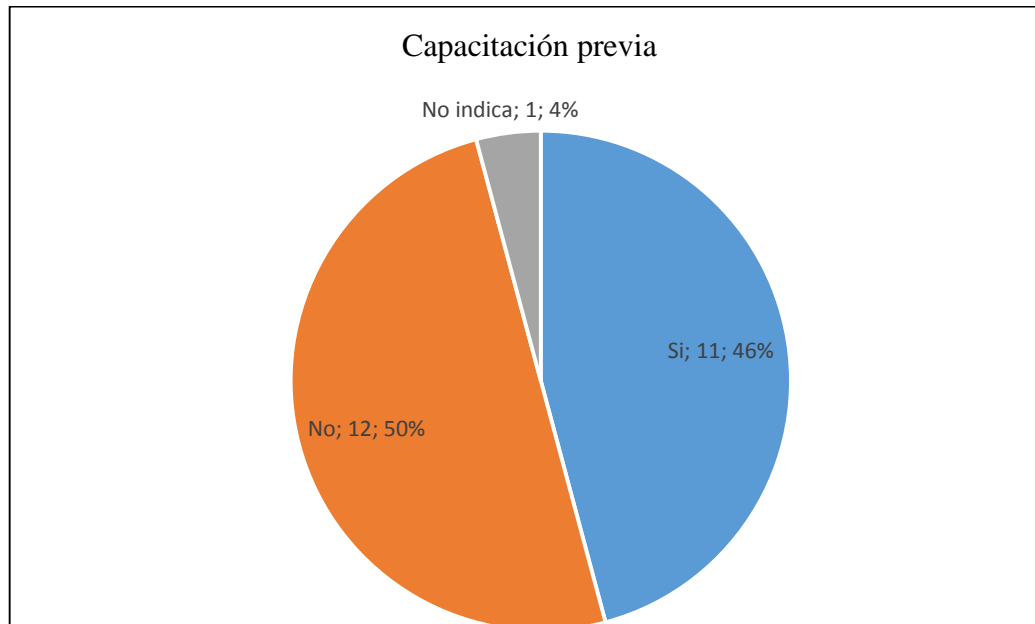


Figura 11. Frecuencia y porcentaje de los participantes de enfermería en cuanto a si han recibido capacitación previa en aspectos relacionados con violencia de género

Elaborado por: La autora

Fuente: Instrumento de recolección de datos

4.1.3. Resultados del nivel cognoscitivo de la Guía de Atención Integral de Violencia de Género pre y post intervención del personal de enfermería en relación con los factores sociodemográficos en estudio

El resultado general del nivel cognoscitivo del personal de enfermería pre y post intervención, en cuanto a la Guía de Atención Integral de Violencia de Género, con respecto al parámetro sociodemográfico “género” se presenta en la Figura 12. Todos los participantes obtuvieron mejores resultados post capacitación, sobre todo en el caso del género femenino, donde el resultado del test post capacitación mejoró aproximadamente en un 20%. El género masculino mejoró sus resultados en un 10% y el LGTBI en un 6,8%.

Al comparar los resultados pre y post capacitación en cuanto a la edad del participante, un 100% mejoró sus resultados post capacitación tal y como se planteó en la hipótesis del proyecto, la Figura 13 muestra estos resultados. Para los participantes mayores de 30 años se observó un incremento de respuestas correctas entre 18 y 22% y para el rango de personas más jóvenes (entre 20 y 30 años) el porcentaje de incremento fue de 15,3%.

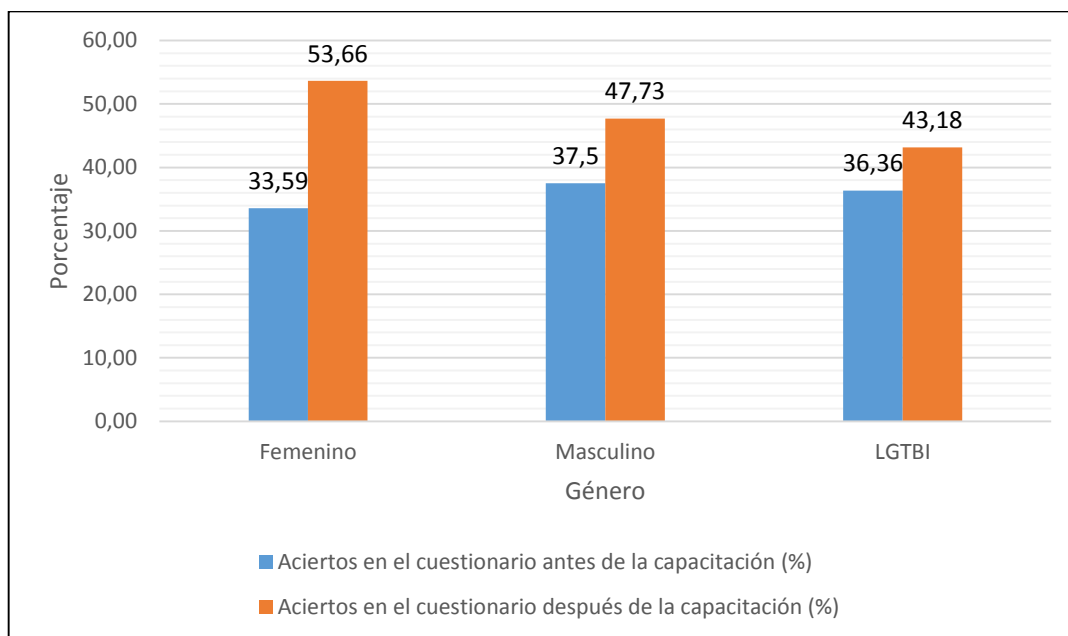


Figura 12. Resultados del nivel cognoscitivo pre y post intervención en función del género en el personal de enfermería

Elaborado por: La autora

Fuente: Instrumento de recolección de datos

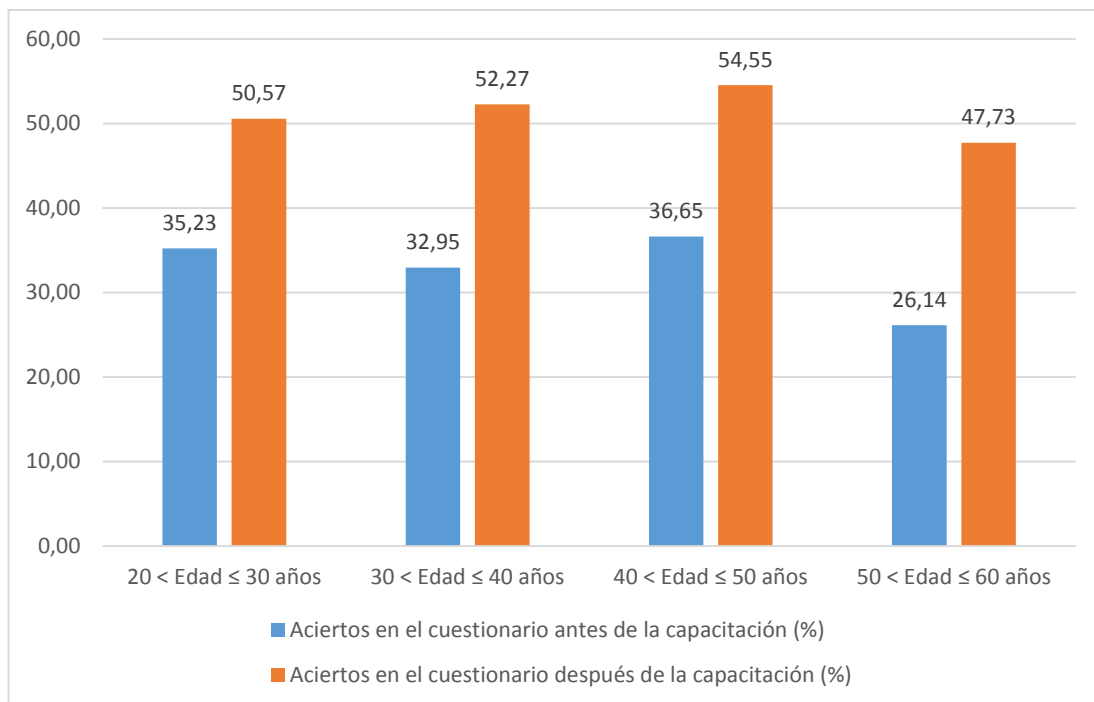


Figura 13. Resultados del nivel cognoscitivo pre y post intervención en función de la edad en el personal de enfermería

Elaborado por: La autora

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Los resultados del nivel cognoscitivo pre y post intervención en función de los años de experiencia se presentan en la Figura 14, donde se observa que, en todos los casos, el resultado de aciertos en el cuestionario post intervención fue superior al obtenido previo a la capacitación.

Los mejores resultados post capacitación se obtuvo en el rango entre 15 y 20 años de experiencia (61,36%) y en aquellos profesionales que no respondieron a esta interrogante (58,52%). Estos dos grupos alcanzaron el mayor porcentaje de incremento al comparar la pre y post capacitación: 20,5% y 21%, respectivamente. El grupo de más de 20 años de experiencia fue el que obtuvo los resultados más bajos pre capacitación, pero presentó un aumento de aproximadamente 17% en la post capacitación. Las personas participantes con experiencia entre 15 y 20 años obtuvieron los mejores resultados pre capacitación. El grupo que presentó el menor incremento de aciertos al comparar pre y post capacitación fue el de 10 a 15 años de experiencia.

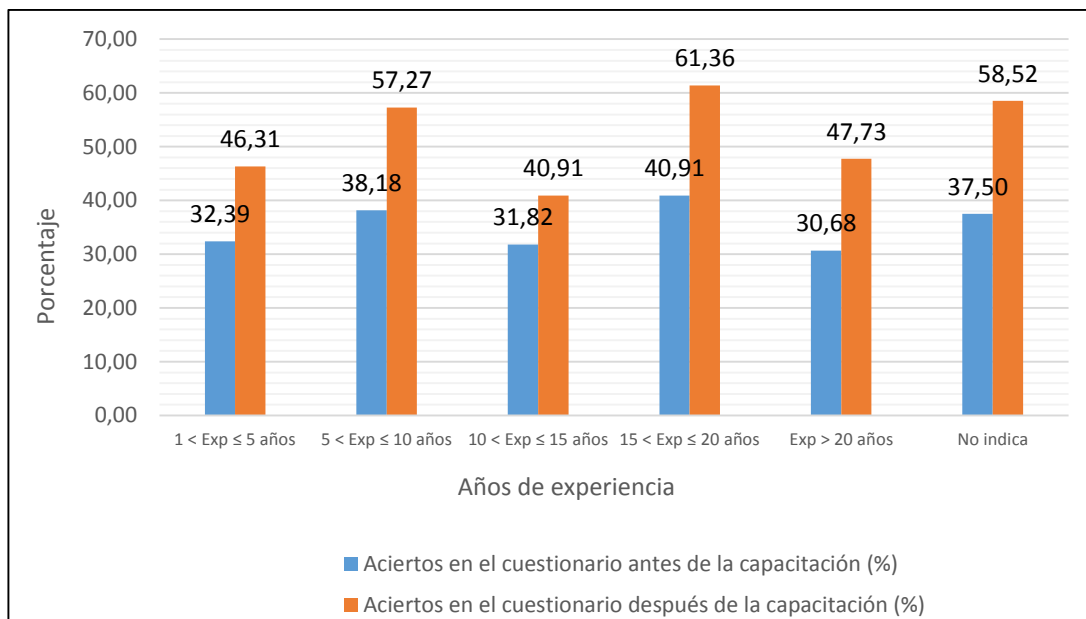


Figura 14. Resultados del nivel cognoscitivo pre y post intervención en función de los años de experiencia del personal de enfermería

Elaborado por: La autora

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Los resultados pre y post capacitación en cuanto a la variable independiente “Víctima o no de violencia de género” se muestran en la Figura 15. Tanto para las personas que respondieron afirmativamente como para las que lo negaron se observan resultados similares. Pre capacitación se tiene un porcentaje de aciertos de 32,6%, en el caso de las personas que han sido víctimas de violencia de género, y aproximadamente 36% para aquellas que no han experimentado violencia de género en su ciclo de vida. Posterior a la intervención, se obtuvieron porcentajes de aciertos de 51% y 53,2%, lo que representa, en ambos casos, un aumento aproximado de respuestas correctas del 18%.

La Figura 16 muestra los resultados pre y post intervención con respecto a la variable independiente “capacitación previa en aspectos relativos a violencia de género”. El personal de enfermería que recibió información previa obtuvo mejores resultados pre y post intervención, con respecto a los profesionales que no fueron capacitados antes de llevar a cabo esta investigación. El porcentaje de incremento de respuestas correctas para los que sí recibieron capacitación previa fue de aproximadamente 20%, y en el caso contrario el aumento fue del 16%.

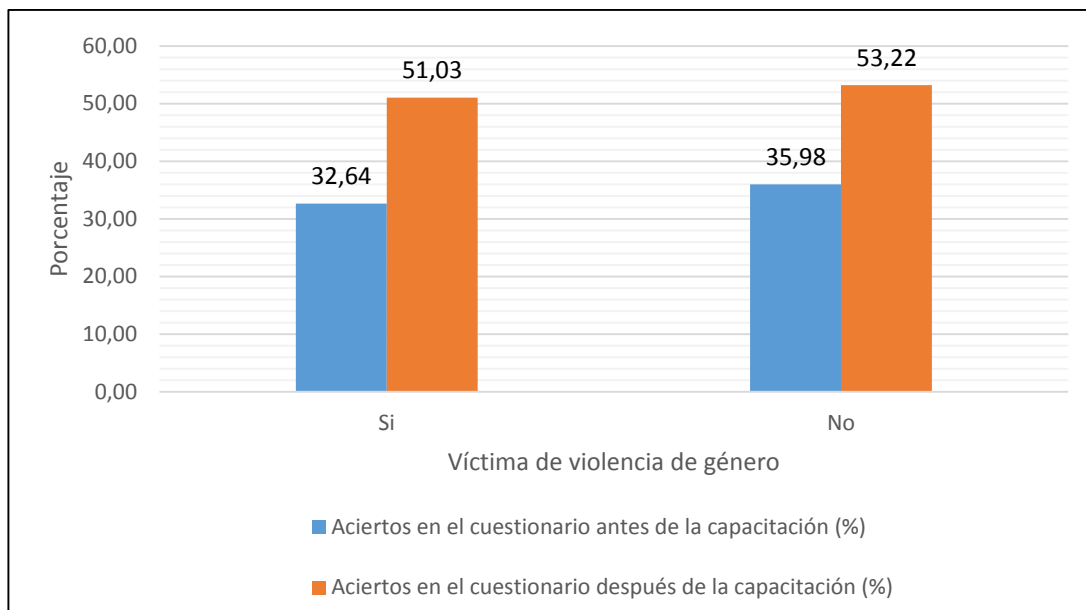


Figura 15. Resultados del nivel cognoscitivo pre y post intervención en función de si el participante de enfermería ha sido víctima de violencia de género

Elaborado por: La autora

Fuente: Instrumento de recolección de datos

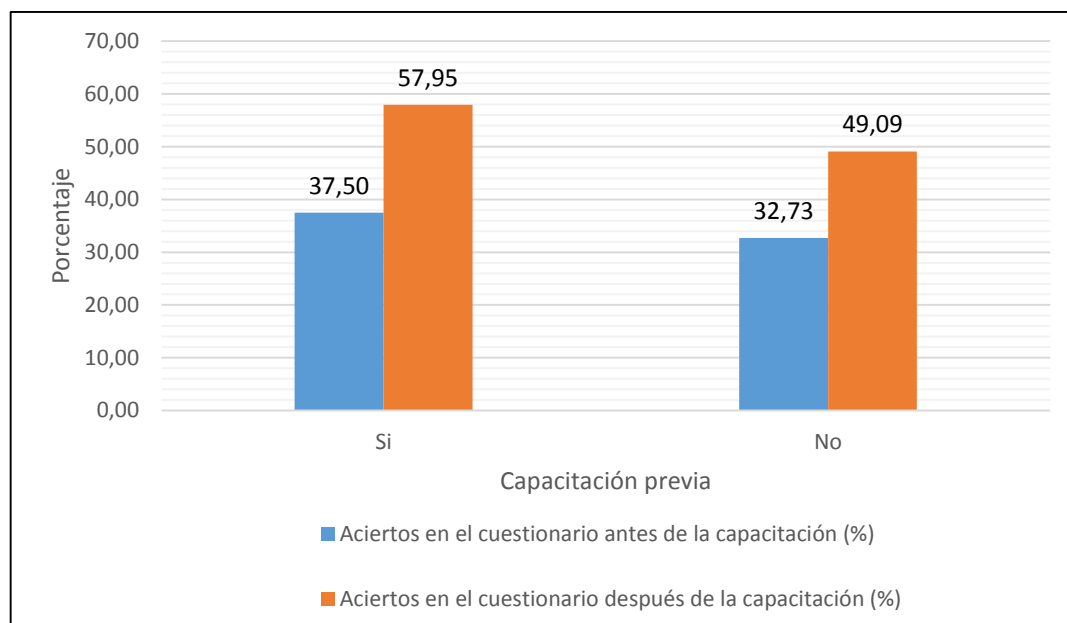


Figura 16. Resultados del nivel cognoscitivo pre y post intervención en función de si los participantes de enfermería han recibido capacitación previa en aspectos de violencia de género

Elaborado por: La autora

Fuente: Instrumento de recolección de datos

A partir de los resultados obtenidos de la evaluación pre y post intervención de cada sección de la guía se elaboró la Figura 17. En esta puede observarse que, para todas las secciones, en la post intervención se obtuvo un incremento en la cantidad de aciertos.

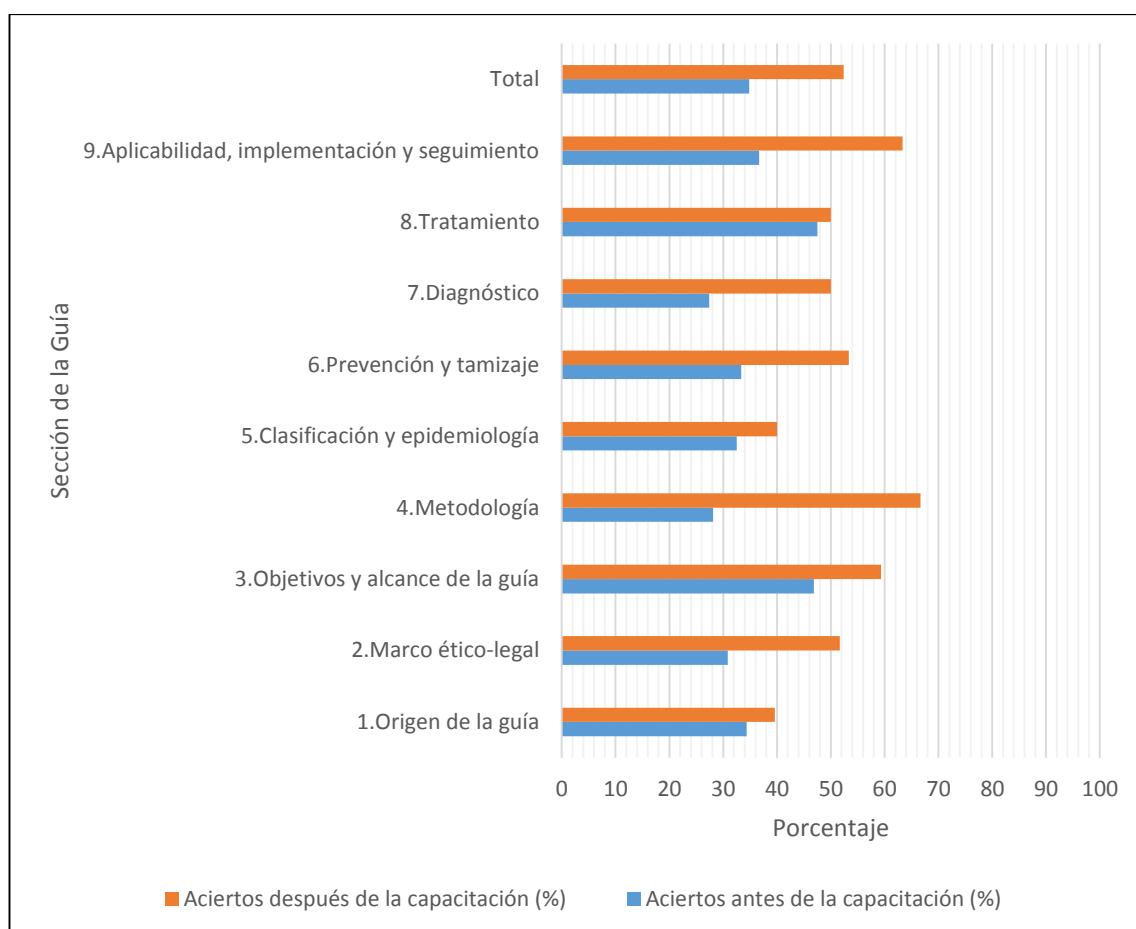


Figura 17. Resultados del nivel cognoscitivo pre y post intervención del personal de enfermería en función de cada sección de la Guía de Atención Integral de violencia de género

Elaborado por: La autora

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Los resultados de la Figura 17 confirman que la capacitación fue provechosa en todas y cada una de las secciones de la Guía. El marco ético-legal, la metodología y los parámetros de diagnóstico fueron las secciones que presentaron el mayor desconocimiento (menores puntajes) antes de la capacitación. Post intervención, el personal de enfermería obtuvo la mayor cantidad de aciertos en las secciones de:

aplicabilidad, implementación y seguimiento, metodología y objetivos y alcance de la guía.

Finalmente, la Figura 18 muestra los resultados totales pre y post intervención de cada una de las personas, profesionales de la enfermería, que participaron en el estudio. Los resultados evidencian que un 100% de los participantes obtuvieron un incremento de aciertos post capacitación comparado con sus resultados pre intervención. El porcentaje de aciertos pre capacitación osciló entre 20 y 41% y post capacitación, entre 40 y 70%. La menor diferencia pre y post capacitación fue de 6,8% (participante 17) y la mayor de 31,8% (participante 6).

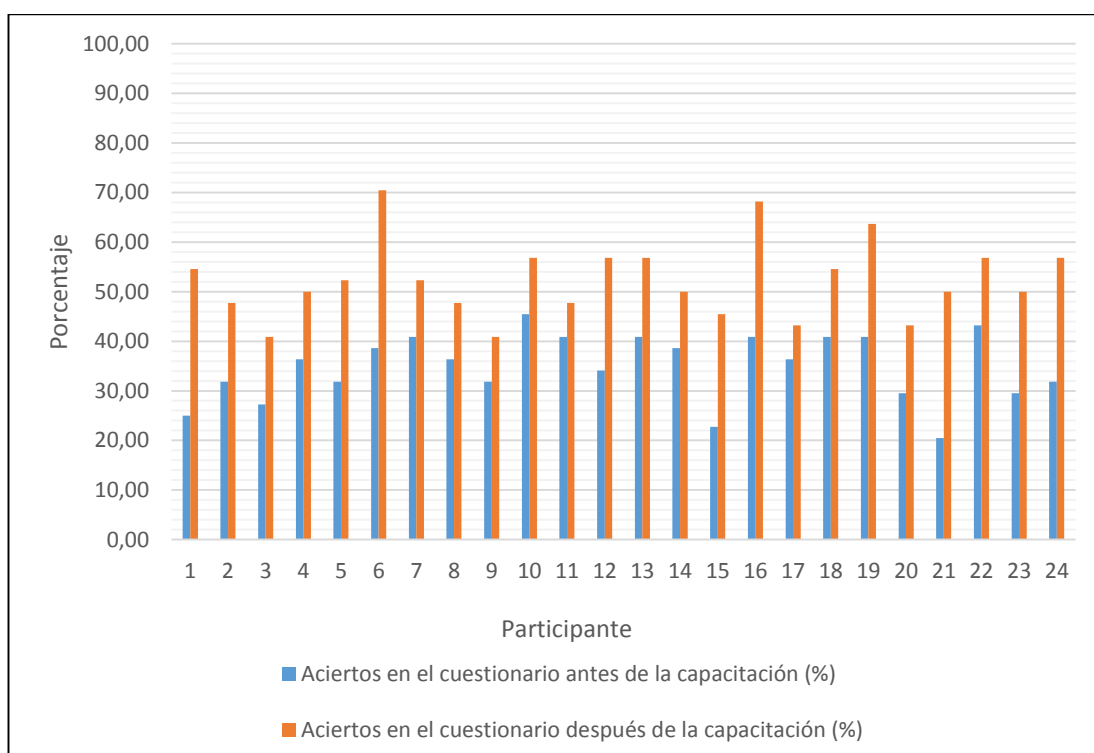


Figura 18. Resultado individual del nivel cognoscitivo pre y post intervención del personal de enfermería

Elaborado por: La autora

Fuente: Instrumento de recolección de datos

4.1.4. Características sociodemográficas del personal médico

La muestra del personal médico estuvo conformada por 60% del género femenino y el porcentaje restante (40%) masculino (Ver Figura 19). En cuanto al factor socio demográfico “edad”, el 40% son médicos con edades comprendidas entre 20 y 30 años

y un 45% entre 30 y 40 años, 10% corresponde al rango de 40-50 años y 5% con más de 70 años. No participaron médicos con edades comprendidas entre 50-70 años, ver Figura 20.

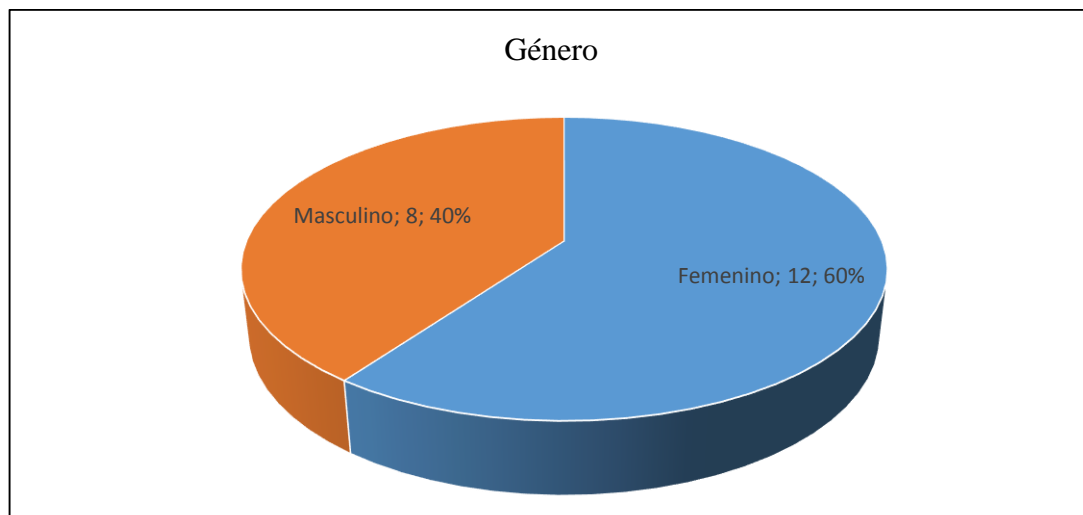


Figura 19. Frecuencia y porcentaje de los participantes de medicina en cuanto al género

Elaborado por: La autora

Fuente: Instrumento de recolección de datos

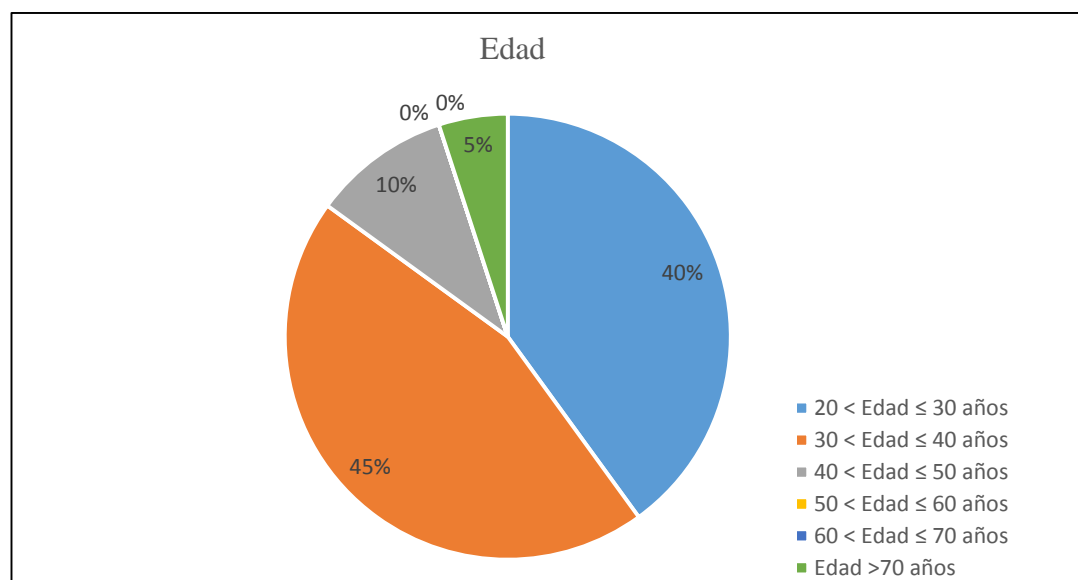


Figura 20. Frecuencia y porcentaje de los participantes de medicina en cuanto a la edad

Elaborado por: La autora

Fuente: Instrumento de recolección de datos

El mayor porcentaje de médicos poseen entre 1 y 5 años experiencia (60%), el 15% entre 5 y 10 años y el 10% con experiencia mayor a 20 años. El 15% restante no indicó el tiempo de experiencia como profesional de salud y no existen médicos con experiencia entre 10 y 20 años, como se observa en la Figura 21.

Al verificar los estudios de postgrado entre el personal de medicina pudo observarse que un alto porcentaje de la muestra no tiene postgrado o no lo indica en el cuestionario aplicado (77%), un 11% posee especialización, 7% maestría y 5% doctorado, tal y como se indica en la Figura 22.

En cuanto a la variable “víctima o no de violencia de género”, en la Figura 23 puede observarse que un 70% no ha sufrido ningún tipo de violencia de género y el porcentaje restante respondió afirmativamente.

Por otra parte, en la Figura 24 se muestran los resultados de la variable “capacitación previa”. Un 55% de los médicos indicaron que si recibieron capacitación previa con respecto a violencia de género y un 45% respondió en forma negativa.



Figura 21. Frecuencia y porcentaje de los participantes de medicina en cuanto a los años de experiencia profesional

Elaborado por: La autora

Fuente: Instrumento de recolección de datos

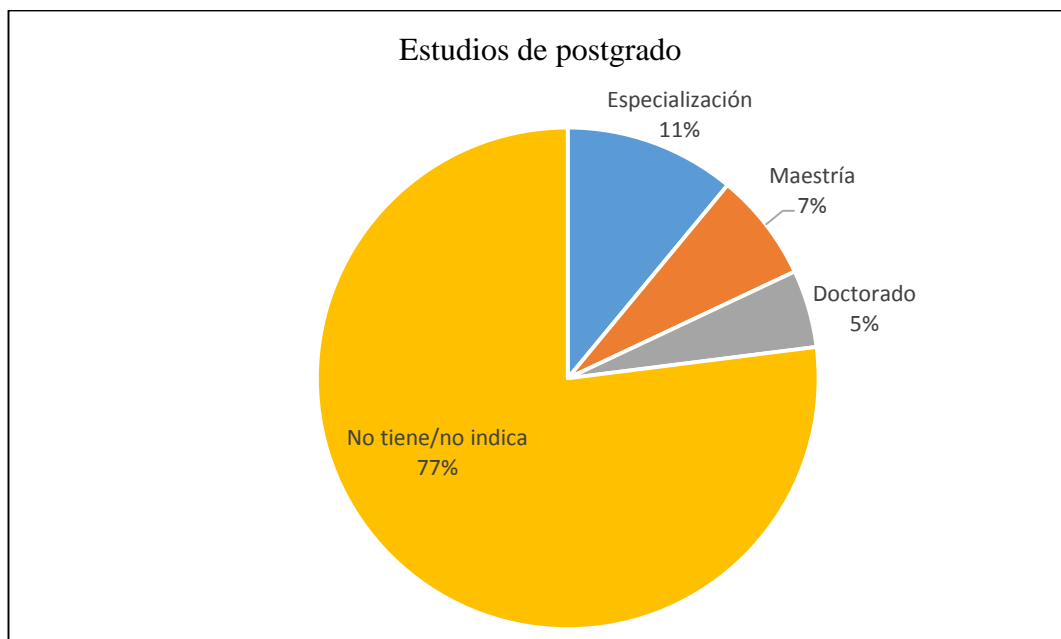


Figura 22. Frecuencia y porcentaje de los participantes de medicina en cuanto a sus estudios de postgrado

Elaborado por: La autora

Fuente: Instrumento de recolección de datos

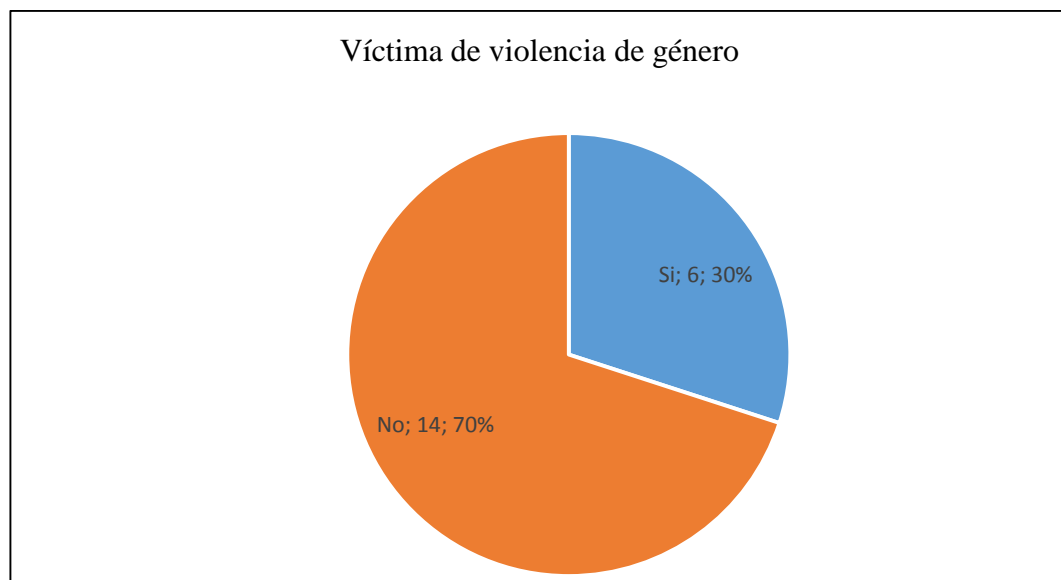


Figura 23. Frecuencia y porcentaje de los participantes de medicina en cuanto a si han sido víctimas de violencia de género

Elaborado por: La autora

Fuente: Instrumento de recolección de datos

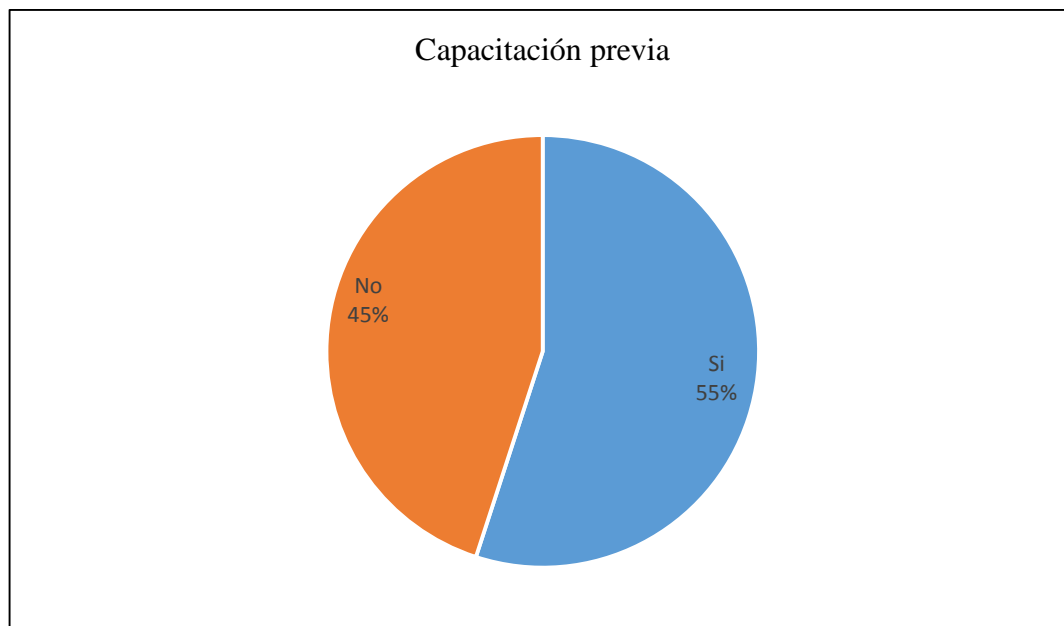


Figura 24. Frecuencia y porcentaje de los participantes de medicina en cuanto a si han recibido capacitación previa en aspectos relacionados con violencia de género

Elaborado por: La autora

Fuente: Instrumento de recolección de datos

4.1.5. Resultados del nivel cognoscitivo de la Guía de Atención Integral de Violencia de Género pre y post intervención del personal de medicina en relación con los factores sociodemográficos en estudio

Los resultados de la evaluación pre y post intervención de la muestra del personal médico con respecto a los factores sociodemográficos se muestran en las Figuras 25 a la 30. Para todos los factores (género, edad, años de experiencia profesional, nivel de estudios de postgrado, víctima o no de violencia de género y capacitación previa) se observó mejores resultados en la post capacitación con respecto a los obtenidos en la pre intervención.

El género femenino obtuvo mayor porcentaje de aciertos que el género masculino, tanto en la evaluación pre capacitación como después de la misma. El género femenino tuvo un incremento del 23% de aciertos en el cuestionario mientras que el género masculino aumentó un 21,6%. Estos resultados pueden observarse en la Figura 25.

Los resultados en cuanto a la edad muestran que a mayor edad del individuo el conocimiento previo acerca de la violencia de género es menor, obteniéndose los

mejores resultados (pre capacitación) para médicos de edades comprendidas entre 20 y 40 años y post capacitación, para los participantes entre 20 y 30 años y entre 40 y 50 años. Ver Figura 26.

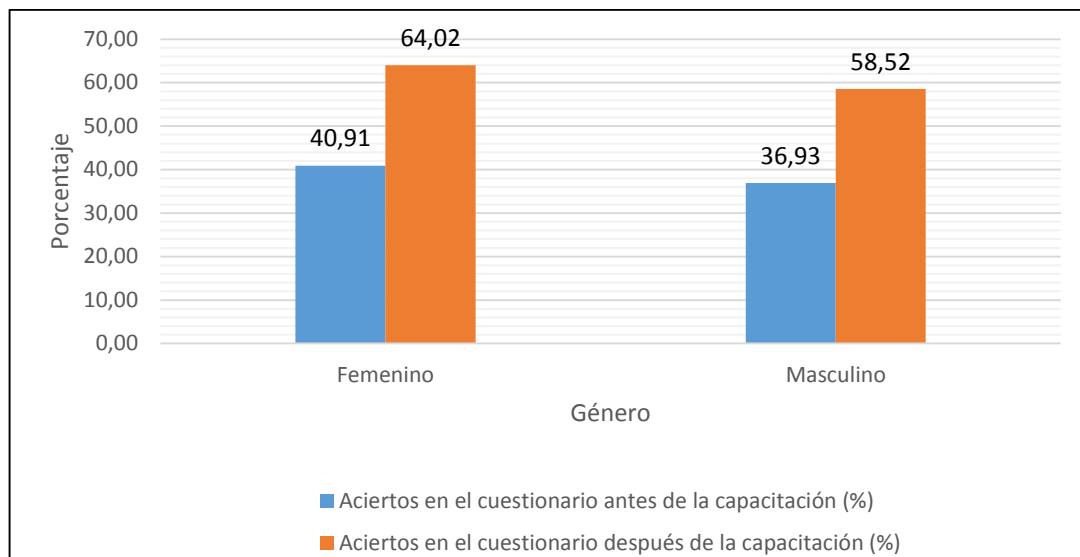


Figura 25. Resultados del nivel cognoscitivo pre y post intervención en función del género del personal de medicina

Elaborado por: La autora

Fuente: Instrumento de recolección de datos

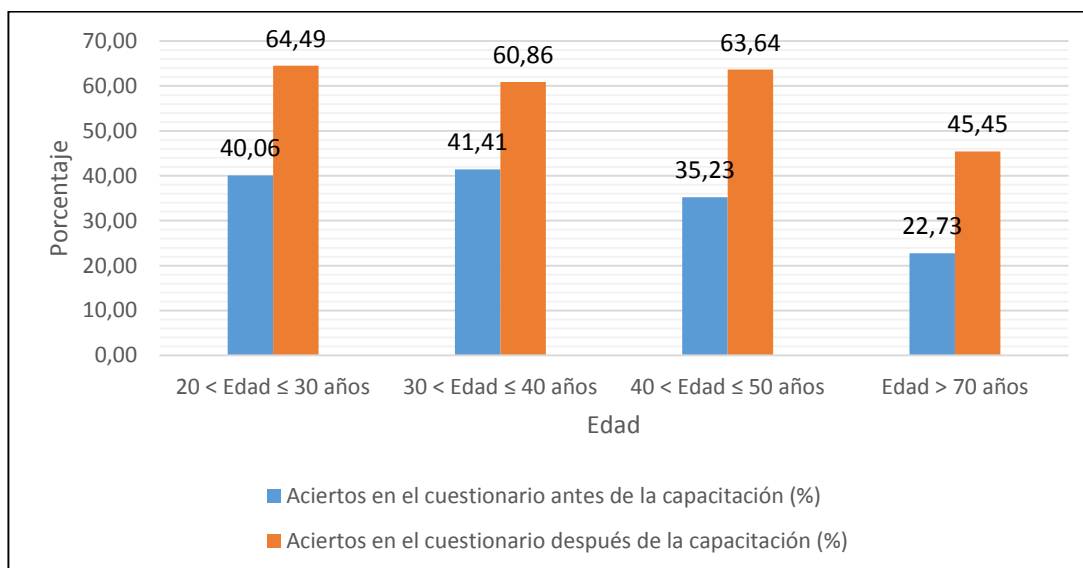


Figura 26. Resultados del nivel cognoscitivo pre y post intervención en función de la edad del personal de medicina

Elaborado por: La autora

Fuente: Instrumento de recolección de datos

El nivel cognoscitivo de la Guía en función de los años de experiencia evidenció mayor conocimiento en aquellas personas con menos años de práctica profesional, lo que disminuye a medida que aumenta del tiempo de experiencia de los participantes. Los resultados post intervención (porcentaje de aciertos del cuestionario) fueron similares para todos los rangos en estudio ubicándose entre 57% y 63%, como se observa en la Figura 27.

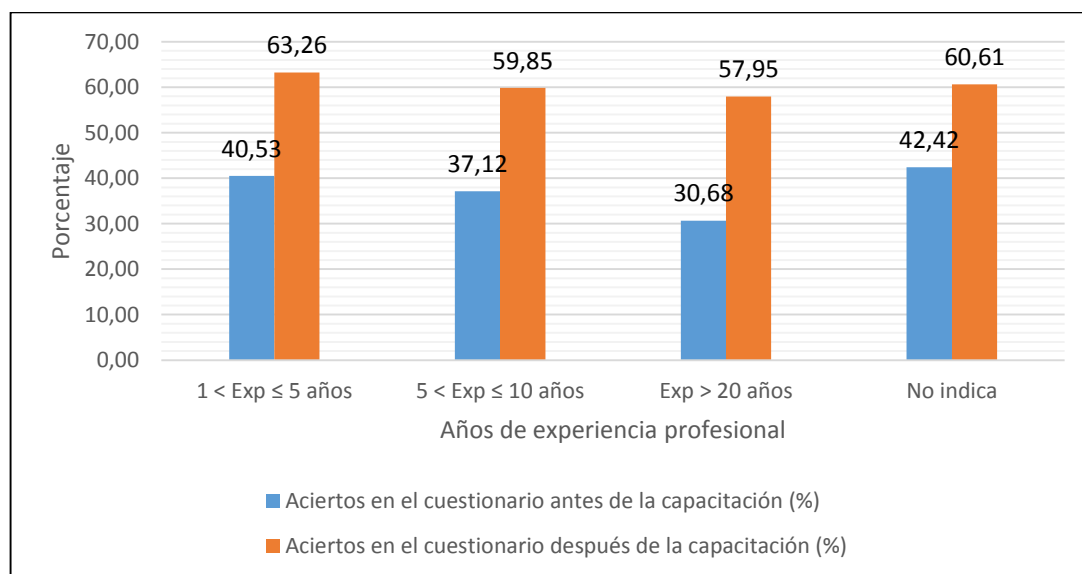


Figura 27. Resultados del nivel cognoscitivo pre y post intervención en función de los años de experiencia del personal de medicina

Elaborado por: La autora

Fuente: Instrumento de recolección de datos

La relación entre el nivel cognoscitivo y la variable “nivel de estudios de postgrado” muestra resultados similares en la evaluación pre intervención para el personal con especialización, maestría y aquellos médicos que no tienen estudios de postgrado. El peor resultado lo presentó el personal que posee doctorado. Post intervención esta tendencia se mantiene, observándose que el personal médico con nivel de maestría obtuvo la mayor cantidad de aciertos (67%) y el mayor incremento de respuestas acertadas al comparar con los resultados de la evaluación previa. Estos resultados pueden observarse en la Figura 28.

La Figura 29 muestra los resultados del nivel cognoscitivo pre y post capacitación ante la variable “víctima o no de violencia de género”. Los porcentajes de aciertos pre y

post capacitación fueron similares, tanto para las personas que han sido víctimas de violencia de género como para aquellas que respondieron negativamente.

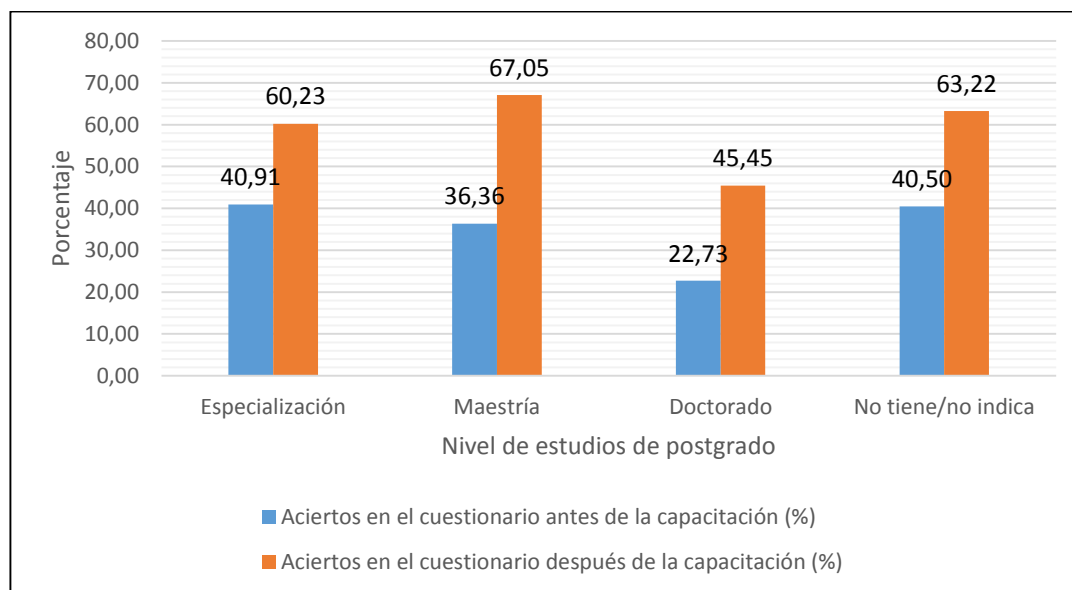


Figura 28. Resultados del nivel cognoscitivo pre y post intervención en función del nivel de estudios de postgrado del personal de medicina

Elaborado por: La autora

Fuente: Instrumento de recolección de datos

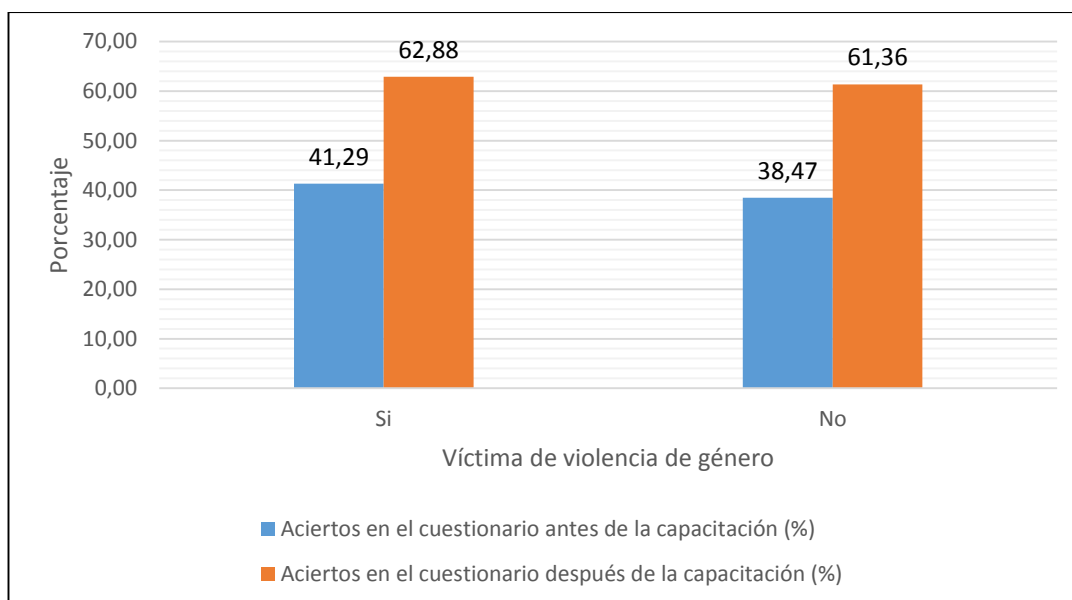


Figura 29. Resultados del nivel cognoscitivo pre y post intervención en función de si el participante de medicina ha sido víctima de violencia de género

Elaborado por: La autora

Fuente: Instrumento de recolección de datos

El nivel de conocimiento del personal médico, durante la pre intervención, muestra resultados similares tanto para aquellos que indicaron haber recibido capacitación previa como los que no. Los sujetos participantes que no tenían capacitación previa obtuvieron mejores resultados post intervención (64%) que aquellos que si tenían conocimiento previo del tema (59%). Ver Figura 30.

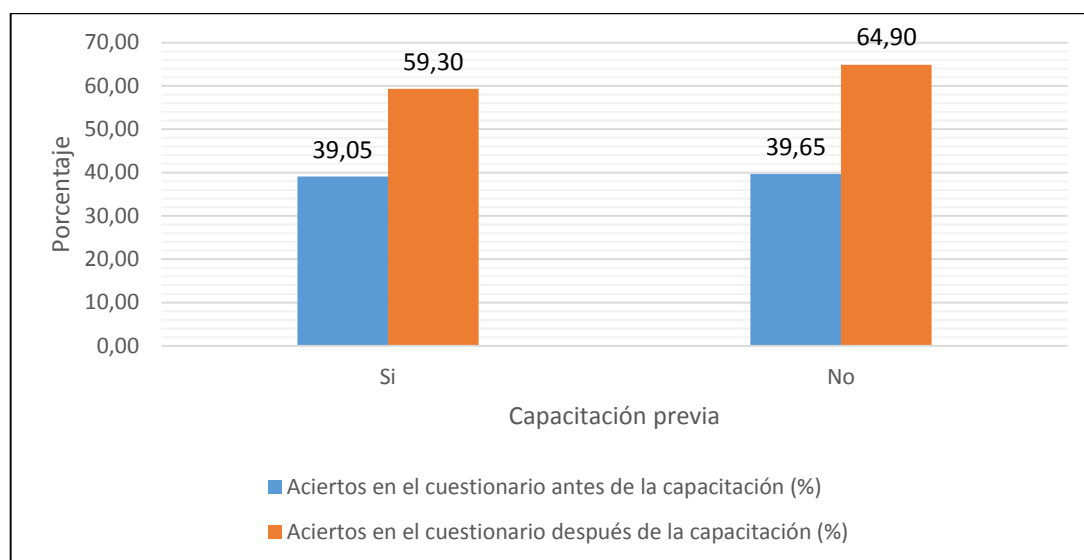


Figura 30. Resultados del nivel cognoscitivo pre y post intervención en función de si el participante de medicina ha recibido capacitación previa en aspectos relativos a violencia de género

Elaborado por: La autora

Fuente: Instrumento de recolección de datos

El cuestionario de evaluación se dividió en las nuevas secciones que contiene la Guía. Los participantes mostraron poco conocimiento de la misma durante la pre intervención, siendo las secciones menos conocidas: origen de la guía, metodología y tratamiento. Posterior a la intervención, se obtuvieron mejores resultados en todas las secciones, principalmente en los aspectos relacionados con la metodología, aplicabilidad, implementación y seguimiento y diagnóstico. En general, considerando el porcentaje de aciertos pre y post capacitación, el porcentaje de aciertos aumentó un 22,5%. La metodología fue la sección que obtuvo el mayor incremento de aciertos, obteniéndose un 31% pre intervención y 73,8% post intervención. Estos resultados se muestran en la Figura 31.

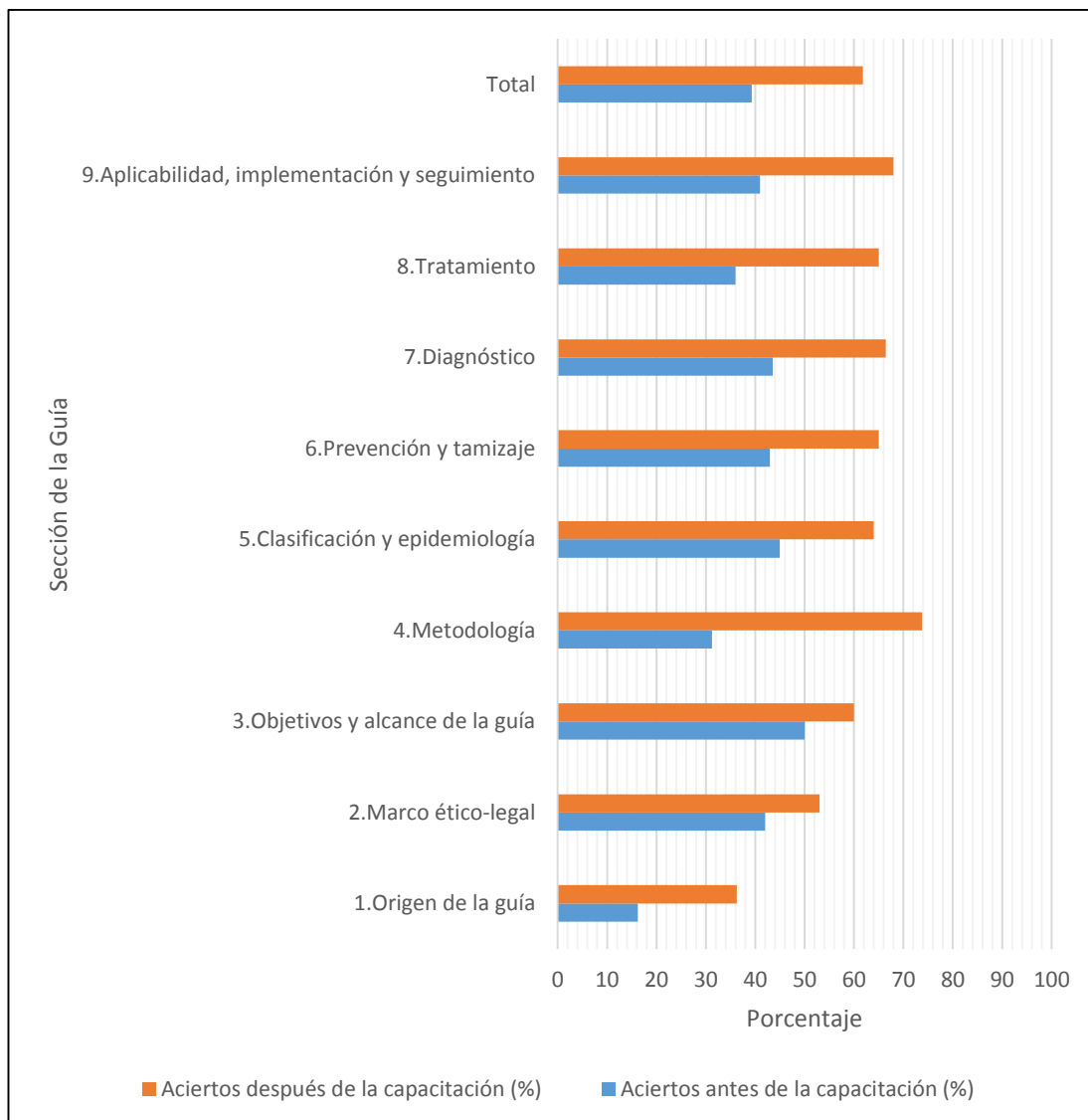


Figura 31. Resultados del nivel cognoscitivo pre y post intervención del personal de medicina en función de cada sección de la Guía de Atención Integral de violencia de género

Elaborado por: La autora

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Tal y como se mencionó en la metodología, un total de 20 médicos participaron en la investigación. Los resultados en función de cada individuo de la muestra se presentan en la Figura 32. Los porcentajes de aciertos pre intervención oscilan entre 22% y 55% y post capacitación entre 47% y 84%. El sujeto con mejores resultados alcanzó un 84% de aciertos en el instrumento de evaluación post capacitación, y este mismo fue el que presentó el mayor incremento de resultados acertados al comparar con el resultado pre capacitación, con un aumento del 37% de aciertos.

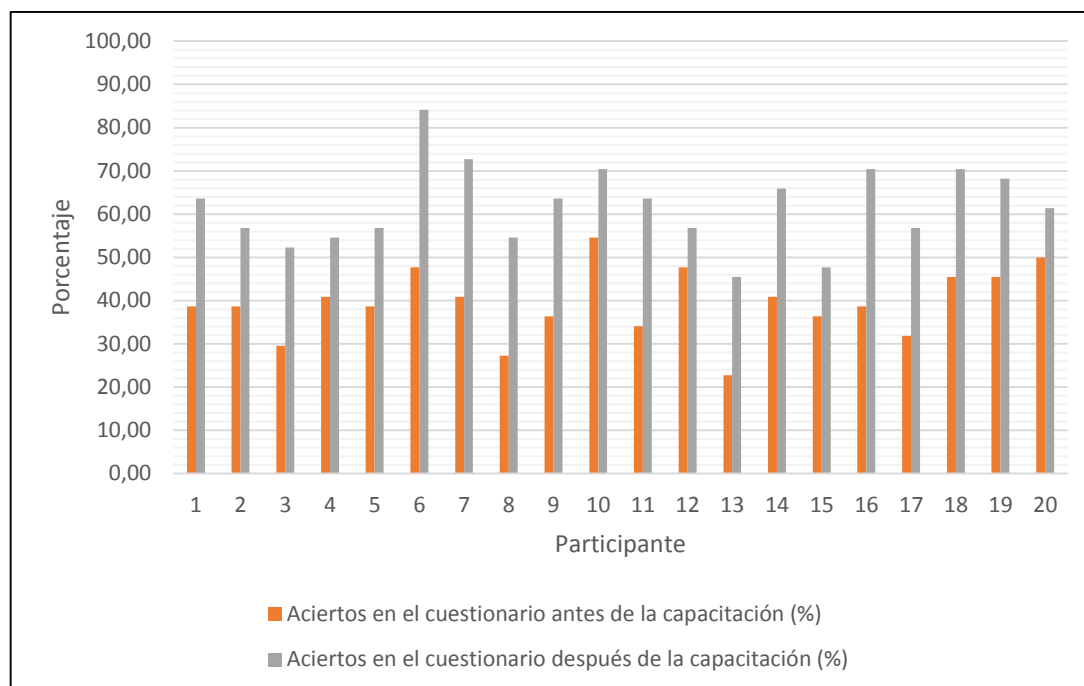


Figura 32. Resultado individual del nivel cognoscitivo pre y post intervención del personal de medicina

Elaborado por: La autora

Fuente: Instrumento de recolección de datos

4.2. Organización del Servicio de Emergencias del Hospital Pablo Arturo Suárez desde el punto de vista administrativo, técnico y operativo, en cuanto a la prevención, diagnóstico inicial y confirmatorio, manejo, tratamiento y referencia de las víctimas de violencia de género

La Tabla 2 presenta los resultados de la organización del Servicio de Emergencias del Hospital Pablo Arturo Suárez, información suministrada por la encargada del servicio y verificada en el sitio por la autora de esta investigación. Como se observa en la Tabla 2, el Servicio de Emergencias dispone de un equipo interdisciplinario para la atención de víctimas de violencia de género, el cual presta servicio durante las 24 horas del día. Otra ventaja, es que se realiza la derivación personalizada de las víctimas de violencia de género, intra o extra servicio. En el caso del registro en el parte diario, no existe una ficha única de registro de la violencia intra familiar y de género, pero estos datos son recopilados en el formulario 008.

Tabla 2. Información de la organización del Servicio de Emergencias suministrada por la encargada de esta área hospitalaria

Aspectos verificados en la organización del Servicio de Emergencias del Hospital Pablo Arturo Suárez (Rojas, Yáñez, & Cadena, 2012)		
Ítem	Si	No
Existe un equipo interdisciplinario en la sala de emergencias del HPAS para la atención de víctimas de violencia de género	X	
Prevén servicios con personal calificado que garanticen la atención 24 horas en violencia de género	X	
Disponen del kit de medicamentos (anticoncepción, profilaxis de VIH e ITS y vacunas)		X
Disponen del kit para medicina legal		X
Existen las condiciones para que el relato del hecho de violencia de género sea realizado sólo una vez, evitando la re-victimización		X
Se lleva a cabo la derivación personalizada intra o extra al servicio de las víctimas de violencia de género	X	
Todo el personal de servicios de salud está informado acerca del protocolo para la atención en violencia de género, para que de esta manera las personas que llegan al mismo reciban la información precisa		X
Todo el personal de servicios de salud está informado y en la capacidad de identificar posibles personas violentadas y de posibles agresores, para establecer medidas de apoyo para la salud en general		X
Se informa a la comunidad la necesidad de la consulta inmediata en caso de existir violencia de género		X
Se lleva un registro de casos en el parte diario y en la ficha única de registro de violencia intrafamiliar y de género, teniendo en cuenta que los datos pueden ser requeridos por la Justicia en caso de denuncia	X*	
Se facilita que la atención sea realizada por un profesional del mismo sexo, si la víctima de violencia de género así lo requiere		X

Elaborado por: La autora

Fuente: Instrumento de recolección de datos

* Para este caso es necesario destacar que NO existe un formulario específico de violencia de género, pero la hoja codificada con el número 008 contiene un cuadro donde se marca con un visto si el paciente evidencia violencia intrafamiliar.

Como aspectos negativos, se evidencian diversas carencias en cuanto a los requisitos mínimos que debe poseer el servicio. No se dispone de kits de medicamentos para la atención de este tipo de víctimas ni las de medicina legal, es posible que ocurra la re-victimización, no se tiene información estandarizada del protocolo para la identificación y atención de las víctimas de violencia de género, no se informa a la

comunidad la necesidad de la consulta inmediata en caso de existir violencia de género, y no necesariamente la víctima es atendida por un profesional del mismo sexo, lo cual es ampliamente recomendado.

4.3. CRUCE DE VARIABLES

4.3.1. Análisis de los resultados obtenidos en el proceso de pre y post intervención

Una vez obtenidos los resultados previos, se procedió a analizar los mismos mediante la comparación de los estadígrafos descriptivos tales como la media y la desviación típica, tanto en el proceso de pre como post intervención. Dicho cálculo fue determinado a partir del uso del software estadístico SPSS, lo cual se refleja en la tabla siguiente.

Tabla 3. Cálculo de la media y desviación típica de los resultados de pre y post intervención

Estadísticos descriptivos					
	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Preguntas contestadas correctamente antes de la capacitación	44	9	24	16,23	3,319
Preguntas contestadas correctamente después de la capacitación	44	18	37	24,93	2,321
N válido (según lista)	44				

Elaborado por: Autora a partir del software SPSS.

Como se puede apreciar, los valores evidencian -según el valor promedio (media) de puntuaciones- que los resultados obtenidos después de la capacitación aplicada tanto a médicos/as como enfermeros/as (24,93), son superiores con respecto a aquellos resultados antes de ser aplicada la misma (16,23), siendo la diferencia de 8,27 puntos en promedio. Además, los resultados son positivos en cuanto a los valores mínimos y máximos de puntuaciones, ya que antes de la capacitación, la menor calificación fue de 9 puntos, mientras que la mayor correspondió a 24, lo cual fue mejorado a partir de la capacitación recibida por el grupo investigado, donde los puntajes mínimos y máximos fueron de 18 y 37 respectivamente. Así mismo, la desviación estándar alcanzó valores relativamente pequeños en ambos casos, corroborando así que la media calculada es un estimador fiable para emitir conclusiones al respecto.

4.3.2. Comprobación de hipótesis de investigación

Para comprobar la hipótesis de investigación referente al aumento del grado de conocimiento del personal de salud perteneciente a la organización objeto de estudio en función de la capacitación recibida, se procede a determinar el coeficiente de correlación de Pearson, el cual es establecido entre dos variables cuantitativas e “indica la fuerza de asociación entre dos variables y el signo la dirección (directa si es positivo o inversa si es negativo)” (Bernal, 2014, p. 58).

El coeficiente de correlación de Pearson se encuentra entre valores de -1 y 1, y su interpretación se basa en que los valores próximos a los extremos son indicadores tanto de la linealidad como de la fuerza de la correlación, considerando además que, si el valor de dicho coeficiente se encuentra en el rango de 0 y 1, la relación entre las variables es directamente proporcional, mientras que si este valor se encuentra en el rango de 0 y -1, la relación es inversamente proporcional. Por otra parte, si el coeficiente de Pearson obtiene un valor próximo a 0, se afirma que las variables no están correlacionadas entre sí. (Bernal, 2014, p. 58).

En este sentido, se determinó la relación entre el grado de conocimiento de la población estadística investigada, a partir de la puntuación obtenida en ambos momentos, es decir, antes y después de la capacitación, siendo el coeficiente de Pearson resultante de 0,614, tal como se muestra en la tabla a continuación.

Tabla 4. Coeficiente de correlación de Pearson para la comprobación de hipótesis

Correlaciones			
		Preguntas contestadas correctamente pre capacitación	Preguntas contestadas correctamente post capacitación
Preguntas contestadas correctamente pre capacitación	Correlación de Pearson	1	,614**
	Sig. (bilateral)		,000
	N	44	44
Preguntas contestadas correctamente post capacitación	Correlación de Pearson	,614**	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	44	44
**. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).			

Elaborado por: Autora a partir del software SPSS.

El resultado del coeficiente de correlación de Pearson demuestra que existe una relación linealmente positiva entre el grado de conocimiento del personal de salud con relación a los procesos de pre y post intervención a través de la capacitación recibida por los mismos; lo que quiere decir que, en la medida que los profesionales sujetos a estudio reciben mayor capacitación sobre la violencia de género, su grado de conocimiento acerca de dicho tema aumenta significativamente.

4.3.3. Análisis de la relación entre las variables independiente y la variable dependiente definidas en la investigación

Por otra parte, para determinar la relación de las variables demográficas e independientes (edad, sexo, tipo de profesión, grado de instrucción, años de experiencia profesional, víctima o no de violencia de género y capacitación previa) con respecto a la variable dependiente (grado de conocimiento de los aspectos relevantes de la Guía de Atención Integral en Violencia de Género del Ecuador), se aplicó la prueba estadística Chi-cuadrado, ya que la misma “*compara la frecuencia observada para cada categoría (O_i) con la frecuencia teórica o esperada (E_i) bajo el supuesto de que la proporción de éxitos es la postulada por la hipótesis*” (Alea, 2000, p. 89), siendo dicha prueba válida para determinar la relación entre variables cualitativas.

Por lo que, fue necesario determinar un rango de puntuación para clasificar el grado de conocimiento del personal de salud después de que los mismos recibieran la capacitación, expresado en la tabla siguiente:

Tabla 5. Clasificación del grado de conocimiento obtenido

Rango de puntuación	Clasificación
0-11	Deficiente
12-22	Regular
23-33	Bueno
34-44	Excelente

Elaborado por: Autora.

Análogamente, la prueba Chi-cuadrado, según Sábado (2009). “*permite determinar si dos variables cuantitativas están o no asociadas (...) En consecuencia, la prueba Chi-*

cuadrado se aplica para contrastar la hipótesis nula de que dos variables cualitativas son independientes” (p. 98).

Por lo tanto, se definieron hipótesis nulas y alternativas para cada relación de variables, lo cual se muestra a continuación.

4.3.3.1. Relación entre el grado de conocimiento y la edad

Ho: No existe relación estadísticamente significativa entre el grado de conocimiento del personal de salud y su edad.

H1: Existe relación estadísticamente significativa entre el grado de conocimiento del personal de salud y su edad.

Tabla 6. Prueba de Chi-cuadrado para el grado de conocimiento y la edad

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,089 ^a	8	,748
Razón de verosimilitudes	5,409	8	,713
Asociación lineal por lineal	2,923	1	,087
N de casos válidos	44		

a. 11 casillas (73,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,02.

Elaborado por: Autora a partir del software SPSS.

Una vez realizada la prueba estadística Chi-cuadrado, el resultado se interpreta a partir de su significancia bilateral, también conocida como p-valor. Si este p-valor “*es menor que α , se rechaza la H_0 al nivel de significancia establecido, usualmente $\alpha = 0.05$* ” (Pedroza & Dickosvskyi, 2007, p. 104).

Para este caso, el p-valor=0.748 que, al ser mayor a 0.05, es aceptada la hipótesis nula, lo cual demuestra que no existe relación entre el grado de conocimiento obtenido por el personal de salud y su edad.

4.3.3.2. Relación entre el grado de conocimiento y el género.

Ho: No existe relación estadísticamente significativa entre el grado de conocimiento del personal de salud y su género.

H1: Existe relación estadísticamente significativa entre el grado de conocimiento del personal de salud y su género.

Tabla 7. Prueba de Chi-cuadrado para el grado de conocimiento y el género

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,849 ^a	4	,144
Razón de verosimilitudes	7,932	4	,094
Asociación lineal por lineal	,401	1	,526
N de casos válidos	44		

a. 6 casillas (66,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,02.

Elaborado por: Autora a partir del software SPSS.

Análogamente al caso anterior, el p-valor=0.144, siendo este resultado mayor que 0.05, por lo que es aceptada la hipótesis nula, afirmándose así que no existe relación entre el grado de conocimiento obtenido por el personal de salud y su género.

4.3.3.3. Relación entre el grado de conocimiento y la profesión.

Ho: No existe relación estadísticamente significativa entre el grado de conocimiento del personal de salud y su profesión.

H1: Existe relación estadísticamente significativa entre el grado de conocimiento del personal de salud y su profesión.

Tabla 8. Prueba de Chi-cuadrado para el grado de conocimiento y la profesión.

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,462 ^a	2	,024
Razón de verosimilitudes	8,417	2	,015
Asociación lineal por lineal	7,291	1	,007
N de casos válidos	44		

a. 2 casillas (33,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,45.

Elaborado por: Autora a partir del software SPSS.

El resultado de la prueba estadística Chi-cuadrado para este caso, derivó en un p-valor=0.024, el cual es menor al valor teórico (0.05), por lo que se rechaza la hipótesis nula H_0 , afirmándose así que existe relación estadísticamente significativa entre el grado de conocimiento del personal de salud y su profesión, al constatarse que fueron los médicos quienes alcanzaron mejores resultados en la evaluación de la capacitación.

4.3.3.4. Relación entre el grado de conocimiento y el grado de instrucción

H_0 : No existe relación estadísticamente significativa entre el grado de conocimiento del personal de salud el grado de instrucción.

H_1 : Existe relación estadísticamente significativa entre el grado de conocimiento del personal de salud y el grado de instrucción.

Tabla 9. Prueba de Chi-cuadrado para el grado de conocimiento y el grado de instrucción

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,582 ^a	6	,361
Razón de verosimilitudes	9,017	6	,173
Asociación lineal por lineal	,062	1	,803
N de casos válidos	44		

a. 10 casillas (83,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,02.

Elaborado por: Autora a partir del software SPSS.

Según la prueba del Chi-cuadrado, de conocimiento del personal de salud no está relacionado con su grado de instrucción, ya que el p-valor=0.361, aceptándose de este modo la hipótesis nula al ser dicho valor mayor a 0.05.

4.3.3.5. Relación entre el grado de conocimiento y los años de experiencia.

H_0 : No existe relación estadísticamente significativa entre el grado de conocimiento del personal de salud y los años de experiencia.

H1: Existe relación estadísticamente significativa entre el grado de conocimiento del personal de salud y los años de experiencia.

Tabla 10. Prueba de Chi-cuadrado para el grado de conocimiento y los años de experiencia

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,748 ^a	8	,949
Razón de verosimilitudes	3,072	8	,930
Asociación lineal por lineal	,663	1	,416
N de casos válidos	44		

a. 12 casillas (80,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,05.

Elaborado por: Autora a partir del software SPSS.

Para este caso, los resultados de la prueba de Chi-cuadrado corroboran que no existe una relación estadísticamente significativa entre el grado de conocimiento y los años de experiencia, al obtenerse un p-valor equivalente a 0.949, siendo el mismo mayor que 0.05, por lo que se acepta la hipótesis nula.

4.3.3.6. Relación entre el grado de conocimiento y ser o no víctima de violencia

Ho: No existe relación estadísticamente significativa entre el grado de conocimiento del personal de salud y ser o no víctima de violencia.

H1: Existe relación estadísticamente significativa entre el grado de conocimiento del personal de salud y ser o no víctima de violencia.

Tabla 11. Prueba de Chi-cuadrado para el grado de conocimiento y ser o no víctima de violencia

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,011 ^a	2	,222
Razón de verosimilitudes	3,500	2	,174
Asociación lineal por lineal	1,388	1	,239
N de casos válidos	44		

a. 3 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,32.

Elaborado por: Autora a partir del software SPSS.

En cuanto a la relación entre el grado de conocimiento del personal de salud y haber sido o no víctima de violencia, la misma no es estadísticamente significativa, encontrándose un p-valor de 0.222 que determina la aceptación de la hipótesis nula.

4.3.3.7. Relación entre el grado de conocimiento y capacitación previa de violencia

Ho: No existe relación estadísticamente significativa entre el grado de conocimiento del personal de salud y capacitación previa de violencia.

H1: Existe relación estadísticamente significativa entre el grado de conocimiento del personal de salud y capacitación previa de violencia.

Tabla 12. Prueba de Chi-cuadrado para el grado de conocimiento y capacitación previa de violencia

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	11,077 ^a	2	,001
Razón de verosimilitudes	10,463	2	,001
Asociación lineal por lineal	10,364	1	,001
N de casos válidos	44		

a. 2 casillas (33,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,50.

Elaborado por: Autora a partir del software SPSS.

Para el caso que se analiza, la prueba de Chi-cuadrado concluye que existe una relación estadísticamente significativa entre el grado de conocimiento de los empleados de salud y la capacitación previa con respecto a la violencia de género, al obtenerse un p-valor equivalente a 0.001, el cual es menor a 0.005, rechazándose así la hipótesis nula. Dicha relación está marcada por el hecho de que aquel personal que sí fue sujeto a capacitación previa, alcanzó mejores resultados de puntuación en la capacitación recibida a efectos de la presente investigación.

De forma general, se puede concluir una vez aplicadas pruebas de comprobación de hipótesis que la variable dependiente referente al grado de capacitación del personal de salud en la sala de urgencias del Hospital Pablo Arturo Suárez, correlaciona

significativamente con las variables independientes de profesión y capacitación previa sobre violencia de género, ocurriendo lo contrario entre la referida variable dependiente y las demás variables independientes, tales como edad, género, grado de instrucción, años de experiencia y haber sido o no víctima de violencia previamente.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

El problema social que ocasiona la violencia de género es de grandes dimensiones y trae múltiples consecuencias, afectando el plan de vida de muchas personas, especialmente de las víctimas y su entorno. Estadísticas recientes indican que, en la región americana, aproximadamente el 53% de las muertes de personas con edades entre 15 y 29 años están relacionadas con algún tipo de violencia de género (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2014).

En el Ecuador, 33% de mujeres y 50% de niños, niñas y adolescentes indican haber sufrido algún tipo de violencia, intrafamiliar o de género (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2014). Por lo tanto, es importante que los servicios de salud y los profesionales que trabajan en ellos, especialmente el personal de enfermería y medicina, estén adecuadamente adiestrados y en conocimiento de los protocolos necesarios para la atención integral de estas víctimas.

Por ello, y con el fin de evaluar los efectos cognoscitivos de la capacitación al personal de salud, sobre la Guía de Atención Integral en Violencia de Género, en el servicio de emergencias del Hospital Pablo Arturo Suárez, se llevó a cabo esta investigación, donde participaron un total de 20 médicos(as) y 24 enfermeras(os), los cuáles presentaron la situación socio demográfica resumida en la Tabla 13.

El personal de enfermería y de medicina son en su mayoría del género femenino, 75% y 60% respectivamente. Un estudio similar, reporta que el porcentaje de personas evaluadas fue en su mayoría mujeres (55%) (Mejía, Diego, Alemán, Maliandi, & Lasala, 2005). Bedoya (2015) hace referencia que en Ecuador no existen registros estadísticos del género del personal médico, aunque menciona que, desde el 2010, la Secretaría de Educación Superior, Ciencia, Tecnología e Innovación (SENESCYT) incluye el sexo como un dato en sus registros. Esta iniciativa permitirá generar nuevas estadísticas y posteriormente, ser comparada con los resultados de esta investigación.

En cuanto a las edades, el mayor porcentaje de enfermeras(os) y médicos(as) corresponde a profesionales jóvenes, entre 20 - 30 años y 30 - 40 años, respectivamente. En correspondencia a estos resultados, la mayoría de los participantes

tienen pocos años de experiencia en su ejercicio profesional, obteniéndose el mayor porcentaje en el rango de 1 a 5 años. En cuanto al grado de instrucción, todos los participantes poseen estudios universitarios, y un alto porcentaje no tienen estudios de postgrado.

Tabla 13. Datos socio demográficos de la muestra que participó en la investigación

Variable	Personal de enfermería	Personal médico
Género	Femenino: 75% Masculino: 17% LGTBI: 4% No indica: 4%	Femenino: 60% Masculino: 40%
Edad	20 – 30 años: 34% 30 – 40 años: 8% 40 – 50 años: 33% 50 – 60 años: 8% 60 – 70 años: 0% >70 años: 0 % No indica: 17%	20 – 30 años: 40% 30 – 40 años: 45% 40 – 50 años: 10% 50 – 60 años: 0 % 60 -70 años: 0% >70 años: 5 % No indica: 0%
Años de experiencia profesional	1 – 5 años: 34% 5 – 10 años: 21% 10 – 15 años: 4% 15 – 20 años: 8% > 20 años: 8% No indica: 25%	1 – 5 años: 60% 5 – 10 años: 15% 10 – 15 años: 0% 15 – 20 años: 0% > 20 años: 10% No indica: 15%
Grado de instrucción	Universitario: 100% Postgrado: No tiene/no indica: 100%	Universitario: 100% Postgrado: Maestría: 7% Especialización: 11% Doctorado: 5% No tiene/No indica: 77%
Víctima de violencia	Si: 33% No: 63% No contesta: 4%	Si: 30% No: 70%
Capacitación previa	Si: 46% No: 50% No indica: 4%	Si: 55% No: 45%

Elaborado por: La autora

Alrededor del 30% de médicos(as) y enfermeras(os) afirman haber sido víctimas de violencia de género. Lo que evidencia que a pesar de ser profesionales que conocen y han estudiado acerca de esta problemática, no escapan de haberla sufrido en algún momento de sus vidas.

En cuanto al grado de capacitación previa en aspectos relacionados con la violencia de género, el personal médico ha recibido más información que el personal de enfermería, aunque en ambos casos alrededor de un 50% han sido capacitado previamente. En este sentido, Rodríguez-Bolaños, Márquez-Serrano & Kageyama-Escobar (2005) hacen mención de la necesidad de consolidar la preparación, en aspectos relativos a la violencia de género, en las escuelas donde se forman los profesionales de la salud.

Los resultados pre intervención muestran un bajo nivel cognoscitivo con respecto a la Guía de Atención Integral en Violencia de Género. El personal de enfermería obtuvo un promedio total de 34,85% de aciertos antes de la capacitación y el personal de medicina un 39,32%. En general, el puntaje promedio de respuestas positivas de la muestra antes de la intervención fue de 16,23 lo que es considerado “regular” según lo establecido en la Tabla 5.

Estos resultados coinciden con los de la investigación de Rodríguez-Bolaños, Márquez-Serrano & Kageyama-Escobar (2005) quienes encontraron que 19,8% y 59,6% de su muestra tenían un conocimiento bajo y medio de este tema, respectivamente. En el estudio de Calvo & Camacho (2014) se indica que, la dificultad por parte del personal de salud para la detección de estos casos es uno de los principales problemas que deben resolver los centros de salud. En su investigación, citan el estudio de Echarte y colaboradores, quienes indican que sólo un 10,4% de los casos de violencia de género fueron detectados en la muestra estudiada. En este orden de ideas, estudiantes de medicina españoles mencionan que no tienen los suficientes recursos ni formación para afrontar, prevenir y detectar los casos de violencia de género que se les presentan (Blay, 2016).

Por lo tanto, tal y como lo menciona Rico (1997), es necesario que se incorpore, dentro de las carreras universitarias y técnicas, los aspectos más relevantes acerca de la violencia de género, y así formar a todos aquellos profesionales que posiblemente tengan contacto con este tipo de víctimas. Esto resulta imprescindible para el adecuado cumplimiento de los programas públicos que se planteen y, sobre todo, para evitar la revictimización.

Bompart, Chungara & Tolaba (2013) mencionan que las personas en el área de salud deben conocer cómo actuar, no sólo para asistir en situaciones de emergencia, sino

también lograr un trabajo eficiente, eficaz y humanista. Asimismo, señalan que los centros de salud y específicamente el personal de enfermería, deben contar con protocolos de atención para abordar a las víctimas de violencia intrafamiliar y de género, con el fin de orientar todas las acciones necesarias para su adecuada atención. De allí la importancia de la intervención llevada a cabo en esta investigación, y los resultados obtenidos en cuanto a la evaluación de la situación actual en el Hospital Pablo Arturo Suárez.

Recientemente en el Ecuador, se ha tomado gran interés en la capacitación del personal de emergencias en diversos hospitales, como por ejemplo la charla realizada en el mes de marzo (2017) en el área de emergencia del hospital General Docente de Riobamba, donde se suministró información sobre los protocolos y normas en casos de violencia de género (Dirección de Comunicación Chimborazo, 2017). Un evento similar se realizó en el hospital Julius Doepfner en Zamora Chinchipe, donde la directora del hospital indica que este tipo de capacitaciones refuerzan los conocimientos de todo el personal (Dirección de Comunicación Zamora Chinchipe, 2017).

La Fiscalía de Guayas socializó la Norma Técnica de Atención Integral en Violencia de Género (Fiscalía General del Estado, 2015) pero sólo asistieron los representantes del Ministerio de Salud Pública y del Consejo de la Judicatura de esa región. Esta actividad de socialización la realizó el Consejo de la Judicatura en diversas comunidades, suministrándose información de cómo abordar los casos de violencia de género desde el punto de vista legal. No se hallaron referencias de estudios similares a la presente investigación en Ecuador, debido a esta razón, no fue posible realizar una comparativa de los resultados obtenidos con algún antecedente en el país.

Los resultados estadísticos indican que existe una relación linealmente positiva en el grado de conocimiento del personal de salud, tanto médicos(as) como enfermeras (os), en relación con los procesos de pre y post capacitación, lo que comprueba la hipótesis planteada.

Al evaluar si existe o no una relación estadísticamente significativa entre las variables independientes y la dependiente se obtuvo que, el género, la edad, los años de experiencia laboral, el grado de instrucción y si el participante fue o no víctima de violencia de género, no presentan diferencias significativas con respecto al grado de

conocimiento, por el contrario, la profesión (medicina o enfermería) y la capacitación previa si presentaron diferencias estadísticamente significativas. En todos los casos, el personal médico obtuvo mayores puntuaciones que el personal de enfermería.

Es importante resaltar que la Guía de Atención Integral en Violencia de Género (Rojas, Yáñez, & Cadena, 2012) indica que el personal de enfermería, por ser el personal de primer contacto con el paciente, son los profesionales que deben estar más capacitados para realizar el tamizaje y la detección de los casos de violencia de género. Por lo tanto, es importante que en el HPAS como en el resto de hospitales de atención secundaria del Ecuador se fomenten, organicen y ejecuten, lo antes posible, jornadas de sensibilización, capacitación y sociabilización de las normas y protocolos existentes, de manera permanente. Así mismo, tal y como lo establece la Guía, esta información debe incorporarse en las universidades encargadas de la formación de los nuevos profesionales de la salud.

Adicional a la capacitación del personal de salud de atención secundaria, resulta imprescindible contar con una sala de emergencias que se encuentre organizada y equipada, para lograr atender adecuadamente este tipo de víctimas. En función a los resultados obtenidos y suministrados en la Tabla 2, se observa que la sala de emergencias del HPAS debe mejorar sus condiciones actuales, sobre todo en lo concerniente a:

- Disponibilidad de kits de medicamentos y kits para la evaluación de medicina legal.
- Evitar la revictimización del paciente y procurar que sea atendido por un profesional de su mismo sexo.
- Todo el personal de salud debe contar con información oportuna y veraz acerca del protocolo de identificación y atención de estas víctimas.
- Jornadas permanentes de información a la comunidad, para que las personas afectadas por violencia de género conozcan el procedimiento a seguir para su atención y denuncia.

Las fortalezas que presenta el HPAS en cuanto a la atención de víctimas de violencia de género son:

- Existencia de un equipo multidisciplinario durante las 24 horas del día, para la atención de este tipo de víctimas.
- Se cumple con el protocolo de derivar, tanto intra como extra hospitalariamente a las víctimas de violencia que lo requieran, y se lleva un registro de los casos, para la historia médica y como requisito legal, que luego puede ser utilizado por la justicia.

La información acerca de la organización del servicio de emergencias ya se encuentra establecida en la Guía de Atención Integral en Violencia de Género (Rojas, Yáñez, & Cadena, 2012), por lo que sólo deben hacerse los esfuerzos necesarios, tanto desde el punto de vista económico como estructural para implementar estos lineamientos.

En cuanto al registro de toda la información concerniente a los casos de violencia de género que acuden al centro hospitalario, se detectó que no se aplica un formato específico para estos pacientes, sólo se refleja en una casilla del documento 008 (historia clínica) de la sala de emergencias. Beltrán & Ramos (2013) encontraron falencias en el llenado de la hoja codificada 008, por lo que resulta necesario tomar en cuenta esta observación, con el fin de evitar que un mal manejo de la historia clínica imposibilite la adecuada atención de las víctimas de violencia de género.

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1. CONCLUSIONES

- Los resultados en cuanto a las variables socio demográficas del personal de enfermería muestran un alto porcentaje de personas del sexo femenino (75%), en su mayoría con edades comprendidas entre 20 y 40 años y poca experiencia en el ejercicio de su profesión (1 a 5 años). La mayoría (63%) no han sido víctimas de violencia de género y la mitad de la muestra no ha recibido capacitación previa.
- Las condiciones socio demográficas en estudio del personal de medicina reflejan un mayor porcentaje de médicas (60%), la mayoría con edades entre 20 y 40 años, pocos años de experiencia laboral (1-5 años) y sin estudios de postgrado (77%). Un alto porcentaje no ha sufrido violencia de género (70%) y un 55% recibieron capacitación previa acerca de este tema.
- Al aplicar la evaluación pre capacitación se obtuvo un bajo nivel de conocimiento con respecto a la Guía de Atención Integral en Violencia de Género del Ecuador. En promedio, médicos(as) y enfermeras(os) obtuvieron un 39,32% y 34,85% de aciertos, respectivamente.
- Estadísticamente, existe una relación linealmente positiva en el grado de conocimiento del personal de salud, tanto del personal de enfermería como el de medicina, con relación a los procesos de pre y post capacitación. A mayor capacitación mayor conocimiento.
- El género, la edad, los años de experiencia laboral, el grado de instrucción y si el participante fue o no víctima de violencia de género no presentaron diferencias estadísticamente significativas con respecto al grado de conocimiento, por el contrario, la profesión (medicina o enfermería) y la capacitación previa si presentaron, desde el punto de vista estadístico, diferencias significativas.

- La organización de la sala de emergencias del HPAS para la atención de víctimas de violencia de género, cumple con las condiciones establecidas en la Guía de Atención Integral en Violencia de Género en un 36,36%, por lo que deben incrementarse los esfuerzos desde el punto de vista económico y organizacional, y así cumplir con las condiciones necesarias para dar una atención adecuada a estos pacientes.

6.2. RECOMENDACIONES

- Capacitar y sociabilizar al personal de salud en cuanto a lo establecido en la Guía de Atención Integral en Violencia de Género y su norma técnica, en todos los establecimientos de salud, principalmente en los de atención primaria, secundaria y de tercer nivel de atención, así como en universidades, con el fin de incorporar estos aspectos en las áreas de medicina y enfermería.
- Implementar jornadas de información a la comunidad con respecto a la violencia de género.
- Utilizar este estudio como referencia, para ser implementado en otras salas de emergencias de los hospitales de la Provincia de Pichincha o en otras regiones del Ecuador.
- Mejorar las condiciones operativas, administrativas, organizativas y de suministro de recursos, en la sala de emergencias del HPAS con el fin de disponer de todos los instrumentos, materiales, procedimientos y personal necesario, para brindar una adecuada atención a los pacientes que acuden por violencia de género.
- Generar una base de datos con información socio demográfica del personal de salud que trabaja en los diferentes hospitales, tanto de la Provincia de Pichincha como del Ecuador.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguirre, V., Cabrera, M. C., Monetta, L., Sánchez, A. P., & Sánchez, M. (2011). Recuperado el 19 de 01 de 2017, de Margen.org: <https://www.margen.org/suscri/margen63/aguirre.pdf>
- Alea, M. (2000). *Estadística con SPSS v.10.0*. Barcelona: Edicions Universitat Barcelona.
- Asamblea Nacional. (2008). *Constitución del Ecuador*. Quito: Asamblea Nacional.
- Asociación civil Trama. (2009). *Aportes para la sensibilización sobre la violencia de género a nivel local y comunitario*. Argentina: Asociación civil Trama - Lazos para el desarrollo.
- Ayala, L., & Hernández, K. (05 de 2012). <http://www.eumed.net>. Obtenido de <http://www.eumed.net/rev/cccss/20/ashm.html>
- Barba, M. (01 de 11 de 2015). <https://www.aboutespanol.com>. Obtenido de <https://www.aboutespanol.com/las-cazas-de-brujas-el-genocidio-de-mujeres-sabias-y-libres-1271652>
- Bedoya, R. (2015). *Feminización de la profesión médica e inserción laboral pública en Ecuador*. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona.
- Beltrán, J., & Ramos, C. (2013). *Evaluación de la calidad de información recopilada en el Documento 008 de pacientes atendidos en la sala de emergencias del Hospital de Clínicas Pichincha y del Hospital Carlos Andrade Marín, de la ciudad de Quito*. Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
- Bernal, E. (2014). *Bioestadística Básica para Investigadores con SPSS. Aplicaciones prácticas para estudios científicos*. Barcelona: Bubok Publishing.
- Blay, B. (24 de 11 de 2016). *Los médicos, sin herramientas para abordar la violencia machista por la falta de formación*. Obtenido de http://www.eldiario.es/catalunya/sanitat/medicos-herramientas-violencia-machista-formacion_0_583742146.html
- Bompart, A., Chungara, R., & Tolaba, S. (2013). Recuperado el 19 de 01 de 2017, de [enfermeria.fcm.unc.edu.ar](http://www.enfermeria.fcm.unc.edu.ar): http://www.enfermeria.fcm.unc.edu.ar/biblioteca/tesis/bompart_beatriz.pdf
- Bonadeo, M., Marengi, M., Bassi, F., Fernández, M., María Lago, Á. P., & Bertoni, C. R. (2005). Evaluación del grado de satisfacción del personal médico en un hospital de pediatría. *Arch.argent.pediatr*, 103(6).
- Calvo, G., & Camacho, R. (2014). La violencia de género: evolución, impacto y claves para su abordaje. *Enfermería Global*, 424-439.
- Congreso Nacional del Ecuador. (1995). *Ley contra la Violencia a la Mujer y a la Familia*. Quito: Congreso Nacional del Ecuador.

- Consejo Nacional para la Igualdad de Género. (2014). *La Violencia de Género contra las Mujeres en el Ecuador: Análisis de los resultados de la Encuesta Nacional sobre Relaciones familiares y Violencia de Género contra las Mujeres*. Quito: Consejo Nacional para la Igualdad de Género.
- Consejo Nacional para la Igualdad de Género. (2015). *Agenda Nacional de las Mujeres y la Igualdad de Género 2014-2017*. Quito: Consejo Nacional para la Igualdad de Género.
- Corral, Y. (2010). Diseño de Cuestionario para Recolección de Datos. *Ciencias de la Educación*, 152-168.
- Cuéllar, P. (07 de 01 de 2017). <http://www.actuallynotes.com>. Obtenido de <http://www.actuallynotes.com/actually-notes-breve-historia-de-la-violencia-de-genero-htm/>
- Dirección de Comunicación Chimborazo. (10 de 03 de 2017). *Función Judicial de Chimborazo*. Obtenido de http://www.funcionjudicial-chimborazo.gob.ec/index.php?option=com_content&view=article&id=1062:-personal-de-emergencia-del-hospital-docente-conocio-normas-y-protocolos-en-casos-de-violencia-de-genero&catid=39:noticias-home
- Dirección de Comunicación Zamora Chinchipe. (12 de Mayo de 2017). *Consejo de la Judicatura*. Obtenido de http://www.funcionjudicial-zamora.gob.ec/index.php?option=com_content&view=article&id=944:la-judicatura-socializa-a-medicos-normas-y-protocolos-en-casos-de-violencia&catid=47:noticias-home
- Entidad de las naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres. (2012). Recuperado el 19 de 01 de 2017, de ONU Mujeres: <http://www.endvawnow.org/es/articles/665-realizar-actividades-de-capacitacion-y-sensibilizacion-para-el-personal.html?next=666>
- Fathalla, M., & Fathalla, M. (2004). *Guía Práctica de Investigación en Salud*. (O. P. Salud, Ed.) Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Fiscalía General del Estado. (02 de 10 de 2015). *Fiscalía del Guayas socializa la Norma Técnica de Atención Integral en Violencia de Género*. Obtenido de <http://www.fiscalia.gob.ec/index.php/sala-de-prensa/boletines/155-2015/octubre-2015/4599-fiscal%C3%ADa-del-guayas-socializa-la-norma-t%C3%A9cnica-de-atenci%C3%B3n-integral-en-violencia-de-g%C3%A9nero>
- Hamui, L., Fuentes, R., Aguirre, R., & Ramirez, O. (2013). *Expectativas y experiencias de los usuarios del Sistema de Salud en México: Un estudio de satisfacción con la atención médica*. México DF: Universidad Nacional Autónoma de México.

- Hospital Clínic de Barcelona . (2008). Recuperado el 19 de 01 de 2017, de hospitalclínic.org:
http://www.hospitalclinic.org/files/ElClinic/comites/guiavig_cas.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2012). Recuperado el 18 de 01 de 2017, de ecuadorencifras.gob.ec: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/violencia-de-genero/>
- Karchmer, S. (2013). Violencia por motivos de género: un precio demasiado alto. *Ginecol Obstet Mex*, 81.
- Marroquín, R. (2013). <http://www.une.edu.pe/>. Obtenido de <http://www.une.edu.pe/Titulacion/2013/exposicion/SESSION-4-Confiabilidad%20y%20Validez%20de%20Instrumentos%20de%20investigacion.pdf>
- Martinez, I., & Ruiz, J. (16 de 09 de 2013). <http://repositorio.upct.es/>. Obtenido de <http://repositorio.upct.es/bitstream/handle/10317/620/dema.pdf;jsessionid=A27B94E41325D63CCB383C478E417E3F?sequence=1>
- Medfamger. (2017). Recuperado el 19 de 01 de 2017, de Medfamger: <https://sites.google.com/site/medfamger/la-atencion-integral-en-salud>
- Mejía, R., Diego, A., Alemán, M., Maliandi, M., & Lasala, F. (2005). Percepción de maltrato durante la capacitación de médicos residentes. *Medicina (Buenos Aires)*, 295-301.
- Méndez-Hernández, P., Valdez-Santiago, R., Viniegra-Velázquez, L., Rivera-Rivera, L., & Salmerón-Castro, J. (2003). Violencia contra la mujer: conocimiento y actitud del personal médico del Instituto Mexicano del Seguro Social, Morelos, México. *Salud Pública México*, 472-482.
- Ministerio de Justicia. (2014). *Código Orgánico Integral Penal*. Quito: Ministerio de Justicia.
- Ministerio de Salud Pública. (2016). Recuperado el 19 de 01 de 2017, de <http://instituciones.msp.gob.ec>:
<http://instituciones.msp.gob.ec/cz8/index.php/comunicamos/836-capacitacion-matilde-hidalgo>
- Ministerio de Salud Pública. (2016). Recuperado el 18 de 01 de 2017, de [hpas.gob.ec](http://www.hpas.gob.ec):
<http://www.hpas.gob.ec/index.php/hospital/mision-y-vision>
- Ministerio de Salud Pública. (2016). Recuperado el 19 de 01 de 2017, de [salud.gob.ec](http://www.salud.gob.ec):
<http://www.salud.gob.ec/el-curso-virtual-de-la-norma-tecnica-de-atencion-integral-en-violencia-de-genero-se-inicio-en-riobamba/>
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2011). *Norma y protocolos de atención integral a la violencia de género, intrafamiliar y sexual por ciclos de vida*. (D. d. Normatización, Ed.) Quito: Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2014). *Norma Técnica de Atención Integral en Violencia de Género*. (D. N. Normatización-MSP, Ed.) Quito: Ministerio de Salud Pública del Ecuador.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2012). *Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género*. (S. S. Ministerio de Sanidad, Ed.) Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Mujeres para la Salud. (2011). Recuperado el 10 de 04 de 2017, de <http://www.mujeresparalasalud.org>:
<http://www.mujeresparalasalud.org/spip.php?article163>
- Naciones Unidas Derechos Humanos Oficina del Alto Comisionado. (1993). Recuperado el 19 de 01 de 2017, de [ohchr.org](http://www.ohchr.org):
<http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/ViolenceAgainstWomen.aspx>
- NOMASVG. (sf). Recuperado el 10 de 04 de 2017, de <http://nomasvg.com>:
<http://nomasvg.com/informacion-sobre-violencia-de-genero/efectos-y-consecuencias/>
- Organización Mundial de la Salud. (2017). Recuperado el 10 de 04 de 2017, de <http://www.who.int>: <http://www.who.int/topics/violence/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2017). Recuperado el 19 de 01 de 2017, de [who.int](http://www.who.int):
http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/summary_report/chapter1/es/
- Organización Panamericana de la Salud. (2002). *Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud: resumen*. Washington DC: Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud.
- Organización Panamericana de la Salud. (08 de 08 de 2016). <http://www.paho.org/>.
Obtenido de http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10935%3A2015-elaboracion-listas-verificacion&catid=7679%3Aauditoria&lang=es
- Ospina, B., Sandoval, J., Aristizábal, C., & Ramírez, M. (2005). La escala de Likert en la valoración de los conocimientos y las actitudes de los profesionales de enfermería en el cuidado de la salud. Antioquia, 2003a. *Invest Educ Enferm*, 14-29.
- Palacios, P. (2011). *El Tratamiento de la Violencia de Género en la Organización de las Naciones Unidas*. (A. T. Zerán, Ed.) Santiago de Chile: Universidad de Santiago de Chile.
- Pedroza, H., & Dickosvskyi, L. (2007). *Sistema de Análisis Estadístico con SPSS*. Managua: IICA.

- Rico, N. (1997). Recuperado el 17 de 01 de 2017, de Violencia de Género: Un problema de derechos humanos: <http://www.cepal.org/mujer/noticias/paginas/3/27403/violenciadegenero.pdf>
- Rodríguez-Bolaños, R. d., Márquez-Serrano, M., & Kageyama-Escobar, M. d. (04 de 2005). Violencia de género: actitud y conocimiento del personal de salud de Nicaragua. *Salud pública Méx* , 47(2).
- Rojas, E., Yáñez, C., & Cadena, F. (2012). *Guía de Atención Integral en Violencia de Género*. (E. Dirección de Normatización-MSP, Ed.) Quito: Ministerio de Salud Pública del Ecuador.
- Sábado, J. (2009). *Fundamentos de bioestadística y análisis de datos para enfermería*. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona.
- Santos, M., Vitorino, J., & Maroco, J. (2013). Análisis estadístico de escalas ordinales. Aplicaciones en el Área de Salud infantil y Pediatría . *Enfermería Global*, 434-445.
- United Nations. (2015). Recuperado el 18 de 01 de 2017, de <http://unstats.un.org>: <http://unstats.un.org/unsd/gender/chapter6/chapter6.html>
- Valdés, Y. (2012). Recuperado el 19 de 01 de 2017, de Eumed.net: <http://www.eumed.net/rev/cccss/20/yvp.html>
- World Health Organization. (2009). *Promoting gender equality*. Geneva: World Health Organization. Recuperado el 17 de 01 de 2017, de World Health Organization: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44098/1/9789241597883_eng.pdf

ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento informado

Nombre del Investigador Principal: Dra. Mery Ramos Proaño

Documento de Consentimiento Informado para el personal de salud (médicos y enfermeras) del Servicio de Emergencias del Hospital Pablo Arturo Suárez

Dra. Mery Ramos Proaño

Hospital Pablo Arturo Suárez

Pontificia Universidad Católica del Ecuador

Evaluación de los efectos de la capacitación al personal de salud, sobre la Guía de Atención Integral en Violencia de Género, en el Servicio de Emergencias del hospital Pablo Arturo Suárez en el primer semestre del año 2017

Este Documento de Consentimiento Informado tiene dos partes:

- Información (proporciona información sobre el estudio).
- Formulario de Consentimiento (para firmar si está de acuerdo en participar)

Se le dará una copia del Documento completo de Consentimiento Informado.

PARTE I: Información

Introducción

Yo soy la Dra. Mery Ramos Proaño, y actualmente me encuentro finalizando la especialización en Medicina de Emergencias y Desastres en la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, estoy investigando el grado de conocimiento del personal de salud del Servicio de Emergencias del hospital Pablo Arturo Suárez, en cuanto a lo establecido en la Guía de Atención Integral de Violencia de Género del Ecuador. Lo invito a participar en esta investigación. No tiene que decidir hoy si participar o no en la misma. Cualquier duda estoy a su disposición para aclararle.

Propósito

Evaluar los efectos de la capacitación del personal de salud a lo propuesto en la Guía de Atención Integral en Violencia de Género a nivel cognoscitivo y evidenciar la organización del Servicio de Emergencias del Hospital Pablo Arturo Suárez.

Tipo de intervención

La intervención se realizará mediante una jornada de capacitación para todos los integrantes de la muestra. La capacitación tomará en cuenta los siguientes aspectos: antecedentes, marco ético moral y políticas sanitarias, alcances y objetivos, metodología empleada para la elaboración de la guía, clasificación y epidemiología, historia natural de la violencia de género, prevención y tamizaje, diagnóstico, tratamiento, aplicabilidad, implementación y seguimiento, según lo establecido en la Guía de Atención Integral en Violencia de Género del Ecuador.

Participación voluntaria

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo.

Procedimientos y protocolos

- Se aplicará un test de conocimiento contentivo de 100 preguntas de selección múltiple, en función de los diferentes aspectos tratados en la Guía de Atención Integral en Violencia de Género del Ecuador.
- Se realizará la capacitación.
- Se aplicará el mismo test de conocimiento posterior a la capacitación para evaluar los efectos de la misma desde el punto de vista cognoscitivo.

Duración

La jornada de capacitación y la aplicación del test de conocimiento tendrá una duración aproximada de dos horas.

Beneficios

Su participación en esta investigación le permitirá evaluar y ampliar el grado de conocimiento que posea en cuanto a lo planteado en la Guía de Atención Integral en Violencia de Género del Ecuador.

Confidencialidad

La información recolectada en esta investigación se mantendrá confidencial. Cualquier información acerca de usted tendrá un número en vez de su nombre.

Derecho a negarse o retirarse

Usted no tiene por qué participar en esta investigación si no desea hacerlo y el negarse a participar no le afectara en ninguna forma en su ámbito laboral. Puede dejar de participar en la investigación en cualquier momento que desee.

Compartiendo los resultados

El conocimiento que obtengamos por realizar esta investigación se compartirá con usted antes de que se haga disponible al público. No se compartirá información confidencial.

A quien contactar

Si tiene cualquier pregunta puede hacerla ahora o más tarde, incluso después de haberse iniciado el estudio. Si desea hacer preguntas más tarde, puede contactar a:

Dra. Mery Ramos Proaño

Parte II: Formulario de consentimiento

He sido invitado a participar en la investigación que intenta evaluar los efectos a nivel cognoscitivo, de la capacitación del personal de salud del Servicio de Emergencias del Hospital Pablo Arturo Suárez, a lo propuesto en la Guía de Atención Integral en Violencia de Género. He sido informado del procedimiento experimental y se me ha proporcionado el nombre del investigador principal.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera en mi ámbito laboral.

Nombre del Participante _____

Firma del Participante _____

Fecha _____

Día/mes/año

He leído con exactitud o he sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento informado para el potencial participante y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmo que el individuo ha dado consentimiento libremente.

Nombre del Investigador _____

Firma del Investigador _____

Fecha _____

Día/mes/año

Ha sido proporcionada al participante una copia de este documento de Consentimiento Informado MRP (iniciales del investigador/asistente)

Anexo 2. Lista de verificación para evidenciar la organización de la Sala de Emergencias del Hospital Pablo Arturo Suárez en cuanto a los recursos necesarios para la atención de víctimas de violencia de género

Nombre de la persona que efectúa la verificación:		
Fecha:		
Lugar:		
Aspectos a verificar (Rojas, Yáñez, & Cadena, 2012)	Si	No
Existe un equipo interdisciplinario en la sala de emergencias del HPAS para la atención de víctimas de violencia de género		
Prevén servicios con personal calificado que garanticen la atención 24 horas en violencia de género		
Disponen del kit de medicamentos (anticoncepción, profilaxis de VIH e ITS y vacunas)		
Disponen del kit para medicina legal		
Existen las condiciones para que el relato del hecho de violencia de género sea realizado sólo una vez, evitando la re-victimización		
Se lleva a cabo la derivación personalizada intra o extra al servicio de las víctimas de violencia de género		
Todo el personal de servicios de salud está informado acerca del protocolo para la atención en violencia de género, para que de esta manera las personas que llegan al mismo reciban la información precisa		
Todo el personal de servicios de salud está informado y en la capacidad de identificar posibles personas violentadas y de posibles agresores, para establecer medidas de apoyo para la salud en general		
Se informa a la comunidad la necesidad de la consulta inmediata en caso de existir violencia de género		
Se lleva un registro de casos en el parte diario y en la ficha única de registro de violencia intrafamiliar y de género, teniendo en cuenta que los datos pueden ser requeridos por la Justicia en caso de denuncia		
Se facilita que la atención sea realizada por un profesional del mismo sexo, si la víctima de violencia de género así lo requiere		
Observaciones:		

Fuente: La investigación.

Elaborado por: Dra. Mery Ramos Proaño

Anexo 3. Encuesta realizada al personal de salud de la Sala de Emergencias del Hospital Pablo Arturo Suárez con el fin de recopilar datos de los factores demográficos, educativos, laborales y sociales.

ENCUESTA 1			
Responda de acuerdo con los datos solicitados o marque con una equis (X) la opción que corresponda a su realidad actual:			
NOMBRE Y APELLIDO:			
1. DATOS DEMOGRÁFICOS			
1.1) Edad cumplidos (años)			
1.2) Sexo			
Masculino			
Femenino			
LGBTI			
2. DATOS EDUCATIVOS Y PROFESIONALES			
2.1) Profesión			
Médico (a) general			
Licenciado(a) enfermería			
2.2) Grado de instrucción			
Universitario (grado)			
Postgrado Especialización			
Postgrado maestría			
Doctorado			
2.3) Años cumplidos de experiencia profesional			
3. DATOS SOCIALES			
3.1) ¿Ha sido usted víctima de violencia de género?	Si		No
3.2) ¿Ha recibido capacitación previa en cuanto a aspectos relativos a violencia de género?	Si		No

Fuente: La investigación.

Elaborado por: Dra. Mery Ramos Proaño

Anexo 4. Test para evaluar el grado de conocimiento en función de lo planteado en la Guía de Atención Integral de Violencia de Género

EL SIGUIENTE TEST HA SIDO ELABORADO CON EL FIN DE VERIFICAR SU GRADO DE CONOCIMIENTO EN CUANTO A LOS ASPECTOS DESARROLLADOS EN LA GUÍA DE ATENCIÓN DE VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN EL ECUADOR.

RESPONDA DE MANERA SINCERA A LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES:

Nombre y apellido de quien realiza el test: _____

Fecha: _____

Test aplicado: Previo a la capacitación: _____ Post capacitación: _____

1. Origen de la guía

- 1.1. El enfoque de la guía está direccionado hacia la violencia basada en género con énfasis en la atención de:
 - a) Los grupos prioritarios
 - b) La mujer
 - c) Los niños y niñas
 - d) Los adultos mayores
 - e) Todas las anteriores

- 1.2. Esta guía permite establecer parámetros de acción para el manejo de la violencia de género, enfocado en el modelo:
 - a) De Atención Integral de Salud
 - b) Del Ministerio de Salud
 - c) De las Normas de Salud Sexual y Salud Reproductiva
 - d) Da la Comisión Nacional de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos
 - e) Ninguna de las anteriores

- 1.3. Mediante Decreto Ejecutivo No. 620, se declaró como política de Estado la Erradicación de la Violencia basada en el Género, para lo cual se creó la Secretaria Técnica de Coordinación Interinstitucional quienes implementan el Plan Nacional para la Erradicación de la Violencia basada en Género contra niñas, niños, adolescentes y mujeres. Esto ocurrió en el año:
 - a) 2008

- b) 2009
- c) 2010
- d) 2011
- e) Ninguna de las anteriores

1.4. Esta guía se centra en brindar atención integral a las víctimas de violencia de género, precautelando sus derechos, y evitando:

- a) La violencia
- b) El abordaje del agresor
- c) La revictimización
- d) Todas las anteriores
- e) Ninguna de las anteriores

2. Marco ético – legal

2.1. Según lo establecido en la guía, la violencia basada en género es un problema:

- a) Privado
- b) Público
- c) Del gobierno nacional
- d) De la víctima
- e) Social

2.2. Uno de los roles del profesional de la salud ante una víctima de violencia de género es:

- a) Garantizar sus derechos
- b) Informar al fiscal distrital
- c) Establecer una relación de apoyo y equidad
- d) Todas las anteriores
- e) Ninguna de las anteriores

2.3. Ante un conflicto ético en un caso de violencia de género, donde se duda entre la obligatoriedad de notificar el caso o de guardar el secreto profesional se debe:

- a) Guardar el secreto profesional
- b) Notificar el caso
- c) Analizar cada caso particular y escoger el mejor curso de actuación
- d) Dejar que la víctima decida

- 2.4. La Constitución de la República del Ecuador de 2008 señala y define algunos atributos de los servicios de salud, entre los cuáles está:
- a) Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez
 - b) Garantizarán el consentimiento informado
 - c) Garantizaran el acceso a la información
 - d) Garantizaran la confidencialidad de la información de los pacientes
 - e) Todas las anteriores
- 2.5. El Plan Nacional del Buen Vivir tenía como meta reducir hasta el 2013 la violencia sexual contra las mujeres en un:
- a) 10%
 - b) 8%
 - c) 6%
 - d) 2%
 - e) Ninguna de las anteriores

3. Objetivos y alcance de la guía

- 3.1. La guía está dirigida sólo a los equipos de salud de:
- a) Atención primaria
 - b) Atención secundaria
 - c) Atención terciaria
 - d) Todas las anteriores
- 3.2. Basado en el MAIS (Modelo de Atención Integral de Salud) la guía pretende un trabajo coordinado entre:
- a) Ministerio de Salud Pública y Educación
 - b) Gobiernos Autónomos descentralizados y Ministerio de Inclusión Económica y Social
 - c) Sociedad civil organizada y Fiscalía
 - d) Todas las anteriores
 - e) Ninguna de las anteriores
- 3.3. La guía está centrada en la atención de la violencia de género:
- a) Interpersonal
 - b) Auto-infligida
 - c) Colectiva
 - d) Todas las anteriores

e) Ninguna de las anteriores

3.4. Son objetivos específicos de la guía:

- a) Contribuir desde el Sistema Nacional de Salud (SNS) a la sensibilización de la población general sobre este problema
- b) Identificar acciones básicas que requieren coordinación, articulación y la mejor utilización de los recursos de la red de salud y con la red intersectorial.
- c) Apoyar la restitución de derechos, la protección de las personas y la adopción de medidas tendientes a evitar cualquier tipo de violencia y su réplica
- d) Sólo a y b.
- e) Todas las anteriores.

4. Metodología

4.1. Esta Guía de Atención de Integral en Violencia de Género en el Ecuador tomó como base la Guía de Práctica Clínica de:

- a) Madrid
- b) Málaga
- c) Murcia
- d) Valencia
- e) No se utilizó ninguna Guía Práctica Clínica de Referencia

4.2. De las 21 guías internacionales que abordan la violencia de género con diferentes focalizaciones ¿Cuántas se utilizaron para la elaboración de la Guía Integral de Violencia de Género en el Ecuador?

- a) 5
- b) 10
- c) 15
- d) 20
- e) Todas

4.3. En la construcción de la Guía participó un grupo de:

- a) Médicos(as)
- b) Enfermeras(os)
- c) Salubristas
- d) Psicólogos
- e) Todos los anteriores

4.4. La dirección de normatización organizó procesos de revisión interna y externa de la guía para su:

- a) Elaboración
- b) Discusión
- c) Validación
- d) Aplicación
- e) Todas las anteriores

5. Clasificación y epidemiología

5.1. Según la OMS la violencia se clasifica en:

- a) Autoinfligida, familiar y colectiva
- b) Autoinfligida, interpersonal y colectiva
- c) Familiar, social, política y económica
- d) Ninguna de las anteriores

5.2. ¿Qué es la violencia intrafamiliar?:

- a) Todo acto de fuerza o poder en contra de una persona por su pertenencia a un sexo, género, identidad sexo-genérica o por su orientación sexual.
- b) Es todo uso deliberado de la fuerza física o poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo en contra de otra persona, grupo o comunidad que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones.
- c) Todo acto de fuerza o poder en contra de una persona del grupo familiar: mujer, adulta o adulto mayor, niñas, niños, adolescentes u otros.
- d) Todo acto o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado.
- e) Ninguna de las anteriores.

5.3. Según su naturaleza la violencia puede ser:

- a) Física, psicológica, sexual y patrimonial.
- b) Física, psicológica, sexual y social.
- c) Física, psicológica, sexual, social, económica y política
- d) Física, psicológica, sexual, colectiva

5.4. En el transcurso de los años en el Ecuador la tasa de casos víctimas de violencia y maltrato se ha ido:

- a) Disminuyendo

- b) Incrementando
- c) Permanece igual
- d) No existen estadísticas

5.5. En todas las provincias del país la violencia de género sobrepasa el:

- a) 50%
- b) 55%
- c) 60%
- d) 65%
- e) Ninguna de las anteriores

6. Prevención y tamizaje

6.1. La prevención de la violencia basada en género se enfoca principalmente en:

- a) Identificación y tamizaje
- b) Identificación y evidencia
- c) Su desnaturalización e identificación
- d) Todas las anteriores
- e) Ninguna de las anteriores

6.2. Se recomienda que el tamizaje para detectar la violencia de género debe realizarse:

- a) Siempre
- b) Sólo cuando hay evidencia de violencia
- c) En pacientes que refieren síntomas inespecíficos
- d) En pacientes de grupos vulnerables

6.3. ¿Cuál es el rol de los profesionales miembros del equipo de salud para la detección y manejo de violencia?

- a) Ser consciente de la naturaleza y prevalencia de la violencia.
- b) Conocer la dinámica de la violencia y cómo afecta a la seguridad y autonomía de pacientes afectados
- c) Ser capaz de preguntar con sensibilidad sobre la violencia doméstica y de género
- d) Ser capaz de suministrar información sobre las distintas intervenciones
- e) Todas las anteriores

6.4. ¿Qué profesional es el más indicado para detectar cualquier forma de violencia de género?

- a) Médico(a)
- b) Psicólogo(a)
- c) Trabajador(a) social
- d) Enfermera(o)
- e) Todos los anteriores

6.5. ¿Cómo identificar posibles maltratadores / violentadores en una unidad de salud?

- a) Aplicar test estandarizados para ese fin
- b) Observar su conducta
- c) Interrogarlo acerca de su sistema de creencias y actitudes respecto a sus relaciones interpersonales
- d) Todas las anteriores
- e) Sólo a y b

7. Diagnóstico

7.1. ¿Cuáles de las siguientes manifestaciones pueden encontrarse durante el examen físico de las víctimas de violencia de género?

- a) Cefaleas frecuentes
- b) Heridas
- c) Dolor pélvico crónico
- d) Infecciones de transmisión sexual
- e) Todas las anteriores.

7.2. Una manera muy útil y práctica para llevar a cabo la contención emocional es:

- a) Escribir y documentar el sentir de la persona afectada
- b) Verbalizar y validar el sentir de la persona afectada
- c) Evaluar las funciones psíquicas
- d) Todas las anteriores
- e) Ninguna de las anteriores

7.3. Un aborto forzado es violencia:

- a) Física
- b) Psicológica
- c) Sexual
- d) Ginecológica

- 7.4. Un síntoma o signo de una víctima de violencia psicológica es:
- a) Celos
 - b) Vértigos
 - c) Parestesias
 - d) Palpitaciones
 - e) Todas las anteriores
- 7.5. ¿Cuál es la principal repercusión psicopatológica que puede ser diagnosticada en casos de violencia basada en género?
- a) Depresión
 - b) Estrés post traumático
 - c) Abuso de alcohol, drogas
 - d) Suicidio
- 7.6. La mayor parte de los cuidados médicos y medidas preventivas aplicadas a una víctima de violación se realizan:
- a) Entre las primeras horas y hasta 2 o tres días posterior a la violación
 - b) En las primeras horas posterior a la violación
 - c) Entre las primeras horas y hasta cinco o seis días posterior a la violación
 - d) Entre las primeras horas y hasta siete días posterior a la violación
- 7.7. La historia clínica de las víctimas de violencia de género:
- e) Debe escribirse con letra legible y si tachones
 - f) Es un documento legal
 - g) Es privado
 - h) Sólo a y b
 - i) Sólo b y c

8. Tratamiento

- 8.1. El tratamiento de una víctima de violencia de género en forma general debe favorecer:
- a) Su recuperación
 - b) Su protección
 - c) Su seguimiento
 - d) Sólo a y b
 - e) Sólo a y c

- 8.2. En todos los casos de violencia de género la administración de la anticoncepción oral de emergencia es:
- a) Obligatoria
 - b) Necesaria
 - c) Decisión del médico
 - d) Decisión de la paciente
 - e) Ninguna de las anteriores
- 8.3. En el Código Penal del Ecuador el embarazo resultado de una violación:
- a) No se encuentra contemplado como una de las causales legales para su interrupción en todos los casos de violación
 - b) Si se encuentra contemplado como una de las causales legales para su interrupción
 - c) No hay nada contemplado en la ley
 - d) Se encuentra contemplado como una de las causales legales para su interrupción en algunos casos de violación
 - e) Ninguna de las anteriores
- 8.4. La prevención del VIH con tratamiento antirretroviral debe comenzarse idealmente antes de las:
- a) 2 horas de la violación
 - b) 4 horas de la violación
 - c) 12 horas de la violación
 - d) 24 horas de la violación
 - e) En cualquier momento luego de la violación
- 8.5. La profilaxis en Infecciones de Transmisión Sexual busca evitar se contraiga:
- a) Gonorrea
 - b) Sífilis
 - c) Chlamydia
 - d) Vaginosis bacteriana
 - e) Todas las anteriores

9. Aplicabilidad, implementación y seguimiento

- 9.1. Es una obligación del profesional de la salud, informar al fiscal distrital de cualquier caso de posible violencia basada en género o intrafamiliar que llegue a su conocimiento de manera:

- a) Verbal
- b) Escrita
- c) Verbal o escrita
- d) Por medio del paciente
- e) Por medio de un abogado

9.2. Los planes de seguridad / huida contienen:

- a) Acciones correctivas para la violencia de género
- b) Acciones preventivas para la violencia de género
- c) Estrategias para detectar la violencia de género
- d) Todas las anteriores
- e) Ninguna de las anteriores

9.3. El seguimiento de las víctimas de violencia de género debe ser:

- a) Realizado por el personal de salud de primer nivel que atendió el caso
- b) A través de consultas periódicas
- c) A través de visitas domiciliarias
- d) Visitas domiciliarias
- e) A partir de un plan de intervención

9.4. ¿Quiénes están en la obligación de denunciar los hechos punibles de violencia intrafamiliar, en un plazo máximo de 48 h de haber llegado a su conocimiento, bajo la pena de encubrimiento?

- a) Los agentes de la Policía Nacional
- b) El Ministerio Público
- c) Los profesionales de la salud
- d) Todos los anteriores
- e) Sólo a y c

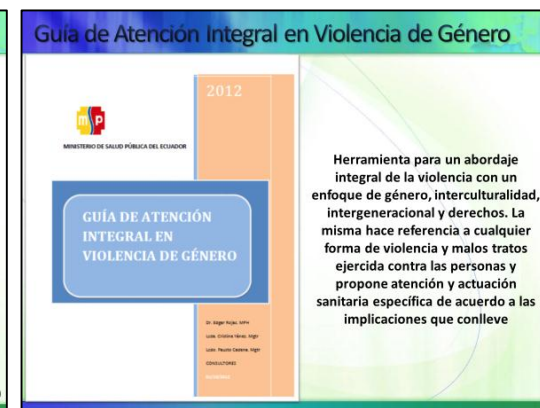
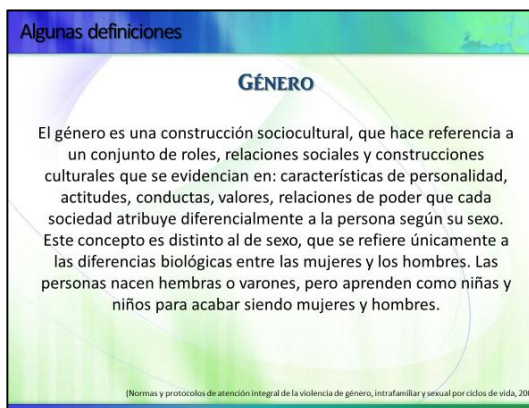
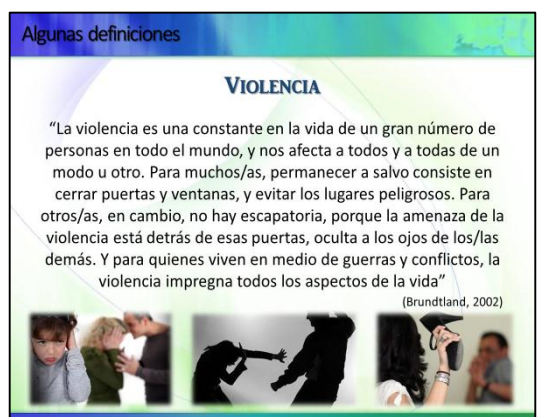
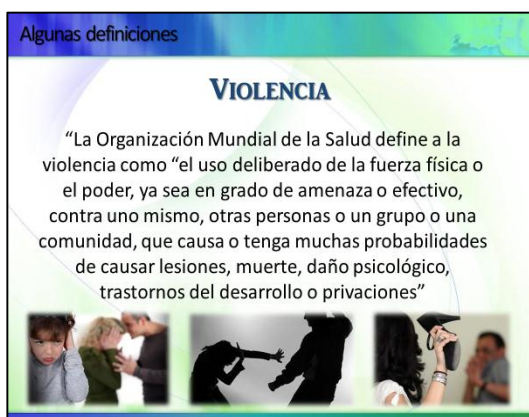
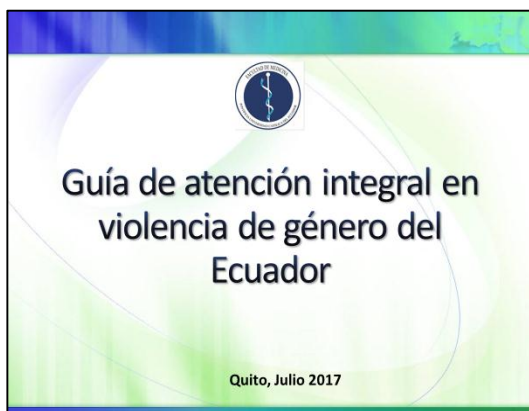
9.5. Un punto prioritario que tomar en cuenta para la implementación de la Guía de Atención Integral en Violencia de Género es:

- a) La organización del servicio de salud
- b) La atención integral en los servicios de emergencia
- c) La monitorización a través de indicadores
- d) Todas las anteriores
- e) Ninguna de las anteriores

Anexo 5. Fotografías tomadas durante el proceso de capacitación



Anexo 6. Material utilizado para la capacitación del personal de salud del Servicio de Emergencias del Hospital Pablo Arturo Suárez.



Norma Técnica de Atención Integral en Violencia de Género

Ministerio de Salud Pública 2014

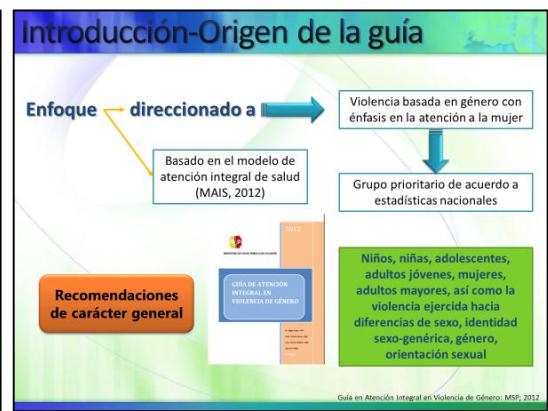
Norma Técnica de Atención Integral en Violencia de Género

Norma Técnica de Atención Integral en Violencia de Género

Antecedente

Normas y protocolos de atención integral de la violencia de género, intrafamiliar y sexual por ciclos de vida

Ministerio de Salud Pública del Ecuador
Dirección de Normatización, 2009



Marco Ético-Legal

No es un problema de ámbito privado sino social

Símbolo de desigualdad en la sociedad

Se basa en relaciones de poder asimétricas

Construcciones sociales y culturales

Establecimiento de jerarquías entre las persona

El Código de Ética y Deontología Médica (1999) en su artículo 30.2 afirma que "el médico que conociere que cualquier persona [...] es objeto de malos tratos, deberá poner los medios necesarios para protegerla, poniéndolo en conocimiento de la autoridad competente"

CODIGO DE ÉTICA

Marco Ético-Legal



- No es un problema de ámbito privado sino social
- Símbolo de desigualdad en la sociedad
- Se basa en relaciones de poder asimétricas
- Construcciones sociales y culturales
- Establecimiento de jerarquías entre las persona

El Código de Ética y Deontología Médica (1999) en su artículo 30.2 afirma que "el médico que conociere que cualquier persona [...] es objeto de malos tratos, deberá poner los medios necesarios para protegerla, poniéndolo en conocimiento de la autoridad competente"

CÓDIGO DE ÉTICA

Rol de los profesionales de la salud → Garantistas de derechos

Marco Ético-Legal

Víctimas	Profesional de salud	Principios
<ul style="list-style-type: none"> No reconocen el hecho como un problema Naturalización y tolerancia social 	<ul style="list-style-type: none"> Ayudar con respeto a su reconocimiento Derecho a una vida libre de violencia 	<ul style="list-style-type: none"> Autonomía Beneficencia No Maleficencia





Ante un conflicto ético entre la obligatoriedad de notificar o de guardar el secreto profesional → analizar los valores en conflicto y escoger el curso de actuación más conveniente → curso óptimo: el que lesiona menos los valores en conflicto

Marco Ético-Legal

- Los casos de violencia tienen que notificarse
- Respetando la decisión de la víctima
- No debe ser factor determinante para brindar atención
- Iniciar procedimiento legal inmediato → riesgos vital y si la víctima está preparada
- Riesgo de rechazo y pérdida de confianza → ruptura relación profesional sanitario-paciente

Marco Ético-Legal

MARCO CONSTITUCIONAL

- Constitución de la República del Ecuador (2008)
- Ley Orgánica de Salud (2006)
- Ley contra la Violencia a la Mujer y a la Familia (1995)
- Reglamento a la Ley contra la Violencia a la Mujer y a la Familia (2004)
- Código de la Niñez y la Adolescencia (2002-2003)
- Plan Nacional para el Buen Vivir (2009-2013)
- ENIPLA: Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo en Adolescentes
- ...Otras disposiciones legales nacionales e internacionales...

Marco Ético-Legal

ALGUNOS ATRIBUTOS DEL SERVICIO DE SALUD (CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA)

- Seguro
- Calidad
- Calidez
- Garantizarán:
 - El consentimiento informado
 - El acceso a la información
 - La confidencialidad de la información de los pacientes




Marco Ético-Legal

PLAN NACIONAL DEL BUEN VIVIR (2009-2013)

Metas

- Reducir hasta 2013 la violencia contra las mujeres:
 - la física en un 8%
 - la psicológica en un 5%
 - la sexual en un 2%
- Erradicar la agresión de profesores en escuelas y colegios hasta 2013

FORMAS DE VIOLENCIA






Objetivos y Alcance

¿A quién está dirigida?

A los equipos de salud del primer nivel de atención

Incluye todos los profesionales de la salud que tengan contacto con población vulnerable



Objetivos y Alcance

Basada en el MAIS (Modelo de Atención Integral de Salud)

Trabajo coordinado entre

- Ministerio de Salud Pública
- Ministerio de Educación
- Ministerio de Inclusión Económica y Social
- Gobiernos Autónomos Descentralizados
- Sociedad civil Organizada

Objetivos y Alcance

POBLACIÓN DIANA

a) Grupos por ciclo de vida

Ciclo de Vida	Grupos de edad			
Infancia 0 a 9 años	Razón nacido de 0 a 28 días	1 mes a 11 meses	1 año a 4 años	5 años a 9 años
Adolescencia 10 a 19 años	Primera etapa de la adolescencia de 10 a 14 años		Segunda etapa de la adolescencia de 15 a 19 años	
Adultos/as 20 a 64 años				
Adulto mayor Más de 64 años				

b) Grupos de Atención Prioritaria

- Adultos mayores
- Mujeres embarazadas
- Niños, niñas y adolescentes
- Personas con discapacidad
- Personas privadas de la libertad
- Personas que adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad
- Personas en situación de riesgo
- Víctimas de violencia doméstica y sexual
- Maltrato infantil
- Personas con problemas de salud en fase terminal

c) Grupos con riesgos específicos de acuerdo a condiciones sociales, ambientales y laborales.

Objetivos y Alcance

OBJETIVO GENERAL

Establecer una pauta de atención normalizada y homogénea para el Sistema Nacional de Salud (SNS), tanto para la identificación como para la atención oportuna a las personas víctimas de violencia durante todo su ciclo de vida que acuden a un servicio de salud

Objetivos y Alcance

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Apoyar la restitución de derechos, la protección de las personas y la adopción de medidas tendientes a evitar cualquier tipo de violencia y su réplica.
- Fortalecer las capacidades técnicas del personal implicado en Atención inicial y de seguimiento a personas involucradas en actos de violencia.
- Entregar herramientas que faciliten el manejo, reconocimiento y detección de violencia.
- Identificar acciones básicas que requieren coordinación, articulación y la mejor utilización de los recursos de la red de salud y con la red intersectorial.
- Contribuir desde el SNS a la sensibilización de la población general sobre este problema y al acceso a la justicia por parte de las víctimas.

Objetivos y Alcance

Atención de la violencia de género entendida como VIOLENCIA INTERPERSONAL

Autoinfligida

Colectiva

Física
Sexual
Psíquica
Patrimonial

Descuido
Privaciones

Violencia intrafamiliar, contra niños, adolescentes, adultos mayores, personas con identidad sexo-generica diversa, de pareja.
Acoso, violencia en el trabajo y violencia de género entre personas sin parentesco.

Metodología

Equipo Multidisciplinar

Profesionales de medicina y enfermería

Subcomisión de médicos familiares

Participación de personas que vivieron violencia

Profesionales psicólogos y salubristas

Guía de práctica clínica de Murcia (España)

Guía de práctica clínica base

Estadísticas generadas a partir de la vivencia de unidades operativas salud y casas de acogida

Metodología

- ❖ Preguntas para responder
- ❖ Estrategia de búsqueda. Selección de guías y y revisiones sistemáticas
- ❖ Análisis del contenido clínico de la guía por preguntas
- ❖ Evaluación y selección de las guías
- ❖ Niveles de evidencia. Grado de recomendación y buena práctica
- ❖ Adaptación, formación y clasificación de las recomendaciones
- ❖ Revisión interna y externa de la guía adaptada para su VALIDACIÓN
- ❖ Implementación de la guía

21 guías que abordan violencia con diferentes focalizaciones entre las más importantes en violencia de género, abuso sexual, atención primaria, trastornos derivados...

Se escogieron 5

Clasificación y Epidemiología

La clasificación de la OMS, divide la violencia en tres categorías generales, según las características de los que cometen el acto de violencia:

```

    graph TD
      VIOLENCIA --> AUTOINFLIGIDA
      VIOLENCIA --> INTERPERSONAL
      VIOLENCIA --> COLECTIVA
      AUTOINFLIGIDA --> Comportamiento_suicida
      AUTOINFLIGIDA --> Autolesiones
      INTERPERSONAL --> Familia_Pareja
      INTERPERSONAL --> Comunidad
      INTERPERSONAL --> Social
      INTERPERSONAL --> Política
      INTERPERSONAL --> Económica
      COLECTIVA --> Familia_Pareja
      COLECTIVA --> Comunidad
      COLECTIVA --> Social
      COLECTIVA --> Política
      COLECTIVA --> Económica
    
```

Clasificación y Epidemiología

VIOLENCIA INTERPERSONAL

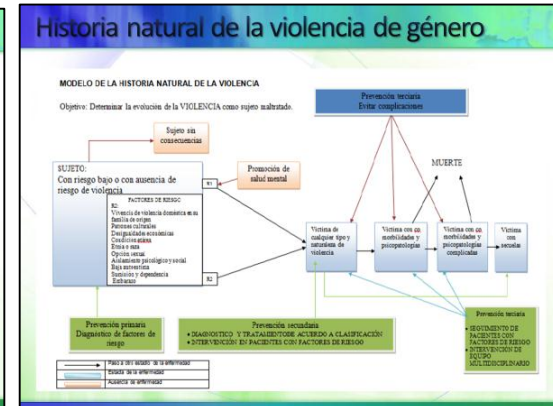
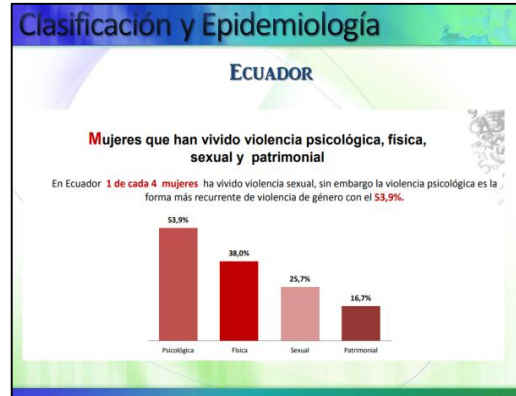
Es todo uso deliberado de la fuerza física o poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo en contra de otra persona, grupo o comunidad que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones.

Violencia intrafamiliar

Violencia comunitaria

Considerada como todo acto de fuerza o poder en contra de una persona del grupo familiar: mujer, adulta o adulto mayor, niñas, niños, adolescentes u otros.

- Perpetuado por personas conocidas o desconocidas
- Comprende violación, abuso sexual, tortura, trata de personas, prostitución forzada, secuestro y acoso sexual
- En el lugar de trabajo, instituciones educativas, establecimientos de salud, etc.



Historia natural de la violencia de género

CONSECUENCIAS DE SALUD EN LAS PERSONAS VIOLENTADAS

EFECTOS MORTALES	EFECTOS NO MORTALES
Mortalidad relacionada con SIDA FÍSICOS	<ul style="list-style-type: none"> Monitoreo subnutricional/obesidad: Mucositas, Funcionales Contusiones y hematomas Laceraciones y abrasiones Cabellos caídos Sabido percibido como deficiente
Mortalidad materna TRANSCURSOS CRÓNICOS	<ul style="list-style-type: none"> Discapacidad permanente Diagnóstico de colon irritables Parosmia Síndrome de dolor crónico Trastornos gastrointestinales
Homicidio y suicidio SEXUALES Y REPRODUCTIVOS	<ul style="list-style-type: none"> Trastornos ginecológicos Disturbios sexuales Femenidad no deseada Complicaciones en el embarazo Riesgo con los planes de tener Infertilidad Mito abortos no seguros Infecciones de transmisión sexual incluye VIH/SIDA Trastornos de infestación pública
	PSICOLÓGICOS
	COMPORTAMIENTOS
	SECUENCIAS PARA LA SALUD

Prevención y tamizaje

Prevención $\xrightarrow{\text{Se enfoca en}}$ Desnaturalización y adecuada identificación

No hay suficiente evidencia, ni a favor ni en contra, del tamizaje universal para detectar la violencia. A pesar de esto, se recomienda que, independientemente de la presencia o ausencia de indicadores de violencia, se realice el tamizaje de forma rutinaria.

Prevención y tamizaje

ROL DE LOS PROFESIONALES MIEMBROS DEL EQUIPO DE SALUD PARA LA DETECCIÓN Y MANEJO DE VIOLENCIA


Según la Clinical Evidence del British Medical Journal (BMJ) [GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA] se recomienda que el personal de salud debe:

- Ser consciente de la naturaleza y prevalencia de la violencia.
- Conocer la dinámica de la violencia y cómo afecta a la seguridad y autonomía de pacientes afectados.
- Ser capaz de preguntar con sensibilidad sobre la violencia doméstica y de género.
- Ser capaz de suministrar información sobre las distintas intervenciones.
- Ser capaz de realizar una valoración de riesgo y conocer los factores asociados al riesgo de incremento de la violencia, homicidio y suicidio.


Prevención y tamizaje

¿Qué profesional es el más indicado para detectar cualquier forma de violencia de género?

En primera instancia todos los profesionales del equipo de salud son aptos




por su carácter de formación holística e integral y por ser considerado personal de primer contacto el personal de enfermería debe estar capacitado para la detección y tamizaje de la violencia de género

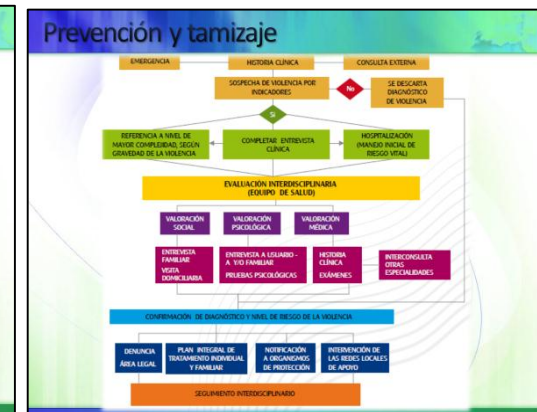


Prevención y tamizaje

¿Cómo identificar posibles maltratadores / violentadores en una unidad de salud?



- Aplicar test estandarizados
- Observar su conducta
- Interrogar a la persona acerca de su sistemas de creencias y actitudes respecto a sus relaciones interpersonales



Diagnóstico

El diagnóstico de lo visible y más aún de lo invisible, exige un conocimiento de aquello que se tiene que encontrar para posibilitar su identificación y abordaje integral

Si no se conocen las manifestaciones no se podrá detectar




Posibles hallazgos a diagnosticar considerados en el CIE-10



Diagnóstico – Violencia física

Examen físico:

a) Signos y síntomas en casos de violencia física

MUJERES, ADULTOS/JAS, ADULTOS/AS MAYORES

Antecedentes:

- Historia de acudir a servicios de salud por presentar traumatismos
- Historia de complicaciones y abortos no especificados.
- Historia de previa prematura y bajo peso al nacer.

Manifestaciones que pueden encontrarse al examen físico:

- Cefaleas frecuentes y otros síntomas inespecíficos
- Heridas o laceraciones.
- Fracturas.
- Quemaduras.
- Dolor físico crónico.
- Infecciones de transmisión sexual (ITS), incluido el VIH/SIDA.
- Lesiones en los senos, abdomen y genitales.
- Anemia y/o anemia.

En la Embarazada

- Amenaza de aborto o aborto espontáneo.
- Desprendimiento prematuro de placenta normal inserta
- Muerte fetal
- Infección de amnios ovulares (sorioamnionitis)
- Inicio temprano de relaciones sexuales (pensar en relaciones obligadas)

NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES

- Bajo peso al nacer.
- Retraso en el crecimiento / acortamiento de la talla para edad
- Golpes o heridas.
- Quemaduras.
- Fracturas sin explicación.
- Dificultad al caminar.
- Infecciones de transmisión sexual.
- Inicio temprano de relaciones sexuales (pensar en relaciones obligadas)
- Embarazo en la adolescencia

Todo acto de fuerza que cause daño, dolor o sufrimiento físico en las personas agredidas cualquiera que sea el medio empleado y sus consecuencias, sin considerarse el tiempo que se requiera para su recuperación

Diagnóstico – Violencia física

BUENA PRÁCTICA

- ✓ Si existen trastornos psicósomáticos ordenar exámenes para descartar enfermedad orgánica.
- ✓ Se deben utilizar las ayudas diagnósticas necesarias: Rx, exámenes de laboratorio y remitirla para manejo especializado, si se requiere. Es necesario realizar los contactos con la institución de referencia para garantizar la atención adecuada
- ✓ Evaluar el estado emocional (angustia, bloqueo emocional, pánico, entre otros) y las funciones psíquicas de la persona (el manejo debe ser realizado por un psicólogo/a o por otro profesional según el nivel de atención. (ANEXO 10 Escala de riesgo suicida de Plutchik)
- ✓ No olvide sospechar un delito sexual en los casos de menores de 14 años, embarazadas, o con enfermedades de transmisión sexual
- ✓ Es muy importante brindar contención emocional entendida como "hecho de acompañar a la persona afectada en el proceso de la denuncia proporcionándole constantemente seguridad física y emocional, respetando su propio ritmo y espacio" (Ferran Lorente 2008). El objetivo de la contención es "brindar orientación que a corto plazo clarifique las acciones a seguir y la comprensión de la situación que se está viviendo y, al mismo tiempo, favorezca el empoderamiento de la víctima. En el proceso de contención se facilita la expresión de los sentimientos, mediante la escucha activa y la actitud empática, proporcionando con ello un punto de apoyo al mundo emocional de la víctima. Dicho proceso favorece que la víctima exprese y elabore, de forma menos dolorosa, lo que está viviendo. Una manera muy útil y práctica para llevar a cabo la contención es verbalizar y validar el sentir de la persona afectada.
- ✓ Es importante la valoración del riesgo entendida desde la aplicación de la estrategia Radar (Guía de Procedimientos)

Diagnóstico – Violencia psicológica

Constituye toda acción u omisión que cause daño, dolor, perturbación emocional, alteración psicológica o disminución de la autoestima de la mujer o el familiar agredido. Es también la intimidación o amenaza mediante la utilización de apremio moral sobre otro miembro de 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 el segundo grado



Diagnóstico – Violencia psicológica


Signos y síntomas psicológicos y psicosomáticos

MUJERES, ADULTOS/AS, ADULTOS/AS MAYORES

Generales:

- Abandono.
- Sentimientos de soledad.
- Indiferencia dentro del hogar.
- Falta de afecto.
- Desvalorización.
- Descuido de su salud.
- Agresividad/impulsividad.
- Temor de sus propiedades.
- Terror a las relaciones sexuales.
- Disminución de la libido o apertura sexual como: frigidez, dispareunia, repulión a la pareja, anorgasmia, sentimientos de culpa.
- Incomodidad o inquietud.
- Aislamiento social.
- Trastornos psicosomáticos tales como dolores de cabeza, úlceras y asma.
- Dificultades en las relaciones sexuales (fricción, impotencia, eyeculación precoz, vaginismo).
- Cansancio.
- Depresión.
- Concentración disminuida.
- Fatiga.
- Palpitaciones.
- Vértigo.
- Parosidades.
- Dolor crónico o dolor debido a trauma difuso sin evidencia visible.
- Dolor articular, dolor torácico atípico.
- Autogestión.
- Intento de suicidio.
- Uso de somníferos o tranquilizantes.
- Rotura de lazos familiares, alcoholismo y drogadicción.
- Bajo autoestima.

Las repercusiones psicopatológicas más frecuentes son el trastorno por estrés posttraumático (TEPT), que afecta a casi dos tercios de las víctimas y la depresión. Otras: suicidio, abuso del alcohol y drogas...



Diagnóstico – 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 el uso de fuerza física, intimidación, amenazas o cualquier otro medio coercitivo” (Ley 103, RO No. 839, 1995)

El abordaje de violencia sexual en esta Guía está diseñado para la atención de personas víctimas de violaciones u otras formas de violencia sexual en cualquier etapa de sus vidas

Cuidados médicos y medidas preventivas son de aplicación inmediata, entre las primeras horas y hasta cinco o seis días posteriores a la violación

Evitar la revictimización y a garantizar la no impunidad

Pueden recibirse consultas sobre violaciones que se produjeron hace más de seis meses

Evaluar las demandas y dar las respuestas pertinentes, con recursos intra o extra hospitalarios

Diagnóstico – Violencia sexual

La violación es una emergencia legal, jurídica, psicológica, médica, social y familiar que necesita un abordaje integral e interdisciplinario con enfoque de derechos y de acuerdo con las necesidades de la persona

Algunos indicadores:

Anamnesis

Indicadores emocionales y comportamentales

Examen físico (segmentario, ginecológico, gineo-uroológico, proctológico)

Pruebas diagnósticas de apoyo

Tratamiento

Abordaje de las lesiones corporales y/o genitales

Anticoncepción Oral de Emergencia (AOE): No es obligatoria/Decisión del paciente

Tratamiento psicológico y apoyo de trabajo social: contención inicial, evaluación de riesgos e interconsulta psiquiátrica

Vacunas: hepatitis B, antitetánica

Tratamientos para otras ITS: gonorrea, sífilis, chlamydia, tricomoniasis y vaginosis bacteriana

Tratamiento antirretroviral para prevención del VIH: comenzar inmediatamente (antes de las 2 h y hasta las 72h)

Embarazo producto de violación



Tratamiento

Debe favorecer:

- Recuperación
- Protección
- Reparación



Aplicabilidad, implementación y seguimiento

Es una obligación del profesional de la salud, informar al fiscal distrital de cualquier caso de posible violencia basada en género o intrafamiliar que llegue a su conocimiento, ya sea de manera verbal o por escrito

El Plan de Seguridad y/o de Emergencia está constituido por medidas preventivas que contribuyen para reducir el riesgo de las personas víctimas de violencia, y brindarles protección

El seguimiento debe ser realizado por el personal de salud de primer nivel que atendió el caso o al que fue referido el caso por primera vez, en función de las necesidades y demandas de la persona y de la gravedad de la violencia diagnosticada



Aplicabilidad, implementación y seguimiento

Organización del servicio de salud

- Capacitación
- Sensibilización sobre el uso de la guía
- Difusión de la guía

Algoritmo de actuación

Diagrama de flujo que muestra el proceso de atención a una víctima de violencia, desde la denuncia hasta la evaluación y seguimiento.

```

    graph TD
        A[PERSONA VÍCTIMA DE VIOLENCIA] --> B[PODE ENTRAR POR]
        B --> C[UNIDADES DE SALUD DE PRIMER NIVEL]
        B --> D[UNIDADES DE SALUD DE SEGUNDO Y TERCER NIVEL]
        B --> E[CENTROS DE APOYO LEGAL]
        B --> F[UNIDADES JUDICIALES ESPECIALIZADAS EN VIOLENCIA CONTRA LA MUJER Y LA NIÑEZ]
        C --> G[EVALUACIÓN TRATAMIENTO Y DERIVACIONES, A.]
        D --> G
        E --> G
        F --> G
        G --> H[Equipo especializado de EXORTE]
        G --> I[Equipo especializado de atención]
        H --> J[EL TRATAMIENTO DEBE BRINDARSE SIEMPRE DE INMEDIATO. LA DENUNCIA ES OPCIONAL.]
        I --> J
        J --> K[SEGUIMIENTO]
        K --> L[Unidades de atención de primer nivel]
        K --> M[Unidades de atención de segundo y tercer nivel]
        K --> N[Unidades judiciales]
    
```

Anexos	Anexos
<ul style="list-style-type: none">• ESTRATEGIAS DE CONTROL Y CONDUCTAS DEL AGRESOR/MALTRATADOR Y CONSECUENCIAS EN LA VÍCTIMA• CICLO DE LA VIOLENCIA• RUEDA DE PODER Y CONTROL• INDICADORES DE SOSPECHA• TRANSTORNOS CONDUCTUALES Y SIGNOS DE ABUSO SEXUAL• CONSECUENCIAS A LARGO Y CORTO PLAZO DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL EN LA SALUD MENTAL• SUGERENCIAS PARA LA TOMA DE DECISIONES EN LA DETECCIÓN DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL• MANIFESTACIONES DE LA SEXUALIDAD INFANTIL	<ul style="list-style-type: none">• CUESTIONARIO PARA LA CONSULTA• RECOMENDACIONES BÁSICAS PARA LA ENTREVISTA: QUE NO HACER• INDICADORES DE PELIGRO EXTREMO EN CASO DE VIOLENCIA• REGISTRO DE IDENTIFICACIÓN DE CONTROL Y CONDUCTAS DE UN POSIBLE AGRESOR/ MALTRADOR• TEST DE EVALUACIÓN DE LA DESNATURALIZACIÓN DE LA VIOLENCIA• ESCALA DE RIESGO SUICIDA DE PLUTCHICK• DECLARACIÓN DEL HELSINKI• DETECCIÓN DE VIOLENCIA EN NIÑAS Y NIÑOS• PREGUNTAS Y ESTRATEGIAS PARA EVALUAR A VÍCTIMAS ADULTAS O ADOLESCENTES• ASESORÍA PARA UNA MATERNIDAD SEGURA