



Universidad de Cuenca

Facultad de Ciencias Médicas

Maestría en Medicina Legal y Forense

Nivel de conocimiento en atención integral a víctimas de violencia basada en género en médicos rurales de la provincia de Morona Santiago, 2023.

Trabajo de titulación previo a la
obtención del título de Magíster en
Medicina Legal y Forense

Autor:

Andrea Del Cisne Luna Herrera

Director:

Jeanneth Patricia Tapia Cárdenas

ORCID:  0000-0003-3203-8225

Cuenca, Ecuador

2024-05-02

Resumen

Antecedentes: la violencia basada en género constituye un problema de salud pública que menoscaba el derecho a una vida libre de violencia.

Objetivo General: determinar el nivel de conocimiento en atención integral a víctimas de violencia basada en género en médicos que cursan el año de salud rural en la Provincia de Morona Santiago en 2023. **Métodos:** investigación con enfoque cuantitativo, observacional, descriptivo de corte transversal. La muestra fue censal, se recogió información a través de cuestionario de 36 preguntas previamente validado a partir de la opinión de cinco expertos, dirigido a 51 de 53 participantes proyectados. Para determinar asociación entre variables los datos fueron analizados con el estadístico chi cuadrado ($p < 0,05$ -IC 95%) mediante Epidat 4,2 y SPSS v 24. **Resultados:** los niveles de conocimiento en atención a víctimas de violencia física, psicológica y sexual fueron predominantemente bajos (56,86%, 72,55% y 60,78%, respectivamente); y, se encontró asociación estadística entre el nivel de conocimiento en atención a víctimas de violencia física y el sexo ($p = 0,04$); y, entre el nivel de conocimiento en atención a víctimas de violencia psicológica y el estado civil ($p = 0,022$).

Conclusión: el nivel de conocimiento en atención integral a víctimas de violencia de los médicos participantes es bajo. Se encontró asociación estadística entre el nivel conocimiento en atención en víctimas de violencia física y el sexo; y, entre el nivel de conocimiento en atención a víctimas de violencia psicológica y el estado civil.

Palabras clave del autor: violencia basada en género, violencia contra la mujer, violencia intrafamiliar, asistencia médica.



El contenido de esta obra corresponde al derecho de expresión de los autores y no compromete el pensamiento institucional de la Universidad de Cuenca ni desata su responsabilidad frente a terceros. Los autores asumen la responsabilidad por la propiedad intelectual y los derechos de autor.

Repositorio Institucional: <https://dspace.ucuenca.edu.ec/>

Abstract

Background: gender-based violence constitutes a public health problem that undermines the right to a life free of violence. General Objective: determine the level of knowledge in comprehensive care for victims of gender-based violence in doctors who are taking the year of rural health in the Province of Morona Santiago in 2023. Methods: research with a quantitative, observational, descriptive cross-sectional approach. The sample was census-based, information was collected through a 36-question questionnaire previously validated based on the opinion of five experts, aimed at 51 of the 53 projected participants. To determine the association between variables, the data were analyzed with the chi square statistic ($p < 0.05$ -95% CI) using Epidat 4.2 and SPSS v 24. Results: the levels of knowledge in caring for victims of physical, psychological and sexual violence were predominantly low (56.86%, 72.55% and 60.78%, respectively); and, a statistical association was found between the level of knowledge in caring for victims of physical violence and sex ($p = 0.04$); and, between the level of knowledge in caring for victims of psychological violence and marital status ($p = 0.022$). Conclusion: the level of knowledge in comprehensive care for victims of violence of the participating doctors is low. A statistical association was found between the level of knowledge in care for victims of physical violence and sex; and, between the level of knowledge in caring for victims of psychological violence and marital status.

Author Keywords: gender-based violence, violence against women, domestic violence, medical care.



El contenido de esta obra corresponde al derecho de expresión de los autores y no compromete el pensamiento institucional de la Universidad de Cuenca ni desata su responsabilidad frente a terceros. Los autores asumen la responsabilidad por la propiedad intelectual y los derechos de autor.

Repositorio Institucional: <https://dspace.ucuenca.edu.ec/>

Índice de contenidos

Capítulo I.....	9
1. Introducción	9
2. Planteamiento del problema de investigación	11
3. Justificación	13
Capítulo II.....	14
4. Marco teórico	14
Violencia basada en género	14
Importancia de la atención a víctimas de violencia basada en género por profesionales de la salud.....	15
Importancia del conocimiento y habilidades del personal de salud en el manejo de víctimas de violencia basada en género: Estado del Arte.	15
Capítulo III.....	17
5. Objetivos e hipótesis	17
Objetivo general	17
Objetivos específicos	17
Hipótesis	17
Capítulo IV	18
6. Diseño metodológico:	18
Tipo de estudio y diseño general:	18
Área de estudio:	18
Universo y muestra:	18
Criterios de inclusión y exclusión	18
Variables de estudio.....	18
Variables dependientes:.....	18
Variables independientes:	18

Operacionalización de variables:	19
7. Procedimientos para la recolección de información, instrumentos a utilizar y métodos para el control y calidad de los datos:.....	19
Diseño y validación del instrumento para recolección de información:.....	19
Plan de análisis de resultados:	20
8. Consideraciones bioéticas:	20
Conflictos de intereses:	21
Capítulo V	22
9. Resultados	22
Capítulo VI	26
10. Discusión.....	26
11. Conclusiones.....	31
12. Recomendaciones	31
Referencias:	32
Anexos	40
Anexo A. Operacionalización de variables.....	40
Anexo B. Cronograma.....	41
Anexo C. Presupuesto	42
Anexo D. Formulario de validación tipo Likert para el instrumento (cuestionario) aplicado a expertos.	43
Anexo E. Cuestionario	54
Anexo F. Formulario de consentimiento informado	56
Anexo G. Carta de Interés de la Dirección Distrital 14D01	59
Anexo H. Carta Dictamen del Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos No. CEISH-UC-2023-019EO-MST-MLF (21-03-2023).....	60

Índice de tablas

Tabla 1. Nivel de conocimiento en el procedimiento de atención integral en presuntas víctimas de violencia basada en género de tipo física, psicológica y sexual de los médicos rurales de la provincia de Morona Santiago, Distrito de Salud 14 D01.....	22
Tabla 2. Nivel de conocimiento en el procedimiento de atención integral a víctimas de violencia física en relación a la edad, sexo y estado civil.....	23
Tabla 3. Nivel de conocimiento en el procedimiento de atención integral a víctimas de violencia psicológica en relación a la edad, sexo y estado civil.....	24
Tabla 4. Nivel de conocimiento en el procedimiento de atención integral a víctimas de violencia sexual en relación a la edad, sexo y estado civil.....	25

Dedicatoria

A Dios por ser mi fortaleza, a mi familia y de manera especial a mi sobrino Julián Andrés, por haber sido en medio de este proceso el motivo para seguir a pesar de las adversidades y hacernos saber que la voluntad de Dios siempre lleva un propósito y un milagro que miramos cada día en él.

Andrea Del Cisne Luna Herrera

Agradecimiento

Al Distrito de Salud 14D01 por la apertura para realizar este trabajo de investigación a mi directora de tesis, Dra. Janeth Tapia por su acompañamiento y dirección, a mi hermana Jhuliana por seguir de cerca mi proceso y ser mi apoyo, a mis amigas Andrea López y Diana Jaramillo que fueron parte importante para que este proyecto se cristalice.

Andrea Del Cisne Luna Herrera

Capítulo I

1. Introducción

El término violencia basada en género (VBG) se refiere a los actos dañinos dirigidos contra una persona o un grupo de personas en razón de su género, se utiliza principalmente para destacar que las diferencias estructurales de poder basadas en el género colocan a las mujeres y niñas en situación de riesgo frente a las diferentes formas de violencia; la violencia de género puede ser de tipo sexual, físico, psicológico o económico; aunque, se pueden distinguir otras formas menos comunes y puede ser ejercida tanto en el ámbito público como privado (1).

La violencia de género es toda amenaza o acción contra la voluntad de una persona en base a diferencias socialmente establecidas entre hombres y mujeres. En este tipo de violencia las mujeres y las niñas se ven desproporcionalmente afectadas, aunque también puede ser practicada contra mujeres, niñas, hombres y niños con orientación sexual, identidad de género, expresión de género y características sexuales diversas (2).

La violencia de pareja es quizás la forma más extendida de violencia de género, así lo confirman cifras mundiales que revelan que entre un 24% y un 53% de las mujeres sufren violencia de género por parte de sus parejas. En América Latina entre el 17% y 53% de las mujeres han reportado violencia por parte de su pareja y 2 de cada 3 mujeres son asesinadas por el hecho de ser mujeres (3).

Según datos expuestos por la Organización Mundial de la Salud, un alto porcentaje de mujeres en el mundo sufren violencia de género de tipo física (4) al igual que las que reportan violencia sexual en el hogar (5). En Estados Unidos, cerca del 40% de las mujeres reportan violencia sexual, violencia física y/o acoso por parte de una pareja íntima durante su vida. En 2017, la violencia de pareja provocó más de dos mil muertes en los Estados Unidos, de las cuales aproximadamente la mayoría fueron mujeres (6).

En el Ecuador la incidencia de la violencia hacia las mujeres puede variar dependiendo de factores sociales, culturales, económicos entre otros, que determinan el grado de vulnerabilidad de las víctimas. Por ejemplo, de acuerdo a la *Encuesta Nacional sobre Relaciones Familiares y Violencia de Género contra las Mujeres 2019*, las cifras más altas de violencia sexual se han reportado en las mujeres indígenas y afrodescendientes y en las que sufren de algún tipo de discapacidad con respecto a las que no las tienen; asimismo, la violencia física y psicológica se presenta con mayor frecuencia en mujeres indígenas y afrodescendientes que en las mujeres blancas, esto probablemente porque las mujeres que se identifican como blancas son de estratos socioeconómicos más altos (7).

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador en cumplimiento a la Ley Orgánica de Salud que dispone “Diseñar e implementar programas de atención integral y de calidad a las personas durante todas las etapas de la vida y de acuerdo con sus condiciones particulares” (8), publica y pone en vigencia en 2019 la Norma Técnica “Atención integral a víctimas de violencia basada en género y graves violaciones a los derechos humanos”, que es de aplicación obligatoria en todos los establecimientos del Sistema Nacional de Salud (9). Como sabemos la aplicación de normas técnicas permite mejorar calidad, la oportunidad y acceso a los servicios sanitarios, por lo que su aplicación en casos de VBG es particularmente importante ya que el abordaje de estos casos requiere intervenciones multi e interdisciplinarias, para lo cual los profesionales de la salud deben estar preparados y conocer la aplicación de dichos instrumentos (10).

Dada la complejidad de este problema de salud pública el manejo debe ser intersectorial e interdisciplinario, de manera que ninguna esfera social deba trabajar por sí sola, la coordinación entre diferentes sectores sociales, incluido salud es imprescindible para garantizar la ejecución de políticas públicas (3).

Frecuentemente las víctimas de violencia de género no acuden a buscar atención médica de urgencia, y en caso de que lleguen a consulta por diferentes motivos no manifiestan el origen real de sus lesiones. El grado de sensibilidad y conocimientos de los profesionales de la salud condiciona la capacidad de intervención del sistema sanitario que suele ser el primer lugar al que acuden las víctimas (11). Los profesionales sanitarios tienen responsabilidades en la detección de potenciales casos de violencia de género, por lo que es necesario que estén formados para identificar este tipo de situaciones. Diferentes estudios indican que un importante porcentaje de mujeres que hacen una demanda sanitaria sufren este tipo de violencia, aunque el motivo de consulta no siempre es una lesión directa sino un síntoma encubierto como una petición de auxilio no explícita (12).

Por lo que se reconoce la importancia de que los profesionales médicos tengan adecuada formación en VBG que signifique una oportuna intervención, así como el impulso de las acciones legales pertinentes. Sin embargo, en el Ecuador no se han registrado estudios que permitan conocer el nivel de conocimiento de los profesionales médicos para el abordaje integral de víctimas de VBG.

2. Planteamiento del problema de investigación

La violencia de género corresponde a una violencia estructural, mantenida en la sociedad por creencias culturales de dominación y de relaciones de poder naturalizadas que vulneran los derechos de las personas; es experimentada por mujeres, hombres y personas de diferente identidad de género; sin embargo, la forma más común de violencia de género a nivel mundial es la dada por la dominación masculina y la subordinación de la mujer dentro de un sistema patriarcal (13).

La salud no solo corresponde a la ausencia de enfermedad, si no a un completo estado de bienestar físico, mental y social (14); sin embargo, las consecuencias de la violencia de género de tipo física, sexual y psicológica amenazan a millones de personas en el mundo que mueren por acción directa o indirecta de los agresores (15).

La prevalencia mundial estimada en 2018 de violencia de género de tipo física o sexual ocurrida en mujeres casadas o con pareja es de al menos el 27% (16). En tanto que la violencia psicológica ha sido reportada en cifras preocupantes alrededor del mundo; así pues, en la Unión Europea se ha informado una tasa del 43% de violencia hacia la mujer (17); interesantemente en Ginebra se dio a conocer que el 82% de parlamentarias de 39 países mencionó haber sufrido algún acto de violencia psicológica, caracterizado por comentarios o de carácter sexista o de naturaleza sexual; el 44% dijo haber recibido amenazas de violación, agresión o secuestro contra ellas o sus familias y el 65% afirmó haber sido objeto de comentarios sexistas por parte de sus colegas masculinos (18).

En las Américas, el 34% de las mujeres entre 15 y 49 años han sufrido violencia física y/o sexual fuera de su pareja, al menos una vez en la vida (17). En Perú, el 63,2% de las mujeres de ese mismo rango de edad sufrieron algún tipo de violencia en algún momento de su vida por el esposo o pareja, el 58,9% fueron víctimas de violencia psicológica, 30,7% fueron agredidas físicamente y el 6,8% fueron violentadas sexualmente (19). Mientras que en Uruguay, en 2019, el 76,7 % de las mujeres de 15 años (aproximadamente 1,1 millón de mujeres) reportaron situaciones de VBG, a lo largo de la vida, en alguno de los ámbitos público o privado (20).

En Ecuador, la prevalencia de violencia de género contra las mujeres a lo largo de la vida para el 2019 fue del 64,9% y aproximadamente el 32% han experimentado algún hecho de violencia en su contra en los últimos doce meses, siendo las provincias de Azuay (79,2%), Morona Santiago (78,9%) y Napo (77,7%), las provincias que concentran los porcentajes

más altos de prevalencia de violencia por provincia. La violencia psicológica incluso se ha reportado con mayor frecuencia (56,9%), que la física y sexual (35% y 32%, respectivamente) (21).

La detección de rutina para la violencia de género en entornos de atención médica constituye una importante estrategia de prevención secundaria para identificar tempranamente a quienes la experimentan y conectarlas con los servicios adecuados. A pesar de lo antes mencionado, han sido escasos los estudios conducidos alrededor del mundo para conocer el desenvolvimiento de los profesionales de la salud en la detección y manejo de víctimas de VBG.

La búsqueda de servicios médicos por parte de las víctimas de violencia física, sexual y/o psicológica está determinada por barreras económicas, físicas, lingüísticas y de otra índole, lo que genera que se subestime este problema de salud pública que se ahonda cuando se desconoce cómo actúan los profesionales de la salud en la detección, abordaje de los casos y canalización a otros servicios de las víctimas VBG; es entonces lamentable que en el Ecuador aún no se garantice el acceso a servicios disponibles, accesibles, adaptables y apropiados en los ámbitos de la salud, la justicia penal y los servicios sociales para promover los derechos humanos (22).

La Norma Técnica de Atención integral a víctimas de violencia basada en género y graves violaciones a los Derechos Humanos del Ministerio de Salud Pública del Ecuador 2019, aplicable en todos los niveles de atención de salud, es una respuesta del Ministerio de Salud Pública para garantizar la atención integral en salud, coordinar y articular acciones interinstitucionales, evitar la revictimización, asegurar la notificación de todos los casos al Sistema Nacional de Justicia y articular y coordinar con los sistemas de protección del país (9). Este instrumento dota de herramientas a los profesionales de la salud para la atención integral a víctimas de violencia, a pesar de lo cual se desconoce cuál es el dominio que poseen los profesionales de la salud y cómo se aplica esta norma en los servicios de atención primaria.

Por los argumentos antes expuestos se propone investigar ¿Cuál es el nivel de conocimiento de los médicos que cursan el año de salud rural en la Provincia de Morona Santiago en atención integral a víctimas de violencia basada en género?

3. Justificación

La propuesta de esta investigación se justifica en la permanente relación de las instituciones de salud pública con aquellas encargadas de la administración de justicia, toda vez que los establecimientos de salud son generalmente el primer contacto al que acuden en busca de asistencia médica las víctimas de VBG. En este escenario, las víctimas acceden a los servicios de salud y también pueden ser derivadas de forma oportuna a las autoridades judiciales competentes con el fin de que se inicien las investigaciones correspondientes y se efective el resarcimiento de los derechos vulnerados. Lo anterior solo puede lograrse si los médicos están lo suficientemente capacitados.

Este estudio, además, respalda su importancia en *Las Prioridades de Investigación en Salud 2013-2017* del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, en el área de investigación correspondiente a lesiones autoinfligidas y violencia interpersonal y en la línea específica de investigación de violencia: Atención integral. Es además congruente con las líneas de investigación propuestas por la Universidad de Cuenca: Accidentes y violencia.

Con los resultados se espera determinar el nivel de conocimiento de los médicos que cursan el año de salud rural en la Provincia de Morona Santiago en el procedimiento de atención integral a personas adultas que son víctimas de VBG en relación a la normativa emitida por el Ministerio de Salud Pública; todo esto con el fin de visibilizar la necesidad de reforzar la formación y capacitación continua del personal de salud en beneficio de personas adultas víctimas de VBG, para que reciban atención integral, se evite su revictimización y sean derivadas de forma adecuada a Sistema Nacional de Justicia.

Los resultados obtenidos de esta investigación serán socializados con los profesionales que formaron parte del estudio y otras entidades a cargo de la capacitación y formación continua de los profesionales de la salud en temas de violencia de género.

Capítulo II

4. Marco teórico

Violencia basada en género

Entendemos por VBG a toda acción u omisión agresiva intencional, bajo la premisa de relaciones de poder asimétricas, en donde, por lo general, el hombre asume el dominio conforme al sistema patriarcal, afectando directa e indirectamente al género femenino, causando daños de tipo físico, psicológico, sexual, emocional, vicario, económico y patrimonial (23).

La VBG y las graves violaciones a los derechos humanos están estrechamente relacionados, representan el 9% de la mortalidad general y 16% de la discapacidad general; y, constituyen cada vez más, un problema importante de salud pública (9). El sector de la salud absorbe un porcentaje substancial de los costos directos generados por las lesiones y la violencia. En general, las lesiones como resultado de la violencia representan elevados costos en atención médica y otros servicios de salud; así mismo los costos indirectos que con lleva el impacto en el rendimiento escolar de los niños y niñas que enfrentan la violencia en sus hogares (24).

Tipos de violencia de género:

Violencia física: Corresponde a todo “acto que produce daño o sufrimiento físico, dolor o muerte, así como, castigos corporales, que provoca o no lesiones, ya sean internas, externas o ambas” (25).

Violencia psicológica: “Cualquier acción, omisión o patrón de conducta dirigido a causar daño emocional, disminuir la autoestima , afectar la honra, provocar descrédito, menospreciar la dignidad personal, perturbar, degradar la identidad cultural, expresiones de identidad juvenil o controlar la conducta, el comportamiento, las creencias o las decisiones de una mujer , mediante la humillación, intimidación, encierros, aislamientos, tratamientos forzados o cualquier otro acto que afecte su estabilidad psicológica y emocional” (25).

Violencia sexual: La Organización Mundial de la Salud define a la violencia sexual como “todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de esta con la víctima en el ámbito público o privado” (26).

Violencia económica y patrimonial: La violencia de género de tipo patrimonial tiene relación con el control de los bienes y recursos económicos, el agresor interviene en todos los ingresos del hogar, los distribuye y usa a su conveniencia y limita a la víctima los recursos para la satisfacción de sus necesidades y la toma de decisiones (27).

Importancia de la atención a víctimas de violencia basada en género por profesionales de la salud

Quienes se encuentran expuestos a violencia de género se enfrentan a varias barreras para el acceso a la atención sanitaria, limitaciones económicas, sentimientos de culpabilidad, miedo a las repercusiones por parte del agresor, sumado a la poca confianza que le pueden generar los profesionales de la salud (28).

Un estudio realizado por Lundell et al., en México en 2017 para describir cómo las mujeres que han sufrido violencia de género viven sus encuentros con los profesionales de la salud, mostró que las mujeres destacaron la importancia de que los profesionales de la salud se tomen su tiempo, generando sentimientos de seguridad; mientras que, los profesionales que no cumplieron con estas expectativas provocaron sentimientos de frustración y desconfianza en el sistema de salud, generando sentimientos de no estar recibiendo el apoyo adecuado (29).

El personal de salud se encuentra en una posición ideal para contribuir a reducir el impacto en la salud de la VBG. La literatura demuestra que los médicos con formación previa en abordaje de sobrevivientes de VBG tienen habilidades que les permiten la detección y tratamiento oportuno de estos casos (30). La evaluación de víctimas de VBG debe iniciar con una historia clínica y examen físico detallados y deben ser derivadas al sistema de justicia incluso aquellas que no presenten signos visibles de abuso y que generen alta sospecha de VBG en cualquiera de sus formas.

Es importante indicar que la violencia física es solo un tipo de VBG y que los usuarios de los sistemas de salud pueden presentarse también con historial de abuso psicológico y sexual, por lo que los profesionales deben estar preparados para la correcta identificación (31).

En este contexto, una revisión sistemática realizada por Heron y Eisma que incluyó setecientas ochenta mujeres y que fue publicada en 2020, encontró que las víctimas tenían ser juzgadas negativamente por el profesional de la salud o por su entorno más cercano y reconocieron como barrera para la divulgación de los hechos de violencia una escasa relación positiva con el profesional de la salud (32).

Importancia del conocimiento y habilidades del personal de salud en el manejo de víctimas de violencia basada en género: Estado del Arte.

Para algunos profesionales de la salud puede resultar un reto el diagnóstico de VBG, especialmente cuando la víctima está asustada y desconoce el apoyo que puede obtener de los entornos médicos, por lo que es importante conocer y aplicar protocolos con este fin (33).

A pesar de alta prevalencia a nivel mundial de VBG y el grave problema de salud pública que implican, las investigaciones que den cuenta de las fortalezas y debilidades en conocimientos del personal sanitario para abordar estos casos son escasas a nivel mundial, regional y local. Fawole et al., en 2013 realizó una investigación en Nigeria para determinar el conocimiento y las habilidades de los estudiantes de medicina de último año en el manejo de las víctimas de violencia contra la mujer, además investigó si temas relacionados con el manejo de víctimas de violencia contra la mujer estaban incluidos en el plan de estudios de pregrado. Los resultados mostraron que el abuso físico, sexual, psicológico y económico fue encontrado por el 73,8%, el 72,6%, el 54,8% y el 44,0% de los estudiantes, respectivamente; además los estudiantes con formación previa sobre violencia tenían más probabilidades de estar cualificados para la atención (34).

Un estudio descriptivo realizado por Coll et al., en 2008 en el servicio de urgencias del Hospital Clínic de Barcelona (España), realizado sobre 287 médicos, reveló que la valoración del propio nivel de preparación para asistir a este tipo de pacientes fue globalmente muy baja, únicamente el 18% la puntuó como bastante o mucho (35).

Kalra et al., en 2021 realizó una revisión sistemática para evaluar la eficacia de los programas de capacitación que buscan mejorar la identificación y respuesta de los profesionales de la salud a la violencia contra las mujeres, en comparación con la ausencia de intervención o capacitación de rutina. Los resultados principales permitieron saber que, dentro de los 6 meses posteriores a la intervención de capacitación en comparación con ninguna intervención, puede mejorar las actitudes y habilidades de los profesionales de la salud hacia las sobrevivientes de VBG; además, puede tener un importante efecto en la preparación autopercebida de los profesionales para responder a las sobrevivientes de violencia. El mencionado estudio destaca como resultados principales que de 19 ensayos evaluados que incluyeron una totalidad de 1662 participantes, correspondiente a 618 médicos, 460 enfermeras, 348 dentistas, 161 psicólogos, 70 parteras y 5 trabajadores sociales, concluye que la capacitación puede mejorar la respuesta real de los profesionales sanitarios respecto de identificación y documentación de la violencia de género, consecuentemente los profesionales desarrollarían mayor nivel de conocimiento de los aspectos teóricos y prácticos (36).

Capítulo III

5. Objetivos e hipótesis

Objetivo general

Determinar el nivel de conocimiento en atención integral a víctimas de violencia basada en género en médicos que cursan el año de salud rural en la Provincia de Morona Santiago en 2023.

Objetivos específicos

- Determinar el nivel de conocimiento de los médicos rurales de la provincia de Morona Santiago en el procedimiento de atención integral en presuntas víctimas de violencia física, psicológica y sexual, 2023.
- Relacionar el nivel de conocimiento de los médicos rurales de la provincia de Morona Santiago en el procedimiento de atención integral en presuntas víctimas de violencia física, psicológica y sexual con edad, sexo, y estado civil.

Hipótesis

El nivel de conocimiento en atención integral a víctimas de violencia basada en género de tipo física, psicológica y sexual en los médicos rurales de la provincia de Morona Santiago está relacionado con la edad, sexo, género y estado civil.

Capítulo IV

6. Diseño metodológico:

Tipo de estudio y diseño general:

Estudio observacional, descriptivo de corte transversal.

Área de estudio:

Provincia de Morona Santiago en el Distrito de Salud 14D01-Zona 6. Durante el período agosto 2022-septiembre 2023.

Universo y muestra:

- Universo: 53 médicos
- Muestra: 51 médicos que cursaron el año de salud rural (período agosto 2022-septiembre 2023) en la Provincia de Morona Santiago en el Distrito 14D01

* 2 médicos del universo no aceptaron participar en el estudio.

Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión:

Médicos que se encontraban cursando el año de salud rural en la provincia de Morona Santiago en el período agosto 2022-septiembre 2023 en el distrito de salud 14D01, que aceptaron participar voluntariamente.

Criterios de exclusión:

Médicos que cursando el año de salud rural se encuentren prestando servicio en otra jurisdicción.

Variables de estudio

Variables dependientes:

- Nivel de conocimiento en el procedimiento de atención integral en presuntas víctimas de violencia basada en género de tipo física
- Nivel de conocimiento en el procedimiento de atención integral en presuntas víctimas de violencia basada en género de tipo psicológica.
- Nivel de conocimiento en el procedimiento de atención integral en presuntas víctimas de violencia basada en género de tipo sexual.

Variables independientes:

- Edad
- Sexo
- Estado civil

Operacionalización de variables:

Ver anexo 1.

7. Procedimientos para la recolección de información, instrumentos a utilizar y métodos para el control y calidad de los datos:

- Método: Observacional
- Técnica: Entrevista
- Instrumento: Cuestionario

Diseño y validación del instrumento para recolección de información:

Para la recolección de información se aplicó un cuestionario de 36 preguntas de carácter cerrado, que constó de cuatro secciones o apartados: el primero, recogió datos sociodemográficos de los participantes y los otros tres apartados evaluaron el nivel de conocimiento de los médicos sobre el procedimiento de atención integral en víctimas de VBG de tipo física, psicológica y sexual.

Las preguntas fueron elaboradas en función de lo establecido en la Norma Técnica de Atención a Víctimas de Violencia Basada en Género y Graves Violaciones a los Derechos Humanos 2019, del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (9).

El cuestionario fue validado a partir de la opinión de cinco expertos en salud con experiencia en el tema de violencia de género que ejercían sus funciones en el Ministerio de Salud Pública del Ecuador y la Fiscalía General del Estado, con lo que además se determinó el número final de preguntas. Cada ítem fue evaluado por dichos profesionales en los siguientes aspectos: relevancia, claridad, significancia e integridad; así pues, los expertos asignaron calificaciones en función de una escala de Likert, en donde se consideraron los siguientes valores: 1=nada adecuado; 2=poco adecuado; 3=adecuado; y, 4=bastante adecuado y; 5. Muy adecuado (Anexo 3).

La validación del instrumento se realizó en dos fases: la primera, corresponde a la validez del contenido, mediante el cálculo del índice de validez de contenido (IVC), a partir del puntaje asignado por los evaluadores y la proporción de estos en cada una de las categorías de la escala; el IVC superior a 0,8 fue un criterio empleado para conservar la pregunta en el cuestionario.

La segunda fase correspondiente a la validez se realizó mediante la aplicación del cuestionario un estudio piloto en el que se encuestaron a diez médicos que no pertenecían a la muestra proyectada en este estudio; con los resultados del consenso final sobre las

preguntas y los resultados del piloto se determinó la fiabilidad del instrumento mediante el cálculo del coeficiente alfa de Cronbach (0,81) con intervalo de confianza del 95%.

Nivel de conocimiento: Luego de aplicado cada cuestionario, a cada respuesta correcta por parte del participante del estudio se asignó un puntaje de uno [1], y en caso de haber sido incorrecta de cero [0].

Posteriormente se realizó una sumatoria de las respuestas correctas para cada sección del conocimiento evaluada. La interpretación del nivel del conocimiento se hizo en función del cálculo de los cuartiles de cada grupo de datos (o tipo de violencia), de tal manera que los individuos que en la sumatoria tenían debajo del segundo cuartil correspondían a un nivel de conocimiento bajo, sobre el segundo y hasta el tercer cuartil un nivel de conocimiento medio y sobre el tercer cuartil un nivel de conocimiento alto. Según el siguiente detalle:

Nivel de Conocimiento en Violencia Física: Bajo: 1.0-8.0; Medio: de 8.1 a 9.0; Alto: 10.1-11.0.

Nivel de Conocimiento en Violencia Psicológica: Bajo: 2.0-9.0; Medio: de 9.1 a 10.0; Alto: 10.1-11.0.

Nivel de Conocimiento en Violencia Sexual: Bajo: 2.0-8.0; Medio: de 8.1 a 9.0; Alto: 9.1-11.0.

Plan de análisis de resultados:

Para el análisis de la información se consideró como variable dependiente al nivel de conocimiento (alto, medio o bajo) para los tres tipos de violencia y como variables independientes a las características sociodemográficas (edad, sexo, estado civil). Posteriormente se elaboró una base de datos en Microsoft Excel para la organización de la información obtenida y finalmente el análisis de datos se realizó en el Epidat 4,2 y SPSS V24. En función de los resultados obtenidos y según la naturaleza de las variables se presentó valores de frecuencia y porcentaje. Para la relación de las variables se utilizó Chi Cuadrado de Pearson, con significación estadística de $p < 0,05$ con intervalo de confianza del 95%.

8. Consideraciones bioéticas:

Se tomaron en cuenta las siguientes consideraciones bioéticas:

- Solicitud de autorización al director distrital de salud del Distrito de Salud 14D01 para la realización del presente trabajo. (Anexo F)
- Revisión y aprobación del proyecto de investigación por el Comité de Bioética de la Universidad de Cuenca (CEISH-UC-2023-019EO-MST-MLF) (Anexo G)
- Consentimiento informado elaborado para poner a consideración de los participantes.
- Para el consentimiento informado se ha considerado el formato mostrado en el anexo F.
- Se mantuvo confidencialidad de los datos personales de los participantes mediante codificación.
- Se respetó la decisión de cada participante de retirarse en cualquier etapa de la investigación.
- Los fines del este estudio son de carácter académico y científico.

Conflictos de intereses:

La autora declara no poseer conflictos de intereses.

Capítulo V

9. Resultados

Tabla 1. Nivel de conocimiento en el procedimiento de atención integral en presuntas víctimas de violencia basada en género de tipo física, psicológica y sexual de los médicos rurales de la provincia de Morona Santiago, Distrito de Salud 14 D01.

	Frecuencia (N=51)	Porcentaje (%)
Nivel de conocimiento en atención integral a víctimas de violencia física basada en género		
Bajo	29	56,86
Medio	10	19,61
Alto	12	23,53
Nivel de conocimiento en atención integral a víctimas de violencia psicológica basada en género		
Bajo	37	72,55
Medio	10	19,61
Alto	4	7,84
Nivel de conocimiento en atención integral a víctimas de violencia sexual basada en género		
Bajo	31	60,78
Medio	10	19,61
Alto	10	19,61

El nivel de conocimiento en el procedimiento de atención integral en víctimas de VBG de los médicos evaluados para todos los tipos de violencia es bajo; siendo especialmente bajo el nivel de conocimiento del procedimiento sobre la violencia psicológica (72,55%) (Tabla 1).

Tabla 2. Nivel de conocimiento en el procedimiento de atención integral a víctimas de violencia física en relación a la edad, sexo y estado civil

		Nivel de conocimiento								<i>p valor</i>
		Bajo		Medio		Alto		Total		
		N	%	N	%	N	%	N	%	
Edad	20 a 25 años	9	17,65	4	7,84	4	7,84	17	33,33	0,052
	26 a 30 años	20	39,22	4	7,84	8	15,69	32	62,75	
	> 30 años	0	0,00	2	3,92	0	0,00	2	3,92	
	Total	29	56,86	10	19,61	12	23,53	51	100	
Sexo	Femenino	23	45,10	5	9,80	5	9,80	33	64,71	0,04
	Masculino	6	11,76	5	9,80	7	13,73	18	35,29	
	Total	29	56,86	10	19,61	12	23,53	51	100	
Estado civil	Casado, unión de hecho, unión libre	6	11,76	4	7,84	2	3,92	12	23,53	0,42
	Divorciado	1	1,96	1	1,96	0	0,00	2	3,92	
	Soltero	22	43,14	5	9,80	10	19,61	37	72,55	
	Total	29	56,86	10	19,61	12	23,53	51	100	

La mayoría de profesionales incluidos en el estudio (56,86%) mostraron un bajo nivel de conocimiento en el procedimiento de atención integral a víctimas de violencia física. Según la edad, en el grupo de 26 a 30 años hubo una mayor proporción de profesionales con un nivel bajo de conocimiento (39,22%); más mujeres que hombres tienen un bajo nivel de conocimiento (45,10%); y según el estado civil, los solteros sobretodo muestran un nivel bajo de conocimiento (43,13%). El sexo resultó ser una variable asociada al nivel de conocimiento, con un valor de p de 0,04 (Tabla 2).

Tabla 3. Nivel de conocimiento en el procedimiento de atención integral a víctimas de violencia psicológica en relación a la edad, sexo y estado civil

		Nivel de conocimiento								<i>p valor</i>
		Bajo		Medio		Alto		Total		
		N	%	N	%	N	%	N	%	
Edad	20 a 25 años	11	21,57	6	11,76	0	0,00	17	33,33	0,64
	26 a 30 años	25	49,02	3	5,88	4	7,84	32	62,75	
	> 30 años	1	1,96	1	1,96	0	0,00	2	3,92	
	Total	37	72,55	10	19,61	4	7,84	51	100	
Sexo	Femenino	24	47,06	6	11,76	3	5,88	33	64,71	0,058
	Masculino	13	25,49	4	7,84	1	1,96	18	35,29	
	Total	37	72,55	10	19,61	4	7,84	51	100	
Estado civil	Casado, unión de hecho, unión libre	11	21,57	1	1,96	0	0,00	12	23,53	0,022
	Divorciado	1	1,96	0	0,00	1	1,96	2	3,92	
	Soltero	25	49,02	9	17,65	3	5,88	37	72,55	
	Total	37	72,55	10	19,61	4	7,84	51	100	

Los resultados que se muestran en la tabla 3, indican que la mayor parte de participantes (72,55%) tienen nivel bajo de conocimiento en el procedimiento de atención integral a víctimas de violencia psicológica siendo predominantemente bajo en el grupo de médicos de 26 a 30 años, mujeres y de estado civil solteros, esta última variable mostró asociación estadísticamente significativa con el nivel de conocimiento ($p=0,022$).

Tabla 4. Nivel de conocimiento en el procedimiento de atención integral a víctimas de violencia sexual en relación a la edad, sexo y estado civil.

		Nivel de conocimiento								<i>p valor</i>
		Bajo		Medio		Alto		Total		
		N	%	N	%	N	%	N	%	
Edad	20 a 25 años	8	15,69	3	5,88	6	11,76	17	33,33	0,28
	26 a 30 años	21	41,18	7	13,73	4	7,84	32	62,75	
	> 30 años	2	3,92	0	0,00	0	0,00	2	3,92	
	Total	31	60,78	10	19,61	10	19,61	51	100	
Sexo	Femenino	21	41,18	6	11,76	6	11,76	33	64,71	0,85
	Masculino	10	19,61	4	7,84	4	7,84	18	35,29	
	Total	31	60,78	10	19,61	10	19,61	51	100	
Estado civil	Casado, unión de hecho, unión libre	6	11,76	1	1,96	5	9,80	12	23,53	0,064
	Divorciado	0	0,00	1	1,96	1	1,96	2	3,92	
	Soltero	25	49,02	8	15,69	4	7,84	37	72,55	
	Total	31	60,78	10	19,61	10	19,61	51	100	

La tabla 4 refleja los resultados obtenidos respecto del nivel de conocimiento en el procedimiento de atención integral a víctimas de violencia sexual en relación a la edad, sexo y estado civil, se destaca que los porcentajes más altos con conocimiento de nivel bajo predomina en los médicos de 26 a 30 años, mujeres y de estado civil solteros. A pesar de esto, ninguna de las variables mostró asociación estadísticamente significativa con la variable principal.

Capítulo VI

10. Discusión

Los resultados de esta investigación mostraron que la mayoría de médicos evaluados tienen bajo nivel de conocimiento en el procedimiento de atención integral a víctimas de VBG de tipo física (56,86%), psicológica (72,55%) y sexual (60,78%); esto preocupa cuando se sabe que Morona Santiago es una de las provincias con mayores índices de violencia física y sexual en el Ecuador (37); y que, generalmente el primer punto de contacto tras un evento de violencia es el sistema de salud (9). Siendo clave el rol del personal médico en la identificación y respuesta a la violencia de género (43), estos hallazgos podrían significar demora u omisión en el diagnóstico y tardía derivación de los casos a organismos de protección social y justicia (44).

Las investigaciones con el fin de determinar el nivel de conocimiento en atención integral a víctimas de violencia basada en género de tipo físico, psicológico y sexual en personal médico son escasas a nivel global, y la mayoría están enfocadas a conocer cómo se procede frente a la violencia contra la mujer evaluando percepciones y actitudes de los profesionales de la salud.

Los resultados obtenidos en esta investigación contrastan con un estudio realizado en Nicaragua por Rodríguez Bolaños et al., quien evaluó el conocimiento de profesionales de la salud frente a la violencia de género (44% fueron médicos), encontrando que la mayoría (59,6%) tenían un nivel de conocimiento medio; y el 20,6% un nivel alto (56), lo que, de acuerdo al autor, se relaciona con la capacitación que ha recibido el personal de salud entorno al tema.

Por otro lado, lo publicado en la investigación de Alemán et al., en Argentina en cuanto al conocimiento de médicos de centros de salud y acción comunitaria coinciden con los resultados aquí presentados, ya que, el 49,7% de los encuestados en dicho país señaló tener pocos o insuficientes conocimientos relacionados con la VBG (57). Similar a lo expuesto por Ramsay et al., quien evaluó conocimientos, actitudes y práctica clínica en médicos de atención primaria de salud en el Reino Unido en violencia doméstica, habiendo encontrado que el 56% de los participantes reconoció no tener suficiente formación para abordar situaciones de violencia en las víctimas (58).

En Kenya se publicaron los resultados de una evaluación de la respuesta médica en emergencia a la violencia física de pareja, si bien no se cuantificó el nivel de conocimiento de los profesionales, la mayoría de los galenos dijeron tener sentimientos de insuficiencia en el manejo integral de las víctimas debido a su falta de habilidades interpersonales y de conocimiento, lo que limita su capacidad para obtener el diagnóstico y por ende para ofrecer asesoramiento adecuado (45). Por lo que, es bastante probable que un bajo nivel de conocimiento en el manejo se asocie a una insuficiente o nula preparación para enfrentar estos casos (46).

Un estudio publicado en 2021, realizado en un hospital de La Paz, Baja California Sur, en médicos especialistas, mostró similitudes con nuestra investigación, ya que “el 75,9% de los médicos identifican que se sienten mínimamente preparados para documentar la historia de violencia contra la mujer y los hallazgos del examen físico en la historia clínica, así como para realizar referencias en casos de violencia” (47). Esto permite entender que si bien los especialistas tienen preparación especializada en su área, también poseen limitaciones en el reconocimiento y adecuado manejo de las víctimas; por lo que es probable que esta problemática sea aún más marcada en médicos generales del primer nivel de atención, que son frecuentemente el primer contacto de usuarios con historia de violencia (9).

Resulta interesante además indicar que lo encontrado en esta investigación se relaciona con lo estudiado por Souza en Angola, quien al evaluar las percepciones sobre la violencia contra la mujer encontró que la mayoría de los profesionales de la salud no están capacitados para atender a mujeres víctimas de violencia y que su atención se centra únicamente en el tratamiento de lesiones físicas (39).

De acuerdo a lo publicado por Hasse en Reino Unido, al menos el 47% de los médicos consideran que sólo los casos de violencia en los que hay lesiones físicas llegan a los servicios de salud (40), lo que permitiría evidenciar bajo nivel de conocimiento en el abordaje de VBG de otros tipos como la psicológica y sexual, que podrían pasar por desapercibidos por los profesionales sanitarios.

Por otro lado, las circunstancias en que se producen los hechos de violencia psicológica (evento frecuente en mujeres en condiciones de vulnerabilidad), hacen que sea difícilmente detectada por los profesionales de la salud que no se encuentren sensibilizados y

capacitados en el tema (42). En España, enfermeras en atención primaria mencionaron que el maltrato psicológico pasa por desapercibido con más frecuencia y es identificado en menor medida a pesar de ser el más común (41). Como sabemos la violencia psicológica puede ocasionar graves repercusiones como el trastorno de estrés postraumático (TEPT), depresión y consumo de sustancias (61), de hecho, un estudio realizado en Perú por Saquinaula et al., encontró asociación significativa entre el TEPT y la VBG de tipo psicológica ($r=0,504$) (62). Por lo que un bajo nivel de conocimiento de los profesionales en el abordaje e identificación de este tipo específico de violencia puede demorar la denuncia y la derivación temprana de estas víctimas con profesionales de la salud mental.

Como ya se mencionó anteriormente, son escasas las investigaciones publicadas con objetivos similares al presente trabajo, no obstante se han encontrado algunos reportes con resultados similares a los obtenidos; así pues, Chandramani et al., en 2020 menciona que únicamente el 20% del personal médico evaluado en su estudio, conocían la legislación relativa al manejo de recolección de pruebas en el examen forense por violencia sexual; y solo el 33% sabían las políticas y procedimientos al respecto en su propio hospital (38). Asimismo, en un estudio realizado por Moser et al., en Alemania, que evaluó médicos generales sobre la responsabilidad en casos de abuso sexual determinó que el 51% de los encuestados no están seguros de qué hacer si sospecha de abuso sexual (59), similar a lo reportado por Moreno et al., en Colombia, quien reporta que el 46.9% de los trabajadores de la salud no contaban con suficientes herramientas conceptuales y técnicas para la atención en casos de violencia sexual (60).

En relación a esto Gandhi et al., en un estudio realizado a ginecólogos en la India reveló que solamente 10% de los médicos examinaban rutinariamente a sus pacientes para detectar violencia. El 43,5 % de los médicos examinaban a las mujeres cuando encontraban signos sugestivos; y, el 39,3 % de los médicos examinaban únicamente cuando el paciente informaba sobre violencia (60).

Al existir un nivel bajo de conocimiento en la atención a víctimas de VBG de tipo sexual, es muy probable que también se desconozcan las consecuencias sobre la salud de las víctimas, tal como lo ha mencionado Méndez Hernández et al., quien evaluó el conocimiento y la actitud de médicos frente a la violencia contra la mujer, habiendo reportado que fue menor el nivel de conocimiento sobre las consecuencias en la salud de las víctimas por violencia de tipo psicológica y sexual (58% y 41%) con respecto a la violencia física (70%) (43).

De acuerdo a lo mencionado, la variabilidad en cuanto al nivel de conocimiento demostrado por profesionales de la salud de diferentes países parece no obedecer al nivel de especialización, sino a la capacitación que pudieron no haber recibido en su formación académica de pre o posgrado; o a que las instituciones de salud no proporcionan a sus trabajadores, que en las Américas debería obedecer a la *“Estrategia y plan de acción sobre el fortalecimiento del sistema de salud para abordar la violencia contra la mujer, 2015-2025”*, aprobada en 2015 con el fin de que los estados miembros se comprometan a asegurar que sus sistemas de salud cumplan su responsabilidad de prevenir y responder a este tipo de violencia (48).

Esta investigación buscó también establecer asociación entre las variables de estudio; así, el sexo de los médicos se asoció con el nivel de conocimiento en el procedimiento de atención integral a víctimas de violencia física, habiéndose encontrado un nivel de conocimiento predominantemente bajo en las mujeres ($p < 0,05$) (Tabla 2), resultados similares a los reportados en España (Asturias) por Díaz Vigón et al., (49) que encontró que los hombres médicos diagnosticaron más casos de violencia de género en los últimos 6 meses que las mujeres (42,1% vs. 23,7%). A pesar de que el estado civil no fue una variable asociada al nivel de conocimiento, hay que considerar que la mayoría de participantes en este trabajo fueron mujeres solteras; al respecto, otros estudios han encontrado que la identificación de casos de violencia de género es mayormente detectada por las profesionales mujeres casadas o que viven en pareja, ya que probablemente estas circunstancias aumentan el interés y la motivación por el tema (37).

En lo que corresponde a los factores asociados al nivel de conocimiento en atención integral a víctimas de violencia psicológica (Tabla 3), solamente el estado civil fue una variable asociada ($p=0,022$); así pues, los médicos solteros en su mayoría desconocen el procedimiento de atención integral a las víctimas; esto podría atribuirse a que algunas formas de violencia de este tipo podrían estar naturalizadas en la sociedad y han sido asumidas por las nuevas generaciones, aún a pesar del nivel de instrucción, lo que afectaría la identificación de las víctimas.

Aunque el sexo y la edad no resultaron ser factores asociados a este nivel de conocimiento, se ha sugerido que el género de las personas también podría influir en la conceptualización y percepción de la violencia psicológica según el entorno social que los rodea (50), por lo que

debería continuarse investigando a esta variable como posible factor asociado al nivel de conocimiento.

Ninguna variable estuvo asociada al nivel de conocimiento de atención integral a las víctimas de violencia sexual (Tabla 4); este es un hecho que llama la atención, ya que podría esperarse que las mujeres profesionales estén más sensibilizadas ante la problemática, sobretodo porque en Ecuador la violencia sexual en mujeres sobrepasa el 50% en todas las provincias en todos los niveles de instrucción (51). Interesantemente, esta situación se repite en Bolivia, una investigación que encontró que del 98% de los médicos que tuvieron nivel de conocimiento deficiente en la atención de casos de violencia sexual, el 46% correspondía a profesionales de sexo femenino, por lo que, en el ámbito sanitario, pertenecer al sexo femenino no condiciona un mayor conocimiento o sensibilización ante estos casos (52). Aunque el estado civil y la edad de los profesionales no se asociaron con este nivel de conocimiento, otros estudios han sugerido que estas características podrían determinar el grado de detección y canalización de las víctimas a otros servicios, pues se sabe que al menos los profesionales con mayor experiencia clínica tienen mucho más conocimiento y preparación para abordar casos de violencia (53).

Existe evidencia científica que demuestra que los profesionales que manifiestan actitudes favorables para indagar sobre agresiones sexuales en víctimas que acuden a los servicios de salud, facilita la identificación de estos casos; además, es importante señalar que ha decir de Berry y Rutledge las mujeres han identificado como barreras para la divulgación de situaciones de violencia sexual la actitud y el comportamiento del proveedor de salud (54), lo que fortalece la evidencia científica encontrada, respecto de que un óptimo nivel de conocimiento en el abordaje a probables víctimas de violencia sexual basada en género incrementa las probabilidades de reconocer y canalizar adecuadamente a estas víctimas.

De acuerdo a lo discutido es recomendable ampliar este tipo de investigaciones en todos los niveles de atención del Sistema Nacional de Salud, para identificar debilidades en la atención a víctimas de VBG y plantear estrategias futuras de capacitación en el personal de salud, que contribuya efectivamente a la detección y atención oportuna estos casos. Este tipo de investigaciones son relevantes para que las entidades gubernamentales e instituciones de educación superior tomen acciones sobre la problemática aquí expuesta ya que las necesidades de las víctimas de VBG podrían estar siendo subestimadas, ahondando las consecuencias de la violencia en todas sus formas (55).

La realización de este estudio expuso algunas limitaciones, las que tuvieron que ver con la difícil accesibilidad a los médicos objeto de esta investigación debido al espacio rural en el que se encontraban trabajando, respecto de los accesos viales y limitaciones en la disponibilidad de recursos tecnológicos como el internet; otra importante limitación tuvo que ver con la escasa información científica que dé cuenta de la evaluación del nivel de conocimiento en profesionales de la salud sobre la atención integral a víctimas de violencia basada en género en sus principales manifestaciones (física, psicológico y sexual), a pesar de ser un tema de gran relevancia para la salud pública.

Conclusiones y recomendaciones

11. Conclusiones

- El mayor porcentaje de los profesionales que participaron de este estudio mostraron niveles bajos de conocimiento en el procedimiento de atención integral en presuntas víctimas de VBG de tipo física, psicológica y sexual.
- Este estudio permitió identificar dos asociaciones estadísticamente significativas, la primera entre el nivel de conocimiento en el procedimiento de atención integral a víctimas de VBG de tipo física y el sexo de los participantes; y, la segunda entre el nivel de conocimiento en el procedimiento de atención integral a víctimas de VBG de tipo psicológica y el estado civil de los médicos.

12. Recomendaciones

- Se recomienda que el Ministerio de Salud Pública del Ecuador fortalezca la formación continua de los profesionales médicos que cursan su año obligatorio de salud rural con la finalidad de que la atención a víctimas de VBG sea integral y oportuna.
- Se recomienda que las instituciones de educación superior que forman profesionales de la salud incorporen en sus mallas curriculares planes académicos orientados a la atención integral a víctimas de violencia de género.

Referencias:

1. Organización de las Naciones Unidad. La violencia de género es una de las violaciones más generalizadas de los derechos humanos en el mundo. [Online].; 2023 [cited 2023 noviembre 18]. Available from: <https://unric.org/es/la-violencia-de-genero-segun-la-onu/>.
2. Forero L, Salgado M, Vásquez G, Martínez V, Bazan D, De La Cruz M, et al. Nuestro derecho a la seguridad. Colocando a las mujeres refugiadas en el centro de la búsqueda de soluciones frente a la violencia de género [Internet]. 2022 [citado el 30 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://segurasenmovilidad.org/wp-content/uploads/2022/12/Nuestro-derecho-a-la-seguridad-estudio-regional-ES.pdf>
3. Saletti Cuesta L, Ferioli A, Del Valle Martínez F, Viel E, Baudin V, Romero P, et al. El abordaje de la violencia de género desde la perspectiva de las comunidades del norte cordobés, Argentina. Cad Saude Publica [Internet]. 2020 [cited 2023 Aug 18];36(1). Disponible en: <https://www.scielo.br/j/csp/a/SXYFxFjwbbdyfFpTvjb5kCz/?format=pdf&lang=es>
4. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. Comprender y abordar la violencia contra las mujeres: violencia infligida por la pareja [Internet]. 2013. Disponible en: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/98816/WHO_RHR_12.36_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
5. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. Comprender y abordar la violencia contra las mujeres: violencia sexual [Internet]. 2013. Disponible en: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/98821/WHO_RHR_12.37_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
6. Thackeray J, Livingston N, Ragavan MI, Schaechter J, Sigel E, Breen Haney S, et al. Intimate partner violence: Role of the pediatrician. Pediatrics [Internet]. 2023 [citado el 21 de septiembre de 2023];152(1):e2023062509. Disponible en: <https://publications.aap.org/pediatrics/article/152/1/e2023062509/191564/Intimate-Partner-Violence-Role-of-the-Pediatrician?autologincheck=redirected>
7. Vacacela Márquez S, Mideros Mora A. Identificación de los factores de riesgo de violencia de género en el Ecuador como base para una propuesta preventiva. Revista Desarrollo y Sociedad [Internet]. 2022 Jun;(91):111–42. Disponible en: <https://revistas.uniandes.edu.co/doi/10.13043/dys.91.3>

8. Ley Orgánica de Salud [Internet]. Ley 67 2006 p. Art.6. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/LEY-ORG%C3%81NICA-DE-SALUD4.pdf>
9. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Atención integral a víctimas de violencia basada en género y graves violaciones a los derechos humanos. Norma Técnica. Dirección Nacional de Normatización 2019. Disponible en : <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2021/03/Norma-tecnica-de-VBG-y-GVDH-.pdf>
10. Moreira Ferrín SM, Osorio Rodríguez Denisse Gabriela, Maya Motalvan G, Vieteri Chiriboga EA. Análisis de los protocolos de atención sobre violencia de género y su perspectiva en el Ecuador. Universidad Ciencia y Tecnología [Internet]. 2020 Mar 24;24:41–52. Disponible en: https://www.google.com/url?sa=i&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=0CDgQw7AJahcKEwjQk_ObiOmAAxUAAAAAHQAAAAQAw&url=https%3A%2F%2Fuctunexpo.autanabooks.com%2Findex.php%2Fuct%2Farticle%2Fdownload%2F294%2F522%2F&psig=AOvVaw2RqJGegLPp8TLSvoF_18jt&ust=1692546237993287&opi=89978449
11. Siendones Castillo R, Perea Milla López E, Arjona Huertas JL, Agüera Urbano C, Rubio Gallo A, Molina M. Violencia doméstica y profesionales sanitarios: conocimientos, opiniones y barreras para la infradetección. Emergencias [Internet]. 2002; Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/242197349_Violencia_domestica_y_profesionales_sanitarios_Conocimientos_opiniones_y_barreras_para_la_infradeteccion
12. Benito MIP. Conocimientos de los profesionales sanitarios sobre la violencia que sufren las mujeres a manos de sus parejas. Revista de investigación y educación en ciencias de la salud [Internet]. 2017;2(2). Disponible en: <https://riece.es/index.php/riece/article/view/50>
13. Jaramillo Bolívar CD, Canaval Erazo GE. Violencia de género: Un análisis evolutivo del concepto. Universidad y Salud [Internet]. abril de 2020; Disponible en: <https://revistas.udenar.edu.co/index.php/usalud/article/view/4060/6057>
14. Constitución de la Organización Mundial de la Salud [Internet]. jul, 1946 p. 23. Disponible en: <https://www3.paho.org/gut/dmdocuments/Constituci%C3%B3n%20de%20la%20Organizaci%C3%B3n%20Mundial%20de%20la%20Salud.pdf>
15. Herrera Albán CDC. Violencia de género contra la mujer un problema de salud pública

- en Loja, Ecuador. Revista Científica Dominio de las Ciencias [Internet]. el 10 de abril de 2019;1–18. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.23857/dc.v5i4.1058>
16. World Health Organization, United Nations Inter-Agency Working Group on Violence Against Women Estimation and Data. Violence against women prevalence estimates, 2018 [Internet]. Global, regional and a national prevalence estimates for intimate partner violence against women and global and regional prevalence estimates for non-partner sexual violence against women. 2021. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240022256>
 17. Martín Fernández M, Gracia E, Lila M. Psychological intimate partner violence against women in the European Union: a cross-national invariance study. BMC Public Health [Internet]. 2019;19(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12889-019-7998-0>
 18. Unión Interparlamentaria. Sexismo, acoso y violencia contra las mujeres parlamentarias [Internet]. Le Grand-Saconnex, Suiza: Eclectica Editions; 2016. Disponible en: <https://www.ipu.org/file/8981/download>
 19. Instituto Nacional de Estadísticas e Informática del Perú. Indicadores de Violencia Familiar y Sexual 2021-2019 [Internet]. 2019. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1686/libro.pdf
 20. Observatorio sobre violencia basada en género hacia las mujeres, Consejo Nacional Consultivo por una vida libre de violencia de género. Segunda encuesta nacional de prevalencia sobre violencia basada en género y generaciones [Internet]. Uruguay; 2020. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/sites/ministerio-desarrollo-social/files/documentos/publicaciones/Segunda%20encuesta%C2%A0nacional.pdf>
 21. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Encuesta Nacional sobre Relaciones Familiares y Violencia de Género contra las Mujeres [Internet]. 2019. Disponible en: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/Violencia_de_genero_2019/Principales%20resultados%20ENVIGMU%202019.pdf
 22. Sabina C, Diego PF. "Hay que tener suerte": Gender-based Violence Service Provision. Health and Human Rights Journal. :295–307. Williams J, Petersen N, Stoler J. Characterizing the spatial mismatch between intimate partner violence related healthcare services and arrests in Miami-Dade County, Florida. BMC public [Internet]. agosto de 2018; Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6119341>

23. Tibaná Ríos DC, Arciniegas Ramírez DA, Delgado Hernández IJ. Tipos y manifestaciones de la violencia de género: una visibilización a partir de relatos de mujeres víctimas en Soacha, Colombia. *Prospectiva* [Internet]. 2020 Jul 1;117–44. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0122-12132020000200006
24. De las Casas Alegre M. Los costos gubernamentales directos de la violencia contra las mujeres en Ecuador. 2020; Disponible en: <https://info.comvomujer.org.pe/catalogo/tracd/320-2020-es-study-tracd-ec.pdf>
25. Asamblea Nacional. República del Ecuador. Ley para prevenir y erradicar la violencia contra las mujeres. [Internet]. Registro Oficial Suplemento 175 de 05-feb.-2018 Ecuador; 2018 p. 12–12. Disponible en: https://www.igualdad.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2018/05/ley_prevenir_y_erradicar_violencia_mujeres.pdf
26. Mitchell C. OPS/OMS [Internet]. Pan American Health Organization / World Health Organization. [citado el 18 de noviembre de 2023]. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=3341:2010-sexual-violence-latin-america-caribbean-desk-review&Itemid=0&lang=es
27. Celi Santana V, Granizo Román E, Rivas Berrones C, Villagómez Arguello K. La violencia patrimonial, análisis de la terapia familiar sistémica. Universidad Internacional SEK [Internet]. 2021; Disponible en: <https://repositorio.uisek.edu.ec/bitstream/123456789/4196/1/Celi%20Santana%20Vice%20Bruno.pdf>
28. Silva T, Agampodi T, Evans M, Knipe D, Rathnayake A. Barriers to help-seeking from healthcare professionals amongst women who experience domestic violence - a qualitative study in Sri Lanka. *BMC Public Health* [Internet]. 2022;22. Disponible en: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-022-13116-w>
29. Lundell IW, Eulaub L, Bjarneby F, Westerbotn M. Women's Experiences with Healthcare Professionals after Suffering from Gender-Based Violence: An Interview Study. *Journal of Clinical Nursing* [Internet]. 2018; Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.14046>
30. Fawole OI, Van Wyk JM, Balogun BO, Akinsola OJ, Adejimi A. Preparing medical students to recognize and respond to gender based violence in Nigeria. *African Health Sciences*. 2019 Mar 1;19(1):1486–98. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6531973/pdf/AFHS1901-1486.pdf>
31. Huecker MR, King KC, Jordy GA, William S. Domestic Violence [Internet]. *Treasure Island: StatPearls*; 2023. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29763066/>

32. Heron RL, Eisma MC. Barriers and facilitators of disclosing domestic violence to the healthcare service: A systematic review of qualitative research. *Health Soc Care Community* [Internet]. 2021;29(3):612–30. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/hsc.13282>
33. Houseman B, Semien G. Florida Domestic Violence Internet]. *Stat Pearls*; 2023. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29630246>)
34. Fawole OI, Van Wyk J, Adejimi A. Training on prevention of violence against women in the medical curriculum at the University of Ibadan, Nigeria. *African Journal of Health Professions Education* [Internet]. noviembre de 2013;2. Disponible en: <https://www.ajol.info/index.php/ajhpe/article/view/96575>
35. Coll Vinenta B, Echeverría T, Farràs Ú, Rodríguez D, Millá J, Santinà M. El personal sanitario no percibe la violencia doméstica como un problema de salud. *Gaceta Sanitaria* [Internet]. 2008;22. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112008000100002
36. Kalra N, Hooker L, Reisenhofer S, Di Tanna GL, García-Moreno C. Capacitar a los proveedores de atención médica para responder a la violencia de pareja contra las mujeres. *Cochr* [Internet]. el 5 de 2021; Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD012423.pub2>
37. Mideros A, Vacacela S. Datos de la Encuesta Nacional sobre Relaciones Familiares y la Violencia de Género contra las Mujeres (ENVIGMU 2019) y de femicidio. Morona Santiago [Internet]. 2019. Disponible en: <https://ecuador.unwomen.org/sites/default/files/2022-09/Morona%20Santiago%20Datos%20de%20la%20encuesta%20nacional%20sobre%20Relaciones%20Familiares%20y%20la%20Violencia%20de%20Genero%20contra%20las%20Mujeres%20%28ENVIGMU%202019%29%20y%20de%20femicidio.pdf>
38. Chandramani A, Dussault N, Parameswaran R, Rodriguez J, Novack J, Ahn J, et al. A needs assessment and educational intervention addressing the care of sexual assault patients in the emergency department. *J Forensic Nurs* [Internet]. 2020;16(2):73–82. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/JFN.0000000000000290>)
39. Nascimento E de FGA do, Ribeiro AP, Souza ER de. Perceptions and practices of Angolan health care professionals concerning intimate partner violence against women. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2014;30(6):1229–38. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00103613>
40. Hasse M, Vieira EM. Como os profissionais de saúde atendem mulheres em situação

- de violencia? Una análisis triangulada de datos. *Saúde em Debate* [Internet]. 2014;38(102). <https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140045>
41. Valdés Sánchez CA, García Fernández C, Sierra Díaz Á. Violencia de género: conocimientos y actitudes de las enfermeras en atención primaria. *Aten Primaria*. 2016;48(10):623–31
 42. Silva R de P, Leite FMC. Violências por parceiro íntimo na gestação: Prevalências e fatores associados. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2020;54:97. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054002103>
 43. Méndez Hernández P, Valdez Santiago R, Viniegra Velázquez L, Rivera L, Salmerón Castro J. Violencia contra la mujer: conocimiento y actitud del personal médico del Instituto Mexicano del Seguro Social, Morelos, México. *Salud Publica Mex* [Internet]. 2003;45(6):472–82. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342003000600007
 44. Hegarty K, McKibbin G, Hameed M, Koziol-McLain J, Feder G, Tarzia L, et al. Health practitioners' readiness to address domestic violence and abuse: A qualitative meta-synthesis. *PLoS One* [Internet]. 2020;15(6):1–26. Available from: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0234067>
 45. Maina, G. M. (2009). Emergency medical response to intimate partner violence in Kenya. *Nursing Standard* (Royal College of Nursing (Great Britain): 1987), 23(21), 35–39. <https://doi.org/10.7748/ns2009.01.23.21.35.c6766>
 46. Estevez Oyarzabal Y, Ruiz Hernández JR, Barbeito Blanco N. Competencias profesionales del Equipo Básico de Salud en prevención de violencia intrafamiliar. *Edumecentro* [Internet]. 2023;15. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S2077-28742023000100022&script=sci_arttext#B8
 47. Macías Ayala FJ, Osvaldo GT, Vázquez Arguelles L, Álvarez Villaseñor AS. Capacidad de los médicos para detectar violencia contra la mujer en la consulta externa. *CONAMED* [Internet]. 2021;26(1). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7900532>
 48. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia y plan de acción sobre el fortalecimiento del sistema de salud para abordar la violencia contra la mujer [Internet]. 2015. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/estrategia-plan-accion-sobre-fortalecimiento-sistema-salud-para-abordar-violencia-contra>

49. Díaz Vigón N, Fernández Gutiérrez L, Fernández Raigada RI, Rubio Domínguez J, Santos Granda MI. Conocimientos, opiniones y creencias de los profesionales de atención primaria en relación a la violencia de género. RqR Enfermería comunitaria (revista de SEAPA). 2017 Mayo; 5(2) 35-49. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6079278.pdf>
50. Álvarez CD, Aranda BE, Huerto JAL. Efectos del género y la cultura sobre la percepción de violencia psicológica en la pareja. Psicothema. 2015;27(4):381–7.
51. Berni MP. Estrativismo social machista en Ecuador violencia de género, feminicidio. Rev Conrado. 2018;16(61):115–26. Disponible en <https://conrado.ucf.edu.cu/index.php/conrado/article/view/619/651>
52. Camacho Aliaga AV. Competencias del personal médico del primer nivel para la atención integral a mujeres en situación de violencia sexual macro distritos de La Paz, noviembre 2012. [La Paz, Bolivia]: Universidad Mayor de San Andrés; 2012.)
53. Forsdike K, O'Connor M, Castle D, Hegarty K. Exploring Australian psychiatrists' and psychiatric trainees' knowledge, attitudes and preparedness in responding to adults experiencing domestic violence. Australas Psychiatry [Internet]. 2019;27(1):64–8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1177/1039856218789778>
54. Berry KM, Rutledge CM. Factors That Influence Women to Disclose Sexual Assault History to Health Care Providers. JOGNN - J Obstet Gynecol Neonatal Nurs [Internet]. 2016;45(4):553–64. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jogn.2016.04.002>
55. De Vries E, Kathard H, Müller A. Debate: Why should gender-affirming health care be included in health science curricula? BMC Med Educ [Internet]. 2020;20(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12909-020-1963-6>
56. Rodríguez Bolaños R, Márquez Serrano M, Kageyama Escobar M. Violencia de género: actitud y conocimiento del personal de salud de Nicaragua. Salud Pública de México [Internet]. 2005; Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342005000200007
57. Alemán M, Vernaz D, Tilli G, Mazur V, Rossi Sammartino B, Marconi A, et al. Detección de violencia basada en género. Análisis de situación del sistema de atención primaria de salud en ciudad de Buenos Aires. Revista Argentina de Salud Pública [Internet]. 2010;22–7. Disponible en: <https://rasp.msar.gov.ar/index.php/rasp/article/view/409>
58. Ramsay J, Rutterford C, Gregory A, Dunne D, Eldridge S, Sharp D, et al. Domestic violence: knowledge, attitudes, and clinical practice of selected UK primary healthcare

- clinicians. British Journal of General Practice [Internet]. 2012; Disponible en: <https://bjgp.org/content/62/602/e647>
59. Moser F, Schütz LH, Teubner C, Lahmann N, Kuhlmei A, Suhr R. Sexueller Missbrauch Pflegebedürftiger: Ergebnisse einer bundesweiten Querschnittsstudie bei Hausärzten/-ärztinnen zu Verantwortung und subjektiven Sicherheit im Verdachtsfall. Z Gerontol Geriatr [Internet]. 2022;55(3):223–30. <https://doi.org/10.1007/s00391-021-01841-7>
60. Gandhi A, Bhojani P, Balkawade N, Goswami S, Kotecha Munde B, Chugh A. Analysis of survey on violence against women and early marriage: Gyneaecologists' perspective. J Obstet Gynaecol India [Internet]. 2021;71(S2):76–83. <https://doi.org/10.1007/s13224-021-01578-8>
61. Alkan Ö, Serçemeli C, Özmen K. Verbal and psychological violence against women in Turkey and its determinants. PLoS One [Internet]. 2022;17(10): e0275950. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0275950>
62. Saquinaula Salgado M, Castillo Saavedra EF, Rosales Márquez C. Violencia de género y trastorno de estrés postraumático en mujeres peruanas. Duazary [Internet]. 2020;17(4):23–31. <https://doi.org/10.21676/2389783x.3596>

Anexos

Anexo A. Operacionalización de variables

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES						
Tipo de variable	Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala	Tipo
Dependiente	Nivel de conocimiento	Grado de conocimiento que manejan los profesionales en atención integral a víctimas de violencia basada en género	Médicos rurales de Morona Santiago, distrito de salud 14D01	Alto Medio Bajo	Escala	Cuantitativa
Independiente	Edad	Tiempo vivido por la persona expresado en años.		20 a 25 años 26 a 30 años >30 años	Nominal	Cualitativa
	Sexo	Características biológicas y fisiológicas que definen a hombres y mujeres.		Femenino Masculino	Nominal	Cualitativa
	Estado Civil	Situación de las personas determinada por sus relaciones familiares, provenientes del matrimonio o parentesco.		Soltero Casado Viudo Divorciado. Unión Libre	Nominal	Cualitativa

Anexo B. Cronograma

Cronograma

Actividades	Trimestre							
	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Revisión final del protocolo y aprobación								
2. Diseño y prueba de instrumentos								
3. Recolección de datos								
4. Procesamiento y análisis de datos								
5. Informe final								

Anexo C. Presupuesto

PRESUPUESTO				
No.	Descripción	Cantidad	Valor unitario	Valor total
1	Transporte	18	3,00 USD	54,00 USD
2	Impresiones	400	0,10 ctv. USD	40,00 USD
3	Computador	1	1000,00 USD	1000,00 USD
4	Internet	200	1	200,00 USD
5	Fotocopias	200	1	200,00 USD
Total				1494,00 USD

Anexo D. Formulario de validación tipo Likert para el instrumento (cuestionario) aplicado a expertos.

A. DATOS GENERALES DEL PROYECTO	Tema: Encuesta para la investigación: Nivel de conocimientos en atención integral a víctimas de violencia basada en género en médicos rurales de la provincia de Morona Santiago 2022									
	Objetivos:									
	A. Determinar el nivel de conocimiento en el procedimiento de atención integral en violencia física.									
	B. Determinar el nivel de conocimiento en el procedimiento de atención integral en violencia psicológica.									
	C. Determinar el nivel de conocimiento en el procedimiento de atención integral en violencia sexual.									
B. PERFIL DEL EXPERTO	Autora: MD. Andrea Del Cisne Luna Herrera									
	Instrucciones:									
	Por favor llenar la sección B "Perfil del Experto" según corresponda .									
	Posteriormente evaluar cada pregunta (33 total) del recuadro inferior y marcar con una X según el indicador correspondiente. Son 5 indicadores por pregunta: Muy adecuado, Bastante adecuado, Adecuado, Poco adecuado, Nada adecuado. Puede incluir observaciones a cada pregunta.									
	Las preguntas están formuladas en base a lo establecido en la Norma Técnica 2019 de atención integral a víctimas de violencia basada en género y graves violaciones a los Derechos Humanos del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, en lo referente a la atención integral específica por tipo de violencia en personas adultas.									
C. INDICADORES GENERALES	Nombres y Apellidos:									
	Correo electrónico:									
	Fecha de validación:									
	Formación académica:									
	Institución a la que pertenece actualmente:									
Experiencia en el área de evaluación										
INDICADORES GENERALES	Relevancia: (La pregunta es esencial para cumplir con el objetivo de la investigación)									
	Claridad (La pregunta se comprende con facilidad: es clara, precisa, no ambigua, acorde al nivel de información y lenguaje de la persona encuestada)									
	Significancia (La pregunta tiene valor o importancia para el tema)									
	Totalidad/Integridad (La pregunta está completa, no requiere cambios)									
CONOCIMIENTO EN EL PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN VIOLENCIA FÍSICA BASADA EN GÉNERO (PERSONAS ADULTAS)				INDICADORES GENERALES	5= Muy adecuado	4=Bastante adecuado	3=Adecuado	2=Poco adecuado	1=Nada adecuado	Observaciones
¿Durante el triaje al recibir	A. Activar Código Púrpura			Relevancia						
	B. Anamnesis y Examen Físico			Claridad						

una presunta víctima de violencia física, ¿usted qué es lo primero que debe realizar?	C. Notificación a la Autoridad Competente D. Desconozco el procedimiento.	Significancia						
		Totalidad/Integralidad						
¿Si una persona violentada físicamente se encuentra en estado de crisis emocional, cómo actúa? ¿Una vez ha identificado una presunta víctima de violencia física, la anamnesis correspondiente se debe orientar a:?	A. Anamnesis y Examen Físico B. <u>Brinda primeros auxilios psicológicos</u> C. Notificación a la Autoridad Competente D. Desconozco el procedimiento. <u>A. Anamnesis orientada obtener los datos relacionados con los hechos de violencia, por una sola vez, a solas con la persona involucrada.</u> Anamnesis orientada a obtener datos relacionados con los hechos de violencia, por varias ocasiones hasta obtener detalles y en compañía de todo el equipo de salud. C. A y B. D. Desconozco el procedimiento.	Relevancia						
		Claridad						
		Significancia						
		Totalidad/Integralidad						
		Relevancia						
		Claridad						
		Significancia						
		Totalidad/Integralidad						
¿Una vez ha identificado una presunta víctima de violencia física, la anamnesis correspondiente se debe orientar a:?	A. Descripción de las lesiones en dirección cefalo-caudal. Descripción de cada lesión, su naturaleza, origen y ubicación anatómica Signos clínicos de patologías <u>D. Todas las anteriores</u>	Relevancia						
		Claridad						
		Significancia						
		Totalidad/Integralidad						

física, el examen físico correspondiente se debe orientar a:?								
Una vez ha identificado una presunta víctima de violencia física, ¿debe realizar una valoración de la salud mental?	A. Sí, se debe incluir una apreciación del estado emocional B. Si existe un profesional de salud mental este debe realizar la intervención. C. No se debe intervenir en este aspecto <u>D. A y B</u>	Relevancia						
		Claridad						
		Significancia						
		Totalidad/Integralidad						
En lo referente al diagnóstico y tratamiento, usted debe:	A. Proporcionar los procedimientos diagnósticos y terapéuticos de acuerdo a las lesiones físicas y según la capacidad resolutoria del establecimiento de salud. Según la necesidad se debe aplicar el subsistema de referencia, derivación, contra referencia, referencia inversa para asegurar la calidad, continuidad e integralidad de la atención. <u>C. A y B</u> D. Desconozco el procedimiento.	Relevancia						
		Claridad						
		Significancia						
		Totalidad/Integralidad						
¿Conoce y aplica el formulario obligatorio de notificación de casos de presunta violencia de	<u>A. Si conozco y realizo el registro</u> B. No se debe llevar un registro C. Desconozco si se debe llevar un registro	Relevancia						
		Claridad						
		Significancia						
		Totalidad/Integralidad						

género y graves violaciones a los derechos humanos, definido por la Autoridad Sanitaria Nacional?								
¿El equipo de salud debe realizar valoración psicosocial, de la situación y nivel de riesgo de violencia?	A. Si, debe realizar valoración psicosocial, de la situación y nivel de riesgo de violencia. B. No debe intervenir en esta área C. Desconozco si debe intervenir.	Relevancia						
		Claridad						
		Significancia						
		Totalidad/Integridad						
¿Conoce el plan de emergencia ante situación de peligro para la integridad de la víctima?	A. Si conozco B. Desconozco.	Relevancia						
		Claridad						
		Significancia						
		Totalidad/Integridad						
El formulario obligatorio de notificación de casos de presunta violencia de género y	A. El original se entrega al usuario, la primera copia deber retornar al establecimiento de salud para ser incluida en la historia clínica única, la segunda copia se entrega a la autoridad competente. B. El original en el establecimiento de salud, la primera copia se entrega a la autoridad competente y la segunda copia se entrega al usuario. C. El original se entrega a la autoridad competente, la primera copia se	Relevancia						
		Claridad						
		Significancia						
		Totalidad/Integridad						

graves violaciones a los derechos humanos (SNS-MSP-Form-094-2018), se emite en el siguiente orden:	entrega al usuario, la segunda copia debe retornar para ser incluida en la historia clínica única.							
¿Usted y su equipo de salud realizan seguimiento de los casos de presuntas víctimas de violencia basada en género?	A. Sí, se realiza seguimiento B. No se realiza seguimiento D. Desconozco si se debe realizar seguimiento de estos casos	Relevancia						
		Claridad						
		Significancia						
		Totalidad/Integralidad						
CONOCIMIENTO EN EL PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN VIOLENCIA PSICOLÓGICA BASADA EN GÉNERO (PERSONAS ADULTAS)		INDICADORES GENERALES	5= Muy adecuado	4=Bastante adecuado	3=Adecuado	2=Poco adecuado	1=Nada adecuado	Observaciones
¿En qué consiste la activación del código púrpura?	A. El personal de triage del equipo de salud comunica al jefe de guardia la presencia de una presunta víctima de Violencia Basada en Género. B. El personal de triage del equipo de salud comunica a la autoridad judicial competente de la presencia de una presunta víctima de Violencia Basada en Género. C. Desconozco en que consiste	Relevancia						
		Claridad						
		Significancia						
		Totalidad/Integralidad						
¿Quién puede prestar los primeros	A. El psicólogo o psiquiatra solamente B. El médico que atiende la presunta víctima de violencia	Relevancia						
		Claridad						
		Significancia						

auxilios psicológicos?	C. Cualquier profesional de la salud capacitado. D. Desconozco	Totalidad/Integridad						
¿En casos de presunta violencia psicológica basada en género, sobre que aspectos debe investigar en la anamnesis?	A. Situación familiar, interacciones y vínculos, situación económica y laboral de la familia. B. Apoyos personales, sociales, amistades con que cuenta la persona afectada C. A y B	Relevancia						
		Claridad						
		Significancia						
		Totalidad/Integridad						
¿En casos de presunta violencia psicológica basada en género, debe realizar examen físico?	A. Sí B. No C. Desconozco	Relevancia						
		Claridad						
		Significancia						
		Totalidad/Integridad						
En casos de violencia psicológica se deben realizar valoraciones subsecuentes por el personal de salud mental con la finalidad de :	A. Identificar posibles traumas y evitar autolesiones y posibles eventos autolíticos. B. No se debe realizar atención subsecuente C. Desconozco si se debe realizar atención subsecuente.	Relevancia						
		Claridad						
		Significancia						
		Totalidad/Integridad						

¿En casos de violencia psicológica quién debe brindar tratamiento, elaborar un plan terapéutico, número de sesiones, periodicidad.	A. El médico de atención primaria B. El equipo de salud C. El profesional de salud mental.	Relevancia						
		Claridad						
		Significancia						
		Totalidad/Integridad						
¿Usted y su equipo de salud llevan un registro de casos de violencia psicológica?	A. <u>Sí</u> B. No se deben registrar estos casos C. Desconozco si se debe registrar	Relevancia						
		Claridad						
		Significancia						
		Totalidad/Integridad						
Evaluar el riesgo de la violencia en presuntas víctimas de violencia psicológica permite:	A. El equipo de salud no debe evaluar el riesgo de violencia B. Para derivar a los sistemas de protección y justicia con el fin de prevenir nuevos hechos de violencia. C. Establecer diagnóstico y tratamiento	Relevancia						
		Claridad						
		Significancia						
		Totalidad/Integridad						
¿Los presuntos casos de	A. <u>Sí</u> B. No C. Desconozco	Relevancia						
		Claridad						
		Significancia						

violencia psicológica se deben derivar al Sistema Nacional de Justicia?		Totalidad/Integralidad						
¿Usted y su equipo de salud realizan seguimiento de los casos de presuntas víctimas de violencia basada en género de tipo psicológica?	A. Sí, se realiza seguimiento B. No se realiza seguimiento C. No se debe realizar seguimiento en estos casos D. Desconozco si se debe realizar seguimiento de estos casos	Relevancia						
		Claridad						
		Significancia						
		Totalidad/Integralidad						
Los principios básicos de actuación de los primeros auxilios psicológicos son:	A. Escuchar, observar conectar B. Observar, anamnesis y examen físico C. Denunciar, aconsejar, conectar	Relevancia						
		Claridad						
		Significancia						
		Totalidad/Integralidad						
CONOCIMIENTO EN EL PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN VIOLENCIA SEXUAL BASADA EN GÉNERO (PERSONAS ADULTAS)		INDICADORES GENERALES	5= Muy adecuado	4=Bastante adecuado	3=Adecuado o	2=Poco adecuado	1=Nada adecuado	Observaciones
El código púrpura debe activarse únicamente en casos de	A. Sí, solamente en casos de violencia sexual B. En casos de violencia física , psicológica y sexual C. Desconozco	Relevancia						
		Claridad						
		Significancia						
		Totalidad/Integralidad						

violencia sexual?								
Si la víctima de presunta violencia sexual llega en estado de crisis emocional, lo que debe hacer es:	A. <u>El profesional de salud capacitado proporciona primeros auxilios psicológicos.</u> B. Derivar a la presunta víctima con un profesional de salud mental para los primeros auxilios psicológicos. C. Desconozco que se debe hacer.	Relevancia						
		Claridad						
		Significancia						
		Totalidad/Integridad						
Durante la anamnesis en presuntos casos de violencia sexual, los parámetros a investigar son:	A. Intervenciones médicas, uso de medicamentos, consumo de alcohol o drogas, historia ginecológica. B. Preguntar hechos referidos a la agresión, actos realizados después de la agresión. C. <u>A y B</u> D. Desconozco cuál es el procedimiento	Relevancia						
		Claridad						
		Significancia						
		Totalidad/Integridad						
El examen físico de una presunta víctima de agresión sexual debe incluir:	A. Examen Ginecológico/Genito-Urológico Únicamente <u>B. Examen Segmentario, Ginecológico/Genito-Urológico, Proctológico (ambos sexos).</u> C. No se debe realizar examen físico. D. Desconozco cuál es el procedimiento	Relevancia						
		Claridad						
		Significancia						
		Totalidad/Integridad						
Durante la realización del examen físico a una presunta víctima de	A. <u>Contar con otro profesional durante el examen físico</u> B. No debe ingresar otro profesional distinto al que va a realizar el examen. C. Desconozco que se debe hacer.	Relevancia						
		Claridad						
		Significancia						
		Totalidad/Integridad						

agresión sexual, es necesario								
¿Las víctimas de presuntas agresiones sexuales deben recibir valoración de la salud mental?	<u>A. Sí, por profesionales de salud mental.</u> B. No deben recibir este tipo de atención C. Desconozco	Relevancia						
		Claridad						
		Significancia						
		Totalidad/Integridad						
Señale cuáles son los exámenes de laboratorio que debe realizar a una víctima de presunta agresión sexual.	A. No se deben solicitar exámenes de laboratorio en estas víctimas. B. VIH, prueba de embarazo <u>C. Biometría, perfil hepático, química sanguínea, VIH, pruebas toxicológicas, tamizaje para infecciones de transmisión sexual.</u> D. Desconozco cuál es el procedimiento	Relevancia						
		Claridad						
		Significancia						
		Totalidad/Integridad						
Conoce el procedimiento de profilaxis postexposición en casos de violencia sexual	A. SI B. NO	Relevancia						
		Claridad						
		Significancia						
		Totalidad/Integridad						
El diagnóstico serológico de	A. En las primeras 24 horas desde la agresión sexual <u>B. En menos de dos horas y siempre antes de las 72 horas de la agresión sexual</u>	Relevancia						
		Claridad						
		Significancia						

VIH debe realizarse:	C. No debe realizarse diagnóstico serológico de VIH.	Totalidad/Integridad						
	D. Desconozco cuál es el procedimiento							
La determinación serológica de Hepatitis B y C, debe realizarse:	A. Antes de 24 horas desde la agresión sexual <u>B. Antes de las 96 horas de la agresión sexual</u> C. No debe realizarse diagnóstico serológico de Hepatitis B y C D. Desconozco cuál es el procedimiento	Relevancia						
		Claridad						
		Significancia						
		Totalidad/Integridad						
La anticoncepción oral de emergencia se debe aplicar:	A. Dentro de la primera semana a dosis de 1 mg de Levonorgestrel en dosis única. <u>B. Dentro de las 72 horas de ocurrida la agresión , administrando 1.5 mg de Levonorgestrel.</u> C. No se debe administrar anticoncepción de emergencia. D. Desconozco cuál es el procedimiento	Relevancia						
		Claridad						
		Significancia						
		Totalidad/Integridad						

Datos Socio-Demográficos: 1. Edad 2. Sexo 3. Estado Civil	
Conocimiento en el procedimiento de atención integral en violencia física basada en género (personas adultas)	
4. ¿Durante el triage al recibir una presunta víctima violencia física, ¿usted qué es lo primero que debe realizar?	A. Activar Código Púrpura B. Anamnesis y Examen Físico C. Notificación a la Autoridad Competente D. Desconozco el procedimiento.
5. ¿Si una persona violentada físicamente se encuentra en estado de crisis emocional, ¿cómo actúa?	A. Anamnesis y Examen Físico B. Brinda primeros auxilios psicológicos C. Notificación a la Autoridad Competente D. Desconozco el procedimiento.
6. ¿Una vez ha identificado una presunta víctima de violencia física, la anamnesis correspondiente se debe orientar a?:	A. Anamnesis orientada obtener los datos relacionados con los hechos de violencia, por una sola vez, a solas con la persona involucrada. B. Anamnesis orientada a obtener datos relacionados con los hechos de violencia, por varias ocasiones hasta obtener detalles y en compañía de todo el equipo de salud. C. A y B. D. Desconozco el procedimiento.
7. ¿Una vez ha identificado una presunta víctima de violencia física, el examen físico correspondiente se debe orientar a?	A. Descripción de las lesiones en dirección cefalo-caudal. B. Descripción de cada lesión, su naturaleza, origen y ubicación anatómica C. Signos clínicos de patologías D. Todas las anteriores
8. Una vez ha identificado una presunta víctima de violencia física, ¿debe realizar una valoración de la salud mental?	A. Sí, se debe incluir una apreciación del estado emocional B. Si existe un profesional de salud mental este debe realizar la intervención. C. No se debe intervenir en este aspecto D. A y B
9. En lo referente al diagnóstico y tratamiento, usted debe:	A. Proporcionar los procedimientos diagnósticos y terapéuticos de acuerdo a las lesiones físicas y según la capacidad resolutoria del establecimiento de salud. B. Según la necesidad se debe aplicar el subsistema de referencia, derivación, contrarreferencia, referencia inversa para asegurar la calidad, continuidad e integralidad de la atención. C. A y B D. Desconozco el procedimiento.
10. ¿Conoce y aplica el formulario obligatorio de notificación de casos de presunta violencia de género y graves violaciones a los derechos humanos, definido por la Autoridad Sanitaria Nacional?	A. Si conozco y realizo el registro B. No se debe llevar un registro C. Desconozco si se debe llevar un registro
11. ¿El equipo de salud debe realizar valoración psicosocial, de la situación y nivel de riesgo de violencia?	A. Sí, debe realizar valoración psicosocial, de la situación y nivel de riesgo de violencia. B. No debe intervenir en esta área C. Desconozco si debe intervenir.
12. ¿Conoce el plan de emergencia ante situación de peligro para la integridad de la víctima?	A. Si conozco B. Desconozco.
13. El formulario obligatorio de notificación de casos de presunta violencia de género y graves violaciones a los derechos humanos (SNS-MSP- Form-094-2018), se emite en el siguiente orden:	A. El original se entrega al usuario, la primera copia deber retornar al establecimiento de salud para ser incluida en la historia clínica única, la segunda copia se entrega a la autoridad competente. B. El original en el establecimiento de salud, la primera copia se entrega a la autoridad competente y la segunda copia se entrega al usuario. C. El original se entrega a la autoridad competente, la primera copia se entrega al usuario, la segunda copia debe retornar para ser incluida en la historia clínica única.

14. ¿Usted y su equipo de salud realizan seguimiento de los casos de presuntas víctimas de violencia basada en género?	A. Sí, se realiza seguimiento B. No se realiza seguimiento C. Desconozco si se debe realizar seguimiento de estos casos
Conocimiento en el procedimiento de atención integral en violencia psicológica basada en género (personas adultas)	
15. ¿En qué consiste la activación del código púrpura?	A. El personal de triage del equipo de salud comunica al jefe de guardia la presencia de una presunta víctima de violencia basada en género. B. El personal de triage del equipo de salud comunica a la autoridad judicial competente de la presencia de una presunta víctima de Violencia Basada en Género. C. Desconozco en que consiste
16. ¿Quién puede prestar los primeros auxilios psicológicos?	A. El psicólogo o psiquiatra solamente B. El médico que atiende la presunta víctima de violencia C. Cualquier profesional de la salud capacitado. D. Desconozco
17. ¿En casos de presunta violencia psicológica basada en género, sobre qué aspectos debe investigar en la anamnesis?	A. Situación familiar, interacciones y vínculos, situación económica y laboral de la familia. B. Apoyos personales, sociales, amistades con que cuenta la persona afectada C. A y B
18. ¿En casos de presunta violencia psicológica basada en género, debe realizar examen físico?	A. Sí B. No C. Desconozco
19. En casos de violencia psicológica se deben realizar valoraciones subsecuentes por el personal de salud mental con la finalidad de:	A. Identificar posibles traumas y evitar autolesiones y posibles eventos autolíticos. B. No se debe realizar atención subsecuente C. C. Desconozco si se debe realizar atención subsecuente.
20. ¿En casos de violencia psicológica quién debe brindar tratamiento, elaborar un plan terapéutico, número de sesiones, periodicidad?	A. El médico de atención primaria B. El equipo de salud C. El profesional de salud mental.
21. ¿Usted y su equipo de salud llevan un registro de casos de violencia psicológica?	A. Sí B. No se deben registrar estos casos C. Desconozco si se debe registrar
22. Evaluar el riesgo de la violencia en presuntas víctimas de violencia psicológica permite:	A. El equipo de salud no debe evaluar el riesgo de violencia B. Para derivar a los sistemas de protección y justicia con el fin de prevenir nuevos hechos de violencia. C. Establecer diagnóstico y tratamiento
23. ¿Los presuntos casos de violencia psicológica se deben derivar al Sistema Nacional de Justicia?	A. Sí B. No C. Desconozco
24. ¿Usted y su equipo de salud realizan seguimiento de los casos de presuntas víctimas de violencia basada en género de tipo psicológica?	A. Sí, se realiza seguimiento B. No se realiza seguimiento C. No se debe realizar seguimiento en estos casos D. Desconozco si se debe realizar seguimiento de estos casos
25. Los principios básicos de actuación de los primeros auxilios psicológicos son:	A. Escuchar, observar conectar B. Observar, anamnesis y examen físico C. Denunciar, aconsejar, conectar
Conocimiento en el procedimiento de atención integral en violencia sexual basada en género (personas adultas)	
26. ¿El código púrpura debe activarse únicamente en casos de violencia sexual?	A. Sí, solamente en casos de violencia sexual B. En casos de violencia física, psicológica y sexual C. Desconozco
27. Si la víctima de presunta violencia sexual llega en estado de crisis emocional, lo que debe hacer es:	A. El profesional de salud capacitado proporciona primeros auxilios psicológicos. B. Derivar a la presunta víctima con un profesional de salud mental para los primeros auxilios psicológicos. C. Desconozco que se debe hacer.

28. Durante la anamnesis en presuntos casos de violencia sexual, los parámetros a investigar son:	A. Intervenciones médicas, uso de medicamentos, consumo de alcohol o drogas, historia ginecológica. B. Preguntar hechos referidos a la agresión, actos realizados después de la agresión. C. A y B D. Desconozco cuál es el procedimiento
29. El examen físico de una presunta víctima de agresión sexual debe incluir:	A. Examen Ginecológico/Genito-Urológico Únicamente B. Examen Segmentario, Ginecológico/Genito-Urológico, Proctológico (ambos sexos). C. No se debe realizar examen físico. D. Desconozco cuál es el procedimiento
30. Durante la realización del examen físico a una presunta víctima de agresión sexual, es necesario	A. Contar con otro profesional durante el examen físico B. No debe ingresar otro profesional distinto al que va a realizar el examen. C. Desconozco que se debe hacer.
31. ¿Las víctimas de presuntas agresiones sexuales deben recibir valoración de la salud mental?	A. Sí, por profesionales de salud mental. B. No deben recibir este tipo de atención C. Desconozco
32. Señale cuáles son los exámenes de laboratorio que debe realizar a una víctima de presunta agresión sexual.	A. No se deben solicitar exámenes de laboratorio en estas víctimas. B. VIH, prueba de embarazo C. Biometría, perfil hepático, química sanguínea, VIH, pruebas toxicológicas, tamizaje para infecciones de transmisión sexual. D. Desconozco cuál es el procedimiento
33. Conoce el procedimiento de profilaxis post-exposición en casos de violencia sexual	A. SI B. NO
34. El diagnóstico serológico de VIH debe realizarse:	A. En las primeras 24 horas desde la agresión sexual B. En menos de dos horas y siempre antes de las 72 horas de la agresión sexual C. No debe realizarse diagnóstico serológico de VIH. D. Desconozco cuál es el procedimiento
35. La determinación serológica de Hepatitis B Y C, debe realizarse:	A. Antes de 24 horas desde la agresión sexual B. Antes de las 96 horas de la agresión sexual C. No debe realizarse diagnóstico serológico de Hepatitis B y C D. Desconozco cuál es el procedimiento
36. La anticoncepción oral de emergencia se debe aplicar:	A. Dentro de la primera semana a dosis de 1 mg de Levonorgestrel en dosis única. B. Dentro de las 72 horas de ocurrida la agresión, administrando 1.5 mg de Levonorgestrel. C. No se debe administrar anticoncepción de emergencia. D. Desconozco cuál es el procedimiento

Anexo F. Formulario de consentimiento informado

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	
Título de la investigación:	Nivel de conocimiento en atención integral a víctimas de violencia basada en género en médicos rurales de la provincia de Morona Santiago 2023.
Datos del equipo de investigación:	
Nombres completos del investigador:	Andrea Del Cisne Luna Herrera
Cédula de identidad:	1104613011
Institución a la que pertenece:	Universidad de Cuenca
¿De qué se trata este documento?	
Usted está invitado(a) a participar en este estudio que se realizará en médicos que cursan el año de salud rural en la provincia de Morona Santiago, en distrito de salud 14D01 en 2023. En este documento llamado "consentimiento informado" se explica las razones por las que se realiza el estudio, cuál será su participación y si acepta la invitación. También se explica los posibles riesgos, beneficios y sus derechos en caso de que usted decida participar. Después de revisar la información en este Consentimiento y aclarar todas sus dudas, tendrá el conocimiento para tomar una decisión sobre su participación o no en este estudio. No tenga prisa para decidir. Si es necesario, lleve a la casa y lea este documento con sus familiares u otras personas que son de su confianza.	
Introducción:	
Esta investigación se desprende de la necesidad de articular correctamente en las instituciones de salud pública con las encargadas de la administración de justicia, específicamente en las circunstancias que tienen que ver con víctimas de violencia basada género, toda vez que los establecimientos de salud de primer nivel de atención son generalmente el primer punto de contacto al que acuden en busca de asistencia médica luego de una agresión física, este escenario no solo permite que las personas accedan a los servicios de salud sino que también y no menos importante puedan derivarse el caso de forma oportuna a las autoridades judiciales competentes, con el fin de que se inicien las investigaciones correspondientes en derecho y de ser el caso se efectivice el resarcimiento de los derechos vulnerados esto es de capital importancia para la protección de víctimas de violencia. El Ministerio de Salud Pública del Ecuador en 2019 ha establecido la Norma Técnica de Atención integral a víctimas de violencia basada en género y graves violaciones a los Derechos Humanos del Ministerio de Salud Pública del Ecuador que da las pautas para la atención de casos de violencia de género y graves violaciones a los derechos humanos. Es importante que los médicos que conocen este tipo de casos se encuentren capacitados en la ejecución de estos protocolos con el objetivo de contribuir a la protección de víctimas.	
Objetivos del estudio:	
Con este estudio se pretende determinar el nivel conocimiento en atención integral a víctimas de violencia basada en género, esto nos permitirá más adelante determinar las fortalezas de este importante sector de atención sanitaria; así como, las debilidades con la finalidad de proponer mecanismos de refuerzo.	
Descripción de los procedimientos:	
Se aplicará un cuestionario de 33 preguntas de carácter cerrado, que constará de cuatro secciones o apartados: el primero, recogerá datos sociodemográficos de los participantes que	

serán considerados posibles factores asociados al nivel de conocimiento; y otros tres apartados evaluarán el nivel de conocimiento de médicos en el procedimiento de atención integral en personas adultas, víctimas de violencia basada en género.
Riesgos y beneficios:
La aplicación del cuestionario no implica riesgos físicos, los riesgos emocionales o sociológicos depende de la percepción del encuestado y de considerarlo nocivo para sí mismo puede dentro de la autonomía desistir de continuar en la participación. Se garantiza la confidencialidad de los datos del participante ya que no se tomarán nombres, únicamente serán codificados. Los beneficios a mediano plazo para los participantes y será la propuesta a las autoridades sanitarias del reforzamiento en capacitación continua que permita a los profesionales con conocimiento técnico garantizar la salud y seguridad de las víctimas basada en género, por lo que este grupo vulnerable también será beneficiado.
Otras Opciones si no participa en el estudio:
Quienes cumplan los criterios de inclusión y deseen participar lo harán de forma voluntaria, así como tienen la libertad de negar su participación en cualquier etapa de la investigación mediante la revocatoria del consentimiento informado.
Derechos de los participantes
Usted tiene derecho a: 1) Recibir la información del estudio de forma clara; 2) Tener la oportunidad de aclarar todas sus dudas; 3) Tener el tiempo que sea necesario para decidir si quiere o no participar del estudio; 4) Ser libre de negarse a participar en el estudio, y esto no traerá ningún problema para usted; 5) Ser libre para renunciar y retirarse del estudio en cualquier momento; 6) Recibir cuidados necesarios si hay algún daño resultante del estudio, de forma gratuita, siempre que sea necesario; 7) El respeto de su anonimato (confidencialidad); 8) Que se respete su intimidad (privacidad); 9) Recibir una copia de este documento, firmado y rubricado en cada página por usted y el investigador; 10) Tener libertad para no responder preguntas que le molesten; 11) Estar libre de retirar su consentimiento para utilizar o mantener el material biológico que se haya obtenido de usted, si procede; 12) Contar con la asistencia necesaria para que el problema de salud o afectación de los derechos que sean detectados durante el estudio, sean manejados según normas y protocolos de atención establecidas por las instituciones correspondientes; Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.
Manejo del material biológico recolectado (si aplica):
No hay uso de material biológico en este estudio.
Información de contacto:
Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame al siguiente teléfono 0979082411 que pertenece a <u>Andrea Del Cisne Luna Herrera</u> o envíe un correo electrónico a andread.luna@ucuenca.edu.ec .

Anexo G. Carta de Interés de la Dirección Distrital 14D01



Ministerio de Salud Pública
CZ6 Dirección Distrital 14D01 - SALUD

Memorando Nro. MSP-CZ6-DD14D01-2022-5819-M

Macas, 08 de noviembre de 2022

PARA: Mgtr. Andrea del Cisne Luna Herrera

ASUNTO: SOLICITUD DE AUTORIZACION PARA EJECUCIÓN DE TRABAJO
DE TITULACIÓN Documento No. MSP-CZ6-14D01-VAU-2022-0662-E

De mi consideración:

Ante la solicitud de la Dra. Andrea del Cisne Luna Herrera, con C.I. 1104613011, Maestrante de Medicina Legal y Forense de la Universidad de Cuenca, con Documento No. MSP-CZ6-14D01-VAU-2022-0662-E ingresado por ventanilla Única, para la realización del proyecto de investigación denominado "Nivel de conocimiento en atención integral a víctimas de violencia basada en género en médicos rurales del Distrito 14D01", por lo cual es necesario aplicar instrumentos de investigación como encuestas, la misma que tiene fines académicos.

En este contexto, me permito indicar que se concede *la autorización solicitada*, con lo cual se ratifica la colaboración que la maestrante tendrá durante la realización de su investigación.

Particular que comunico para los fines pertinentes.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

BQ. Alva Mariela Rivadeneira Noriega
DIRECTORA DISTRITAL 14D01 - SALUD

Referencias:

- MSP-CZ6-DD14D01-2022-5613-M

Anexos:

- informacion0904321001666099206.pdf
- andrea_luna0055383001666098609.pdf

Copia:

Sra. Med. Evelyn Melissa Vera Llor
Responsable del Proceso de Provisión y Calidad de los Servicios a e

Dirección: Julio Arteaga s/n Av. La Ciudad y Justo Elías Ortíz. Código Postal: 140101/Macas
Teléfono: 593-2700025/2700431 - www.salud.gob.ec

Documento firmado electrónicamente por Quijux



1/2

Andrea Del Cisne Luna Herrera

Anexo H. Carta Dictamen del Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos No. CEISH-UC-2023-019EO-MST-MLF (21-03-2023)

CARTA DE DICTAMEN Nro. CEISH-UC-2023-143

Cuenca, 23 de marzo de 2023

Señor/a:
ANDREA DEL CISNE LUNA HERRERA
Universidad de Cuenca

ASUNTO: REVISIÓN DE PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

Por medio de la presente y una vez que el protocolo de investigación presentado por el (la) Sr (a). ANDREA DEL CISNE LUNA HERRERA, que titula "Nivel de conocimiento en atención integral a víctimas de violencia basada en género en médicos rurales de la provincia de Morona Santiago 2022-2023", ha ingresado al Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Universidad de Cuenca (CEISH-UC), con fecha 07/02/2023 (primera versión), y cuyo código asignado es CEISH-UC-2023-019EO-MST-MLF, luego de haber sido revisado y evaluado en la sesión ordinaria Nro. 011 con fecha 21 de marzo de 2023, dicho proyecto está **APROBADO** para su ejecución en el Morona Santiago, Distrito de Salud 14D01, al cumplir con todos los requerimientos éticos, metodológicos y jurídicos establecidos por el reglamento vigente para tal efecto.

Como respaldo de lo indicado, reposan en los archivos del CEISH-UC, tanto los requisitos presentados por el investigador, así como también los formularios empleados por el comité para la evaluación del mencionado estudio.

En tal virtud, los documentos aprobados sumillados del CEISH-UC que se adjuntan en físico al presente informe son los siguientes:

- Solicitud de aprobación
- Copia del Protocolo de investigación, que consta de 19 páginas
- Documento de consentimiento informado
- Declaración de confidencialidad
- Hoja de Vida de Investigador
- Carta de interés institucional por el tema de estudio

Cabe indicar que la información de los requisitos presentados es de responsabilidad exclusiva del investigador, quien asume la veracidad, originalidad y autoría de los mismos.

Es necesario que se tome en cuenta los siguientes aspectos:

1. El Comité no se responsabiliza por cualquiera de los posibles eventos por el manejo inadecuado de la información, lo cual es de entera responsabilidad de los investigadores.
2. Cualquier modificación en el protocolo, debe solicitar la aprobación de las enmiendas dentro de las siguientes veinte y cuatro (24) horas, de acuerdo al formato disponible en la página web <https://www.ucuenca.edu.ec/ceish>
3. Los investigadores son responsables de la ejecución correcta y ética de la investigación, respetando los documentos y condiciones aprobadas por el Comité, así como la legislación vigente aplicable y los estándares nacionales e internacionales en la materia.
4. El incumplimiento de estas responsabilidades podrá ser motivo de revocatoria de esta aprobación.

Así también se recuerda las obligaciones que el investigador principal y su equipo deben cumplir durante y después de la ejecución del proyecto:

Dirección: Av. El Paraíso s/n. junto al Hospital Vicente Corral Moscoso. Telf: 593-7-4051000 Ext.: 3165
Web: <https://www.ucuenca.edu.ec/ceish>
Correo: ceish@ucuenca.edu.ec
Cuenca - Ecuador