

UCUENCA

Universidad de Cuenca

Facultad de Ciencias Médicas

Maestría en Enfermería Familiar y Comunitaria

CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DEL PERSONAL DE ENFERMERIA EN LA ATENCIÓN A MUJERES VICTIMAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR DEL DISTRITO 03D01 DE LA PROVINCIA DEL CAÑAR, 2022


Trabajo de titulación previo a la obtención del
título de Magíster en Enfermería Familiar y
Comunitaria

Autora:

Miriam Guadalupe Rivas Chuya

Directora:

Venus Elizabeth Medina Maldonado

ORCID: 0000-0003-4260-6230

Cuenca Ecuador

2023-06-09

Resumen

La violencia contra la mujer es un problema de salud pública que perturba su bienestar. Enfermería deberá estar preparada para su atención, demostrando conocimientos científicos y actitudes apropiadas.

Objetivo: Determinar las asociaciones existentes entre nivel de conocimiento, actitudes y factores sociodemográficos del personal de enfermería en la atención a las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar del distrito 03D01.

Metodología: se aplicó un diseño analítico transversal cuantitativo, cuyo universo fue el personal de enfermería del primer y segundo nivel del distrito 03D01, correspondiendo a 287 personas. Se utilizó dos instrumentos validados que contenían el cuestionario de conocimientos y la escala de actitudes. Los datos fueron analizados en el programa estadístico PSPV versión 1.4.

Resultados: el 64.8% se encuentran entre 30 a 59 años, 87.8% son del sexo femenino y 42.2% de estado civil soltero. El 61.7% laboran como licenciados en enfermería, 21.3% auxiliares, 10.1% internos(as) de enfermería y el 6.6% rurales de enfermería. El nivel de conocimiento es medio en el 45.6% y el 96.2% posee actitud favorable. Existió relación estadísticamente significativa entre nivel de conocimiento e instrucción ($p < 0.001$); actitudes y años de experiencia ($p < 0.001$); actitudes e instrucción ($p < 0.015$); no existió relación entre conocimientos y actitudes ($p = 0.423$)

Conclusiones: el personal de enfermería posee un nivel de conocimiento medio y actitud favorable para la atención a víctimas de violencia. No existe relación entre el nivel de conocimientos y actitudes. El nivel de instrucción se relaciona con: nivel de conocimientos y actitud y años de experiencia solamente con la actitud.

Palabras clave: actitud, conocimiento, violencia contra la mujer, enfermería

Abstract:

Violence against women is a public health problem that disturbs their well-being. Nursing must be prepared for their attention, demonstrating scientific knowledge and appropriate attitudes.

Objective: To determine the existing associations between the level of knowledge, attitudes and sociodemographic factors of the nursing staff in the care of women victims of domestic violence in the 03D01 district.

Methodology: a quantitative cross-sectional analytical design was applied, whose universe was the first and second level nursing staff of the 03D01 district, corresponding to 287 people. Two validated instruments containing the knowledge questionnaire and the attitude scale were used. The data were analyzed in the statistical program PSPP version 1.4.

Results: 64.8% are between 30 and 59 years old, 87.8% are female and 42.2% are single. 61.7% work as nursing graduates, 21.3% assistants, 10.1% nursing interns and 6.6% rural nursing. The level of knowledge is medium in 45.6% and 96.2% have a favorable attitude. There was a statistically significant relationship between level of knowledge and instruction ($p = <0.001$); attitudes and years of experience ($p = <0.001$); attitudes and instruction ($p = <0.015$); there was no relationship between knowledge and attitudes ($p = 0.423$)

Conclusions: the nursing staff has a medium level of knowledge and a favorable attitude to care for victims of violence. There is no relationship between the level of knowledge and attitudes. The level of instruction is related to the level of knowledge and attitude and years of experience with attitude.

Keywords: attitude, knowledge, violence against women, nursing

Índice de contenido

Abstract:.....	3
Introducción	7
Planteamiento del problema.....	9
Justificación	11
Fundamento teórico	13
Violencia intrafamiliar: concepto.....	13
Conocimientos y actitudes del personal de enfermería en la atención a las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar.....	13
Años de experiencia y nivel de instrucción laboral como factores influyentes en el conocimiento y actitud del personal de enfermería	16
Hipótesis	18
Objetivos.....	19
Objetivo general	19
Objetivos específicos	19
Diseño metodológico.....	20
Resultados.....	22
Discusión	31
Conclusiones	33
Recomendaciones	34
Referencias.....	35
Anexos.....	38
Anexo A: Matriz de operacionalización de variables.....	38
Anexo B: Formulario de recolección de datos.....	41
Anexo C: Consentimiento informado	47

AGRADECIMIENTO

Primeramente, doy gracias a Dios, dador de vida y creador de todo cuanto hay en el mundo, en su infinito amor me ha bendecido con vida y salud para poder culminar la Maestría.

En segunda instancia agradezco a la Universidad de Cuenca por abrirme sus puertas, tanto, en el pregrado y ahora en el posgrado, permitiéndome crecer profesionalmente y ejercer mi labor con calidad, su exigencia me ha llevado a un accionar ético en todos los escenarios que se ha presentado en mi vida laboral.

También expreso mi gratitud a todos los docentes que nos han impartido sus conocimientos, de manera especial a la Lcda. Gladys Robalino, quien, con su enorme paciencia, pero sobre todo amor a sus maestrantes, ha sido la intercesora para que todas terminemos exitosamente la Maestría.

Agradezco al Distrito 03D01 por permitirme aplicar las encuestas para la realización de la tesis.

Me es imprescindible, además, agradecer profundamente a la Lcda. Diana Crespo, líder del departamento de Neonatología del Hospital Homero Castanier Crespo, quien fue un pilar fundamental para la realización de la Maestría, sin su apoyo este sueño jamás lo hubiera llevado a cabalidad, sinceramente gracias.

Deseo hacer un reconocimiento al apoyo que me han brindado todas y cada una de las compañeras, pues con su ayuda especialmente moral han sido participes en este arduo camino recorrido. No podría dejar de mencionar a Maluli, quien se convirtió en una amiga incondicional y compañera de aventuras en nuestras practicas comunitarias, gracias por esos momentos memorables.

Finalmente expreso mi más sincero y eterno agradecimiento a mi madre, pues, mi presente, mi pasado y mi futuro se lo debo a ella, no alcanzara una sola vida para agradecerle.

DEDICATORIA

El presente trabajo está dedicado a mi familia:

A mis hijos, Steven, Micaela y Rouse tres angelitos juguetones que me inspiran a alcanzar mis más grandes sueños.

A mi madre y hermanos, personas que dios me ha impuesto para el disfrute de una vida familiar plena.

A mi esposo, quien con su inmensa paciencia ha sido participe para el alcance de este sueño.

A mis amigas (os) que han sido mis cojines de quejas.

INTRODUCCION

La violencia intrafamiliar es el conjunto de actitudes o comportamientos de abuso de un miembro de la familia contra otro, en la que se afecta su integridad física y psicológica; teniendo como objetivo el control del familiar violentado, que presenta un carácter sistemático y se encuentra en su base el establecimiento de relaciones interpersonales deficientes, sin un sistema de comunicación adecuado y con patrones de comportamientos aprendidos en su subjetividad típicos de violencia (1).

Dentro de esta problemática, la mujer es en mayor medida la principal víctima, siendo violentada por lo general por su pareja. Esta situación ha estado presente continuamente en la sociedad de la cual formamos parte, muchas de las veces esto ha estado referenciada por el reparto de poder en el cual se ha priorizado al hombre y no a la mujer por el sencillo hecho de serlo (2).

En este fatídico escenario al ser un problema de salud pública, el personal de enfermería posee una amplia responsabilidad en su abordaje, para lo cual, sus conocimientos y actitudes son determinantes al momento de interactuar con los usuarios, por lo tanto, al ser aplicadas correctamente permitirán conjuntamente con el equipo multidisciplinario de salud ofrecer una atención de calidad.

Con el objetivo de disminuir esta problemática en el mundo entero se han tomado varias medidas dirigidas a la lucha contra este fenómeno; así en el Ecuador se han instituido leyes que protegen a la mujer siendo la última la siguiente: Ley orgánica integral para prevenir y erradicar la violencia contra las mujeres, que tiene por objeto prevenir y erradicar todo tipo de violencia contra las mujeres: niñas, adolescentes, jóvenes, adultas y adultas mayores, en toda su diversidad, en los ámbitos público y privado. Para tal efecto, se establecen políticas integrales, mecanismos para el monitoreo, seguimiento y evaluación; y, medidas para la prevención, atención, protección y reparación integral de las víctimas, así como también, la reeducación de la persona agresora, con el fin de garantizar a los sujetos de protección de esta Ley, una vida libre de violencia, que asegure el ejercicio pleno de sus derechos (3).

Sin embargo, dicha ley se va distorsionando y tomando la forma de una utopía, sumándose cada vez, situaciones que complican dicha problemática, tal como, la pandemia causada por Covid-19 que ha desarrollado, confinamientos, limitaciones a la movilidad, estrés e incertidumbre económica, causando un crecimiento alarmante de la violencia contra las mujeres exponiéndolas aún más, a otras maneras de maltrato, partiendo desde del matrimonio infantil hasta el acoso sexual online, además, provoca un retroceso en lo poco que se ha avanzado a lo largo de estos últimos años.

Ante este contexto en la agenda 2030, se establecieron los 17 objetivos del milenio, en donde,

el quinto hace referencia a trabajar por la igualdad de género y empoderamiento de las mujeres y niñas, enfatizando en que la igualdad entre los géneros no es solo un derecho humano fundamental sino la base necesaria para conseguir un mundo pacífico, próspero y sostenible. Si se facilita a las mujeres y niñas igualdad en el acceso a la educación, atención médica, un trabajo decente y representación en los procesos de adopción de decisiones políticas y económicas, se impulsarán las economías sostenibles y se beneficiará a las sociedades y a la humanidad en su conjunto (4).

Actualmente el número de casos detectados por parte del personal sanitario es mínimo, pues, al momento de la consulta pocos interrogan intencionalmente sobre el tema (5), ya sea por factores propios de la víctima (vergüenza, temor, culpa) (6) que le impiden hacer la respectiva denuncia o por parte del personal de salud como el hecho de no tener conocimientos suficientes para llevar los casos, poca sensibilización, exceso de actividades laborales etc.

Circunstancias que obstaculizan el cumplimiento de las estrategias encaminadas a disminuir la prevalencia de la violencia en el seno familiar, cultural y social. Es por lo tanto preciso la realización de estudios dirigidos a identificar el nivel de conocimientos y actitudes que posee el personal de enfermería, lo que, permitirá construir o redireccionar planes y/o normas que cubran estas brechas, obteniendo beneficios a corto y largo plazo tanto para las víctimas como para el personal de salud.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Organizaciones internacionales han declarado que una de cada tres mujeres sufre violencia en algún momento de su vida, por lo que se ha convertido en una “pandemia silenciosa” (7). De igual manera en los países latinoamericanos los datos estadísticos son elevados, es así como Honduras, República Dominicana, El Salvador, Bolivia y Brasil, se localizan en los primeros cinco lugares de mayor incidencia de este problema.

En el Ecuador el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, aplicó una encuesta denominada “ENVIGMU 2019” en la cual, se mostró una predominancia del 64.9% de casos de violencia total hacia la mujer del cual, prevalecía en un 56,9% del subtipo física, un 35.4% la psicológica, 32,7% violencia sexual y el 16.4% la violencia patrimonial. A nivel provincial, el 79,2% pertenece al Azuay seguido de Morona Santiago con un 78,9%, en tercer lugar, Napo con un 77.7% y Cañar en cuarto lugar con 74.9% (8).

En las emergencias, las normas que regulan la conducta social son debilitadas y los sistemas sociales tradicionales colapsaron en tal virtud, con la aparición del COVID 19 se incrementó dicha problemática, dando altos índices estadísticos relacionados a violencia intrafamiliar en todos los países latinoamericanos, destacando Chile con un 70% de casos, seguido con un 60% México, a continuación Brasil con un 50% de denuncias por parte de las víctimas, y por último Argentina con un incremento de 39% de casos, en el caso de Ecuador hubo un aumento de violencia física, psicológica y sexual (9).

Con respecto a expresar las situaciones de violencia, las mujeres, regularmente lo hacen de manera informal con amigos o vecinos, luego acuden a los espacios de salud (10), antes que, a la justicia penal o servicios sociales, ya que, el sistema sanitario les genera más confianza. Por esta razón, el personal de enfermería debe estar preparado para dar una respuesta adecuada a la usuaria para apoyar a canalizar de forma expedita la situación que se encuentre experimentando la persona y garantizar su derecho a una vida libre de violencia.

En relación con el tema, se analizaron estudios relacionados internacionales con el nivel de conocimientos y actitudes del personal reseñando lo siguiente: nivel de conocimiento medio(10-12), actitudes inapropiadas (13) y una investigación obtuvo una actitud sensibilizada (14).

Dichas investigaciones dejan al descubierto la necesidad de abordar al profesional de salud en búsqueda de la situación real aproximada de conocimientos y actitudes de los mismos acerca de un problema de gran relevancia y magnitud en diferentes esferas, tales como la social, económica, de salud pública y psicosocial, debido a su impacto en la vida de todos los involucrados. Por tal motivo se estableció como pregunta de investigación:

¿Cuál es el nivel de conocimientos y actitudes del personal de enfermería en la atención a las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar del distrito 03D01, 2022?

¿Qué asociación existe entre el conocimiento y la actitud del personal de enfermería en la atención a mujeres víctimas de violencia intrafamiliar?

¿Cuál es la relación entre el nivel de instrucción y años de experiencia con el conocimiento y actitud del personal de enfermería en la atención a las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar?

JUSTIFICACION

La investigación apunta a identificar las asociaciones existentes entre nivel de conocimiento, actitudes y factores sociodemográficos del personal de enfermería en la atención a las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar, su principal motivo está relacionado con la complejidad y la problemática que representa no solo a nivel local sino mundial.

El estudio responde a las necesidades del estado ecuatoriano bajo la última ley aprobada en el 2018 denominada: Ley orgánica integral para prevenir y erradicar la violencia contra las mujeres, así como, a las necesidades a nivel local quienes trabajan bajo la premisa de la misma ley mediante el consejo cantonal de protección de derechos de Azogues (3).

Conscientes de que la violencia puede evitarse y su prevención es una condición indispensable y fundamental para garantizar el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, se establece al personal de enfermería como clave en la atención de las mismas, debido a su accesibilidad en la relación con el paciente. Resultando imprescindible mostrar un amplio conocimiento científico y una actitud abierta y receptiva que facilite la verbalización del problema y permita establecer una relación de confianza, ya que, con frecuencia las víctimas son descalificadas, malentendidas e incluso objeto de maltrato institucional por el solo hecho de buscar ayuda.

Una vez confirmadas las sospechas de violencia debe realizarse un abordaje interdisciplinar del caso y poner en marcha todos los dispositivos sociosanitarios disponibles (15).

En este contexto, el presente estudio dio a conocer la situación actual sobre el nivel de conocimientos y el tipo de actitudes que aplica el personal de enfermería en el proceso de atención a las mujeres que son víctimas de violencia, siendo un punto de partida para el fortalecimiento y mejora en el cuidado de las mismas, de tal manera que, ninguna mujer tenga miedo de ser atendida, estigmatizada o revictimizada, al momento de exteriorizar su caso a razón de un maltrato sufrido intrafamiliarmente.

Esta investigación tiene gran relevancia en el área científica, sirviendo de base para el desarrollo de proyectos encaminados a mejorar la calidad de los cuidados, solventándose los aspectos relacionados con beneficios que obtendrá la sociedad, que continuamente es vulnerable, sobre todo las mujeres víctimas de maltrato en el núcleo familiar.

En el ámbito económico es de conocimiento público, que, los recursos dirigidos a la atención a este grupo son altos, por lo tanto, la prevención y atención temprana de los casos de violencia contribuirán a minimizar dichos gastos a nivel nacional.

Los beneficiarios de este trabajo investigativo son el personal de salud que trabaja en el primer y segundo nivel de atención sanitario, específicamente al personal de enfermería, a quienes se dará a conocer los respectivos resultados que arrojará el presente estudio, siendo de

interés, tanto en el presente como en el futuro, debido a que los resultados obtenidos pueden ser de utilidad como aporte a proyectos por realizar. Por otro lado, las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar podrán ser beneficiarios indirectos al recibir una atención más integradora por parte del personal de enfermería.

Los resultados serán entregados a manera de informe final en el Distrito 03D01 de la provincia del Cañar y serán difundidos en ponencias en los congresos que se llevan a cabo en el Hospital Homero Castanier Crespo u otros.

El estudio consta en las prioridades de investigación del MSP 2013-2017 al área de investigación del sistema nacional de salud, cuya línea corresponde a calidad de la atención, prestación y sistemas de apoyo y sublínea definida de calidad de atención y costos, en cuanto a las líneas de investigación de la Facultad de Ciencias Médicas se engloba en la Gestión y Administración de servicios de salud.

FUNDAMENTO TEÓRICO

1. Violencia intrafamiliar: concepto

A lo largo de la historia se ha querido justificar y legitimar, las más atroces agresiones dentro de las familias dejando a las personas agredidas en la más absoluta desolación y aislamiento. Gracias a la sensibilidad de muchas personas y a un sabio sentido común que hacía evidente que el maltrato generaba sufrimiento y pérdida de las capacidades para enfrentar mejor el mundo, se generó nuevos conocimientos que empezaron a confirmar lo que se presumía: la violencia dentro de las familias no sólo generaba graves consecuencias en el potencial vital de las personas, sino que se aprendía de generación a generación a ser víctima o agresor (16).

En la mayoría de los casos es la mujer la principal víctima de violencia dentro del núcleo familiar, siendo su pareja el mayor perpetrador. Dicha situación se ha visto en aumento, principalmente ante la presencia de desastres, en este sentido en el tiempo del COVID 19 sobresalió las solicitudes de auxilio de las víctimas de violencia generada por parte del hombre hacia la mujer y en el Ecuador, hubo un aumento de violencia física, psicológica y sexual (9).

En la legislación Ecuatoriana la Ley contra la Violencia contra la Mujer y la Familia define la Violencia intrafamiliar en el Artículo 2: Se considera Violencia intrafamiliar toda acción u omisión que consista en maltrato físico, psicológico o sexual, ejecutado por un miembro de la familia en contra de la mujer o demás integrantes del núcleo familia (3).

2. Conocimientos y actitudes del personal de enfermería en la Atención a las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar

La atención de enfermería se define como el proceso que forma una parte esencial en la restauración y recuperación del paciente para brindar cuidados de calidad de forma oportuna y productiva, da respuesta a los problemas reales o potenciales de salud del individuo, la familia y la comunidad, es la aplicabilidad del método científico al quehacer de enfermería. Exige habilidades y destrezas afectivas, cognitivas y motrices para observar, valorar, decidir, realizar, evaluar e interactuar con otros, así como, la necesidad de tener conocimientos de las ciencias biológicas, sociales y del comportamiento (17).

El accionar de enfermería en la atención a mujeres víctimas de violencia intrafamiliar puede ser de gran importancia para la prevención y solución de dicha problemática. Los profesionales de la salud, principalmente enfermería es considerado un grupo en excelente posición para el abordaje y ayuda de las víctimas de malos tratos. Llegando a ser, el puente que une con los demás eslabones, como serían los profesionales que se encargan de

colaborar con las afectadas (médicos, psicólogos, psiquiatras, policías, jueces, asistentes sociales) ya que este problema requiere una actuación multidisciplinar (18).

En este contexto el personal de enfermería deberá abordar ampliamente a la usuaria víctima de violencia intrafamiliar aplicando un conocimiento altamente científico, puesto que, al verse la mujer en una situación de peligro por lo general lo exteriorizan con algún familiar o vecino (7) pero al comprender que la situación atenta su salud la institución más valorada y que más confianza genera en la mujer que denuncia es la sanitaria (10).

Para tal efecto de abordaje holístico se ha tomado medidas por parte de los diferentes países, así, en el Ecuador se instituyó un manual de Normas y protocolos de atención Integral de la violencia de género, intrafamiliar y sexual por ciclos de vida que constituyen una guía de uso en el ámbito intersectorial y de aplicación obligatoria para las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud. Estableciendo que las responsabilidades del personal de salud se basan en los deberes y responsabilidades de las ecuatorianas (os) contemplados en la Constitución del 2008, mencionando los conocimientos y habilidades básicas que debe tener el personal de salud (19).

De esta manera se instituyen documentos arraigados al margen científico que otorgan conocimientos y actitudes apropiadas de atender a las usuarias (os) desde su identificación, atención, derivación y acompañamiento para todo el personal de salud.

A estas acciones se suman varios contextos creados y direccionados a disminuir las estadísticas de muerte de la mujer a causa de la violencia intrafamiliar, métodos y estrategias que se visualizan en los diferentes medios de comunicación, instituciones públicas y privadas, centros de acogida a la mujer, instituciones educativas etc.

Sin embargo, a pesar de existir las directrices necesarias para la actuación en este escenario, el conocimiento no es el deseado. Perojo (20), en su estudio determino que los conocimientos sobre violencia contra la mujer en los profesionales de la atención primaria tienen un limitado alcance para afrontar las disímiles manifestaciones de este fenómeno en función de un accionar comunitario transformador, a partir de la realización de acciones de prevención y promoción de salud que permitan análisis y comprensión de actividades de prevención con una visión intersectorial.

Amalia et al. (10) en su investigación con el título Violencia intrafamiliar: profesional de enfermería conocimientos, opiniones y barreras para la infra detección identifico un nivel de conocimiento medio en Argentina en el 2021, donde, el 49.3% de las enfermeras obtuvieron ese puntaje. Señalo la necesidad de formación para un mejor abordaje.

Molina et al. (11) y Arredondo et al. (12) también obtuvieron un nivel de conocimientos medio, el primero lo realizó en el año 2002 a todo el personal de urgencias del Hospital Comarcal

Costa del Sol de Marbella, mientras que el segundo lo aplico al personal de salud del primer nivel de atención del área sanitaria 8 de Madrid, ambas incluían al personal de enfermería.

Arredondo et al, (21) en su estudio realizado en 2018 al personal de salud de atención especializada identifico en *promedio*, que el grado de conocimiento fue de $4,79 \pm$ bajo y concluye en que los profesionales de la salud necesitan capacitación para llevar a cabo sus habilidades en el campo.

Diaz y Ruiz (22), realizo un estudio titulado: Los servicios de enfermería ante la violencia intrafamiliar; fenómeno que contamina a la humanidad, relacionado a los conocimientos que el personal de enfermería poseen, cuyo resultado fue que los conocimientos eran insuficientes.

Finalmente, Baro et al. (23), determinó que el personal de salud: médicos y enfermeras tenía un 60% de desconocimiento para la atención y manejo de violencia doméstica.

A nivel nacional no existen estudios específicos dirigidos a identificar los conocimientos o actitudes del personal de enfermería en la atención de la mujer víctima de violencia intrafamiliar, menos aun a nivel local, de igual manera, tampoco existen investigaciones que den una noción sobre la aplicabilidad de las normas y protocolos establecidos por el estado, lo que, contrastaría en menor o mayor medida los conocimientos y actitudes de enfermería frente a esta problemática.

Granda et al. (24) concluyo que a nivel de Ecuador la enfermería no visualiza estudios en la aplicabilidad de protocolos de atención, no así en otros países como Estados Unidos, Nicaragua, México y España que sí evidencian estudios en relación a la identificación, el manejo y la referencia de las mujeres víctimas de violencia

Por otro lado, no es suficiente tener un conocimiento al menos alto para la atención de este grupo en particular, sino, deberá ir de la mano de una actitud sensible, empática que abarque incluso el área espiritual, dependiendo el caso, puesto que, al ser el personal de enfermería por lo general el primer contacto con la usuaria con un mayor tiempo de permanencia, la actitud que tome dicho personal será de vital importancia en la percepción de confianza que tenga la misma.

Santos et al. (25) refieren que, es importante que en la atención brindada se establezca un vínculo entre el profesional y el paciente y una relación de confianza entre ellos, porque de esta manera la mujer se sentirá más cómoda para hablar sobre el tema. Una vez creado este vínculo los profesionales de la salud deben iniciar la conversación sobre la violencia y ofrecer referencias para los servicios necesarios (26).

En un estudio realizado por Yusef et al. (27) el año 2020, aplicando metodología cualitativa descriptiva-explicativa con enfoque fenomenológico con el título Cuidado enfermero,

percepción de la mujer que vive violencia en pareja, una de las respuestas dadas hace alusión a lo siguiente: “Los cuidados deberían ser...no con mano dura...con...con cariño” y en cuanto a indagar sobre los cuidados enfermeros específicos requeridos respondieron: “Necesito a alguien que escuche...pero...no se... si una enfermera habrá estudiado para escuchar a un paciente”. De igual manera en otro estudio las mujeres maltratadas manifiestan que es cuestión de suerte que un profesional detecte una situación de violencia doméstica, sobre todo cuando no hay lesiones visibles; lo asocian a la falta de conocimientos de los profesionales, ya que no están especializados en este tema (28).

Estos testimonios plantean la necesidad de establecer programas de capacitación continua dirigidos a la sensibilización al momento de establecer el contacto con el usuario, no solamente con las víctimas de violencia, sino con todos en general. Adicionalmente, se debe enfatizar que se necesitan recursos sensibilizar y formar profesionales en esta área (29).

Coll Vinent (14), en su estudio realizado en el año 2008 titulado: El personal de salud no percibe a la violencia domestica como problema de salud, identifico, que el personal de enfermería presentaba una actitud más sensible ante el problema.

Kaya y Catar (13), por su lado en su investigación con el tema: Actitudes de los trabajadores de salud en salud de la familia; Centros sobre la violencia de la pareja contra la mujer preciso una actitud inapropiada de los trabajadores de la salud, resultado similar al trabajo realizado por Alhalal (30), con el tema Conocimientos, actitudes y preparación de los enfermeros para el manejo de mujeres con violencia de pareja, sugiriendo el desarrollo e implementación de lineamientos sobre la integración de la violencia de pareja intima en los planes de estudio de enfermería y la implementación de capacitación en el servicio.

Finalmente, el personal de salud en general no está preparado y capacitado para enfrentar el problema y cumplir las normas oficiales, consecuentemente, la violencia intrafamiliar se transforma en un problema en verdad prioritario por sus múltiples y complejas consecuencias tanto sociales como culturales y con efectos sobre la salud de las familias (31). Esta investigación data del año 2013, por tanto, dicha afirmación podría ser consistente con el año actual o en su defecto proyectar nuevos datos que reflejen una realidad alentadora.

3. Años de experiencia y Nivel de Instrucción laboral como factores influyentes en el conocimiento y actitud del personal de enfermería en la atención a mujeres víctimas de violencia intrafamiliar

Existen varias situaciones o factores que pueden inferir un mayor o menor nivel de conocimientos o una actitud favorable o desfavorable para el abordaje de usuarias que han padecido o padecen violencia intrafamiliar.

En la presente investigación se relacionó particularmente los años de experiencia y el nivel de instrucción con los conocimientos y actitudes del personal de enfermería.

Con respecto a la experiencia la filosofía de Benner, quien, fue una enfermera que construyo el modelo de principiante a experto, manifiesta que la habilidad que pueda tener la enfermera para implicarse en el cuidado de los pacientes y de la familia se adquiere con el tiempo y la experiencia (32).

En ese sentido Murillo et al. (33) en 2013 y 2014 realizaron un estudio en España cuyo título fue Factores asociados a la respuesta a la violencia del compañero íntimo en atención primaria de salud, estableciendo que, los años de experiencia mostraron asociación positiva con conocimientos ($p < 0.05$). Y con respecto a la actitud Aksu (34), al realizar su investigación en un Hospital Universitario de Turquía con el tema: Las necesidades de formación del personal del servicio de urgencias de Turquía en relación con la violencia de pareja, cuyo objetivo fue evaluar el conocimiento, las actitudes y las experiencias del personal (enfermeras, médicos y medicas) del departamento de urgencias, determino que no hubo relación significativa ($p < 0.05$) con los años de empleo, resultado que se equipara con años de experiencia laboral.

En cuanto al nivel de instrucción, conceptualizada como el grado más elevado de estudios y un mecanismo esencial en la superación personal y de desempeño laboral, en enfermería, su importancia radica en que, por medio de la actualización de conocimientos, podrán llevar adelante su gran responsabilidad con la sociedad al garantizar la calidad de atención en salud a los usuarios (35).

Kaya y Catar (13), en su trabajo anteriormente mencionado a más de identificar una actitud no apropiada encontró asociación estadísticamente significativa entre actitud y nivel de instrucción ($p = 0.046$).

HIPÓTESIS

H1: Un alto nivel de conocimiento del personal de enfermería influye significativamente en la actitud favorable para la atención a mujeres víctimas de violencia intrafamiliar.

H2: Un mayor nivel de conocimiento en la atención a mujeres víctimas de violencia intrafamiliar se relaciona con una mayor experiencia laboral del personal de enfermería.

H3: Una actitud favorable hacia la atención de mujeres víctimas de violencia intrafamiliar se relaciona con un alto nivel de instrucción del personal de enfermería.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar las asociaciones existentes entre nivel de conocimiento, actitudes y factores sociodemográficos del personal de enfermería en la atención a las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar del distrito 03D01.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar la población de estudio según: edad, sexo, estado civil, procedencia, residencia, instrucción y años de experiencia
- Establecer el nivel de conocimiento y las actitudes del personal de enfermería en la atención a las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar del distrito 03D01.
- Correlacionar el nivel de conocimiento con las actitudes del personal de enfermería en la atención a las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar del distrito 03D01.
- Relacionar el nivel de conocimiento y las actitudes del personal de enfermería con la experiencia y el nivel de instrucción de la muestra analizada.

DISEÑO METODOLÓGICO

Diseño de la investigación: se aplicó un enfoque cuantitativo, analítico transversal, dirigido al personal de enfermería perteneciente al distrito 03D01.

Área de estudio: la investigación se realizó en el conglomerado de centros de atención en salud que componen el distrito 03D01 Azogues-Biblián-Déleg, conformado por 28 establecimientos de salud de atención primaria, la Unidad Móvil, el Centro de Privación de Libertad de Azogues, así como, el Hospital Homero Castanier Crespo que corresponde al segundo nivel de atención proporcionando atenciones médicas a las zonas rurales y/o urbanas territoriales de la provincia del Cañar. Las encuestas se aplicaron en el mes de agosto, septiembre y octubre del 2022.

Universo de estudio: no se realizó cálculo muestral porque el universo fue finito y estuvo conformado por 287 personas correspondientes al personal de enfermería.

Criterios de inclusión

Personal de enfermería que labore en las unidades de atención del distrito 03D01. Personal de enfermería que firme el consentimiento informado

Criterios de exclusión

Personal de salud que no forme parte del personal de enfermería

Personal de enfermería que no se encuentre en el momento de la aplicación de la encuesta

Variables del estudio:

Variable independiente: nivel de instrucción y años de experiencia

Variables dependientes: conocimiento y actitudes frente a la violencia intrafamiliar

Operacionalización de variables: variables independientes y dependientes (Anexo 1)

Instrumentos

Se empleó 2 instrumentos de recolección de datos, (Anexo 2) que encierran las variables del estudio en la siguiente manera:

- A. Características demográficas: realizado por la investigadora, el cual, contiene datos como: sexo, edad, estado civil, residencia y procedencia, instrucción y años de experiencia.
- B. Conocimientos: se aplicó un cuestionario validado y denominado Cuestionario de Violencia doméstica y profesionales sanitarios: conocimientos, opiniones y barreras para la infradetección; elaborado por Siendones Castillo en consenso entre varios profesionales de la salud con experiencia en violencia intradoméstica. La validez de contenido se obtuvo a través del juicio de expertos de 06 profesionales de la salud que conforman la red de prevención atención de la violencia de género de Loreto (Índice de concordancia = 0,90). El Alfa de Cronbach fue = 0,91.

Los dominios que abarcaba esta encuesta son tres: A- Grado de formación sobre el tema de estudio: tras cuatro preguntas iniciales de introducción (preguntas 1-4) se realiza un test de conocimientos con 10 preguntas (pregunta 5-14), valorando conceptos, importancia del problema, factores relacionados con el maltrato y aspectos legales. El nivel de conocimientos se establece en cinco grados, en función del porcentaje de respuestas correctas obtenidas para cada categoría profesional: muy bajo (menos o igual del 20%), bajo (21-40%), medio (41-60%), alto (61-80%) y muy alto (mayor del 81%). B- Barreras de actitud y propuestas de mejora. C- Barreras organizativas y propuestas de mejora:

Para el presente estudio se utilizó solamente el dominio de conocimiento, puesto que, para abordar las actitudes se aplicó otro cuestionario.

- C. Actitudes: se usó la Escala de actitudes hacia la violencia contra la mujer en la relación de pareja (VM), creada por Chuquimajo (2000).

La escala está conformada por 35 ítems referidos a estereotipos y actuaciones frente a situaciones de violencia, distribuidos en tres áreas, la dimensión actitud favorable, actitud indiferente y actitud en contra. Las opciones de cada ítem varían en términos de grados y bajo la forma de alternativas: Muy en acuerdo =MA; De Acuerdo = DA; Indeciso = I; Desacuerdo =D; Muy en Desacuerdo = MD, puntuando del 1 al 5 los ítems negativos y del 5 al 1, los ítems positivos así, los puntajes altos significan “actitud a favor” y los puntajes bajos “actitud en contra”. Tiene una confiabilidad de coeficiente Alfa de Cronbach 0,81

Análisis de los datos: para el análisis de la información se utilizó el programa PSPP 1.4, presentando los datos en tablas con un análisis descriptivo de la información mediante frecuencias y porcentajes. Para verificar el tipo de asociación entre las variables se empleó la prueba chi cuadrado considerando como valor significativo una $p < 0.05$

RESULTADOS

Tabla N°1.- Características sociodemográficas correspondientes al personal de enfermería del distrito "03D01" Azogues, 2022

VARIABLE	FRECUENCIA n=287	PORCENTAJE 100%
EDAD		
20-29 años	101	35.2
30-59 años	186	64.8
60 a mas	0	
SEXO		
Femenino	252	87.8
Masculino	35	12.2
ESTADO CIVIL		
Soltero	121	42.2
Casado	109	38
Divorciado	29	10.1
Unión libre	25	8.7
Viudo	3	1.0
RESIDENCIA		
Urbano	217	75.6
Rural	70	24.4
PROCEDENCIA		
Urbano	146	50.9
Rural	141	49.1
CATEGORIA LABORAL		
Auxiliar de enfermería	61	21.3
Interno (a) de enfermería	29	10.1
Rural de enfermería	19	6.6
Licenciado (a) en enfermería	178	62
NIVEL DE INSTRUCCIÓN		
Pregrado	90	31.4
Rural	19	6.6
Licenciatura	149	51.9
Maestría	22	7.7
Especialización	5	1.7
Doctorado	2	0.7
AÑOS DE EXPERIENCIA		
Menos a 1 año	27	9.4
1 a 5 años	123	42.9
6 a 10 años	79	27.5
11 a 15 años	47	16.4
16 años a mas	11	3.8

Fuente: Formulario de datos

Elaboración: Miriam Rivas Ch.

En la tabla 1 se evidencia la participación de 287 personas correspondientes al área de enfermería tales como: auxiliares, internos (as), licenciadas (os), y posgradistas. Las características sociodemográficas fueron: edad con el 64.8% ubicados entre 30 a 59 años de edad. El 87.8% son del sexo femenino y 42.2% de estado civil soltero.

El 75.6% residen en el área urbano y el 50.9% proceden de la misma área. Con respecto a la categoría laboral el 61.7% trabajan como licenciados en enfermería, 21.3% auxiliares, 10.1% internos(as) de enfermería y el 6.6% son rurales de enfermería y en relación al nivel de instrucción el 51.6% poseen título del tercer nivel; licenciatura en enfermería, 31.4% poseen estudios de pregrado, 6.6% se encuentran cumpliendo el año rural y el 9.1% tienen estudios de cuarto nivel como masterados (7.7%), especialidad (1.7%) y doctorado (0.7%).

Según los años de experiencia laboral, el 42.9% trabajaron entre 1 a 5 años, el 27.5% de 6 a 10 años y el 16.4% entre 11 a 15 años.

Tabla N°2 Nivel de conocimientos del personal de enfermería del distrito “03D01”
Azogues, 2022

VARIABLE	FRECUENCIA n=287	PORCENTAJE 100%
NIVEL DE CONOCIMIENTO		
Muy alto	13	4.5
Alto	60	20.9
Medio	131	45.6
Bajo	81	28.2
Muy bajo	2	0.7

Fuente: Formulario de datos
Elaboración: Miriam Rivas Ch.

Al evaluar el nivel de conocimiento frente a la violencia intrafamiliar se encontró que el 45.6% posee un nivel de conocimientos medio, 28.2% bajo, un 20.9% alto, 4.5% muy alto y el 0.7% muybajo (**Tabla 2**). Los datos dan a conocer una distribución con una mayor proporción de participantes en el nivel medio de conocimientos, pero también se presentan quienes han alcanzado el grado alto y muy alto, pero en menores proporciones.

Tabla N°3 Actitud del personal de enfermería del distrito "03D01" Azogues, 2022 frente a la violencia intrafamiliar

VARIABLE	FRECUENCIA n=258	PORCENTAJE 100%
ACTITUD		
Favorable	276	96.2
Neutra	11	3.8
Desfavorable	0	0

Fuente: Formulario de datos

Elaboración: Miriam Rivas Ch.

Por otro lado, al analizar el tipo de actitudes se determinó que el 96.2% del personal de enfermería presenta actitud favorable y el 3.8% actitud neutra (**Tabla 3**). Los resultados con respecto a la autopercepción de la actitud del mayor porcentaje del personal de enfermería en relación con la violencia intrafamiliar son positivos, este dato, es significativo y puede estar asociados a las múltiples políticas y programas que se han desarrollado de forma regular como iniciativas del Estado, Instituciones educativas, medios de comunicación etc.

Tabla N°4 Asociación entre conocimiento y actitudes del personal de enfermería del distrito
"03D01" Azogues, 2022

VARIABLE	Actitud		Valor P
	Favorable	Desfavorable/Neutra	
Nivel de Conocimientos			
Muy bajo/Bajo	81 (28.2)	2 (0.7%)	p=0.423
Medio/Alto/Muy alto	195 (67.9%)	9 (3.1%)	

Fuente: Formulario de datos
Elaboración: Miriam Rivas Ch.

En relación con la asociación entre el nivel de conocimientos con las actitudes se determinó que no están asociados, debido a que no se encontró una significancia estadística ($p=0.423$) lo que conllevó a rechazar la hipótesis planteada (**Tabla 4**). Es importante destacar que estos datos son válidos para la muestra abordada en esta investigación.

Tabla N°5 Asociación entre Conocimientos y nivel de instrucción del personal de enfermería del distrito “03D01”

VARIABLE	Nivel de Conocimientos					Chi cuadrado Valor P
	Muy bajo	Bajo	Medio	Alto	Muy alto	
Nivel de instrucción						
Pregrado	1 (0.3%)	36 (12.5%)	39 (13.6%)	13 (4.5%)	1 (0.3%)	
Rural	0 (0.0%)	8 (2.8%)	6 (2.1%)	5 (1.7%)	0 (0.0%)	52.138
Licenciatura	1 (0.3%)	37 (12.9%)	69 (24%)	36 (12.5%)	6 (2.1%)	<0.001
Maestría	0 (0.0%)	0 (0.0%)	13 (4.5%)	6 (2.1%)	3 (1%)	
Especialización	0 (0.0%)	0 (0.0%)	3 (1%)	0 (0.0%)	2 (0.7%)	
Doctorado	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (0.3%)	0 (0.0%)	1 (0.3%)	

Fuente: Formulario de datos
Elaboración: Miriam Rivas Ch.

En el análisis se encontró una asociación estadísticamente significativa, entre el conocimiento con la condición muy alto, alto, medio, bajo y muy bajo con el nivel de instrucción con su condición de pregrado, rural, licenciatura, maestría, especialización y doctorado en enfermería, $p = <0.001$ (**Tabla 5**).

Tabla N°6 Asociación entre conocimiento y años de experiencia laboral del personal de enfermería del distrito “03D01” Azogues, 2022

VARIABLE	Nivel de Conocimientos		Chi cuadrado Valor p
	Muy bajo/Bajo	Medio/Alto/Muy alto	
Años de experiencia laboral			
1 a 11 meses	10 (3.5%)	17 (5.9%)	0.955
1 a 5 años/6 a 10 años/11 a 15 años/16 años a mas	73 (25.4%)	187 (65.2%)	p=0.328

Fuente: Formulario de datos
Elaboración: Miriam Rivas Ch.

No se encontró una asociación estadísticamente significativa, entre el conocimiento con los años de experiencia puesto que, se obtuvo un valor $p= 0.328$ (**Tabla 6**). En tal virtud, no se acepta la hipótesis planteada.

Tabla N°7 Asociación entre Actitudes y nivel de instrucción del personal de enfermería del distrito “03D01” Azogues, 2022

VARIABLE	ACTITUD		Chi cuadrado Valor P
	Neutra/Desfavorable	Favorable	
Nivel de instrucción			
Pregrado/Rural	8 (2.8%)	101 (35.2%)	5.863
Licenciatura/Maestría/Especialización/Doctorado	3 (1%)	175 (61%)	p=0.015

Fuente: Formulario de datos

Elaboración: Miriam Rivas Ch

Se identificó una asociación estadísticamente significativa entre la actitud con sus condiciones de neutra/favorable y favorable con el nivel de instrucción con su condición de pregrado/rural y licenciatura/maestría/especialización/doctorado, $p=0.015$. Por lo tanto, se acepta la hipótesis planteada (**Tabla 7**).

Tabla N°8 Asociación entre Actitudes y años de experiencia laboral del personal de enfermería del distrito 03D01 Azogues,2022

VARIABLE	ACTITUD		Chi cuadrado Valor P
	Neutra/Desfavorable	Favorable	
Años de experiencia laboral			
1 a 11 meses	7 (2.4%)	20 (7%)	39.468
1 a 5 años/6 a 10 años/11 a 15 años/16 años a mas	4 (1.4%)	256 (89.2%)	p <0.001

Fuente: Formulario de datos
Elaboración: Miriam Rivas Ch.

De igual manera se encontró asociación estadísticamente significativa entre actitud con sus condiciones de neutra/desfavorable y favorable con los años de experiencia con sus condiciones de 1 a 11 meses y 1 a 5 años/6 a 10 años/11 a 15 años /16 años a más, $p < 0.001$ (Tabla 8).

DISCUSIÓN

Es irrefutable el hecho de que el personal de enfermería tiene un lugar privilegiado para la atención a todo el conglomerado de usuarios que acuden a las unidades de salud en búsqueda de resoluciones para su salud y en este caso en especial a las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar. No obstante, no se lo realiza, puesto que, la realidad laboral expresa otras denotaciones que inciden en el trabajo del personal de enfermería.

En relación a los resultados obtenidos llama la atención que, a pesar de que la violencia contra la mujer es reconocida como un problema de salud pública a nivel mundial el personal de enfermería tiene solamente un nivel medio de conocimientos, existiendo concordancia con investigaciones realizadas en las últimas décadas, (10-12), en las cuales, la falta de capacitación y formación son uno de los problemas principales para la atención de la mujer víctima de violencia intrafamiliar. Estos hallazgos son superiores a los obtenidos por Arredondo et al. (21), ya que, ellos establecieron un nivel de conocimiento bajo de los profesionales sanitarios especializados, así como, Diaz y Ruiz (22) quienes encontraron que el nivel de conocimientos eran insuficientes en el manejo de la violencia intrafamiliar, de igual manera Baro et al. (23) reportaron que más del 60 % del personal de salud explorado mostró desconocimiento frente a casos de violencia doméstica.

Las situaciones que podrían explicar dichos resultados serían que, tanto Diaz y Ruiz como Baro et al. utilizaron instrumentos de recolección de datos diferentes al que se aplicó en Azogues a diferencia de Arredondo et al., además, Diaz y Ruiz consideraron al personal de enfermería con licenciatura y que laboren solamente en el primer nivel de atención al 100%, por otro lado, Baro et al. incorporo a la muestra al personal médico y su tipo de estudio fue cualitativo.

En lo referente a la actitud casi todo el personal de enfermería presento una actitud favorable para la atención a la mujer víctima de violencia intrafamiliar, dato similar a la investigación descriptiva de prevalencia de Coll-Vinent (14) alcanzando una actitud sensibilizada ante la violencia doméstica, en mayor parte del personal de enfermería, en tanto que, Mphil RA et al. (36), obtuvo una actitud positiva, siendo un indicador positivo para el avance en el manejo de las usuarias que han sufrido o sufren actualmente violencia. Este resultado a su vez es diferente a la investigación realizada por Kaya y Catar (13) y Alhalal (30), quien estableció que las enfermeras no tuvieron una actitud apropiada en la atención a la mujer víctima de violencia en pareja.

El resultado esperanzador obtenido, pudiera deberse al hecho de que ha sido el propio colectivo sobre todo las mujeres quienes han optado por unir esfuerzos y visibilizar esa violencia, provocando el despertar del estado y a su vez generando políticas públicas para

frenar y proteger a la mujer y a la familia de la violencia intrafamiliar (37).

Al correlacionar el nivel de conocimientos con las actitudes del personal de enfermería se aprecia que el nivel de conocimientos no está asociado a las actitudes. Dicha situación expresa que el hecho de tener conocimientos ya sean altos o bajos no influyen en las actitudes que tenga el personal de enfermería. Acciones como: el reconocerlo como problema de salud pública OMS (38), llamar a profundizar esta reflexión (4), implementar estrategias de sensibilización (12) etc., contribuyen a cambiar la actitud frente a este mal que no es necesario, pero que es necesario acabar (39).

En otro orden de las cosas, Aksu (34) al evaluar los conocimientos y actitudes de enfermeras, médicos y medicas sobre violencia hacia la mujer en pareja y relacionar la actitud con años de empleo encontró que no había relación significativa, resultado opuesto al presente estudio. Esta discrepancia podría corresponderse a que el estudio de Aksu fue aplicado en un Hospital netamente Universitario, siendo el personal asistencial, el mismo personal docente de la facultad de medicina (40), lo que, favorece a la preparación permanente y continua de los profesionales de salud, pues, enseñar en aprender dos veces (41), mientras que, el personal encuestado en la presente investigación realiza en su mayoría actividades de cuidado directo (asistencial) al paciente.

En cuanto a las actitudes y nivel de instrucción se determinó asociación estadísticamente significativa entre ambas, al igual que Kaya y Catar (13) quien identificó un similar resultado con un valor $p=0.046$

Este estudio presentó ciertas limitaciones en primer lugar se puede señalar la falta de interés, del aproximadamente 22% de los participantes que impidió llegar a la muestra propuesta inicialmente. Adicionalmente, esta investigación se realizó en centros de atención primaria y segundo nivel; por lo tanto, los hallazgos no pueden ser aplicables a niveles de atención con entornos diferente. Al ser un estudio transversal no se puede inferir la causalidad. Por lo tanto, para futuras investigaciones es recomendable tomar en consideración estos aspectos.

CONCLUSIONES

En síntesis, el perfil de los profesionales de enfermería fue el siguiente: 64.8% del personal se encuentra entre los 30 y 59 años de edad, siendo en su mayoría del sexo femenino, 42.2% son solteros, 50.9% y 75.6% proceden y residen respectivamente del área urbana.

El 62% son licenciadas de enfermería, de las cuales, el 59.9% tienen licenciatura, 7.7% maestría, 1.7% poseen especialidad y el 0.7% doctorado y en lo que refiere a tiempo de trabajo el 42.9% ha laborado entre 1 a 5 años.

El nivel de conocimiento sobre violencia intrafamiliar del personal de enfermería fue de: 45.6% medio, 28.2% bajo, 20.9% alto, 4.5% muy alto y el 0.7% muy bajo.

Respecto a la actitud del personal de enfermería, el 96.2% del universo tiene una actitud favorable para la atención a mujeres víctimas de violencia intrafamiliar, y el 3.8% posee una actitud neutra.

Al asociar el nivel de conocimiento con la actitud se obtuvo un valor $p=423$, por lo que, se determina que no existe relación estadísticamente significativa rechazándose la hipótesis H1.

Por otro lado, existió relación estadísticamente significativa entre nivel de conocimientos y nivel de instrucción ($p < 0.001$), sin embargo, con los años de experiencia laboral no se encontró asociación alguna ($p=328$), de igual manera se rechaza la hipótesis H2.

Finalmente, con relación a la actitud, se encontró asociación estadísticamente significativa con el nivel de instrucción ($p=0.15$) aceptándose la hipótesis H3, así mismo, existió relación con los años de experiencia laboral ($p < 0.001$).

RECOMENDACIONES

Es menester el abordaje multidisciplinario para la atención de la mujer victimizada, por tal razón, se recomienda realizar estudios dirigidos a identificar la situación actual de los conocimientos y actitudes de todos y cada uno de los integrantes del equipo de salud.

En el ámbito universitario es trascendental incluir este imprescindible tema en la malla curricular de manera constante y continua, lo que, contribuirá de igual manera a la lucha conjunta para minimizar y erradicar este mal presente en todas las sociedades.

Referencias

1. Mayor Walton S, Salazar Pérez CA. La violencia intrafamiliar. Un problema de salud actual. *Gac Médica Espirituana* [Internet]. 2019;21(1):96–105.
2. Rioseco L, Buenas practicas para la erradicacion de la violencia domestica en la region de America Latina y el Caribe. 2005;75:1-80
3. De ROS, Del H, Barrezueta P. Ley para prevenir y erradicar la violencia contra las mujeres. 2018;1–38.
4. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible Una oportunidad para América Latina y el Caribe. 2018. 37–38p. Available from: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40155/24/S1801141_es.pdf
5. Oaxaca F, Cantu p, Hernandez U. Conocimiento y actitud ante la violencia familiar del personal de salud de unidades de primer nivel de atencion de un programa universitario de salud. 2005;6(1).
6. Gutierrez J. El acceso a la justicia de mujeres que viven en situación de violencia. 2009;14:43–52.
7. Morales ME, Javiqué MA, Hernández BM, Socarrás AMG, Labrador MCP. Violencia intrafamiliar, realidad de la mujer Latinoamericana. *Rev Cuba Med Gen Integr.* 2011;27(1):98–104.
8. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Encuesta Nacional sobre relaciones familiares y violencia de género contra las mujeres (ENVIGMU). [Online]; 2019. Acceso 17 de marzo de 2023. Disponible en: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/webinec/Estadisticas_Sociales/Violencia_de_genero_2019/Boletin_Tecnico_ENVIGMU.pdf.
9. Herrera B, Cardenas B, Tapia J, Calderon K. Violencia intrafamiliar en tiempos de Covid-19 : Una mirada actual. *Polo del conocimiento.* 2021;6(2):1027–38.
10. Amalia A, Alcorta L, Rita A. Violencia intrafamiliar : profesional de enfermería conocimientos , opiniones y barreras para la infra. :26–39.
11. Molina MM. conocimientos , opiniones y barreras para la infradetección. 2002;224–32.
12. Arredondo A, Broco, Ponce T, M, et al. Rivera A, Jimenez I, Gallardo C. Profesionales de atencion primaria de Madrid y Violencia de pareja hacia la mujer en el año 2010. 2012;85–99.
13. Kaya B, Çatar RÖ. Attitudes of health workers in family health centers on the intimate partner violence against women (the case of mardin , turkey). 2019;3:51–64.
14. Coll-Vinent B, Echeverría T, Farràs Ú, Rodríguez D, Millá J, Santiñà M. El personal

- sanitario no percibe la violencia doméstica como un problema de salud. *Gac Sanit* [Internet]. 2008;22(1):7–10. Available from: <http://dx.doi.org/10.1157/13115103>
15. Calvo González G, Camacho Bejarano R. La violencia de género: Evolución, impacto y claves para su abordaje. *Enferm Glob*. 2014;13(1):424–39.
 16. Quiroz E. El impacto de la violencia intrafamiliar: transitando de la desesperanza a la recuperación del derecho a vivir libres de violencia. *Perspectivas psicologicas*. 2007;3-4:155–63.
 17. Roldan A, Fernandez M. Proceso de atención de enfermería. *Investigacion y educacion en enfermeria*. 1999;17(2):79–93
 18. Gonzalez A, Garcia J. Maltrato doméstico: plan de cuidados de enfermería. *NURE inve*. 2006
 19. Tobergte DR, Curtis S. Normativa y protocolos de atención Integral de la violencia de género, intrafamiliar y sexual por ciclos de vida. *J Chem Inf Model* [Internet]. 2013;53(9):1689–99. Available from: http://ypinaction.org/files/02/00/Ecuador_Protocolo20de20violencia.pdf
 20. Vivian L, Perojo M. La violencia contra la mujer : abordaje en profesionales de la Atención Primaria desde una perspectiva bioética. 2013;30(4):395–407.
 21. Arredondo Provecho AB, del Pliego Pilo G, Pino CG. Violencia de pareja hacia la mujer y profesionales de la salud especializados. *An Psicol*. 2018;34(2):349–59.
 22. Diaz R, Ruiz R. Los servicios de enfermería ante la violencia intrafamiliar: fenomeno que contamina a la humanidad. *Revista Médica Electrónica* 2007;29 (5).
 23. Baró Jiménez Victoria Guadalupe, Mariño Membribes Eida Rosa, Ávalos González María Marlen. Preparación del equipo básico de salud en temas de violencia doméstica, perspectiva de género. *Rev Cubana Med Gen Integr* [Internet]. 2011 Jun [citado 2023 Jun 05]; 27(2):178-186. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252011000200006&Ing=es
 24. Granda A, Maya M, Pineda C, Romero I. Atención de enfermería en violencia intrafamiliar. *Enferm intrafamiliar*. 2015;53(9):1689–99.
 25. Santos H, Rodrigues M, Nunes H. Atención de enfermería a mujeres en situación de violencia en Atención Primaria de Salud. 2022;38(1):1–20.
 26. Plichta S, Falik M. Prevalence of Violence and Its Implications for Women's Health. 2001;11(3).
 27. Yusef V, Illesca M, Seguel F. Cuidado enfermero, percepción de la mujer que vive violencia de pareja. *Revista CuidArte*. 2020;14–29. Available from:

- <http://revistas.unam.mx/index.php/cuidarte/article/view/76669>
28. Sánchez S, De la fuente D, Salamanca A, Robledo J. Valoración de las mujeres maltratadas sobre la asistencia sanitaria recibida. *NURE Inv.* [Internet]; 2010 Sep-Oct. Acceso 20 de abril; 7(48): Disponible en: http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/NURE48_original_maltratoprc.pdf
 29. Durán E, Cnm M, García LO, Lecturer S, Cases CV. Do we have friendly services to meet the needs of young women exposed to intimate partner violence in the Madrid region 2022;(November 2021):1058–68.
 30. Alhalal E. Nurses' knowledge, attitudes and preparedness to manage women with intimate partner violence. *Int Nurs Rev.* 2020;67(2):265–74.
 31. Gonzalez E, Ponce E. La violencia intrafamiliar: un problema prioritario del primer nivel de atención. *Atención Fam* [Internet]. 2013;20(3):71–72. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S1405-8871\(16\)30094-3](http://dx.doi.org/10.1016/S1405-8871(16)30094-3)
 32. Arreciado A, Estorach M, Ferrer S. La enfermera experta en el cuidado del paciente crítico según Patricia Benner. *Enferm Intensiva.* 2011;22(3):112–116.
 33. Murillo P, Sebastián MS, Vives-Cases C, Goicolea I. Factors associated with primary care professionals' readiness to respond to intimate partner violence in Spain. *Gac Sanit.* 2018;32(5):433–8.
 34. Aksu F, Davas H. The training needs of Turkish emergency department personnel regarding intimate partner violence. *BMC Public Health.* 2007;10:1–10.
 35. Jéssica L, Garcia M, Bitanga MP. Formación de posgrados en Enfermería , una necesidad para Santo Domingo de los Tsáchilas Post - graduate Education in Nursing , a necessity for Santo Domingo de los. 2019;23(5):617–27.
 36. Mphil R, Ali P, MCGarry J, Younas A. Preparedness of Australian and British nurses and midwives about. 2022;(November).
 37. Xiomara C, Aparicio P De. Violencia intrafamiliar : la reparación integral como un derecho. 2021;107–18.
 38. Cesar J, Falcón E, Marta A, González V, Carlos J. La violencia , un problema de salud Violence , a health problem. :1–6.
 39. Agamez V, Rodriguez M. Violencia contra la mujer: la otra cara de la pandemia. *Psicol. caribe* [Internet]. 2020;37(1) 1–3 Available from: <https://doi.org/10.14482/psdc.37.1.305.48>
 40. Roma S. El hospital universitario. *Rev. Fac. Med.* 2016;64(3):595–596.
 41. Pinos M. Enseñar es aprender dos veces. 2012;(Octubre).

Anexos

Anexo A: Matriz de operacionalización de variables

Operacionalización de variables.

Variable	Definición conceptual	Dimensión	Indicadores	Escala instrumento
Sexo	Conjunto de peculiaridades que caracterizan a los individuos dividiéndolos en masculinos y femeninos.	Biológico	Sexo	Escala nominal dicotómica: Masculino Femenino
Edad	Tiempo de existencia de una persona, o un ser animado o inanimado, desde su creación/nacimiento, hasta la actualidad.	Tiempo en años	Número de años cumplidos	Escala ordinal: Joven: 20 a 29 años Adulto: 30 a 59 años Adulto mayor: 60 a más años
Estado civil	Condiciones jurídicamente relevantes que tiene una persona frente a una familia determinada.	Convivencia	Tipos de estado civil	Escala nominal politómica: Soltero (a) Casado (a) Divorciado (a) Unión libre Separado (a) Viudo (a)

Residencia	Lugar en que se reside se vive habitualmente	Ubicación de la vivienda	Lugar de Ubicación Geográfica	Escala nominal dicotómica: Urbano Rural
Procedencia	Origen, principio de donde nace o se deriva algo	Lugar de nacimiento	Ubicación Geográfica	Escala nominal dicotómica: Urbano Rural
Categoría laboral	Cargo que ejerce en su institución de trabajo	Categoría laboral	Categoría laboral	Escala Nominal politómica Auxiliar de enfermería Interna(o) de enfermería Rural de enfermería Licenciado (a) en enfermería
Instrucción	La instrucción es el caudal de conocimientos adquiridos y el curso que sigue un proceso que se está instruyendo	Instrucción	Nivel de instrucción	Escala ordinal: Pregrado Rural Licenciatura Maestría Especialización Doctorado

Años de experiencia	Conjunto de aptitudes y conocimientos adquiridos por una persona o grupo en un determinado puesto laboral, o durante un periodo de tiempo específico	Tiempo en años	Número de años laborados	Escala ordinal: Ninguno < a 1 1 a 5 6 a 10 11 a 15 16 o mas
Conocimiento frente a la violencia intrafamiliar	Conjunto de información que posee el personal de enfermería, respecto al concepto, factores relacionados, manifestaciones etc. Sobre la violencia intrafamiliar.	Nivel de conocimiento	Conocimiento muy alto Conocimiento alto Conocimiento medio Conocimiento bajo Conocimiento muy bajo	Escala ordinal: Más del 81% de respuestas correctas 61-80% de respuestas correctas 41-60% de respuestas correctas 21-40% de respuestas correctas Menos o igual del 20% de respuestas correctas
Actitudes frente a la violencia intrafamiliar	Conductas del personal de enfermería o posturas relacionadas a ciertas situaciones, cuyos criterios u opiniones influirán en la atención a la usuaria víctima de violencia intrafamiliar	Tipo de actitud	Actitud favorable Actitud neutra Actitud desfavorable	Escala ordinal: Entre > o = 100 puntos. Entre 71 a 99 puntos. Igual o < a 70 puntos

Anexo B: Formulario de recolección de datos



UNIVERSIDAD DE CUENCA. - FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS. - ESCUELA DE ENFERMERIA. -MAESTRIA EN ENFERMERIA FAMILIAR Y COMUNITARIA

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

ESCALA APLICADA AL PERSONAL DE ENFERMERÍA QUE LABORAN EN EL DISTRITO 03D01 AGOSTO-ENERO, 2022.

Instrucciones: el presente cuestionario está dirigido a identificar el nivel de conocimientos y actitudes de los profesionales de enfermería sobre la violencia intrafamiliar, es confidencial, netamente de carácter anónimo con fines académicos no tiene repercusión en el ámbito laboral y/o social. Por favor conteste todas las preguntas

Antes de empezar responda de acuerdo con los datos generales solicitados marcando la opción que corresponda a su realidad actual:

A. DATOS DEMOGRAFICOS

1. 20-29 2. 30-59 3. 60 a mas

Sexo del profesional: 1. F 2. M

Estado civil: 1. Soltero(a) 2. Casado (a) 3. Divorciado (a) 4. Unión libre 5. Separado (a) 6. Viudo (a)

Residencia: 1. Urbano 2. Rural

Procedencia: 1. Urbano 2. Rural

Cargo laboral: 1. Auxiliar de enfermería 2. Interna (o) de enfermería 3. Rural de Enfermería 4. Licenciado (a) en enfermería

Grado de instrucción: 1. Pregrado 2. Rural 3. Universitario 4. Postgrado 5. Especialización 6. Doctorado

Años cumplidos de experiencia profesional: _____

CONOCIMIENTOS DEL PERSONAL DE ENFERMERIA SOBRE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS SOBRE VIOLENCIA DOMESTICA: lea detenidamente cada pregunta y encierre en un círculo la alternativa correcta según su decisión.

N°	ITEM	ESCALA
1.	Conoces algún caso de violencia doméstica en tu entorno:	1. SI 2. NO
2.	¿Cuántos casos habrás visto en los últimos 3 meses durante tu jornada laboral?:	
3.	¿Sabías que en tu área se están realizando actividades sobre detección, ayuda y seguimiento de pacientes víctimas de abusos y violencia doméstica?:	1. Sí, ya lo sabía 2. No, es la primera noticia que tengo del tema
4.	Conoces el protocolo interno de tu servicio para la atención sanitaria de estos pacientes	1. SI 2. NO
5.	Crees que el significado de "Violencia doméstica; Malos Tratos; Violencia de género" es el mismo o crees que hay diferencias entre ellos. Explícalo	1. Son similares los tres 2. Hay diferencias

6.	Piensas que la violencia doméstica en nuestra sociedad es un problema:	Muy frecuente Bastante frecuente Algo frecuente Poco frecuente
7.	Creer que la mayoría de las/los pacientes que la sufren:	1. Comunican su situación 2. Pasan desapercibidas
8.	¿Sabes lo que es el fenómeno "Iceberg" en la violencia doméstica? Explícalo	1. SÍ 2. NO
9.	¿Conoces cuál podría ser el porcentaje de casos que NO son diagnosticados con los medios actuales?	1. 10 – 30% 2. 30 – 50% 3. 50 – 70% 4. 70 – 90%
10.	Sabrías ordenar de más a menos frecuente los tipos de violencia (un 1 para el más frecuente y un 3 para el menos frecuente:	γ Físico γ Psicológico γ Sexual
11.	Se asocian más la violencia doméstica a clases sociales ...	1. Altas 2. Bajas 3. Las dos por igual
12.	¿Cuál de estos tres factores crees que influye más en que existan malos tratos en nuestro medio?	1. Nivel sociocultural bajo 2. Estar en trámites de separación o Divorcio 3. Nivel socioeconómico bajo
13.	Conoces las repercusiones legales que puede derivar de no declarar un caso evidente de violencia doméstica	1. SI 2. NO
14.	Conoces las obligaciones legales de los sanitarios ante la mera sospecha de un caso de violencia doméstica	1. SI 2. NO

B. ACTITUDES DEL PERSONAL DE ENFERMERIA FRENTE A LA VIOLENCIA

ESCALA DE ACTITUDES – VIOLENCIA CONTRA LA MUJER (VM) A continuación, te presentamos una serie de frases seguidas de varias alternativas de respuestas. Lee atentamente cada una de las frases y luego con una (X) o encierra en un círculo la alternativa que más se acerque a lo que sientes en este momento:

Alternativas MA: muy de acuerdo, A: de acuerdo, I: indeciso, D: en desacuerdo,
MD: muy en desacuerdo

N°	ITEM	MA	A	I	D	MD
1.	Es normal que el hombre golpee a su pareja					
2.	Convivir con la pareja significa que la mujer debe alejarse totalmente de familiares y amigos (as).					
3.	El uso de anticonceptivo en la mujer, debe ser con la aprobación y consentimiento de su pareja.					
4.	Siento mayor respeto por la mujer que aporta económicamente al hogar.					
5.	Me indigna el hombre que usa armas y objetos para dañar a su pareja.					
6.	En la convivencia, el cuerpo de la mujer le pertenece al hombre.					
7.	Es malo que el hombre imponga autoridad a su pareja incluso con gritos					
8.	Es desagradable la mujer que no aporta nada económicamente al hogar.					
9.	Es injusto golpear a la mujer que realiza gastos innecesarios al hogar.					

10.	La mujer debe satisfacer las fantasías sexuales de su pareja					
11.	Pienso que es responsabilidad de la mujer el cuidado y atención de los hijos.					
12.	Es inadecuado controlar los gastos que realiza la mujer en el hogar.					
13.	Es innecesario los maltratos físicos a la mujer para solucionar los problemas de pareja.					
14.	En la relación de pareja la opinión del hombre es más importante que la de la mujer.					
15.	Es injusto maltratar físicamente a la mujer que descuida las tareas domesticas					
16.	Es adecuado que el hombre humille a su pareja si está descuida su apariencia o imagen personal					
17.	Es apropiado la destrucción de objetos apreciados por la mujer cuando el hombre está enfadado					
18.	Es malo que el hombre invierta dinero sin consultar con su pareja.					
19.	El hombre debe conseguir respeto de su pareja incluso con golpe.					
20.	Me molesta cuando el hombre es quien tiene control sobre su pareja.					
21.	La mujer debe satisfacer los deseos sexuales de su pareja aun cuando.					
22.	Es malo levantarle la mano a la mujer que decepciona a su pareja.					

23.	Es normal los insultos a la mujer en la relación de pareja					
24.	Es innecesario que el hombre consulte a su pareja para vender o alquilar una propiedad en común					
25.	La agresión física a la esposa es muestra de interés del varón.					
26.	Es dañino usar insultos para solucionar los problemas de pareja.					
27.	Quitarle dinero a la esposa de los gastos diarios es bueno para hacer sentir la importancia del hombre					
28.	Es inadecuado agredir físicamente a la mujer que descuida a sus hijos.					
29.	El número de hijos en la pareja, depende del hombre.					
30.	Se perdonan fácilmente las agresiones verbales en la relación de pareja					
31.	Es desagradable agredir verbalmente a la mujer que malgasta el dinero del hogar					
32.	Es adecuado levantar la mano a la mujer, si ésta da motivos a su pareja					
33.	Para mí es normal que el hombre haga sentir su poder con golpes.					
34.	Es apropiado que el hombre cubra sólo los gastos de sus hijos, sin considerar las necesidades de su pareja					
35.	Es malo que se compare a la mujer con otras mujeres que la pareja considera como mejores					

GRACIAS

Anexo C: Consentimiento informado

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de la investigación: Conocimientos y actitudes del personal de enfermería en la atención a las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar del distrito 03D01, de la provincia del Cañar, 2022

Datos del equipo de investigación:

	Nombres completos	# de cédula	Institución a la que pertenece
Investigador Principal	MIRIAM GUADALUPE RIVAS CHUYA	0302492897	UNIVERSIDAD DE CUENCA

¿De qué se trata este documento?

Usted está invitado(a) a participar en este estudio que se realizará en el distrito 03D01. 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 y aclarar todas sus dudas, tendrá el conocimiento para tomar una decisión sobre su participación o no. 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

La violencia intrafamiliar es un problema a escala mundial que deja graves secuelas tanto en la familia como en la sociedad, prevenirla forma parte de las actividades de prevención en los programas de salud pública, en la cual, el personal de salud tiene un papel importante para la superación de la mujer víctima de violencia intrafamiliar, dentro de este actuar enfermería al ser en la mayoría de los casos el primer contacto tiene un lugar privilegiado para su abordaje, razón por la cual, identificar el nivel de conocimientos y actitudes del personal de enfermería es fundamental, pues a partir de los resultados que se obtengan se podrá mejorar o redireccionar los cuidados de enfermería hacia un cuidado humanizado de calidad en la cual las principales benefactoras serán las usuarias, seguido del personal de enfermería, los estudiantes en formación y la población en general, ya que la violencia no solo afecta a la víctima sino a todo su entorno familiar. Ud. ha sido seleccionado para el presente estudio al presentar requisitos característicos que permitan obtener información adecuada y posteriormente contextualizar de la mejor manera el nivel de conocimientos y actitudes del personal de enfermería, dentro de ellas están:

- Personal de enfermería que labore en unidades operativas del distrito 03D01 en el año 2022
- Personal de enfermería que firme voluntariamente el consentimiento informado.

Objetivo del estudio

Determinar las asociaciones existentes entre nivel de conocimiento, actitudes y factores sociodemográficos del personal de enfermería en la atención a las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar del distrito 03D01.

Descripción de los procedimientos

En el presente estudio posterior a que Ud. acepte a participar a través del consentimiento informado se procederá a coordinar con su persona para establecer el horario pertinente en cuanto a la aplicación de la encuesta, misma que se adecuara a sus tiempos, la duración no pasara los 30 minutos, salvo que Ud. así lo demande, además el encuentro se realizara en el lugar que Ud. considere necesario, pudiendo ser un espacio tranquilo y privado de la Unidad de Salud o en la confianza y comodidad de su hogar.. También es importante mencionar que Ud. podrá tomar la decisión de seguir o no en el estudio teniendo en cuenta que no representará ningún daño o perjuicio sobre su persona.

Riesgos y beneficios

El presente estudio tiene un nivel de riesgo mínimo en cuanto a la perdida de la información de salud, sin embargo, se tomarán las medidas necesarias para precautelar que este riesgo no se presente y pase a ser nulo tales como:

- 1) La información otorgada se identificará con un código que reemplazará al nombre y se guardará en un lugar seguro donde solamente los investigadores y el Comité de Ética de la Universidad de Cuenca tendrán acceso.
- 2) El nombre del participante no será mencionado en los reportes o posibles publicaciones.
- 3) El Comité de Bioética de la Universidad de Cuenca podrá tener acceso a los datos en caso de que surgieran problemas en cuando a la seguridad y confidencialidad de la información o de la ética en el estudio.

Es posible que este estudio no traiga beneficios directos a usted. Pero al final de esta investigación, la información que genera, puede aportar beneficios a los demás.

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 le traerá ningún problema
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. Tener acceso a los resultados de las pruebas realizadas durante el estudio, si procede;
8. El respeto de su anonimato (confidencialidad);
9. Que se respete su intimidad (privacidad);
10. Recibir una copia de este documento, firmado y rubricado en cada página por usted y el investigador;
11. Tener libertad para no responder preguntas que le molesten;
12. Estar libre de retirar su consentimiento para utilizar o mantener el material biológico que se haya obtenido de usted, si procede;
13. 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;
14. Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.

Información de contacto

Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame al siguiente teléfono 0995917498 que pertenece a Miriam Rivas Chuya o envíe un correo electrónico a mirianrivas@hotmail.com

Consentimiento informado

Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.

Nombres completos del/a participante

Firma del/a participante

Fecha

Nombres completos del/a investigador/a

Firma del/a investigador/a

Fecha

Si usted tiene preguntas sobre este formulario puede contactar al Dr. Vicente Solano Paucay, presidente del Comité de Bioética de la Universidad de Cuenca, al siguiente correo electrónico: vicente.solano@ucuenca.edu.ec