

**Efectos de la simulación en actitudes del personal de salud que atiende
víctimas de violencia sexual: estudio de métodos mixtos**

Autor:

**Javier Andrés Piñeros Pérez, M.D – Residente de tercer año especialidad en
Medicina de urgencias Pontificia Universidad Javeriana – Hospital
Universitario San Ignacio**

Tutor:

**Leonar Giovanni Aguiar Martínez, M.D, M.Sc. – Especialista en Medicina
Interna, Advanced Fellowship Emergency Medicine. Director centro de
simulación Pontificia Universidad Javeriana. Profesor asistente Pontificia
Universidad Javeriana**

Evaluador:

**Juan Carlos Jaimes Gelvez. Medico. Especialista en Medicina de urgencias.
Hospital Universitario San Ignacio. Coordinador académico del Programa de
Medicina de Urgencias de la Pontificia Universidad Javeriana**

**Trabajo de grado presentado como requisito parcial para obtener el título de
Especialista en Medicina de Urgencias**

**Pontificia Universidad Javeriana
Facultad de medicina
Junio de 2023**

Resumen

Introducción: El efecto que tiene la simulación sobre las actitudes del personal de salud en la atención víctimas de violencia sexual en los servicios de urgencias es desconocido.

Objetivos: Explorar el cambio de actitudes del personal de salud en la atención de víctimas de violencia sexual, implementando simulación clínica con paciente estandarizado, así mismo, describir las emociones y percepciones en torno a la simulación en estos sujetos.

Materiales y métodos: Estudio de métodos mixtos convergente, para la aproximación cuantitativa se realizó un diseño cuasiexperimental antes y después sin grupo de comparación, explorando los cambios en las escalas AMMSA y GRAS. Para la aproximación cualitativa se realizó análisis del discurso de los *debriefing* efectuados después de los escenarios de simulación.

Resultados: Entre los participantes que completaron las dos evaluaciones se observó cambio en las puntuaciones de la escala AMMSA que indicó un tamaño de efecto de 0.83 (considerado como grande), mientras que el cambio de las puntuaciones de la escala GRAS, el tamaño del efecto fue de 0.0068 (considerado como pequeño). En los *debriefing* se evidenciaron múltiples emociones desagradables con activación, y falencias del proceso de atención con desinformación, mitos y estereotipos que influyeron en aspectos de revictimización y estigmatización.

Conclusiones: La simulación con paciente estandarizado demostró que se relaciona con cambios importantes en las actitudes del personal de salud hacia la agresión sexual en el tiempo, lo que enfatiza la necesidad de la simulación en este tipo de enseñanza para su aplicación en los servicios de urgencias.

Palabras clave Actitud; Educación Sanitaria; Paciente estandarizado; Simulación; Salud; Violencia Sexual.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la violencia sexual como la presencia de cualquier acto sexual, o la tentativa de consumar este contra la sexualidad de una persona mediante coacción por otra, independientemente del tipo de relación con la víctima (1), se contemplan diferentes tipos, que van desde la violación (entendida como la penetración, mediante coerción física, de la vagina o el ano con el pene u otra parte del cuerpo o un objeto), intento de violación, tocamientos sexuales no deseados, así mismo, el acoso verbal, presión social, e intimidación (1).

La violencia sexual es un problema de salud pública que afecta a sujetos a lo largo del curso vital. En el mundo cerca de 15 millones de adolescentes de 15 a 19 años, según la UNICEF, han experimentado relaciones sexuales forzadas en su vida (2), y acorde a la OMS una de cada tres mujeres ha sufrido violencia física o sexual (3). En Latinoamérica, se describen frecuencias entre 16% y 17,3% donde las víctimas en su mayoría son mujeres, menores de 18 años y cuyo agresor es un familiar; así mismo se identificaron como factores de riesgo las familias disfuncionales y el estrato socioeconómico bajo (4).

Considerando la importancia de una atención adecuada de estos pacientes la Secretaría Distrital de Salud (SDS) en Bogotá, Colombia a través del Centro Distrital de Educación e Investigación en Salud (CDEIS) dispuso desde 2018 del curso *“Abordaje integral en salud a Víctimas de Violencia Sexual”* (AIVVS) de la plataforma Aprender Salud, creado con el objetivo de proveer herramientas normativas y prácticas necesarias para que el talento humano en salud y personal de apoyo brinde atención integral en salud de las personas víctimas de abuso y violencia sexual. Abordado a través de siete módulos que incluye los conceptos normativos, la prevención y detección de violencia sexual, la atención psicosocial, los lineamientos técnicos, manejo de cadena de custodia y el abordaje integral desde las rutas de atención.

Mitos sobre la violación y Rol de género

Dentro de la violencia sexual se han relacionado dos puntos clave de análisis, el primero los mitos sobre la violación y los aspectos relacionados con el rol de género. En primer lugar, conceptualmente los mitos de violación son explicaciones que buscan justificar la violencia sexual, se basan por tener creencias falsas o sesgadas, ampliamente divulgadas que sirven para explicar "*arraigos culturales*" usados para negar la agresión sexual masculina contra las mujeres, para profundizar en esta situación, Gerger *et al* (5), desarrollaron la escala de aceptación de mitos modernos acerca de la agresión sexual (*Acceptance of Modern Myths About Sexual Aggression – AMMSA*, por sus siglas en inglés), compuesta por 30 ítems en la que los participantes muestran su nivel de acuerdo con cada afirmación por medio de siete opciones de respuesta tipo Likert, que van desde 1 (totalmente en desacuerdo) hasta 7 (totalmente de acuerdo), donde puntuaciones más elevadas nos indican una actitud y aceptación de mitos más favorable hacia las agresiones sexuales (5).

La escala AMMSA ha demostrado tener una alta consistencia interna y confiabilidad a través de un lapso de varios meses (5), así mismo, su versión ya validada en español demostró igualmente una alta correlación positiva con la escala *Rape Myth Acceptance Scale, RMAS*, cuyo constructo es similar (6,7). Se ha demostrado una relación entre mitos sobre la violación, culpabilidad atribuida a la víctima y responsabilidad del agresor (7), por ejemplo, se ha encontrado que cuanto mayores eran los mitos sobre violación, más cortas eran las sentencias en donde el acusado era declarado culpable y más responsabilidad era atribuida a la víctima (7).

En segundo lugar, el desarrollo del rol de género es un proceso de adquisición de prioridades, habilidades, comportamientos, actitudes normativas y auto percepciones, que caracterizan a cada sexo, y se esperan de cada individuo en la sociedad, estos suelen aprenderse a través del proceso de socialización (8).

Las actitudes de género son creencias sobre los roles apropiados para mujeres y hombres, la edad se correlaciona con el comportamiento de las

actitudes de los roles de género; es decir, se ha descrito en estudios, que las personas más jóvenes tienen una actitud más igualitaria, y las personas mayores tienen actitudes más tradicionales y sexistas (9), así mismo, el género también se ha documentado como un fuerte determinante de las actitudes de los roles de género; donde las mujeres tienen consistentemente puntos de vista más liberales sobre los roles de género que los hombres (9), un ejemplo de esto, se evidenció en casos donde una relación sexual forzada hecha por el novio o el esposo, en comparación con un extraño, es caracterizado con menos fuerza como violación por la población, dado que piensan que la esposa está más obligada a tener relaciones sexuales con su pareja (8).

Basado en esto García Cueto *et al*, desarrollaron la escala de actitudes sobre los roles de género (*Gender Role Attitudes Scale* – GRAS, por sus siglas en inglés) (10), para la evaluación de las actitudes de rol de género tomando como base la teoría de la igualdad de género, la cual mide por medio de preguntas tipo Likert, las actitudes estereotipadas con 5 (totalmente de acuerdo) y 1 (totalmente desacuerdo), así mismo, preguntas trascendentes perteneciendo a las puntuaciones en el ámbito familiar, laboral y social (10). La escala es unidimensional con estructura bipolar (alfa de Cronbach de 0.99), donde las puntuaciones más altas indican actitudes estereotipadas, y las más bajas indican actitudes trascendentes hacia los roles de género (11).

Simulación con Paciente Estandarizado (PE)

Prestar una adecuada atención en salud a una persona víctima de violencia sexual dando protección a la víctima y respondiendo a las necesidades particulares médicas, psicológicas y forenses que son complejas, implica tener un nivel de conocimiento y habilidades de comunicación adecuados, necesarios para que el personal de salud de la mejor atención a una población ya vulnerable (12) y así, pueda disminuir posibles afectaciones físicas y de salud mental (1,13). En la atención de dichos pacientes, además de responder a sus necesidades específicas, se debe preservar y reunir evidencia para la investigación criminal, lo que incluye la

recopilación de pruebas físicas y una anamnesis detallada para obtener información sobre la agresión (14).

Estas maniobras son consideradas invasivas por naturaleza por lo que deben realizarse adecuadamente para disminuir la posibilidad de que las víctimas vuelvan a experimentar el trauma de la agresión ya vivido durante las interacciones que se dan en la atención médica (14).

Para evitar la afectación de estos pacientes se busca, a través de la educación, preparar al personal en salud para brindar un servicio seguro, competente y de calidad, que ayude a fortalecer la experiencia, comunicación interpersonal, habilidades profesionales y reaccionar a los problemas médicos que se adquieren por medio del entrenamiento (15).

La educación basada en simulación es una herramienta que facilita el aprendizaje de habilidades en la práctica clínica (16), y su integración con la metodología de paciente estandarizado (PE) en escenarios de alta fidelidad, aumenta el potencial de la experiencia de aprendizaje (15). El PE integrado en escenarios de alta fidelidad como instrumento de aprendizaje facilita la adquisición y fortalecimiento de competencias clínicas básicas, avanzadas y comunicativas generando un espacio que ayuda a desenvolver de manera controlada, situaciones que implican resolución de problemas y toma de decisiones (17), lo que permite un aprendizaje significativo al aplicar estos conocimientos en casos de la vida real (18). Existen experiencias con el uso de simulación con PE en casos de violencia sexual (12,14) donde se impacta positivamente su práctica y agrega valor al entrenamiento, mostrando cambios en el conocimiento, la conciencia y actitudes específicas hacia la prestación de una atención informada sobre el trauma (14), y resaltando la utilidad del debriefing posterior a la intervención, el cual ayuda a consolidar el aprendizaje de los estudiantes (12).

A conocimiento de los autores, no se conoce aún el impacto que puede producir la aplicación de la simulación clínica con PE integrado con escenarios de alta fidelidad

en las emociones y actitudes presentadas durante la simulación y los conceptos de los mitos sobre la agresión sexual y actitudes de los roles de género en el personal de salud que atiende pacientes víctimas de violencia sexual. En este sentido, el objetivo que se buscó fue evaluar el efecto de la aplicación de la simulación con PE integrado con escenarios de alta fidelidad como una herramienta de cambio de actitudes en el abordaje de casos de atención en salud específicos para víctimas de violencia sexual medidas con la escala AMMSA y GRAS, así como describir las actitudes y emociones presentadas por los diferentes profesionales de la salud que atienden pacientes víctimas de violencia sexual.

Materiales y Métodos

El estudio fue aprobado por el comité de ética e investigación de la Pontificia Universidad Javeriana (PUJ) (*Ref. FM-CIE-0481-21*) y financiado entre la SDS y la PUJ. A todos los participantes les fue explicado el objetivo del estudio y se les solicitó consentimiento informado electrónico usando la plataforma REDCap (19).

La población objetivo fueron los profesionales y técnicos en salud (en medicina, enfermería y psicología), y profesionales administrativos que pudieran tener contacto con pacientes víctimas de violencia sexual que hubieran aprobado el curso AIVVS. Desde CDEIS se realizó una convocatoria a las dos cohortes más recientes al momento del estudio y, entre los que respondieron, se realizó muestreo aleatorio estratificado para los diferentes grupos de profesionales; en aquellos donde no se tuvo el número de participantes suficiente, se convocaron participantes de las cohortes de cursos adicionales realizados el mismo año.

La intervención comprendió la creación de escenarios de simulación con PE en el Centro de Simulación Clínica (CSC) de la PUJ, en Bogotá, Colombia; Cada escenario recreó un caso de violencia sexual (ver tabla 1), construido por el equipo del CSC y supervisado por los profesionales del CDEIS.

Cada caso buscó una atención multidisciplinar del PE (20), la cual se desarrolló en una sesión de 2 horas, incluyendo el debriefing (liderado por un médico), acompañado por un maestro en artes escénicas, un profesional del CDEIS y el actor que hizo las veces de PE en cada escenario. La información obtenida fue almacenada en la plataforma REDCap (19), y en un servidor con acceso a la información solo por el grupo investigador.

Tabla 1.

Casos implementados en aprobaron el curso “Abordaje integral a Víctimas de Violencia Sexual”

Caso	Descripción del caso
Caso 1	Mujer trans, víctima de asalto sexual en la que es agredida psíquica y físicamente, con hallazgos de trauma severo en región anal.
Caso 2	Masculino, soldado, víctima de asalto sexual en batallón por parte de un soldado profesional.
Caso 3	Mujer menor de edad (13 años), víctima de abuso sexual en contexto intrafamiliar por el padrastro. Asiste a la consulta acompañada del tío.
Caso 4	Mujer víctima de maltrato, y adicionalmente abuso sexual por su expareja.

Nota: preparado por los autores.

Se realizó un estudio de métodos mixtos convergente, cuyo componente cuantitativo comprendió un diseño cuasiexperimental de antes y después sin grupo de comparación, buscando identificar cambios en el resultado de las escalas AMMSA y GRAS, evaluando el cambio entre la medición de cada escala antes del ejercicio de simulación y hasta 10 días después de esta, buscando tener una aproximación al tamaño del efecto derivado de la intervención y no con la pretensión de determinar su efectividad. Se empleó la prueba de normalidad Shapiro-Wilk para

analizar la distribución de los resultados de las escalas y de las diferencias entre las aplicaciones antes y después de la intervención.

Se compararon los resultados con la prueba de signos con rango de Wilcoxon para distribuciones no paramétricas. Los análisis se realizaron en la plataforma *Statistic Kingdom* (<https://www.statskingdom.com/>). Solo se incluyeron los registros de los participantes que completaron las dos mediciones con datos válidos.

Para el componente cualitativo, se realizó grabación en audio y video de los *debriefing* realizados, los cuales fueron transcritos usando protocolo *verbatim*, buscando describir las actitudes presentes de los participantes, y evaluar el efecto de la intervención, se realizó un análisis del discurso de tipo lingüístico (21), con análisis de categorías teniendo como referencia los principales problemas identificados en la atención de pacientes víctimas de violencia sexual del curso AIVVS.

Así mismo se realizó también un análisis conversacional buscando identificar patrones naturales que ocurren en una conversación (21) y por último se describieron las emociones identificadas a partir del modelo circunflejo del afecto (22). Para su codificación se usó el software Nvivo (23), utilizando una estrategia de análisis abductiva, partiendo de las categorías de análisis del curso AIVVS para la codificación inicial, y ante la posibilidad de generación de nuevos códigos se realizó consenso del entre los investigadores (24).

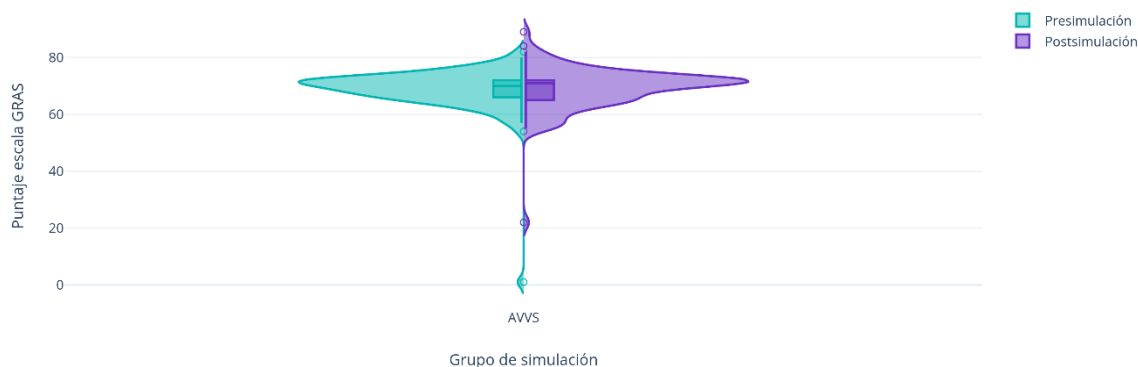
Resultados

Se realizaron dos jornadas que contenían 21 sesiones, donde ingresaron 105 participantes, se obtuvieron 38 grabaciones de los *debriefing* realizados de cada escenario de simulación con PE realizados.

Escala de actitudes sobre los roles de género (GRAS)

Noventa y ocho participantes completaron ambas evaluaciones con datos válidos y completos. Los resultados de la evaluación de la escala GRAS previo a la intervención mostró una mediana de 70 puntos (RIQ 6, mínimo 1, máximo 82). Por su parte, los resultados posteriores a la intervención tuvieron una mediana de 71 (RIQ 7, mínimo 22, máximo 89). La **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.** presenta la comparación de la distribución de los puntajes de la escala GRAS antes y después de la simulación en este grupo de participantes.

Figura 1. Gráfica de violín de los puntajes de la escala GRAS previos y posteriores a la simulación



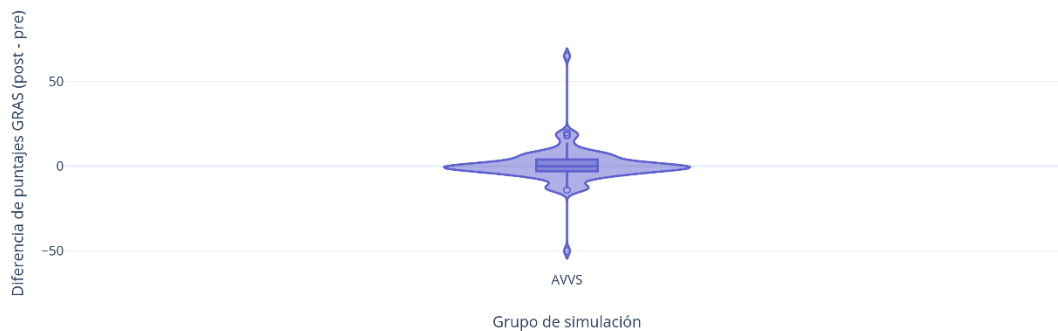
Nota: preparado por los autores a partir de los resultados del estudio.

La diferencia de los puntajes de GRAS tuvo mediana de 0,00 (RIQ 7) con un valor mínimo de -50 y un máximo de 65. Se realizó una aproximación al tamaño del efecto a través de una prueba de signos con rango de Wilcoxon, los cuales mostraron que el tamaño del efecto estandarizado observado es pequeño (0.0068).

Esto indica que la magnitud de la diferencia entre el valor previo y el valor posterior a la simulación es pequeña. La Nota: preparado por los autores a partir de los resultados del estudio.

presenta la distribución de los resultados de la diferencia de los puntajes (antes y después de la intervención) de los participantes.

Figura 1. Gráfico de violín de la distribución de la diferencia de puntajes de la escala GRAS



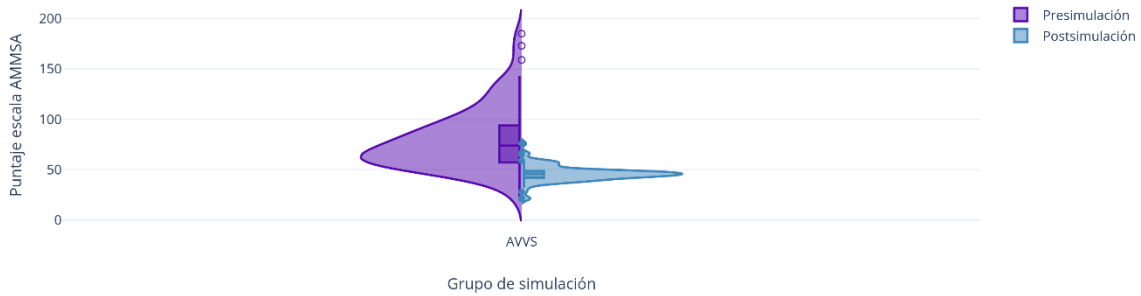
Nota: preparado por los autores a partir de los resultados del estudio.

Aceptación de los mitos modernos sobre la agresión sexual (AMMSA)

Noventa y cinco participantes completaron la escala AMMSA teniendo datos válidos y completos de las dos evaluaciones. Los resultados de la escala AMMSA antes de la simulación mostraron una mediana de 74 puntos (RIQ 37, mínimo 23, máximo 185). Por su parte, los resultados posteriores a la simulación mostraron una disminución con una mediana de 46 (RIQ 7, mínimo 21, máximo 76).

La **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.** presenta la comparación de la distribución de los puntajes de la escala AMMSA antes y después de la intervención en este grupo de participantes.

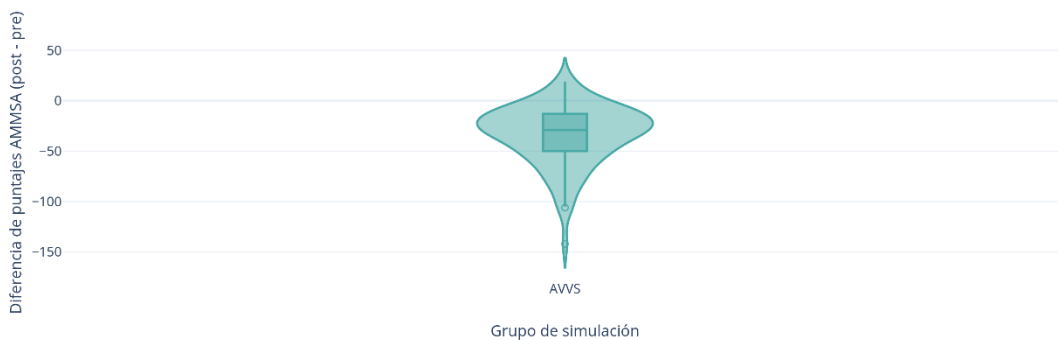
Figura 3. Gráfica de violín de los puntajes de la escala AMMASA previos y posteriores a la simulación



Nota: preparado por los autores a partir de los resultados del estudio.

La evaluación de tamaño del efecto empleando la prueba de signos con rango de Wilcoxon mostró un tamaño del efecto estandarizado grande (0.83). Esto indica que la magnitud de la diferencia entre el valor previo y el valor posterior a la simulación con PE es grande. La **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.** presenta la distribución de los resultados de la diferencia de los puntajes (antes y después de la intervención) de los participantes.

Figura 2. Gráfico de violín de la distribución de la diferencia de puntajes de la escala AMMSA



Nota: preparado por los autores a partir de los resultados del estudio.

Análisis del discurso

Análisis Conversacional

El análisis conversacional se ocupa de lo que sucede en una conversación espontánea, buscando pautas recurrentes de los datos obtenidos (25), en los *debriefing* se encontraron llantos, periodos mudos de hasta dos y medio minutos, silencios inesperados y risas, siendo esta última expresión, la más frecuente. Se interpretaron la mayoría de estas risas como nerviosas o como mecanismo de compensación para afrontar los contratiempos o fracasos evidenciados en los diferentes escenarios.

“... ¡Ojalá que me diga que me salga para no escuchar! (Exaltación del volumen de su voz) (Risas), digámoslo así, esto fue lo que sentí, ¡Ajá!... yo claro que diga que se tiene que salir y voltea y me mira ... ¡y me dice quédate!, ¡yo no quiero oír esto! (Exaltación del volumen de su voz), creo que es una reacción”.

En algunas ocasiones, los participantes encontraron escenarios que reflejaban experiencias cercanas, así mismo, se documentaron momentos mudos, desde pocos segundos hasta ocho minutos, interpretados como reflejo de sentimientos de impotencia, o el reconocimiento de aspectos no disponibles para brindar el cuidado adecuado a la víctima.

“Pues la verdad entré como en shock.... ¡No sé!, no sabía cómo que hacer, como por una experiencia personal familiar de hace muy poco... Entonces todavía como que me duele ... preciso me tocó a mí ese caso entonces... tenaz, tenaz, tenaz ... trate como de que no sé, cómo de qué... de tratarla ¡como si fuera mi hermana!... ¡sí! ...que fue la que pasó hace muy poco por una situación así... pero sin embargo ush.... ¡No! preciso me tocó a mí ...”

Análisis de emociones

Las emociones entendidas como la forma de reaccionar ante estímulos se expresan de manera verbal, no verbal y corporal, y se les considera como una parte importante del dinamismo comunicativo. Se obtuvo referencias de emociones expresadas por los participantes que al emplear el modelo circunflejo del afecto correspondían, en su mayoría, al grupo de emociones desagradables asociadas a activación (afectado, estresado, nervioso, tenso).

“Al comienzo terrible, porque sentí que estaba viviendo uno de mis casos verdaderamente que, ¡que no se! ¡No lo puedo superar! Para mí es algo tan, ¡tan catastrófico que no sé! Es algo que quiere decir casi que ... una impotencia ante la situación”

En los participantes que se vieron afectados se encontró principalmente esta emoción como una expresión de preocupación por la situación clínica del paciente, y en ocasiones de impotencia para proveer apoyo al paciente, asociado a expresiones de tristeza y llanto.

“Duele... entonces cuando llora, muestra signos de que en realidad le fue muy mal y que fue... perdón y que lo expresa con tanto aquejo... yo me siento igual que lo que veo en esa persona... ¡yo vi tristeza, yo sentí tristeza!”

Así mismo se evidenciaron emociones agradables con desactivación (calmado, relajado, contenido, sereno), en casos donde los participantes sintieron que pudieron generar una relación empática con el PE durante los escenarios, o al sentir que se realizó la actividad de buena calidad, así mismo se evidenciaron emociones agradables con activación (alerta, feliz, jubiloso, excitado), al identificar nuevas situaciones que les generaron retos de aprendizaje que pudieran dar conocimientos y nuevos aprendizajes.

“...créame ... que realmente nunca nos hemos preparado pues, para afrontar estas situaciones y pues es muy bueno este curso, pues para uno poder aprender y a manejar realmente, ¡como debe ser!, un abordaje a una persona víctima de abuso sexual... Entonces tenemos que saber la manera de proceder, pero así me sentí, ¡realmente me tocó! Y difícil, difícil. Pero me gusto, o sea ya al ver lo demás créanme que aprendí demasiado...”

Análisis de Categorías

El concepto de revictimización entendido como el trato digno y respetuoso, evitando la realización de preguntas humillantes o que culpabilicen al paciente, evitando obtener información de manera repetitiva, fue identificado por los participantes quienes evadieron frecuentemente generar interacciones con el paciente por miedo a realizar un interrogatorio que generara revictimización, esto se evitó por falta de información de los participantes en cómo realizar las preguntas adecuadas y necesarias, que como consecuencia, limitó la comunicación con la víctima y la recolección adecuada del relato pudiendo disminuir la calidad de la información necesaria para fines legales.

“...hice algunos comentarios que apenas los hice dije “¿Por qué dije esto?” Como cuando le pregunté si había sido por alguna razón en particular, sabiendo ya que era una mujer transgénero, eh ... entonces sentí que esa pregunta, cómo que no debí haberla hecho, porque fue como si esa fuera la razón para que la agredieran o si había más bien, como justificando un poco que la hubieran agredido por eso, entonces sentí como Agh...”

La presunción de buena fe como la actitud de entendimiento, de creer, confiar, entender y comprender la situación que tuvo que padecer la víctima, sin realizar señalamientos, ni emitir juicios de valor o estigmatización, fue manifestada por la mayoría de participantes, sin embargo, estos identificaron errores ocasionales en la atención que alteraron la relación establecida con el PE, muchas asociadas a

prejuicios, mitos, y sobre todo a desinformación en la forma de aplicación del conocimiento, de las técnicas y protocolos, así como del conocimiento de las rutas de atención, y la orientación a los pacientes que deseaban denunciar a su agresor.

“... para muchas personas sigue siendo muy difícil desaprender eso de que la persona es hombre o mujer y ¡ya!, y es la herencia cultural la que hace que sea tan difícil, porque incluso cuando un estudiante de cualquier carrera de la salud o social llega a la universidad, ya llega con un mundo de prejuicios y sale de la universidad básicamente con el mismo jergo de prejuicios”

Se encontraron estereotipos en función del sexo que se les asignó al nacer, identificando barreras en salud al acceso y buen trato de las víctimas ya vulneradas, circunstancia asociada a un nivel de entrenamiento no transversal, donde fue más evidente su falta en los profesionales administrativos y aquellos con entrenamiento técnico en salud, por lo que, varias barreras se dieron principalmente al inicio de la atención, y con mayor énfasis en los pacientes con identidad de género no binario, lo cual no solo estigmatizó sino generó revictimización, también se evidenciaron respuestas emocionales, que reflejaron la presencia de estigmas o prejuicios llegando a modificar de manera negativa la atención de dichos pacientes.

“Ella llegó a decir soy Juanita... pero desde la admisión era un hombre, entonces ahí comenzaron los choques y como le abrimos la historia clínica, porque la historia clínica sigue siendo, y ella decía no y ¡No!, a mí me tienen que llamar... entonces con psicología”

Discusión

La utilización de simulación clínica con paciente estandarizado evidenció un cambio importante en las actitudes hacia la identificación de los mitos sobre agresión sexual evidenciando en los cambios en las escalas AMMSA pre y post intervención. En cuanto al análisis del lenguaje se evidenció un predominio de emociones

desagradables con activación que logro una mayor sensibilización de los participantes quienes identificaron los escenarios como situaciones reales y manifestaron preocupación hacia las víctimas, logrando adicionalmente una menor culpabilización hacia la víctima y mayor atribución de responsabilidad al agresor. Los participantes identificaron durante el debriefing diferentes aspectos por mejorar en la atención de estos pacientes, donde se evidenciaron momentos de revictimización y estigmatización dados principalmente por presencia de desinformación o mitos.

En relación con la escala GRAS, no se evidenció un cambio significativo con respecto a las actitudes hacia los roles de género, lo que podría estar relacionado a que existe un mayor arraigo de las costumbres y lo esperado socialmente para cada rol, donde la construcción del género se da en un contexto social y cultural, en muchas ocasiones estereotipadas y sexistas, que se aprenden en diferentes procesos de socialización y suelen ser difíciles de cambiar tanto en hombres como mujeres, situación que es manifiesta en este grupo, donde la mayoría de participantes fueron mujeres (86%) y la escala GRAS no mostró cambios, se desconoce el efecto que podría generar la realización de múltiples escenarios de simulación sobre este hallazgo.

Al igual que otras partes del mundo (26), tener el conocimiento sobre cómo debe ser la atención de víctimas, no implica tener clara la forma de aplicar este conocimiento, es decir el saber hacer, lo que afecta de manera importante la atención de las víctimas (4), llevando demoras en la atención, generando clasificaciones inadecuadas y presentando prejuicios respecto a la víctima, donde la mayoría son mujeres y menores de edad (27). Se refuerza así mismo, lo manifestado por los participantes en que es clara la necesidad, demostrada ya, del uso de la simulación de manera repetitiva para lograr apropiación de la forma de aplicación de los procesos y protocolos de atención de estos pacientes (28–31), llevando a los participantes a mejorar confianza en sí mismo, conocimiento, competencia, pensamiento crítico y satisfacción (29). En este sentido, dado que solo se realizó

una actividad de simulación con PE, no se sabe aún el impacto que se podría generar con la aplicación de múltiples escenarios dentro del entrenamiento en atención de pacientes víctimas de violencia sexual que permitan facilitar la apropiación de conocimientos y el desarrollo de competencias que puedan producir un mayor impacto en el cambio actitudinal sobre las agresiones sexuales, la asignación de responsabilidades de los actos y los estereotipos en torno a los roles de género.

Conclusiones

La simulación con PE integrada en escenarios de alta fidelidad en el entrenamiento de la atención de víctimas de violencia sexual demostró cambios importantes en las actitudes hacia las pacientes víctimas de violencia sexual demostradas con cambios en las actitudes medidas en la escala AMMSA, hallazgos relacionados identificados en el análisis del discurso de los participantes. Este hallazgo permite identificar el uso de simulación como una herramienta que adicionalmente puede mejorar las habilidades clínicas y disminuir las conductas inadecuadas que ocurren en la interacción con pacientes víctimas de violencia sexual orientando hacia una práctica medica segura que se plasmara en la atención de estos pacientes.

Limitaciones

Aunque se evidencio cambios en la escala AMMSA posterior al escenario simulado con PE, esto no necesariamente expresa cambios en las practicas clínicas al atender pacientes reales victimas de violencia sexual, de igual manera todos los participantes que ingresaron al estudio tuvieron previamente la intención de realizar el curso *“Abordaje integral en salud a Víctimas de Violencia Sexual”* (AIVVS), lo que implica un interés de los participantes por mejorar su practica clínica y conocimiento a la hora de atender estos pacientes, pudiendo facilitar estos cambios en actitudes demostrados, lo que adicionalmente permite identificar una oportunidad para incluir mas participantes en estas practicas.

Agradecimientos:

A la SDS de Bogotá y puntualmente al CDEIS por la iniciativa en desarrollar el proyecto en conjunto con la PUJ, en especial a Sara M. Valencia, Directora del CDEIS. Al profesor Jorge Luis Franco-Zuluaga por su gran ayuda, y a los maestros de artes Brunilda del Socorro Zapata y Jorge Mario Escobar que dirigieron el proceso de preparación y dirección de actores para interpretar los PE. A Admeri Acosta quien ayudo en el proceso de organización y a los actores y actrices Ingrid Dayanna Castro Guerrero, Cristian Daniel Galvis Giraldo, Lilibeth Carrillo, Juan Sebastián Angarita Bustos, Luis Felipe Montoya Estupiñan y Daniela Alejandra Giraldo por su gran labor como pacientes estandarizados en simulación.

Bibliografía

1. Organización Panamericana de la Salud. Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Violencia sexual. Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Violencia sexual. Washington,DC ; 2013.
2. UNICEF. A familiar face. Violence in the lives of children and adolescents. Vol. 37, UNICEF. New York; 2017 Dec.
3. World Health Organization. Violence against women prevalence estimates, 2018. World Health Organization, on behalf of the United Nations Inter-Agency Working Group on Violence Against Women Executive summary Estimation and Data (VAW-IAWGED), editors. Geneva, Switzerland; 2018. 1–16 p.
4. Moreno Realpe SP, Barreto M. MR, Sanabria Ferrand PA, González Q. LA, Pinzón E. A. Evaluación de la atención a víctimas de la violencia sexual: experiencia en tres hospitales de Bogotá. Revista Facultad Nacional de Salud Pública. 2013 Feb 16;31(2):195–201.
5. Gerger H, Kley H, Bonner G, Siebler F. The acceptance of modern myths about sexual aggression scale: Development and validation in German and English. Aggressive Behavior. 2007 Sep;33(5):422–40.
6. Megias J, Romero-Sánchez M, Durán M, Moya M, Bohner G. Spanish validation of the Acceptance of Modern Myths about Sexual Aggression scale (AMMSA). The Spanish Journal of Psychology. 2011 Nov;14:912–25.
7. Romero-Sánchez M, López Megías J, Carretero-Dios H, Rincón Neira L. Versión colombiana de la escala Acceptance of Modern Myths about Sexual Aggression: primeros análisis psicométricos. Revista Latinoamericana de Psicología. 2013 Oct;45(1):121–34.
8. Ben-David S, Schneider O. Rape perceptions, gender role attitudes, and victim-perpetrator acquaintance. Sex Roles. 2005 Sep;53(5–6):385–99.

9. Ben-David S, Schneider O. Rape perceptions, gender role attitudes, and victim-perpetrator acquaintance. *Sex Roles*. 2005 Sep;53(5–6):385–99.
10. García-Cueto E, Rodríguez-Díaz FJ, Bringas-Molleda C, López-Cepero J, Paíno-Quesada S, Rodríguez-Franco L. Development of the gender role attitudes scale (GRAS) amongst young Spanish people. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2015 Nov;15(1):61–8.
11. Pérez Sánchez B, Concha-Salgado A, Fernández-Suárez A, Juarros-Basterretxea J, Rodríguez-Díaz FJ, Pérez Sánchez B, et al. La Escala de Actitudes de Roles de Género (GRAS) como una alternativa para la crisis en la medición de actitudes hacia los roles de género en América Latina: un estudio en universitarios chilenos. *Anales de Psicología*. 2021 Oct 1;37(3):567–76.
12. Scannell M, Lewis-O'Connor A, Barash A. Sexual Assault Simulation Course for Healthcare Providers: Enhancing Sexual Assault Education Using Simulation. *Journal of Forensic Nursing*. 2015 Dec 1;11(4):190–9.
13. Lee WJ, Clark L, Wortmann K, Taylor LA, Pock AR. Interprofessional Healthcare Student Training in the Care of Sexual Assault Patients Utilizing Standardized Patient Methodology. *Simulation in healthcare : journal of the Society for Simulation in Healthcare*. 2019 Feb 1;14(1):10–7.
14. Nathan S, Ferrara M. An innovative trauma-informed curriculum for sexual assault care. *Journal of Nursing Education*. 2020 Jun 17;59(6):336–40.
15. Cantrell MJ, Deloney LA. Integration of Standardized Patients into Simulation. *Anesthesiology Clinics*. 2007;25(2):377–83.
16. Kneebone R. Evaluating Clinical Simulations for Learning Procedural Skills: A Theory-Based Approach. *Academic Medicine*. 2005 Jun;80(6):549–53.
17. Moore P, Leighton MI, Alvarado C, Bralic C. Pacientes simulados en la formación de los profesionales de salud: El lado humano de la simulación. *Revista Medica de Chile*. 2016;144(5):617–25.
18. Roger Ruiz-Moral FCM. Programa para seleccionar y entrenar pacientes estandarizados en el contexto de un currículo universitario de simulación clínica. *Revista de la Fundación Educación Médica* . 2014 Dec;199–204.
19. Harris PA, Taylor R, Thielke R, Payne J, Gonzalez N, Conde JG. Research electronic data capture (REDCap)-A metadata-driven methodology and workflow process for providing translational research informatics support. *Journal of Biomedical Informatics*. 2009 Sep 30;42(2):377–81.
20. Panzarella K, Rivers L, Bright B, Whelan M, Butterfoss K, Russ L, et al. Using Actors as Simulated Patients for Interprofessional Education. *Medical Science Educator*. 2013;23(3):438–48.
21. Urra E, Muñoz A, Peña J. El análisis del discurso como perspectiva metodológica para investigadores de salud. *Enfermería Universitaria*. 2013 Apr 1;10(2):50–7.
22. Posner J, Russell JA, Peterson BS. The circumplex model of affect: An integrative approach to affective neuroscience, cognitive development, and psychopathology. *Development and Psychopathology*. 2005 Jul;17(3):715–34.
23. Woolf NH, Silver C. *Qualitative analysis using NVivo : the five-level QDA method*. 1st ed. Routledge; 2017. 211 p.

24. Holloway Immy. *Qualitative research in health care*. Open University Press; 2005. 300 p.
25. Cifuentes NDDCLC. *Interacción Oral: un análisis conversacional*. *RHS Revista Humanismo y Sociedad*. 2017 Nov 26;23–9.
26. Rajan G, Wahlström L, Philips B, Wändell P, Wachtler C, Svedin CG, et al. Delayed healthcare access among victims of sexual abuse, understood through internal and external gatekeeping mechanisms. *Nordic Journal of Psychiatry*. 2021;75(5):370–7.
27. Ramos-Lira L, Saltijeral-Méndez MT, Romero-Mendoza M, Caballero-Gutiérrez MA, Martínez-Vélez NA. *Violencia sexual y problemas asociados en una muestra de usuarias de un centro de salud*. *Salud Publica de Mexico*. 2001;43(3):182–91.
28. Paige JB, Graham L, Sittner B. *Formal Training Efforts to Develop Simulation Educators: An Integrative Review*. *Simulation in Healthcare*. 2020;15(4):271–81.
29. Al Gharibi, MSN KA, Arulappan, MSc(N), PhD, DNSc J. *Repeated Simulation Experience on Self-Confidence, Critical Thinking, and Competence of Nurses and Nursing Students—An Integrative Review*. *SAGE Open Nursing*. 2020;6.
30. Auerbach M, Kessler D, Foltin JC. *Repetitive pediatric simulation resuscitation training*. *Pediatric Emergency Care*. 2011 Jan;27(1):29–31.
31. Kothari K, Zuger C, Desai N, Leonard J, Alletag M, Balakas A, et al. *Effect of Repetitive Simulation Training on Emergency Medical Services Team Performance in Simulated Pediatric Medical Emergencies*. *AEM Education and Training*. 2021 Jul 1;5(3):e10537.