ANIMA Y APOYA: ATENCIÓN, ACOMPAÑAMIENTO Y SEGUIMIENTO OPORTUNO DE LA VIOLENCIA DE PAREJA ÍNTIMA.

ANIMA Y APOYA: TIMELY CARE, ACCOMPANIMENT AND MONITORING OF INTIMATE PARTNER VIOLENCE.

Olarte Rafael Alberto[1], Castañeda Esquivel Camilo[2], Jiménez Hernández Diego[2], Moreno Hernández Rossana[2], Jauregui Mariño Andrea[2].

RESUMEN

La violencia de pareja íntima (VPI) se refiere a cualquier comportamiento dentro de una relación que cause o que pueda causar daño físico, psicológico o sexual a alguno de los miembros de la relación. La OMS en el 2013 reportó que en el mundo el 30% de las mujeres que han mantenido una relación sentimental han sufrido violencia por parte de su pareja, es por esta razón que este proyecto busca inicialmente analizar el comportamiento epidemiológico de la violencia de pareja en el Hospital Universitario Erasmo Meoz entre los años 2017—2021, para así establecer un modelo para la atención, acompañamiento y seguimiento de la violencia de pareja en los pacientes que ingresan a servicios de atención en salud. Este es un estudio descriptivo y retrospectivo y la información será suministrada por el HUEM, y el análisis y la comparación de datos se llevará a cabo con el Test de Fisher de dos colas. El análisis de los resultados permite determinar que se registraron un total de 288 casos de violencia de pareja íntima atendidos en el HUEM, la tasa de incidencia de dichos casos por año es mayor en el 2017, teniendo un descenso progresivo hasta el año 2020. Por otra parte, al comparar las variables demográficas entre la población nacional y la población migrante, se evidencia una mayor susceptibilidad de presentar VPI en el grupo nacional en el rango de edad adulta (27 a 59 años). ANIMA y APOYA es una estrategia cuyo fin es la atención, acompañamiento y seguimiento oportuno de los casos de VPI en la atención en salud.

PALABRAS CLAVE: Violencia, violencia de pareja, estrategia, atención, acompañamiento, seguimiento.

ABSTRACT

Intimate partner violence (IPV) refers to any behavior within a relationship that causes or is likely to cause physical, psychological or sexual harm to any of the members of the relationship. The WHO in 2013 reported that in the world 30% of women who have maintained a romantic relationship have suffered violence from their partner, it is for this reason that this project initially seeks to analyze the epidemiological behavior of partner violence in the Erasmo Meoz University Hospital between the years 2017-2021, in order to establish a model for the care, accompaniment and monitoring of intimate partner violence in patients admitted to health care services. This is a descriptive and retrospective study and the information will be provided by the HUEM, and the analysis and comparison of data will be carried out with the two-tailed Fisher test. The analysis of the results allows us to determine that a total of 288 cases of intimate partner violence attended at the HUEM were registered, the incidence rate of these cases per year is higher in 2017, having a progressive decrease until the year 2020. On the other hand, when comparing the demographic variables between the national population and the migrant population, there is evidence of a greater susceptibility to present IPV in the national group in the adult age range (27 to 59 years). ANIMA y APOYA is a strategy whose purpose is the timely care, accompaniment and follow-up of IPV cases in health care.

KEY WORDS: Violence, intimate partner violence, strategy, attention, accompaniment, follow-up.

[1]Médico epidemiólogo, [2]Médico interno.

INTRODUCCIÓN

La violencia de pareja íntima (VPI) definida según la OMS, se refiere a cualquier comportamiento, dentro de una relación íntima, que cause o pueda causar daño físico, psíquico o sexual a los miembros de la relación. La VPI puede ocurrir entre personas con cualquier identidad de género u orientación sexual y no requiere intimidad sexual. La mayoría de casos no llegan a ser diagnosticados, ya que los pacientes a menudo ocultan que están en relaciones o situaciones abusivas debido al estigma percibido, así como a preocupaciones de privacidad y seguridad, adicionalmente, las pistas que apuntan al abuso pueden ser sutiles o estar ausentes (1,2).

Las estimaciones de por vida para VPI que involucran a personas que se identifican como mujeres en los Estados Unidos oscilan entre el 22 y el 39%. En Colombia según el boletín epidemiológico de medicina legal de Julio del 2022, se han registrado 26.994 lesiones no fatales en mujeres. Por otra parte, en países de todo el mundo, entre el 10 y el 69% de las mujeres denuncian agresiones físicas por parte de una pareja íntima en algún momento de su vida. (2,3).

Colombia cuenta con la Ley 1257 de 2008 llamada "Garantizar el Derecho de las mujeres a vivir una vida libre sin Violencia", por la cual se dictan normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres. Siendo sancionable todo acto de carácter psicológico, físico, sexual y patrimonial (4).

Toda persona que experimenta VPI requiere un enfoque integral por parte del equipo de salud. El papel del médico es hacer un correcto diagnóstico, brindar atención médica continua y apoyo emocional, evaluar la seguridad del paciente; así como también asesorar al paciente sobre la naturaleza y el curso de la violencia doméstica, educar al paciente sobre la gama de servicios de apoyo disponibles, documentar los hallazgos, y asegurar el seguimiento (5).

Dada la importancia de estas situaciones a nivel local, nacional e internacional, y el poco uso de herramientas para la atención, acompañamiento y seguimiento oportuno de violencia de pareja, este grupo de investigación busca lograr el diseño de una herramienta práctica y aplicable en toda paciente que ingrese a servicios de atención primaria de salud.

METODOLOGÍA

Para el cumplimiento de los objetivos propuestos, la metodología de trabajo se ha dividido en las siguientes fases:

A. La primera fase consiste en describir el comportamiento epidemiológico de los diferentes tipos de violencia en el Hospital Universitario Erasmo Meoz entre los años 2017—2022, mediante el análisis estadístico de la información proveída por esta institución.

B. En la segunda fase se harán comparaciones de los datos obtenidos en la fase anterior, tal como comparar la incidencia de la violencia de pareja obtenida en casos de pacientes migrantes con la obtenida en los casos de pacientes nacionales.

C. Por último, en la tercera fase se hará el diseño de una herramienta que constará de tres preguntas dicotómicas las cuales tendrán por objetivo ser aplicables en la consulta médica o en la entrevista de ingreso al servicio de salud, con el fin de lograr una atención oportuna de violencia en la prestación de atención en salud.

El tipo de estudio será descriptivo y retrospectivo. La información la suministró el Hospital Universitario Erasmo Meoz, a partir de datos estadísticos de la atención en salud de pacientes violentados por sus parejas en el periodo comprendido entre enero de 2017 y junio de 2022.

El análisis y la comparación de datos se llevará a cabo con el Test de Fisher dos colas (para probar si la razón de probabilidades es significativamente diferente de 1), cuyo valor de p es producido por SAS, SPSS, R y otros softwares.

Tabla 1. Tasa de incidencia de casos de VPI por año.

AÑO	NÚMERO DE CASOS	PORCENTAJE	PACIENTES ATENDIDOS POR AÑO	TASA DE INCIDENCIA (*1.000)
2017	92	32%	24.954	3,7
2018	73	26%	29.278	2,5
2019	50	17%	31.445	1,6
2020	21	7%	32.640	0,6
2021	52	18%	36.785	1,4
TOTAL	288	100%		

Información suministrada por el Hospital Universitario Erasmo Meoz.

RESULTADOS

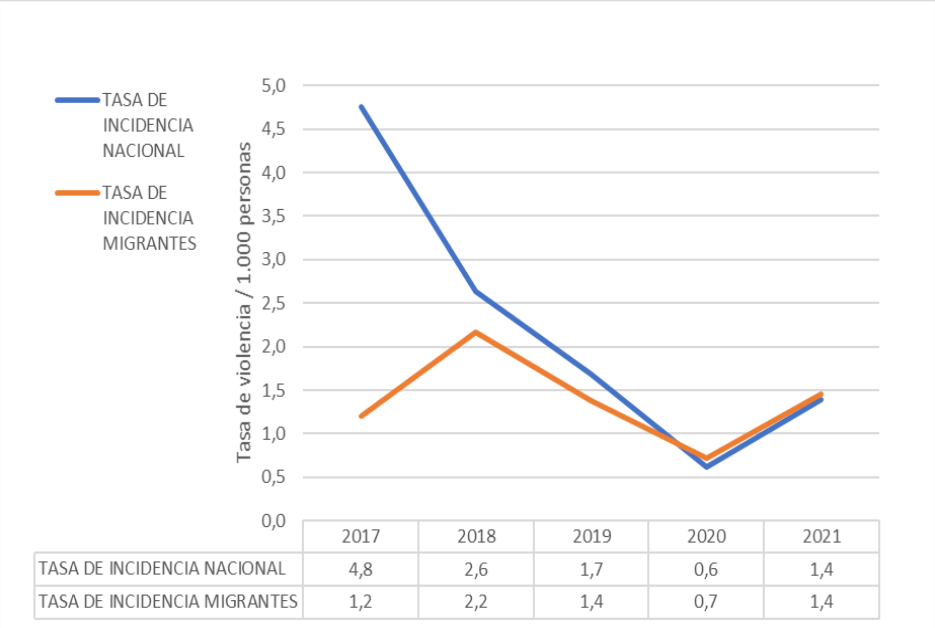
El análisis de los resultados permite determinar que se registraron un total de 288 casos de violencia de pareja íntima atendidos en el Hospital Universitario Erasmo Meoz, en los servicios de urgencias y hospitalización, entre el periodo de enero de 2017 y diciembre de 2021.

Del total de los casos atendidos, el año con mayor cantidad de casos es el 2017, con 92 casos y una incidencia de 3.7 por cada 1.000 pacientes atendidos, posteriormente se evidencia un descenso progresivo en la tasa de incidencia por año, llegando a ser el 2020 el año con menos casos (21 casos con incidencia de 0.6 por cada 1.000 pacientes); finalmente, en el siguiente año se observa nuevamente ascenso en la incidencia. (ver tabla 1.)

Por otra parte, al comparar las tasas de incidencia de casos por año entre pacientes migrantes y nacionales se evidencia en el 2017 una incidencia mayor en la población nacional que en la población migrante, sin embargo, este comportamiento no es constante, ya que durante los siguientes años ambas incidencias tienen un comportamiento similar. (ver gráfica 1.)

Del total de casos atendidos, el 77.77% (224 casos) corresponde a población nacional, mientras que el 33.33% (64 casos) corresponden a población migrante. Al analizar la población atendida por curso de vida, en ambos grupos poblacionales predominan los casos en población adulta, teniendo en cuenta a este grupo poblacional en el rango de edad de 27 a 59 años, siendo el 50% (122 casos) del grupo de población nacional, y el 34% (22 casos) de la población migrante, se encuentra asociación estadísticamente significativa entre ambas variables (p 0.003, OR 1.909, IC 1.070-3.405), es decir, este rango de edad es más representativo en pacientes del grupo nacional (ver tabla 2.).

Por otra parte, en ambos grupos poblacionales predominan los casos de sexo femenino, siendo así el 82% (184 casos) del grupo de población nacional, y el 86% (55 casos) del grupo de población migrante, en esta asociación estadística no se encontraron diferencias significativas (p 0.573, OR 0.753, IC 0.344-1.648) (ver tabla 2.).



Gráfica 1. Incidencia de violencia entre casos nacionales vs migrantes atendidos en el HUEM del 2017-2021. Información suministrada por el Hospital Universitario Erasmo Meoz.

Tabla 2. Variables demográficas de los grupos poblacionales.

VARIABLE DEMOGRAFICA	NACIONAL (N = 224)	MIGRANTE (N = 64)	OR	IC	P
EDAD - ADULTEZ (27-59 AÑOS)	112 (50)	22 (34)	1.909	1.070-3.405	0.033
SEXO FEMENINO	184 (82)	55 (86)	0.753	0.344-1.648	0.573
CASOS HOSPITALIZADOS	114 (51)	34 (53)	0.914	0.524-1.595	0.778
REGIMEN SUBSIDIADO	163 (73)	4 (6)	40.082	13.970-115.000	0
NO ASEGURADO	30 (13)	60 (94)	0.01	0.003-0.030	0
AGRESOR MASCULINO	178 (80)	45 (70)	1.634	0.873-3.057	0.13
SI CONVIVÍA CON EL AGRESOR	126 (56)	37 (58)	0.938	0.535-1.646	0.887
MECANISMO CONTUNDENTE	112 (50)	35 (55)	0.829	0.474-1.447	0.571
AMBITO HOGAR	171 (76)	53 (83)	0.67	0.326-1.374	0.31
NO RECIBIÓ ATENCIÓN EN SALUD MENTAL	184 (82)	54 (84)	0.852	0.400-1.815	0.852
SE INFORMÓ A LAS AUTORIDADES	123 (55)	38 (59)	0.833	0.474-1.465	0.57

Información suministrada por el Hospital Universitario Erasmo Meoz.

Es importante mencionar que en el grupo de población nacional hasta el 51% (114 casos) requirieron de hospitalización, y en el grupo de población migrante hasta el 53% (34 casos) la requirieron, estos datos no muestran asociación estadísticamente significativa, lo que quiere decir que ser de población migrante o nacional no tiene repercusión en la necesidad de hospitalización del paciente (p 0.778, OR 0.914, IC 0.524-1.595) (ver tabla 2.).

En cuanto al tipo de régimen en salud, se evidencia una asociación estadísticamente significativa entre el régimen subsidiado y la población nacional (p 0.000, OR 40.082, IC 13.970-115.000), adicionalmente es recalcable la asociación significativa entre el no aseguramiento médico con la población migrante (p 0.000, OR 0.01, IC 0.003. 0.030) (ver tabla 2.).

En ambos grupos predomina un patrón en el cual el agresor es de sexo masculino en hasta el 80% (178 casos) nacionales, y en el 70% (45 casos) migrantes, con quien se convivía en hasta el 56% (126 casos) en nacionales, y en 58% (37 casos) en migrantes, ocurre en el ámbito del hogar en el 76% (171 casos) nacionales, y 83% (53 casos) migrantes, y adicionalmente el mecanismo por el cual se produjo con mayor frecuencia es el contundente en el 50% (112 casos) nacionales y el 55% (35 casos) migrantes (ver tabla 2.).

Finalmente, el 82% (184 casos) del grupo nacional no recibió ninguna atención en salud mental, y de igual manera, el 84% (38 casos) del grupo migrante no la recibió (ver tabla 2.).

Anima y apoya es una herramienta para la atención, el acompañamiento y seguimiento de los casos de violencia íntima de pareja, la palabra ANIMA, está enfocada hacia la atención de los casos, la palabra APOYA está orientada al acompañamiento y seguimiento de dichos casos, adicionalmente cada letra tiene significado (ver gráfica 2 y 3.).

Gráfica 2. ANIMA Y APOYA.

El significado de la palabra ANIMA es: A (atención al escuchar) significa escuchar atentamente y con empatía; N (no juzgar y validar) es demostrar comprensión, no juzgar, asegurarle al paciente que no tiene la culpa de lo sucedido; I (informarse) sobre las necesidades y preocupaciones físicas, emocionales y sociales que tenga y responder a ellas; M (mejorar la seguridad) es diseñar con el paciente un plan para que se proteja en caso de repetirse los episodios de violencia; A (apoyo) es darle apoyo para que reciba la información, servicios y respaldo social que necesita (24, 25).

Por otro lado, el significado de la palabra APOYA es: A (asistencia médica) significa valorar el estado de salud físico del paciente, examinar si presenta lesiones y realizar un manejo oportuno de estas; P (psicoterapia) es brindar espacios seguros para que el paciente se pueda expresar, entender sus emociones y enfrentar el proceso; O (orientar el proceso) es guiar al paciente respecto a sus opciones, oportunidades y posibilidades en miras

al futuro; Y; A (acompañamiento continuo) significa que el proceso no acaba solo en la primera atención, es asegurarle al paciente que no está solo, que tiene un equipo multidisciplinario siempre dispuesto a ayudarlo cuando lo necesite (24, 25).

Gráfica 3. ANIMA y APOYA.

DISCUSIÓN

El presente estudio está motivado por un caso clínico que se dio en el Hospital Universitario Erasmo Meoz, se trató de una paciente femenina de 22 años con gestación de 29 semanas, que ingresó al hospital a las 9:59 am del 10 de agosto de 2022, fue valorada a las 10:07 am, con un cuadro clínico de 1 día de evolución consistente en politraumatismo secundario a una agresión física por su pareja sentimental, quien le ocasiona lesiones a nivel de cara, miembros superiores y miembro inferior derecho. A las 10:38 am la valora el servicio de ginecología quienes describen al examen físico útero grávido hipertónico, feto cefálico con ausencia de frecuencia cardiaca fetal, realizan ecografía obstétrica que reporta óbito fetal de 29 semanas con desprendimiento prematuro de placenta del 20%. A las 02:06 pm valora trabajo social quienes orientan con psicología para activación de ruta por violencia basada en género. Psicología valora a la paciente a las 03:48 pm, realizan validación de emociones y acompañamiento psicológico. No es hasta las 11:32 de la noche, aproximadamente 13 horas después del ingreso de la paciente, cuando se iba a realizar la cesárea por parte de ginecología, que se encuentran múltiples heridas en el cuero cabelludo, y se toman 36 puntos simples. Esta situación causó un gran impacto en nuestra comunidad hospitalaria, por ello sentimos la necesidad de idear una estrategia para la atención, el acompañamiento y seguimiento oportuno de los casos de violencia de pareja íntima, además de un adecuado abordaje clínico y psicológico de estas situaciones.

El análisis de los resultados nos permite identificar un total de 288 casos atendidos en el Hospital Universitario Erasmo Meoz en los últimos 5 años, se observa que la tasa de incidencia más alta se presenta en el año 2017, y la más baja se observa en el 2020, esto se debe probablemente a que es este año cuando se declara pandemia por COVID19 a nivel mundial y el flujo de pacientes atendidos por situaciones clínicas diferentes a la infección por SarsCov2 era bajo.

En cuanto a la edad más afectada, se encontró que el grupo de adultos es el más afectado entre el 34-50%, datos que se pueden comparar con lo mencionado en el estudio realizado por Vives-Cases et al. (2007) en España, quienes evidenciaron que son las mujeres de edades comprendidas entre 21 y 50 años las que mayor riesgo tienen de sufrir malos tratos en la pareja (6). Así mismo, el sexo mayormente afectado es el femenino del 82-86%, datos comparables con los encontrados por Singhal et al. (2021) en un estudio en Ontario, Canadá, quienes encontraron que hasta el 81.2% de las atenciones por VPI eran de sexo femenino (7).

Respecto a la convivencia con el agresor, la presente investigación encontró que en el 56-58% de los casos la víctima convivían con su pareja, lo cual se puede comparar con un estudio realizado en Argentina por Otamendi et al. (2014) que reporta que esta misma situación se presentó en un 57% de casos de su estudio , y con el llevado a cabo por Cáceres et al. (2002) que evidencia convivencia con sus parejas en el 50.9% de mujeres; lo que determina que un poco más de la mitad de aquellas mujeres u hombres que conviven con su pareja fueron víctimas de violencia por parte de la misma, siendo el convivir del día a día un factor que probablemente facilite para el agresor que se generen situaciones de intimidad en donde se encuentren solos que le permitan ya sea agredir física o psicológicamente

a su pareja sin recibir ningún tipo de represalias o desaprobación por parte de otras personas (8, 9).

El mecanismo de agresión que se observa con más frecuencia en el presente estudio es el mecanismo contundente en un 50-55%, datos comparables con los encontrados por Otamendi et al. (2014) quienes encontraron que las lesiones fueron provocadas con este mecanismo en el 82% de los casos (8).

Siguiendo esta misma línea, en el presente estudio se determinó que del 76-83% de pacientes sufrieron agresión en el hogar, siendo una cifra comparable con el estudio ejecutado en Jamaica por Collado et al. (2005) en el que esto ocurre en el 74% de casos, y con el realizado en el Hospital Central de Kamuzu en Malawi- África por Purcell et al. (2020) en el que se reporta que el 69.6% de los casos de violencia de pareja íntima estudiados ocurrieron dentro del hogar en donde la víctima convivía con la pareja (10, 11).

Por otro lado, en cuanto a la variable en salud mental se encontró que del 82-84% no recibió atención en salud mental posterior al episodio de violencia, lo cual es un dato alarmante pues de acuerdo al estudio realizado en Cali, Colombia por Labrador y colaboradores, titulado Evaluación de la eficacia de un tratamiento individual para mujeres víctimas de violencia de pareja con trastorno de estrés postraumático en donde se tomó como muestra 20 mujeres las cuales demandaban asistencia psicológica por ser o haber sido víctimas de maltrato (físico, sexual y/o psicológico) y cumplían con criterios diagnósticos para trastorno postraumático; Como intervención se realizó psicoeducación, entrenamiento en control de la respiración, detención de pensamiento, reestructuración cognitiva, solución de problemas y terapia de exposición obteniendo como resultado mejoría de las 80% de las participantes. Es por esto que las diferentes estrategias de atención de violencia de pareja íntima, mencionan y hacen énfasis en el seguimiento y la atención en salud mental como uno de los pilares en dichas estrategias pues intervenciones oportunas evitan y minimizan el riesgo de desarrollar trastornos en la salud mental a raíz de la exposición a violencia por sus parejas (12).

Por último, en el ámbito judicial, con esta investigación se identificó que el 55-59% de las víctimas reportó la agresión sufrida. Esto se puede contrastar con la información obtenida por el estudio ENDIREH (2011) de México, que indica un reporte de estos casos a las autoridades en un 11.1% (13). Datos relevantes ya que, en los casos captados en la atención en salud en el HUEM, más de la mitad de los pacientes decidieron acudir a una autoridad competente para hacer denuncia y seguimiento del caso, datos que podrían aumentar y mejorar la calidad de vida de estos pacientes si se captan los casos de manera oportuna y si se atienden de la manera adecuada.

CONCLUSIONES

- De los casos de violencia de pareja íntima atendidos en el Hospital Universitario Erasmo Meoz entre los años 2017 a 2021, la mayor incidencia fue en el año 2017 y la menor fue en el 2020, probablemente secundario a la menor captación de casos por la pandemia por COVID19.

- En el contexto actual, por el fenómeno social dado por el pueblo venezolano, quienes migran a nuestro país en búsqueda de atención en salud, se evidenció una incidencia de casos comparable a la población nacional de casos de VPI en los últimos 5 años.

- La herramienta ANIMA nace de una estrategia de la OPS para el adecuado manejo de los casos de violencia de pareja íntima, dicha estrategia ha sido implementada en otros países como Uruguay, es por esto que en el presente trabajo se diseñó una herramienta conjunta con ANIMA, llamada APOYA, para la adecuada atención, acompañamiento y especialmente el seguimiento de los casos de VPI en nuestro medio.

- La violencia contra la mujer puede adoptar muchas formas sin embargo la violencia física, psicológica/emocional y sexual por parte de un compañero sentimental son las formas más prevalentes, esto ha sido un

problema de salud pública y de derechos humanos de larga data que sigue presente en la sociedad actual evidenciando la desigualdad de género y sobre todo la carencia de educación de la población que permita la sensibilización y concientización encaminado a la construcción de cambios en el pensamiento colectivo y sobre todo que permita empoderamiento de todas las mujeres las cuales son las mayores afectadas en el contexto de violencia de pareja íntima.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Violencia infligida por la pareja. 2013 Jan. Disponible en: https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/20184-ViolenciaPareja.pdf

2. Weil A. Violencia de pareja íntima: Diagnóstico y tamizaje. 2022 Oct. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/intimate-partner-violence-diagnosis-and-screening?search=violencia%20de%20pareja&source=search_result&selectedTitle=1~73&usage_type=default&display_rank=1

3. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Colombia. Boletín estadístico de enero a julio de 2022. 2022 July. Disponible en: https://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/742818/Boletin_julio_2022.pdf/75a56f6a-b1f6-1334-959a-7f0ffd466f6f.

4. LEY 1257 DE 2008. Reglamentada por el Decreto Nacional 4463 de 2011, Reglamentada parcialmente por el Decreto Nacional 4796 de 2011, Reglamentada parcialmente por el Decreto Nacional 4798 de 2011, Reglamentada parcialmente por el Decreto Nacional 4799 de 2011. Del 4 de diciembre del 2014.

5. Weil A. Violencia de pareja íntima: Intervención y manejo del paciente. 2022 Oct. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/intimate-partner-violence-intervention-and-patient-management?search=violencia%20de%20pareja&source=search_result&selectedTitle=2~73&usage_type=default&display_rank=2

6. Vives-Cases C, Carrasco-Portiño M, Álvarez-Dardet C. (2007). La epidemia por violencia del compañero íntimo contra las mujeres en España. Evolución temporal y edad de las víctimas. Gac Sanit. 2007; 21(4): 298-305. Disponible en: https://www.gacetasanitaria.org/es-linkresolver-la-epidemia-por-violencia-del-S0213911107720277.

7. Singhal S, Orr S, Singh H, Shanmuganantha M, Manson H. (2021). Domestic violence and abuse related emergency room visits in Ontario, Canada. Disponible en: https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-021-10501-9.

8. Carrasco C. (2007). Violencia doméstica: Lo que revela la investigación básica con parejas. Papeles del Psicólogo, vol. 28, núm. 1. Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal. Disponible en: https://www.redalyc.org/pdf/778/77828108.pdf

9. DerGhougassian K et al. (diciembre 2015). Violencia íntima, femicidios y armas de fuego en Argentina. URVIO, Revista Latinoamericana de Estudios de Seguridad, núm. 17. Disponible en: https://www.redalyc.org/pdf/5526/552656526002.pdf

10. Peña S, Villanueva L. (2005). Violencia familiar: una aproximación desde la ginecología y obstetricia. Medigraphic. Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2005/gom055f.pdf

11. Purcell L et al. (2020). In-home interpersonal violence: Sex based prevalence and outcomes. African Journal of Emergency medicine. ELSEVIER. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7910155/

12. Labrador F et al. (2009). Evaluación de la eficacia de un tratamiento individual para mujeres víctimas de violencia de pareja con trastorno de estrés postraumático. Pensamiento Psicológico, vol. 6, núm. 13, 2009, pp. 49-67. Disponible en: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80112469005

13. Medrano A, Miranda M, Figueras V. (2017). Violencia de pareja contra las mujeres en México: una mirada a la atención del sector salud desde una perspectiva interseccional. Disponible en: https://www.hipatiapress.com/hpjournals/index.php/generos/article/view/2131/1983.