

Víctimas de violencia intrafamiliar en los Sistemas de Salud, importancia del correcto manejo judicial

Victims of domestic violence in health care systems, importance of proper judicial management

María De Los Ángeles Galarza Pazmiño, Sergio Hernando Castillo Galvis

RESUMEN

A nivel mundial, la violencia intrafamiliar es considerada un problema de salud pública por su amplia variabilidad de presentación, que genera múltiples consultas médicas y eleva los costos sanitarios. El objetivo de estudio mediante muestreo casual no probabilístico de revisión de artículos científicos para determinar el manejo judicial de los profesionales sanitarios de esta problemática, encontrando que en el 52% se reportó sistemas de referencia, soporte legal o del deber de denunciar; en ninguno se establece la posibilidad de rendir testimonio experto por el profesional de la salud. La falta de capacitación especializada, desafíos en la detección y cribado, la escasez de recursos y servicios especializados, y las consecuencias negativas para las víctimas de la falta de atención adecuada contribuyen a una respuesta ineficiente en la atención a las víctimas de violencia intrafamiliar. Es fundamental mejorar la formación de los profesionales de salud, fortalecer la atención interdisciplinaria y promover una respuesta más efectiva a este grave problema.

Palabras clave: Violencia domestica; Atención sanitaria; Manejo Legal.

María De Los Ángeles Galarza Pazmiño 

Universidad Católica de Cuenca - Ecuador. maria.galarza17@est.ucacue.ec

Sergio Hernando Castillo Galvis 

Universidad Católica de Cuenca – Ecuador. sergio.castillo.26@ucacue.edu.ec

<http://doi.org/10.46652/rgn.v8i37.1104>

ISSN 2477-9083

Vol. 8 No. 38 julio-septiembre, 2023, e2301104

Quito, Ecuador

Enviado: junio 02, 2023

Aceptado: agosto 27, 2023

Publicado: septiembre 10, 2023

Publicación Continua



ABSTRACT

Worldwide, domestic violence is considered a public health problem due to its wide variability of presentation, which generates multiple medical consultations and increases health costs. The objective of the study was to review scientific articles to determine the judicial management of this problem by health professionals through non-probabilistic casual sampling, finding that 52% reported referral systems, legal support, or the duty to denounce; none established the possibility of expert testimony by the health professional. The lack of specialized training, challenges in detection and screening, the scarcity of resources and specialized services, and the negative consequences for the victims of the lack of adequate care contribute to an inefficient response in the care of victims of domestic violence. It is essential to improve the training of health professionals, strengthen interdisciplinary care, and promote a more effective response to this serious problem.

Keywords: Domestic Violence; Health Care; Legal Management.

1. Introducción

La violencia corresponde a un asunto complejo por ser una cuestión de apreciación de los comportamientos aceptables de aquellos que no lo son, depende también de quien lo afronta y las cuestiones de índole moral, ideológica y cultural. En la violencia interpersonal, aquella de tipo intrafamiliar puede ser dirigida a menores, a la pareja o a los adultos mayores y la naturaleza de la violencia puede ser en el ámbito físico, psicológico y/o sexual a través de conductas de acción u omisión (Organización Panamericana de la Salud, 2003).

La violencia intrafamiliar es cualquier comportamiento contra miembros de núcleo familiar de tipo abusivo, controlador; actos de violencia física, sexual y psicológica; abuso verbal y emocional, intimidación, privación social y económica, daño a la propiedad privada y abuso de poder, se incluye la ocasionada por el compañero íntimo (IPV: Intimate Partner Violence), el abuso infantil y el adulto mayor (Pokharel et al., 2023; Soh et al., 2021; Giraldo-Rodríguez et al., 2022; Negessa et al., 2023).

La víctima sufre daño en su integridad física, psicológica, sexual o mental; resiste injustamente estrés, conmoción, incredulidad, miedo, daños clínicos; por la acción directa o la omisión producida por un hecho tipificado y debido a las consecuencias de un acto antijurídico, es decir una infracción penal y esto le lleva a resignarse, agotamiento, necesidad de venganza y la necesidad de reparación a través de la búsqueda de justicia (Yépez Andrade, 2015; Nieto-Cabrera y Nieto-Morales, 2021).

Varios sistemas sanitarios tienen un sistema mixto de financiación público y privado (Lam et al., 2020). En Ecuador el Sistema Nacional de Salud está integrado por el Ministerio de Salud Pública (MSP) que se dirige a aquellos más vulnerables y con escasos recursos económicos, el Sistema de Seguridad Social dirigido a los trabajadores en relación de dependencia (IESS, ISSFA, ISSPOL) y el último con prestadores privados; el modelo de atención se basa en niveles y según

la complejidad; se presta especial atención a la atención primaria en salud con mecanismos de referencia y contrarreferencia, existe homologación de los establecimientos de salud y el tarifario único de servicios profesionales e insumos de salud (Molina-Guzmán, 2019).

La víctima en busca de ayuda puede acudir a diferentes instancias del Sistema Nacional de Salud, pero esta valoración se orientará al ámbito clínico–curativo, precautelando la salud y la vida y con base a los procedimientos estandarizados por el tarifario nacional donde la violencia solo se considera cuando ha causado gran repercusión y pone en peligro la vida y no toma en cuenta la heterogeneidad de su expresión desde la afectación psicológica sin huella física (que podrían ser la mayoría de casos) y de aquellas que se comportan con importante riesgo vital (Tarifario Nacional de Salud, 2014).

Con la finalidad de atender al paciente víctima de la violencia, como un problema social con consecuencias en el ámbito emocional, mental y físico siendo un problema de salud pública, el Ministerio de Salud Pública cuenta con las Salas de Primera Acogida de atención de ocho horas en once provincias, que corresponde a un espacio físico destinado a la atención en forma privada con peritos acreditados y en caso de no contar con dicha sala, la atención será por emergencia y según su gravedad hacia una valoración clínica preliminar (Ministerio de Salud Pública, 2019).

A pesar de la implementación de espacios y preparación de profesionales, las víctimas que deciden denunciar, sufren la marca del delito, la victimización primaria debido al impacto traumático del hecho delictivo, pero a pesar de todos los esfuerzos se presenta la victimización secundaria o revictimización durante encuentro con el sistema jurídico porque se requieren de nuevas valoraciones médicas como prueba y de la victimización terciaria que se traduce por el señalamiento de la sociedad a la víctima desamparada inclusive su familia (Mantilla, 2015).

Tal como señala Villanueva y Gisbert “es imprescindible que cada uno defina su disciplina con rigor y trace los límites de su campo de acción”, la Medicina Forense plantea soluciones de problemas de salud en el campo del derecho, donde el juez debe pronunciarse y solucionar una cuestión médica, requiere que el profesional sanitario con conocimientos sólidos en esta especialidad, ya que es un auxiliar de la justicia que proporciona la información necesaria para la defensa de los derechos quebrantados (Villanueva Cañadas y Gisbert Calaguig, 2018).

Los profesionales especialistas en Medicina Legal o Medicina Forense, no están ampliamente incorporados al Sistema de Salud Ecuatoriano, por lo que la víctima de la violencia es atendida por profesionales en otras áreas, aquellos son los primeros en tener contacto, ya que si no se cuenta con expertos acreditados y capacitados en una institución pública, por orden de la autoridad, se debe designar un profesional, que por su formación o especialización de base podrá no identificar y describir apropiadamente los signos de la violencia y plasmarlo en un informe, no solo como una nota en historial médico, así también la obligación de recabar los indicios biológicos y no biológicos y darles un adecuado tratamiento y lo fundamental emitir una conclusión de características médico legales con su debida sustentación oral en juicio, esto es, no debido a su capacidad sino a su formación base carente de conocimiento de la norma jurídica, doctrina, normas éticas

y de derecho médico y arraigado al tema diagnóstico-curativo, poniendo en contexto que el Juez decidirá según se le informe sea perito acreditado o no.

Para la Organización Mundial de la Salud, los Ministerios en cada País, tienen la obligación de prevención y respuesta a todas las causas de morbimortalidad, es así como la violencia y lesiones representan el 9% de la mortalidad general y el 16% de la discapacidad general; los costos fundados presentan un alto porcentaje de la atención médica, relacionadas a atenciones en emergencia, cirugías, atención psicológica; entre otras. Recordando que el primer sitio que acude la víctima, puede ser una casa de salud y esta es una posición privilegiada para obtener datos, identificar factores de riesgo, proporcionar atención de emergencia y posteriores, coordinado medidas multisectoriales. Las víctimas van a tener necesidades especiales en el sector salud, con mucha frecuencia se resisten a hablar, pero necesitan de manera urgente atenciones específicas, por lo que deben existir procesos de derivación e interacción con otros sectores; o de la creación de *servicios médicos especializados multidisciplinarios* (Organización Panamericana de la Salud, 2007).

En relación con la atención que realizan los médicos especialistas de la consulta externa (no forenses ni legistas), solo el 19.3% tienen formación en identificación de violencia del compañero íntimo y el 75.9% se sienten mínimamente preparados para documentar la historia de violencia contra la mujer y describir los hallazgos físicos en la historia clínica y el cómo realizar referencias apropiadas en estos casos y el 90% de los casos no pregunta de manera dirigida respecto a la violencia (Macías et al., 2021).

El personal sanitario mayoritariamente es el primer y único profesional con el cual tendrán contacto las víctimas, por lo que es vital que estén capacitados para la detección precoz, pero existe barreras para aquellos profesionales no especialistas en el área forense/legal como es la falta de tiempo, de privacidad o de recursos; o de obstáculos personales como incomodidad o inseguridad profesional, el miedo a ofender, temor a represalias; todo relacionado con la falta de formación; por lo que los partes de lesiones para iniciar el proceso investigativo a nivel judicial y policial son escasamente emitidos, aunque existe el deber de su emisión (Diéguez Méndez y Rodríguez Calvo, 2021).

Según la investigación documental en Colombia en base a 151 sentencias el fallo se dio en base a la prueba médico forense y de psicología forense en conjunto o indistintamente (Cortés-Monsalve, 2018).

En el estudio realizado en tres hospitales de Bogotá, se demostró que dista mucho el deber ser, de lo que se hace en práctica, en relación con víctimas de violencia sexual en el 65% de los casos no se aplicó de manera integral los protocolos específicos, solo el 17% tenían consentimiento informado y solo el 17,4% de los informes fueron remitidos a las autoridades, dentro de la valoración de conocimientos específicos a los profesionales sanitarios son de bajo nivel debido a temores en la atención, incomodidad, posible ofensa a quien consulta o a sus acompañantes y comprometerse en acciones legales (Moreno et al., 2013).

La medicina forense es una especialidad médica, que requiere de un mínimo de seis años de formación general y posterior especialización que conlleva de dos a tres años más; es ciencia auxiliar del Derecho irremplazable, sin la cual no existe una correcta administración de la Justicia (Villanueva Cañadas y Gisbert Calaguig, 2018).

El proceso judicial en el sistema ecuatoriano dispone que la investigación del delito sea a través de pruebas, de cómo se practican y valoran, en caso de afectación a la integridad personal se necesita del examen médico legal por un perito previamente calificado y así materializar la infracción. En caso de violencia a los miembros del núcleo familiar se designará como perito exclusivamente a los servidores pertenecientes a la Función Judicial, del Sistema de Salud Pública y Policía Nacional que se encuentren calificados (Reglamento del Sistema Pericial Integral de la Función Judicial, 2022).

A nivel de salud se debe obtener datos probatorios de carácter médico y jurídico que ayuden en el proceso penal, la documentación médico legal, en especial de lesiones, puede mejorar las probabilidades de capturar, imputar y condenar al agresor (Malanda y López, 2017).

La problemática surge en menoscabo de la atención oportuna e integral de las víctimas por una pobre asociación salud con justicia, en varios países el proceso de atención en casos de violencia es ineficiente, debido a que la atención médico legal es proveída en otro lugar inconexo al entorno hospitalario, en diferente tiempo y por diversos profesionales (World Health Organization, 2003).

La revictimización se considera una mala o equivocada atención con resultados negativos en el ámbito psicológico, social, jurídico y económico, resultantes del contacto de la víctima con las instituciones sociales (sanitario, jurídicos, entre otros), respecto de recibir ayuda sin cuestionamientos que varía mucho en la realidad, dando como resultado inseguridad, sensación de soledad y hasta cuestionarse el por qué ha decidido pedir ayuda, originando mayor daño que el hecho de violencia en sí mismo (Gutiérrez de Piñeres et al., 2002).

Cuando la víctima posterior a la atención en el sistema de salud o no, al momento de presentar la denuncia, puede existir actitudes negativas, como indiferencia, no consideración por el sufrimiento hasta deshumanización por parte de los operadores de justicia (profesionales del derecho, trabajo social, médicos, psicólogos y policías) y se corre el riesgo de exponer a la víctima a sufrir mayor daño que el proporcionado por la conducta delictiva en sí; es decir, su dignidad se ve afectada, en detrimento de su salud y de sus redes de apoyo a nivel social; por lo que es fundamental identificar estas actitudes y establecer parámetros de mejora, con la finalidad de brindar la protección que la víctima busca (Malanda y López, 2017; Mantilla, 2015).

El Estado debe garantizar la protección especial a las víctimas, en específico en la obtención y valoración de las pruebas, no victimizando y generando procesos de reparación integral por el daño causado (Yépez Andrade, 2015).

Pero a pesar de lo escrito aún no se ha logrado incorporar profesionales especialistas médicos forenses para la atención apropiada a las víctimas, ocasionando la revictimización que constituye una clara violación de los derechos humanos y un factor de riesgo físico y mental, que incrementa la morbilidad y mortalidad por lo tanto acrecentando el gasto público en salud (Giraldo-Rodríguez et al., 2022).

2. Metodología

La investigación fue de tipo cualitativo, mediante búsqueda de artículos relacionados con atención médica-sanitaria en detección de violencia intrafamiliar; a través de la revisión bibliográfica documental en plataformas digitales como BioMed Central de Springer Nature, PubMed Central® de National Institutes of Health's National Library of Medicine (NIH/NLM), Scientific Electronic Library Online – SciELO; Elsevier, Scopus, Dialnet; Oxford Academic y Google Scholar. Se encontró 23 artículos entre el 2019 – 2023 relacionados con violencia doméstica, intrafamiliar, familiar; abuso infantil y contra el adulto mayor; se excluyó artículos relacionados con la violencia de género no relacionada al entorno familiar.

3. Desarrollo

Del muestreo causal realizado, se incluyeron 23 artículos entre los años 2019 a 2023, con estudios transversales y descriptivos en el 52%, de tipo entrevista y encuesta en el 35% y 13% con intervención tipo capacitación con aplicación de encuesta pre y post entrenamiento, dentro de la muestra de los estudios analizados en el 77% se aplicó a profesionales de salud, el 18% a víctimas de violencia intrafamiliar o la revisión de expedientes médicos y en el 5% corresponde a una revisión sistemática. Dentro de la distribución geográfica en Europa el 33%, América del Norte y Oceanía con un 21% respectivamente, África 13% y Asia 12%, el país donde más análisis e investigación respecto de la violencia intrafamiliar se realiza es en Australia.

Respecto de los sistemas de salud en la detección y manejo judicial de las víctimas de violencia intrafamiliar, en los estudios descritos en tres existe mecanismos de referencia a las víctimas, tres de soporte legal, en tres de la responsabilidad de reportar los casos y una enuncia la posibilidad de que el historial forme parte del proceso penal, pero en ninguna se establece que el personal sanitario acuda a una audiencia como perito experto.

La violencia intrafamiliar es cualquier comportamiento abusivo o controlador y actos de violencia física, sexual y psicológica, contra miembros de núcleo familiar (Pokharel et al., 2023); abuso verbal y emocional, intimidación, privación social y económica, daño a la propiedad privada y abuso de poder (Soh et al., 2021). Así también incluye abuso infantil y el abuso hacia el adulto mayor (Giraldo-Rodríguez et al., 2022).

Cuando se efectúa por el compañero el término es violencia del compañero íntimo (EN inglés IPV: Intimate Partner Violence) que es el “comportamiento por un ex/compañero íntimo

que causa daño físico, sexual y/o psicológico incluidos agresión física, coerción sexual, abuso psicológico y comportamiento controlador” (Negessa et al., 2023).

La violencia contra el adulto mayor es definida como las acciones u omisiones por parte de los cuidadores u otra persona con relación de confianza que causa o crea riesgo de daño, a través de la negligencia, abandono o abuso físico, económico o sexual (West et al., 2021).

Se estima que uno de seis ancianos de sesenta años o más han tenido una experiencia de violencia en el último año, aunque es una cifra negra; dentro de los factores de riesgo se encuentran dependencia física, discapacidad mental, altos niveles de estrés y pocas relaciones sociales (West et al., 2021). A nivel global en mujeres entre 15 – 49 años se estima que el 27% han sido víctimas de violencia doméstica (IPV), es decir una de cada tres mujeres ha sido afectada a lo largo de su vida (Zafar et al., 2022). En el último año en Tanzania la prevalencia de IPV fue del 44% (Ambikile et al., 2020).

En Inglaterra y Wales, la encuesta de delincuencia determinó que las mujeres sufren más VD que en relación con los hombres (tasa de prevalencia ♀: 8.4% ♂: 4.0%) y que el 74% de delitos relacionados a la violencia doméstica son mujeres (Zafar et al., 2022); en Etiopia, el 20% de mujeres que han estado casadas han sufrido daño sexual o físico en el último año (Negessa et al., 2023); en Australia, la violencia del compañero/a íntimo/a es bien identificada por la sociedad, desde los 15 años 1 de cada 6 mujeres y 1 de 16 hombres la han padecido, entre el 2016 a 2017 72.000 mujeres, 34.000 niños y 9.000 hombres que han buscado servicios de apoyo a personas sin hogar, han reportaron violencia intrafamiliar y doméstica (Moore et al., 2023). En Reino Unido el 7.5% de mujeres han sido víctimas de violencia doméstica y abuso (Dowrick et al., 2021).

En relación con el estudio realizado en México, en 18.416 adultas mayores de ≥ 60 años reportaron que el 38.4% sufrieron abuso en la infancia, 49.9% con el compañero íntimo y el 17.3% reportaron violencia en el último año (Giraldo-Rodríguez et al., 2022).

En México 55 de cada 100 mujeres mayores de quince años han padecido algún incidente de violencia, sea por su pareja o por otra persona mientras más jóvenes los porcentajes de denuncia son mayores (Macías et al., 2021). En China, Hong Kong, muestra prevalencias bajas de la violencia contra la mujer en un rango de 1.4% a 15.7% (Lam et al., 2020).

En Etiopia 36% de las mujeres que han reportado IPV se encontraban embarazadas y el 81% de ellas reporto que ha tenido alguna experiencia física o emocional de violencia en toda su vida y en los controles prenatales no se toma en cuenta el cribado de violencia (Gashaw et al., 2020). La violencia intrafamiliar afecta a una de cada cinco australianas, con efectos mortales, discapacidades y enfermedades en mujeres menores de 45 años (Soh et al., 2021).

Según Rivielo (2010) el 45% de la víctimas de violencia doméstica que han sido matadas por sus abusadores, se han presentado a un hospital en los dos últimos años, previo a su muerte (Heron y Eisma, 2021).

La atención primaria en salud incluye prácticas generales, que se encaminan para proveer servicios comprensivos, eficientes y efectivos para todos y en todas partes; que incorporan habilidades para resolver problemas de salud agudos como las lesiones (Schwill et al., 2022).

En Australia a través de una encuesta en línea, para profesionales de medicina, enfermería y otros profesionales, de los cuales la mayoría no recibió entrenamiento en los dos últimos años, se demostró que los profesionales que más capacitados están para actuar ante la violencia familiar son las trabajadoras sociales, ya que trabajan en equipos multidisciplinarios por lo que sería importante que los mismos formen parte del área de emergencias (Withiel et al., 2021).

La incidencia de IPV es alta pero las tasas de cribado son bajas, los estudios demuestran que personal de medicina y enfermería raramente preguntan acerca de la violencia doméstica y fallan en identificar signos y síntomas de abuso doméstico lo que da como resultado un cuidado inadecuado (Perone et al., 2022; Heron y Eisma, 2021).

Por lo que los sistemas de salud necesitan reconocer la violencia doméstica y darle el tratamiento adecuado y la examinación clínica es la llave para descubrir el abuso, por lo que los futuros médicos deben ser capacitados en comunicación efectiva con sus pacientes, familias y comunidades y en especial en casos que están envueltos en la violencia (Al-Sofyani, 2022).

Los que sobreviven a la VD/IPV tienen una infinidad de condiciones médicas, como dolor crónico, lesiones físicas, fatiga, depresión, repercusiones en la salud sexual y reproductiva, condiciones gastrointestinales entre otras que hacen que se necesiten servicios médicos especializados y que probablemente tengan contacto con los servicios de atención primaria (Zafar et al., 2022; Moore et al., 2023).

LA VD tiene repercusiones a nivel psicológico y de salud física con menor calidad de vida y productividad, aumento de la mortalidad y a pesar de sus efectos, es una situación que se oculta y difícil de identificar (Negessa et al., 2023).

Muchos sobrevivientes de violencia doméstica continúan interactuando con profesionales de salud en busca de tratamientos para las lesiones producto de la violencia, pero esto no garantiza que la paciente sea puesta en contacto de servicios especializados en violencia familiar (Withiel et al., 2021).

Estudios relacionados con atención a nivel salud a víctimas de violencia intrafamiliar y el nivel de conocimiento del profesional de la salud que atiende a la víctima:

En el Jimma Medical Center de Etiopía, fue realizado un estudio preexperimental con 64 profesionales de salud en medicina general, enfermería, partería y trabajo social de atención primaria; aplicando la encuesta de reparación médica para manejar la violencia del compañero íntimo (PREMIS: physician readiness to manage intimate partner violence survey) con prueba de intervención pre y post entrenamiento respecto de conceptos de VD, métodos de identificación de VD, respuesta clínica, soporte psicológico y manejo interdisciplinario (Negessa et al., 2023).

Dentro de los resultados, el 75% de los participantes tienen 30 o menos años (media 28), 76,6% son casados y el 64,1% tiene experiencia entre dos y cinco años, el entrenamiento después de cuatro días mostro mejora, en relación con el conocimiento general de la violencia doméstica resultados previos fue de 12.44 (DE 4.55) y post intervención de 15.66 (DE 5.48) siendo el puntaje máximo posible 38 y en relación a la actitud hacia la violencia doméstica los previos fue de 156.4 (DE: 15.68) y post fue de 169.1 (DE: 20.67), el posible puntaje máximo fue de 224; no existen datos respecto al manejo judicial (Negessa et al., 2023).

En otro estudio dirigido hacia quiroprácticos se aplicó la escala validada PREMIS con adaptaciones mínimas (Chiro-PREMIS) en un estudio transversal para profesionales y estudiantes del último año, respecto de la preparación en la búsqueda y soporte de pacientes que han sufrido violencia por el compañero íntimo (IPV: inglés), se realizaron 29 preguntas, en tres fases, de los cuales 99 profesionales (Rango etario de 25-54 años, ♀: 68% ♂: 32%) y 28 estudiantes (Rango etario de 18-34 años, ♀: 69% ♂: 31%); el 82% de profesionales y 59% de estudiantes no tenían entrenamiento en IPV en los cinco años previos, dentro de los resultados un alto porcentaje respondió que no conoce los signos de alarma y ni la forma correcta de preguntar acerca de IPV, en relación al diagnóstico clínico los participantes no están preparados para realizar las preguntas correctas, responder ante revelaciones de abuso, documentar los hallazgos, hacer las referencias apropiadas y documentar debidamente en el historial clínico (Moore et al., 2023).

En España, se aplicó la encuesta PREMIS, a través de un estudio transversal a profesionales de la salud de tres centro de emergencias, se analizaron 164 encuestas, por personal de enfermería 66.5% y medicina 33.5%, siendo el 75% mujeres; en 65.2% respondió que no ha detectado casos de IPV en los últimos seis meses y los casos detectados son cuando se encuentran lesiones físicas visibles o indicadores en sus registros médicos y solo el 1.2% pregunto directamente a las mujeres (Martínez-García et al., 2021).

En el estudio observacional realizado en México a través de PREMIS, realizado a 65 profesionales de medicina en el área de consulta externa, acerca de la capacidad de detectar violencia contra la mujer, dentro de los resultados el 80.7% no tenían formación en violencia del compañero íntimo, en el 74.1% nada o mínimamente preparado para identificar IPV basado en la historia clínica y el examen externo; el 75.9% mínimamente preparado para documentarla y para realizar las referencias apropiadas. El 81% refiere que no tiene la suficiente preparación y el 46.6% se encuentra demasiado ocupado para participar en el equipo multidisciplinario para manejo de casos de violencia. Respecto a la identificación de casos nuevos el 74.1% no lo ha realizado en los últimos seis meses, no preguntan respecto de la IPV a nuevas pacientes en el 89.7% (Macías et al., 2021).

En Francia la herramienta PREMIS, fue llevada a cabo en dos fases una solo de traducción del inglés al francés y las segunda con adaptación PREMIS-French, con un total de 360 participantes, en 26.6% no tenían ningún entrenamiento previo y el 36.7 un entrenamiento menor a 10 horas y el 63.7% había identificado a la IPV en los últimos seis meses, con buenos resultados (Guiguet-Auclair et al., 2021).

En Tanzania la Herramienta PREMIS fue adaptada y traducida del inglés al swahili y aplicada a 461 profesionales de enfermería en, donde se encontró que usan un procedimiento estandarizado o protocolo de IPV (59.4% y 57.1%), pero no poseen entrenamiento previo en relación a la IPV (69.3% y 81.8%) y tampoco capacitación en el sitio actual donde laboral (76.6% y 84.4%), reportando que las condiciones de conocimiento, aptitud y preparación en relación al cuidado sanitario de la IPV son bajas (Ambikile et al., 2020).

En otro estudio valoró el programa de Identificación y Remisión para Mejorar la Seguridad (IRIS: Identification and Referral to Improve Safety), es un programa especializado en capacitación en violencia doméstica y abuso (DVA) para Prácticas Generales, contó con dos fases en paralelo, una de tipo cuantitativa a través de la revisión y obtención de datos del historial médico de 294 pacientes que han sufrido VD y otra fase cualitativa a través de 21 entrevistas on-line a quienes han tenido el soporte de IRIS, se realizó un análisis por separado y luego un análisis integrado, donde se demostró que existe un soporte integrado para mejorar la autoestima y toma de decisiones de quienes han sufrido violencia doméstica; mostrando mejora en los problemas de salud post intervención, aunque requiere de más estudios con grupo de control (Zafar et al., 2022).

En Reino Unido, IRIS fue implementado y estudiado con el fin de demostrar los límites que presentan los profesionales de la salud en la atención primaria y servicios comunitarios, demostrar la jurisdicción en la que actúan dichos profesionales, haciendo visible el trabajo complejo e interaccional de identificar a pacientes de DVA (Dowrick et al., 2021).

En Francia se llevó a cabo a validación de la Herramienta de Cribado de Abuso a la Mujer (WAST: Woman Abuse Screening Tool), en instrumento que está conformado por seis ítems dos respecto de la relación de la mujer con su compañero íntimo y seis relacionados con la experiencia de violencia física, psicológica o sexual; mismo que fue realizado a través de un estudio multicéntrico caso-control, con dos grupos de mujeres que han sido víctimas de violencia y otro que no; mostrando buena consistencia interna (Guiguet-Auclair et al., 2021).

En un estudio retrospectivo en Florida, para identificar de forma documental el cribado de IPV, fue realizado en cuatro centros médicos de atención primaria, a través de la identificación de expedientes médicos digitales con el uso de la clasificación internacional de las enfermedades (CIE), con los códigos Z00.00 y Z00.01, para examen médico de adultos con hallazgos anormales o no; los resultados respecto del cribado de la violencia fueron bajos con tasas entre 3% a 27%, en un sitio fue de 0%; donde se realizó el cribado completo en el 35.3% reportaron que no lo padecen y el 64.7% se rehusó a realizarlo; los profesionales que más realizan el cribado son personal de enfermería con 41.2% y los médicos en el 35.3%, de la revisión documental se establece que en 145 casos (36.3%) fueron una oportunidad perdida para identificar la violencia, ya que los profesionales sienten incomodidad respecto de preguntar acerca de la violencia en relación a la ansiedad y depresión que lo hacen de manera frecuente; por lo que es necesario se realice instrucción respecto a la violencia con la finalidad de su mejor identificación y tratamiento (Perone et al., 2022).

En Inglaterra, se implementó el programa IRIS en atención primaria a profesionales de práctica general fue sustancialmente efectivo, con incremento de las referencias a Servicios de Violencia Doméstica y Abuso (Ambikile et al., 2020).

En la valoración que se realizó a 243 estudiantes de medicina, el 77.8% tienen conocimientos respecto de la violencia infantil, 46.5% respecto de la violencia en general y el 16.0 de aquella contra la mujer; respecto de la violencia contra el esposo se encuentra en el 9.3% y 2.9% según mujeres y hombres respectivamente (Al-Sofyani, 2022).

Un estudio realizado en 60 estudiantes en los años 2021 y 2022 de medicina osteopática, acerca del conocimiento y conciencia de la violencia hacia el adulto mayor, con una encuesta per y post capacitación de denominada Entrenamiento para Estudiantes en Prevención de la Violencia Doméstica (STOP-DV: Student Training on Preventing Domestic Violence), en el ámbito de la violencia contra el adulto mayor, demostrando que los programas de enseñanza son efectivos mejorando el conocimiento y conciencia de las violencia contra el adulto mayor (West et al., 2021).

En España, mediante un estudio descriptivo dirigido a 124 profesionales de medicina y enfermería, realizado mediante cuestionario en base a diferentes estudios internacionales, que consta de cuatro partes una con datos demográficos, la segunda de la importancia y la formación en violencia de género, la tercera actitudes y capacidades para prevenir o actuar ante la violencia de género (inclusive denuncia) y última de los factores que dificultan preguntar a las pacientes, solo el 12% refirió formación específica respecto de la violencia de género, el 91.1% considera que es un problema frecuente en el país solo el 11.3 considera que es un problema en su servicio y solo el 27.4% ha emitido un parte de lesiones. Respecto de la formación solo 15 respondieron que tenían alguna formación específica mayoritariamente durante la carrera. Aunque consideran que el personal sanitario es importante para detección de la violencia, solo el 8.9% está de acuerdo en preguntar directamente sobre el maltrato y que se requiere de una mejor formación para afrontar la violencia de género (Diéguez Méndez y Rodríguez Calvo, 2021).

En Australia a través de una encuesta de elaboración en base a otros cuestionarios, se realizó un estudio mediante respuesta en línea, e indica que el 64.99% recibió algo de entrenamiento con el 27.72% en los últimos dos años; acerca del conocimiento el 58.24% tenía poco de conocimiento de la violencia familiar, aproximadamente el 72.27% sentía que tiene poca o nada de indicio de confiabilidad, el 68.91% rara vez o nunca realizaba el cribado de VD y el 58.24% raramente trabajaba con víctimas de violencia doméstica (Fisher et al., 2020).

En otro estudio australiano, los profesionales de la salud reconocen a la violencia doméstica como un tema de salud (52.0% muy de acuerdo y 44.1% de acuerdo) y que el tamizaje o cribado de rutina de violencia debe ser realizado en el 82.3%; pero en el 41.2% sienten que no tienen la suficiente formación en violencia doméstica para referir a sus pacientes y respecto de la formación el 28.9% es insuficiente y en el 43.0% no tienen certeza (Soh et al., 2021).

En Canadá se valoró el curso de entrenamiento en línea de Violencia contra la Mujer (VAW:

Violence Against Women), con una muestra de 108, con un cuestionario pre y post capacitación, con lo que se demostró que a través de la capacitación se mejora el conocimiento y las actitudes de hacia VAW (Etherington et al., 2021).

Se requiere de un entrenamiento correcto en la valoración de la violencia, así como de un sistema de soporte y protección a las víctimas con más protecciones legales en contra de la violencia (Perone et al., 2022).

La respuesta ante la violencia intrafamiliar por el primer nivel de atención de salud es percibida como un reto que incluyen barreras legales, étnicas y culturales (Pokharel et al., 2023).

Existen barreras respecto del cribado de IPV, como son la etnia y el lenguaje predilecto por el personal de salud, aunque no existen diferencias estadísticamente significativas en conjunto con los signos y síntomas que no son específicos (Perone et al., 2022).

Existen barreras que limitan consultar por violencia a los prestadores de salud, como el miedo por perder sus hijos o que se entere el agresor y la agresión sea cada vez mayor o genere más conflicto o que no les crean a la víctimas (59%), pena o vergüenza (31%) y culparse a sí mismas (14%); existen también barreras relacionadas con el compañero íntimo por la presencia física durante la consulta que obliga a mentir al médico sobre el origen de las lesiones (34%), comportamientos controladores que no les permiten salir de casa (10%) y manipuladores con los profesionales de salud (3%); respecto de las barreras organizacionales donde las víctimas piensan que los servicios de salud no son el sitio apropiado para pedir ayuda por ser un tema tabú (24%) y que no existe suficiente tiempo para revelar la violencia que experimenta (14%) (Heron y Eisma, 2021).

Dentro del abuso contra ancianos las restricciones para reportar el hecho debido al riesgo de falsa alarma, el impacto negativo en la vida y las restricciones de tiempo (West et al., 2021).

Los facilitadores para detectar la violencia doméstica están habilidades de escucha (38%) lo que va a requerir mayor tiempo de atención médica; que el médico genere confianza a través del tiempo y las consultas (21%); y que genere empatía (10%) a través de comprender los sentimientos de las víctimas. Otro factor importante para detectar la VD es la seguridad (28%) a través de la privacidad y confidencialidad de la consulta médica, a través de visitas domiciliarias (Heron y Eisma, 2021).

En el Estudio llevado en Hong Kong, los facilitadores para identificar y manejar la violencia doméstica son una buena relación médico-paciente (99.8%) y tener buenas habilidad de comunicación (99.0%), en la consulta tomar en consideración equimosis inexplicables, información relevante documentada en la historia clínica, cambios del estado de ánimo y visitas regulares al médico son indicadores útiles para reconocer en víctimas de violencia doméstica (Lam et al., 2020).

En Países Bajos existen el consenso de que la salud mental se ve seriamente afectado por la violencia doméstica y abuso, pero las tasas de cribado en profesionales de dicha área son bajas, por lo que se realizó un estudio transversal con la encuesta BRAVE (Better Reduction through Assess-

ment of Violence and Evaluation) que al igual que otros estudios reportan que el conocimiento respecto de la violencia doméstica y abuso son bajas (Ruijne et al., 2019).

En atención primaria se reconoce que los temas de manejo de violencia doméstica no son buenos, debido al sin número de barreras y la percepción por parte de los profesionales de salud acerca de su rol y los temas relacionados a la violencia doméstica. En los profesionales existe dudas acerca de la intervención, falta de protocolos de manejo, sistemas de referencia; limitaciones de tiempo, pocas habilidades y experiencia respecto del cribaje de los pacientes que buscan ayuda (Sun et al., 2021).

Para mejorar los programas de detección de la violencia doméstica es necesario cuatro componentes: apoyo institucional, protocolos de cribado efectivos, capacitación inicial y continua y referencia inmediata a servicios de soporte (Lam et al., 2020).

Las víctimas de IPV, presentan bajos niveles significantes de ayuda social por parte de familiares, amigos y personas cercanas; independientemente de las condiciones socio demográficas, comportamientos o factores saludables y abuso infantil (Dias et al., 2019).

Es necesario para mejorar la atención a las víctimas de violencia doméstica, en los hospitales existan servicios de defensa, que pueden ayudar a identificar el abuso y la violencia y referirlos inmediatamente para el apoyo adecuado, incluir estos servicios tienen la ventaja de visibilizar a las supervivientes (Halliwell et al., 2019).

Es importante que a los médicos sean dotados de formación específica, para diagnóstico correcto y el informe de lesiones elevado a la autoridad competente, apoyar en todo momento a la víctima, es importante la valoración del daño corporal por el médico forense (Castellano-Arroyo, 2017).

5. Conclusión

En diferentes sistemas de salud, la violencia y sus tipos con considerados como un problema de salud pública, en especial la intrafamiliar, ya que su gran variabilidad en presentación genera múltiples asistencias sanitarias lo que eleva los costos en salud y requerimientos de permiso médico, a pesar de su importancia descrita dista mucho en el cribado seriado y la identificación, existen pocos profesionales que conocen las rutas de referencia o apoyo legal y al momento no existen estudios de los profesionales sanitarios como auxiliares en el proceso judicial.

La violencia intrafamiliar, es cualquier comportamiento de acción u omisión contra los miembros del núcleo familiar, tiene variabilidad en su presentación afectando a personas de cualquier edad, género, condición socioeconómica, mayoritariamente la identificada está relacionada con aquella causada por el compañero íntimo, violencia contra los niños y la violencia contra el adulto mayor.

Dentro de los estudios se determinó que solo el programa IRIS incluye formación hacia profesionales de salud y ayuda a través de defensoría, las herramientas como PREMIS en relación con rutas de referencia para apoyo legal y BRAVE no cuentan con formación respecto del campo legal. En todos los estudios se destaca la importancia en la formación de profesionales en el sistema de salud con la finalidad de detectar a posibles víctimas de violencia intrafamiliar. Se determinó que el nivel de conocimiento respecto de la violencia es bajo, por lo que es el principal factor para no detectar a las víctimas. En ningún estudio se describió la presencia de especialistas en medicina forense que forman parte de los servicios de salud como equipo interdisciplinario.

Se escriben las conclusiones a las que llegó el autor. Colocar en orden de la más importante a la menos importante. La conclusión no es un resumen del artículo, tampoco una extensión de la sección previa, es decir, no debe citarse autores ni aportar más datos, únicamente debe escribir las conclusiones a las que llegó luego de finalizada la investigación y siempre relacionado con el objetivo propuesto al inicio del artículo.

Referencias

- Al-Sofyani, K. A. (2022). Domestic violence and child maltreatment awareness among medical students at King Abdulaziz University Hospital. *Journal of family medicine and primary care*, 11(6), 2750–2755. https://doi.org/https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_2007_21
- Ambikile, J. S., Leshabari, S., & Ohnishi, M. (2020). Knowledge, attitude, and preparedness toward IPV care provision among nurses and midwives in Tanzania. *Human resources for health*, 18(1), 1-7. <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s12960-020-00499-3>
- Castellano-Arroyo, M. (2017). La violencia familiar y de género: Un compromiso de todos. *Actual. Med.*, 102(800), 5-6. https://doi.org/https://actualidadmedica.es/articulo/800_ed01/
- Cortés-Monsalve, L. (2018). Impacto del abordaje forense a víctimas de violencia sexual en la definición de responsabilidad penal, Cali Colombia 2009-2016. *Debate Jurídico Ecuador. Revista Digital de Ciencias Jurídicas de UNIANDES*, 1(1), 15-30. <https://doi.org/http://45.238.216.13/ojs/index.php/DJE/article/download/1207/603>
- Dias, N. G., Costa, D., Soares, J., Hatzidimitriadou, E., Loannidi-Kapolou, E., Lindert, J., Sundin, O., Toth, O., Barros, H., y Fraga, S. (2019). Social support and the intimate partner violence victimization among adults from six European countries. *Family practice*, 36(2), 117-124. <https://doi.org/https://doi.org/10.1093/fampra/cmy042>
- Diéguez Méndez, R., & Rodríguez Calvo, M. S. (2021). Percepciones del personal sanitario sobre la violencia de género. *Educación Médica*, 414-419. <https://doi.org/10.1016/j.edu-med.2021.01.007>
- Dowrick, A., Feder, G., & Kelly, M. (2021). Boundary-Work and the Distribution of Care for Survivors of Domestic Violence and Abuse in Primary Care Settings: Perspectives From U.K. Clinicians. *Qualitative health research*, 31(9), 1697-17-09. <https://doi.org/https://doi.org/10.1177/1049732321998299>

- Etherington, C., Baker, L. H., & Glasbeek, D. (2021). Evaluating the Effectiveness of Online Training for a Comprehensive Violence Against Women Program: A Pilot Study. *Journal of interpersonal violence*, 36(1-2), 160-183. <https://doi.org/https://doi.org/10.1177/0886260517725734>
- Fisher, C. A., Rudkin, N., Withiel, T. D., May, A., Barson, E., Allen, B., O'Brien, E., & Willis, K. (2020). Assisting patients experiencing family violence: A survey of training levels, perceived knowledge, and confidence of clinical staff in a large metropolitan hospital. *Women's health (London, England)*, 16, 1745506520926051. <https://doi.org/https://doi.org/10.1177/1745506520926051>
- Gashaw, B. T., Schei, B., Solbraekke, K. N., & Magnus, J. H. (2020). Ethiopian Health Care Workers' Insights into and Responses to Intimate Partner Violence in Pregnancy-A Qualitative Study. *International journal of environmental research and public health*, 17(10), 37-45. <https://doi.org/https://doi.org/10.3390/ijerph17103745>
- Giraldo-Rodríguez, L., Mino-León, D., Aragón-Grijalva, S. O., & Agudelo-Botero, M. (2022). The revictimization of older Mexican women: understanding the accumulation of multiple victimizations throughout a lifetime. *BMC geriatrics*, 22(1), 41. <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s12877-021-02734-5>
- Guiguet-Auclair, C., Boyer, B., Djabour, K., Ninert, M., Verneret-Bord, E., Vendittelli, F., & Debost-Legrand, A. (2021). Validation of the French Women Abuse Screening Tool to routinely identify intimate partner violence. *European journal of public health*, 31(5), 1064-1069. <https://doi.org/https://doi.org/10.1093/eurpub/ckab115>
- Guiguet-Auclair, C., Debost-Legrand, A., Lémery, D., Barasinski, C., Mulin, B., & Vendittelli, F. (2021). Measuring the readiness to screen and manage intimate partner violence: Cross-cultural adaptation and psychometric evaluation of the PREMIS tool for perinatal care providers. *PloS one*, 16(11), e0258943. <https://doi.org/https://doi.org/10.1371/journal.pone.0258943>
- Gutiérrez de Piñeres, C., Coronel, E., & Pérez, C. (2002). Theoretical review of the concept of secondary victimization. *Liberabit*, 15(1), 49-58.
- Halliwell, G., Dheensa, S., Fenu, E., Jones, S. K., Asato, J., Jacob, S., & Feder, G. (2019). Cry for health: a quantitative evaluation of a hospital-based advocacy intervention for domestic violence and abuse. *BMC health services research*, 19(1), 718. <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s12913-019-4621-0>
- Heron, R. L., & Eisma, M. C. (2021). Barriers and facilitators of disclosing domestic violence to the healthcare service: A systematic review of qualitative research. *Health & social care in the community*, 29(3), 612-630. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/hsc.13282>
- Lam, T. P., Chan, H. Y., Piterman, L., Wong, M. W., Sun, K. S., Chan, T. H., Tiwari, A. (2020). Factors that facilitate recognition and management of domestic violence by primary care physicians in a Chinese context—a mixed methods study in Hong Kong. *BMC family practice*, 21(155). <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s12875-020-01228-4>
- Macías, F. J., García, O., Vázquez, L., & Álvarez, A. (2021). Capacidad de los médicos para detectar violencia contra la mujer en la consulta externa. *Rev CONAMED*, 26(1), 27-34. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.35366/99125>
- Malanda, R., & López, I. (2017). *Agresiones y Abusos Sexuales en Bizkaia. Registro de Datos y Protocolos*. Universidad del País Vasco.

- Mantilla, S. (2015). La revictimización como causal de silencio de la víctima. *Rev. cienc. forenses Honduras*, 1(2), 3-12. <https://doi.org/http://www.bvs.hn/RCFH/pdf/2015/pdf/RCFH1-2-2015-4.pdf>
- Martínez-García, E., Montiel-Mesa, V., Esteban-Vilchez, B., Bracero-Aleman, B., Martín-Salvador, A., Gázquez-López, M., Alvarez-Serrano, M. A. (2021). Sexist Myths Emergency Healthcare Professionals and Factors Associated with the Detection of Intimate Partner Violence in Women. *International journal of environmental research and public health*, 18(11), 55-68. <https://doi.org/https://doi.org/10.3390/ijerph18115568>
- Ministerio de Salud Pública. (2019). Atención integral a víctimas de violencia basada en género y graves violaciones a los derechos humanos. *Norma Técnica*. <https://acortar.link/XL70Hi>
- Molina-Guzmán, A. (2019). Funcionamiento y gobernanza del Sistema Nacional de Salud del Ecuador. *Iconos. Revista de Ciencias Sociales*(63), 185-205. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.17141/iconos.63.2019.3070>
- Moore, K. M., Amarin-Woods, D., Amarin-Woods, L. G., Vindigni, D., & Haworth, N. G. (2023). A cross-sectional study of Australian chiropractors' and students' readiness to identify and support patients experiencing intimate partner violence. *The Journal of chiropractic education*, 37(1), 71-81. <https://doi.org/https://doi.org/10.7899/JCE-21-45>
- Moreno, S. P., Barreto, M. R., Sanabria, P. A., González, L. A., & Pinzón, A. (2013). Evaluación de la atención a víctimas de la violencia sexual: experiencia en tres hospitales de Bogotá. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31(2), 195-201. <https://doi.org/https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12028113007>
- Negessa, E. H., Joseph, S. A., Kitaba, K. A., & Negesa, M. G. (2023). Effectiveness of Training Program on Improving Health Care Providers' Readiness for Managing Domestic Violence in Jimma Medical Center: Pre-Experimental Study. *International journal of women's health*(15), 71-77. <https://doi.org/https://doi.org/10.2147/IJWH.S389433>
- Nieto-Cabrera, M. E., & Nieto-Morales, C. (2021). *Víctimas sociales y víctimas de delitos. La promoción personal y social a través de la intervención*. Dykinson.
- Organización Panamericana de la Salud. (2003). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Organización Mundial de la Salud, Oficina Regional para las Américas, Washington, D.C. <https://acortar.link/wZpGKn>
- Organización Panamericana de la Salud. (2007). *Prevención de lesiones y violencia. Guía para los ministerios de salud*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43819/9789275328644_spa.pdf
- Perone, H. R., Dietz, N. A., Belkowitz, J., & Bland, S. (2022). Intimate partner violence: analysis of current screening practices in the primary care setting. *Family practice*, 39(1), 6-11. <https://doi.org/https://doi.org/10.1093/fampra/cmab069>
- Pokharel, B., Yelland, J., Hooker, L., & Taft, A. (2023). A Systematic Review of Culturally Competent Family Violence Responses to Women in Primary Care. *Trauma, violence & abuse*, 24(2), 928-945. <https://doi.org/https://doi.org/10.1177/15248380211046968>

- Reglamento del Sistema Pericial Integral de la Función Judicial, Pub. L. No. Resolución 147-2022 (2022).
- Ruijne, R. E., Kamperman, A. M., Trevillion, K., Garofalo, C., Jongejan, F. E., Bogaerts, S., Howard, L., & Mulder, N. L. (2019). Mental health professionals' knowledge, skills and attitudes on domestic violence and abuse in the Netherlands: cross-sectional study. *BJPsych open*, 5(2), e29. <https://doi.org/https://doi.org/10.1192/bjo.2019.8>
- Schwill, S., Krug, K., Poppleton, A., Reith, D., Senft, J. D., Szecsenyi, J., & Stengel, S. (2022). How can competencies in minor surgery in general practice be increased? Assessing the effect of a compact intervention in postgraduate training: a mixed-methods study. *BMJ open*, 7(12), e060991. <https://doi.org/https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-060991>
- Soh, H. J., Grigg, J., Gurvich, C., Gavriliadis, E., & Kulkarni, J. (2021). Family Violence: An Insight Into Perspectives and Practices of Australian Health Practitioners. *Journal of interpersonal violence*, 36(5-6), NP2391–NP2409. <https://doi.org/https://doi.org/10.1177/0886260518760609>
- Sun, K. S., Lam, T. P., Piterman, L., Lam, K. F., Tang, W. S., Kwok, K. W., Chan, H., Wu, D., & Tiwari, A. (2021). Management of Domestic Violence by Primary Care Physicians in Hong Kong: Association With Barriers, Attitudes, Training, and Practice Background. *Journal of interpersonal violence*, 30(19-20), 9623–9647. <https://doi.org/https://doi.org/10.1177/0886260519869067>
- Tarifario Nacional de Salud. (2014). <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/TARIFARIO.pdf>
- Villanueva Cañadas, E., & Gisbert Calaguig, J. A. (2018). Medicina Legal. En E. Villanueva Cañadas, Gisbert Calaguig (eds.), *Medicina Legal y Toxicológica* (pp. 3-9). Elsevier España.
- West, A., Cawley, C., Crow, E., Stoner, A. M., Fadel, N. M., Ford-Scales, K., & Cheng, N. (2021). The Impact of an Educational Program on Medical Students' Knowledge and Awareness of Elder Abuse. *Journal of medical education and curricular development*, 8. <https://doi.org/https://doi.org/10.1177/23821205211016487>
- Withiel, T. D., Gill, H., & Fisher, C. A. (2021). Responding to family violence: Variations in knowledge, confidence and skills across clinical professions in a large tertiary public hospital. *SAGE open medicine*, 9, 1-7. <https://doi.org/https://doi.org/10.1177/20503121211000923>
- World Health Organization. (2003). *Guidelines for medicolegal care for victims of sexual violence*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42788/?sequence=1>
- Yépez Andrade, M. (2015). La víctima en el Código Orgánico Integral Penal. En R. Ávila Santamaría, *Código Orgánico Integral Penal: Hacia su mejor comprensión y aplicación* (pp. 163-176). Corporación Editora Nacional. <https://acortar.link/xSikL0>
- Zafar, S., Bradbury-Jones, C., & Bandyopadhyay, S. (2022). Impacts of an Intervention to Improve the Identification, Referral and Safety of Those Experiencing Domestic Violence: A Mixed Methods Study in the UK. *International journal of environmental research and public health*, 19(23), 16181. <https://doi.org/https://doi.org/10.3390/ijerph192316181>

AUTORES

María De Los Ángeles Galarza Pazmiño. Médica, especialista en medicina forense y magíster en criminalística, perito acreditado por el Consejo de la Judicatura, actualmente laborando para el Servicio Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

Sergio Hernando Castillo Galvis. Abogado, Especialista en Derecho Médico. Actualmente es presidente de la Cámara de Comercio de Cúcuta – Colombia.

DECLARACIÓN

Conflicto de interés

No tenemos ningún conflicto de interés que declarar.

Financiamiento

Sin ayuda financiera de partes ajenas a este artículo.

Notas

El artículo es original y no ha sido publicado previamente.