



ORIGINAL

¿Condiciona la atención médica el antecedente de violencia de género?



Paula Rodríguez-Rivas y María Sol Rodríguez-Calvo*

Instituto de Ciencias Forenses, Facultad de Medicina, Universidad de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, España

Recibido el 26 de junio de 2019; aceptado el 15 de noviembre de 2019

Disponible en Internet el 2 de enero de 2020

PALABRAS CLAVE

Violencia de género;
Violencia de pareja;
Mujer;
Estereotipos;
Atención médica;
Profesionales;
Estudiantes de
Medicina

Resumen

Antecedentes: La violencia de género es un importante problema de salud que debe quedar registrado en la historia clínica. Dado que existen estereotipos negativos sobre las víctimas, este antecedente podría condicionar la actuación médica.

Objetivos: Conocer si la actitud clínica de los médicos/as puede ser modificada por el antecedente de maltrato en las pacientes y comprobar si hay diferencias con la actitud de los estudiantes de Medicina.

Método: Estudio descriptivo por encuesta. Se diseñó un cuestionario *ad hoc* para explorar los estereotipos y la actitud de los participantes frente a las mujeres maltratadas.

Resultados: Los profesionales mostraron ideas preconcebidas sobre las pacientes, en particular los de mayor edad, los hombres y los pertenecientes a especialidades quirúrgicas o medicina de familia. Las respuestas, en el 40% de los participantes, indican que la autonomía de las pacientes o la realización de una correcta historia clínica pueden verse afectadas. En los estudiantes también se han demostrado estos estereotipos, aunque en menor medida, no encontrando diferencias según el sexo. El 99% de los estudiantes opinan que cualquier mujer puede ser víctima de maltrato y consideran relevante el registro clínico de este antecedente. Sin embargo, en los profesionales este porcentaje disminuye al 65 y el 84%, respectivamente.

Conclusiones: La presencia del antecedente de violencia de género en la historia clínica puede hacer que el profesional le atribuya a esa paciente características que condicionen su actuación.

© 2019 Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

KEYWORDS

Gender violence;
Intimate partner
violence;
Woman;

Is medical care affected by a history of gender violence?

Abstract

Background: Intimate partner violence is a major health problem that has to be recorded in the medical history. Because of negative stereotypes about victims, this background could have an effect on medical care.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: msol.rodriguez@usc.es (M.S. Rodríguez-Calvo).

Stereotypes;
Health care;
Professionals;
Medical students

Objectives: To determine whether the clinical attitude of physicians can be modified by the history of gender abuse and to check whether there are differences with regards to medical students.

Method: A descriptive study was performed using an *ad hoc* questionnaire designed to explore the stereotypes and attitudes of participants towards abused women.

Results: Doctors did attribute certain preconceived characteristics to these patients, and were more frequently older and male physicians, and those who belonged to surgical specialties or family medicine. The responses, in 40% of participants, indicate that patient's autonomy and/or the correct performance of the clinical history may be affected. These stereotypes have also been demonstrated in students, but to a lesser extent, with no differences according to gender. Almost all (99%) students believe that any woman can be a victim of abuse and consider relevant the clinical record of this background. Nevertheless, this percentage in professionals decreases to 65% and 84%, respectively.

Conclusions: The history of intimate partner violence in the clinical notes can make physicians attribute some characteristics to patients, which could have an effect on their medical care.

© 2019 Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

La violencia de género ha sido reconocida como un importante problema de salud pública¹. En particular, la violencia de pareja o violencia del compañero íntimo es la forma más visible en términos epidemiológicos²⁻⁴ y, por tanto, la de mayor impacto sanitario. Sus consecuencias incluyen distintos problemas de salud física y psíquica y una de cada 3 mujeres sufre un daño importante, que requiere atención médica inmediata^{3,5-7}. Las mujeres maltratadas acuden con más frecuencia a los servicios sanitarios (37,2%) que a servicios sociales específicos (16%)^{8,9}, por ello suponen una pieza clave en el abordaje de la violencia. Se ha descrito que el 77% de las mujeres maltratadas consiguen retomar su vida, constatando la eficacia de la recuperación⁸. Estas mujeres se configuran como un nuevo tipo de paciente, «la exvíctima de maltrato», un perfil cada vez más frecuente sobre el que hay poca información. Aunque no existe un perfil sociodemográfico ni psicológico específico de mujer maltratada³, se ha descrito que el registro en la historia clínica del antecedente de maltrato puede hacer que los profesionales les atribuyan determinadas características preconcebidas que repercuten en la atención médica⁹⁻¹¹.

En el ámbito de la violencia de género, la sociedad ha construido una imagen de cómo es la mujer maltratada. Hay evidencia de que existen preconcepciones (estigmas) sobre estas pacientes y se ha observado que la principal razón para no preguntar sobre maltrato es la presencia de estereotipos¹². Dentro de estas ideas preformadas se incluye la consideración de mujeres «débiles, con poco carácter, de bajo nivel económico y cultural, sumisas, asustadizas, de perfil ansioso-depresivo, tímidas, con pocos recursos y sin capacidad de valerse por sí mismas» (tabla 1)¹³⁻¹⁷. Por otro lado, las supervivientes destacan que estas ideas preconcebidas han sido un condicionante de su relación con el sistema judicial o sanitario¹⁴. Declaran que suponen uno de los desafíos más duros de la recuperación^{15,18}. Un

estudio retrospectivo¹⁵ ha mostrado que es un fenómeno frecuente y que resulta perjudicial, haciéndolas sentir que no son consideradas «gente normal», siendo un recordatorio de lo vivido^{14,19}. Esta estigmatización es importante en la recuperación^{16,18}, por lo que es necesario tenerla en cuenta.

Existe evidencia de que la presencia de estereotipos es más frecuente en determinados perfiles de médicos. Se ha descrito una menor influencia de los mismos en los médicos de urgencias, los especialistas en ginecología, los médicos mujeres, aquellos en periodo de aprendizaje o jóvenes (residentes) y los que habían tenido una formación específica^{12,20}. En los estudiantes de Medicina también se han descrito ideas erróneas sobre la violencia de género, a pesar de que la mayoría sí ha recibido formación en la universidad²¹.

La mayoría de los estudios se centran en la influencia de estos estigmas cuando la mujer maltratada contacta con el sistema sanitario. Sin embargo, existe poca evidencia sobre cómo afectan a mujeres que se han recuperado, en cuya historia clínica figura tal antecedente. Con este estudio se pretende responder a esta cuestión. Es decir, conocer si la actitud clínica de los profesionales puede ser modificada por la presencia de este antecedente y constatar si hay diferencias en la actitud de médicos/as y estudiantes de Medicina.

Material y métodos

Estudio transversal descriptivo por encuesta en médicos/as y estudiantes de Medicina. Se diseñó un cuestionario *ad hoc* basado en la bibliografía disponible^{10,13,15,19}. En la primera parte se recogieron los datos de sexo, edad y especialidad médica de los participantes. Se expuso un hipotético caso de una paciente con antecedente antiguo de malos tratos. A continuación, se formularon los enunciados sobre la actuación clínica, diseñados según los estigmas descritos en la literatura (tabla 1). El encuestado debía responder según el nivel de acuerdo con los mismos: nunca (1), casi nunca (2),

Tabla 1 Preguntas del cuestionario según el estigma explorado en cada una de ellas

Pregunta del cuestionario	Estigma	¿Qué se pretende explorar?
1. Evitaría la exploración física para no hacer sentir incómoda a la paciente	Miedo	Idea de que son pacientes temerosas al contacto físico
2. Modularía mi lenguaje para no contrariar a la paciente y evitar un cuadro de ansiedad	Difícil comunicación	Idea de que son pacientes con dificultades comunicativas, que pueden sentirse contrariadas fácilmente
3. Pienso que son pacientes que prefieren una atención más guiada por el profesional ya que tienen una base de inseguridad importante	Inseguridad	Idea de que son pacientes poco decididas o con poca capacidad para tomar decisiones
4. Aconsejaría el tratamiento menos exigente porque suelen ser pacientes sensibles	Debilidad, falta de fuerza personal	Idea de que son pacientes débiles
5. Intentaría que fuese atendida por una profesional de su mismo sexo para hacerla sentir más cómoda	Falta de recuperación de la normalidad	Idea de que no han sido capaces de superar este proceso por lo que se van a sentir incómodas si las atiende un hombre
6. Me detendría más en la explicación del tratamiento porque suelen ser pacientes con un bajo nivel de estudios	Bajo nivel intelectual o educativo	Idea de que tienen bajo nivel educativo o intelectual
7. No le daría medicación antidepresiva si la veo triste porque suele ser un hallazgo frecuente en estas pacientes	Tristeza	Idea de que es normal que estén tristes o deprimidas debido a la experiencia vivida
8. Evitaría hacer preguntas sobre su vida sexual o familiar	Timidez	Idea de que son personas cerradas, incapaces de expresarse bien y de superar el maltrato vivido, por lo que no querrán hablar de él
9. Evitaría ofrecer tratamientos costosos porque es muy posible que pueda tener problemas económicos	Bajo nivel económico	Idea de que son personas con pocos recursos para valerse por sí mismas o con bajo nivel económico
10. Preguntaría si toma benzodiacepinas porque es frecuente que las consuman	Perfil ansioso-depresivo	Idea de que son personas con un perfil psicológico complicado
11. Preguntaría por maltrato actual dados sus antecedentes	Sumisión, dependencia del agresor, "enamoradizas"	Idea de que son obedientes, poco decididas, con tendencia a presentar recurrencias o caer de nuevo en una situación de maltrato
12. La atendería antes que a otros pacientes dándole un trato preferente	Vulnerabilidad	Idea de que son pacientes que necesitan atención e inspiran pena, haciendo que el profesional les otorgue un trato preferente
Preguntas de opinión personal (sí/no)		
¿Considera que cualquier persona, incluido usted, podría ser víctima de maltrato?	Normalidad	Explora cercanía. Se considera que los que responden sí se identifican con esa persona. Le atribuyen principios de normalidad
¿Cree que es importante que figure el antecedente de maltrato en la historia clínica de las pacientes?	Relevancia	Opinión sobre la relevancia del registro de esa información
¿Cree que el hecho de que conste el antecedente de maltrato en la historia clínica modificaría su actuación?	Modificación de la conducta	Opinión sobre la utilidad de esa información al atender a una paciente

a veces (3), casi siempre (4) y siempre (5). Se añadieron 3 preguntas de opinión personal a las que debía responder sí o no.

Se realizó un muestreo de conveniencia durante el curso académico 2018-2019, distribuyendo el cuestionario presencialmente a 180 médicos/as de la Estructura Organizativa de Santiago de Compostela y a 81 estudiantes de 5.º curso del Grado de Medicina de la Universidad de Santiago de Compostela. Respondieron a la misma 104 profesionales (tasa de

participación del 58%) y la totalidad de los estudiantes (tasa de participación del 100%). De acuerdo con los principios éticos en investigación, los participantes recibieron información sobre la finalidad del estudio y la participación fue voluntaria y anónima.

Los datos fueron recogidos en una base digital para su análisis. Las respuestas de 5 valores se agruparon en 3 categorías. La edad y las especialidades también fueron agrupadas (tabla 2). Se realizó un análisis descriptivo

Tabla 2 Características de los participantes y frecuencia de respuestas en el grupo de médicos/as (N = 104)

Características							
Edad: media (mín.-máx.; desviación típica; mediana)		45,86 años (25-64; 11,65; 47)					
Grupos de edad	20-29 13 (12,5%)	30-39 24 (23,1%)		40-49 22 (21,1%)		50-70 45 (43,3%)	
Puntuación media en preguntas p1-p12	2,35	2,35		2,65		2,96	
Sexo	Mujeres 52 (50%)			Hombres 52 (50%)			
Puntuación media en preguntas p1-p12	2,32			3,03			
Especialidad	Méd 46 (44,2%)	Qx 21 (20,2%)	MQx 9 (8,7%)	Gin 8 (7,7%)	Psic 7 (6,7%)	Fam 7 (6,7%)	Urg 6 (5,8%)
Puntuación media en preguntas p1-p12	2,73	3,20	2,74	2,02	1,64	3	1,97
Preguntas	Respuestas ^a , n (%)						
	1 y 2		3	4 y 5		Media	
p1: Evitaría la exploración física	68 (65,4)		23 (22,1)	13 (12,5)		2,14	
p2: Modularía mi lenguaje	42 (40,4)		39 (37,5)	23 (22,1)		2,75	
p3: Son pacientes que prefieren una atención más guiada	33 (31,7)		27 (26)	44 (42,3)		3,15	
p4: Aconsejaría el tratamiento menos exigente	44 (42,3)		19 (18,3)	41 (39,4)		2,97	
p5: Intentaría que fuese atendida por una mujer	48 (46,2)		15 (14,4)	41 (39,4)		2,84	
p6: Me detendría más en la explicación del tratamiento	58 (55,8)		16 (15,4)	30 (28,8)		2,59	
p7: No le daría medicación antidepressiva	56 (53,8)		22 (21,2)	26 (25)		2,46	
p8: Evitaría preguntar sobre su vida sexual o familiar	46 (44,2)		11 (10,6)	47 (45,2)		2,97	
p9: Evitaría ofrecer tratamientos caros	60 (57,7)		17 (16,3)	27 (26)		2,44	
p10: Preguntaría si toma benzodiacepinas	43 (41,3)		25 (24)	36 (34,6)		2,83	
p11: Preguntaría por maltrato actual	40 (38,5)		14 (13,5)	50 (48,1)		3,13	
p12: La atendería antes que a otros pacientes	83 (79,8)		11 (10,6)	10 (10)		1,83	
			Sí, n (%)				No, n (%)
¿Cualquier persona podría ser víctima de maltrato?			68 (65,3)				36 (34,6)
¿Es importante registrar el maltrato en la historia clínica?			87 (83,7)				17 (16,3)
¿El antecedente de maltrato modificaría su actuación?			81 (77,9)				23 (22,1)

Méd: Médicas; MQx: Médico-quirúrgicas; Fam: Medicina de Familia; Gin: Ginecología; Psic: Psiquiatría; Urg: Urgencias; Qx: Quirúrgicas.

^a Respuestas: 1, nunca; 2, casi nunca; 3, a veces; 4 casi siempre, y 5, siempre.

(frecuencia, porcentajes y media de respuestas) y comparativo (prueba de Chi-cuadrado y prueba de la U de Mann-Whitney).

Resultados y discusión

La [tabla 2](#) muestra las características y las respuestas de los 104 profesionales que participaron en el estudio. Se pueden observar los comportamientos más respaldados: p3 «son pacientes que prefieren una atención más guiada por el profesional», p4 «aconsejaría tratamientos menos exigentes», p8 «no preguntar sobre su vida sexual o familiar» y p11 «pueden recaer en maltrato fácilmente», con un 40-48% de participantes que respondieron «siempre» o «casi siempre». Entre los comportamientos menos

frecuentes se encontraban p1 «evitar la exploración física» y p12 «atenderlas con preferencia». Estos resultados parecen reflejar la presencia de determinados estereotipos, como inseguridad (p3), debilidad (p4), timidez e incapacidad para expresarse (p8), sumisión y falta de superación (p11), lo que plantea que la asistencia pueda verse afectada en lo que concierne al respeto a la autonomía de las pacientes (p3 y p4), la realización de una correcta historia clínica (p8) y la no consideración de «persona normal», que es lo que reflejan los diferentes estudios como una de las mayores quejas de las afectadas¹⁹. En las preguntas dicotómicas, los datos coinciden con otros estudios que describen que la violencia de género se considera un problema importante, aunque no implique necesariamente saber abordarlo²¹.

Hemos encontrado diferencias significativas entre ambos sexos, siendo mucho más habituales las respuestas que

Tabla 3 Características de los participantes y frecuencia de respuestas en el grupo de estudiantes de Medicina (N = 81)

Características				
Edad: media (mín.-máx.; desviación típica; mediana)		22,63 años (21-29; 1,37; 22)		
Sexo		Mujeres 52 (64,2%)	Hombres 29 (35,8%)	
Preguntas	Respuestas ^a , n (%)			Media
	1 y 2	3	4 y 5	
p1: Evitaría la exploración física	74 (91,2)	6 (7,4)	1 (1,2)	1,33
p2: Modularía mi lenguaje	49 (61,3)	27 (33)	5 (6,2)	2,19
p3: Son pacientes que prefieren una atención más guiada	32 (39,5)	38 (46,9)	11 (13,6)	2,62
p4: Aconsejaría el tratamiento menos exigente	77 (95,1)	2 (2,5)	2 (2,5)	1,48
p5: Intentaría que fuese atendida por una mujer	38 (47)	30 (37)	13 (16,1)	2,49
p6: Me detendría más en la explicación del tratamiento	65 (80,3)	15 (18,5)	1 (1,2)	1,59
p7: No le daría medicación antidepresiva	72 (88,9)	7 (8,6)	2 (2,5)	1,43
p8: Evitaría hacer preguntas sobre su vida sexual o familiar	72 (88,9)	5 (6,2)	4 (4,9)	1,52
p9: Evitaría ofrecer tratamientos caros	64 (79)	15 (18,5)	2 (2,5)	1,63
p10: Preguntaría si toma benzodiacepinas	5 (6,2)	32 (40)	44 (54,3)	3,77
p11: Preguntaría por maltrato actual	17 (21)	18 (22,2)	46 (56,8)	3,56
p12: La atendería antes que a otros pacientes	68 (84)	11 (13,6)	2 (2,5)	1,63
		Sí, n (%)		No, n (%)
¿Cualquier persona podría ser víctima de maltrato?		80 (99)		1 (1)
¿Es importante registrar el maltrato en la historia clínica?		80 (99)		1 (1)
¿El antecedente de maltrato modificaría su actuación?		63 (78)		18 (22)

^a 1, nunca; 2, casi nunca; 3, a veces; 4, casi siempre, y 5, siempre.

apoyan las actitudes exploradas entre los médicos varones frente a las mujeres. Atendiendo a la media de respuesta, los resultados corroboran la mayor puntuación en el grupo masculino, que resultó significativa (valor de U = 19, valor crítico de U < 37; p = 0,00244), lo que indicaría mayor presencia de estereotipos en este grupo. En las preguntas dicotómicas también hemos encontrado diferencias entre ambos sexos. Un 40% de los médicos varones responde que cualquier persona puede ser víctima frente al 90% de las mujeres (p < 0,0001) y un 65% de los hombres afirma que le haría cambiar de actitud frente a un 94% de las mujeres (p < 0,0001). Estas diferencias ya habían sido descritas en la literatura^{12,20,21}, pudiendo atribuirse a desigualdades en la educación y probablemente a que las mujeres se sientan más identificadas con la víctima.

Los comportamientos explorados tienden a ser más frecuentes con la edad, comprobándose especialmente al comparar el grupo más joven (20-29) con el de mayor edad (50-70 años) (valor de U 34, U crítica < 37; p = 0,03), pudiendo ser debido a diferencias generacionales¹² o formativas. Asimismo, dichas actitudes son más frecuentes en el grupo de especialidades quirúrgicas, seguido de las médicas, médico-quirúrgicas y medicina de familia. A su vez, las especialidades de ginecología, urgencias y psiquiatría reflejaron una puntuación menor. Los psiquiatras presentaron hasta 2 puntos menos con respecto al grupo más alejado (quirúrgicas), siendo estadísticamente significativo (valor de U 6, valor crítico de U < 37; p = 0,00016). En las preguntas dicotómicas, el 100% de los profesionales

de ginecología, urgencias y psiquiatría respondieron que cualquier mujer puede ser víctima de malos tratos, que se debe registrar este antecedente y que les haría cambiar de actitud, con cifras menores significativamente en los otros grupos (p < 0,0001). Las especialidades con menos contacto con el paciente, como pueden ser las quirúrgicas, muestran una mayor presencia de estos comportamientos, como señala la literatura^{12,20}. Además, en aquellos servicios donde se atiende con más frecuencia a este tipo de pacientes (urgencias, ginecología y psiquiatría) se han encontrado puntuaciones más bajas, que muestran menor prevalencia de ideas erróneas. Se ha descrito que lo que más influye sobre una correcta atención es la formación específica y, sobre todo, la experiencia²⁰. El contacto con estas pacientes puede haber ayudado a eliminar ideas preconcebidas. Es importante destacar que los médicos de familia muestran respuestas parecidas a las de cirugía, lo que contrasta con estudios previos²⁰ que describen un comportamiento similar a ginecología o urgencias. Puede deberse a diferencias asistenciales o formativas entre los profesionales de atención primaria nacionales y los de otros países, como Canadá^{20,21} y EE. UU.^{12,18}.

La **tabla 3** muestra las características y las respuestas de los 81 estudiantes de Medicina. Las conductas más frecuentes fueron: p10 «preguntaría si toma benzodiacepinas» y p11 «preguntaría por maltrato actual». Las menos puntuadas fueron: p1 «evitaría la exploración física» y p6 «me detendría más en la explicación del tratamiento». Los resultados del análisis según el sexo no muestran diferencias significativas (U 70, valor crítico de U < 37, p = 0,0866).

Los estudiantes apoyan con mucha menos frecuencia que los médicos la mayoría de los enunciados, con diferencias de hasta un 40%. Al comparar las medias, también son menores en los estudiantes. Estos datos apoyan la idea expuesta de que las diferencias generacionales influyen en los prejuicios²¹. A pesar de que los estudiantes todavía no habían recibido formación específica, ya que la encuesta se realizó antes de cursar las materias que abordan la violencia de género, puede reflejar una mayor sensibilización con este problema. Se han encontrado diferencias significativas entre médicos y estudiantes en las 2 primeras preguntas ($p < 0,0001$) sobre opiniones. Prácticamente todos los estudiantes opinan que cualquier persona puede ser víctima, frente al 65% de los médicos, sucediendo algo similar en la valoración de si consideran relevante el registro de este antecedente.

Conviene destacar las limitaciones del estudio. La muestra puede no ser totalmente representativa, no pudiendo descartar un sesgo de participación e incluso de respuestas «políticamente correctas», aunque mitigado por el carácter anónimo de la encuesta. No se puede garantizar que los datos obtenidos sean extrapolables a otras áreas sanitarias.

Podemos concluir que la presencia del antecedente de violencia de género en la historia clínica puede hacer que los médicos/as les atribuyan a estas pacientes una serie de características que pueden modificar la atención, lo que indica que estos estereotipos deben ser trabajados y corregidos para lograr una mejor asistencia. La formación se perfila como una herramienta esencial para eliminar ideas erróneas.

Conflicto de intereses

Las autoras declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Asamblea General de las Naciones Unidas. Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. Nueva York: Naciones Unidas, 1993.
- Consellería de Sanidade, Servizo Galego de Saúde. Guías técnicas do plan de atención integral á saúde da muller [Internet]. Santiago de Compostela: SERGAS; 2008 [consultado 15 Nov 2018]. Guía técnica do proceso de atención ás mulleres en situación de violencia de xénero. Disponible en: <http://igualdade.xunta.gal/es/node/1733>.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género. Madrid, 2012.
- García-Calvo T, Osuna EJ. Eficacia jurídica de la actuación de los profesionales sanitarios en la protección de la víctima de la violencia de género. *DS*. 2016;26:221–8.
- Campbell JC. Health consequences of intimate partner violence. *Lancet*. 2002;359:1331–6.
- Plazaola-Castano J, Ruiz Perez I. Intimate partner violence against women and physical and mental health consequences. *Med Clin (Barc)*. 2004;122:461–7.
- Department of Reproductive Health and Research. World Health Organisation. Global and regional estimates of violence against women: Prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. 2013.
- Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. Macroencuesta de violencia contra la mujer 2015. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid, 2015.
- Montero I, Ruiz-Perez I, Escriba-Aguir V, Vives-Cases C, Plazaola-Castano J, Talavera M, et al. Strategic responses to intimate partner violence against women in Spain: A national study in primary care. *J Epidemiol Community Health*. 2012;66:352–8.
- Bugarín González R. Violencia de género. Aspectos éticos en la atención primaria. Santiago de Compostela: Andavira Editora; 2017.
- Atmetlla J, Rourera AP, Calleja Vega C, Castro Vila C, Díez Fuentes E, Espuga García M, et al., CAMFiC. Retos éticos en la atención a la violencia de género desde la Atención Primaria [Internet]. 2013 [consultado 15 Nov 2018]. Disponible en: http://manager.formulari.cat/uploads/items/ITEM_1082_EBLOG_2195.pdf.
- Jaffee KD, Epling JW, Grant W, Ghandour RM, Callendar E. Physician-identified barriers to intimate partner violence screening. *J Womens Health (Larchmt)*. 2005;14:713–20.
- Delgado-Álvarez MC, Sánchez Gómez MC, Fernández-Dávila Jara PA. Atributos y estereotipos de género asociados al ciclo de la violencia contra la mujer. *Univ Psychol [Internet]*. 2012;11:769–77 [consultado 15 Nov 2018]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64724634007>.
- Kulkarni SJ, Bell H, Rhodes DM. Back to basics: essential qualities of services for survivors of intimate partner violence. *Violence Against Women*. 2012;18:85–101.
- Murray CE, Crowe A, Overstreet NM. Sources and components of stigma experienced by survivors of intimate partner violence. *J Interpers Violence*. 2018;33:515–36.
- Overstreet NM, Quinn DM. The intimate partner violence stigmatization model and barriers to help-seeking. *Basic Appl Soc Psych*. 2013;35:109–22.
- Kulkarni S, Bell H, Wylie L. Why don't they follow through? Intimate partner survivors' challenges in accessing health and social services. *Fam Community Health*. 2010;33:94–105.
- St Vil NM, Carter T, Johnson S. Betrayal trauma and barriers to forming new intimate relationships among survivors of intimate partner violence. *J Interpers Violence*. 2018;1, 886260518779596.
- Kennedy AC, Prock KA. "I still feel like I am not normal": A review of the role of stigma and stigmatization among female survivors of child sexual abuse, sexual assault, and intimate partner violence. *Trauma Violence Abuse*. 2018;19:512–27.
- Gutmanis I, Beynon C, Tutty L, Wathen CN, MacMillan HL. Factors influencing identification of and response to intimate partner violence: A survey of physicians and nurses. *BMC Public Health*. 2007;7, 12-2458-7-12.
- Sprague S, Kaloty R, Madden K, Dosanjh S, Mathews DJ, Bhandari M. Perceptions of intimate partner violence: A cross sectional survey of surgical residents and medical students. *J Inj Violence Res*. 2013;5:1–10.