

Violencia doméstica en la ciudad de Córdoba: estudio de prevalencia y factores asociados*

R.A. Castro^a, J.C. Vázquez de la Torre^b, M.T. Caro^a y L. Péruña^c

^aCentro de Salud Huerta de la Reina y ^bCentro de salud Levante Norte. ^cUnidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria. Córdoba. España.

OBJETIVOS. Estimar la prevalencia de violencia doméstica (VD) en pacientes atendidos en centros de salud, en función del nivel socioeconómico, y la relación existente con el grado de cohesión familiar.

MATERIAL Y MÉTODOS. Estudio observacional, de prevalencia, en dos zonas básicas de salud (ZBS). Ciento sesenta y siete individuos de ambos性, con edades entre 18-65 años, seleccionados mediante muestreo aleatorio simple, aplicándoles test de Bradley para violencia doméstica, test Apgar-familiar, test Goldberg (ansiedad/depresión) y entrevista clínica semiestructurada. Análisis estadístico uni-bivariado.

RESULTADOS. Nivel de estudios: 47,31% primarios. Situación laboral: el 41,92% estaba activo y el 20,56% parado. Test Apgar: disfunción leve en el 14,37% y grave en el 7,78%. Violencia psíquica (VPs): 95 casos, el 46,9% varones y el 63,1% mujeres ($p = 0,039$). Puntúan ansiedad 72,7% ($p = 0,001$) y depresión 66,2% ($p = 0,045$). VPs: 73,9% solteros y 66,7% separados. VPs en nivel socioeconómico bajo-muy bajo lo presentaba el 71,8%, con nivel alto el 63,6% y con nivel medio el 50% ($p = 0,039$). VPs con disfunción familiar grave 69,2% y leve 83,3%. Violencia física (VF): 29 casos, el 20,69% varones y el 79,31% mujeres; consume benzodiacepinas y antidepresivos el 34,48%. Puntúa en ansiedad el 72,41% ($p = 0,009$) y en depresión el 58,62%. VF: 41,38% solteros y 34,48% casados ($p = 0,04$). VF por zona: nivel bajo 92,9%, nivel medio 50%, nivel alto 32,5% ($p = 0,01$). VF con disfunción familiar grave 24,14% y leve 24,14% ($p = 0,013$).

CONCLUSIONES. La VD en nuestra ZBS es mayor en comparación con la descrita en la población española, con más prevalencia en zonas socioeconómicas extremas, y la VD se relaciona significativamente con familias disfuncionantes.

Palabras clave: violencia, hombre-mujer, disfunción.

Correspondencia: R.A. Castro Jiménez.
C/ Isla Graciosa, 10, portal 2, 4º-2. 14011 Córdoba. España.
Correo electrónico: rafaelangelcastro@gmail.com

Recibido el 7-04-08; aceptado para su publicación el 4-09-08.

*Este artículo es resultado de un trabajo de investigación realizado con la ayuda del premio concedido por la fundación SEMERGEN, con el patrocinio de GSK, en la convocatoria 2006.

OBJECTIVES. Calculate the prevalence of domestic violence (DV) in patients seen in health care centers, based on socioeconomical level, and the relationship existing with the degree of family cohesion.

MATERIAL AND METHODS. Observational study of prevalence, two basic health zones (BHZ), 167 individuals of both genders, ages between 18 to 65 years, selected using simple random sampling, who were applied the Bradley Test for domestic violence, Apgar-family test, Goldberg test (anxiety/depression) and semistructured clinical interview. Univariate statistical analysis.

RESULTS. Study level: 47.31% primary. Work situation: 41.92% were active and 20.56% unemployed. Apgar Test: mild dysfunction in 14.37% and severe dysfunction in 7.78%. Psychic violence (PV): 95 cases, with 46.9% men and 63.1% ($p = 0.039$) women. A total of 72.7% ($p = 0.001$) scored anxiety and 66.2% ($p = 0.045$) depression. PVs: 73.9% single and 66.7% separated. PVs in low-very low socioeconomical level were present in 71.8%, in high level in 63.6% and in those with middle level in 50% ($p = 0.039$). PVs with severe family dysfunction were found in 69.2% and with mild in 83.3%. Physical violence (PhV): 29 cases, there being 20.69% men and 79.31% women, 34.48% of whom consumed benzodiazepines and antidepressants. Anxiety score 72.41% ($p = 0.009$) and depression 58.62%. PhV: 41.38% single and 34.48% married ($p = 0.04$). PhV by zones: low level 92.9%, middle level 50%, high level 32.5% ($p = 0.01$). PhV with severe family dysfunction 24.14% and mild 24.14% ($p = 0.013$).

CONCLUSIONS. Domestic violence in our BHZ is higher in comparison with that described in the Spanish population, with more prevalence in extreme socioeconomic zones and the DV has a significant relationship with dysfunctional families.

Key words: violence, man-woman, dysfunction.

INTRODUCCIÓN

El problema de la violencia doméstica tiene una relevancia creciente actualmente en todos los contextos culturales y su solución necesita un abordaje multidisciplinar. Por ello los profesionales de la salud pública deben conocer la historia natural del problema, para poder prevenirla y

detectarlo clínicamente y abordarlo tanto en su tratamiento como en la rehabilitación de las alteraciones biopsicosociales que genera.

La violencia doméstica es considerada un problema de salud pública de primer orden por organizaciones internacionales y gobiernos. La Organización de las Naciones Unidas (ONU) estableció en 1995 entre sus objetivos estratégicos la lucha contra la violencia doméstica en mujeres. La Organización Mundial de la Salud (OMS), en 1998, declaró a la violencia doméstica como una prioridad internacional para los servicios de salud; el mismo año en nuestro país se reconoció de forma explícita la violencia doméstica como un problema de estado y así se recogió en el "Plan de acción contra la Violencia Doméstica".

Los profesionales sanitarios no pueden permanecer ajenos a este importante problema de salud pública y su intervención es necesaria en la prevención, detección, en el tratamiento y en la orientación de este complejo problema, en el que es primordial el abordaje integral y coordinado con otros profesionales e instituciones. Por ello, todo profesional sanitario, y sobre todo los de Atención Primaria, debe de poner en práctica la detección e intervenciones necesarias, debido a que la violencia de género es considerada como un problema sanitario dentro del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS).

La violencia doméstica se define como la violencia psicológica, física y sexual que se produce en el ámbito familiar y que es llevada a cabo por el que es o fue pareja sentimental, independientemente del sexo. Existen tres tipos de violencia:

- 1) Física: lesiones corporales infligidas de forma intencional (golpes, agresiones con armas, quemaduras, etc.).
- 2) Psicológica: humillaciones, desvalorizaciones, críticas exageradas y públicas, lenguaje soez y humillante, insultos, amenazas, aislamiento social, etc.
- 3) Sexual: actos que atentan contra la libertad sexual de la persona y lesionan su dignidad (relaciones sexuales forzadas, abuso, violación).

Desde el modelo biomédico, la violencia se suele considerar como un problema de salud en sí mismo y suele clasificarse como una lesión intencionada; además, también es un factor de riesgo para una mala salud, ya que se ha observado que puede conllevar la instauración de diversas enfermedades y problemas a corto y largo plazo, tanto a nivel físico como psíquico. Los efectos más directos y visibles son las lesiones físicas, pero los malos tratos suelen ser hechos repetidos a lo largo del tiempo, originando la aparición de manifestaciones psíquicas. Se han descrito problemas de salud físicas como limitaciones funcionales físicas, mayor número de pruebas diagnósticas e intervenciones quirúrgicas realizadas y mayor frecuencia de los servicios y en general de los recursos sanitarios. En cuanto al impacto en la salud psíquica, hoy día se considera que el maltrato incrementa una serie de síntomas y de cuadros clínicos, como la ansiedad, la baja autoestima,

la depresión, el trastorno por estrés postraumático o simplemente el insomnio.

La violencia también daña la salud al dar lugar a un aumento de conductas negativas, como el alcohol, el hábito tabáquico, el consumo de otras drogas o la inactividad física.

La salud autopercebida por las víctimas de maltrato es peor, y refleja la percepción que tienen las personas sobre su propia salud, tanto desde el punto de vista físico como psicológico. En muchos casos, los motivos de consulta pueden ser síntomas físicos y psicológicos poco específicos y trastornos por somatización, que pueden ser la carta de presentación de una situación de maltrato, por lo que el reconocimiento de estos síntomas puede llevarnos a la identificación y tratamiento precoz del maltrato y quizás a prevenir la aparición de problemas futuros.

El primer episodio de violencia doméstica suele ocurrir en el primer año de matrimonio en casi la mitad de los casos y en muchos de ellos durante el primer embarazo. Y suelen pasar entre 5 y 10 años desde el inicio del maltrato hasta que se denuncia el hecho. La violencia doméstica se produce en parejas de cualquier clase social, en todas las culturas y en cualquier grupo de edad, además el haber sido testigo de violencia familiar en la niñez o en la adolescencia estaba más claramente relacionado con ser cónyuge maltratado.

Casi la totalidad de las víctimas visitaron a su médico de familia en el año siguiente a la agresión y además hubo un incremento de la frecuentación de la consulta del médico. Un estudio realizado en la Universidad de Seattle con médicos de Atención Primaria recoge que un 20% de los casos no se detecta por miedo a lo imprevisible, miedo a la pérdida de control al preguntar sobre violencia en el hogar; un 50% por limitaciones de tiempo o falta de preparación sobre el tema; un 42% por frustración por no poder controlar el comportamiento de la víctima; y en un 39% porque se identifican en sus pacientes. Por lo tanto, la actitud de los profesionales de la salud tiene que ver mucho con su capacidad de detección.

Este trabajo tiene como objetivo estudiar el impacto de la violencia doméstica sobre la salud psíquica y física en hombres y mujeres de dos áreas de salud homogéneas de la ciudad de Córdoba y los factores a los que se suelen asociar.

METODOLOGÍA

Sujetos

Se llevó a cabo un estudio observacional de prevalencia durante 6 meses en el que se incluyó a individuos de ambos sexos con edades comprendidas entre 18 y 65 años que acudieron durante 6 meses a las consultas de Atención Primaria de dos áreas básicas de salud con características homogéneas de la ciudad de Córdoba. Se excluyeron aquellos pacientes que no habían tenido pareja en ninguna ocasión de su vida, los extranjeros que no entendían el idioma castellano, aquellos que acudían acompañados por sus parejas y los analfabetos.

Fueron seleccionados mediante un muestreo aleatorio simple, si era excluido por no cumplir los criterios de inclusión, se incluía la consulta sucesiva.

A todos se les informaba que los datos del trabajo de investigación estaban destinados a conocer en el momento actual la situación sobre la violencia doméstica en nuestra ciudad, evaluando datos sociales, demográficos y clínicos referentes a las familias y a las parejas; la realización era voluntaria y los datos son recogidos y tratados de forma anónima, respetando en todo momento la confidencialidad de los mismos; y también se les hacía saber que existe un equipo completo en el centro de salud formado por médicos, enfermería y trabajadores sociales, a su disposición por si requieren información o ayuda de tipo social o sanitaria.

Instrumentos de medición y variables estudiadas

Fueron varios los instrumentos utilizados para recoger la información:

Test de Bradley para violencia doméstica

Este cuestionario se compone de 18 preguntas, unas con 4 posibilidades de respuesta cerradas (a veces, a menudo, rara vez y nunca) y otras con repuestas cerradas específicas para la pregunta; reflejan variables relacionadas con los malos tratos: frecuencia de amenazas; frecuencia de mandato de callar, gritos o insultos; frecuencia de control de actividades por su pareja; frecuencia con la que le impiden salir de casa, quedar con amigos/as; frecuencia con la que se encuentra con poco dinero; frecuencia con la que recibe críticas de la pareja; frecuencia con la que la pareja le desprecia o ridiculiza en público; frecuencia con la que la pareja le grita a los hijos/as o amenaza con hacerles daño; frecuencia con la que ha sentido miedo de su pareja; le ha detenido al moverse por una habitación o al querer salir de la misma; le ha intentado asfixiar o tapado la boca con la mano; le han abofeteado en la cara; le han forzado a hacer algo contra su voluntad; le han golpeado en el cuerpo; le han dado un puñetazo o patada; han usado un objeto para herirla/o, le han lanzado algo sobre usted o sobre la habitación; han dado puñetazos o patadas a muebles o paredes; le han insistido en mantener relaciones sexuales aun habiéndole dicho no desearlas; le han golpeado, agarrado o empujado; han golpeado y herido a los hijos; han intentado estrangularla/o, provocarle quemaduras o ahogarla/o; le han amenazado con algún objeto o arma; le han amenazado con martirla/o; le han retorcido el brazo o agarrado por el cabello; le han amenazado con el puño, la mano abierta o con el pie; ha sufrido alguna de las lesiones que se detallan a continuación (cortes, cardenales o marcas, quemaduras, fracturas óseas, abortos, desmayos o pérdidas de conciencia, heridas en órganos internos, pérdida o ruptura de piezas dentarias, náuseas o vómitos, torceduras de muñecas o tobillos, sangrados, ruptura de tímpanos, etc.); si ha experimentado algo de lo mencionado, fue por culpa de...; cuándo ocurrió lo experimentado anteriormente; si su médico se ha interesado por las relaciones entre los miembros de la familia; si su médico se

interesó por sus relaciones de pareja; si estaría de acuerdo si su médico le preguntase sobre abusos o violencia en su relación; si estaría dispuesta/o a contestar sobre asuntos personales a su médico; si encuentra fácil hablar de estos asuntos tan personales con su médico; si estaría de acuerdo con que su enfermero/a le hiciera preguntas sobre abusos o violencia en la pareja; si ha sufrido en algún momento maltrato doméstico. Este cuestionario ha demostrado en estudios previos su fácil manejo y aceptabilidad, además de estar validado para la población española.

Variables sociodemográficas y de historia de salud

Referentes al paciente a estudiar. Número de historia clínica, iniciales, centro de salud ([1] Huerta de la Reina, [2] Levante Norte), número de consultas en el último año, número de derivaciones a atención especializada en el último año, consumo de benzodiacepinas y antidepresivos, consultas por traumatismos/contusiones en el último año, edad, nivel de estudios ([1] sin estudios, [2] primarios, [3] secundarios, [4] universitarios), situación laboral ([1] activo/a, [2] trabajo en casa, [3] parado/a con subsidio, [4] parado/a sin subsidio, [5] jubilado/a), profesión actual o última profesión, estado civil ([1] soltero/a, [2] casado/a, [3] viudo/a, [4] separado/a o divorciado/a, [5] otras), ¿tiene pareja actualmente? ([1] no, [2] sí), número de hijos, edad de los hijos.

Referentes a la pareja. Nivel de estudios ([1] sin estudios, [2] primarios, [3] secundarios, [4] universitarios), situación laboral ([1] activo/a, [2] trabajo en casa, [3] parado/a con subsidio, [4] parado/a sin subsidio, [5] jubilado/a), ocupación o actividad habitual.

Variables para cuantificar el grado de disfunción familiar

Para ello se aplicó el test de Apgar familiar que recoge las siguientes preguntas: ¿está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia?, ¿conversan entre ustedes sobre los problemas que tienen en casa?, ¿las decisiones importantes se toman en conjunto en casa?, ¿está satisfecho con el tiempo que su familia y usted pasan juntos?, ¿siente que su familia le quiere? Cada una de estas 5 preguntas tenía 3 posibilidades de respuesta: 1) casi nunca, 2) a veces, 3) casi siempre.

Variables relacionadas con el grado de ansiedad y depresión

Se aplicó para ello el test de Goldberg.

1) Subescala de ansiedad: ¿se ha sentido muy excitado/a, nervioso/a o en tensión?, ¿ha estado muy preocupado/a por algo?, ¿se ha sentido muy irritable?, ¿ha tenido dificultad para relajarse?, ¿ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?, ¿ha tenido dolores de cabeza o de nuca?, ¿ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea?, ¿ha estado preocupado/a por su salud?, ¿ha tenido alguna dificultad para

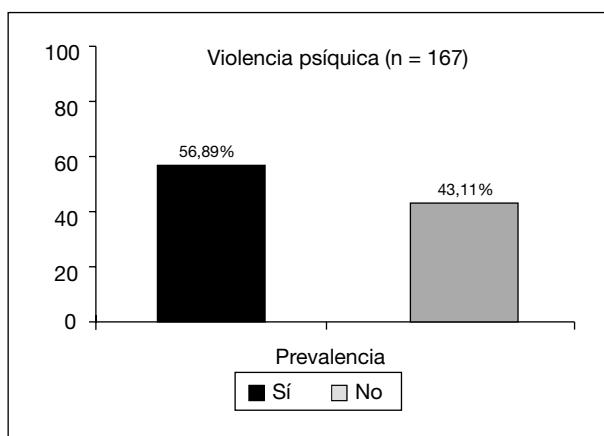


Figura 1. Prevalencia de violencia doméstica en la ciudad de Córdoba.

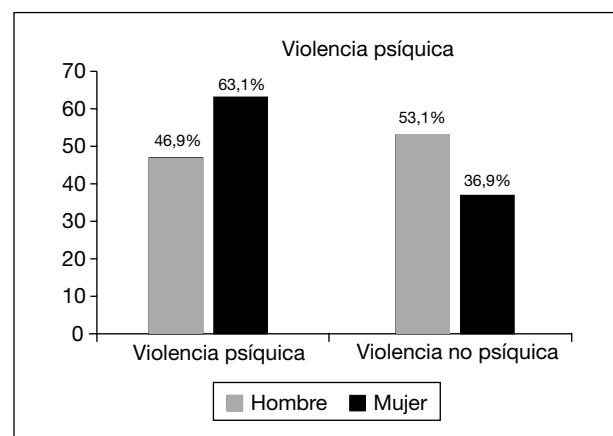


Figura 2. Prevalencia de violencia doméstica en la ciudad de Córdoba.

conciliar el sueño, para quedarse dormido? Cada una de estas preguntas se catalogan como “sí” o “no”.

2) Subescala de depresión: ¿se ha sentido con poca energía?, ¿ha perdido usted el interés por las cosas?, ¿ha perdido la confianza en sí mismo/a?

Análisis estadístico

Se llevó a cabo mediante el programa estadístico SPSS versión 11, y se realizó un análisis estadístico uni-bivariado.

RESULTADOS

El estudio se llevó a cabo durante 6 meses, con la colaboración de un total de 167 casos, entre los asistentes a los centros de salud del diseño del estudio (sólo existieron 7 casos que rechazaron participar). La media de edad fue de 47,75 (\pm 1,01), con mínima de 19 años y máxima de 65 años. El número de consultas fue de 5,6 (\pm 0,35) y el número de derivaciones medias a otras especialidades de 0,70 (\pm 0,08), siendo las especialidades más frecuentes Ginecología, Salud Mental y Traumatología.

Respecto a las características sociodemográficas que se investigaban en la muestra, se observó que el 74,85% tenía pareja en la actualidad, de los cuales el 70,65% estaba casado/a, el 10,17% estaba viudo/a, el 5,3% separado/a y el 13,77% soltero/a. También se les interrogó por el número de hijos: el 24% no tenía ningún hijo, el 14% un hijo, el 29% dos hijos, el 17% tres hijos, el 10% cuatro hijos, el 5% cinco hijos y el 1% seis hijos o más. Respecto al nivel de estudios: el 22,75% no había cursado ningún tipo de estudios, el 47,31% había realizado estudios primarios, el 16,16% estudios secundarios y un 13,77% había cursado estudios universitarios. La situación laboral de la muestra fue: 41,92% activo/a, 17,69% realizaba el trabajo en casa, el 20,56% parado/a (14,95% parado/a sin subsidio, 6,59% parado/a con subsidio) y el 18,56% jubilado/a. Además se les interrogó acerca de la situación laboral de su pareja: 41,32% activo/a, el 5,99% trabajo en casa, 33,53% parado/a (14,37% parado/a sin subsidio, 19,16% parado/a con subsidio) y 19,16% jubilado/a.

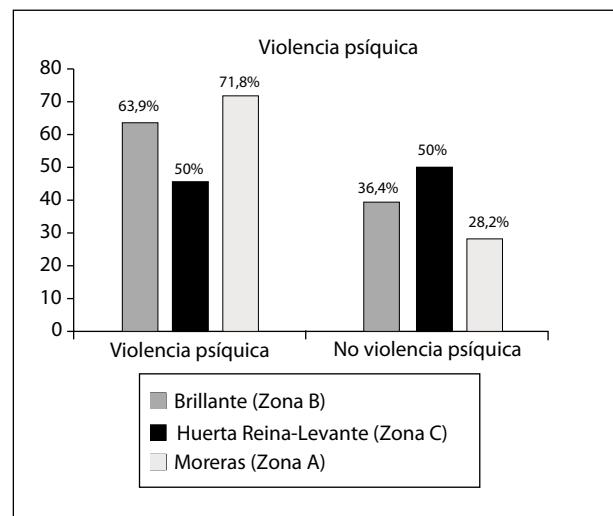


Figura 3. Prevalencia de violencia doméstica en la ciudad de Córdoba
p = 0,039.

Se midió mediante el test de Apgar el grado de disfunción existente en el ámbito familiar: presentó “disfunción leve” el 14,37% de los casos y “disfunción grave” el 7,78%.

Por otro lado se registraron 95 casos en los que existía “Violencia psíquica” (fig. 1), correspondiendo el 46,9% a hombres y el 63,1% a mujeres ($p = 0,039$) (fig. 2), de ellos, el 57,5% consumía de manera habitual benzodiacepinas y el 62,1% antidepresivos. En estos casos puntuaba en rango de “Ansiedad” el 72,7% ($p = 0,001$) y “Depresión” el 66,2% ($p = 0,045$). De los casos de violencia psíquica, el 73,9% era soltero/a y el 66,7% separado/a/divorciado/a, y finalmente estos pacientes que presentaban violencia psíquica, y en función de la zona de residencia vinculada al nivel socioeconómico, el 71,8% de los que residen en la “Zona A” (nivel bajo-muy bajo), el 63,6% de los que residen en la “Zona B” (nivel alto) y el 50% de los que residen en la “Zona C” (nivel medio) ($p = 0,039$) lo presentaba (fig. 3).

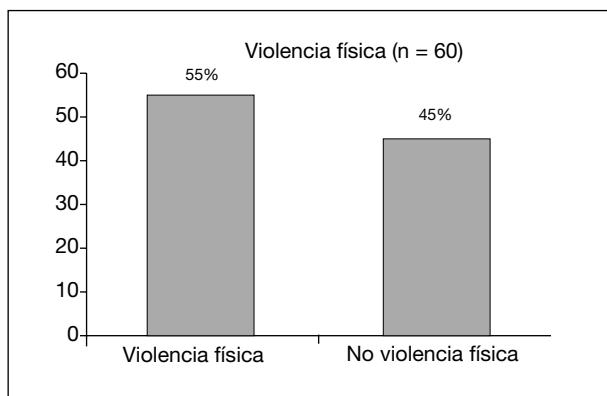
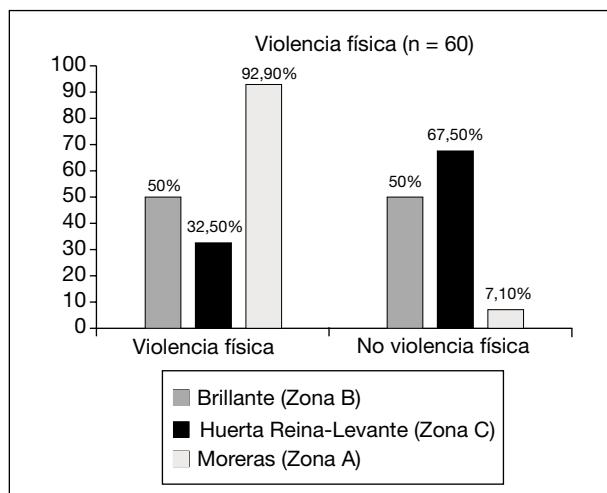
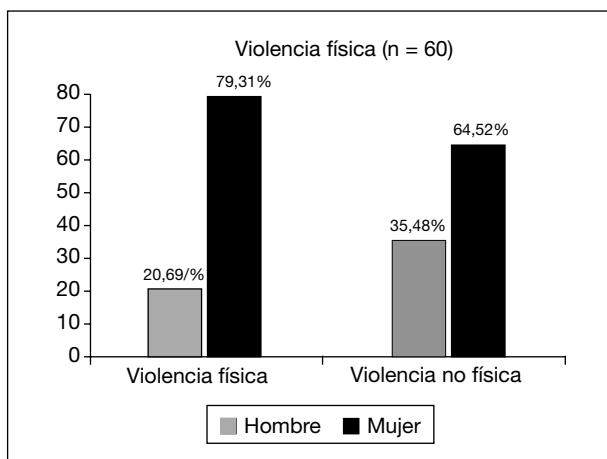


Figura 4. Prevalencia de violencia doméstica en la ciudad de Córdoba.

Figura 6. Prevalencia de violencia doméstica en la ciudad de Córdoba. $p = 0,01$.Figura 5. Prevalencia de violencia doméstica en la ciudad de Córdoba. $p = ns$.

Se registraron también 29 casos en los que existía "Violencia física" (fig. 4), correspondiendo el 20,69% de los casos a hombres y el 79,31% a mujeres (fig. 5), de los que el 34,48% consumía benzodiacepinas y antidepresivos. En estos casos puntuaba en rango de "Ansiedad" el 72,41% ($p = 0,009$) y en "Depresión" el 58,62%. De los casos de "Violencia física", el 41,38% era soltero/a y el 34,48% casado/a ($p = 0,04$) y finalmente en estos pacientes que presentaban violencia física y en función de la zona de residencia vinculada al nivel socioeconómico, el 92,9% de los que residen en la "Zona A" (nivel bajo-muy bajo), el 50% de los que residen en la "Zona B" (nivel alto) y el 32,5% de los que residen en la "Zona C" (nivel medio) ($p = 0,01$) lo presentaba (fig. 6).

No se obtienen diferencias significativas relacionando: violencia psíquica y consumo de antidepresivos y benzodiacepinas; violencia psíquica y tener pareja estable o no; violencia psíquica y estudios (casos estudios > sin estudios y secundarios; pareja de casos > sin estudio y universitarios); violencia psíquica y estado civil (más en solteros).

No se obtienen diferencias significativas relacionando: violencia física y consumo de benzodiacepinas y anti-

depresivos; violencia física y estudios o trabajo tanto del caso como de la pareja; violencia física y nivel de depresión.

DISCUSIÓN

Hasta el día de hoy existen en nuestro país pocos estudios sobre la violencia doméstica y en concreto ninguno que refleje la repercusión de la violencia existente en ambos sexos y el impacto que ello conlleva sobre la salud¹⁻⁴. Por esto desconocemos el impacto real del maltrato en la salud de la víctima, que sin embargo en otros países constituye un importante factor de riesgo para una mala salud, tanto a nivel físico como psíquico⁵⁻⁸.

Debido al diseño transversal del estudio puede resultar difícil hacer inferencias sobre la causalidad o el mecanismo de asociación entre los problemas de salud encontrados y el maltrato.

Es importante destacar en primer lugar la exclusión de la muestra tanto de las mujeres como de los hombres que acudían a la consulta acompañados por su pareja, aunque pudiera darse entre estos pacientes una mayor incidencia de violencia doméstica, para no inducir posibles sesgos. Además es posible que pudiera aparecer un sesgo de información en la respuesta de los cuestionarios autoadministrados debido a que emitían una respuesta socialmente aceptable o que no colaborasen del todo en la respuesta emitida.

En otros estudios realizados en el ámbito de la Atención Primaria en España, la frecuencia de maltrato global encontrada rondó el 30%, tasa superada en nuestro estudio, pero coincidente con los estudios anglosajones en los que la prevalencia oscila entre el 20 y el 50%^{6,7}, pero relacionada significativamente con las zonas socioeconómicas extremas (bajo y alto nivel sociocultural). Estas características en clases socioeconómicas bajas ponen de manifiesto la deficiente situación económica en la que se pueden encontrar hombres y mujeres, que junto a la dificultad de inserción laboral, podría hacer que permane-

cieran en una situación de dependencia de la pareja, lo que les impediría poder iniciar una nueva vida por sí mismos, situación contrapuesta a la de la clase socioeconómica alta.

Es muy significativa la relación existente entre la presencia tanto de violencia psíquica y física como la familia disfuncionante, con una alta asociación con enfermedades mentales en las que se altera el estado de ánimo, lo cual repercute en la salud física de la persona. Las personas maltratadas refieren con mayor frecuencia enfermedades crónicas, asociado con una mayor frecuencia a consumo y abuso de medicamentos. Finalmente, el maltrato físico y psíquico se asocia de forma significativa con una peor salud autopercebida.

Con estos datos podemos concluir que es necesaria una “señal de aviso y alarma” para todos los profesionales de la salud y sobre todo de Atención Primaria, para que entiendan el problema del maltrato físico y psíquico como algo frecuente en las consultas y sobre todo presente en ambos sexos, sin que las lesiones físicas sean la única prueba de la existencia de violencia doméstica, siendo en la mayoría de las ocasiones sólo la punta emergente del problema. Todo paciente maltratado entra en contacto en alguna ocasión de su vida con el médico de familia. Por ello es muy importante que todos los profesionales sanitarios

conozcan la realidad del problema y el impacto que produce en la salud del hombre o mujer con maltrato.

BIBLIOGRAFÍA

1. Raya Ortega I, Ruiz Pérez I, Plazaola Castaño J, Brun López-Abisab S, Rueda Lozano D, García de Vinuesa L, et al. La violencia contra la mujer en la pareja como factor asociado a una mala salud física y psíquica. Aten Prim. 2004;34:117-27.
2. AAFP Home Study Self Assessment. Monografía: Violencia Familiar. Barcelona: Medical Trends, S.L.; 2003.
3. Grupo de Salud Mental del Programa de Actividades de Prevención y Promoción de la Salud (PAPPS) de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SEMFYC). Violencia Doméstica. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2003.
4. Ortiz Fernández MD, Muñoz Cobos F, Martín Carretero ML, Río Ruiz J. Detección de violencia doméstica en Atención Primaria: ¿Qué sabemos de las víctimas? Rev Med Fam (And). 2004;2: 12-9.
5. Mata N, Ruiz I. Detección de violencia doméstica en mujeres que acuden a un centro de Atención Primaria. Tesina Master de Salud Pública y Gestión Sanitaria. Escuela Andaluza de Salud Pública; 2002.
6. Campbell J, Jones AS, Dieneman J, Kub J, Schollenberger J, O'Campo P, et al. Intimate partner violence and physical health consequences. Arch Inter Med. 2002;162:1157-63.
7. Clark JP, Du Mont J. Intimate partner violence and health. Can J Public Health. 2003;2003;94:25-8.
8. Instituto de la Mujer. Violencia contra las mujeres. Resultados de la macroencuesta. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales e Instituto de la Mujer; 1999.