La consulta sanitaria: ¿un espacio privilegiado para la detección y el abordaje de la violencia de género?

Roser Cirici Amell[a,b,c], Núria Querol Viñas[b,d,e] y Ana Ripoll Ramos[b,f]

[a]Servicio de Psiquiatría y Psicología. Hospital Universitari Mútua de Terrassa. Barcelona. España.
[b]Comissió de Lluita contra la Violencia Domèstica i de Gènere de l'Àrea de Sant Cugat del Vallès. Barcelona. España.
[c]Grup de Treball i Recerca en Dona i Salut Mental y AMIT-Cat.
[d]Centro de Atención Primaria de Sant Cugat. Hospital Universitari Mútua de Terrassa. Barcelona. España.
[e]Grupo de Estudio de Violencia Hacia Humanos y Animales y *National Link Coalition*.
[f]Centro de Atención Primaria de Valldoreix. Hospital Universitari Mútua de Terrassa. Barcelona. España.

Puntos clave

- La violencia de género es cualquier acto de violencia contra la mujer que le pueda provocar daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico, tanto en su vida pública como privada.
- El papel de los profesionales sanitarios es fundamental en la detección, evaluación y actuación ante cualquier posible caso de violencia.
- Existen diversos tipos de violencia: emocional, física, sexual, económica, social, de control y ambiental.
- La familia es el foco de violencia más destacado en nuestra sociedad. La mujer tiene 6 veces más probabilidades de ser agredida por un familiar que por un desconocido.
- El ciclo de la violencia se refiere a un modelo de relación abusiva en que el maltrato empeora de forma gradual hasta alcanzar un clímax de violencia, seguido de una fase de arrepentimiento y reconciliación llamada "luna de miel". El ciclo se repite cada vez con más frecuencia e intensidad.
- La violencia contra la mujer aumenta el riesgo de mala salud, tanto a nivel psicológico, como físico, o social.
- A nivel de prevención resultan indispensables las campañas educativas orientadas al respeto, la igualdad y la tolerancia, así como a la promoción de una cultura igualitaria entre géneros.
- Disponer de la competencia profesional específica es imprescindible para la detección de esta problemática y la intervención correspondiente.
- Es necesaria la coordinación y el trabajo en red entre los profesionales de la salud, los Cuerpos de Seguridad, la Justicia, los Servicios Sociales y los centros educativos.
- Sería recomendable el cribado rutinario sobre violencia de género a todas las mujeres que acudan a la consulta de Atención Primaria, Obstetricia y Ginecología, Salud Mental y Urgencias.

Palabras clave: Mujer • Maltrato • Violencia de género • Violencia de pareja.

"Lo preocupante no es la perversidad de los malvados sino la indiferencia de los buenos".

Martin Luther King

Concepto de violencia

Aproximadamente el 30% de las mujeres que acuden a las consultas de los médicos de familia son, o han sido, víctimas de violencia[1].

El concepto de violencia ha ido evolucionando con el tiempo. Se han acuñado distintos términos que vale la pena diferenciar. Se entiende por violencia de género "todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, incluidas las amenazas, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se produce en la vida pública como en la privada" (Declaración de las Naciones Unidas sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer. Diciembre, 1993). Esta definición englobaría todas las violencias ejercidas sobre la mujer, pero excluye las violencias ejercidas sobre otras poblaciones (personas mayores, niños, colectivos minoritarios o étnicos, etc.). Para

definir estas otras violencias se han utilizado los siguientes términos: violencia doméstica o familiar, violencia o abuso infantil, maltrato a las personas mayores, *mobbing*, *bullying*, racismo o xenofobia, etc.

Una mayor sensibilidad hacia los problemas de la mujer ha inducido a que en nuestro país se hayan instaurado políticas sociales y sanitarias para erradicar la violencia. El Parlamento español aprobó por unanimidad la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género[2]. Este Plan Nacional propone unos ejes prioritarios de actuación, entre los que se incluyen unas directrices para los servicios sanitarios. En concreto, se establecen unas prioridades de formación de los profesionales sanitarios (a lo largo del artículo, al referirnos a "los profesionales sanitarios", nos referimos tanto a profesionales de sexo masculino como femenino), unos criterios comunes para la atención sanitaria a la violencia de género y una coordinación en el servicio de salud integrado[3]. En el mes de abril de 2007, el Ministerio de Sanidad y Consumo publicó el "Protocolo Común para la Actuación Sanitaria en Violencia de Género", donde se estructuran las estrategias de actuación sanitaria, poniendo especial énfasis en la detección de factores de riesgo y en los signos de alerta. En las distintas comunidades autónomas se están elaborando protocolos sanitarios de actuación; en Cataluña, por ejemplo, se ha presentado recientemente el Protocolo para el Abordaje de la Violencia Machista en el ámbito de Salud de Cataluña (Protocol per a l'abordatge de la violència masclista en l'àmbit de la salut a Catalunya. Departamento de Salud. Generalitat de Catalunya).

Tipos de violencia

La violencia puede tomar diversas formas. En la tabla 1 se describen brevemente los distintos tipos de violencia.

La mujer tiene 6 veces más probabilidades de ser agredida por un familiar que por un desconocido[4]. En el presente artículo nos centraremos en la violencia de pareja, al ser esta la principal fuente de agresividad que recibe la mujer[5].

TABLA 1. Tipos de violencia

Violencia emocional	Destinada a conseguir el dominio y el sometimiento psicológico de la mujer. Consiste en insultos y lenguaje soez, desvalorizaciones, ridiculizaciones, humillaciones, culpabilizaciones, ataques a la autoestima y desconfianza enfermiza hacia ella (celotipia)
Violencia física	Destinada a controlar a la mujer a través de la fuerza física, utilizando medios agresivos con las manos, objetos, armas u otros. Puede poner en riesgo la vida de la mujer conduciendo de forma temeraria, negando auxilio en situación de necesidad, echándola de casa, etc.
Violencia sexual	Cualquier forma de abuso de índole sexual, incluyendo coacciones psicológicas y/o físicas para obtener sexo, obligar a prácticas sexuales no deseadas por la mujer: forzar a la mujer a mantener sexo estando enferma, embarazada o en el posparto; intercambio de parejas; sexo con animales; utilización de pornografía o juguetes sexuales; grabación de las sesiones sexuales y uso indebido de las nuevas tecnologías, etc.
Violencia económica	Sometimiento de la mujer a través del control económico. Pueden utilizarse distintas estrategias: desde privar a la mujer del acceso a las cuentas, hasta obstaculizar su desarrollo laboral, apropiarse indebidamente de sus bienes patrimoniales o explotar laboralmente a la mujer
Violencia social y de control	Consiste en controlar las relaciones externas de la mujer, aislándola progresivamente para que no tenga apoyos. También se incluyen en este apartado las conductas que no respetan la privacidad de la mujer, por ejemplo el control de las llamadas, del correo electrónico, de la correspondencia, etc.
Violencia ambiental	Romper o estropear objetos, espacios o animales pertenecientes a la mujer. Esta forma de violencia puede tener un valor simbólico, por ejemplo romper fotos o cartas, o un valor material, como hacer desaparecer joyas, apropiarse del coche o estropearlo, romper los muebles, cortar los árboles, torturar e incluso matar a los animales domésticos, quemar la casa, etc.

Dinámica del maltrato

En 1979, Lenore E. Walker desarrolló el modelo del "ciclo de la violencia", referido a un modelo cíclico de relación abusiva en que el maltrato empeora de manera gradual hasta alcanzar un clímax, a menudo consistente en una importante violencia física o sexual. Habitualmente, después de esta fase aparece la demanda de perdón y la manipulación afectiva de la mujer, conocida como "luna de miel". En este punto, es probable que el maltratador prometa que no repetirá el acto de violencia. Sin embargo, según este modelo, la frecuencia e intensidad del maltrato suele ir aumentando con el paso del tiempo.

Es importante ver la fase de "luna de miel" como parte de un patrón continuo de poder y control. El maltratador utiliza la expresión de su remordimiento como una herramienta de manipulación emocional, para absolverse de la responsabilidad, con el objetivo de permanecer en la relación. Como describen Zubizarreta et al[6], en este ciclo, el castigo (la agresión del hombre) se asocia a un refuerzo inmediato (la expresión de arrepentimiento y ternura) y a un potencial refuerzo demorado (la posibilidad de un cambio conductual en el hombre). Este modelo puede tener relevancia en algunas circunstancias, pero no es universalmente aplicable.

Otro modelo es el de la Rueda de Poder y Control, desarrollada por el *Duluth Domestic Abuse Intervention Project*, de Minnesota[7]. Se basa en las experiencias de más de 200 mujeres que asistieron a sesiones educativas en los refugios en Duluth. Muchas de estas mujeres eran críticas con

las teorías que describían el maltrato como un proceso cíclico. Algunas mujeres definieron la violencia como un factor constante en sus relaciones en contraposición a un modelo cíclico o como consecuencia de situaciones de estrés.

Epidemiología

El Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer estima que al menos una de cada tres mujeres en todo el mundo será golpeada, violada o maltratada de alguna manera durante su vida. En la mayoría de casos, el maltratador será un miembro de su propia familia[8]. En 48 encuestas de base poblacional realizadas a nivel mundial, entre el 10 y el 69% de las mujeres indicaron haber sido objeto de agresiones físicas por parte de una pareja masculina en algún momento de sus vidas[9]. Como afirma Echeburúa[10], "en realidad, la familia es el foco de violencia más destacado de nuestra sociedad".

Las desigualdades de género están presentes en prácticamente todas las sociedades del mundo, e incluso en los países con mayor desarrollo cultural y económico no se han erradicado. Observamos diferencias en los derechos de la mujer en todos los niveles sociales y estas desigualdades abonan el terreno para las agresiones contra ellas. Estas diferencias se mantienen gracias a la impunidad social que ampara a los agresores. En España, entre 2000 y 2009 han sido asesinadas por sus parejas 629 mujeres, lo que supone una media de casi 63 mujeres al año (datos del Instituto de la Mujer, 2009), aunque esto no es una estadística estable y, desgraciadamente, en lo que va de año 2010 ya han muerto 56 mujeres.

Según la última Macroencuesta del Instituto de la Mujer, cada año aproximadamente el 12% de las mujeres son maltratadas en España[11]. En la sanidad pública se atiende un 12% de pacientes, en Urgencias, como consecuencia directa de agresiones. Además, un 28% de las pacientes que se visitan en las consultas de Atención Primaria (AP) son o han sido víctimas de violencia[12,13]. A nivel europeo la prevalencia oscila entre el 20 y el 55%[14-16], siendo más elevada en AP, con cifras del 38,8 al 49,5%[17,18]. Coker et al[19] hallaron que el 54% de las mujeres en AP referían antecedentes de violencia psicológica, física o sexual a lo largo de la vida, y un 18% en la relación presente. En Barcelona, en dos centros de atención a la salud sexual y reproductiva, se halló una prevalencia de maltrato presente de 14,2% entre las mujeres que solicitaron atención psicológica[20].

Causas de la violencia de género

Resulta extremadamente complejo establecer unas causas concretas de la violencia. Los expertos apuntan principalmente a la posición desigual de la mujer en el plano personal y social, así como al uso injusto de la violencia para resolver conflictos[21].

La sociedad se encarga de "invisibilizar y naturalizar la violencia dentro del seno conyugal con mandatos de género"[22]. Estos mandatos incluyen creencias sexistas que justifican la tolerancia a la agresión. A las mujeres se les inculcan valores desde pequeñas del estilo: "el amor verdadero lo perdona todo", "la responsabilidad de la mujer es cuidar a los suyos antes que a ella misma", "una mujer sola está incompleta" y "los abusos sexuales dentro del matrimonio no son tales". La distribución desequilibrada del poder dentro de la familia se considera algo natural y hasta "biológico".

La mujer, ligada mediante distintos vínculos al agresor (emocionales, económicos, legales, hijos, etc.), ve reducida su capacidad de defensa al encontrarse aislada y, también, porque la sociedad le da la espalda en "sus asuntos privados". Las características propias del hogar propician el encubrimiento de las conductas agresivas. Por este motivo, aunque la violencia de género tienda a iniciarse en los primeros años de la relación[23], y en muchos casos durante el primer embarazo[24], la mujer tarda una media de 8 años hasta que le plantea al médico su problemática.

Pocas mujeres desean llevar sus intimidades a los juzgados. Las cifras de denuncias por maltrato representan el 5-10% de los casos que se producen[25]. Las estadísticas indican que a menudo pasan de 5 a 10 años desde que ocurre el primer episodio de violencia hasta que se denuncia. Las causas que se proponen para explicar este retraso en la denuncia son: la esperanza de que la situación cambie, el miedo a represalias contra ella o sus hijos -o incluso contra sus animales de compañía (aportación del Grupo de Estudio de Violencia Hacia Humanos y Animales y la *National Link Coalition*)-, los sentimientos de vergüenza, fracaso o culpa, la habituación a los comportamientos violentos, la dependencia psicológica o económica respecto a su pareja, los sentimientos de ambivalencia o inseguridad, el miedo al aparato judicial, el no saber a quién dirigirse o a qué servicios acudir y la falta de apoyo familiar, social o económico[26].

Los bajos niveles de concienciación por parte de los proveedores de servicios, así como de los actores judiciales y los encargados de hacer cumplir la ley, dificultan la defensa de las mujeres ante las situaciones de abuso que padecen. Recientemente, se ha interpuesto otra dificultad para las mujeres que denuncian a sus parejas por malos tratos y que tienen hijos a su cargo. Se trata de la utilización, por parte de peritos del sistema judicial, de un supuesto síndrome de alienación parental (SAP), que no tiene bases científicas que lo sustenten, y que consiste en culpabilizar al progenitor que tiene la custodia, habitualmente la madre, de estar manipulando a sus hijos para enfrentarlos y ponerlos en contra del otro progenitor. El SAP está dando cobertura jurídica a las demandas de muchos padres separados, revictimizando a las mujeres y permitiendo, como afirma Erik Pescador, un último avance neomachista[27-29].

En otro lugar podemos abordar las graves consecuencias que sufren los niños que viven en familias violentas, sean las agresiones dirigidas directamente hacia ellos, o sean únicamente testigos de las mismas. Estos niños pueden acarrear déficits de autoestima a lo largo de toda su vida y pueden presentar múltiples patologías graves, desde trastorno por estrés postraumático hasta trastornos psiquiátricos de cualquier otro tipo[30,31].

Hay una serie de factores que inciden en la protección de las mujeres, aunque, como ya se ha ido comentando a lo largo del artículo, no son infalibles. La red social de que disponga la mujer actuará como principal factor protector, y se asociará a niveles menores de estrés postraumático[32,33]. Por el contrario, las vivencias estresantes en la infancia y las experiencias negativas van asociadas a una mayor prevalencia de trastornos psicológicos y a una mayor probabilidad de volver a ser maltratada en la vida adulta[34,35].

Consecuencias del maltrato sobre la salud de las mujeres

La violencia contra la mujer aumenta el riesgo de mala salud[36]. Diferenciamos entre consecuencias sobre la salud física y sexual, consecuencias psicológicas y consecuencias sociales, a pesar de que todas ellas se puedan presentar de forma entrelazada.

Consecuencias físicas y sexuales

Las lesiones físicas más frecuentes incluyen erosiones, arañazos, contusiones, heridas en diversas localizaciones del cuerpo -especialmente en zonas no visibles-, así como roturas de tímpano, fracturas óseas, lesiones en los órganos genitales, cefaleas, trastornos del sueño, problemas gastrointestinales, daño cerebral y discapacidades crónicas[37,38]. La máxima manifestación de la violencia contra las mujeres es la muerte o "feminicidio".

La violencia conlleva embarazos no deseados. Las mujeres víctimas de la violencia suelen tener más hijos de los que desearían[39]. La elección libre del embarazo y el acceso de las mujeres a la planificación familiar puede llegar a reducir la mortalidad materna entre un 20 y un 35%[40,41]. Las interrupciones voluntarias del embarazo, la administración repetida de la píldora post-coital, el embarazo forzado y el contagio de enfermedades de transmisión sexual y el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH/sida) son otras de las manifestaciones no deseadas de la violencia[42,43].

Consecuencias psicológicas

Las secuelas psicológicas cubren un amplio espectro de posibilidades. El diagnóstico más común entre las mujeres víctimas de violencia es el estrés postraumático, que se da entre el 31 y el 85% de los casos[44,45]. Este trastorno consiste en: *a)* reexperimentación involuntaria del suceso traumático (a través de pensamientos recurrentes y pesadillas, sensación intensa de estar reviviendo el trauma –*flashback-,* malestar psicológico agudo al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan el hecho traumático y respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos); *b)* evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general (esfuerzos para no recordar, evitación fóbica de lugares, personas o actividades que recuerdan el trauma, reducción de la motivación por cosas que anteriormente producían interés, restricción de la vida afectiva, sensación de desapego o enajenación frente a los demás y sentimientos de un futuro desolador), y *c)* unos niveles altos de activación –*arousal-* (insomnio, irritabilidad, dificultades de concentración, hipervigilancia y respuestas exageradas de sobresalto) (criterios CIE-10, Organización Mundial de la Salud [OMS]).

El 29% de las mujeres víctimas de violencia toma ansiolíticos y el 17% toma antidepresivos[46]. Los trastornos de ansiedad (63%), estado de ánimo (50-56%), insomnio (55%), disfunciones sexuales (46%), fobias, trastornos alimentarios[47], somatización, dolor crónico o fibromialgia (23%), abuso de sustancias u otros son muy comunes en las víctimas de violencia[19]. Además, todos estos diagnósticos conllevan un índice mayor de riesgo suicida, que se sitúa en torno al 27%[48].

Consecuencias sociales

La mujer sufre un aislamiento social progresivo que la distancia de su red de apoyo y la aleja del placer de participar en actividades lúdicas. También puede tener un patrón de acusado absentismo laboral e, incluso, llegar a la pérdida de su empleo. La violencia entorpece su promoción laboral y su acceso a una mayor independencia económica.

Según los estudios de UNIFEM *(United Nations Development Fund for Women)*, la violencia contra las mujeres supone enormes costes directos e indirectos para las supervivientes, los empleadores y el sector público, por lo que se refiere a los gastos en materia de sanidad, policía, servicios jurídicos y otros gastos relacionados, así como en términos de pérdidas salariales y de productividad. A título de ejemplo, un estudio efectuado en la India refleja que una mujer india pierde, de media, un mínimo de 5 días de trabajo remunerado por cada incidente de violencia a manos de su pareja, mientras que en Uganda pierde aproximadamente el equivalente a unos 11 días de trabajo remunerado[49].

Se calcula que los costes anuales de la violencia a manos de la pareja ascienden a 5.800 millones de dólares en los Estados Unidos y a 1.160 millones en Canadá. En Australia, la violencia ejercida contra mujeres y niños comporta un coste estimado de 11.380 millones de dólares anuales[50]. Según un estudio del Instituto Andaluz de la Mujer (2004), se estima que los costes derivados de la violencia de género suponen 2.356,8 millones de euros para la sociedad andaluza[51].

El rol del profesional sanitario ante la violencia de género

Detección

La tarea del profesional sanitario ante una mujer que padezca violencia de género puede ser muy compleja, al tener que perseguir diversos objetivos en el poco tiempo del que dispone en una visita. En primer lugar, lo más importante es crear un ambiente de empatía y confidencialidad que permita a la mujer expresarse con confianza. En muchos casos, el único espacio en el que la víctima tiene contacto con el exterior es la consulta médico-sanitaria, donde tiene la oportunidad de hablar, en condiciones de privacidad, sobre sus asuntos íntimos de salud y de sexualidad.

Por tanto, el profesional sanitario debe estar atento para escuchar, detectar, evaluar y actuar ante cualquier indicio de violencia, ya que el siguiente objetivo a cumplir será detectar los síntomas que indiquen la presencia de secuelas de haber padecido o estar padeciendo un maltrato. Un estudio publicado en el *British Medical Journal*[16] puso de manifiesto que tan solo el 17% de las mujeres que se autodeclaraban víctimas de violencia de género eran identificadas como tales por los profesionales sanitarios.

Las mujeres que consultan por una agresión física son solo una pequeña parte de las que sufren violencia. Muchas acudirán a la consulta con secuelas de violencia psicológica, quizá con síntomas inespecíficos, consultas reiteradas por motivos banales, quejas somáticas o trastornos psicológicos poco específicos, y quizá no lleguemos a atisbar el mensaje oculto de esas quejas, que pueden ser la carta de presentación de un malestar profundo y oculto. Por tanto, llegarán a la consulta mujeres polifrecuentadoras[37], con demandas inespecíficas de tipo psicosomático, y el profesional se encontrará con dificultades para realizar un diagnóstico médico. Esto ocurre porque las propias mujeres consideran que su vida privada no es de la incumbencia del médico, o incluso, en muchos casos, porque las víctimas padecen una "falta de conciencia" sobre la violencia que sufren. En las tres macroencuestas que ha realizado el Instituto de la Mujer, se pone de relieve que del 13-16% de las mujeres maltratadas en España cada año, solo el 3-4% de ellas se "autoclasifican" como maltratadas, las demás no reconocen abiertamente su problema[11].

De este modo, la consulta en AP constituye un punto clave para la detección, por lo que la formación de los profesionales sanitarios resulta esencial[52]. Se sabe que alrededor del 90% de las mujeres maltratadas acude a AP por algún motivo sanitario durante el siguiente año de haber sido víctima de agresión[53,54].

En general, se ha aumentado la conciencia médica sobre este fenómeno y se ha llegado a considerar la violencia como un problema de salud pública. Las guías sanitarias incluyen entre sus recomendaciones el cribado rutinario en todas las mujeres que acudan a consulta en AP, Obstetricia y Ginecología, Salud Mental o Urgencias[55]. De todos modos, todavía no se aplica con la celeridad que se debería y en un estudio reciente, llevado a cabo en un hospital de nuestro país, se concluyó que un 66% de los profesionales no solía plantearse la violencia como causa posible de los síntomas de las pacientes[56]. Rodríguez et al determinaron que los médicos de familia sólo realizaban cribado al 10% de las mujeres en la primera visita; los ginecólogos al 17% y los internistas al 6%[57].

El Documento Técnico de Salud Pública n.º 86 propone algunas preguntas que el profesional puede utilizar para indagar sobre una posible situación de violencia. Para relacionar el motivo de consulta con otras causas se puede preguntar, por ejemplo: ¿por qué cree usted que duerme mal?, ¿a qué atribuye el cansancio?, ¿hay algo que le haga sentir triste?, ¿tiene usted muchos problemas?, ¿vive en tensión? Para averiguar si hay una mala relación de pareja se puede empezar preguntando sobre la situación general, por ejemplo: ¿cómo van las cosas en casa?, ¿se lleva bien con su pareja? Para continuar, en los casos en que se detecte alguna problemática, conviene utilizar preguntas más concretas, para ir delimitando la forma de violencia que sufre la mujer. Las preguntas pueden ser del siguiente modo: ¿tiene usted problemas con su pareja? Cuando discuten, ¿qué pasa realmente?, ¿tiene miedo a las reacciones de su pareja?, ¿alguna vez la ha insultado o amenazado?, ¿alguna vez la ha obligado a tener relaciones sexuales cuando no le apetecía?

La situación de máximo riesgo para la integridad de la mujer suele situarse en el momento de la separación, cuando el agresor se da cuenta de que la pérdida es ya algo inevitable[5]. En la tabla 2 se incluye una serie de indicadores que orientan a la posibilidad de maltrato, y en la tabla 3 los indicadores de riesgo más frecuentes. La tabla 4 incluye preguntas para valorar el riesgo vital y la seguridad.

Atención específica

Una vez detectados los síntomas indicativos de posible maltrato, el siguiente paso es explorar en qué consiste el maltrato, cuánto tiempo hace que lo padece, qué soluciones ha emprendido por su cuenta y con qué apoyos cuenta. Si se ha establecido una buena alianza terapéutica, el profesional sanitario no debe tener reparos en preguntar sobre la vida privada de la paciente. En un estudio de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica, realizado con 24.000 mujeres de 10 países, se observó que el 80% de las mujeres encuestadas se mostraban muy agradecidas de poder compartir su historia con un profesional empático y libre de prejuicios[58].

Ante un nuevo caso de violencia, el profesional documentará en su historia clínica la situación de violencia, no utilizando eufemismos ni apreciaciones personales. Es aconseja-

TABLA 2. Indicadores de salud: síntomas asociados a las secuelas de violencia

Discordancia entre el incidente que explica y el tipo de lesión que presenta
Retraso entre la lesión y la petición de atención médica
Hematomas en distintos grados de evolución y señales de lesiones antiguas (cicatrices, fracturas mal tratadas)
Lesiones bilaterales y especialmente frecuentes en la cabeza, el cuello, el tórax y el abdomen
Lesiones que indican una postura defensiva
Fracturas de huesos nasales, dientes y mandíbula. Desgarro del lóbulo de la oreja por arrancamiento de pendiente y rotura timpánica
Presencia de síntomas inespecíficos o somatizaciones: cefaleas, lumbalgias, contracturas musculares, dolor abdominal, tensión muscular, cansancio excesivo, dificultades de concentración, insomnio, tristeza, apatía, disociación cognitiva, pérdida de memoria, irritabilidad, trastornos gastrointestinales, colon irritable
Afecciones genitourinarias: dispareunia, vaginismo, anorgasmia, dolor pélvico, menstruaciones irregulares, endometriosis, síndrome premenstrual
Interrupciones voluntarias del embarazo, uso frecuente de la píldora post-coital, embarazos repetidos, mal cumplimiento de los controles clínicos de la gestación, infecciones de transmisión sexual
Lesiones durante la gestación o abortos "espontáneos" después de "caídas accidentales"
Actitud temerosa de la víctima, reticente a responder preguntas o a dejarse explorar, ansiosa, sobresaltada al menor ruido, triste, ensimismada
Uso prolongado de psicofármacos o consumo de sustancias

TABLA 3. Indicadores de riesgo

Actitud del acompañante: sobreimplicado ("demasiado amable" o "habla por ella") o desafectado (no se implica, boicotea o critica el tratamiento, le impide el acceso a las medicinas, se niega a acompañarla –incluso en casos de urgencia, intervenciones quirúrgicas y partos–)
Paciente polifrecuentadora de los servicios sanitarios
Paciente incumplidora con los tratamientos y con tendencia a la anulación de visitas
Paciente con "mal contacto" (no escucha, discute, desconfía, no mantiene contacto ocular, etc.)
Paciente con tendencia a la cronicidad de las dolencias, aunque sean poco graves
Paciente con síntomas disociativos o somatoformes
Paciente con escaso o nulo apoyo social
Paciente con tentativas de autolisis previas

TABLA 4. Preguntas para valorar el riesgo y la seguridad

Seguridad inmediata
¿Ha venido con su pareja?, ¿le espera fuera?, ¿tiene que volver a una hora determinada para evitar que la golpeen?, ¿quiere volver a casa?, ¿cree que es mejor no volver a casa?, ¿tiene algún lugar donde ir si la situación se complica?, ¿quiere que llame a la policía?, ¿quiere ir a una casa de acogida?
Riesgo suicida
¿Piensa que no vale la pena seguir viviendo en estas condiciones?, ¿tiene medicamentos u otros posibles elementos de riesgo? (lejía, matarratas, armas, coche, vive en un piso alto, etc.), ¿ha intentado suicidarse en alguna ocasión?
Riesgo de asesinato
¿Tiene miedo de que su pareja la quiera matar?, ¿hay armas en casa?
Evaluación del riesgo de los menores/animales domésticos
¿Los niños/as están presentes cuando hay escenas violentas?, ¿los niños/as o los animales han resultado heridos?, ¿su pareja amenaza con herir, matar o secuestrar a los niños/as o a los animales?, ¿qué tiene previsto hacer con los niños/as o los animales si se marcha del domicilio?, ¿le chantajea con los niños/as o los animales si se separa?

Preguntas adaptadas del Anexo 3 del Documento Técnico de Salud Pública n.º 86[36].

ble relatar los hechos con la máxima objetividad, teniendo cuidado con la confidencialidad en las historias comunes o informatizadas. Si es necesario, emitirá un comunicado médico de lesiones o realizará un informe para poner en conocimiento de las autoridades judiciales la situación de desamparo de la mujer[37]. Es recomendable considerar escrupulosamente los aspectos éticos antes de realizar una denuncia profesional[59], y disponer de un modelo de informe médico estandarizado.

Dentro de la consulta es de crucial importancia que el sanitario atienda con comprensión y empatía a la mujer, sin juzgarla[60]. Las mujeres en esta situación acostumbran a ser muy vulnerables al rechazo, y si perciben incomprensión o incredulidad por parte del profesional es probable que no acudan a la siguiente cita. Es frecuente que en la primera visita la mujer esté explorando nuestra actitud, nuestra receptividad, y en función de la respuesta que reciba, exponga o no su problema. En ningún caso el sanitario debe darle instrucciones sobre la decisión que debe tomar (en el apartado de "Trampas a evitar" se exponen los principales riesgos en los que el profesional puede caer)[61]. El sanitario, pues, se limitará a escuchar, intentar comprender y reinterpretar los síntomas, en función de la información personal que la paciente aporte[1]. En la tabla 5 se resumen las actuaciones básicas del profesional sanitario ante un caso detectado de violencia.

Si bien es cierto que las consultas médicas son excesivamente breves y que los profesionales sufren una presión asistencial desmesurada que les da la sensación de que "no hay tiempo para preguntarlo todo", también es cierto que el escaso tiempo de cada visita puede compensarse con la suma de los tiempos dedicados en las visitas sucesivas. Visitar va-

TABLA 5. Actuaciones a realizar ante un caso detectado

Evaluar la presencia de síntomas indicativos de las secuelas del maltrato
Realizar una historia clínica completa, explorando específicamente: insomnio, pesadillas, conducta alimentaria, consumo de sustancias (dependencia de psicofármacos, alcohol u otras drogas), rasgos obsesivos, características de personalidad (actual y antes del maltrato), riesgo de suicidio y otras patologías psiquiátricas
Si hay sospecha de agresiones físicas, hacer exploración completa, especialmente de las zonas no visibles. Si se observan lesiones, emitir parte médico y pedir autorización para hacer fotografías, ya que pueden ser pruebas útiles en caso de juicio
Valorar el riesgo vital de la mujer y de los menores implicados. En los casos que revistan mayor gravedad establecer un plan de seguridad para proteger a la víctima y a sus hijos/as
Iniciar tratamiento médico y/o psicoterapéutico. Valorar la derivación a otros servicios de atención

rias veces a la misma paciente nos ayuda a tener una visión amplia y a complementar los datos que no se han podido recoger en las primeras citas.

Algunos autores proponen un paquete de "mensajes mínimos" que se deben transmitir a la mujer en las consultas médico-sanitarias: *a)* que el haber hablado de su situación ya es un primer paso muy importante; *b)* que la relación de pareja que nos relata no es adecuada y que el maltrato constituye un delito; *c)* que la violencia de género es un hecho común que afecta a millones de mujeres; *d)* que nadie merece ser maltratada y que la culpa no es suya; *e)* que no está sola y que existen personas y asociaciones especializadas para ayudarla; *f)* que el peligro puede ser real; *h)* que lo que le ocurre es de nuestra *incumbencia* profesional y, finalmente, *i)* que siempre respetaremos sus decisiones[1,12,25]. También es aconsejable dar información sobre conceptos como el síndrome de Estocolmo de la mujer maltratada, la indefensión aprendida, el ciclo de la violencia o las características del trastorno por estrés postraumático, e informarle de los servicios a los que puede acudir para solicitar ayuda.

Tratamiento psicoterapéutico

La psicoterapia para las víctimas de violencia de género puede desarrollarse de forma individual o grupal. Los componentes de los tratamientos psicológicos suelen incluir: psicoeducación sobre la violencia de pareja y de género, reestructuración cognitiva sobre creencias falsas de las relaciones humanas, explicación del ciclo y la escalada de la violencia, estrategias de control de la ansiedad, técnicas de afrontamiento a situaciones de estrés, técnicas para mejorar la autoestima, técnicas de solución de problemas, habilidades sociales y de comunicación asertiva, y terapia de exposición. Dentro de los programas de tratamiento se integra el abordaje del trastorno por estrés postraumático[61-66].

Lenore E. Walker (1994), la autora más reconocida en el abordaje de la violencia de género, propuso la *Survivor Therapy*, que integra una perspectiva global feminista, con estrategias cognitivo-conductuales. Los objetivos principales son: la comprensión de las estrategias de supervivencia usadas por las mujeres y la validación de sus experiencias, la garantía de seguridad; o el reforzamiento de los puntos fuertes o empoderamiento (*empowerment*); la psicoeducación; la mejora del estilo de afrontamiento, la toma de decisiones y la solución de problemas.

Coordinación, trabajo multidisciplinar, derivación y trabajo en red

El trabajo multidisciplinar y coordinado es el mejor abordaje de la violencia de género. El personal de enfermería desarrolla una labor fundamental en la detección y la atención personalizada a estas mujeres[67]. Por supuesto que el/la trabajador/a social también interviene en la mayoría de los casos. También se debe contar con la colaboración de la policía, los servicios sociales, los servicios especializados en salud mental, las unidades de ingreso hospitalario, otros servicios médicos (Pediatría, Ginecología, Traumatología, Forense o cualquier otra especialidad médica), servicios jurídicos o asociaciones de mujeres. En la tabla 6 se ofrece un listado general de los recursos disponibles.

Es necesaria la coordinación, sumar esfuerzos e intercambiar continuamente información entre los diferentes departamentos implicados. Dentro del mismo equipo sanitario conviene garantizarse un canal abierto de comunicación, con encuentros periódicos entre los diferentes dispositivos (AP, Urgencias, Atención Hospitalaria, Consultas Externas u otros) para evitar el peregrinaje penoso y descoordinado de la mujer maltratada, que es una forma más de victimización secundaria.

Los equipos de AP (adultos e infanto-juveniles) y Ginecología son los que están en primera línea en la atención a las mujeres víctimas de violencia de género. Existen programas específicos de atención a las mujeres en AP, en centros de Salud Mental y en dispositivos de Salud Sexual-Reproductiva, donde se plantea un abordaje integral a estas mujeres, teniendo en cuenta que las secuelas psicológicas del maltrato suelen perdurar en el tiempo, aun en los casos en que se abandona la relación abusiva[68]. Cuando la víctima continúa con el maltratador, es posible que la paciente nunca mejore sus síntomas.

Trampas a evitar

Todos los prejuicios de la sociedad en torno a la masculinidad y la feminidad influyen, también, en las personas que trabajan en el mundo sanitario[69]. El profesional tendrá que revisar sus propios valores para evitar caer en estereotipos culturales muy comunes, como que "la violencia afecta solo a una parte marginal de la población", que "la mujer tiene la posibilidad de irse si quiere y que si no lo hace es

TABLA 6. Recursos comunitarios para la mujer víctima de violencia de género

Teléfono de atención a la víctima 24 horas
Puntos de atención y orientación para mujeres de ámbito municipal
Servicios Sociales de Atención Primaria
Recursos de la comunidad y asociaciones de víctimas de maltrato
Centros de Planificación Familiar y Atención a la Salud Sexual y Reproductiva
Servicios de orientación y asistencia jurídicos
Oficina de atención a la víctima de los Cuerpos de Seguridad
Juzgados de violencia sobre la Mujer
Centros de acogida para mujeres maltratadas

porque no quiere", que "los asuntos privados no son temas de interés para los demás", que "la mujer es biológicamente dependiente" o que "el hombre no puede controlar sus impulsos sexuales, por naturaleza".

El profesional procurará tener una visión amplia e integrada de los síntomas que presente la paciente e intentará no interpretar los síntomas de forma aislada. Aunque en ocasiones el médico prescriba fármacos para mitigar ciertas dolencias, un enfoque excesivamente biologicista de los síntomas no solventará los problemas de base de la mujer y tenderá a cronificar la situación de maltrato[1]. A su vez, provocará en la mujer la sensación de incomprensión y reforzará sus sentimientos de poca valía personal y de falta de control sobre su propio estado mental[70].

Hay que evitar hacer de mediadores. La terapia de pareja y la mediación no son recomendables en casos de violencia de género[12,71]. El profesional sanitario no tiene que posicionarse, su rol es apoyar a la mujer para que acabe con su proceso de victimización y mejore su salud[61]. En ocasiones, la mujer se puede comportar de forma incomprensible. En tal caso, el profesional tendrá que hacer un esfuerzo para entender que, debido al proceso de violencia en el que ella está inmersa, actúe de forma, aparentemente, incongruente o ilógica. Es posible que, tras una o varias rupturas, la mujer vuelva con el agresor. Este hecho no debe provocar expresiones de incomprensión o frustración por parte del profesional; al contrario, el profesional procurará ser "paciente" con ella y respetar su proceso, intentando entender los motivos personales que la llevan a actuar así.

En el supuesto de que la mujer opte por el suicidio como forma extrema de resolver sus problemas, el profesional evitará interpretar esa tentativa autolítica como una "demanda de atención", y valorará si, detrás del intento de suicidio, hay una mujer desesperada en una situación de maltrato, teniendo en cuenta que las mujeres maltratadas tienen 4 veces más probabilidades de suicidarse que el resto de mujeres[72].

También hay que evitar dar un diagnóstico demasiado rápido de trastorno de la personalidad. Es posible que la situación actual de la mujer haga que presente unas características que nos hagan pensar en rasgos de personalidad patológicos. Es conveniente explorar la personalidad premórbida y los antecedentes psicopatológicos de la mujer, antes de llegar a este diagnóstico. Un diagnóstico de personalidad puede resultar estigmatizante en según qué contextos y puede no ofrecer gran ayuda a la paciente, más bien lo contrario.

En caso de que se confirme un diagnóstico de trastorno mental o de la personalidad, hay que tener en cuenta que las experiencias traumáticas vividas en la infancia pueden haber contribuido de forma determinante a la formación de su personalidad y al desarrollo de su enfermedad mental[69,73,74]. De todos modos, si la mujer es diagnosticada de enfermedad mental, este diagnóstico no excluye la posibilidad de ser víctima de malos tratos. De hecho, las enfermas mentales sufren abusos con más probabilidad, al ser personas vulnerables y disponer de menores recursos personales. Entre el 40 y el 60% de los pacientes psiquiátricos tienen historiales de abusos físicos o sexuales, o de ambos[73].

Por otra parte, en ocasiones, las pacientes realizan demandas inapropiadas. Es probable que la mujer intente traer a la pareja a la consulta para que se le diagnostique una enfermedad a él, con el fin último de tratarle y conseguir que deje de agredirla. Este objetivo queda lejos del alcance del sanitario por diversas razones: en primer lugar, si la pareja no viene voluntariamente, el tratamiento tiene muchas posibilidades de fracaso; en segundo lugar, la mayoría de maltratadores no tienen ningún diagnóstico médico; y finalmente, en caso de tener un diagnóstico, no existe ninguna enfermedad física o psíquica que justifique la violencia.

Es posible que el profesional conozca o trate a la pareja agresora. En ese caso, tiene que evitar "fiarse de las apariencias". Puede que el agresor tenga una presencia impecable y unas formas educadas que confundan y lleven a cuestionar la veracidad del relato de la mujer. Es conveniente recordar que, habitualmente, el maltratador sólo lo es con su pareja y que no tiene por qué ser perceptible, como tal, para los demás. Además, no hay un perfil tipo de maltratador, ni de víctima.

Una recomendación final para el profesional sanitario que trate a víctimas de violencia es que hay que evitar trabajar solo. El profesional tiene que "cuidarse" y tener en cuenta que trabajar en temas de violencia es difícil y, a la larga, puede pasar factura, en forma de síndrome de *burnout*. Lo mejor es trabajar en equipos multidisciplinarios, donde la responsabilidad se reparta y se puedan compartir las emociones personales que suscita el trabajo con la violencia.

Prevención

El abordaje preventivo de la violencia es complejo y, a la vez, imprescindible. Se centrará en diversas líneas de intervención dirigidas a los individuos, las relaciones humanas, las comunidades y la sociedad en general. En el ámbito sanitario es fundamental formar a los profesionales en violencia de género[75]. Hay que realizar cursos especializados para los residentes de las diversas ramas sanitarias y para el personal nuevo de los centros, así como editar guías de intervención de uso fácil[76], diseñar protocolos especializados y consensuar unos criterios comunes para la detección y la atención de la violencia.

Para incidir en la sensibilización de la población general, especialmente de los usuarios de los centros sanitarios, es útil editar carteles y trípticos informativos sobre la violencia y sobre los recursos accesibles para las mujeres; demostrar nuestra actitud comprensiva ante el problema y participar en eventos que se celebren en torno al 25 de noviembre (Día Mundial Contra la Violencia de Género), así como organizar charlas informativas.

Conclusiones

Sufrir agresiones de cualquier tipo supone un riesgo grave para la salud. La mujer, por el mero hecho de serlo, sufre mayores agravios físicos, psicológicos, económicos, laborales, sexuales o de cualquier otra índole.

Se sabe que la violencia pasa desapercibida si no se pregunta por ella expresamente, sobre todo cuando las lesiones no son evidentes y las mujeres no se declaran víctimas.

En los centros sanitarios es recomendable disponer de un protocolo de actuación en el que se incluyan los indicadores de violencia, las pautas de actuación y los recursos de los que dispone el territorio.

La actitud del profesional sanitario ante una mujer víctima de violencia no debe ser la de juzgar, opinar, o dar instrucciones sobre cómo resolver su problema. En su lugar, el profesional creará un clima de confianza que favorecerá el relato personal de la mujer y, con respeto y empatía, le ofrecerá el respaldo que necesita.

La consulta sanitaria es, pues, un espacio idóneo para la detección y el abordaje de la violencia de género. Sin duda, se trata de una oportunidad óptima para incidir en la recuperación de la salud de la paciente maltratada.

Bibliografía

1. Ruiz-Pérez I, Plazaola-Castaño J, Blanco-Prieto P, González-Barranco JM, Ayuso-Martín P, Montero-Piñar MI, y el Grupo de Estudio para la Violencia de Género. La violencia contra la mujer en la pareja. Un estudio en el ámbito de la atención primaria. Gac Sanit. 2006;20.
2. Ley Orgánica 1/2004 de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la violencia de género. Boletín Oficial del Estado, 29 de diciembre de 2004.
3. Plan Nacional de Sensibilización y Prevención de la Violencia de Género. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría General de Políticas de Igualdad; 2006.
4. Larrión JL, Ochotorena P. Violencia y salud. Med Clin (Barc). 2000; 115:620-4.
5. Koss MP. No safe haven: male violence against women at home, at work, and in the community. Washington: American Psychological Association; 1994.
6. Zubizarreta I, Sarasua B, Echeburúa E, Corral P, Sauca D, Emparanza I. Consecuencias psicológicas del maltrato doméstico. En: Echeburúa E, editor. Personalidades violentas. Madrid: Pirámide; 1994. p.129-52.
7. Pence E, Paymar M. Education Groups For Men Who Batter: The Duluth Model. New York: Springer Publishing; 1993.
8. United Nations Development Fund for Women. Not a minute more: ending violence against women. 2003. Disponible en: http://www.unifem.org/resources/item_detail.php?ProductID=7
9. Heise LL, Ellsberg M, Gottemoeller M. Ending violence against women. Population Reports, Series L, No. 11. Baltimore, MD: Johns Hopkins University School of Public Health, Center for Communications Programs; 1999.
10. Echeburúa E, de Corral P, Fernández-Montalvo J, Amor PJ. ¿Se puede y debe tratar psicológicamente a los hombres violentos contra la pareja? Papel Psicol. 2004;88:10-8.
11. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. III Macroencuesta sobre la violencia de las mujeres. Informe de Resultados. Madrid: Sigma Dos; 2006.
12. Babi P, Barbancho R, Castellote C, Costa D, Pérez-Hervada M, Rodoreda S, et al. Recomanacions per a l'abordatge del maltractament a la dona des de l'atenció primària de salut. Barcelona: SAP Sant Martí; 2003.
13. Barea C. Manual para mujeres maltratadas (que quieren dejar de serlo). Barcelona: Océano Ambar; 2004.
14. Armstrong J. Prevalence and incidence of domestic violence in an ambulatory gynaecology population and associated risk factors. Obstet Gynecol. 2001;97 Suppl 1:54.
15. Bradley F, Smith M, Long J, O'Dowd T. Reported frequency of domestic violence: cross sectional survey of women attending general practice. BMJ. 2002;324:271-4.
16. Richardson J, Coid J, Petruckevitch A, Chung WS, Moorey S, Feder G. Identifying domestic violence: cross sectional study in primary care. BMJ. 2002;324:274-7.
17. Hamberger LK, Saunders DG, Hovey M. Prevalence of domestic violence in community practice and rate of physician inquiry. Fam Med. 1992;24:283-7.
18. Kramer A, Lorenzon D, Mueller G. Prevalence of intimate partner violence and health implications for women using emergency departments and primary care clinics. Womens Health Issues. 2004;14:19-29.
19. Coker AL, Smith PH, Bethea L, King MR, McKeown RE. Physical health consequences of physical and psychological intimate partner violence. Arch Fam Med. 2000;9:451-7.
20. Faro C, Samsó M, Cortés P, Joya MD, López S, Fernández I. Prevalencia y perfil clínico asociado al maltrato psíquico en mujeres que consultan a un servicio público de atención psicológica. Psiquiatr Biol. 2007; 14:194-8.
21. Jewkes R. Intimate partner violence: causes and prevention. Lancet. 2002;359:1423-9.
22. Romero I. Desvelar la violencia: una intervención para la prevención y el cambio. Papel Psicol. 2004;88:19-25.
23. Amor PJ, Echeburúa E, Corral P, Zubizarreta I, Sarasua B. Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer en función de las circunstancias del maltrato. Rev Int Psic Clin Salud. 2002;2: 227-46.
24. McFarlane J, Parker B, Soeken K, Bullock L. Assessing for abuse during pregnancy. Severity and frequency of injuries and associated entry into prenatal care. JAMA. 1992;267:3176-8.
25. Fernández MC, Herrero S. Violencia Familiar. En: Casado V, editor. Tratado de Medicina de Familia y Comunitaria. Barcelona: semFYC; 2007. p. 53-73.
26. Ministerio de Sanidad y Consumo. Disponible en: http://www.msc.es/ciudadanos/violencia/prevencion/indiceContenidos.htm
27. Pescador E. El machismo contraataca. Disponible en: http://blogs.publico.es/dominopublico 8-2-2008 Publico.es

28. Escudero A, Aguilar L, de la Cruz J. La lógica del Síndrome de Alienación Parental de Gardner (SAP): "terapia de la amenaza". Rev Asoc Esp Neuropsiq. 2008;28:285-307.
29. Barea C, Vaccaro S. El pretendido síndrome de alienación parental. Bilbao: Desclee de Brouwer; 2009.
30. Ventosa MR, López R. Perfil clínico e intervención en salud mental con mujeres supervivientes a abuso sexual infantil intrafamiliar (incesto). Psiquiatr Biol. 2007;14:153-62.
31. MacDonald HZ, Beeghly M, Grant-Knight W, Augustyn M, Woods RW, Cabral H, et al. Longitudinal association between infant disorganized attachment and childhood posttraumatic stress symptoms. Dev Psychopathol. 2008;20:493-508.
32. Plazaola-Castaño J, Ruiz-Pérez I, Montero-Piñar MI; Grupo de Estudio para la Violencia de Género. Apoyo social como factor protector frente a la violencia contra la mujer en la pareja. Gac Sanit. 2008;22:527-33.
33. Corral P, Echeburúa E, Sarasua B, Zubizarreta I. Variables predictoras de fracaso terapéutico en el tratamiento del trastorno de estrés postraumático en víctimas de agresiones sexuales. Anal Modif Conducta. 1998;24:175-94.
34. Astin MC, Lawrence KJ, Foy DW. Posttraumatic stress disorder among battered women: risk and resiliency factors. Violence Vict. 1993;8:17-28.
35. Echeburúa E, de Corral P, Amor PJ, Sarasua B, Zubizarreta I. Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer: un estudio descriptivo. Rev Psicopatol Psicol Clin. 1997;2:7-19.
36. Instituto de Salud Pública. La violencia contra las mujeres considerada como problema de salud pública. Documento de Apoyo para la atención a la salud de las mujeres víctimas. Documentos Técnicos de Salud Pública, 2003, n.º 86.
37. Plichta SB. Intimate partner violence and physical health consequences: policy and practice implications. J Interpers Violence. 2004;19:1296-323.
38. Dienemann J, Boyle E, Baker D, Resnick W, Wiederhorn N, Campbell J. Intimate partner abuse among women diagnosed with depression. Issues Ment Health Nurs. 2000;21:499-513.
39. Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica: 66. Ginebra: OMS; 2005.
40. Maine D. Safe Motherhood Programs: Options and Issues. New York: Center for Population and Family Health, Columbia University; 1991.
41. Daulaire N, Leidl P, Mackin L, Murphy C, Stark L. Promises to keep: the toll of unintended pregnancies on women's lives in the developing world. Washington D.C.: Global Health Council; 2002.
42. Quigley MA, Morgan D, Malamba SS, Mayanja B, Okongo MJ, Carpenter LM, et al. Case-control study of risk factors for incident HIV infection in rural Uganda. J Acquir Immune Defic Syndr. 2000;23:418-25.
43. Curry MA, Perrin N, Wall E. Effects of abuse on maternal complications and birth weight in adult and adolescent women. Obstet Gynecol. 1998;92:530-4.
44. Jones L, Hughes M, Unterstaller U. Post-traumatic stress disorder in victims of domestic violence. Trauma Violence Abuse. 2001;2:99-119.
45. Matud MP. Impacto de la violencia doméstica en la salud de la mujer maltratada. Psicothema. 2004;16:397-401.
46. Matud MP, Gutiérrez AB, Padilla V. Intervención psicológica con mujeres maltratadas por su pareja. Papel Psicol. 2004;88. Disponible en: http://www.papelesdelpsicologo.es
47. Campbell JC. Health consequence of intimate partner violence. Lancet. 2002;359:1331-6.
48. Dube SR, Anda RF, Felitti VJ, Chapman DP, Williamson DF, Giles WH. Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the life span: findings from the Adverse Childhood Experiences Study. JAMA. 2001;286:3089-96.
49. Duvvury N, Kes A, Chakraborty S, Milici N, Ssewanyana S, Mugisha F, et al. Intimate Partner Violence High Costs to Households and Communities. Washington D.C.: ICRW; 2009.
50. The National Council to Reduce Violence against Women and their Children. The Cost of Violence against Women and their Children: 4. Canberra: Commonwealth of Australia; 2009.
51. Hernández MJ, Sanmartín J, Martínez P, Molina A. Costes de la violencia de género en las relaciones de pareja. Serie Documentos Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia; 2007. p. 23.
52. Rodríguez Vega B, Fernández Liria A. La consideración psiquiátrica del maltrato a la mujer. Arch Psiquiatr. 2002;65:1-3.
53. Rodríguez MA, Bauer HM, McLoughlin E, Grumbach K. Screening and intervention for intimate partner abuse: Practices and attitudes of primary care physicians. JAMA. 1999;282:468-74.
54. Koss MP, Koss PG, Woodruff WJ. Deleterious effects of criminal victimization of women's health and utilization. Arch Intern Med. 1991;151: 342-7.
55. Preventing Domestic Violence: clinical guidelines on routine screening. San Francisco: Family Violence Prevention Fund; 1999.
56. Siendones Castillo R, Perea-Milla López E, Arjona Huertas JL, Agüera Urbano C, Rubio Gallo A, Molina Molina M. Violencia doméstica y profesionales sanitarios: conocimientos, opiniones y barreras para la infradetección. Emergencias. 2002;14:224-32.
57. Rodriguez MA, Bauer HM, McLoughlin E, Grumbach K. Screening and intervention for intimate partner abuse: Practices and attitudes of primary care physicians. JAMA. 1999;282:468-74.
58. Jansen HAFM, Watts C, Ellsberg M, Heise L, García-Moreno C. Interviewer Training in the WHO Multi-Country Study on Women's Health and Domestic Violence. Violence Against Women. 2004;10:831-49.
59. Aretio A. Aspectos éticos de la denuncia profesional de la violencia contra las mujeres. Gac Sanit. 2007;21:273-7.
60. Ferreira GB. La mujer maltratada. Buenos Aires: Sudamericana; 1989.
61. Palau N, Cirici R. La Síndrome d'Estocolm en la dona Maltractada. Full Informatiu Col·legi Oficial de Psicòlegs de Catalunya. 2005;183: 11-2.
62. Cubillo Fernández A, Antón Menéndez D. Violencia de género: revisión de aspectos implicados. Aten Primaria Salud Mental. 2005;8:148-65.
63. Ayats M, Cirici R. Grupos de terapia para mujeres víctimas de violencia de género. Psiquiatr Biol. 2008;15:29-34.
64. Labrador FJ, Alonso E. Trastorno de estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica: un programa de intervención breve y específico. C Med Psicosom. 2005/2006;76/77:47-65.
65. Corral P, Echeburúa E, Sarasua B, Zubizarreta I. Variables predictoras de fracaso terapéutico en el tratamiento del trastorno de estrés postraumático en víctimas de agresiones sexuales. Anal Modif Conducta. 1998; 24:175-94.
66. Herman J. Trauma y recuperación. Cómo superar las consecuencias de la violencia. Madrid: Espasa; 2004.
67. Griffin MP, Koss MP. Clinical screening and intervention in cases of partner violence. J Issues Nurs. 2002;7. Manuscript 2. Disponible en: http://www.nursingworld.org/ojin/topic17/tpc17_2.htm
68. Campbell JC, Lewandowski L. Mental and physical health effects of intimate partner violence on women and children. Psychiatr Clin North Am. 1997;20:2:353-74.
69. Valiente C, Villavicencio P, Cantero MD. La fenomenología de la comorbilidad del trauma y la psicosis. Apuntes de Psicol. 2006;24:111-35.
70. Jones L, Hughes M, Unterstaller U. Post-traumatic stress disorder in victims of domestic violence. Trauma Violence Abuse. 2001;2:99-119.
71. Salber P, Taliaferro E. Reconocimiento y prevención de la violencia doméstica en el ámbito sanitario. Barcelona: Cedecs; 2000.
72. Villavicencio P, Sebastián J. Violencia doméstica: su impacto en la salud física y mental de las mujeres. Madrid: Instituto de la Mujer; 2001.
73. Herman J. Trauma y recuperación. Cómo superar las consecuencias de la violencia. Madrid: Espasa; 2004.
74. Greenfield SF, Strakowski S, Tohen M, Batson S, Kolbrener M. Childhood abuse in first episode psychosis. Br J Psychiatry. 1994;164:831-4.
75. Ramsay J, Richardson J, Carter YH, Davidson LL, Feder G. Should health professionals screen women for domestic violence? Systematic review. BMJ. 2002;325:314.
76. Scott CJ, Matricciani MR. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations standards to improve care for victims of abuse. Md Med J. 1994;43:891-8.