

Violencia y factores sociales asociados a salud mental en mujeres de la ciudad de Temuco

Eduardo Illanes V^{1,2}, Luis Bustos M^{2,3a},
María Beatriz Vizcarra L^{4,b}, Sergio Muñoz N^{2,3c}.

Social and familial determinants of anxiety and depressive symptoms in middle to low income women

Background: Among women, risk factors for mental disorders are violence, economical inequities and disadvantages and discrimination. **Aim:** To determine the prevalence of anxiety and depressive symptoms in women and to determine factors associated with them. **Material and methods:** A cross sectional study of a probabilistic sample of 422 women aged 34 years as a mean, living in a medium to low income neighborhood in Temuco, Chile. Mental health was assessed with the self reporting questionnaire (SRQ20), partner violence was evaluated using a 12 item scale and family conflict and violence was evaluated using the Conflicts Tactics scale. A logistic regression analysis was used to identify factors associated with mental health alterations. **Results:** Forty one percent of women had anxiety or depressive symptoms. The main associated factors with these symptoms were severe physical violence against children (odds ratio (OR) =14.3), sexual violence against women (OR =9.7), self perception of health (OR =4.5), alcohol abuse (OR =4.4), psychological violence during childhood (OR =3.2) and lack of family support network (OR =2.7). Unemployment and lack of a support network of relatives had an OR 3.3 for mental health alterations. The OR for psychological violence plus sexual violence was 18.5. The figure for psychological violence plus sexual violence plus a history of parental violence during childhood was 26.5. **Conclusions:** Forty one percent of this group of women had mental health alterations. There is a strong association between these alterations, family violence and socioeconomic factors (Rev Méd Chile 2007; 135: 326-34) (**Key words:** Anxiety disorders; Battered women; Domestic violence; Mental disorders)

Recibido el 29 de diciembre, 2005. Aceptado el 11 de septiembre, 2006.

Trabajo financiado por International Networks of Clinical Epidemiology (Inclen Proyecto 1004-97-5204b (RC#5). DIDUFRO Ex 99/108.

¹Departamento de Especialidades, Unidad de Psiquiatría. ²Centro de Excelencia CIGES.

³Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de La Frontera, Temuco, Chile. ⁴Departamento de Psicología, Facultad de Educación y Humanidades. Universidad de La Frontera. Temuco, Chile.

^aBioestadístico

^bPsicóloga

^cDoctor en Filosofía (Bioestadístico)

Correspondencia a: Luis Bustos M. CIGES. Universidad de La Frontera, Casilla 54-D Temuco. E mail: lbustos@ufro.cl

Los trastornos mentales representan una carga importante para la mayoría de las sociedades, considerando los costos directos e indirectos, disminución de la productividad y el sufrimiento para quienes los padecen y sus familias. La OMS estimaba en 2000, que los desórdenes mentales y neurológicos representaban 12% del total de años de vida ajustados por discapacidad (en inglés: DALY) debido a enfermedades y lesiones¹.

Los estudios señalan que 25% de las personas desarrollarán uno o más desórdenes mentales o conductuales durante su vida, siendo los diagnósticos más comunes en el nivel de atención primaria, la depresión, ansiedad y abuso de sustancias². En Chile, un estudio reciente en adultos entre 15 y 64 años del gran Santiago, reveló que 25,1% de los entrevistados presentaron un trastorno psiquiátrico. La comparación por género, sin embargo, es bastante desigual, las mujeres representaban 33,6%, mientras que los varones 15,7%³.

Las variables que han mostrado efectos nocivos sobre la salud mental son la pobreza, las condiciones de vida difícil y el género^{4,5}. Los estudios muestran que las mujeres están sobrerrepresentadas en las poblaciones consultantes a los servicios de salud mental. Algunos autores sugieren que las mujeres enfrentan mayores conflictos a causa de la discriminación y el conflicto de roles entre las demandas del trabajo y la familia. Los factores de riesgo para los desórdenes mentales comunes que afectan a las mujeres son: la violencia, las desventajas socioeconómicas, las desigualdades en los ingresos, la discriminación y la responsabilidad permanente por el cuidado de otros. La alta prevalencia de violencia sexual a que están expuestas las mujeres es la causa de que sean el principal grupo afectado por trastornos por estrés postraumático⁷.

La violencia contra las mujeres tiene consecuencias a nivel físico y psicológico, tales como: aumento en el abuso de sustancias, síntomas depresivos y ansiosos, síndrome postraumático y disfunciones sexuales^{8,9}. Un estudio del Banco Mundial calculaba en 5% la pérdida de los años saludables de las mujeres en edad reproductiva, a causa de la violencia¹⁰.

Un estudio de violencia conyugal en Chile en 1993, encontró que 26% de las mujeres de la Región Metropolitana declararon haber sufrido

violencia física de parte de su pareja, 33,9% presentaron violencia psicológica¹¹. Como factores de riesgo, se encontró el bajo nivel educacional de la mujer y su pareja, el bajo nivel socioeconómico, el mayor número de niños y el hacinamiento. La edad de la mujer y el trabajo fuera del hogar no se asociaron a la presencia de violencia.

En 2001, un segundo estudio con una muestra de 3.000 mujeres entre 15 y 49 años de la Región Metropolitana y en sectores urbanos y rurales de la IX región, encontró que 34% de las mujeres de la Región Metropolitana y 35% en la región de la Araucanía, habían sufrido violencia psicológica; 25% en la Región Metropolitana y 19% en la región de la Araucanía violencia física y 11% en ambas regiones violencia sexual¹².

El objetivo de la presente investigación fue determinar, en un grupo de mujeres de la ciudad de Temuco, la prevalencia del deterioro de la salud mental, medida a través de síntomas ansiosos y depresivos; y los factores asociados a este deterioro, con especial énfasis en lo referido a la violencia intrafamiliar.

PACIENTES Y MÉTODO

Muestra. La población objetivo fue una comunidad urbana de nivel socioeconómico medio bajo de la ciudad de Temuco. En estudios previos, la unidad de muestreo fue la familia compuesta por una mujer de 15 a 49 años de edad, con al menos un niño menor de 18 años¹³. Una muestra probabilística de hogares-familias fue seleccionada en el sector Santa Rosa, usando un mapa oficial de la comunidad para la selección de la muestra. La comunidad fue dividida en 119 conglomerados de aproximadamente 70 a 80 hogares, seleccionándose una muestra aleatoria de 8 de tales conglomerados. La muestra efectiva total fue de 422 hogares. Este tamaño muestral supera al determinado en la planificación del estudio cuando se asumió una prevalencia de 20%, con un error de muestreo de 20%, y un efecto de diseño de 5%, calculado para determinar violencia intrafamiliar. Para este estudio la unidad de análisis fue la mujer de estas familias. No se consideró como variable de estudio la pertenencia a la cultura mapuche.

Diseño. Estudio de corte transversal.

Instrumento. Para determinar el nivel de salud mental de la mujer se utilizó el Cuestionario de Auto-reporte de Síntomas (SRQ 20) validado en Chile con punto de corte en 8 y más^{14,15}; en este cuestionario, las primeras 20 preguntas evalúan síntomas ansiosos y depresivos. Para evaluar la presencia de violencia conyugal se utilizó una escala de 12 ítems (Tabla 1); el puntaje final se obtiene sumando el puntaje de cada ítem dicotomizado de la escala. Estos ítems indagaban respecto a violencia física, psicológica y sexual de parte del marido o pareja en su historia de relación. Para la estimación de la violencia hacia los niños, se usó una adaptación de la escala, «*Conflict Tactic Scale*»¹⁶ (Tabla 2). Los ítems de esta escala, se refieren a estrategias de resolución de conflicto, usadas por los padres en los últimos 12 meses. Para el establecimiento de los factores asociados, se utilizó el cuestionario utilizado en estudios previos¹⁷, de los cuales se consideraron las siguientes variables: tener pareja, trabajo remunerado de la mujer y su pareja, cuando correspondía, educación (básica/media-superior), hacinamiento, considerando más

de una persona por pieza excluido el baño. Se evaluaron tres tipos de redes de apoyo: red apoyo vecinal, para la cual utilizaron 4 preguntas que refieren a: ayuda mutua; preocupación por la entrevistada; accesibilidad de los vecinos en caso de necesidad y accesibilidad de los vecinos para hablar de los problemas personales. El puntaje mínimo es 0 y el máximo 12, se definió como punto de corte menos de 3 para ausencia de apoyo vecinal. Red de apoyo familiar con familiares consanguíneos y con parientes políticos; finalmente red de apoyo con amigos no vecinos. Para estos dos tópicos, se le preguntó a la mujer si podía conversar de sus problemas con cada uno de los parientes consanguíneos; parientes políticos; y amigos no vecinos. Se estableció la presencia de red de apoyo con sólo una pregunta afirmativa para cualquiera de estas redes de apoyo. Para evaluar el consumo de alcohol en la mujer se utilizó la «Escala Breve de Beber Anormal» (EBBA) con punto de corte en dos o más respuestas correctas¹⁸. El consumo de alcohol de la pareja se investigó a través de preguntas que indagaban frecuencia de consumo y embriaguez.

Tabla 1. Preguntas de la Escala Salud Física y Mental de la Mujer (SRQ 20)*

1	¿Tiene frecuentes dolores de cabeza?
2	¿Tiene mal apetito?
3	¿Duerme mal?
4	¿Se asusta con facilidad?
5	¿Sufre de temblor de manos?
6	¿Se siente nerviosa, tensa o aburrida?
7	¿Sufre de mala digestión?
8	¿Le cuesta pensar con claridad?
9	¿Se siente triste?
10	¿Llora con mucha frecuencia?
11	¿Es difícil para Ud. con sus actividades diarias?
12	¿Tiene dificultad para tomar decisiones?
13	¿Tiene dificultad para hacer su trabajo diario?
14	¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?
15	¿Ha perdido interés en las cosas?
16	¿Siente que Ud. es una persona inútil?
17	¿Ha tenido la idea de matarse?
18	¿Se siente cansada todo el tiempo?
19	¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?
20	¿Se cansa con facilidad?

*Puntaje mínimo 0 y máximo 20. Se define una mujer con problemas de salud mental si responde a más de 7 preguntas en forma afirmativa.

Tabla 2. Escala de Estrategias de Resolución de Conflictos (*Conflict Tactic Scale*)*

1.	Le explicó porque estuvo mal
2.	Le dijo que comience o deje de hacer lo que estaba haciendo
3.	Lo hizo permanecer o estar en un lugar
4.	Lo sacudió
5.	Lo golpeó en las nalgas con un objeto como palo, escoba, bastón, cinturón
6.	Lo golpeó en otro lugar (no en las nalgas) con un objeto. Como palo, escoba, bastón o cinturón
7.	Le dio una tarea extra
8.	Le dio un tirón de oreja
9.	Lo pegó en la cabeza con los nudillos
10.	Le tiró el pelo
11.	Lo amenazó con dejarlo o abandonarlo
12.	Le gritó
13.	Lo amenazó con el cuco o personas amenazantes
14.	Lo pateó
15.	Le puso, ají, pimienta o comida picante en la boca
16.	Lo forzó a arrodillarse o estar de pie en un lugar con un objeto pesado o en algo caliente
17.	Lo maldijo
18.	Le dio palmada en las nalgas con la mano
19.	Le apretó el cuello con las manos u otro objeto
20.	Lo amenazó con echarlo de la casa o mandarlo lejos
21.	No lo dejó entrar a la casa
22.	Le quitó privilegios: permisos, mesada
23.	Lo llamó feo, entúpido e inútil
24.	Le dio un pellizco
25.	Le dio palmadas en la cara o en la parte de atrás de la cabeza
26.	Se negó a hablarle
27.	Lo dejó sin comer
28.	Lo sofocó con la mano o cojín
29.	Lo quemó, con agua caliente o con fuego
30.	Le dio una paliza con el puño o con un objeto
31.	Lo amenazó con cuchillo o arma de fuego

* Cada ítem fue ponderado de la siguiente manera: 0 Nunca, 1 Una o dos veces, 3 Tres o más veces.

Procedimiento. Las entrevistadoras fueron estudiantes de quinto año de psicología, quienes tuvieron una semana de entrenamiento sistemático estandarizado. En aquellos hogares en que habitaba más de una mujer entre 15 y 49 años con un hijo menor de 18 años, las entrevistadoras procedieron a la selección de una de ellas en forma aleatoria. El detalle se encuentra descrito en otra publicación¹³.

Estadística. Los datos fueron analizados con Stata 8.0. Se realizó un análisis exploratorio descriptivo de los datos. Para las asociaciones crudas se

utilizó la prueba de chi-cuadrado o prueba exacta de Fisher, según correspondiera; se calcularon razones de *Odds ratio* (OR) para las asociaciones crudas. El nivel de significación utilizado en las pruebas estadísticas fue de 5%. Se utilizó regresión logística para establecer asociaciones y un modelo predictivo con las variables bajo estudio.

RESULTADOS

La edad promedio de las mujeres fue de 34 años, con un nivel medio de escolaridad de 9,5±3,06

años, 69% eran casadas, 11,6% solteras, 10,9% convivientes y 6,9% separadas. Declararon tener pareja actual, 83,7% de las mujeres. Aproximadamente 35% de ellas tenían trabajo remunerado y 65% eran dueñas de casa. El porcentaje de mujeres con salud mental deteriorada medida a través del SRQ fue de 40,7% (Tabla 3).

Al revisar las asociaciones crudas entre las diferentes variables y el SRQ >7, se observó que aquellos factores relacionados con la mujer, tales

como: haber sido víctima de violencia en la infancia; haber sido testigo de violencia entre los padres; tener bajo nivel de escolaridad; vivir en condiciones de hacinamiento; falta de redes de apoyo y haber experimentado violencia física, psicológica y sexual por parte de la pareja, son significativas. También se encontró asociación entre el beber problema de la mujer, su autopercepción de salud deficiente y la violencia física ejercida hacia sus hijos. Con relación a las caracte-

Tabla 3. Características de las mujeres encuestadas

Variable	Número	%
Mujeres con problemas de Salud Mental (SRQ 7)	170	40,7
Mujeres sin pareja actual	69	16,3
Mujer sin trabajo remunerado actual	270	65,2
Pareja sin trabajo actual	24	6,9
Educación de la mujer		
Superior/Media	267	63,6
Básica	153	36,4
Educación de la pareja		
Superior/Media	254	72,2
Básica	98	27,8
Hacinamiento en el hogar	211	51,2
Sin red de apoyo vecinal	298	70,6
Sin red de apoyo familia consanguínea	134	31,8
Sin red de apoyo de parientes políticos	230	54,5
Sin red de apoyo de amistades	202	47,9
Sin presencia de algún apoyo no vecinal	49	11,6
Mujeres con 3 o más hijos	110	26,2
Presencia de algún problema de salud del niño (incluida salud mental)	163	38,6
Problemas de salud mental y aprendizaje del niño	92	21,8
Prevalencia de vida de violencia psicológica en la mujer	208	49,3
Prevalencia de vida de violencia física en la mujer	55	13,0
Prevalencia de vida de violencia sexual en la mujer	23	5,5
Mujer sujeto de violencia parental severa en la infancia	186	44,1
Mujer testigo de violencia parental durante su infancia	154	38,2
Agresión psicológica en el niño	74	17,5
Agresión física leve en el niño	178	42,3
Agresión física grave en el niño	11	2,6
Abuso de alcohol en la mujer (EBBA≥2)	26	6,2
Abuso de alcohol en la pareja	48	13,7
Percepción de salud de la mujer		
Excelente/Mediana	329	78,5
Pobre	90	21,5

rísticas de la pareja se observó que la educación de la pareja y el consumo de alcohol se encontraban relacionados con un deterioro de la salud mental de la mujer.

Al ajustar el análisis se encontró que las variables que se asocian con los síntomas ansiosos y depresivos de la mujer son: el consumo de alcohol (OR =4,4); el haber estado expuesta a violencia psicológica (OR =3,2) y violencia sexual (OR =9,7), el hacinamiento (OR =1,6), la autopercepción de salud (OR =4,5), la ausencia de una red de apoyo familiar (OR =2,7), la violencia física severa contra los hijos (OR =14,3) y los problemas de salud de los hijos (OR =1,7) (Tabla 4). Una vez calculadas las asociaciones ajustadas de los diferentes factores relacionados con salud mental en esta muestra, se clasificaron las variables en dos grupos. El primer grupo «factores presentes en la actualidad» incluyó: trabajo remunerado, red de apoyo de familiares y abuso de alcohol en la mujer. El segundo grupo «historia de violencia en la mujer» estuvo constituido por las variables «violencia psicológica», «violencia sexual», agresión física grave al niño y violencia parental severa en la infancia de la mujer». Se procedió a la combinación de los OR para determinar la magnitud de la asociación de estos factores combinados. Para el grupo de «factores presentes en la actualidad» el OR fue de 10,51. Para el grupo «historia de

violencia en la mujer» los OR de diferentes combinaciones eran de 18,5 a 182,7 (Tabla 5).

DISCUSIÓN

En esta muestra, llama la atención la alta prevalencia de mujeres que presentan deterioro de su salud mental, expresada en la presencia de síntomas ansiosos y depresivos (41%). Esta cifra es mayor que los resultados de un estudio realizado en Santiago (33%) para desórdenes mentales clasificables y no clasificables en el ICD-10¹⁹. Sin embargo, este resultado es comparable a los obtenidos por Vicente et al que muestran una prevalencia de vida de 39,5% de trastornos psiquiátricos en mujeres²⁰. El 65% de las mujeres no tiene trabajo remunerado, lo que está muy cercano al porcentaje de la comuna de Temuco para mujeres entre 15 y 60 años (66%). El nivel educacional es más bajo que el de las mujeres de la comuna, con 36% de educación básica completa o menos; versus 17,7% en la comuna de Temuco (Censo 2002). Un tercio de las mujeres reporta no tener red de apoyo familiar. La definición operacional define el apoyo de la familia como «sólo un pariente con el que se pueda hablar de los problemas», esta definición de apoyo es muy amplia y puede sobreestimar la representación del apoyo familiar de las mujeres de esta muestra, por

Tabla 4. Asociaciones ajustadas de las variables sociales que resultaron significativas con salud mental (regresión logística)

Factores	OR	P	IC de 95%
Mujer sin trabajo remunerado actual	2,56	0,006	1,30-5,04
Presencia de algún problema de salud del niño (incluida salud mental)	1,74	0,056	0,98-3,07
Violencia psicológica en la vida de la mujer	3,20	0,000	1,78-5,75
Abuso de alcohol en la mujer (EBBA ≥2)	4,39	0,021	1,24-15,50
Hacinamiento en el hogar	1,60	0,101	0,91-2,81
Violencia sexual en la vida de la mujer	9,72	0,007	1,85-51,19
Sin red de apoyo familia consanguínea	2,65	0,002	1,45-4,86
Sin red de apoyo de parientes políticos	1,49	0,173	0,84-2,65
Percepción de salud de la mujer	4,45	0,000	2,25-8,83
Agresión física grave en el niño	14,25	0,004	2,33-87,04
Mujer sujeto de violencia parental severa en la infancia	1,58	0,119	0,89-2,82

Tabla 5. Magnitud de la asociación de factores combinados en mujeres de la ciudad de Temuco

Factores	OR	IC de 95%
Presentes en la actualidad		
Mujer sin trabajo remunerado actual + Abuso de alcohol	4,78	1,51-15,16
Mujer sin trabajo remunerado actual + Sin red de apoyo familia consanguínea	3,29	1,60-6,76
Mujer sin trabajo remunerado actual + Abuso de alcohol + Sin red de apoyo familia consanguínea	10,51	2,99-37,00
Historia de violencia en la mujer		
Violencia psicológica + violencia sexual en la vida de la mujer	18,46	4,83-70,56
Violencia psicológica + violencia sexual + Mujer sujeto de violencia parental severa en la infancia	26,55	6,28-112,34
Violencia psicológica + violencia sexual + Agresión física grave en el niño	126,99	15,52-1039,20
Violencia psicológica + violencia sexual + Agresión física grave en el niño + Mujer sujeto de violencia parental severa en la infancia	182,68	20,58-1621,84

lo que la ausencia de red de apoyo puede ser aun mayor.

Con relación a las variables ajustadas con el modelo, la exposición a violencia psicológica y sexual aparece como un factor de riesgo relevante, especialmente esta última, esto confirma el impacto negativo de este tipo de experiencias en la salud mental, como ha sido mostrado en estudios previos²¹⁻²³. El maltrato físico en la infancia de la mujer, si bien aparece en el modelo, es poco significativa su asociación, una posible explicación es que esta conducta está dentro de un contexto cultural que valida o legitima el castigo físico como forma de disciplina, y por lo tanto, no siempre es vivido individualmente como una experiencia traumática.

Con relación al hacinamiento, se obtuvo un elevado porcentaje de 51,2% al definirlo como más de una persona por habitación, sin embargo sólo 15% de la muestra presenta una concentración de dos o más personas por pieza, lo que puede explicar la ausencia de una asociación significativa entre esta variable y el detrimento de la salud mental de las mujeres. Existe una clara asociación entre el aumento de los síntomas ansiosos y depresivos y la ausencia de apoyo de familiares consanguíneos; sin embargo, llama la atención la falta de relación entre el apoyo de vecinos, amigos y parientes políticos, un factor

protector ampliamente establecido en la literatura internacional, y la salud mental de la mujer. Este hallazgo puede estar relacionado con los profundos cambios sociales y políticos de la sociedad chilena en los últimos 20 años, que ha favorecido el surgimiento de valores individualistas, debilitando las redes comunitarias y el compromiso social. Como se señala en el último informe de Desarrollo Humano «la mayoría de los chilenos sienten que no pertenecen a una comunidad de valores, historia y sobre todo de futuro común»²⁴.

Como es de esperarse, la autopercepción de salud de las mujeres muestra clara relación con la salud mental. Del mismo modo, el abuso de alcohol se encuentra claramente asociado, esto puede ser explicado como expresión de las alteraciones, o una manera de enfrentar a los síntomas depresivos. Existe una asociación menor entre la salud mental de la madre y los problemas de salud del hijo, lo que puede ser explicado por la percepción de control de la situación, ya que existen canales relativamente expeditos para la atención de salud infantil. Otra explicación posible es que está socialmente aceptado que la madre debe cuidar a su hijo y, por lo tanto, una recarga provocada por enfermedad está dentro de las expectativas de la mujer. Por último, la relación altamente significativa entre deterioro de la salud mental de la madre y maltrato físico severo hacia

los hijos, ha sido señalado por diferentes autores. Dado que las madres que presentan altos niveles de estrés son menos tolerantes, pierden el control más fácilmente frente a la conducta disruptiva del niño, usando más violencia física y psicológica frente a lo que consideran conductas provocadoras de parte de éstos²⁵. Por lo tanto, el maltrato físico a los hijos podría considerarse una consecuencia del deterioro de la salud mental de la mujer más que un factor asociado a la génesis de este deterioro.

La magnitud de la asociación de los factores combinados se relaciona fuertemente al deterioro

de la salud mental en la mujer, si bien cada uno de los factores descritos está asociado con el deterioro de la salud mental en forma individual; es la suma de ellos lo que potencia la asociación (Tabla 3). Este incremento en la asociación es mucho más evidente en los factores relacionados con la historia de violencia en la mujer, y de menor magnitud en los factores presentes en la actualidad. En este sentido parece recomendable trabajar fundamentalmente sobre la prevención y la reparación de los daños causados por la violencia tanto física como psicológica y sexual.

REFERENCIAS

1. WHO. Burden of Mental and Behavioral Disorders (Chapter 2). *The World Health Report: Mental Health: New Understanding*, New Hope, 2001.
2. ALMEIDA-FILHO N, MARI JJ, COUTINHO E, FRANCA JF, FERNÁNDEZ J, ANDREOLI SB ET AL. Brazilian Multicentric Study of Psychiatric Morbidity. *Br J Psychiatry* 1997; 171: 524-9.
3. SERNAM *Salud Mental en el Gran Santiago*. 2002, Santiago de Chile.
4. COUTINHO E, DE ALMEIDA-FILHO N, MARI JJ, RODRIGUES LC. Gender and minor psychiatric morbidity: results of a case-control study in a developing country. *Int J Psychiatry Med* 1999; 29: 197-208.
5. LUDERMIR AB, MELO FILHO DA. Living conditions and occupational organization associated with common mental disorders. *Rev Saude Publica* 2002; 36: 213-21.
6. MAZZEO S, ESPELAGE D. Association Between Childhood Physical and Emotional Abuse and Disordered Eating Behaviors in Female Undergraduates: An Investigation of the Mediating Role of Alexithymia and Depression. *Journal of Counseling Psychology January* 2002; 49: 86-100.
7. Salud mental en mujeres WHO/MSD/MDP. 2000: *Women's Mental Health: An Evidence Based Review*.
8. RESNICK HS, ACIERNO R, KILKPATRICK DG. Health impact of interpersonal violence. Medical and health outcomes. *Behavioural Medicine* 1997; 23: 65-78.
9. MULLEN PE, ROMANS-CLARKSON S, WALTON VA, HERBISON PG. Impact of sexual and physical abuse on women's mental health. *The Lancet* 1998; 1: 841-5.
10. WORLD BANK, World Development Report: Investing in health. New York: Oxford Press 1993; 329.
11. LARRAÍN S. *Violencia puertas adentro: la mujer golpeada*. 1994. Santiago de Chile. Editorial Universitaria.
12. SERNAM *Detección y análisis de la prevalencia de la violencia intrafamiliar*. Documento de Trabajo 2002, Santiago de Chile.
13. VIZCARRA B, CORTÉS J, BUSTOS L, ALARCÓN M, MUÑOZ S. Maltrato Infantil en la ciudad de Temuco: Un estudio de prevalencia y factores asociados. *Rev Méd Chile* 2001; 129: 1425-32.
14. World Health Organization: *A user guide to the Self Reporting Questionnaire*, WHO/MNH/PSF/94.8, WHO, Geneve, 1994.
15. VICENTE B, VIELMA M, RIOSECO P, MEDINA E. Validación del Autorreportaje de Síntomas (SRQ) como instrumento de screening en estudios comunitarios. *Revista de Psiquiatría* 1994; 4: 180-5.
16. STRAUSS MA. Measuring intrafamily conflict and violence: The Conflict Tactics Scales (CTS). *J Marriage Fam* 1979; 41: 75-88.
17. World SAFE Steering Committee, World Studies of Abuse in the Family Environment, INCLEN, Manila, Philippines. (2001).
18. Normas técnicas y pragmáticas en beber problema: *Consumo perjudicial y dependencia alcohólica*.

- ca. Publicaciones de Salud mental N° 2. 1993. Ministerio de Salud. Santiago, Chile.
19. ARAYA R, ROJAS G, FRITSH R, ACUÑA J, LEWIS G. Common Mental Disorders in Santiago, Chile: Prevalence and socio-demographic correlates. *Br J Psychiatry* 2001; 178: 228-33.
 20. VICENTE B, RIOSECO P, SALDIVIA S, KOHN R, TORRES S ET AL. Estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica (DSM-III-R/CIDI) (ECP). *Rev Méd Chile* 2002; 130: 527-36.
 21. VIZCARRA B, CORTÉS J, BUSTOS L, ALARCÓN M, MUÑOZ S. Violencia conyugal en la ciudad de Temuco: Un estudio de prevalencia y factores asociados. *Rev Méd Chile* 2001; 129: 1405-12.
 22. ELLSBERG M, CALDERA T, HERRERA A, WINKVIST A, KULLGREN G. Domestic violence and emotional distress among Nicaraguan women Results from a population-based study. *American Psychologist* 1999; 54: 30-6.
 23. ALTEIMEIER WA, O'CONNOR S, VIETZE P, SANDLER H, SHERROD K. Prediction of child abuse: A prospective study of feasibility. *Child Abuse and Neglect* 1984; 8: 393-400.
 24. PNUD *Informe de Desarrollo Humano*. 2001. Santiago de Chile.
 25. WOLFE D. Child-abusive parent: An empirical review and analysis. *Psychol Bull* 1989; 97: 462-82.