ARTÍCULO ESPECIAL

Los profesionales de la salud y la prevención de la violencia doméstica contra la mujer

Enrique Gracia^a, Marisol Lila^a

Role of health professionals in the prevention of domestic violence against women

Domestic violence against women is an important public health problem that cannot be ignored. Health professionals need to take part in the prevention, detection and treatment processes, acting in a coordinate way with other professionals and institutions. This paper analyzes the consequences of domestic violence against women, and underscores the fact that health professionals are part of the social circle surrounding the victims, playing an important role in its detection and prevention. Several response strategies from the health services are examined and, finally, the paper considers screening as a mechanism for early detection of domestic violence, paying special attention to the important controversies that surround this issue (Rev Méd Chile 2008; 136: 394-400).

(Key words: Domestic violence; Health occupations; Social behavior disorders)

Recibido el 7 de marzo, 2007. Aceptado el 22 de junio, 2007.

Departamento de Psicología Social, Universidad de Valencia, España.

^aProfesor de Psicología Social

En 1998, la Organización Mundial de la Salud declaró la violencia doméstica como una prioridad internacional para los servicios de salud. Hoy en día, la prevalencia de la violencia doméstica en todo el mundo, su impacto a corto y largo plazo en la salud mental y física de las mujeres y las consecuencias negativas que tiene para las familias, las comunidades y la sociedad en general, convierten a la violencia doméstica en una

prioridad de salud pública¹⁻⁹. La violencia contra las mujeres está presente en cada país, independientemente de culturas, clase social, nivel educativo, etnia y edad. La dimensión global de la violencia contra la mujer hace que ninguna sociedad pueda reclamar para sí el privilegio de estar libre de esa violencia¹⁰⁻¹⁴. Los profesionales de la salud no pueden permanecer ajenos: su intervención es necesaria en la prevención, detección y tratamiento de este problema.

Correspondencia a: Prof. Enrique Gracia. Departamento de Psicología Social, Facultad de Psicología, Universidad de Valencia. Avda. Blasco Ibáñez, 21. 46010 Valencia, España. Tel. 34-96 386 4573. Fax: 34-96 386 4668. E mail: enrique.gracia@uv.es <http://www.uv.es/~egracia/>

Las consecuencias de la violencia doméstica. Son numerosos los informes y estudios que demuestran las importantes consecuencias que tiene la violencia doméstica en la salud física y mental de las mujeres maltratadas, así como los graves costes

económicos y sociales de la violencia contra la mujer^{5-6,15-18}. La violencia doméstica puede tener importantes consecuencias negativas a corto y largo plazo en la salud física y mental de las mujeres que pueden persistir incluso cuando dicha violencia ha finalizado¹⁹⁻²⁰.

En relación con las consecuencias físicas, la violencia doméstica es una de las causas más comunes de lesiones graves en las mujeres^{19,21,22}. Por otra parte, las mujeres víctimas de violencia doméstica pueden sufrir diferentes problemas de salud crónicos. Entre los síntomas asociados frecuentemente con mujeres víctimas de violencia doméstica, se encuentran el dolor crónico y sintomatología relacionada con el sistema nervioso central, problemas gastrointestinales, problemas ginecológicos y trastornos cardíacos²³⁻²⁶. Además, uno de los aspectos más preocupantes en relación con los problemas de salud física que padecen las mujeres víctimas de violencia doméstica es que dicha violencia continúa cuando la mujer se queda embarazada e, incluso, ésta puede tener comienzo o aumentar durante este período²⁷⁻²⁸. La consecuencia más grave derivada de esta situación es la muerte de la madre²⁹ o del feto³⁰. La violencia contra la mujer durante el embarazo también se asocia con bajo peso del recién nacido³¹, nacimiento prematuro y lesiones en el feto²⁷.

En cuanto a las consecuencias psicosociales que sufren las mujeres víctimas de violencia doméstica, hay que señalar que algunos investigadores comparan el impacto de sufrir este tipo de violencia con el trauma causado tras haber sufrido secuestro y tortura³². Las secuelas psicológicas más frecuentes son depresión y trastornos de estrés postraumático³³⁻³⁴. Las mujeres que mantienen este tipo de relaciones de abuso suelen presentar baja autoestima y sentimientos de indefensión³⁵ y es cinco veces más frecuente que intenten suicidarse que las mujeres que no sufren malos tratos³⁶. Igualmente, es frecuente que padezcan ansiedad e insomnio³⁷. Por otra parte, en algunos estudios se ha encontrado que las mujeres víctimas de violencia doméstica son quince veces más proclives a abusar del alcohol y nueve veces a abusar de otras sustancias³⁶.

No obstante, hay que tener presente, tal y como señalan Fernández et al² que “sólo algunas víctimas de maltrato presentan trastornos psicopa-

tológicos bien definidos. 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” (p. 27).

La detección de la violencia doméstica en el ámbito de la salud. A pesar de la elevada prevalencia y las importantes consecuencias que tiene sobre la salud la violencia doméstica, son todavía demasiados los casos que se quedan sin denunciar. De hecho, la violencia contra las mujeres ha sido reconocida por la ONU como “el crimen encubierto más frecuente del mundo”. Al igual que otras conductas que tienen lugar en un entorno privado, esta violencia se denuncia con muy poca frecuencia^{15,38-43}. Además, si los malos tratos no producen lesiones severas, las probabilidades de denunciar la violencia se reducen sustancialmente³⁹. De hecho, las denuncias por malos tratos producidas por el compañero íntimo constituyen tan sólo una pequeña parte de las dimensiones “reales” estimadas de este problema. Denuncias que, además, tienden a representar el extremo más severo, crónico y con frecuencia fatal de la violencia contra la mujer⁴⁴. Este fenómeno suele representarse utilizando la metáfora del iceberg de la violencia doméstica. Una metáfora en la que los casos denunciados de violencia doméstica (normalmente los casos más extremos de violencia) y los homicidios de mujeres a manos de sus compañeros sentimentales representan únicamente la punta del iceberg. De acuerdo con esta metáfora, la mayoría de los casos se encuentran sumergidos y son supuestamente invisibles para la sociedad⁴⁴. Probablemente, son muy escasos los problemas de salud pública que compartan esta característica: una situación o condición está afectando a 25% de la población, pero únicamente unos pocos afectados, entre 2,5% y 15%¹⁵, informan que están sufriendo esta situación.

Como hemos indicado previamente, la Organización Mundial de la Salud, en su Resolución 49.25, considera que la prevención de la violencia es una prioridad de salud pública y que el ámbito de la salud puede desempeñar un importante papel en su prevención y en el apoyo a las víctimas. Y es que, ciertamente, el ámbito de los profesionales de la salud, con una mayor concien-

ciación sobre el problema de la violencia en la familia, puede desempeñar un papel crucial en la identificación de casos de violencia doméstica que, probablemente, de otra forma quedarían sumergidos entre el silencio de las víctimas y el silencio e inhibición de su entorno social^{1,44}.

De hecho, los resultados de diversos estudios confirman que el número de mujeres tratadas por profesionales de la salud por lesiones como consecuencia de la violencia interpersonal es muy elevado⁴⁵. Las mujeres maltratadas son vistas también con frecuencia en los servicios de urgencia hospitalarios⁴⁶. Sin embargo, los índices de detección de violencia doméstica en hospitales y servicios de urgencia aún son muy bajos, a pesar de ese alto índice de mujeres víctimas de violencia doméstica que visitan los servicios de urgencias en busca de tratamiento⁴⁷. Este hecho puede estar reflejando, tanto las reticencias de las mujeres de admitir las causas de sus lesiones, como la falta de voluntad de algunos profesionales de la salud por indagar más⁴⁸. Así, por ejemplo, la Organización Mundial de la Salud⁸ señalaba que los profesionales de la salud raramente indagan acerca de síntomas de violencia o preguntan a las mujeres acerca de si han sufrido algún tipo de abuso, incluso aunque la mayoría de mujeres sean favorables a las entrevistas rutinarias acerca de la violencia doméstica por parte de sus médicos⁴⁹.

Y es que, a pesar de la frecuencia con que los profesionales de la salud “ven” casos de violencia familiar, en algunas ocasiones ignoran o minimizan los abusos, no creen a la víctima o, simplemente, se inhiben⁵⁰⁻⁵³. El personal médico, en numerosas ocasiones, tiende a centrarse únicamente en las lesiones o daños, ignorando el proceso y las circunstancias del incidente que las provoca. Pero además, aunque resulte evidente que el origen de las lesiones o daños sean debidos a los malos tratos, una gran mayoría de mujeres continúan sin ser identificadas como tales por los profesionales de la salud⁵⁴. Entre las razones por las que médicos y otros profesionales de la salud no preguntan con regularidad acerca de los malos tratos, se mencionan el encontrarse saturados o abrumados, el olvido, tener miedo de abrir la “caja de Pandora”, sentirse incómodos preguntando, o no saber qué hacer con la información que la mujer pueda revelar⁵⁵. Otras razones apuntadas son la falta de educación y

conocimientos acerca de la violencia doméstica y las importantes amenazas que conlleva tanto para la salud física como mental⁵⁴. Además, esa inhibición también puede estar relacionada con creencias tales como “la violencia doméstica es un asunto privado”, o “la violencia doméstica es un problema que no pertenece al ámbito de la salud”.

A pesar de todo lo anterior, los servicios de urgencias, así como consultas y clínicas privadas, se encuentran entre los lugares más importantes y también menos reconocidos para iniciar una intervención⁵⁶. Mujeres que no buscarían ayuda en refugios o centros de acogida o que no llamarían a la policía, podrían acudir a su médico de cabecera, aunque fuera con una queja vaga. En este sentido, una mayor concienciación y formación de los profesionales de la salud, así como dominar las técnicas de entrevista y protocolos de identificación facilitaría el que médicos y otro personal sanitario pudiera prestar ayuda a la mujer maltratada. Veamos a continuación algunas de las estrategias prioritarias que se han planteado en este ámbito para mejorar la atención y ayuda a las víctimas de violencia doméstica.

Estrategias de respuesta desde el ámbito de la salud ante la violencia doméstica.

Sharps y Campbell⁵⁴ proponen una serie de estrategias para responder ante la violencia contra las mujeres desde el ámbito de la salud: (1) Educación y formación de los profesionales de la salud, formación que incluiría información sobre factores de riesgo, indicadores, prevalencia y secuelas físicas y mentales de los malos tratos. (2) Educación de mujeres a través de trípticos, pósters, videos y campañas en los medios de comunicación donde se describa el ciclo de los malos tratos, los efectos de las lesiones en la salud y los recursos comunitarios para las mujeres maltratadas. Una mayor concienciación de las mujeres acerca de los malos tratos y sus efectos, y un mayor conocimiento, podría mejorar no sólo la calidad de su comunicación acerca de los abusos con los profesionales sino también tendría un impacto positivo en las conductas de seguridad. (3) Evaluación de todas las mujeres en los centros de salud (cribado universal). Una propuesta que recoge el hecho de que las mujeres maltratadas utilizan los sistemas de salud en una proporción mucho mayor que las mujeres no maltratadas. Este tipo de prevención

podría incluir evaluaciones rutinarias en servicios de urgencias, de atención primaria, en clínicas donde se practique el aborto o en servicios de atención prenatal, medidas acompañadas con protocolos adecuados de evaluación y con la adecuada conexión con los servicios comunitarios apropiados⁵⁷. (4) Programas para la violencia doméstica desarrollados en entornos hospitalarios que podrían proporcionar formación sobre tópicos como la responsabilidad legal en las notificaciones de casos, documentación médica, recolección de evidencia, coordinación con la policía y sistema judicial, cuestiones de seguridad para el personal sanitario y para las víctimas y conexiones con los recursos comunitarios. (5) Reducir los efectos de la violencia en mujeres embarazadas para asegurar que se recibe un cuidado prenatal adecuado. Dado que son numerosas las complicaciones que pueden aparecer como resultado de los abusos durante el embarazo⁵⁸⁻⁵⁹, es importante que se inicie cuanto antes el cuidado prenatal así como promover programas comunitarios de captación para identificar e integrar en los programas de cuidado prenatal a mujeres en situación de riesgo.

La utilización del cribado (screening) como método de detección de la violencia doméstica. De todas las propuestas planteadas en el apartado anterior, la que sin duda genera más polémicas es la utilización del cribado universal como mecanismo de detección de la violencia doméstica. Ya en 1996, la Organización Mundial de la Salud⁶⁰ insistía en la importancia de mejorar la respuesta del sector sanitario ante la violencia familiar mediante el uso del cribado universal para las mujeres y niñas (preguntar habitualmente a todas las clientes o pacientes si han sido objeto de maltrato sexual o físico), y la creación de protocolos de acción (planes escritos que definan, para un entorno específico, los procedimientos que deben seguirse para identificar y responder apropiadamente a las víctimas de maltrato).

Aunque aún existe cierta controversia entorno a la utilidad del cribado en relación con la violencia doméstica en medicina general y primeros cuidados^{21,61-62}, se está produciendo un incremento del reconocimiento de la importancia del cribado como un medio apropiado y efectivo de identificar y poder dar respuesta a los casos de

violencia doméstica que se presenten en los servicios de urgencias⁴⁴. El hecho de que no exista suficiente evidencia para recomendar el cribado en el caso de la violencia doméstica, no quiere decir que exista suficiente evidencia para no recomendarlo. Así, por ejemplo, en un informe realizado por el *US Preventive Services Task Force*⁶³ se señalaba que no hay evidencia suficiente ni a favor ni en contra del cribado, y que preguntar como parte rutinaria del historial de la paciente acerca de situaciones de abuso podría estar indicado sobre la base de los altos índices de casos no detectados de violencia contra las mujeres, el valor potencial de esta información para el cuidado de estas pacientes y el escaso riesgo de producir daño por preguntar⁶¹. En este mismo sentido, la *Canadian Task Force on Preventative Health Care* señalaba que, a pesar de que todavía no existe suficiente evidencia para recomendar o desaconsejar el uso del cribado, la prevalencia y el daño asociado a la violencia doméstica son motivos suficientes para mantener un grado elevado de sospecha cuando se valora a los pacientes⁶⁴⁻⁶⁶. Otras organizaciones médicas y organismos acreditados recomiendan el cribado o la entrevista rutinaria en los servicios de salud acerca de la posible existencia de situaciones de violencia doméstica⁶⁷⁻⁷⁴.

La naturaleza oculta del problema de la violencia doméstica nos lleva a considerar el cribado como un método eficaz, ya que nos puede permitir descubrir casos ocultos de violencia doméstica^{44,49,75}. La importancia de preguntar acerca de la violencia doméstica para incrementar los índices de identificación, también es reconocida en una influyente revisión en la que se concluía que es insuficiente la evidencia para recomendar los programas de cribado⁷⁶. Es cierto que la falta de evidencia en relación con la efectividad de un programa pueda desanimar a los servicios de salud a implementarlos, pero de nuevo, como argumenta Jewkes⁶², aunque aún no exista evidencia disponible que avale la efectividad de los programas de cribado, tampoco existe evidencia que avale que tales programas no son efectivos.

Entre los beneficios del cribado rutinario, no siempre fáciles de evaluar en ensayos clínicos, se pueden destacar el incremento de la conciencia en torno a la violencia doméstica entre los

profesionales de la salud y la comunidad en general, el que se ejerza mayor presión para incrementar los recursos y la calidad de la formación de los profesionales de la salud, la mejora del conocimiento, el que se generen habilidades y actitudes más sensibles ante este problema entre los profesionales, el que se ejerza mayor presión para incrementar los recursos para las víctimas después de haberse puesto de manifiesto su

situación, los beneficios físicos y psicológicos para la víctima como resultado de una intervención temprana, el incremento de la visibilidad social de este problema, cambios en la tolerancia social ante la violencia en las relaciones y, también, una mayor conciencia y relevancia percibida entre la comunidad científica y las instituciones que subvencionan la investigación.

REFERENCIAS

1. GRACIA E. *Las víctimas invisibles de la violencia familiar*. Barcelona: Paidós, 2002.
2. FERNÁNDEZ MC, HERRERO S, BUITRAGO F, CIURANA R, CHOCRON L, GARCÍA J ET AL. Grupo de salud mental del programa de actividades de prevención y promoción de la salud de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. *Violencia Doméstica*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2003.
3. GRACIA E, HERRERO J. Acceptability of domestic violence against women in the European Union: A multilevel analysis. *J Epidemiol Community Health* 2006; 60: 123-9.
4. KLEIN E, CAMPBELL J, SOLER E, GHEZ M. *Ending domestic violence: Changing public perceptions/halting the epidemic*. Thousand Oaks, CA: Sage; 1997.
5. KRANTZ G. Violence against women: a global public health issue. *J Epidemiol Community Health* 2002; 56: 242-3.
6. SALTZMAN LE, FANSLAW JL, McMAHON PM, SHELLEY GA. *Intimate partner violence surveillance: uniform definitions and recommended data elements*. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention; 2002.
7. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Violence against women: a priority health issue*. Women's Health and Development, Family and Reproductive Health. Ginebra: World Health Organization; 1997.
8. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *World report on violence and health*. Ginebra: World Health Organization; 2002.
9. INNOCENTI RESEARCH CENTRE. Domestic violence against women and girls. *Innocenti Digest*, 2000; 6.
10. AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION. *Diagnostic and treatment guidelines on domestic violence*. Chicago, IL: American Medical Association, 1994.
11. KOOP CE. *Violence against women - A global problem*. Ginebra: Pan American Health Organization, 1989.
12. GELLES, RJ. Family violence. En Hampton RL, ed. *Family Violence: Prevention and treatment*. Londres: Sage, 1999.
13. CONSEJO DE EUROPA. Recomendaciones Rec (2002)5 del Consejo de Ministros a los Estados Miembro sobre la protección de las mujeres contra la violencia adoptadas el 30 de abril de 2002. Strasbourg, Francia: Consejo de Europa, 2002.
14. INSTITUTO DE LA MUJER. *Macroencuesta sobre "Violencia contra las Mujeres"*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2002.
15. BACHMAN R, SALTZMAN LE. Violence against women: Estimates from the redesigned survey. NCJ-154348 Special Report. Washington, DC: U.S. Department of Justice, Bureau of Justice Statistics, 1995. <http://www.ojp.usdoj.gov/bjs/pub/pdf/femvied.pdf> (Consultado el 15 de noviembre de 2006).
16. HAGEMANN-WHITE C. European research on the prevalence of violence against women. *Violence Against Women* 2001; 7: 732-59.
17. BIDEN JR. Violence against women: The congressional response. *Am Psychol* 1993; 48: 1059-61.
18. KURY H, OBERGFELL-FUCHS J, WOESSNER G. The extent of family violence in Europe. *Violence Against Women* 2003; 10: 749-69.
19. RAMSAY J, RIVAS C, FEDER G. *Interventions to reduce violence and promote the physical and psychosocial well-being of women who experience partner violence: a systematic review of controlled evaluations*. Final Report, UK: Department of Health, 2005.
20. WALBY S, ALLEN J. Domestic violence, sexual assault and stalking: findings from the British

- Crime Survey. Home Office Research Study 276. London: Home Office, 2004.
21. 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.
22. GUTH AA, PACTHER L. Domestic violence and the trauma surgeon. *Am J Surg* 2000; 179: 134-40.
23. CAMPBELL JC. Health consequences of intimate partner violence. *The Lancet* 2002; 359: 1331-6.
24. DÍAZ-OLAVARRIETA C, CAMPBELL J, GARCÍA DE LA CADENA C, PAZ F, VILLA AR. Domestic violence against patients with chronic neurologic disorders. *Arch Neurol* 1999; 56: 681-5.
25. 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.
26. TOLLESTRUP K, SKLAR D, FROST FJ, OLSON L, WEYBRIGHT J, SANDVIG J ET AL. Health indicators and intimate partner violence among women who are members of a managed care organization. *Preventive Medicine* 1999; 29: 431-40.
27. MEZEY GC. Domestic violence in pregnancy. En Bewley S, et al, eds. *Violence against women*. Londres: RCOG, 1997.
28. GAZMARARIAN JA, PETERSEN R, SPITZ AM, GOODWIN MM, SALTZMAN LE, MARKS JS. Violence and reproductive health: current knowledge and future research directions. *Mater Child Health J* 2000; 4: 79-84.
29. PARSONS LH, HARPER MA. Violent maternal deaths in North Carolina. *Obstet Gynecol* 1999; 94: 990-3.
30. McWILLIAMS M, McKIERNAN J. *Bringing it out into the open*. Belfast: HMSO, 1993.
31. MURPHY CC, SCHEI B, MYHR TL, DU MJ. Abuse: a risk factor for low birth weight? A systematic review and meta-analysis. *CMAJ* 2001; 164: 1567-72.
32. GRAHAM DLR, RAWLINGS E, RIMINI N. Survivors of terror: battered women, hostages and the Stockholm Syndrome. En Yllo K, Bograd M, eds. *Feminist perspectives on wife abuse*. London: Sage, 1998.
33. McCauley J, KERN DE, KOLODNER K, DILL L, SCHROEDER AF, DeCHANT HK ET AL. The "battering syndrome": prevalence and clinical characteristics of domestic violence in primary care internal medicine practices. *Ann Intern Med* 1995; 123: 737-46.
34. GOLDING JM. Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: a meta-analysis. *J Fam Violence* 2002; 14: 99-132.
35. KIRKWOOD C. *Leaving abusive partners*. London: Sage, 1993.
36. STARK E, FLITCRAFT A. *Women at risk: domestic violence and women's health*. London: Sage, 1996.
37. RATNER PA. The incident of wife abuse and mental health status in abused wives in Edmonton, Alberta. *Can J Public Health* 1993; 84: 246-9.
38. O'LEARY KD, CASCARDI M. Physical aggression in marriage: A developmental analysis. En Bradbury TN, Thomas N, eds. *The developmental course of marital dysfunction*. New York: Cambridge University Press, 1998.
39. EMERY R. Family violence. *American Psychologist* 1989; 44: 321-8.
40. PATRIGNANI A, VILLÉ R. *Violence in the family: An international bibliography*. Roma: United Nations Interregional Crime and Justice Research Institute, 1995.
41. STRAUS M, GELLES R. Societal change and change in family violence from 1974 to 1985 as revealed by two national surveys. *J Marriage Fam* 1986; 48: 465-79.
42. AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION. *Violence and the Family: Report of the American Psychological Association Presidential Task Force on Violence and the Family*. Washington, DC: American Psychological Association, 1996, p. 10.
43. INSTITUTO DE LA MUJER. Denuncias por malos tratos producidas por el cónyuge o análogo, 2002. Disponible en: <http://www.mtas.es/mujer/mcifras/principa.htm/> (Consultado el 15 de noviembre de 2006).
44. GRACIA E. Unreported cases of domestic violence against women: towards an epidemiology of social silence, tolerance, and inhibition. *J Epidemiol Community Health* 2004; 58: 536-7.
45. STRAUS M. Medical care costs of intra-family assault and homicide to society. *Bull N Y Acad Med* 1986; 62: 556-61.
46. RAND MR. *Violence-related injuries treated in hospital emergency departments*. Washington, DC: Bureau of Justice Statistics, U.S. Department of Justice, 1997.
47. ABBOTT J, JOHNSON R, KOZIOL-McLAIN J ET AL. Domestic violence against women: incidence and prevalence in an emergency department population. *JAMA* 1995; 273: 1763-7.
48. PAHL J. Health professionals and violence against women. En Kingston P, Penhale B, eds. *Family violence and the caring professions*. Londres: Macmillan, 1995.

49. 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: 1-6.
50. HAMPTON RL, JENKINS P, VANDERFRIFF-AVERY. Physical and sexual violence in marriage. En Hampton RL, ed. *Family violence: Prevention and treatment*. Londres: Sage, 1999.
51. PLICHTA S. Violence and abuse: Implications for women's health. En Falik M, Collins K, eds. *Women's health: The commonwealth fund survey*. Baltimore: Academy Press, 1996.
52. GIN NE, RUCKER L, FRAYNE S, CYGAN R, HUBBELL FA. Prevalence of domestic violence among patients in three ambulatory care internal medicine clinics. *J Gen Int Med* 1991; 6: 317-22.
53. HAMBERGER LK, SAUNDERS DG, HOVEY M. Prevalence of domestic violence in community practice and rate of physician inquiry. *Fam Med* 1992; 24: 382-387.
54. SHARPS PW, CAMPBELL J. Health consequences for victims of violence in intimate relationships. En Arriaga XB, Oskamp S, eds. *Violence in intimate relationships*. Londres: Sage, 1999.
55. SUGG NK, INUI T. Primary care physicians response to domestic violence: Opening Pandora's box. *JAMA* 1992; 267: 3157-60.
56. JENKINS P, DAVIDSON B. Consensus and contradictions in understanding domestic violence: implications for policy and model programs. En Gullotta TP, McElhaney SJ, eds. *Violence in homes and communities: prevention, intervention and treatment*. Londres: Sage, 1999.
57. MCLEER S, ANWAR R. A study of battered women presenting in an emergency department. *Am J Public Health* 1989; 79: 65-6.
58. MCFARLANE J, PARKER B, SOEKEN K, BULLOCK L. Abuse during pregnancy. *JAMA* 1992; 267: 3176-8.
59. INSTITUTO DE LA MUJER. Informe anual contra la violencia. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2004.
60. ORGANIZACIÓN MUNIDAL DE LA SALUD. *Violence against women*. Ginebra: World Health Organization, 1996.
61. COLE T. Is domestic violence screening helpful? *JAMA* 2000; 284: 551-3.
62. JEWKES R. Preventing domestic violence. *BMJ* 2002; 324: 253-4.
63. US PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE. *Guide to Clinical Preventive Services* (2nd ed.) Baltimore, MD: Wilkins and Wilkins, 1996.
64. MACMILLAN HL, WATHEN CN, CANADIAN TASK FORCE ON PREVENTIVE HEALTH CARE. Prevention and treatment of violence against women: Systematic review & recommendations. CTFPHC Technical Report #01-4. Londres, ON: Canadian Task Force, 2001.
65. MACMILLAN HL, WATHEN CN. Violence against women: integrating the evidence into clinical practice. *CMAJ* 2003; 169: 570-1.
66. WATHEN CN, MACMILLAN HL, CANADIAN TASK FORCE ON PREVENTIVE HEALTH CARE. Prevention of violence against women. Recommendation statement from the Canadian Task Force on Preventive Health Care. *CMAJ* 2003; 169: 582-4.
67. AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION, COUNCIL ON SCIENTIFIC AFFAIRS. Violence against women: Relevance for medical practitioners. *JAMA* 1992; 267: 3184-9.
68. WAALLEN J, GOODWIN MM, SPITZ AM, PETERSEN R, SALTZMAN LE. Screening for intimate partner violence by health care providers: barriers and interventions. *Am J Prev Med* 2000; 19: 230-7.
69. DEPARTMENT OF HEALTH. *Domestic violence: a resource manual for health care professionals*. Londres: Stationery Office, 2000.
70. RHODES KV, LEVINSON W. Interventions for intimate partner violence against women: clinical applications. *JAMA* 2003; 289: 601-5.
71. NEW SOUTH WEST HEALTH. *Policy and procedures for identifying and responding to domestic violence*. NSW Health Department, Sydney, 2003.
72. QUEENSLAND HEALTH. Queensland domestic violence initiative. Stage 2 Evaluation Report. Queensland Government, 2003. <http://www.health.qld.gov.au/violence/domestic/dvpubs/Stage2tmcol.PDF>
73. WOMEN'S HEALTH STRATEGY UNIT. Northern Territory Department of Health and Community Services. Domestic violence screening pilot evaluation report. Department of Health and Community Services. Northern Territory Government, 2003.
74. LAING L, WITH AUSTRALIAN DOMESTIC & FAMILY VIOLENCE CLEARINGHOUSE. *Routine screening for domestic violence in health services*. Australian Domestic & Family Violence Clearinghouse, 2001.
75. TAKET A, NURSE J, SMITH K, ET AL. Routinely asking women about domestic violence in health settings. *BMJ* 2003; 327: 673-6.
76. RAMSAY J, RICHARDSON J, CARTER YH, ET AL. Should health professionals screen for domestic violence? Systematic review. *BMJ* 2002; 325: 314.