



# MALOS TRATOS

## DETECCIÓN EN UNA MUESTRA DE POBLACIÓN FEMENINA

M TERESA ICART: DUE. Doctora en Medicina.  
Catedrática Enfermería de S. Pública y Comunitaria. EUI. UB.  
ANNA M PULPON: DUE. Profesora Titular de Enfermería  
de S. Pública y Comunitaria. EUI. UB.  
CARMEN ICART: DUE. ABS «Sant Josep». Profesora Asociada. EUI. UB.  
MERCÉ BIELSA ALQUEZAR: DUE. ABS «Sant Josep».  
ASSUMPTA RIGOL: DUE. Profesora Titular Enfermería de S. Mental. EUI. UB.  
RUTH MARTÍN CARDIZALES: DUE. ABS «Sant Josep».  
ROSA GARCÍA ANDRADE: DUE. ABS «Sant Josep».  
Barcelona. mticart@ub.edu

### Introducción

En todas las sociedades, las mujeres, los niños y los ancianos forman grupos que, en mayor o menor grado, están sometidos a situaciones de violencia, es decir, a abusos de tipo físico, sexual y psicológico. Esta violencia se produce independientemente de las condiciones económicas, clase social y nivel cultural [1-3].

En 1975, la Organización de las Naciones Unidas fue la primera institución que comprendió la gravedad de la violencia ejercida contra las mujeres reconociendo, en 1980, que es el crimen encubierto más frecuente en el mundo. En 1993 la Asamblea

General de la ONU aprobó la declaración sobre la necesidad de eliminar esta violencia, que comprende actos que causan daño o sufrimiento de índole física, mental o sexual, incluidas las amenazas correspondientes, la coacción y otras formas de privación de libertad [4].

La mayoría de estudios se refieren a la violencia física, más fácil de medir; sin embargo, los malos tratos de índole psicológica resultan más habituales; su gravedad se debe no sólo a que constituyen la antesala de la agresión física, sino a que en sí mismos son altamente perniciosos para la salud y el equilibrio emocional de quien los sufre y de quienes rodean a la víctima [5].

Los malos tratos psicológicos, a veces llamados violencia o terrorismo doméstico, afectan del 25 al 30% de las mujeres occidentales [4], y comprenden el insulto, la amenaza, la desvalorización, el control de las actividades, el aislamiento social, las exigencias constantes, ignorar sus deseos y necesidades.





FOTOGRAFÍA: LUIS CAMARGO.

## Resumen

Se identifica el posible maltrato psicológico y los síntomas de ansiedad y depresión en una muestra de mujeres que acudieron al Área Básica de Salud «Sant Josep» (L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona), entre febrero y junio de 2005, mediante un estudio observacional, descriptivo y transversal con una muestra consecutiva de mujeres mayores de 18 años, que acudían a la enfermera por cualquier problema de salud o trámite administrativo. La información se obtuvo a través de un cuestionario autoadministrado, donde se registraron: variables socio-sanitarias, síntomas de ansiedad y depresión y preguntas elaboradas *ad hoc* para identificar malos tratos. Cumplieron los criterios de ansiedad y depresión más de la mitad de las participantes, lo que hace recomendable su seguimiento. Se observó asociación entre la depresión y los malos tratos. Parte de los resultados de este estudio se presentaron en *The 1st World Congress on Gender-Specific Medicine* (Febrero, 2006. Berlín). Fuentes de financiación: Escuela de Enfermería (Universidad de Barcelona) (PREUI2004/10) y del Institut Català de les Dones (U-39/05).

**PALABRAS CLAVE:** MALTRATO PSICOLÓGICO, ATENCIÓN PRIMARIA, ANSIEDAD, DEPRESIÓN, ENFERMERÍA.

## **MISTREATMENT: DETECTION OF MISTREATMENT IN A SAMPLE FEMININE POPULATION**

### Summary

*The authors identify possible psychological mistreatment and symptoms of anxiety and depression in a sample of women who were attended to in the «Sant Josep» Primary Health Care Center in L'Hospitalet de Llobregat in Barcelona Province between February and June 2005 by means of an observational, descriptive and transversal study with a consecutive study of women older than 18 who were attended to by nurses for whatever health problem they had or who filed administrative paperwork. Data was obtained through the use of a self-administering questionnaire on which these items were recorded: social-health variables, symptoms of anxiety and depression, and questions elaborated ad hoc in order to identify mistreatment. More than half of the study participants complied with the criteria used to indicate symptoms of anxiety and depression, which recommended a follow-up session. The authors observed an association between depression and mistreatment. Part of the results of this study were presented in *The 1st World Congress on Gender-Specific Medicine* in February 2006 in Berlin. Financial Sources: The School of Nursing at the University of Barcelona (PREUI2004/10) and the Catalan Institute for Women (U-39/05).*

**KEY WORDS:** PSYCHOLOGICAL MISTREATMENT. PRIMARY HEALTH CARE. ANXIETY. DEPRESSION, NURSING.

También se conoce como microviolencias o micro-machismos encubiertos y comprenden las conductas de dominación masculina en la vida cotidiana, e incluyen un amplio abanico de maniobras interpersonales que tienen por objetivo mantener el dominio y la supuesta superioridad del hombre sobre la mujer [6].

Según la OMS, la prevalencia en Europa de la violencia doméstica o de pareja (la mujer es la víctima y el hombre el agresor) se sitúa entre el 18 y el 58%, con una incidencia, en 2001, de un 7 a un 12% [4]. En España, en Centros de Salud Mental de la Comunidad de Madrid se encontró que, tras incluir una escala de detección de malos tratos, la prevalencia del maltrato físico en pacientes ambulatorias fue de un 28,1% y la del maltrato psicológico de un 75,9% [4], cifras que ilustran la envergadura del problema.

Las reacciones habituales ante la violencia son el miedo y la ansiedad; por ello no es de extrañar que

las mujeres maltratadas presenten síntomas de ansiedad (trastornos del sueño, palpitaciones, temblor, «nudo en la garganta», etc.) casi desde el inicio de los malos tratos [7-9]. Además, las mujeres maltratadas pueden padecer depresión, en general asociada a ansiedad, de mayor o menor intensidad. En ese sentido, el doble de depresiones que presentan las mujeres respecto a los hombres, estaría más relacionado con la discriminación y la violencia que sufren que con factores biológicos [5]. Por esta razón, una de las formas más importantes de promocionar la salud de las mujeres y prevenir los malos tratos es favorecer la autonomía, el desarrollo educativo y laboral de la mujer y la concienciación sobre los estereotipos de nuestra cultura respecto a ella [5, 6].

El programa del «CatSalut» de 2001, se comprometió a la detección precoz de las situaciones de violencia, teniendo en cuenta que, actualmente, este problema se considera un tema prioritario de salud pública [1, 9-11].



En los equipos multidisciplinares de Atención Primaria, las enfermeras tienen la oportunidad de interactuar, de modo continuado, con las pacientes que acuden a las consultas para recibir atención enfermera [5,12]. Así es posible conocer a las pacientes e identificar situaciones en las que se puede producir el maltrato, tanto físico como psicológico.

El objetivo general de este estudio fue identificar el posible maltrato psicológico en una muestra de mujeres que acudieron a consultas de enfermería del Área Básica de Salud (ABS) «Sant Josep», desde febrero a junio de 2005. Los objetivos específicos fueron: analizar la asociación entre ansiedad y/o depresión y la percepción de malos tratos psicológicos; conocer la prevalencia de síntomas de ansiedad y/o depresión en la muestra estudiada y, finalmente, describir variables socio-sanitarias en las mujeres con algún síntoma de ansiedad y/o depresión.

### Participantes y métodos

El estudio se realizó en cinco consultas de enfermería del ABS «Sant Josep» (L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona), que presta atención a unos 25.000 usuarios, entre los meses de febrero a junio de 2005.

Se empleó un diseño observacional, descriptivo y transversal mediante un cuestionario autocumplimentado por una muestra consecutiva de mujeres mayores de 18 años que solicitaron atención enfermera por presentar algún trastorno agudo o crónico, para recibir algún procedimiento o cura o para algún trámite administrativo. Se incluyeron las pacientes con Historia Clínica de Atención Primaria (HCAP) abierta en el centro, y que no tuviesen alteración cognitiva. Se excluyeron aquellas con dificultades para la lectura o comprensión del cuestionario redactado en castellano.

Se calculó una muestra de 250 pacientes ( $\alpha=0,05$ ; precisión=10%;  $p=50\%$ ) que fueron invitadas a responder al cuestionario, de forma anónima, hasta completar la muestra.

El cuestionario comprendía tres apartados: variables personales (edad, estado civil, profesión y motivo de consulta), una versión modificada de la Escala de Goldberg compuesta por dos subescalas (una de ansiedad y otra de depresión) y, finalmente, preguntas directamente referidas a su percepción de malos tratos.

La Escala de Goldberg ha sido validada y se considera adecuada, tanto con fines asistenciales como epidemiológicos, por su sencillez y los buenos índices globales de sensibilidad (83%) y de especificidad (82%). Se trata de un instrumento de detección, diseñado para identificar casos probables, pero no para valorarlos, y está concebida para ser administrada por profesionales de salud, no necesariamente especialistas en psiquiatría.

Las subescalas para medir la ansiedad y depresión

son independientes, contienen nueve preguntas cada una y la respuesta es dicotómica (SÍ/NO) y se asigna un punto para cada respuesta positiva. Los ítems se refieren a la presencia de síntomas de ansiedad y depresión experimentados durante las dos últimas semanas. La estructura de las dos subescalas está dispuesta de forma que las cuatro primeras preguntas sirven para determinar si es probable, o no, que exista un problema de ansiedad o depresión, y sólo se formulan las cinco restantes si dos o más respuestas son positivas en la escala de ansiedad y si lo es una o más en la de depresión. Se pueden producir falsos positivos en situaciones de trastornos crónicos, de personalidad, alcoholismo o conductas de negación. Los puntos de corte, a partir de los que se confirma la ansiedad o la depresión, son cuatro o más respuestas afirmativas para la escala de ansiedad y dos o más en la de depresión.

Las preguntas sobre malos tratos hacían referencia a insultos, amenazas, coacciones, sentimiento de infravaloración, ridiculización, humillación, etc. sufridos en los últimos tres meses; así como los sentimientos que estas situaciones provocaron en las encuestadas. Para el análisis se aplicaron estadísticos descriptivos y se calcularon los IC al 95%. Se utilizó el programa SPSS v.11.05.

### Resultados

De la muestra calculada de 250 pacientes, se descartaron 30 que respondieron negativamente a todos los ítems de ambas subescalas. Se estudiaron 220 mujeres con una media de edad de 54,83 años (DE: 13,49). El 77,25% (IC 95%: 71,64-82,96) eran casadas (tabla 1); el 50,9% (IC 95%: 47,53-54,27) tenía como ocupación principal la de ama de casa; le seguía la del servicio doméstico o limpieza (12,73%; IC 95%:10,55-15,05) (tabla 2).

El principal motivo por el que acudían a la consulta de enfermería era el control de la tensión arterial (74; 33,63%; IC 95%: 30,45-36,81), seguido de otros controles (34; 15,46%) (tabla 3).

En la tabla 4 se observa que el «nerviosismo» y la «preocupación», son los síntomas más frecuentes en la subescala de ansiedad; mientras que la «poca energía» y el «despertar temprano», fueron los síntomas más comunes en la subescala de depresión (tabla 5).

Ciento catorce mujeres (51,81%; IC 95%: 48,45-55,17) superaron el punto de corte ( $\geq 4$  respuestas afirmativas) en la escala de ansiedad y 138 (62,72%; IC 95%: 59,46,7-65,98) cumplieron los criterios de depresión ( $\geq 2$  respuestas afirmativas). Dieron positivo a ambas escalas (ansiedad y depresión) 96 mujeres (43,63%; IC 95%: 37,08-50,18). No se observó asociación entre ansiedad y la percepción de malos tratos; pero sí hubieron diferencias estadísticamente



significativas entre depresión y malos tratos ( $\chi^2 = 986$ ;  $gl = 1$ ;  $p = 0,007$ ).

De las 220 encuestadas, 24 (11%; IC 95%: 8,9-13,1) afirmaron haberse sentido maltratadas (insultadas, amenazadas o coaccionadas) en los últimos tres meses, siendo el marido el causante habitual, seguido del hijo. A la pregunta de: «¿Cómo se siente a causa del maltrato?», las respuestas fueron: «como una mierda», «desilusionada», «humillada», «tonta», «triste», «nerviosa», «vacía», «infravalorada», «impotente», «avergonzada», «lloro por dentro», «triste», «fatal», «con pena», «irritable», etc.

De las 220 encuestadas, 34 (15,45%; IC 95%: 13,02-17,88) manifestaron que participarían en un grupo de autoayuda.

## Discusión

La muestra estudiada está compuesta por una mayoría de mujeres casadas y amas de casa, siendo el servicio doméstico la principal ocupación fuera del hogar, aspectos que, en esencia, coinciden con otros estudios españoles [7, 13, 14]. El principal motivo por el que acuden a la consulta de enfermería es la realización de algún control, siendo el más frecuente el de la tensión arterial.

En el presente estudio sólo 30 (12%) de mujeres responde de forma negativa a todas las preguntas sobre síntomas de ansiedad y/o depresión; mientras que de las 220 restantes cumplen los criterios de ansiedad y depresión el 51,81% y el 62,72% respectivamente. Estas cifras son compatibles con otros estudios de base poblacional [7, 15] en los que se observa una clara asociación entre la experiencia de malos tratos y problemas de salud mental como depresión, ansiedad, síndrome de estrés postraumático, abuso de sustancias, fobias, así como diversos trastornos somáticos. Aunque en nuestro estudio sólo se encontró asociación entre malos tratos y depresión, la prevalencia de ésta y de la ansiedad hacen recomendable la atención y seguimiento de las pacientes que presentaban dichos trastornos.

Frente a un 43,63% de mujeres que dieron positivo en ambas escalas de ansiedad y depresión, sólo 24 (11%) afirmó haberse sentido maltratada en los últimos seis meses. Esta cifra es próxima al 12,4% de malos tratos hallada en la macroencuesta del Instituto de la Mujer, de 2000 [10] y notablemente inferior al 30,8% de abuso psicológico en las relaciones sentimentales encontrado en el ámbito de la Atención Primaria [16], cifra que se eleva a un 45,2% en otro estudio situado en tres centros de salud de Granada [13]. Según otro estudio realizado en España, la prevalencia de malos tratos de cualquier tipo y en cualquier momento de la vida, fue de un 22,8%, existiendo un 9% en el que la frecuencia de dicho abuso se calificaba de «muy frecuente» [5].

DISTRIBUCIÓN DE ESTADO CIVIL (n = 220)

Síntomas	Casos	(%)	IC 95%
Casada	170	(77,25)	71,64 - 82,96
Soltera	12	(5,53)	3,14 - 7,86
En pareja	10	(4,52)	3,11 - 5,89
Divorciada	8	(3,62)	2,35 - 4,85
Separada	4	(1,83)	0,91 - 2,69
Otros*	16	(7,25)	5,55 - 9,05
<b>TOTAL</b>	<b>220</b>		

\* OTROS: TRÁMITES DE DIVORCIO O SEPARACIÓN. IC: INTERVALO DE CONFIANZA PARA LA PROPORCIÓN.

DISTRIBUCIÓN DE LA PROFESIÓN (n = 220)

Síntomas	Casos	(%)	IC 95%
Ama de casa	112	(50,90)	47,53 - 54,27
Servicio doméstico	28	(12,73)	10,55 - 15,05
Comercio	18	(8,18)	6,36 - 0,19
Administrativa	10	(4,54)	3,11 - 5,89
Textil	10	(4,54)	3,11 - 5,89
Otros*	42	(19,20)	16,45 - 21,75
<b>TOTAL</b>	<b>220</b>		

\* OTROS: MONITORA, COCINERA, CONSERJE, MODISTA, TÉCNICA SANITARIA, ESTUDIANTE, CANGURO, ETC. IC: INTERVALO DE CONFIANZA PARA LA PROPORCIÓN.

DISTRIBUCIÓN DEL PRINCIPAL MOTIVO DE CONSULTA (n = 220)

Motivos de consulta	Casos	(%)	IC 95%
Control de tensión arterial	74	(33,63)	30,45 - 36,81
Otros controles*	34	(15,46)	13,03 - 17,89
Trámites administrativos	20	(9,10)	7,17 - 11,03
Acompañar a un paciente	14	(6,37)	4,73 - 8,01
Dolor	10	(4,54)	3,14 - 5,94
Otros**	68	(30,90)	27,79 - 34,01
<b>TOTAL</b>	<b>220</b>		

\* OTROS CONTROLES: DIABETES, PESO, COLESTEROL, ETC.

\*\* OTROS: DEPRESIÓN, CANSANCIO, CURA, DISLIPEMIA, GRIPE, HERNIA, NERVIOS, REVISIÓN, SINUSITIS, ETC. IC: INTERVALO DE CONFIANZA PARA LA PROPORCIÓN.

DISTRIBUCIÓN DE LOS SÍNTOMAS EN LA SUBESCALA DE ANSIEDAD (n = 220)

Síntomas	Casos	(%)	IC 95%
Nerviosismo	132	(18,65)	17,19 - 20,11
Preocupación	126	(17,79)	16,36 - 19,22
Irritabilidad	84	(11,87)	10,66 - 13,08
Tensión	90	(12,71)	11,46 - 13,96
Insomnio	116	(16,38)	14,99 - 17,77
Cefalea	80	(11,30)	10,12 - 12,48
Otros*	80	(11,30)	10,12 - 12,48
<b>TOTAL</b>	<b>708</b>		

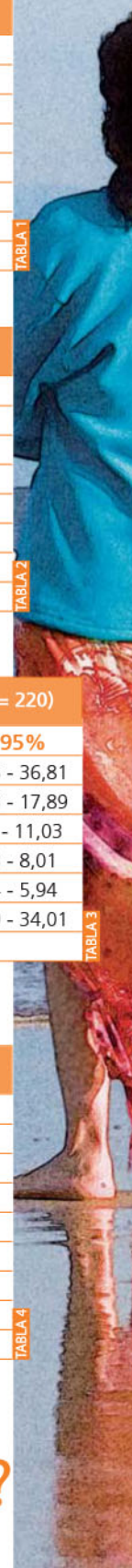
\* OTROS: TEMBLORES, HORMIGUEOS, MAREOS, SUDORES, DIARREA, ETC. IC: INTERVALO DE CONFIANZA PARA LA PROPORCIÓN.

TABLA 1

TABLA 2

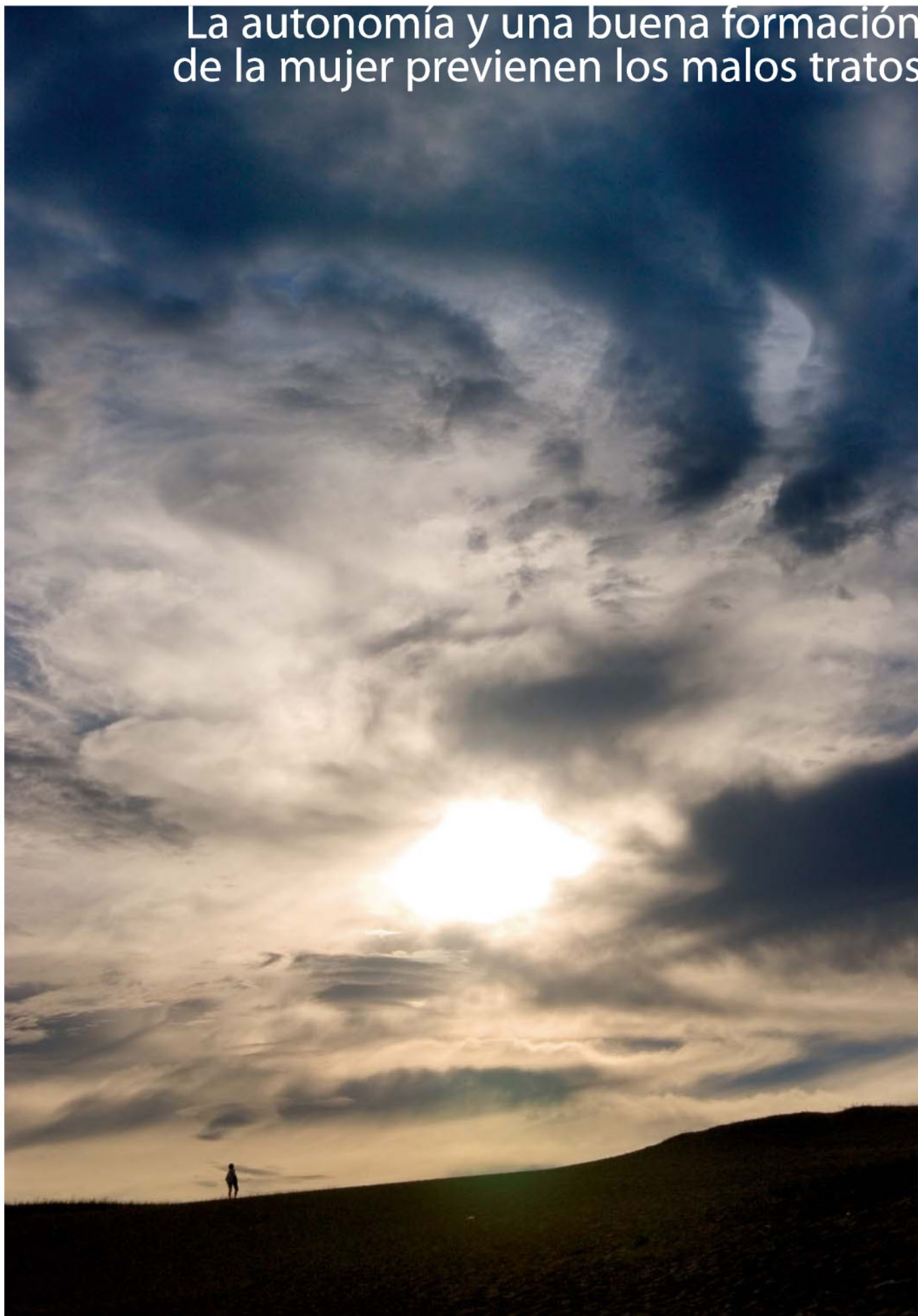
TABLA 3

TABLA 4



física es fácil de medir, pero ¿y la psíquica?

# La autonomía y una buena formación de la mujer previenen los malos tratos





DISTRIBUCIÓN DE LOS SÍNTOMAS EN LA SUBESCALA DE DEPRESIÓN (n = 220)

Síntomas	Casos	(%)	IC 95%
Poca energía	114	(21,11)	19,55 - 22,67
Pérdida de interés	70	(12,96)	11,51 - 14,41
Pérdida de confianza	52	(9,62)	8,36 - 10,68
Desilusionada	70	(12,97)	11,47 - 15,85
Dificultad para concentrarse	64	(11,86)	10,47 - 13,25
Falta de apetito	36	(6,66)	4,96 - 7,73
Enlentecida	74	(13,70)	12,23 - 15,17
Se encuentra peor por la mañana	60	(11,12)	9,77 - 12,47
<b>TOTAL</b>	<b>540</b>		

TABLA 3

IC: INTERVALO DE CONFIANZA PARA LA PROPORCIÓN.

En un estudio citado en el informe del Instituto de la Mujer [10], se revisaron 34 estudios de diferentes países y se concluyó que entre un 25-50% de las mujeres sufren malos tratos por parte de su compañero o marido, a lo largo de su vida.

En un estudio británico se constató que entre un 23 y un 44% de las mujeres que acuden a los servicios de Atención Primaria ha estado sometida a violencia en algún momento de sus vidas [17]; en otro, se observa que si se considera no solo la violencia física sino también el maltrato psíquico este porcentaje asciende a un 69-75% [18].

En cualquier caso, la magnitud del problema y sus repercusiones en la salud física y psíquica de la mujer está fuera de toda duda como lo confirman diversas publicaciones [8, 13, 17-19] aunque puede llamar la atención la disparidad en la prevalencia del problema. Esto es atribuible a cuestiones metodológicas que afectan: a la definición conceptual de malos tratos, término que se intercambia con violencia, abuso o acoso, sin precisar si es de carácter físico, psicológico o sexual; a la composición de la muestra estudiada; a los instrumentos (cuestionarios, entrevistas, etc.) empleados en su medición; al ámbito donde se realiza la investigación, lógicamente la prevalencia de los malos tratos varía según la información se obtenga en la comunidad, los centros de Atención Primaria, los servicios de urgencias, los hospitales, los centros sociosanitarios, etc.

Una limitación del presente estudio podría consistir en el tamaño de la muestra y cierta reticencia a responder sinceramente a preguntas que exploran ámbitos muy personales. Llama la atención que, si bien el 11% de mujeres reconoció haberse sentido maltratada, el 15,45% desearía participar en grupos de autoayuda. Estas cifras permiten pensar que algunas mujeres son reacias a admitir abiertamente que están siendo maltratadas y que les resulta más fácil responder a una pregunta indirecta que reconoce la situación de violencia. Otra limitación se refiere al cuestionario, que no fue diseñado para profundizar

en la presencia de malos tratos, a ese efecto existen entrevistas semiestructuradas y otras técnicas cualitativas que se revelan más efectivas (grupos focales, entrevistas en profundidad, etc.) a la hora de indagar un fenómeno hasta hace pocos años totalmente silenciado.

Es habitual que las mujeres sometidas a violencia, y que acuden a los servicios sanitarios, no lo comenten a los profesionales que les atienden [20-22]. Estos servicios, sobre todo los de Atención Primaria y urgencias, ocupan una posición privilegiada para detectar el problema y orientar su atención. No obstante, se trata de un abordaje delicado que requiere además de información y de recursos especializados, la coordinación con otros servicios de apoyo extrasanitarios, sociales y jurídicos [9, 20, 21, 23].

## Bibliografía

- [1] Larizgoitia I. La violencia también es un problema de salud pública. *Gac Sanit*. 2006; 20(Supl 1):63-70.
- [2] Rojas L. *Las semillas de la violencia*. Madrid: Espasa; 2004.
- [3] Irigoyen MF. *El acoso moral. El maltrato psicológico en la vida cotidiana*. Barcelona: Paidós; 1999.
- [4] Bosch E, Ferrer VA. *La voz de las invisibles. Las víctimas de un mal que mata*. Madrid: Ediciones Cátedra; 2002.
- [5] Ruiz-Jarabo C, Blanco P. *La violencia contra las mujeres. Prevención y detección. Cómo promover desde los servicios sanitarios relaciones autónomas, solidarias y gozosas*. Madrid: Díaz de Santos; 2005.
- [6] Bonino L. *Micromachismos*. Madrid: Cescom; 1998.
- [7] Plazaola-Castaño J, Ruiz I. *Violencia contra la mujer en la pareja y consecuencias en la salud física y psíquica*. *Med Clin (Barc)* 2004; 122:461-7.
- [8] Villalencio P. *Violencia doméstica: su impacto en la salud física y mental de las mujeres*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales e Instituto de la Mujer; 1999.
- [9] Rohlfis I, Valls-Llobet C. *Actuar contra la violencia de género: un reto para la salud pública*. *Gac Sanit* 2003; 17:263-65.
- [10] Instituto de la Mujer. *Encuesta: la violencia contra las mujeres*. Madrid: Instituto de la Mujer; 2000.
- [11] Krantz G. *Violence against women: a global public health issue*. *J Epidemiol Community Health*. 2002; 56:242-3.
- [12] Carrión JL, De Paul J. *Mujer, violencia y salud*. *Med Clin (Barc)* 2000; 115:620-4.
- [13] Aguar-Fernández M, Delgado-Sánchez M, Castellano-Arroyo M, Luna del Castillo JD. *Prevalencia de malos tratos en mujeres que consultan al médico de familia*. *Aten Primaria* 2006; 37(4):241-242.
- [14] Raya L, Ruiz I, Plazaola J, López-Abisad S, Rueda D, García de Vinuesa L, et al. *La violencia contra la mujer en la pareja como factor asociado a una mala salud física y psíquica*. *Aten Primaria* 2004; 34:117-127.
- [15] Watts CH, Zimmerman C. *Violence against women: global scope and magnitude*. *The Lancet* 2002; 359:1232-1237.
- [16] Ruiz-Pérez I, Olry de Labry-Lima. *El suicidio en la España de hoy*. *Gac Sanit* 2006; 20(Supl 1):25-31.
- [17] Richardson J, Petruckevithc A, Chung WS, et al. *Identifying domestic violence: cross sectional study in primary care*. *BMJ* 2002; 324:274-7
- [18] 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.
- [19] Instituto de la Mujer y Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. *Mujeres en cifras*. [consultado 12/11/2005]. Disponible en: <http://www.mtas.es/mujer>
- [20] Campbell JC. *Health consequences of intimate partner violence*. *Lancet* 2002; 359:1331-6.
- [21] Siendones R, Perea E, Arjona JL y cols. *Violencia doméstica y profesionales sanitarios: conocimientos, opiniones y barreras para la infradetección*. *Emergencias* 2002; 14:224-32.
- [22] Ajuntament de Barcelona. *Serveis Personals. Plan Operativo contra la Violència a la Mujer 2001-2004*. Barcelona: Ajuntament de Barcelona; 2001-2004.
- [23] Corsi J. *Maltrato y abuso en el ámbito doméstico*. Barcelona: Paidós; 2003.