

A propósito de un caso



Violencia de género y Atención Primaria

Noemí de Miguel Llorente

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. ABS La Pau. Barcelona.

Cristina Muñoz López

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. ABS La Pau. Barcelona.

Caso clínico

Mujer de 31 años de edad con antecedentes de migraña. Presenta empeoramiento de la intensidad y frecuencia de las crisis de migraña, por lo que consulta en el centro de Atención Primaria (AP) de forma urgente y programada en varias ocasiones. También, en los últimos meses acude por diferentes motivos como gastritis, vómitos, insomnio, lumbalgia. En una de las visitas viene acompañada de su pareja y en la visita llama la atención la actitud de preocupación y sobreprotección hacia ella por parte de su pareja. Posteriormente, acude a control de la migraña y explica que ha presentado una crisis de ansiedad y al preguntar «cómo están las cosas en casa y con la pareja», se pone a llorar, relatando que «su pareja a veces tiene un comportamiento muy especial». Comenta que es muy minucioso con las cosas de casa, necesita que estén en su sitio porque si no se pone muy nervioso, en alguna ocasión ha tirado algún objeto contra ella e incluso ha roto de un puñetazo la puerta. Explica que desde que está con él ha dejado de lado sus amistades y va menos a ver a su familia. También comenta que, después de estos episodios de más nerviosismo y agresividad, pide disculpas y promete que no sucederá más.

Puntos clave

- La violencia de género es un problema de salud pública.
- La Atención Primaria de Salud (APS) es la puerta de entrada al sistema sanitario para las mujeres que sufren violencia de género.
- Los escenarios clínicos pueden ser varios ya que la sintomatología puede ser muy diversa.
- Detectar la violencia de género a partir de indicadores de sospecha.

- La entrevista clínica es de vital importancia ante casos de violencia de género.
- La valoración tendrá en cuenta un abordaje biopsicosocial, la historia de violencia y la valoración del riesgo.
- Trabajar en red conociendo los recursos disponibles.
- La comunicación con la justicia a través del comunicado de lesiones y el comunicado al juzgado/fiscalía.

Definiciones

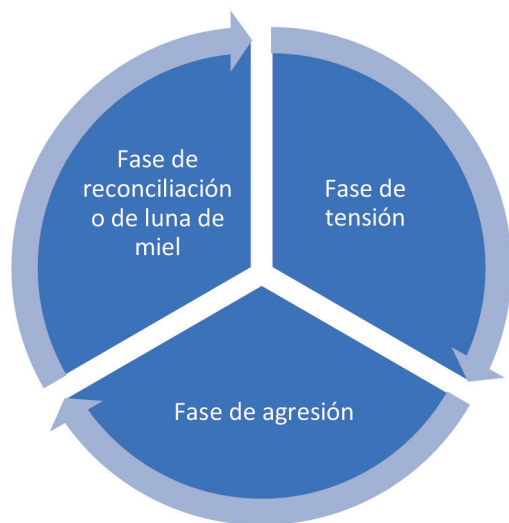
La violencia de género fue definida sobre el papel en 1993 por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) como «Todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino, que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción y la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como privadas».

Ya en la definición queda patente que hay diversas formas de violencia y habitualmente se interrelacionan entre sí: física, psíquica, sexual y económica.

Destacar que la violencia de género es un proceso perdurable en el tiempo, enraizado en nuestra cultura de manera estructural, basándose en la superioridad del hombre sobre la mujer y que admite la violencia como instrumento para el dominio de la mujer. Por este motivo no es exclusivo de determinadas mujeres, afecta a todas las clases sociales, etnias, edades y niveles educativos. Un problema añadido de esa universalidad es que ocurre en el ámbito privado del domicilio, quedando todavía más oculto por la normalización de la sociedad que admite como normal un patrón de sumisión de la mujer ante la superioridad del hombre. Es importante resaltar que es un proceso y, como tal, pasa por distintas etapas que pueden durar años. Es lo que L Walker² definió como el «ciclo de la violencia»: fase de tensión, de agresión y de reconciliación o de luna de miel (figura 1).

FIGURA 1

Ciclo de la violencia



Como se ha dicho, no existe un perfil de mujer maltratada, pero existen algunos casos de mayor vulnerabilidad, en los que hay que estar especialmente alerta, porque se encuentran en situaciones de mayor riesgo y con mayores dificultades para abandonar la relación: aislamiento social, baja autoestima, embarazo, inmigrantes, discapacitadas, ancianas, ámbito rural³.

¿Es un problema de salud pública? Las cifras...

La Macroencuesta de Violencia contra la Mujer de 2015⁴ muestra que el 12,5% de las mujeres mayores de 16 años que viven en España han sufrido violencia física o sexual por sus parejas o exparejas en algún momento de su vida, 1,7 puntos más respecto a la anterior Macroencuesta de 2011. Otro dato remarcable es que una de cada cuatro de las mujeres residentes en España de 16 años o más ha sufrido violencia psicológica de control.

Actualmente, el Ministerio de Sanidad, en su portal estadístico, muestra los datos aglutinados a nivel estatal con diferentes indicadores, ámbitos y variables de análisis que permiten conocer mejor las cifras (60 mujeres asesinadas por sus parejas o exparejas en el año 2015)⁵.

¿Y por qué es un problema de salud?

La Organización Mundial de la Salud (OMS)^{3,6,7} constata las múltiples consecuencias para la salud de las mujeres que sufren violencia, tanto a nivel de la salud física, psíquica, reproductiva/sexual como social, y puede ser de manera inmediata o diferida en el tiempo.

¿Y por qué en Atención Primaria?

La AP es la puerta de entrada al sistema sanitario y por ello los profesionales de AP están en un puesto privilegiado para su detección. Por la longitudinalidad que permite el acompañamiento y la coordinación en forma de red de manera interprofesional. La Macroencuesta del 2015 muestra que el 22,36% de las mujeres consultaron su situación de violencia en un centro sanitario. El grado de satisfacción por la atención prestada fue elevado (80,6%), siendo el recurso mejor valorado.

Consecuencias para la salud (tabla 1)

Formas de presentación

Las mujeres víctimas de violencia de género pueden acudir a la AP de distintas maneras:

- Consulta no explícita en forma de malestar inespecífico, polifrecuentación, somatizaciones, etc. La forma más frecuente que se ve en AP.
- Consulta de demanda aguda tras agresión física, sexual, intento autolítico, crisis de pánico.
- Consulta a través de los hijos: lesiones, alteraciones conductuales, trastornos funcionales.
- Problemática en la salud sexual y reproductiva.
- A través de problemas sociales.

Consulta no explícita

A pesar de ser la más frecuente, en contraposición es la más difícil de detectar, ya que no acudirán directamente hablando sobre violencia de género, sino por síntomas diversos, como consecuencia de las diversas formas de abuso que sufren. Pueden presentar síntomas psiquiátricos en forma de depresión, ansiedad, estrés postraumático, somatizaciones, insomnio, intentos de suicidio, baja autoestima, trastornos de la conducta alimentaria, labilidad emocional, irritabilidad.

Síntomas conductuales en forma de adicciones, problemas relacionales con aumento de la desconfianza.

Síntomas somáticos inespecíficos recurrentes; dolor crónico, astenia, trastornos digestivos, cefalea, cervicalgia, mareos, molestias pélvicas, dificultades respiratorias.

Todo este conjunto de sintomatología se ha venido a llamar por diversas autoras los «síndromes del malestar de las mujeres»⁸ (tabla 2).

Esta forma de presentación requiere formación específica que aumente la sensibilidad y la capacidad de relación entre estos síntomas y la vivencia de violencia, así como un abordaje integral basado en el modelo biopsicosocial de la AP.

TABLA 1

Consecuencias para la salud

Consecuencias fatales	Consecuencias en la salud física	Consecuencias en las condiciones crónicas de salud	Consecuencias en la salud social
<ul style="list-style-type: none"> • Muerte (por homicidio, suicidio) 	<ul style="list-style-type: none"> • Lesiones diversas (contusiones, traumatismos, heridas, quemaduras) que pueden producir discapacidad • Deterioro funcional • Síntomas físicos inespecíficos (p. ej., cefaleas) • Peor salud, menor autocuidado, peores conductas relacionadas con la salud 	<ul style="list-style-type: none"> • Dolor crónico • Síndrome del intestino irritable • Otros trastornos gastrointestinales • Quejas somáticas 	<ul style="list-style-type: none"> • Aislamiento social • Pérdida de empleo • Absentismo laboral • Disminución del número de días de vida saludable

Consecuencias en salud sexual y reproductiva	Consecuencias en la salud psíquica	Consecuencias en la salud de las hijas e hijos
<ul style="list-style-type: none"> • Por relaciones sexuales forzadas: pérdida de deseo sexual, trastornos menstruales, enfermedades de transmisión sexual incluidos VIH/sida, sangrado y fibrosis vaginal, dispareunia, dolor pélvico crónico, infección urinaria, embarazo no deseado, etc. • Por maltrato durante el embarazo: hemorragia vaginal, amenaza de aborto, muerte fetal, parto prematuro, bajo peso al nacer, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> • Depresión • Ansiedad • Trastornos del sueño • Trastorno por estrés postraumático • Trastornos de la conducta alimentaria • Intento de suicidio • Abuso de alcohol, drogas y psicofármacos 	<ul style="list-style-type: none"> • Riesgo de alteración de su desarrollo integral • Sentimientos de amenaza • Dificultades de aprendizaje y socialización • Adopción de comportamientos de sumisión o violencia con sus compañeros y compañeras • Mayor probabilidad de enfermedades psicosomáticas • Con frecuencia son víctimas de maltrato por parte del padre • Maltrato transgeneracional con alta tolerancia a situaciones de violencia • La violencia puede también afectar a otras personas dependientes de la mujer y que convivan con ella

VIH: virus de inmunodeficiencia humana.

Fuente: Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género, 2012^{6,9,10}.

Consulta de demanda aguda

Habría que pensar en violencia de género ante diversos indicios observables en las mujeres que acuden a las consultas:

- **Actitud de la paciente:** estar alerta ante mujeres con actitudes temerosas, desafiantes o con importantes síntomas de ansiedad, y cuando se presenta con el cuerpo tapado para ocultar lesiones.
- **Ante las características de las lesiones:** retraso en la consulta de las lesiones, incongruencia entre el relato y el tipo de lesión, lesiones por defensa (en zona interna del antebrazo), lesiones en distintos estadios de curación, lesiones en genitales, rotura de tímpano, hematomas en cara/cabeza, cara interna de brazos o muslos, lesiones por mordedura humana.
- Pero pueden también **presentar lesiones diferidas** en forma de daño cerebral por contusiones repetidas, de-

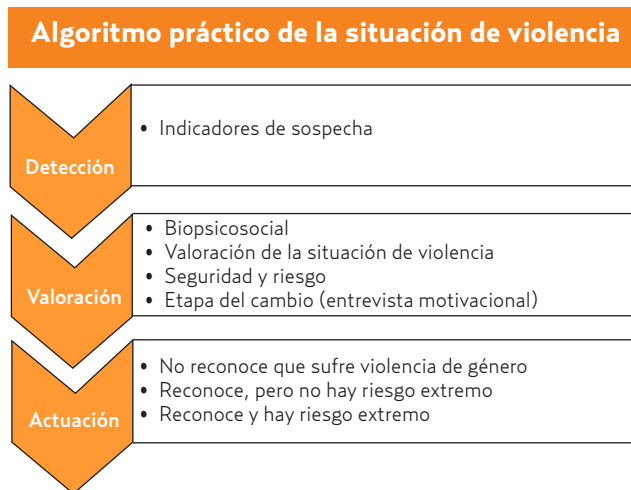
TABLA 2

Síndromes del malestar

- Síntomas subjetivos sin signos orgánicos
- Más frecuentes en las mujeres
- Etiología orgánica inexistente o desconocida
- Pueden tener diferentes interpretaciones del profesional (variabilidad diagnóstica, no tener en cuenta los síntomas que no encajan con el diagnóstico)
- Solapamientos diagnósticos funcionales y mentales
- Dificultades para abordarlo desde el modelo biomédico
- Asociado a malestar psicosocial (frecuentemente en relación con los roles de género)

Fuente: Velasco⁸.

FIGURA 2



terio cognitivo, embarazos no deseados, abortos, enfermedades de transmisión sexual.

Abordaje práctico (figura 2)

Cribado universal frente a oportunista ante los indicadores de sospecha

Existe debate desde hace años sobre la forma de detección más apropiada para la AP. Los defensores de la de-

tección universal abogan por ella por la elevada prevalencia, por las consecuencias importantes sobre la salud. En cambio, la detección oportunista ante indicadores de sospecha (tabla 3) es más eficiente y aumenta la rentabilidad diagnóstica.

➤ *Solo vemos aquello que pensamos y queremos ver. La detección inicia un camino de acompañamiento.*

La entrevista clínica es la base de la consulta diaria. Y en la violencia de género cobra una especial relevancia, por ello la importancia de garantizar una serie de características: mostrar empatía, atender a la mujer sola, garantizar la confidencialidad de la información, hacer una pequeña introducción, dirigir la entrevista de preguntas generales a concretas, creer a la mujer y no juzgarla, posicionarse en contra de la violencia, permitir el relato, registrar en la historia clínica.

➤ *No tener miedo a preguntar, los estudios⁴ realizados muestran que las mujeres desean que les pregunten para poder romper el silencio.*

En cuanto a las preguntas, empezar por las más generales seguidas de las más concretas. Realizar una pequeña introducción/explicación del porqué de las preguntas. Utilizar un lenguaje coloquial, evitando las palabras de gran

TABLA 3

Indicadores de sospecha^{6,9}

Según el ciclo vital	Embarazo, sobre todo en adolescentes. Separación. Jubilación propia o de su pareja. Cuidadoras de otras personas
Mujeres con sufrimiento mental	Depresión. Ansiedad. Intentos de autolisis. Trastorno por somatización. Consumo de psicofármacos, exceso de alcohol o de otras sustancias
Consultas ginecológicas/obstétricas frecuentes en AP	Solicitud de anticonceptivos. Infecciones ginecológicas de repetición. Dispareunia. Embarazo. Disfunción sexual. Embarazo no deseado. Interrupción del embarazo. Anticoncepción de emergencia
Mujeres con historia traumatológica sugestiva	Tipo de lesiones. Reiteración de las lesiones. Discordancia entre la clínica y el relato. Retraso en la consulta después del traumatismo
Según la forma de presentación en la consulta	Polifrecuentadoras. Mujeres con las que hay dificultades de relación. Mujeres con falta de adherencia terapéutica. Mujeres que nunca vienen solas. Mujeres con acompañantes demasiado amables
Mujeres con enfermedades que tienen la autonomía disminuida	Ancianas frágiles. Pacientes en atención domiciliaria. Deterioro cognitivo. En atención paliativa. Pacientes con trastorno psicótico. Con discapacidades
Mujeres con circunstancias sociales adversas	Inmigrantes, sobre todo irregulares. Familias que utilizan habitualmente la violencia. Consumo de alcohol o tóxicos o psicofármacos en la pareja. Con dependencia económica. Absentismo laboral. Situaciones que disminuyen su libertad: reclusas, que ejercen la prostitución, marginación social
Por sospecha o derivación de otros profesionales	Niños/as con síntomas de estrés postraumático o maltrato. Casos derivados por servicios sociales, educativos u otros

AP: Atención Primaria.

carga emocional (violación, maltrato). Mantener una escucha activa.

Algunos ejemplos de preguntas⁶:

- He repasado su historial y encuentro algunas cosas que me gustaría comentar con usted. Veo que: (relatar los hallazgos), ¿a qué cree que se debe su malestar o problema de salud? La encuentro algo intranquila, ¿qué le preocupa? ¿Está viviendo alguna situación problemática que le haga sentirse así?, ¿qué me puede decir al respecto? ¿Cree que todo está relacionado?
- ¿Ha sucedido últimamente algo en su vida que le preocupe o la entristezca? ¿Tiene algún problema quizás con su pareja? ¿O con sus hijas o hijos? ¿Con alguien de su familia? ¿En el trabajo?

Finalizada la entrevista clínica, se podrá confirmar o no si se trata de una paciente que vive o ha vivido violencia de género.

Valoración

Si se confirma la violencia de género, será importante realizar una anamnesis dirigida teniendo en cuenta los siguientes aspectos^{6,10,11}:

1. **Abordaje biopsicosocial** valorando la situación clínica las lesiones físicas, el estado psicológico, la situación familiar y su red de apoyo social, y la situación económica y laboral.
2. **Valoración de la situación de violencia:** el tipo, la historia teniendo en cuenta la duración, la frecuencia y la intensidad, si existe violencia contra otras personas, los mecanismos de supervivencia de la paciente.
3. **Valoración de la fase del proceso del cambio (entrevista motivacional)** en la que se encuentra la mujer para poder ofrecerle el mejor seguimiento.
4. **Valoración de la seguridad y del riesgo de la paciente.** Tener en cuenta los indicadores para valorar el riesgo (tabla 4), y especialmente la percepción de riesgo de la mujer. Por otra parte, existen cuestionarios para realizar dicha valoración, uno de los más conocidos es el SARA¹².

Actuación

Se ha de diferenciar si existe o no un riesgo extremo según la valoración previa. Lo que sí se debe hacer, en todos los casos, es lo siguiente:

- Registrar en la historia clínica toda la información posible.
- Dar significado y relacionar los síntomas que presenta con la situación que está viviendo.
- «Paquete de mínimos»³: aquellos mensajes imprescindibles que son necesarios dar en la visita (tabla 5).

TABLA 4

Indicadores para la valoración del riesgo^{3,6}

- Percepción de peligro por parte de la mujer o de sus hijos/as
- Antecedentes de lesiones físicas graves
- Amenazas a pesar de estar separados
- Aceleración del ciclo de violencia; desaparece la fase de luna de miel
- Aumento de la intensidad y frecuencia de la violencia
- Agresiones durante el embarazo
- Agresiones sexuales
- Amenaza con armas o el uso de estas
- Amenazas o intentos de suicidio de la mujer y/o del hombre que maltrata
- Comportamiento violento fuera del hogar del hombre que maltrata
- Aumento del control de las actividades diarias
- Consumo de alcohol o drogas por parte del agresor
- Separación reciente, sobre todo si hay disputas para la custodia de los hijos/as

- Informar de los recursos posibles y si puede ser por escrito.
- Trabajar, previo consentimiento de la mujer, de manera interdisciplinar sobre todo con ayuda del trabajador social del centro.
- Ofrecer un seguimiento y acompañamiento en el proceso ya que normalmente son procesos largos.
- Valorar si es necesario derivar a otros dispositivos sanitarios evitando enviar a la deriva.

TABLA 5

Paquete de mínimos³

- Hablar de su situación es un primer paso muy importante. *Invitación al diálogo*
- Entiendo lo que le pasa. *Empatizar*
- La relación con su pareja no es adecuada, se trata de una relación de malos tratos, y constituye un delito. *Reconocer el abuso*
- La violencia de género es un hecho común que afecta a millones de personas. *Normalizar*
- Nadie merece ser maltratada. La culpa no es suya. *Romper los mecanismos de control*
- El peligro puede ser real. *Valoración del riesgo*
- Es un asunto de nuestra incumbencia porque afecta directamente a su salud. *Reinterpretar los síntomas*
- No está sola, hay personas y asociaciones que se han especializado en ayudar a personas como usted. *Romper el aislamiento, trabajo en red*
- Siempre respetaremos sus decisiones. *Empoderamiento. Evitar victimización*
- Derivar a los recursos sociales, comunitarios o judiciales apropiados. *Trabajo multidisciplinar*

- Ayudar a elaborar un plan de huida por si se presentase una situación de riesgo extremo, es decir, explicar qué ha de tener preparado por si ha de salir del domicilio urgentemente (ropa, documentación, llaves, libro de familia, escrituras de casa, agenda de direcciones, medicamentos, dinero tanto en metálico como tarjeta), ofrecer los teléfonos de urgencias (112) y remarcar la importancia de pensar en un escenario de protección para ellas y sus hijos.
- Informar a la paciente de la necesidad de que informe al juzgado ya que se trata de un delito y a su vez de nuestra obligación legal de hacerlo mediante el comunicado de lesiones o el comunicado al juzgado según el protocolo en el área de trabajo. (En el apartado de aspectos ético-legales se explicita el caso de que la paciente se niegue a informar a la justicia.)

En caso de riesgo extremo:

- Derivar con carácter urgente a trabajo social o a los servicios de apoyo de 24 horas de emergencias sociales específicos para mujeres que sufren violencia de género.
- Avisar a las fuerzas de seguridad para proporcionar la protección de la mujer y sus menores a cargo.

Derivaciones

- Dependiendo de las necesidades de la paciente: clínicas, según el momento vital, psicosociales.
- Dependiendo de los recursos disponibles: equipo de salud mental especializado, grupo de expertos, grupos de ayuda mutua, servicios de información y asesoramiento a la mujer (SIAD), servicios de atención a los niños y niñas que han padecido violencia de género (SAN), grupos especializados de los cuerpos de seguridad de cada comunidad, casas de acogida. Es importante que cada equipo elabore un listado de recursos, pero teniendo en cuenta que la trabajadora social del centro es una pieza clave en la atención a la mujer en situación de violencia de género.
- Dependiendo del sentido común. Es importante fomentar el trabajo en red, pero sin enviar a las pacientes a la deriva por tantas derivaciones.

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad ha creado una página web de recursos de apoyo y prevención ante casos de violencia de género (WRAP¹³), donde encontrar por comunidades autónomas todos los recursos específicos.

Por otro lado, el teléfono 016 es un servicio estatal para informar de los recursos y dar asesoramiento jurídico de manera telefónica y online, a las mujeres víctimas de violencia de género.

Aunque en estas líneas no se ha comentado, los hombres que ejercen violencia de género también son pacientes que acuden a las consultas de AP. Es importante remarcar que no existe un perfil de hombre que maltrata, ya que afecta a todas las culturas, etnias, edades o nivel educativo. Por lo tanto, es la anamnesis con una visión de género la clave para iniciar la detección; aunque su abordaje desde AP está poco estudiado y es un tema de reflexión.

Aquellos que soliciten ayuda serán derivados a los servicios especializados, informándoles de las consecuencias y los peligros de sus actuaciones, y explicándoles las consecuencias sobre la salud de la mujer y de sus hijos/as si los tuviese; evitar ofrecer terapias de pareja.

Aspectos ético-legales

La Ley Orgánica 1/2004 de Medidas de Protección Integral contra la violencia de género es una ley estatal que marca a los profesionales de la salud la obligación de informar a la justicia de todas las situaciones de violencia contra la mujer que se detecten.

Dicha ley en ocasiones entra en conflicto con la práctica asistencial de los profesionales, especialmente en aquellos casos en que la mujer no quiere denunciar¹⁴. En estos casos, sobre todo, hay que valorar el riesgo de la paciente y plantear la denuncia como un proceso, ya que la ley no marca en qué momento hay que hacerla. En este proceso, ofrecer un seguimiento, valorar las opciones terapéuticas y sociales, fortalecer y empoderar a la mujer y, siempre que sea posible, actuar con el acuerdo de ella.

Cuando existe un riesgo importante para ella o para sus hijos/as, en los casos de agresiones físicas, o cuando se observe disminución de la capacidad mental de la mujer o ante la sospecha en atención de urgencias en cualquiera de estos casos se debe informar a la justicia de manera inmediata. (Ante lesiones físicas se ha de informar a la justicia en menos de 24 horas.)

Comunicado de lesiones: es el que se realiza en la consulta de urgencias de manera inmediata. Notifica a las autoridades competentes las lesiones evidenciadas o altamente sospechosas de ser fruto de un acto delictivo. Consta de los datos identificativos, descripción de los hechos por el relato de la mujer «según refiere», tipo de agresión, identificación del agresor y su relación con la mujer, descripción de las lesiones (si es posible, con el mapa anatómico adjunto), situación psicológica, tratamiento y pruebas complementarias, pronóstico, derivaciones y firma.

Será necesario enviar una copia al juzgado de guardia según el protocolo del Área de Trabajo y entregar otra copia a la mujer.

Comunicado al juzgado/fiscalía: presenta la misma estructura que el comunicado de lesiones, pero detalla y es más preciso en cuanto a la situación de violencia en el tiempo, los antecedentes, el entorno familiar, las consecuencias médicas y psicológicas, las derivaciones.

Su finalidad es informar al juez o al fiscal de una situación de violencia crónica. Se enviará una copia mediante el protocolo consensuado en el ámbito de trabajo al juzgado y otra quedará en la historia de la paciente. Evidentemente, si la mujer lo desea, puede tener otra copia.

Resumen

La violencia de género es un problema de salud pública que repercute de distintas maneras en la salud de las mujeres o de sus hijos/as. El médico de familia ocupa un lugar privilegiado para la detección a partir de los indicadores de sospecha, pero para ello hay que tener en cuenta los condicionantes de salud de la población. Una vez detectada la violencia de género a través de la entrevista clínica, se realiza un abordaje biopsicosocial integral junto con la valoración del riesgo.

Después de dicha valoración, junto el registro de toda la información posible, se decide qué actuaciones se han de realizar teniendo en cuenta los recursos disponibles en el ámbito de trabajo de la AP. Dentro de estas actuaciones está la comunicación con la justicia mediante el comunicado de lesiones o el comunicado al juzgado.

Agradecimientos

A todos los componentes del Grupo de Trabajo Violencia de género y Atención Primaria de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFiC). A todos los que nos han ayudado y nos acompañan en el aprendizaje.

Lecturas recomendadas

Violencia de género y Atención Primaria de Salud: una visión desde la consulta. (ebook online) CAMFiC, 2013.

Lectura muy recomendada para el abordaje de la violencia de género en Atención Primaria. Realizada y basada en la práctica clínica diaria,

con un análisis profundo del problema, realizado por profesionales de distintas disciplinas de atención sanitaria.

Bibliografía

1. Organización de las Naciones Unidas. IV Conferencia Mundial sobre la Mujer. [Internet.] 1995. Disponible en: <http://www.onu.org/documentos/confmujer.htm>.
2. Walker L. Battered woman. New York: Harper & Row Publishers, 1979.
3. Violència de gènere i Atenció Primària de Salut: una visió des de la consulta. Grup Violència de gènere i Atenció primària de Salut. Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFiC), 2012.
4. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Macroencuesta de Violencia contra la Mujer 2015. [Internet.] Disponible en <http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaEnCifras/macroencuesta2015/Macroencuesta2015/home.htm>
5. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Área Igualdad. Violencia de Género. Información Estadística. [Internet.] Disponible en: <http://estadisticasviolenciagenero.msssi.gob.es/>
6. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género. Informes, estudios e investigación. Comisión contra la violencia de género. Comisión interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012.
7. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. World Health Organization (WHO), 2013.
8. Velasco S. Síndromes del malestar de las mujeres en atención primaria. MyS. 2005;16:11-15.
9. Ruiz-Jarabo Quemada C, Blanco Prieto P. La violencia contra las mujeres, «Prevención y detección». Cómo promover desde los servicios sanitarios relaciones autónomas, solidarias y gozosas. 1.ª edición. Madrid: Díaz de Santos, 2004.
10. Protocolo para el abordaje de la violencia machista en el ámbito de la salud en Cataluña. Documento marco. Violencia en el ámbito familiar y de la pareja. Barcelona: Departament de Salut. Generalitat de Catalunya, 2009.
11. Protocolo Andaluz para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género. Sevilla: Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Junta de Andalucía, 2015.
12. Protocolo médico-forense de valoración urgente del riesgo de violencia de género. [Internet.] Ministerio de Justicia. Disponible en: <http://www.famp.es/racs/ramlvm/NORMATIVA%20ESTATAL/DOC%2034.pdf>
13. Web de recursos de apoyo y prevención ante casos de violencia de género (WRAP). Disponible en: <http://wrap.seigualdad.gob.es/recursos/search/SearchForm.action>.
14. Reptes ètics en l'atenció a la Violència de Gènere des de l'Atenció Primària de Salut. Grups: Violència de gènere i Atenció Primària de Salut i Grup d'Ètica. Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFiC).