

ORIGINAL

Detección de violencia doméstica en atención primaria: ¿Qué sabemos de las víctimas?

Ortiz Fernández, M^a D¹, Muñoz Cobos F², Martín Carretero M^a L³, Río Ruiz, J³

¹ Residente de tercer año de MFyC. Unidad Docente de Málaga; ² Médica de Familia. Centro de Salud Puerta Blanca. Unidad Docente de MFyC de Málaga; ³ Trabajadora Social. Centro de Salud San Miguel y La Carihuela de Torremolinos. Málaga; ⁴ Trabajadora Social Centro de Salud Puerta Blanca. Málaga.

Título: detección de violencia doméstica en atención primaria: ¿qué sabemos de las víctimas?

Objetivo: Describir características personales y tipo atención sanitaria prestada a víctimas de violencia doméstica detectadas en atención primaria, comparando dos centros de salud (urbano-semiurbano).

Diseño: Descriptivo retrospectivo.

Emplazamiento: Dos centros de salud (urbano, semiurbano con servicio urgencias).

Población y muestra: Personas con constancia o sospecha de sufrir agresión física, psíquica o sexual en ámbito familiar, en registros del centro (Enero 99-Mayo 02).

Intervenciones: Variables de estudio: sociodemográficas, tipo de maltrato, características del agresor, profesional, consulta de detección del maltrato, intervenciones realizadas, principales problemas de salud, consumo de psicofármacos, patrón de uso de servicios del centro. Se comparan resultados de ambos centros mediante t-student para variables cuantitativas y X² para variables cualitativas a0.05.

Resultados: Se han detectado 92 casos, entre Urbano n=33 y Semiurbano n=59. Son mujeres (97-91.5%). En urbano: edad 46, maltrato físico 67% y psíquico 36%, se detecta en consulta médica (58%), presentan depresión (58%), ansiedad (45%), síntomas mal definidos (45%), alto consumo de psicofármacos (66.7%), 14 consultas/año, 69% hiperconsultadoras. En semiurbano: edad 37, maltrato físico (93%), se detecta en urgencias (83%) y recogen depresión y ansiedad 8%, consultas/año 4.33, 17% hiperconsultadoras, consumen psicofármacos 22%. Diferencias estadísticamente significativas en edad, tipo de maltrato, consulta en que se detecta, patología, uso de servicios y toma psicofármacos.

Conclusiones: El perfil de víctima de violencia doméstica en urbano es mujer en cuarta década, que acude a consulta a demanda, hiperconsultadora, con trastornos psíquicos y síntomas mal definidos, que toma psicofármacos y sufre agresiones físicas y psíquicas. En semiurbano mujer en tercera década, que acude al servicio de urgencias, que sufre agresiones físicas, y presenta menor frecuentación y toma de psicofármacos.

Palabras clave: Violencia Doméstica, Atención Primaria, Maltrato.

Title: detecting domestic violence in primary care: What do we know about its Victims?

Goal: To describe individual characteristics and the type of health care provided to victims of domestic violence detected at the primary care level through a comparison of two health centers (urban and suburban).

Design: Retrospective descriptive.

Setting: Two health centers (one urban, the other suburban with emergency services).

Population and Sample: Confirmed or suspected cases of individuals who suffered physical, psychological or sexual aggression within the family setting and whose records are in file in the center (January 1999-May 2002).

Interventions: Study variables: socio-demographic, type of abuse, characteristics of the aggressor, occupation, visit detecting the abuse, interventions undertaken, main health problems, use of psychopharmacologic drugs, and patterns related to use of the center's services. The results between both centers were compared by using the t-student for quantitative variables and X² for qualitative variables a0.05.

Results: 92 cases were detected between the two centers: urban n=33 and suburban n=59. They were women (97-91.5%). In the urban center: age 46, physical abuse 67% and psychological abuse 36%, detected in a visit to the doctor (58%), with symptoms of depression (58%), anxiety (45%), poorly defined symptoms (45%), elevated use of psychopharmacologic drugs (66.7%), 14 visits/year, 69% with a high frequency of visits. In the suburban center: age 37, physical abuse (93%), detected in the emergency room (83%), with symptoms of depression and anxiety 8%, 4.33 visits/year, 17% with a high frequency of visits, and 22% use psychopharmacologic drugs. Statistically significant differences existed in age, type of abuse, type of visit where the problem was detected, pathology, degree of service use, and use of psychopharmacologic drugs.

Conclusions: In the urban center, the profile that emerges for victims of domestic violence is that of a woman in her forties who requests an appointment with her doctor, has a high degree of visits, suffers from psychological problems, has symptoms that are poorly defined, uses psychopharmacologic drugs, and suffers from both physical and psychological forms of aggression. In the suburban center, it is that of a woman in her thirties who uses emergency room services, suffers from physical aggression, has a lower degree of visits and uses psychopharmacologic drugs.

Key words: Domestic violence, primary care, abuse.

Correspondencia: M.^a Dolores Ortiz Fernández / Paseo Marítimo Ciudad de Melilla, 25, 13-A. 29016 - Málaga. Telf. 952 214821, 699290928.
E-mail: franciscam@supercable.es

Recibido el 01-07-2003; aceptado para publicación el 09-03-2004.

Medicina de Familia (And) 2004; 2: 12-19

Introducción

Para la Organización de Naciones Unidas la Violencia doméstica causa tantas víctimas mortales y minusvalías en mujeres en edad fértil como el cáncer y más que los accidentes de tráfico y la malaria juntos. La frecuencia del maltrato es comparable a la de enfermedades tan frecuentes como la hipertensión o el cáncer de mama (1).

Supone un problema socio sanitario de enorme trascendencia por el daño y la extensión que produce en sus víctimas, tanto física como psíquicamente (2) y las secuelas a largo plazo (3).

A pesar de la intensidad y de la frecuencia con la que se producen los actos violentos, la duración de la relación es de más de 10 años por término medio hasta conocerse. Además en muchas ocasiones han intentado romper la relación con anterioridad sin conseguirlo (4).

La comprensión de éste fenómeno está vinculada al desequilibrio en las relaciones de poder entre los sexos en los ámbitos social, económico, religioso y político, pese a las legislaciones nacionales e internacionales a favor de la igualdad (5) y en la aceptación de la violencia como forma de resolución de conflictos (6). Se ha postulado un modelo explicativo denominado Ciclo de la Violencia (7) (8) en que se suceden de forma circular las fases: generación de la tensión-explosión violenta-luna de miel. En los mecanismos psicológicos que propician su mantenimiento están la teoría de la Indefensión Aprendida y se ha llegado a comparar con el Síndrome de Estocolmo (9).

El modo de presentarse podrá ser distinto según la forma y patrón de periodicidad e intensidad (violencia aislada-reiterada-progresiva-desatada)(7) y el grado de reconocimiento de la mujer, que parece atenerse a las etapas del cambio psicológico propuestas por Protchaska (Precontemplación-Contemplación-Preparación-Acción) (10). Básicamente podremos encontrarnos con casos explícitamente denunciados y con casos ocultos en los que la sintomatología es vaga y distante al momento de ocurrir los hechos presentándose como signos y síntomas mal definidos (mecanismo de rabia desplazada), cuadros de ansiedad y depresión o aplanamiento emocional (11). El diagnóstico depende de un alto índice de sospecha (10) y la detección es fundamental para el pronóstico (12). Las formas de presentación y la propia actitud de la paciente dificulta la relación médico-paciente hasta el punto de ser consideradas pacientes-problema (13).

Las víctimas de maltrato son pacientes de nuestros centros de salud y el ámbito de la atención primaria, por sus características de integridad y continuidad, es un marco idóneo para su detección y abordaje (14) (15) para lo cual, dadas las dificultades diagnósticas, es importante establecer perfiles que nos permitan conocer mejor las

distintas formas de presentación. La intervención del médico de familia se extiende a la sospecha, detección, atención al caso agudo y prevención primaria, secundaria y terciaria (16).

El objetivo del presente estudio, es conocer las características personales y el tipo de atención sanitaria prestada a víctimas de violencia doméstica detectadas en atención primaria, comparando los perfiles de estas pacientes atendidas en un centro de salud urbano y otro semiurbano.

Material y métodos

El ámbito del estudio han sido dos centros de salud (CS), uno urbano con una población joven de nivel socioeconómico medio de 24.000 habitantes, y otro semiurbano situado en un pueblo costero más turístico con mucha población flotante en los meses de verano y con un servicio de urgencias de 24 horas.

El diseño de este estudio es descriptivo retrospectivo recogiendo todos los datos registrados entre Enero 1999 y Mayo 2002.

Los sujetos de estudio son personas con constancia o sospecha de sufrir agresión física, psíquica o sexual en el ámbito familiar, en registros del centro de salud.

Se ha realizado una estrategia de búsqueda activa de casos utilizando diversas fuentes:

1ª Partes al Juzgado (SAS) (17): existe un archivo específico por el procedimiento de trámite de estos partes (queda copia en el centro de salud).

2ª Registro de la Trabajadora Social: las trabajadoras sociales de los centros de salud utilizan la historia clínica informatizada y registros propios en los que constan casos registrados de violencia doméstica.

3ª Conocimiento de casos por los médicos de familia: registrados en la historia clínica pero "captados" o incluidos en el estudio por información directa de los profesionales, al no existir un "icono" o programa específico que permitiera su extracción directamente de registros informatizados.

Todas estas fuentes se han cruzado para evitar la repetición de casos.

Las variables recogidas se exponen en la tabla 1.

Las variables referidas a las intervenciones a realizar (parte al juzgado, derivación a la trabajadora social, información sobre teléfonos de emergencia y gestión casas de Acogida) hacen referencia a las indicaciones de la Guía de atención a víctimas de maltrato del Distrito Sanitario al que pertenecen los centros de salud incluidos (18).

Las fuentes de datos para recogida de variables han sido los Partes al Juzgado y las Historias Clínicas informatizadas (sistema de Tarjetas Sanitarias Adscritas a la Seguridad Social -TASS).

Se presentan y analizan diferencias entre ambos centros mediante Chi cuadrado para variables cualitativas y T- Student para variables cuantitativas, para un nivel de confianza del 95%

Resultados

El número total de casos encontrados ha sido de 92, 33 en el Urbano, y 59 en el semiurbano.

Es común en ambos centros el sexo (97% ámbito urbano y 91.5% semiurbano), el reconocimiento del maltrato por parte de la víctima (85% y 83% respectivamente) (Tabla 2) y parentesco con el agresor: pareja (89% y 80%) (Gráfico 1).

La edad media de las víctimas (Gráfico 2) es 46 años en el centro de salud urbano (desviación estándar (DS) 14, mediana 47, moda 38 años, con curva desplazada a la

Tabla 1. Variables de estudio

TIPO DE VARIABLES	
Sociodemográficas	Edad Sexo
Tipo de maltrato	- Reconocido (por la víctima)/Sospechado (por el profesional). - Tipo: Físico/Psíquico (aislado)/Sexual
Características del agresor	- Parentesco: Pareja/Hijo/Padre. - Abuso de alcohol.
Atención a la agresión aguda	- Derivación hospitalaria - Parte al juzgado
Consulta de detección del maltrato	Urgencias Trabajadora Social Consulta médica Enfermería
Intervenciones realizadas	Teléfono de emergencia Información de los recursos Se deriva a la Trabajadora Social Gestión de Casa de Acogida
Principales Problemas de salud CIAP-2 (11)	Depresión (P76, P03) Caídas (A29) Síntomas mal definidos (A01,A04,A05) Fracturas (L72, L73, L74, L75, L76, R76) Ansiedad (P74, P01) Ideas suicidas (P77)
Consumo de Fármacos (28)	Antidepresivos (N06A) Ansiolíticos (N05B) Hipnóticos (N05C) Neurolépticos (N05A)
Patrón de uso de servicios del centro	Inclusión en programas: Riesgo Cardiovascular, Planificación Familiar, Control de Embarazo. Número de consultas / año. Hiperconsultadoras (> 8 consultas / año anterior a detección)

Tabla 2. Comparación de variables sociodemográficas y de atención sanitaria

	CS Urbano n=33	CS Semiurbano n=59	p
Mujer	97%	91.5%	0.310
Edad	46.2	37.9	0.001*
Reconocido/ sospechado	85%-12%	83%-17%	0.34
Parte al Juzgado	66.7%	88.1%	0.012*
Lugar detección	Consulta médica 57%	Urgencias 83%	0.000001*
Información teléfonos emergencia	45.45%	5%	0.00001*
Valoración trabajadora social	60.6%	22%	0.00016*
Derivación Hospitalaria	21.2%	10.2%	0.1596
Toma de Psicofármacos	66.7%	22%	0.000*
Media consultas/año	13.9	4.3	0.0001*
Hiperconsultadoras	69%	16.8%	0.0001*
Inclusión en Programas del CS	45.5%	23.7%	0.08

Gráfico 1. Parentesco con el agresor

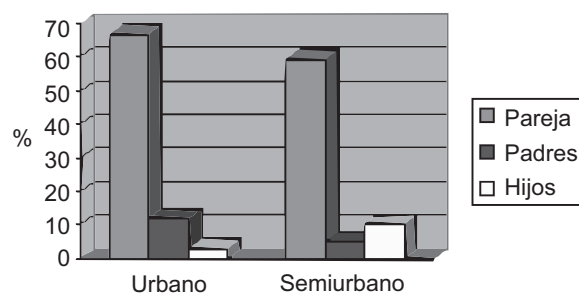
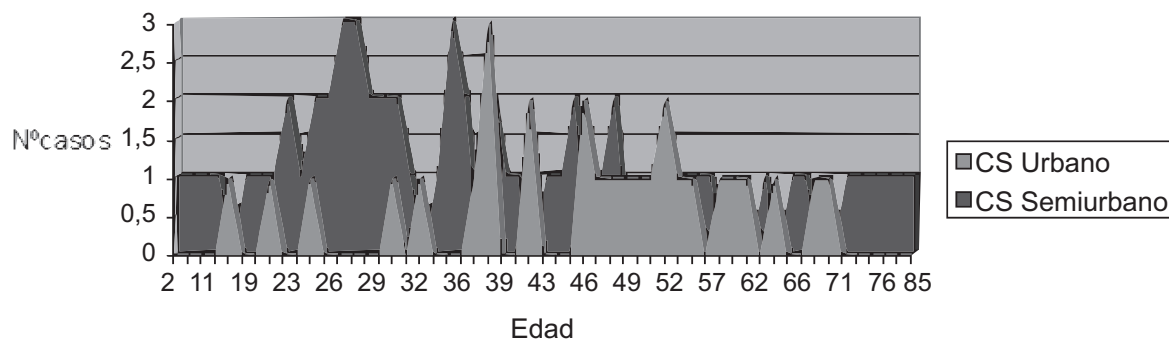


Gráfico 2. Distribución por edad



derecha (edades medias): 14% de menores de 30 años y 11% mayores de 65 años. En el centro de salud semiurbano la edad media es 38 años (DS 19.6, mediana 34.5 y moda 26), mostrando una curva de distribución de frecuencias desplazada a la izquierda (edades jóvenes: 46.4% menores de 30 años y 14.4% mayores de 65 años). Esta diferencia en la distribución de edad de las víctimas es estadísticamente significativa ($p < 0.001$).

Los casos de maltrato registrados son reconocidos por la víctima en 28 casos (84.8%) del ámbito urbano y en 49 (83%) del semiurbano; el resto fueron sospechados por el profesional, no existiendo diferencias significativas entre ambos grupos.

El tipo de maltrato fue mayoritariamente físico en ambos grupos pero significativamente mayor en el centro con servicio de urgencias (66.7% ámbito urbano, 93% semiurbano), al contrario, en el medio urbano se declaran más casos de maltrato exclusivamente psicológico (12, 36%), las agresiones sexuales se declaran en 11 casos en total, sin diferencias entre ambos grupos (Gráfico 3).

Respecto al lugar de detección del maltrato, en el centro de salud urbano se realiza mayoritariamente en la consulta médica (57.6%) y en el semiurbano en urgencias

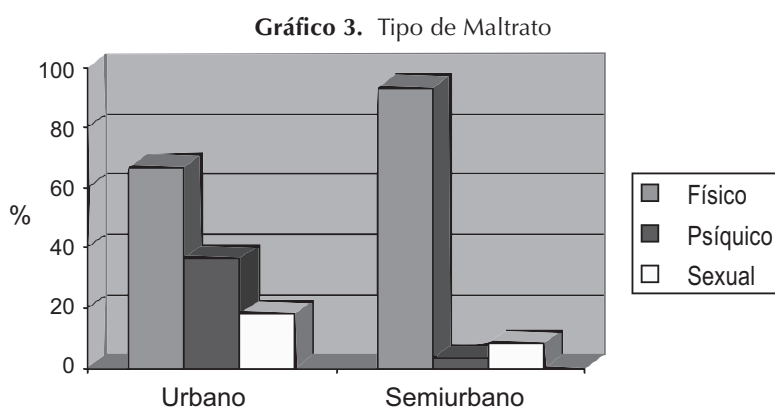
(83%). La detección por otros profesionales es minoritaria (4 casos trabajadora social en centro de salud semiurbano y 4 casos enfermería entre ambos centros).

La atención que se presta a la víctima incluye la realización de parte al juzgado en el 66.7% de casos en el ámbito urbano y en el 88% del semiurbano, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.05$). Se derivan a la trabajadora social el 60% de víctimas del ámbito urbano y sólo el 22% del semiurbano ($p < 0.001$), se informa de teléfonos de emergencia en mayor medida a las mujeres atendidas en el centro urbano (45.5% frente a 5%), requieren derivación hospitalaria el 21.2% y 10.2% respectivamente, sin diferencias significativas) y se gestiona Casa de Acogida a 4 mujeres en total Sólo en el 24% de casos queda constancia de información de recursos de apoyo a las víctimas, sin diferencias entre ambos (Tabla 2).

Los problemas de salud más frecuentes recogidos en la historia clínica se reflejan en la Tabla 3, destacando la depresión 57.6% urbano, 8.5% semiurbano) y ansiedad (45.5% y 6.7% respectivamente) y los síntomas mal definidos (45.5% y 12%), con mayor presencia en las víctimas del centro urbano ($p < 0.001$). Las fracturas (21% y

Tabla 3. Principales problemas de Salud

	Urbano n=33	Semiurbano N=59	p
Depresión P76, P03	19	5	0.000001*
Síntomas mal definidos A01,A04,A05	15	7	0.0011*
Ansiedad P74, P01	15	4	0.00006*
Caídas A29	7	4	0.076*
Fracturas L72, L73, L74, L75, L76, R76	7	2	0.0172*
Ideas suicidas P77	6	1	0.0114*



3.4%) y la ideación suicida (18.2% y 1.7%) también son más prevalentes en el grupo atendido en el ámbito urbano ($p < 0.05$). Las caídas se registran en 11 casos en total, sin diferencias entre grupos. El consumo habitual de psicofármacos (Tabla 4) es más prevalente en el centro de salud urbano en el que toman antidepresivos el 54.5% de las víctimas, ansiolíticos el 51.5%, hipnóticos el 30.3% y neurolepticos el 9%, existiendo significación estadística en la diferencia del consumo de estos grupos de fármacos en el centro de salud urbano, en el que el más frecuente son los ansiolíticos en el 17% de casos.

En cuanto al uso de servicios sanitarios, la media de visitas / año es 13.96 (desviación estándar 13.05) en el ámbito urbano frente a 4.33 (desviación estándar 5.32) en el semiurbano (Gráfica 4). El porcentaje de hiperconsultadoras es del 69% en el primer caso y del 16.8 % en el segundo, con significación estadística de las diferencias ($p < 0.0001$). Se ha evaluado la inclusión en los programas del centro de salud con resultado de existir una diferencia relevante (45.5% de casos en centro urbano frente a 23.7% en semiurbano) aunque no estadísticamente significativo.

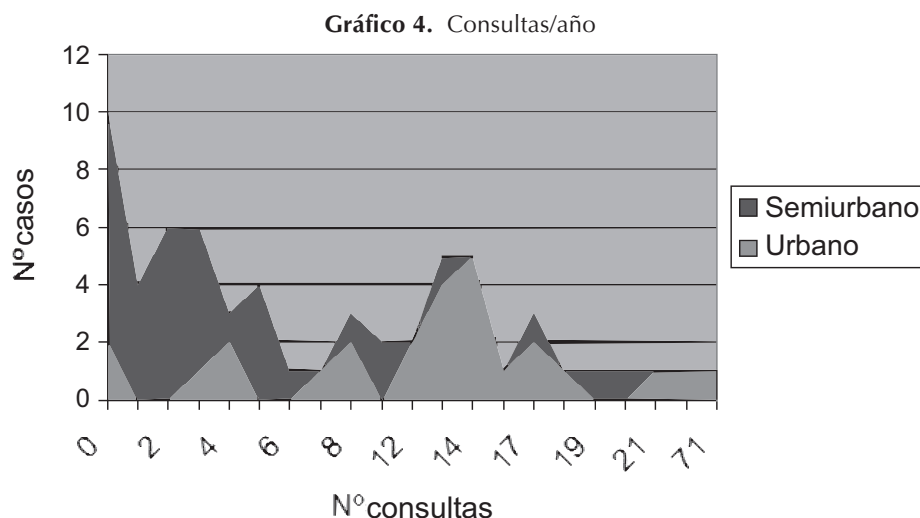
Discusión

Existen claras diferencias en el perfil de víctimas de malos tratos en los centros de salud comparados que acuden en ámbito urbano a consulta médica, frente a las víctimas atendidas en medio semiurbano, que acuden a urgencias. Se sabe que se está produciendo un cambio en la edad de las mujeres que deciden romper con la relación violenta y es que son más jóvenes, más independiente económicamente y la duración del maltrato es menor (19). La mujer joven, consulta en el caso puntual de la agresión y se detecta en urgencias, y con respecto a las intervenciones realizadas por el médico destaca la mayor cumplimentación del parte al juzgado pero la menor información sobre teléfonos de emergencia y valoración por la trabajadora social, lo cual puede ponerse en relación con las características de la atención urgente; el maltrato suele ser físico. Este perfil es concordante con algunos estudios realizados en ámbito rural (agresiones físicas, realización del parte) (14) y en mujeres en Casas de Acogida (20) (21) (22).

También hay que resaltar que existe otro perfil diferenciado de mujer víctima de malos tratos, que es el que se pre-

Tabla 4. Tipo de psicofármacos consumidos

	Urbano N=33	Semiurbano n=59	p
Antidepresivo N06A	18	8	0.00028*
Ansiolítico N05B	17	10	0.0012*
Hipnótico N05C	10	2	0.00035*
Antipsicótico N05A	3	0	0.0011*



senta en el ámbito urbano, se detecta en el contexto de la consulta médica (en el marco de la continuidad asistencial y la confianza), hiperconsultadora, de edad media, con síntomas de la esfera psicológica y síntomas mal definidos y que toma psicofármacos. Este no es sino el perfil típico de mujer que acude al centro de salud cotidianamente (23) (24), por lo que no hay ninguna característica diferenciadora. Esto significa la necesidad de adoptar una postura activa respecto a la detección del maltrato, considerando además que en muchos casos se tratará de maltrato psicológico exclusivo (25). La mayor presencia de clínica ansiosa y depresiva y consumo de psicofármacos ha de relacionarse con el síndrome de maltrato y debe considerarse para la atención posterior a estas pacientes (26).

Dada la prevalencia del problema, se han detectado un bajo número de casos, para el tiempo de estudio (93 casos en dos años y medio). Se han cometido varios posibles sesgos sistemáticos entre los que destacamos, los de selección ya que nuestros casos proceden de registros de partes al juzgado y registros propios. A su vez esto influencia a otras variables como el porcentaje de partes, el lugar y el profesional de la detección, pero al tratarse de un primer estudio descriptivo pensamos que este sesgo va a contribuir a mejorar el registro. También existe un sesgo de información relevante en el caso de las mujeres atendidas en urgencias en el centro de salud semiurbano, ya que al tratarse de mujeres más jóvenes, con menos patología y que consultan menos, también existen menos registro en sus historias clínicas.

Un aspecto a mejorar sería el registro en la historia clínica para lo que podría utilizarse el código Z25 de la CIAP-2 (Clasificación Internacional de la Atención Primaria (27) para maltrato físico del cónyuge o el hijo, Z12 para el psíquico al cónyuge y Z16 para el psíquico al hijo.

Los resultados de nuestro estudio nos llevan a dos aplicaciones prácticas:

1) La coincidencia del perfil de víctima de violencia doméstica en los centros urbanos y de la "usuaria tipo" de los centros de salud. Nos llevaría a pensar en la dificultad para detectar esta situación y en la necesidad de incluir en el diagnóstico diferencial de la patología frecuente en mujeres de edad media (alta prevalencia de síntomas mal definidos) el síndrome de maltrato, evitando el sesgo de género de no considerar o minimizar la importancia de las quejas de salud que presentan las pacientes de este perfil.

2) La existencia de diferencias en el perfil de estas pacientes entre centros de salud urbano y semiurbano, aún de núcleos de población cercanos, nos lleva a considerar que no podemos aplicar intervenciones universales a las mujeres con este problema. Habría que profundizar en

el análisis de las diferencias para determinar hasta qué punto son determinantes de éstas el medio (urbano-semiurbano), el tipo de asistencia (urgente-no urgente) y factores de edad y patología. En el caso de mujeres de mayor edad el síndrome de malos tratos y sus consecuencias psicológicas (indefensión aprendida, dependencia) y sociales (aislamiento, falta de apoyo social) están mucho más arraigadas y, por tanto, requerirán un tratamiento más complejo e integral, que no consista sólo en la toma de psicofármacos. En el caso de mujeres en centro semiurbano se debe considerar prioritariamente el riesgo físico inmediato.

Podemos concluir que parecen coexistir dos perfiles de víctima de violencia doméstica atendida en centros de atención primaria: la que acude a consulta a demanda que es una mujer de edad media, hiperconsultadora, con trastornos psíquicos y síntomas mal definidos, que toma psicofármacos y sufre agresiones físicas y psicológicas; y la que acude al servicio de urgencias que es una mujer más joven que consulta por el caso puntual de la agresión física, con menor presencia de enfermedad y tratamiento psiquiátrico y menor número de consultas.

Bibliografía

1. Protocolo sanitario ante los malos tratos domésticos. Consejo interterritorial sistema nacional de salud. Plan de actuación contra la violencia doméstica 1998-2000. Madrid: Ministerio de asuntos sociales. Instituto de la mujer; 1999.
2. Suárez Rodríguez T, Mullor Abad A. Violencia psicológica: la parte sumergida del iceberg. *Medifam* 1998; 8: 34-42.
3. Campbell L. Health consequences of intimate partner violence. *Lancet* 2002; 359: 1331-1336.
4. Sarasúa B, Zubizarreta I. Violencia en la pareja. Málaga: Ed. Aljibe; 2000. p. 31-41.
5. Ferrer E. Violencia contra las mujeres: movilización general (I). *JANO* 2001; 61: 93-94.
6. Jewkes R. Intimate partner violence: causes and prevention. *Lancet* 2002; 359:1423-1429.
7. Cobo Plana JA. Manual de actuación sanitaria, policial, legal y social frente a la violencia doméstica. Guión de actuación y formulario. Barcelona: Ed. Masson; 1999.
8. Domingo F. La violencia intrafamiliar. *FMC* 2000; 7: 205-208.
9. Jiménez C, Lorente M, Perlado del Campo P, Rodríguez M. Instituto Andaluz de la Mujer. Violencia contra las Mujeres. Ámbito sanitario. Sevilla: Ed. Instituto Andaluz de la Mujer; 1999.
10. Tullia J, Diva V. Del laberinto a la luz. El proceso de cambio que viven las mujeres en una experiencia conyugal violenta. *Index de Enfermería* 2000; 30: 12-16.
11. Violencia contra las mujeres. 1ª edición. Sevilla: Instituto Andaluz de la Mujer; 1999. p. 29-43.
12. Carmona LI, Jiménez ML. Malos tratos en mujeres. *JANO* 2000; 58: 61-63.
13. Voces D, Real MA, Barajas MA. Atención a la mujer maltratada. *FMC* 1999; 6: 87-92.
14. Morales MJ, Vargas EJ, García A, Gil J, Parra JC, Borrás A. Análisis de las mujeres víctimas de malos tratos atendidas en una Zona Básica de Salud. *Medicina General* 2001; 34: 421-422.
15. Casasa Plana A. Violencia conyugal, importancia desde el punto de vista médico. *Aten Primaria* 1997; 19: 276-279.
16. Fernández MC, Herrero S, Buitrago F, Ciurana R, Chocron L, García J et al. Violencia en la pareja: papel del médico de familia. *Aten Primaria* 2003; 32: 425-433.



17. Abarrategui A, Cáliz R, Gutiérrez P, Moreno A, Pereiro R, Sepúlveda MA et al. Atención sanitaria a mujeres víctimas de malos tratos. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud. Plan Estratégico; 2001.
18. Comisión técnica sobre Maltrato y Abusos sexuales. Guía de Actuación en malos tratos y agresiones sexuales. Málaga: Distrito Sanitario Málaga; 2000.
19. Escudero M. Violencia de género en Andalucía. Index de Enfermería, 2000; 30: 9-11.
20. Martín ML, Muñoz F, Blanca F. Atención sociosanitaria a mujeres maltratadas residentes en una Casa de Acogida. Centro de Salud 2000; 8: 37-40.
21. Sotomayor E. La violencia contra las mujeres. Estudio sobre la situación y características de las mujeres en los centros de acogida. Sevilla: Instituto Andaluz de la Mujer; 2001.
22. Muñoz F, Martín ML, Vivancos D, Blanca F, Rodríguez T, Ruiz M. Mejora de la atención prestada a víctimas de violencia doméstica. Impacto de una intervención priorizada. Aten Primaria 2001; 28: 241-248.
23. Llorente Álvarez S, López Ruiz T, García Lavandera LJ, Alonso Fernández M, Alonso Arias P, Muñoz Baragaño P. Perfil de hiperfrecuentador de un centro de salud. Aten Primaria 1996; 17: 100-106.
24. Ruiz MT, Ronda E. Atención sanitaria según el sexo de los pacientes. Med Clin (Barc) 1994; 103:537-538.
25. Baker NJ, Mersy DJ, Tuteur JM, Cline JM. La violencia en la familia. Monografía. AAFP (Versión española) Home Study Self Assessment. Barcelona; 1996.
26. Jiménez C, Lorente M, Perlado P, Rodríguez M. Violencia contra las mujeres ámbito sanitario. Sevilla: Instituto Andaluz de la Mujer; 1999.
27. Clasificación Internacional de la Atención Primaria CIAP-2. Comité Internacional de Clasificación de la Wonca. 2^a edición. Barcelona: Ed. Masson; 1999. p. 172-177.
28. Clasificación Anatómica de Medicamentos. Anexo IV. Informe sobre indicadores cualitativos de la prescripción de medicamentos. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1994.