

Violencia Doméstica en Mujeres con Patología Mental Ambulatoria¹

Domestic Abuse Against Women Suffering From Ambulatory Mental Disease

Estela Arcos G²
Dra. Paola Ritter Arcos³
Cristian Gutiérrez Rojas⁴

Resumen

Introducción: Se reconoce la violencia doméstica (VD) contra la mujer como uno de los factores desencadenantes de trastornos biomédicos, psicológicos y sociales. Estudios realizados en Chile han reportado que mujeres que viven en un estado de agresión mantenida presentan síntomas como tensión y angustia, depresión, insomnio y pérdida de concentración.

Objetivos, Materiales y Métodos: Un estudio observacional de tipo transversal fue realizado para dimensionar la magnitud de violencia doméstica en mujeres con patología mental ambulatoria, contextualizar sus características-consecuencias y probar la eficiencia de un sistema de tamizaje. Población sujeta fueron 59 mujeres controladas por depresión y/o trastorno ansioso en Programa de Salud Mental (PSM) del Consultorio Rural de San José de la Mariquina.

Resultados: Nueve de cada diez mujeres con depresión y/o trastorno ansioso reconocen episodios de violencia doméstica (86,4%), hallazgo que confirma el fuerte impacto de VD en el campo de la salud pública, salud mental y de derechos humanos. También se presentan especificidades del tipo de violencia (específicamente violencia de género), intensidad y zonas corporales de maltrato, junto con la descripción de variables más asociadas a estados depresivos y ansiosos. Se reafirma la evidencia que VD se hace visible cuando se utilizan sistemas de tamizaje específicos. La prevalencia de violencia doméstica fue 1,5 veces más alta a la detectada por los sistemas vigentes del PSM y, 2,7 veces mayor a la identificada por el equipo de salud del consultorio.

Conclusiones: La magnitud de VD en mujeres con depresión y/o trastorno ansioso hace perentorio profundizar en la diversidad de contextos de violencia doméstica para, posteriormente emprender intervenciones interdisciplinarias con pertinencia.

Palabras clave: Salud mental, mujer, género, violencia doméstica, depresión y trastorno ansioso

¹ Programa de Salud Mental, Consultorio de Salud Rural, Ilustre Municipalidad San José de la Mariquina

² Profesora Titular, Instituto de Enfermería Materna, Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile.

³ Médico Jefe del Programa de Salud Mental, Consultorio de Salud Rural, Ilustre Municipalidad San José de la Mariquina, hasta el 31 de marzo del 2005

⁴ Tesista Escuela de Obstetricia y Puericultura, Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile

Abstract

Introduction: Domestic violence (DV) against women is recognized as one of the factors that triggers biomedical, psychological and social disorders. Studies carried out in Chile, have reported that women who live under sustained aggression present symptoms such as tension and distress, depression, insomnia and loss of concentration.

Objectives, material and methods: An observational study of transverse type was carried out to measure VD in women with mental ambulatory pathology, to determine its characteristics-consequences and to prove the efficiency of a screening system. 59 women were controlled for depression and/or anxious disorder through the Mental Health Programme (MHP) at the Rural Health Center of San José de la Mariquina.

Results: Nine out of every ten women with depression and/or anxious disorders recognized episodes of DV (86.4 %), a finding that confirms the link between DV and mental ambulatory morbidity. Also, the type of violence (specifically gender violence), intensity and corporal zones of maltreatment appear together with the description of variables mostly associated with depressive and anxious disorders. These findings confirmed that DV becomes visible when specific screening test are in use. Prevalence of DV was 1.5 times higher than that detected by the systems of the MHP and, twice higher than the one identified by the staff of the health center.

Conclusion: The magnitude of DV in women with depression and/or anxious disorder makes it urgent to deepen in the diversity of contexts of domestic violence, so as to undertake interdisciplinary interventions.

Key words: Mental health, woman, gender, domestic violence, depression and anxious disorder

INTRODUCCIÓN

La depresión y ansiedad son problemas de primera importancia en centros del nivel primario en salud, por su prevalencia y alto impacto psicosocial (1, 2). En la literatura científica existen evidencias de que una proporción importante de la depresión y ansiedad tienen como sustrato factores relacionados con la cultura, pobreza, la edad, los conflictos y desastres, las enfermedades físicas graves, el género (3), el entorno sociofamiliar disfuncional (1, 4) y experiencias de violencia doméstica (5).

Por lo general, el término "violencia intrafamiliar" se utiliza para referirse a títulos de leyes o programas oficiales (6) y, el de violencia doméstica para referirse al maltrato a las mujeres que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer (7). En el ámbito sociofamiliar los hechos de violencia doméstica se presentan con diferencias de género (8), tal como

ocurre con los trastornos mentales más frecuentes (9, 10). La violencia doméstica de género es un problema endémico que afecta la salud y dignidad de la mujer, porque constituye una violación de los derechos y libertades fundamentales de la mujer y menoscaba o anula su disfrute de estos derechos y libertades (6). La comisión de derechos humanos define la "violencia contra la mujer" como todo acto de violencia basado en el género que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico, tanto si se producen en la vida pública como en la privada (8, 11).

Por estos antecedentes, el equipo de salud incorporó a su agenda de trabajo el estudio de violencia doméstica en mujeres controladas por depresión y/o trastorno ansioso en el programa de salud mental (PSM) del Consultorio Rural de la ciudad de San José de la Mariquina. Los objetivos

fueron dimensionar la incidencia violencia doméstica <enfermedad silenciosa (12)> en mujeres con patología mental ambulatoria, contextualizar sus características-consecuencias y probar la eficiencia de un sistema de tamizaje específico.

METODOLOGÍA

Un estudio observacional de tipo transversal fue llevado a cabo en 59 mujeres con depresión y/o trastorno ansioso, prevalencia del período enero a junio 2004 del PSM del Consultorio de Salud Rural. San José de la Mariquina es una comuna de la provincia de Valdivia, X región de Los Lagos. Las variables en estudio fueron: <Violencia doméstica> que alude a todas las formas de abuso contra la mujer que tienen lugar en las relaciones entre quienes sostienen o han sostenido un vínculo afectivo relativamente estable e, incluye cualquier acción o conducta de abuso o maltrato por parte de la pareja (novio, esposo o concubino) actual o anterior y/o otra persona (13). <Violencia doméstica emocional> abuso o maltrato con conductas coercitivas, intimidación verbal, humillación e insultada verbalmente. <Violencia doméstica física>: abuso o maltrato con agresión física con golpes de pies y puños, empujones, lesiones o contusiones, quemaduras y cortes. <Violencia doméstica física remota> abuso o agresión física con golpes de pies y puños, empujones, lesiones o contusiones, quemaduras y cortes, anterior al último año. <Violencia doméstica física actual>: abuso o agresión física con golpes de pies y puños, empujones, lesiones o contusiones, quemaduras y cortes en el último año. <Violencia doméstica durante el embarazo> abuso o maltrato de cualquier tipo, con patrón repetitivo de la pareja (novio, esposo o concubino) actual o anterior y/o otra persona durante la gestación. La intensidad *violencia doméstica* fue clasificada en tres categorías: *leve*: actos de abuso o maltrato que incluyan amenazas de abuso con cachetadas, empujones sin causar lesiones y/o dolor duradero; *moderada*: actos de abuso o maltrato que incluyan golpes de manos y/o pies, contusiones, cortes que causen dolor duradero, zamarrear, contusiones severas, quemaduras y fracturas y, *severa*: actos de abuso o maltrato que

incluyan lesiones internas y/o permanentes. También se consideró *áreas de agresión* (zona corporal en donde es agredida habitualmente en primera, segunda y tercera instancia).

Los criterios médicos utilizados en el diagnóstico de depresión fueron que los síntomas debían tener una duración de por lo menos dos semanas, no ser atribuibles al uso de sustancias psicoactivas o a otro trastorno mental orgánico. Que ocurrió en ausencia de síntomas maníacos y los episodios eufóricos concomitantes o de la historia personal del paciente orientaron el diagnóstico hacia un trastorno bipolar (antes llamado maníaco-depresivo). Se incluyó el <trastorno ansioso> como expresión de trastorno del estado del ánimo con *tristeza, falta de motivación, desgano, desesperanza, baja reactividad frente a hechos agradables o desagradables, pérdida de interés y placer, disminución de la capacidad de disfrutar, sensación de vacío, sensación de pérdida de sentimientos, apatía, tensión, ansiedad o irritabilidad* (10). Se incluyeron variables adicionales como: <ejercicio del poder en la pareja> (capacidad potencial de una persona O de inducir a otra persona P hacia, o contra, un movimiento o cambio en una dirección dada, dentro de una zona de conducta dada, en un tiempo dado (13); nivel socioeconómico (15), edad, estado civil, tiempo de unión de pareja, escolaridad, religión, procedencia, previsión, trabajo remunerado, número de hijos y tamaño de la familia, consulta en el nivel primario de salud en el último año, índice de masa corporal y, antecedentes de la pareja (edad, estado civil, escolaridad, actividad, religión, procedencia y previsión).

Para la detección de *violencia doméstica* se usó el instrumento de tamizaje elaborado por McFarlane J. (16), y validado por Norton (17) que contiene 5 preguntas relacionadas con tipo de violencia (física y/o emocional), historia de violencia remota y actual, violencia durante el embarazo y persona agresora para el último año y durante el embarazo.

Cada mujer fue informada sobre los objetivos del estudio, garantizando privacidad, confidencialidad, anonimato y libertad de decidir su participación. Todas

las mujeres dieron su consentimiento informado. La información fue recolectada en dos fases: una entrevista realizada por médico jefe del PSM quién aplicó test de tamizaje de violencia doméstica y, la segunda fase, por estudiante tesista que recolectó información de variables adicionales. Las entrevistas se realizaron en dependencias del consultorio en una relación cara a cara. Para el análisis de los datos se usaron estadísticas descriptivas de frecuencia absoluta, relativa y relativa ajustada, estadísticas de posición y dispersión según el tipo de variable. La significancia estadística de diferencias entre los grupos se determinó mediante el test de Student para grupos, ji cuadrado para comparar diferencias de proporción y análisis de independencia. Se calcularon riesgos relativos a un nivel de confianza del 95%. Se consideró estadísticamente significativo un $p < 0,05$.

RESULTADOS

Magnitud, tipo e intensidad de violencia doméstica: Nueve de cada diez mujeres con depresión y o trastorno ansioso (86,4%) reconocieron experiencias de violencia doméstica (VD), con cifras similares en mujeres con depresión (88,4%) y en mujeres con trastornos ansiosos (81,3%). La violencia emocional fue la más prevalente (83,1%). Una de cada 2 mujeres reconoció maltrato físico remoto, 1 de cada cuatro reportó VD en el último año y una de cada tres fue maltratada durante sus embarazos. No hubo diferencias significativas según patología mental en control en el PSM. $p \geq 0,05$, (Tabla 1).

Tabla 1. Prevalencia de la violencia doméstica y tipos de violencia en 59 mujeres con trastornos depresivos y/o ansiosos. Consultorio "San José de la Mariquina". 2004.

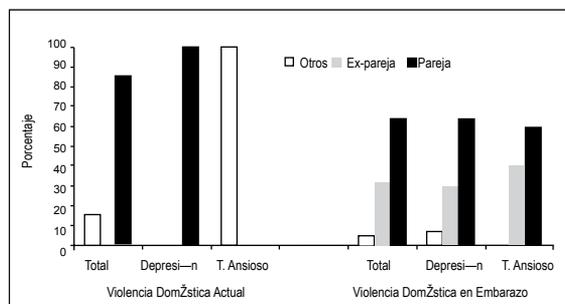
Prevalencia	Total		Mujeres con Depresión		Mujeres con T. Ansiosos	
	N=59	%	N=43	%	N=16	%
Violencia doméstica	51	86,4	38	88,4	13	81,3
Violencia física remota	34	57,6	26	60,5	8	50,0
Violencia emocional	49	83,1	36	83,7	13	81,3
Violencia física actual (último año)	13	22,0	11	25,6	2	12,5
Violencia física en embarazos	18	32,1	13	32,5	5	31,3

Tabla 2. Prevalencia de violencia doméstica, por autoreporte, por sistemas de detección vigente y por aplicación de test de tamizaje, en 59 mujeres con trastornos depresivos y/o ansiosos. Consultorio "San José de la Mariquina". 2004.

Prevalencia	Autoreporte		Sistemas vigentes		Test de tamizaje	
	N=59	%	N=59	%	N=16	%
Con violencia doméstica	19	32,2	29	49,2	51	86,4
Sin violencia	40	67,8	30	50,8	8	13,6

La violencia doméstica actual y en períodos de embarazo corresponde a violencia de género, porque la pareja y/o ex pareja fueron referidas más frecuentemente como agresoras, especialmente, en mujeres controladas por depresión, (gráfico 1). Similar comportamiento presenta la violencia durante el embarazo. Respecto al perfil del agresor corresponde a hombres entre 27 y 44 años, con baja escolaridad (básica incompleta 36,4%. y media incompleta 27,3%), obrero (72,7%), con sistema previsional (90,9%) y que profesa algún tipo de religión (81,8%).

Gráfico 1. Persona que reconocen como agresora en casos de violencia doméstica actual y en periodos de embarazo, según morbilidad de control en Programa Salud Mental. Consultorio San José de la Mariquina, enero-junio 2004.

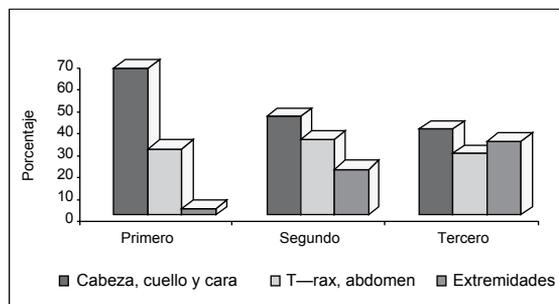


Moderada fue la intensidad de VD ocasionada a 1 de cada 2 mujeres con experiencias de violencia física remota y actual (58,8%), seguido por intensidad severa y/o leve en igual proporción, no hubo diferencias significativas según patología mental, (tabla 3). Cabeza, cara y cuello, seguida por tórax - abdomen y extremidades fueron las tres zonas corporales donde fue agredida con mayor severidad y en orden de frecuencia para cada caso, (gráfico 2).

Tabla 3. Intensidad de violencia física remota y/o actual en mujeres atendidas en el Programa de Salud Mental, según morbilidad. Programa Salud Mental, Consultorio “San José de la Mariquina”, enero – junio 2004.

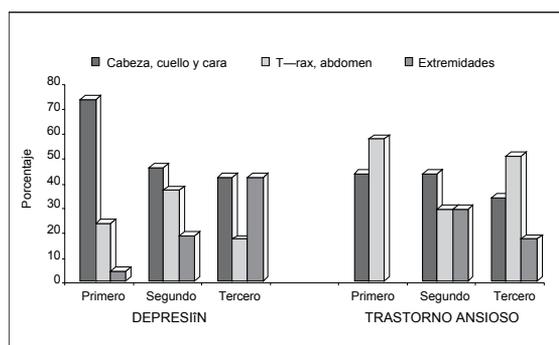
Intensidad de Violencia Física	Depresión		Ansiedad		Total	
	n = 26	%	n = 8	%	N = 34	%
Leve	7	26,9	0	0,0	7	20,6
Moderada	14	53,8	6	75,0	20	58,8
Severa	5	19,2	2	25,0	7	20,6

Gráfico 2. Distribución corporal del maltrato físico de mayor intensidad reconocido por 34 mujeres, con experiencias de violencia doméstica física remota adscritas al Programa de Salud Mental, enero a junio del 2004. Consultorio Salud Rural, San José de la Mariquina.



En mujeres con depresión los golpes más severos fueron ocasionados en cabeza, cara y cuello, mientras que para mujeres con trastornos ansiosos hubo mayor diversidad en la distribución corporal del maltrato $p > 0,05$. (gráfico 3)

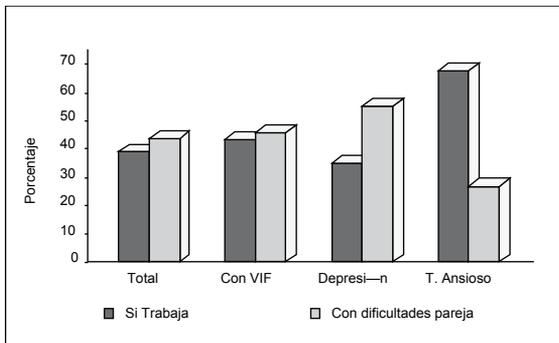
Gráfico 3. Distribución corporal del maltrato físico de mayor intensidad reconocido por 34 mujeres, con experiencias de violencia doméstica física remota, según morbilidad control. Programa de Salud Mental, enero a junio del 2004. Consultorio Salud Rural, San José de la Mariquina.



Características biosociodemográficas de las mujeres con VD: El perfil biosociodemográfico de las mujeres con experiencias de violencia doméstica, mostró que 1 de cada 2 tenía sobre 40 años, una de cada cuatro tenía sobre 50 años y/o menos de 30

años, edades que marcan la relación de violencia doméstica con la salud en tres etapas del ciclo de vida de la mujer: salud sexual, salud reproductiva, climaterio y salud mental y, tránsito a la adultez mayor. La mayoría de las mujeres con actividad remunerada reconocieron dificultades con su pareja por el hecho de trabajar, situación que fue más frecuente en mujeres con depresión, $p > 0,05$, (gráfico 4).

Gráfico 4. Proporción de mujeres con actividad remunerada y con dificultades con la pareja, población total, con VDM y según morbilidad en control. Programa de Salud Mental, enero a junio del 2004. Consultorio Salud Rural, San José de la Mariquina.



El índice de poder en el hogar se concentró siempre y más en la mujer que en la pareja (58,5%), con igual tendencia para mujeres con depresión (55,8%) y trastorno ansioso (71,5%), $p \geq 0,05$. El perfil de las mujeres con depresión muestra que en mayor proporción viven con pareja, son más dependientes económicamente, con familias más numerosas y, en mayor proporción residen en zonas rurales. $p < 0,05$, (tabla 4 y 5).

Tabla 4. Perfil biosociodemográfico de mujeres con experiencias de violencia doméstica, según morbilidad en control. Programa de Salud Mental, enero a junio del 2004. Consultorio Salud Rural, San José de la Mariquina.

Variables sociodemográficas	Categorías	Depresión		T. Ansiosos		Total	
		n = 38	%	n = 13	%	N = 51	%
Edad	≤ 40 años	23	60,5	4	30,8	27	52,9
	41 - 55 años	12	31,6	7	53,8	19	37,3
	> 55 años	3	7,9	2	15,4	5	9,8
Índice Masa Corporal	> 24.9	28	73,7	8	61,5	36	70,6
Convivencia	Con pareja	34	89,5	6	46,1	40	78,4
	Sin pareja	4	10,5	7	53,8	11	21,6
Escolaridad	≤ 8 años	17	44,7	4	30,8	21	41,2
	> 8 años	21	55,3	9	69,2	30	58,8
Religión	Con	34	89,5	12	92,3	46	90,2
	Sin	4	10,5	1	7,7	5	9,8
Es jefa de hogar? Actividad laboral remunerada	Si	6	15,8	7	53,8	13	25,5
	No	32	84,2	6	46,2	38	74,5
	Si. en el hogar	3	7,9	3	23,1	6	11,8
	Si. fuera del hogar	11	28,9	6	46,1	17	33,3
Previsión	No	24	63,1	4	30,8	28	54,9
	Con	22	57,9	4	30,8	26	50,9
Procedencia	Sin	16	42,1	9	69,2	25	49,0
	Urbana	26	68,4	10	76,9	36	70,6

• Diferencias estadísticamente significativas, $p < 0,05$

Tabla 5. Perfil nivel socioeconómico y familiar de mujeres con experiencias de violencia doméstica, según morbilidad en control. Programa de Salud Mental, enero a junio del 2004. Consultorio Salud Rural. San José de la Mariquina.

Variables		Depresión		T. Ansioso		Total	
		N=38	%	N = 13	%	N = 51	%
Nivel socioeconómico	Nivel Medio Alto.	1	2,6	0	0	1	2,0
	Nivel Medio	22	57,9	7	53,8	29	56,9
	Nivel Medio Bajo.	12	31,6	5	38,5	17	33,3
	Nivel Bajo.	3	7,9	1	7,7	4	7,8
Número hijos o hijas	Media	2,833		2,846		2,837	
	Mínimo	1		1		1	
	Máximo	4		2		2	
Tamaño familia	1 a 3 personas	8	21,1	7	53,8	15	29,4
	4 a 6 personas	26	68,4	6	46,2	32	62,7
	7 a 9 personas	4	10,5			4	7,8

• *Diferencias estadísticamente significativas, $p < 0,05$*

Demanda por atención de salud: La demanda por atención de salud antes de ingresar al PSM (revisión de fichas clínicas 12 meses previos), mostró que las mujeres con experiencias de violencia doméstica recurren con mayor frecuencia a la consulta morbilidad médica en consultorio que mujeres que no reportan experiencias de violencia (media, 4,3 v/s 3,3 consultas), con baja proporción de demanda por atención de otros profesionales. Ninguna mujer recibió asistencia social.

DISCUSIÓN

La magnitud de violencia doméstica encontrada en la población confirma que mujeres con problemas de salud mental están sujetas a presiones impuestas por la cultura de género (5). En reiteradas ocasiones, mujeres con depresión y ansiedad han sido y son víctimas de violencia física y sexual (5, 18). Un estudio realizado por EPES (Educación Popular en Salud) en la comuna de San Ramón, Chile, mostró el gran deterioro en la salud mental de las mujeres que viven violencia sexual, donde el 58% declaró sufrir

angustia, 56,8% depresión, 53,1% alteraciones del sueño y 50,6% estrés. Más del 30% reportó padecer angustia y depresión durante un período de 5 y más años (9).

Los resultados reafirman la evidencia empírica que la violencia doméstica se hace visible cuando se utilizan sistemas de tamizaje específicos para detectarla (16, 19, 20). En este estudio, la prevalencia de experiencias de violencia doméstica fue 1,5 veces más alta a la detectada por los sistemas específicos vigentes utilizados por el equipo del PSM en el nivel primario de salud y, 2,7 veces mayor a la identificada por el equipo de salud del consultorio. Otros estudios reportan que sólo 0,8% de las mujeres entrevistadas habían reportado espontáneamente experiencias de abuso a los profesionales de un centro de salud vs al 60,3% detectado con la aplicación de un test de tamizaje (20) y, un 22% a 35% de mujeres atendidas en un servicio de urgencia con experiencias de violencia doméstica, los médicos la habían detectado sólo en un 5% de todos los casos (21).

Las mujeres silencian y minimizan las experiencias de violencia debido a vergüenza individual, culpa, lealtad al agresor, temor de recriminación y tabúes sociales asociados con la victimización (12, 22). Es posible que los daños en la salud mental constituyan una denuncia de una forma de vida insatisfactoria, de presiones y mandatos contradictorios, de sobrecarga, de exigencias inhumanas, de falta de valoración, de ausencia de reconocimiento de las propias necesidades, de cansancio, de falta de un espacio personal y de autopostergación (9, 23). Estudios sobre el impacto de la violencia doméstica relacionada con la salud reproductiva presentan evidencias de maternidad forzada producto de violación dentro y fuera del matrimonio, maltrato frecuente a embarazadas adolescentes, contagio de infecciones de transmisión sexual y aumento de la morbilidad-mortalidad materna e infantil (24-28). La literatura reciente destaca la relación entre violencia y morbilidad médica (29) y, entre prácticas sexuales de alto riesgo con enfermedades mentales y violencia doméstica entre personas infectadas con SIDA (30).

En este estudio la violencia doméstica corresponde a violencia de género, puesto que es la pareja el agresor más frecuente. La socialización diferencial de género, esto es, la construcción cultural de lo "femenino" y lo "masculino" define relaciones basadas en la subordinación con una distribución asimétrica del poder (11). En la literatura revisada se encontró que entre un 30% a 75% de las mujeres adultas con parejas están sujetas a abuso psicológico y, entre un 10% a 30% de ellas sufren violencia física (5, 31).

Los resultados sobre distribución del poder en el hogar muestran que en la mujer el poder se relaciona con decisiones de la organización familiar, lo que es consecuencia cultural de identidades tradicionales asignadas al género (32-34). Lo cierto es que hoy se aprecia con mucha más claridad que la violencia masculina es un comportamiento con finalidad y no una reacción explosiva sin sentido. Los comportamientos violentos tienen propósito: imponerse sobre la mujer, ganar dominio sobre ella, controlar su forma de vivir, de pensar o actuar. Se ha reportado que la violencia es menor cuando hay participación igualitaria en la toma de decisiones en la pareja (34).

La magnitud de la violencia doméstica encontrada y su fuerte impacto en el campo de la salud pública, salud mental y de derechos humanos (22, 25, 35, 36), hace perentorio representar y profundizar sobre la diversidad de contextos de violencia doméstica con patología mental y familiar para formular intervenciones con pertinencia que optimicen el impacto de las políticas públicas (1, 37-39). Hoy, la mujer que padece patología mental y experiencias de violencia doméstica se encuentra con respuestas institucionales que refuerzan la victimización. Así las mujeres rebotan de una institución a otra transformándose en el único contacto interinstitucional (40). La sociedad para proponer respuestas sociales limpias de estigmatización, estereotipos y medicalización requiere formar recursos humanos con pertinencia, esto es, desarrollo de competencias laborales que permitan a los y las profesionales reconocer y comprender las señales sociales de esta patología social, para enseguida, emprender acciones interdisciplinarias que

permitan potenciar la resiliencia de activos y pasivos de las personas, familias y comunidades que viven en contextos vulnerables. Esta es una de las tareas pendiente que tiene la educación superior.

Referencias

1. Pío de Almeida, M., Barros da Silva Lima, A., Louzada, S., Schestasky, G., Henriques, A., Roxo Borges, V. & Camey S. 2002 Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde. *Rev Saúde Pública*;36(4):431-8
2. OMS 2004. Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias. *Invertir en salud mental*. 7-25. (Disponible en: http://www.who.int/mental_health/advocacy/en/spanish_final.pdf)
3. MINSAL – Chile 1999. S.F. DISAP, Unidad de Salud Mental DIVAP Departamento Modelo de Atención, *Guía Clínica Para la Atención Primaria, Detección, Diagnóstico y Tratamiento*, 5-9.
4. OMS/OPS. 1998. *Violencia contra la mujer. Un tema de salud prioritario*. (Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/HDP/HDW/violenceprioritythemesp.pdf>.)
5. Aliaga, P., Ahumada, S. & Marfull, M. 2003. *Violencia hacia la mujer: un problema de todos*. *Revista Chilena Obstetricia Ginecología* 68(1):75-78
6. OPS. 2003. *La violencia basada en el género: un problema de salud pública y de derechos humanos*. 2-5. (Disponible: <http://www.paho.org/Spanish/DPM/GPP/GH/VAWChapter1.pdf>)
7. ISIS INTERNACIONAL. 2000. *Agenda Salud, Publicación Trimestral del programa mujeres y salud de ISIS Internacional. Agenda Salud 20*. (Disponible en: <http://www.isis.cl/temas/salud/agenda/agenda20.htm>)
8. Almerás, D., Bravo, R. Milosavljevic, V., Montaña, S. & Rico, MN. 2002 *Violencia de la mujer en relación de pareja: América latina y el Caribe. Una propuesta para medir su magnitud y evolución*. *Unidad Mujer y Desarrollo*, 50p
9. Calvin, ME. 2001. *Género, salud mental y violencia*, Organización Panamericana de la Salud. (Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/HDP/HDW/mentalhealthandviolence.pdf>)
10. MINSAL-Chile 2001 *Guía clínica para la atención primaria. La depresión: detección, diagnóstico y tratamiento*. *Unidad de Salud Mental y Depto Modelo de Atención*. Disponible en:

11. Naciones Unidas 2001 *La eliminación de la violencia contra la mujer. Comisión de Derechos Humanos, Informe sobre el 57° período de sesiones (19 de marzo al 27 de abril 2001). Primera parte. Disponible en <http://www.un.org/spanish/documents/esc/e200123p1.pdf>. Acceso marzo 2006*
12. Vizcarra L, MB., Cortes, J., Bustos, L. et al. 2001 *Violencia conyugal en la ciudad de Temuco. Un estudio de prevalencia y factores asociados. Rev. méd. Chile, Dec. 2001, vol.129, no.12, p.1405-1412*
13. Valdez, R, Juarez, C. 1998. *Impacto de la violencia doméstica en la salud mental de las mujeres: análisis y perspectivas en México. Salud mental. 21 (6):1-10*
14. Álvarez ML. 1982. *Deprivación y familia; Análisis de la familia urbana con hijos menores. 1ª edición. Eds.1982. INTA, Santiago Chile, Edit. Universitaria, p.52-53*
15. Alvarez ML: 1982 *Mediciones del nivel socioeconómico bajo en familias con lactantes desnutridos. Arch. Latinoam Nutr 1982; 32(3):650-662*
16. Mc Farlane, J., Christoffel, K., Bateman, L., Miller, V. y Bullock, L. 1991 *Assessing for Abuse Self-Report versus Nurse Interview. Public Health Nursing 8(4):245-250*
17. Norton, L., Peipert, J., Zierler, S., Lima, B. y Hume, L. 1995. *Battering in Pregnancy: An Assessment of two Screening Methods. Obstetrics & Gynecology 85(3):321-325*
18. OMS 2001. *Mesas redondas: salud mental. Informe de la Secretaría. 54ª Asamblea Mundial de la Salud. (Disponible en: http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA54/sa54d8.pdf+violencia+y+salud+mental+filetype:pdf&hl=es)*
19. Taylor, W. & Campbell, J. 1991 *Treatment Protocols for Battered Women, Response 4:16-21*
20. Arcos, E., Molina, I., Repossi, A., Uarac, M., Ritter, P. & Arias, L. 2000 *Prevalencia y perfil de la violencia doméstica en el embarazo. Revista Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y de El Caribe. RSMLAC 2:4-11*
21. Abbott, J., Johnson, R., Kosiol-Mclain, J. & Lowenstein, S. 1995 *Domestic Violence Against Women: Incidence and Prevalence in a Emergency Department Population. Journal of American Medical Association (JAMA). 273(22):1763-1767*
22. Fischbach, R. & Herbert, B. 1997. *Domestic violence and Mental health: Correlates and conundrums within and across cultures. Social Sciences Medicine. 45(8):1161-1176*
23. Blanco, P., Ruiz-Jarabo, C., García De Vinuesa, L., Martín-García, M. 2004 *La violencia de pareja y la salud de las mujeres. Gaceta Sanitaria 18(1): 182-188*
24. Valdez, S., Arenas, L., Hernandez, I. 2004 *The midwife's experiences in the identification of battered women in pregnancy. Salud pública México 46(1): 56-63*
25. Arcos, E., Uarac, M., Molina, I., Repossi, A., Ulloa, M. 2001 *Impacto de la violencia doméstica sobre la salud reproductiva y neonatal. Revista Médica de Chile 129:1413-1424*
26. Arcos, E., Molina, I., Uarac, M. 2003 *Impacto de la violencia doméstica en la salud infantil. Revista Médica de Chile 131:1454-1462*
27. Castro, R., Ruiz, A. 2004 *Prevalence and severity of domestic violence among pregnant women, Mexico. Rev. Saúde Pública 38(1):62-70*
28. Espinoza, H. & Camacho, AM. 2005 *Muerte materna ocasionada por violencia doméstica: componente crítico e inadvertido de la mortalidad materna. Revista Panamericana de Salud Pública 17(2):123-129*
29. Zuñiga, Y. 2004 *Informe en caso sobre violencia de género (Comisión Interamericana de Derechos Humanos). Rev. derecho (Valdivia), 6:249-276*
30. Wolfe, R., Lobozzo, J., Frye, V., Sharp, V. 2003 *JAIDS: Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes. 33 (4): 548-549*
31. Buvinic, M., Morrison, A., Shifter, M. 2003 *La violencia doméstica en América Latina y El Caribe: Un marco de referencia para la acción. Banco Interamericano de Desarrollo. Washington DC Disponible en: <http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=363160>*
32. Luengo G. 2005 *Contrapunto para cuatro voces: Emergencias privadas/ urgencias públicas en la escritura de mujeres. Revista Signos 38(57):111-122*
33. MINSAL- Chile 1997 *Manual de apoyo técnico para las acciones de salud en violencia intrafamiliar. División de Rectoría y Regulación Sanitaria, Departamento Salud de las personas, Unidad de Salud Mental. Disponible en:<<http://www.minsal.cl>>*
34. Larrain, S. 1994. *Violencia puertas adentro: Mujer golpeada. Santiago de Chile, Editorial Universitaria. 28-30.*
35. Mc Cauley, J., Kerm D., Kolodner, K., Dill, L., Schroeder, A., Dechant, H., Ryden, J., Bass, E., Derogatis, L. 1995. *The Battering Syndrome: Prevalence and Clinical Characteristics of Domestic Violence in primary Care. Internal Medicine Practices Annals of Internal Medicine. 123:737-746.*

36. Perez, C. 2004 *La violencia de género como violación a los Derechos Humanos de las Mujeres.* (Disponible en: http://64.233.161.104/search?q=cache:ubMvhTBXC7UJ:www.iin.oea.org/anales_xix_cpn/docs/Ponencia_Conferencistas/Cecilia_Perez/Ponencia_Cecilia_Perez,doc+violencia+domestica+y+depresion+filetype:doc&hl=es)
37. Aragonés, E., Gutiérrez, MA., Piñol, JL., Mèlich, N., Folch, S. Y Labad, A. 2003 *Prevalencia, expresión e impacto de los trastornos depresivos en atención primaria.* *Atención Primaria* 31(2):120-5
38. Pezo, MC., Costa, M., Komura L. 2004 *En busca de solución para el sufrimiento: vivencias de familiares en el proceso de enfrentamiento de la depresión.* *Ciencia y Enfermería* 10(2):31-41
39. Paniagua, H. & García, S. 2003 *Signos de alerta en trastornos alimentarios, de depresión, del aprendizaje y de conductas violentas entre adolescentes de Cantabria.* *Rev Esp Salud Pública* 77(3):411-422
40. Hartigan, P. 1997 *La OPS enfoca el problema de la violencia contra la mujer* *Rev Panam Salud Pública* 2(4):290-294