



Violencia contra la mujer y medicina familiar

Urbicio Venegas Ochoa,* Esteban Muñoz Pérez,* Alhondra Navarro Solares,** Bertha Lidia Nuño Gutiérrez,*** Carlos Navarro Núñez****

Nivel de evidencia: I

RESUMEN

Antecedentes: la prevalencia en México de maltrato contra la mujer es del 30 al 60%, pero las cifras de instituciones de salud e instancias de procuración de justicia son inferiores a las reales, sólo registran situaciones de violencia extrema o aquellas donde las víctimas denuncian a sus agresores.

Objetivo: evaluar el conocimiento de los médicos sobre normas, procedimientos y detección de violencia doméstica en Colima, México.

Material y métodos: estudio descriptivo efectuado de septiembre a diciembre del 2005. A los médicos participantes se les proporcionó un cuestionario de autoaplicación. Se evaluaron los conocimientos relacionados con definición, normatividad, clasificación, factores de riesgo e indicadores de violencia doméstica; se construyó una escala de conocimiento y se calculó mediante frecuencias y porcentajes.

Resultados: promedio de edad, 41 años; práctica médica, 20 años; 72% hombres, 28% mujeres; 91% con pareja sentimental; 53% con especialidad en medicina familiar y 2% maestría; 91% no conocía la Norma Oficial Mexicana; 91% sin capacitación sobre violencia doméstica y 74% desconocía los tipos; 76% desconocía los ciclos; 63% no la registraba en el expediente clínico; 52% sabía que la hoja de registro de atención integral tiene un rubro específico para el problema. El promedio de respuestas acertadas fue de 19.

Conclusiones: el grado de conocimiento sobre normas y procedimientos para la atención de la violencia doméstica en los médicos familiares del seguro social en Colima, México, fue bajo en 0%, medio en 81% y alto en 19%.

Palabras clave: violencia doméstica, mujeres maltratadas, conocimiento, identificación, médicos familiares.

ABSTRACT

Background: prevalence of violence against women in Mexico fluctuate within 30 to 60%, but health and court administration institutions' numbers are under real ones, they only include extreme violence or pressed charges against them aggressor.

Objective: To asses the level of knowledge on the norms and procedures for the attention of domestic violence in family practitioners workers of the Instituto Mexicano del Seguro Social in Colima, México.

Material and method: A cross-sectional study was conducted during the September-December 2005 period. The indicator was obtained of a self-administered questionnaire. The data collection instrument was design to asses the level of knowledge in five areas: definition, norms, classification, risk factors and domestic violence indicators. An knowledge index was constructed and analyzed using frequencies distribution and percentages.

Results: The age average was 41 years; medical practice 20 years. 72% men, 28% women; 91% had sentimental couple; 53% was family medicine specialist and 2% mastery; 53% worked in the morning shift and 47% in the evening one. The 91% didn't know the Mexican official norm; 91% without training on domestic violence, 74% ignored the types that exist; 76% ignored the cycles; 63% didn't register it as diagnostic in the clinical file; 52% know that the integral attention health registration leaf has a specific item for this problem. The average of guessed right answers was of 19 (range 15-24).

Conclusions: The level of knowledge on the norms and procedures for the attention of domestic violence in family practitioners workers of the Instituto Mexicano del Seguro Social in Colima, México; was low degree in 0%, moderate in 81% and highly in 19%.

Key words: domestic violence, battered women, awareness, identification, family practitioners.

RÉSUMÉ

Objectif: évaluer la connaissance des médecins liée aux normes, procédés et détection de la violence domestique à Colima, Mexique.

Matériel et méthode: étude descriptive réalisée de septembre à décembre 2005. On a fourni aux médecins participants d'un questionnaire d'auto application. Les connaissances liées à la définition, normativité, classement, facteurs de risque et indicateurs de violence domestique ont été évaluées; on a construit une échelle de connaissance et on a fait le calcul à l'aide de fréquences et pourcentages.

Résultats: la moyenne d'âge a été de 41 ans; pratique médicale 20 ans; 72% ont été des hommes, 28% des femmes; 91% avait un couple sentimental; 53% avait spécialité en médecine familiale et 2% maîtrise; 91% ne connaissait pas la norme officielle mexicaine; 91% n'avait pas de capacitration sur la violence domestique; 74% méconnaissaient les types qui existent; 76% méconnaissaient les cycles; 63% ne

l'enregistrait pas dans le dossier clinique; 52% savait que la feuille de registre d'attention intégrale compte avec une rubrique spécifique pour ce problème. La moyenne de réponses réussies a été de 19 (limite de 15 à 24).

Conclusions: le niveau de connaissance sur les normes et les procédés pour l'attention de la violence domestique chez les médecins familiaux de sécurité sociale à Colima, Mexique a été faible 0%, moyen 81% et haut 19%.

Mots-clés: La connaissance des normes et procédés pour l'attention de la violence domestique a été moyenne (81%) chez les médecins familiaux de Colima, Mexique.

RESUMO

Objetivo: avaliar o conhecimento dos médicos relacionado com as normas, procedimentos e detecção da violência doméstica em Colima, México.

Material e método: estudo descritivo realizado de setembro a dezembro de 2005. Os médicos participantes receberam um questionário de autoaplicação. Avaliaram-se os conhecimentos relacionados com a definição, normatividade, classificação, fatores de risco e indicadores de violência doméstica; construiu-se uma escala e se calculou mediante freqüências e porcentagens.

Resultados: a média de idade foi 41 anos; prática médica 20 anos, 72% foram homens, 28% mulheres; 91% tinha parceiro sentimental; 53% tinha especialidade em medicina familiar e 2% mestrado; 91% não conhecia a norma oficial mexicana; 91% não tinha treinamento sobre violência doméstica, 74% desconhecia os tipos que existem; 76% desconhecia os ciclos; 63% não a registrava como diagnóstico no laudo clínico; 52% sabia que a folha de registro de atendimento integral conta com um campo específico para este problema. O promédio de respostas corretas foi de 19 (limite de 15 a 24).

Conclusões: o nível de conhecimento sobre normas e procedimentos para o atendimento de violência doméstica nos médicos familiares do seguro social em Colima México; foi baixo no 0%, médio no 81% e alto no 19%.

Palavras chave: o conhecimento das normas e procedimentos para o atendimento da violência doméstica foi médio (81%) nos médicos familiares de Colima, México.

La violencia doméstica contra la mujer ha sido una constante a lo largo de la historia. Más del 20% de las mujeres sufren violencia física o sexual en todo el mundo y su frecuencia sigue en aumento.¹ Un estudio estimó que dos millones de niñas se someten cada año a alguna forma de mutilación genital; otra cifra similar señala que se destinan al mercado o comercio sexual entre los 5 y 15 años de edad.^{1,2} Aunque la prevalencia de maltrato contra la mujer suele estar subestimada,^{3,4} se considera que en México oscila entre 30 y 60%;⁵ sin embargo, las cifras registradas en las instituciones de salud y en las ins-

tancias de procuración de justicia son inferiores a las reales, ya que sólo captan las situaciones de violencia extrema o aquellas donde las víctimas deciden denunciar a sus agresores (minoría de los casos).^{6,7}

En 1993 el Banco Mundial estimó que las mujeres en edad reproductiva pierden 20% de años de vida saludable a causa de la violencia.⁸ En la Ciudad de México, Lozano y colaboradores reportaron que 38% de los años de vida saludable perdidos entre las mujeres se debieron a la violencia ejercida en su contra. Este factor ocupa el tercer lugar en importancia en los problemas de salud que afectan a la mujer en edad reproductiva.⁹

La violencia contra la mujer constituye un problema social y de derechos humanos en todo el mundo que repercute en su salud y bienestar. Esta acción produce lesiones físicas, trastornos psicológicos,¹⁰ psicosomáticos,¹¹ ginecológicos (daño a la salud reproductiva) y riesgo de adquirir enfermedades de transmisión sexual (VIH-SIDA).^{12,13}

Aunque la violencia es una causa significativa de morbilidad y mortalidad femenina, tiene poco que se visualiza como un problema de salud pública.^{1,14}

Méndez y colaboradores señalaron que el personal médico tuvo habilidades insuficientes para identificar y tratar adecuadamente los casos de violencia doméstica en su consulta.¹⁵

El objetivo de este trabajo fue evaluar el conocimiento del personal médico relacionado con las

* Director de la Unidad de Medicina Familiar núm. 11.
* Residente de medicina familiar, Hospital General de Zona núm. 1.
** Alumna de la Facultad de Medicina de la Universidad de Guadalajara.
*** Jefa de la Unidad de investigación epidemiológica y en servicios de salud del adolescente en Guadalajara.
**** Investigadora de la Unidad de Investigación Epidemiológica, Colima.
Instituto Mexicano del Seguro Social, Colima, México.

Correspondencia: Dr. Carlos Navarro Núñez. E-mail: carlosnavarro555@yahoo.com.mx, carlos.navarron@mss.gob.mx
Recibido: diciembre, 2006. Aprobado, junio 2007.

Este artículo debe citarse como: Venegas OU, Muñoz PE, Navarro SA, Nuño GBL, Navarro NC. Violencia contra la mujer y medicina familiar. Ginecol Obstet Mex 2007;75(7):373-78.

La versión completa de este artículo también está disponible en internet: www.revistasmedicasmexicanas.com.mx

normas, procedimientos e identificación de violencia doméstica.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo realizado de septiembre a diciembre del 2005. Se seleccionaron médicos del área de medicina familiar adscritos a los consultorios y al servicio de urgencias de las cinco unidades de salud del IMSS de Colima, México. A los médicos participantes se les proporcionó un cuestionario (autoaplicación) para responderse dentro o fuera de la jornada laboral; se les dio la oportunidad de regresarlo al día siguiente. Después de entregar el cuestionario recibieron un folleto de información relacionado con violencia contra la mujer (Instituto Mexicano de Investigación de la Familia y Población, AC. [IMIFAP]. *La violencia doméstica: lo que el personal de salud debe saber*. México, DF: IMIFAP, 1998. Folleto de difusión) y una lista con la dirección de los servicios disponibles en el estado de Colima para enviar a las mujeres maltratadas, posterior a su consulta.

El cuestionario se diseñó para conocer las características sociodemográficas, edad por grupos (<30 años, 31 a 45 y >45); años de práctica médica (1 a 5, 5.1 a 10 y >10); sexo; estado civil; puesto; tipo de contrato (base o eventual); nivel de escolaridad (incluida la especialidad en medicina familiar); turno laboral; área de residencia (zona urbana >2500 habitantes o zona rural <2500 habitantes) y se cuestionó si recibieron capacitación sobre violencia doméstica. La investigación se hizo con base en un estudio previo realizado en el estado de Morelos.¹⁵ Se evaluaron los conocimientos relacionados con la definición, normatividad, clasificación, factores de riesgo e indicadores de violencia doméstica; por lo tanto, se construyó un índice de conocimiento mediante 30 preguntas. El nivel de conocimiento consideró, según el número de respuestas acertadas, nivel bajo a los participantes que respondieran adecuadamente de 1 a 10 preguntas; nivel medio a los que respondieran 11 a 20 y nivel alto de 21 a 30. Los resultados se procesaron mediante un modelo automatizado con el paquete estadístico Excel. Se calculó la distribución de frecuencias absolutas, relativas, simples y acumuladas. El análisis estadístico se realizó con las pruebas de la *t* de Student y la U de

Mann-Whitney. Se consideró significativo el valor de *p* <0.05.

RESULTADOS

Se seleccionaron 49 médicos, de los cuales 47 (96%) aceptaron participar en el estudio. El promedio de edad fue de 41 años (límite de 26 a 56), 10% tuvo entre 25 y 34 años; 35% de 35 a 44 y 55% de 45 años o más; la práctica médica correspondió a 20 años de experiencia; 34 (72%) participantes fueron del sexo masculino y 13 (28%) del femenino; 43 (91%) tenía pareja sentimental; 25 (53%) realizó la especialidad en medicina familiar, 2% tenía maestría; 25 (53%) laboraban en el turno matutino y 22 (47%) en el vespertino; 47 (100%) residían en la zona urbana; 43 (91%) médicos no habían recibido capacitación sobre violencia doméstica (cuadro 1).

Cuadro 1. Características sociodemográficas de los médicos familiares del Instituto Mexicano del Seguro Social (Colima, México)

Variable	n	%
Grupo de edad (años)		
25 a 34	5	10
35 a 44	16	35
≥45	26	55
Práctica médica (años)		
1 a 5	5	10
5.1 a 10	2	5
≥10.1	40	85
Sexo		
Masculino	34	72
Femenino	13	28
Estado civil		
Con pareja	43	91
Sin pareja	4	9
Escolaridad		
Con especialidad en medicina familiar y maestría.	25	53
Sin especialidad en medicina familiar y maestría.	22	47
Turno laboral		
Matutino	25	53
Vespertino	22	47
Zona de residencia		
Urbana	47	100
Rural	0	0
Capacitación en violencia doméstica		
No	43	91
Sí	4	9

En lo que a violencia familiar se refiere: 43 (91%) médicos no conocían la Norma Oficial Mexicana; 43 (91%) no conocían la definición; 35 (74%) desconocían los tipos que existen; 36 (76%) desconocían los ciclos; 30 (63%) conocían los indicadores; 33 (70%) los factores de riesgo; 30 (63%) no la registraban como diagnóstico en el expediente clínico; 24 (52%) sabían que la hoja de registro de atención integral de salud cuenta con un rubro específico para este problema. El promedio de respuestas acertadas fue de 19 y el límite de 15 a 24 (cuadro 2).

Cuadro 2. Conocimiento sobre normas y procedimientos para la atención de violencia contra la mujer

Variable	n*	%*
Conoce la norma oficial mexicana		
Sí	43	91
No	4	9
Conoce la definición de violencia doméstica		
Sí	43	91
No	4	9
Conoce los tipos de violencia doméstica		
Sí	35	74
No	12	26
Conoce los ciclos de la Violencia doméstica		
Sí	36	76
No	11	24
Conoce los indicadores de la violencia doméstica		
Sí	30	63
No	17	37
Conoce los factores de riesgo para la violencia doméstica		
Sí	33	70
No	14	30
Registra la violencia doméstica en el expediente		
Sí	30	63
No	17	37
Nivel de conocimiento según el número de respuestas acertadas		
Alto	9	19
Medio	38	81
Bajo	0	0

*p < 0.05

DISCUSIÓN

Los médicos familiares tuvieron mayor disposición para participar en el estudio; sin embargo, puede haber falta de interés, relacionada con la violencia hacia las mujeres e incomodidad para tocar el tema. Algunos

médicos dudan de las normas y procedimientos de la práctica clínica; esto coincide con estudios previos sobre el problema.^{15,16}

Uno de los principales hallazgos señala que 91% de los médicos no conoce la Norma Oficial Mexicana sobre violencia doméstica en el primer nivel de atención. En México 90% de las escuelas y facultades de medicina incluyen e imparten contenidos temáticos relacionados con violencia doméstica; la mayor parte aborda los temas de forma indirecta (sólo se menciona de manera tangencial) y las instituciones que lo realizan de forma directa lo hacen a través de actividades extracurriculares (cursos, talleres, diplomados o actividades de difusión). Ningún médico reportó alguna actividad que abordara específicamente el tema dentro de su currículum.¹⁷ Los médicos que recibieron capacitación, la adquirieron por iniciativa propia, pero su desconocimiento y falta de identificación fue generalizada en la consulta médica.^{15,16} Fawcett¹⁸ reportó que 70% de los médicos (Hospital General de México y del Departamento del Distrito Federal) identificaron de uno a cinco casos de violencia doméstica en un mes. Reid y Glasser¹⁹ encontraron en 56% de su muestra más de 10 casos en toda su vida laboral. En este estudio 63% de los médicos identificaron dos casos en el último mes. A pesar de identificar la violencia familiar, no se documentó en el expediente clínico por las razones mencionadas al principio de esta discusión.

En este trabajo no se exploró la relación entre el número de capacitaciones vinculadas con la violencia doméstica y su identificación por parte del personal médico. Esto hubiera permitido conocer si los médicos que recibieron capacitación identificarían más signos y síntomas¹⁵ y contrastar los resultados con la encuesta realizada a los ginecólogos de Estados Unidos.²⁰

Los resultados de este trabajo sugieren que los médicos sólo ralizan preguntas relacionadas con violencia doméstica cuando las mujeres acuden al servicio de salud con lesiones evidentes. Algunos estudios muestran que 67% de las mujeres esperan que sea el médico quien les pregunte acerca de la violencia doméstica²¹ y 60% de los médicos esperan que la mujer maltratada sea quien aborde el tema en la consulta.²² En este estudio se encontró que 70% del personal médico piensa que la mujer maltratada es quien debe iniciar la plática sobre violencia familiar.

Cuando se identifica a una paciente con violencia familiar, lo ideal es enviarla para que reciba atención de personal e instituciones especializadas. Fawcett¹⁸ reportó que 43.9% de los médicos refiere la víctima al psicólogo del hospital y 36.6% al departamento de trabajo social. En esta investigación, 40% del personal médico platicó con las pacientes para ayudarlas; 23% prescribió tratamiento médico y 37% refirió los casos a las instituciones o personal especializado. Sólo 9% mencionó alguna institución especializada para proporcionar atención a las mujeres con este problema.

Valdez¹⁶ y Alpert²³ coinciden que la falta de normas, protocolos de identificación, tratamiento y la escasa legitimidad social (intervenciones del personal) son las principales causas o barreras institucionales que dificultan la identificación y envío de los casos de mujeres maltratadas. Dicha situación puede modificarse con la aplicación de la Norma Oficial Mexicana²⁴ promulgada en marzo de 2000. Debe realizarse una investigación formal y determinar si la aplicación de esta norma modificará la práctica médica o si la respuesta social, tendencias ideológicas y políticas generarán los cambios. Hasta hoy, la mayor parte de las instituciones no cuenta con servicios especializados para el abordaje y tratamiento de violencia doméstica.

Las barreras de la práctica médica ocurren, principalmente, por desconocimiento y carencia de herramientas para enfrentar este problema.

Las médicas muestran mayor empatía y menos vergüenza para tratar el tema de la violencia doméstica durante la consulta (las pacientes les revelan más información a éstas); sin embargo, la mayoría del personal médico está constituida por varones, y por lo general están menos interesados en los casos,²⁵ ya que algunos manifiestan falta de control y frustración ante la respuesta de la paciente. Las mujeres que sufren violencia familiar consultan muy poco o no acuden al médico, pues el modelo de atención no responde a sus necesidades o los servicios de salud no están preparados para atenderlas.²⁶

En Estados Unidos y Canadá se han realizado intervenciones para mejorar la identificación, el registro y la atención en los servicios de salud, con la finalidad de fortalecer las leyes y proteger los derechos de las mujeres que sufren violencia doméstica, pero aún no se logran establecer programas con estrategias sóli-

das y eficaces.²⁷ En México se evalúa cuáles son las necesidades y el personal de salud que responda a la capacitación de este problema. Las enfermeras y las trabajadoras sociales realizan preguntas con mayor frecuencia que los médicos para identificar el maltrato en las mujeres que acuden a los servicios de salud.²⁸

Hasta el momento la violencia hacia la mujer es un tema que no se aborda directamente en la enseñanza o en la práctica médica; por lo tanto, constituye uno de los aspectos donde se requiere trabajar de manera inmediata, ya que son claras las limitaciones del enfoque biomédico para intervenir en los casos de violencia familiar. Esto justifica la incorporación de dichos temas: desde la perspectiva social (planes de estudio de licenciatura, posgrado o cursos de capacitación continua dentro del área médica) hasta la relacionada con la salud y los derechos humanos. Las intervenciones deberán ofrecer capacitaciones que permitan al profesional de salud formarse un criterio sólido durante su práctica clínica²⁹ y considerar la integración del resto del personal a los programas de salud. La capacitación incrementa el conocimiento, las habilidades y la seguridad del personal de salud mediante las actividades de identificación.³⁰ Si no se producen cambios estructurales en las diferentes instituciones de salud, será poco probable que ocurran variaciones en la capacitación médica para el tratamiento de las víctimas de violencia familiar.³¹

Esta investigación contribuye con el personal encuestado y con los médicos especialistas en ginecología y obstetricia para no perder la magnitud, las cualidades y repercusiones del problema. Es importante apoyar a las mujeres maltratadas mediante soluciones y tratamiento de los procesos sociomédicos que constituyen la violencia sexual,²⁶ pues tarde o temprano acudirán a consulta en el medio institucional o privado por algún problema de salud relacionado con la violencia doméstica. El personal de salud tiene un impacto directo en el desempeño laboral, la calidad de vida y el costo económico (atención médica) de este grupo poblacional.

CONCLUSIONES

El conocimiento de las normas y procedimientos para la atención de la violencia doméstica fue medio (81%) en los médicos familiares de Colima, México.

REFERENCIAS

1. Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología, Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología. Taller: "Violencia de género" para Perú y la Región Andina. Ginec Obstet Mex 2003;71:421-35.
2. Browne A. Violence against women by male partners. Prevalence, outcomes, and policy implications. Am Psychol 1993;48:1077-87.
3. Flicraft AH, Hadley SM, Hendricks-Matthehews MK, McLeer SV, Warshaw C. American Medical Association Diagnostic and Treatment Guidelines on Domestic Violence. Arch Fam Med 1992;1:39-47.
4. Jaffe P, Suderman M, Schieck E. Programa escolar contra la violencia: Canadá. En: Morrison-Andrew R, Loreto-Biche M, editores. El costo del silencio. Violencia doméstica en las Américas. Washington: Banco Interamericano de Desarrollo, 1999;pp:161-83.
5. Rivera L. Prevalencia de violencia de género en el ámbito conyugal (tesis). Cuernavaca, Morelos, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 1998.
6. McFarlane J. Battering during pregnancy: tip of an iceberg revealed. Women Health 1989;15:69-84.
7. Saucedo-González I. Violencia doméstica y salud: conceptualización y datos que existen en México. Perinatol Reprod Hum 1996;10:100-10.
8. Banco Mundial. Informe sobre el desarrollo mundial. Washington: Banco Mundial, 1993;pp:7-10.
9. Lozano R. La carga de la enfermedad y las lesiones por violencia contra las mujeres: el caso de México. México: Fundación Mexicana para la Salud, Centro de Economía y Salud, 1997.
10. Valdez R, Juárez C. Impacto de la violencia doméstica en la salud mental de las mujeres: análisis y perspectivas en México. Salud Mental 1998;21:1-10.
11. Gómez A. Violencia contra las mujeres: un ejercicio de poder. En: Por el derecho a vivir sin violencia. Acciones y propuestas desde las mujeres. Cuernavaca, Morelos, México: Cuadernos Mujer Salud/Red de salud de las mujeres latinoamericanas y del Caribe; 8,9, 123-38.
12. Plichta SB, Abraham C. Violence and gynecologic health in women <50 years old. Am J Obstet Gynecol 1996;174:903-7.
13. Valdez-Santiago R. Panorama de la violencia en México. En: Valdez R, Horn P, editores. Violencia doméstica. Programa: educación y cultura. Cuernavaca, Morelos: CIDHOL: Centro para Mujeres, 1998;pp:13-21.
14. Heise L, Pitanguy J, Germain A. Violencia contra la mujer: la carga oculta sobre la salud. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1994;pp:1-48.
15. Méndez P, Valdez-Santiago R, Viniegra-Velázquez L, Rivera L, Salmerón J. Violencia contra la mujer: conocimiento y actitud del personal médico del Instituto Mexicano del Seguro Social, Morelos, México. Salud Pública Méx 2003;45:472-82.
16. Valdez R. Respuesta médica ante la violencia que sufren las mujeres embarazadas. En: Violencia contra la mujer en distintos contextos culturales. Programa interdisciplinario de estudios de la mujer (PIEM) de El Colegio de México, 2002.
17. Díaz-Martínez A, Esteban-Jiménez R. Enseñanza de contenidos de violencia intrafamiliar y sexual en instituciones de educación superior. Gac Med Mex 1999;135:274-81.
18. Fawcett G, Venger T, Vernon R, Pick S. Detección y manejo de mujeres víctimas de violencia doméstica: desarrollo y evaluación de un programa dirigido al personal de salud. México, DF: Population Council, INOPAL III, 1998;26:7-22.
19. Reid SA, Glasser M. Primary care physicians' recognition of an attitudes toward domestic violence. Academic Med 1997;72:51-53.
20. Parsons LH, Zaccaro D, Wells B, Stoval TG. Methods of and attitudes toward screening obstetrics and gynecology patients for domestic violence. Am J Obstet Gynecol 1995;173:381-7.
21. Olson L, Anctil C, Fullerton L, Brillman J, et al. Increasing emergency physician recognition of domestic violence. Ann Emerg Med 1996;27:741-6.
22. Hijar MC, Lozano R, Valdez R, Blanco J. Lesiones intencionales como causa de demanda de atención en servicios de urgencia hospitalaria en la Ciudad de México. Salud Mental 2002;25:35-42.
23. Alpert EJ, Cohen S, Sege RD. Family violence: An overview. Acad Med 1997;72(Suppl 1):S3-S6.
24. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999. Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar. México, DF: Diario Oficial de la Federación, 8 de marzo de 2000.
25. Kellermann AL. Domestic violence and the internist's response: Advocacy or apathy? J G Intern Med 1990;5:89-90.
26. Sociedad Nicaragüense de Ginecología y Obstetricia. Primer taller sobre violencia de género y violencia sexual para Centroamérica y Panamá. Ginec Obstet Mex 2003;71:465-70.
27. Chalk R, King P. Assessing family violence interventions. Am J Prev Med 1998;14:289-92.
28. Gerbert B, Caspers N, Bronstone A, Moe J, Aberecrombie P. A qualitative analysis of how physicians with expertise domestic violence approach the identification of victims. Ann Intern Med 1999;131:578-84.
29. Chescheir N. Violence against women: Response from clinicians. Ann Emerg Med 1996;27:766-8.
30. Novack DH, Suchman AL, Clark W, Epstein R M, et al. Calibrating the physician. Personal awareness and effective patient care. JAMA 1997;278:502-9.
31. Rodríguez A, Bauer M, McLoughlin E, Grumbach K. Screening and intervention for intimate partner abuse. Practice and attitudes of primary care physicians. JAMA 1999;282:468-74.