

Violencia doméstica contra las mujeres: ¿cuándo y cómo surge como problema de salud pública?

Rosario Valdez-Santiago, MA,⁽¹⁾ Myriam Ruiz-Rodríguez, PhD.⁽²⁾

Valdez-Santiago R, Ruiz-Rodríguez M.
Violencia doméstica contra las mujeres:
¿cuándo y cómo surge como problema de salud pública?
Salud Publica Mex 2009;51:505-511.

Resumen

La violencia doméstica masculina en contra de las mujeres es un problema reconocido como objeto de estudio e intervención de la salud pública a escala mundial. Este proceso inició en la década de los setenta, cuando se introdujo como tema en las principales revistas del campo de la salud pública, sobre todo en las anglosajonas; desde sus inicios, diversos marcos teóricos de la salud pública han contribuido a construir el problema como objeto de estudio científico; la epidemiología clásica fue el primer marco utilizado para generar evidencia empírica sobre su magnitud e impacto. Sin embargo, en la última década otros marcos se han utilizado para describir otras dimensiones del problema.

Palabras clave: violencia doméstica contra las mujeres; salud pública

Valdez-Santiago R, Ruiz-Rodríguez M.
Domestic violence against women:
When and how does it emerge as a public health problem?
Salud Publica Mex 2009;51:505-511.

Abstract

Male domestic violence against women is a problem that has been documented and recognized as an object of study and intervention in public health worldwide. This recognition began in the 1970s when it was established as a topic to be addressed by major journals in the field of public health, particularly in the Anglo-Saxon. From its inception, various public health theories have contributed to the construction of the problem as an object of scientific study. While classical epidemiology was the first framework used to generate evidence on its magnitude and impact, other frameworks have been used in the last decade to account for other aspects of the problem.

Key words: violence against women; public health

La violencia contra la mujer como un problema social, y no como un asunto individual, comenzó a cobrar visibilidad hace más de dos décadas; después se reconoció como objeto de estudio y, por último, la mayoría de los gobiernos se ha visto obligada en la actualidad a diseñar e instrumentar políticas públicas.

Estas medidas tienen la función de aportar soluciones a las consecuencias que genera y a la población afectada; además, en fecha reciente también se han enfocado en su prevención.

Este proceso de *reconocimiento* ha sufrido vicisitudes y tropiezos desde sus inicios y es el resultado de una

(1) Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos, México.

(2) Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga, Colombia.

Fecha de recibido: 26 de noviembre de 2008 • Fecha de aceptado: 23 de julio de 2009

Solicitud de sobretiros: Mtra. Rosario Valdez Santiago. Centro de Investigación en Sistemas de Salud. Instituto Nacional de Salud Pública.

Av. Universidad 655, col. Santa María Ahacatitlán. 62100 Cuernavaca, Morelos, México.

Correo electrónico: rvaldez@insp.mx

combinación de factores, momentos históricos y actores sociales; todos coadyuvaron a conformar su *legitimidad*, tanto académica como instrumental.^{1,2} Una mención especial merece el aporte de los movimientos sociales en favor de los derechos de las mujeres, sobre todo el movimiento feminista, que jugó un papel importante en visibilizar las diferentes expresiones de la violencia contra las mujeres, como lo es la violación y el maltrato en la relación de pareja.³⁻⁵

Este trabajo analiza la forma en que el problema de la violencia doméstica contra las mujeres se posiciona como objeto de estudio por parte de la salud pública. Hay que señalar que el enfoque de la violencia desde la perspectiva de la salud pública sigue cuatro pasos fundamentales: a) obtención de conocimientos vinculados con la magnitud del problema, el alcance, las características y las consecuencias de la violencia en los planos local, nacional e internacional; b) investigación de las causas que producen la violencia (factores de riesgo o protectores); c) búsqueda de posibles formas de prevenir la violencia; y d) ejecución de acciones que en diversas circunstancias resulten efectivas, acompañadas de una difusión amplia de la información.⁶

Con base en lo anterior, el objetivo del presente artículo es efectuar una revisión crítica de las publicaciones internacionales, en particular las anglosajonas, que permita identificar el momento en que este problema empezó a considerarse tema de interés para el campo de la salud pública. El propósito de centrar el análisis en las revistas que lideran el campo se debe a que éstas fueron las primeras en subrayar el tema de la violencia doméstica contra las mujeres, mientras que las revistas especializadas de América Latina lo hicieron casi 20 años más tarde. Por otro lado, se pretende identificar los modelos teórico-conceptuales que la salud pública, como campo de conocimiento, ha aportado al entendimiento y abordaje de la violencia contra las mujeres y no sólo efectuar un recuento de la producción a manera de estado del arte.

Metodología

Existen diversos marcos conceptuales desarrollados por la salud pública para analizar los problemas de salud. En este trabajo se sigue la propuesta de Arredondo⁷ respecto de la delimitación de al menos ocho marcos conceptuales, los modelos biomédico, higienista-preventivo, sanitarista, ecologista, epidemiológico clásico, epidemiológico social, sociomédico materialista histórico y sociomédico conservador.

En este trabajo se retoma dicha propuesta para identificar el momento en que emergió el problema de la violencia masculina contra las mujeres en el campo

de la salud pública. Para ello se analizan en cada uno de los artículos revisados tres aspectos: la definición del problema de la violencia doméstica contra las mujeres, la metodología o las herramientas utilizadas para abordarlo y el modelo conceptual de salud pública subyacente.

Se realizaron búsquedas generales a través de bases de datos especializadas en salud. En Medline (1966-1992) se utilizaron los siguientes indicadores: *women domestic violence, intimate partner abuse, violence against women*. Además, se efectuó una búsqueda específica en revistas especializadas en salud pública que tienen un reconocimiento internacional: *American Journal of Public Health (AJPH)*, *The Lancet* y *Journal of the American Medical Association (JAMA)*. En todas las publicaciones, la búsqueda consistió en revisar desde el primer volumen editado que estuviera disponible en internet con el propósito de identificar los primeros estudios publicados sobre el tema. Se establecieron los siguientes criterios de inclusión:

1. Que los artículos hicieran referencia a la violencia doméstica contra la mujer, de manera específica la violencia de pareja masculina.
2. Que el resumen estuviera disponible para llevar a cabo la revisión de la información.

Otro nivel de búsqueda de información se realizó en bases especializadas en violencia familiar de acuerdo con los mismos criterios.*

Resultados

El primer paso consistió en identificar los primeros artículos publicados en revistas seleccionadas, de tal manera que pudiera responderse el objetivo de documentar la forma y el momento en que se analiza el problema de la violencia contra las mujeres en el campo de la salud pública, en los planos conceptual y metodológico.

Como resultado de la primera búsqueda en Medline (1966-1992), se encontraron 143 publicaciones y la primera reportada se publicó en el *American Journal of Psychiatry* en 1980.⁸ Aunque sólo dos cumplieron con los criterios de inclusión mencionados, se pudo tener acceso a través de fotocopia a uno más de los artículos identificados en este periodo. En total, se analizaron

* Algunas de las páginas consultadas fueron: National Network of Family Resilience National Network for health; <http://www.nnh.org/risk>; <http://www.iup.edu/maati/publications/>; <http://pubpages.unh.edu/~mas2/vp-bib.htm>; <http://pubpages.unh.edu/~mas2/books.htm>

tres trabajos a través de este medio.⁹⁻¹¹ En la búsqueda realizada en revistas especializadas se identificó en *American Journal of Psychiatry* un trabajo publicado en 1977.¹² En ese número se incluyó un editorial que aborda el tema de la violencia doméstica.¹³ En la revista *Lancet*, el primer trabajo referente al tema es una carta al editor publicada en diciembre de 1980.¹¹ Por su parte, en JAMA el primer trabajo identificado salió a la luz en 1984.¹⁴

En el cuadro I se pueden observar los primeros artículos identificados en las revistas consultadas; en total se analizaron nueve trabajos.

Primeros esfuerzos por definir y estudiar el problema

En este trabajo se retoma el término violencia doméstica contra la mujer, lo que en la literatura se conoce como violencia de la pareja masculina íntima (*intimate partner*

abuse) o “violencia contra la mujer en el entorno familiar” o “violencia conyugal”. Esta aclaración es pertinente toda vez que, tal y como se advertirá más adelante, la delimitación conceptual del problema ha transitado también por una evolución de la terminología utilizada para denominar a la violencia doméstica contra la mujer. Según se ha señalado en las publicaciones, cada una de estas acepciones tiene connotaciones que implican diferencias conceptuales, una cuestión que no es irrelevante.¹⁵

Las primeras definiciones de la violencia doméstica contra las mujeres (en adelante, VDCM) en la década de los setenta se caracterizaban por su ambigüedad y dificultad para darles un carácter operacional. Un aspecto a destacar es que no existía consenso respecto del nombre o definición del problema y, en consecuencia, se acuñaron los términos *battered wife syndrome*, *domestic violence*, *family violence*, *violence in*

Cuadro I
PRIMEROS ARTÍCULOS Y CARTAS EDITORIALES PUBLICADOS EN REVISTAS DE SALUD PÚBLICA
SOBRE VIOLENCIA DOMÉSTICA CONTRA LAS MUJERES 1977-1992

Año	Revista	Autores	Metodología	Modelo de salud pública
1977	AJPH	Parker y Schumacher	Encuesta	Epidemiología clásica
1977	AJPH	Friedman	Carta editorial	No aplica
1980	<i>The Lancet</i>	Oswald	Análisis de registros hospitalarios en dos años (1977-1978) en un hospital especializado	Epidemiología clásica
1980	<i>Am J Psychiatry</i>	Post, Willett, Franks, House, Back, Weissberg	Encuesta. Medición de prevalencia de violencia doméstica entre pacientes psiquiátricas de una institución	Epidemiología clásica
1982	<i>Am J Community Psychol</i>	Claerhout, Elder, Janes	Encuesta mujeres no maltratadas y maltratadas	Epidemiología clásica
1983	<i>Am J Community Psychol</i>	Mitchell y Hodson	Encuesta mujeres maltratadas	Epidemiología clásica
1984	JAMA	Goldberg y Tomlanovich	Encuesta hombres y mujeres pacientes de la sala de emergencias del hospital general. Se analizaron también los expedientes clínicos	Epidemiología clásica
1986	<i>Violence Vict</i>	Hotaling y Sugarman	Evaluación de 97 marcadores de riesgo potencial de violencia del marido contra la esposa. Se usaron 52 estudios de casos y comparación como recurso de datos. a) Riesgo consistente b) Riesgo inconsistente c) No riesgo consistente	Epidemiología clásica
1989	<i>American Journal of Nursing</i>	Bullock y MacFarlane	Encuesta. Aplicación de cuestionarios a mujeres embarazadas	Epidemiología clásica
1989	AJPH	McCleer y Anwar	Encuesta. Aplicación de cuestionarios a pacientes de la sala de urgencias	Epidemiología clásica
1992	JAMA	<i>American Medical Association</i>	Se presentan los lineamientos para el diagnóstico y tratamiento de casos de violencia doméstica	No aplica
1992	JAMA	Sugg e Inui	Estudio cualitativo. Se llevaron a cabo entrevistas a profundidad con médicos y médicas para explorar sus barreras en la atención a las mujeres maltratadas	Modelo sociomédico

Fuente: elaboración propia

the home, violence intra-family, assault between spouses e intra spousal assault.

De los trabajos analizados en el cuadro I, sólo el de Parker y Schumacher define el *battered wife syndrome*. Se trata de un complejo síntoma de violencia en el cual la mujer ha recibido lesiones deliberadas, repetidas (más de tres veces) y graves por parte del esposo, ya sean extensas o mínimas.

Este trabajo representó el primer esfuerzo por definir y medir la violencia contra la mujer en el campo de la salud pública. Es evidente que la definición propuesta tiene limitaciones notorias, una de ellas la necesidad de utilizar un término de la medicina, como el concepto de *síndrome*,^{*} para legitimar su abordaje desde la perspectiva de la salud pública. Sin embargo, es posible señalar varios elementos de la definición que aún son cruciales para el estudio del problema de interés: a) la clasificación de las lesiones que produce la violencia contra las mujeres (graves o no graves); b) la intención de producir lesiones (lo cual se diferencia de las lesiones accidentales); y c) el patrón de repetición del uso de la violencia por parte de la pareja masculina en contra de la mujer.

La definición de Parker y Schumacher del síndrome, con fines de investigación, tiene problemas de ambigüedad y operación, por lo que más tarde se abandonó el uso del término. En los noventa, el concepto de síndrome estaba completamente en desuso. No obstante, estas autoras no fueron las únicas en utilizar el concepto de síndrome para el análisis del problema del maltrato a las mujeres; por esos mismos años (1979) aparece el libro *The Battered Woman*, publicado por Leonor Walker, en el que comienza a describirse el síndrome de la mujer golpeada.[‡] Años más tarde, en 1984, la autora publicó otro de los trabajos clásicos en el campo: *The Battered Woman Syndrome*.¹⁶ Este trabajo puede considerarse como el aporte de la psicología clínica al entendimiento de la violencia doméstica contra la mujer.[§]

* La palabra síndrome se relaciona con un conjunto de síntomas que se presentan juntos; además, éstos son característicos de una enfermedad o un cuadro patológico determinado, provocado en ocasiones por la concurrencia de más de una enfermedad: el médico trata de establecer la fisiopatología del síndrome que aqueja al enfermo.

‡ Battered woman syndrome describes a pattern of psychological and behavioral symptoms found in women living in battering relationships. There are four general characteristics of the syndrome:

1. The woman believes that the violence was her fault.
2. The woman has an inability to place the responsibility for the violence elsewhere.
3. The woman fears for her life and/or her children's lives.
4. The woman has an irrational belief that the abuser is omnipresent and omniscient.

§ En realidad, este síndrome se ha empleado como argumento de defensa en los casos que llegan a la corte desde la década de 1970 en Estados Unidos de América. El movimiento feminista logró la absolución o atenuantes en los casos de mujeres golpeadas que mataban a sus maridos.

Un aspecto que vale la pena mencionar es la referencia que hacen Parker y Schumacher a los estudios de Murray A. Strauss y Richard Gelles, del *Family Research Laboratory*^{*} y del estudio publicado por Snell y colaboradores en 1964.^{‡,17} Estos trabajos muestran la forma en que la sociología y la psiquiatría contribuyeron a la producción de conocimiento para el entendimiento del problema de la VDCM, lo que impactó directamente en el campo de la salud pública. Los estudios de Strauss y Gelles dieron origen a las primeras cifras de la prevalencia de violencia en las familias estadounidenses; este equipo levantó la primera encuesta nacional sobre el tema.¹⁸

Sin embargo, pese a que el problema de la VDCM ya era motivo de debate y análisis en el medio académico, la salud pública como campo de estudio no lo reconocía como problema de su competencia y, en consecuencia, no se estudiaba desde esta perspectiva. Esta afirmación se sustenta a través del comentario editorial realizado en *American Journal of Public Health*, escrito por Friedman en 1977. La autora señala la necesidad de que exista más investigación en el campo que permita documentar la prevalencia del maltrato a las mujeres y, sobre todo, el impacto a la salud. Desde entonces se señaló el papel preponderante del equipo de salud como primera instancia para identificar a las mujeres que acudieran lesionadas a las salas de urgencia y a la consulta regular.

La epidemiología: una herramienta para mostrar la magnitud del problema[§]

A partir de la búsqueda realizada pudo identificarse que las décadas de los setenta y ochenta fueron, sin lugar a dudas, un periodo de producción de evidencia

* Fundado por Strauss en 1968 en la Universidad de New Hampshire. Él es en verdad el autor de la escala más famosa y usada en el mundo para medir la violencia entre las parejas (*The conflict tactics (CT) Scale*, 1979). El sustento conceptual de esta escala, como su nombre lo indica, es la teoría del conflicto, cuyos teóricos consideran al conflicto como parte inevitable de la vida humana. La familia, por supuesto, no escapa a dicha confrontación constante entre sus miembros. La versión original cuenta con 19 reactivos.

‡ Psiquiatras que trabajaban en una clínica en la División de Medicina Legal que atendía a abusadores remitidos por la corte en Commonwealth, Massachusetts.

§ Si bien existen diversas definiciones de epidemiología, en este trabajo se considera la propuesta de López-Moreno, Garrido-Latorre y Hernández-Ávila (2000), quienes señalan que "La epidemiología es la rama de la salud pública que tiene como propósito describir y explicar la dinámica de la salud poblacional, identificar los elementos que la componen y comprender las fuerzas que la gobiernan, a fin de intervenir en el curso de su desarrollo natural. Actualmente, se acepta que para cumplir con su cometido la epidemiología investiga la distribución, frecuencia y determinantes de las condiciones de salud en las poblaciones humanas así como las modalidades y el impacto de las respuestas sociales instauradas para atenderlas."

empírica de corte epidemiológico clásico. Esto resulta comprensible si se consideran los cuatro pasos fundamentales utilizados en salud pública para identificar un problema. El primero de ellos consiste en documentar su magnitud.

En este sentido, los intereses de investigación se centraron en realizar estudios que revelaran la magnitud, la caracterización de la violencia y su impacto en la salud. En este periodo se plantearon las siguientes preguntas de investigación: ¿qué grupos poblacionales tenían mayor riesgo de sufrir violencia por parte de la pareja?, ¿qué proporción del total de mujeres vivía o había vivido alguna experiencia de violencia?, ¿cuál era la tipología de la violencia sufrida?, ¿cuál era el impacto de la violencia en la salud de las mujeres? El modelo que mejor respondía estas preguntas indiscutiblemente fue el modelo de la epidemiología clásica.

Sin embargo, no es sino hasta los años noventa que los estudios de prevalencia tienen su auge a escala mundial, lo que puede apreciarse en una selección de la literatura que realizó la Organización Mundial de la Salud para su informe mundial sobre la violencia¹⁹ y en el trabajo publicado por Heise en 1994.²

Por su parte, en América Latina se empezaron a realizar en ese mismo periodo los primeros estudios en el campo. En México, la revista *Salud Pública de México* publicó el primer estudio sobre el tema en 1993;²⁰ en 1994 lo hizo *Cadernos de Saúde Publica* de Brasil,² mientras que en la *Revista de Saúde Publica* de Brasil esto ocurrió en 1998.²¹

Aportes del modelo sociomédico al problema de la VDCM

El modelo sociomédico, cuyo énfasis se centra en el proceso *salud-enfermedad-respuesta social*, empezó a generar evidencia empírica que abordaron diferentes dimensiones del problema de la VDCM.*

El sector académico comenzó a plantear nuevas preguntas de investigación en los países desarrollados y con amplia trayectoria en la generación de evidencia empírica; ya no era necesario demostrar la magnitud del problema sino profundizar en los determinantes,

además de llevar a cabo investigación que mostrara la eficacia de las políticas y programas recién instituidos, es decir, evaluar la respuesta social al problema de la VDCM. Un elemento sustancial fue indagar acerca de lo siguiente: ¿cómo respondía el personal médico ante las mujeres maltratadas?, ¿aplicaba la nueva normatividad?, ¿cuáles eran las barreras de las propias mujeres maltratadas para hablar del maltrato?, ¿cuáles son las barreras de los médicos y del personal de salud en general para tratar la violencia con sus pacientes mujeres?

En 1992, la *American Medical Association* publicó en JAMA un trabajo en el que destacaba la importancia de que los practicantes de la medicina conocieran el problema de la violencia contra las mujeres, para ofrecer una mejor atención a sus pacientes cuando éstas acudieran con lesiones, visibles u ocultas, de maltrato.²² En ese mismo año aparece el trabajo de Sugg e Inui,²³ en el que se identificaron las barreras entre médicos del primer nivel de atención en torno de la incomodidad para tocar el tema abiertamente con la paciente; el temor de ofenderla; la carencia de “herramientas” para ayudarla en forma adecuada; la sensación de “pérdida de control” por parte del personal médico, por su incapacidad de regular la conducta de la paciente y su capacidad para tomar decisiones en las circunstancias de su vida.

Esta nueva evidencia reveló la subjetividad subyacente de los actores llamados a la acción, en este caso el personal médico, y sus dificultades *culturales* para intervenir, documentar y analizar la situación. Los estudios de Kleiman,²⁴ Hahn,²⁵ entre otros, que analizaron la subcultura médica, sobre todo desde la perspectiva de la antropología médica, fueron sustanciales para entender por qué a pesar de la institucionalización de la atención de la VDCM, ésta no la reconocían los médicos como área de su competencia. Muchos autores han intentado desentrañar la manera en que se contraponen la subcultura médica a las necesidades de atención de las mujeres maltratadas.

Esta línea de investigación se enfoca en los obstáculos que impiden a los médicos confrontar el problema de la violencia doméstica con sus pacientes maltratadas. La sensación de pérdida de control está estrechamente relacionada con la formación profesional y con el significado que se le atribuye a la intervención médica, en la que las herramientas terapéuticas (fármacos y procedimientos quirúrgicos) están supeditadas casi de manera absoluta a su voluntad, pero son del todo inútiles para intervenir en casos de violencia.²⁶

Conclusión

El panorama presentado muestra que la década de los setenta fue el inicio del posicionamiento del problema

* Hay que mencionar que en el modelo sociomédico existen diferentes enfoques para analizar el proceso salud-enfermedad-atención, y esto no puede soslayarse, dado que las hipótesis subyacentes son distintas. El modelo materialista-histórico señala que el proceso salud-enfermedad es diferente para cada grupo social, según sean el contexto histórico, el modo de producción y la pertenencia de clase. En el modelo neoconservador, la hipótesis señala que el perfil epidemiológico resulta de factores biológicos, psíquicos, sociales y culturales que operan de forma jerárquica en diferentes niveles de determinación (Arredondo, 1993).

de la violencia doméstica contra las mujeres en las principales revistas anglosajonas de salud pública y que el principal modelo teórico utilizado fue el de la epidemiología clásica, de acuerdo con la clasificación que propuso Arredondo en 1993.

Por otro lado, la evidencia revisada en este trabajo permite identificar el papel que otras disciplinas, como la sociología, psicología, historia, antropología y psiquiatría, han aportado a la salud pública para el avance del conocimiento del problema de la VDCM para que ésta obtenga finalmente reconocimiento como un problema de salud pública. Esto sucedió no sólo en lo que se refiere a la violencia de género, sino a la violencia social en general.¹

Pese a ello, no puede ignorarse que dicho reconocimiento ocurre sobre todo a nivel *macro*, es decir, en las esferas de poder de las organizaciones e instituciones internacionales y nacionales, pero no así en los niveles operativos de quienes instituyen los programas y políticas, ya sea personal de salud,^{27,28} o tomadores de decisiones locales. Este distanciamiento entre el conocimiento teórico y académico y la actividad cotidiana de los actores sociales participantes se ha documentado²⁹ de modo amplio y se puede analizar desde distintos ángulos, por ejemplo como un problema de aplicación de políticas, al identificar los obstáculos a escala organizacional, presupuestal, institucional o política.³⁰ También puede analizarse desde un abordaje cultural, en el sentido antropológico del término, es decir, lo que Hahn²⁵ denomina subcultura médica para referirse a un sistema cultural enfocado en los médicos, cuyos miembros comparten un sistema de creencias, valores y reglas. El autor señala que existen cuatro componentes que definen a un sistema cultural y subcultural: a) un campo de conocimiento y creencia; b) un sistema de valores e ideales de conducta; c) un sistema organizado de enseñanza de ese campo y sus propios valores culturales para reclutar a otros miembros; y d) un escenario, normas de conducta y práctica en el cual dichas creencias, valores y enseñanzas se ponen en juego.

Por último, es importante mencionar que este distanciamiento o discordancia entre el conocimiento y las políticas públicas no es privativo de México o una región en particular, ni tan sólo se relaciona con la violencia de género. Es más bien una constante en diferentes contextos y realidades en el plano mundial y se expresa también con otros tipos de violencia, como la social, y el estudio de los accidentes.³¹

En suma, puede señalarse que según lo propuesto por la OMS (2003) en su informe mundial, el sector académico, los especialistas en salud pública y la sociedad en su conjunto tienen la obligación de desarrollar intervenciones colectivas destinadas a reducir la violencia en

cualquiera de sus formas. Hoy en día es una obligación desarrollar medidas de prevención para los niveles primario, secundario y terciario. Afrontar la violencia de manera ecológica supone el desarrollo de estrategias en distintas escalas: analizar los factores individuales de riesgo; influir en las relaciones personales y promover los ambientes familiares saludables; vigilar los espacios públicos, corregir las desigualdades por condición de género; y, por último, afrontar los grandes factores culturales, sociales y económicos que contribuyen a la violencia.

Referencias

1. Minayo MCS. A violencia social sob a perspectiva da Saúde Pública. *Cad Saúde Publica* (Rio de Janeiro) 1994;10(Suppl. 1):07-18.
2. Heise L. Violencia e género: una epidemia global. *Cad Saúde Publica* 1994;10(Suppl. 1):135-45.
3. Kish Sklar K, Lustig S. How have recent social movements shaped civil rights legislation for women? The 1994 Violence against Women Act. State University of New York at Binghamton. [Consultado 2007, dic. 21]. Disponible en: <http://www.binghamton.edu/womhist/staff.htm#sklar>.
4. Saucedo I. La experiencia de las ONG en el trabajo sobre violencia sexual y doméstica. En: Las organizaciones no gubernamentales mexicanas y la salud reproductiva. Soledad González Montes (comp.). México: El Colegio de México, 1999:75-95.
5. Valdez R. Del silencio privado a las agendas públicas, el devenir de la lucha contra la violencia doméstica en México. En: Marta Torres (comp.) La violencia contra las mujeres en contextos urbanos y rurales. México: El Colegio de México, 2004.
6. Organización Mundial de la Salud. La violencia, un problema mundial de salud pública. En: Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R (eds.). OMS: Informe Mundial sobre la violencia y la salud. Ginebra, 2002 pp. 3-23.
7. Arredondo A. Marcos conceptuales en salud pública. Modelos, paradigmas o propuestas disciplinarias. *Cuad Méd Soc* 1993;XXXIV(2-3):29-36.
8. Post RD, Willett AB, Franks RD, House RM, Back SM, Weissberg MP. A preliminary report on the prevalence of domestic violence among psychiatric inpatients. *Am J Psychiatry* 1980;137(8):974-5.
9. Mitchell RE, Hodson CA. Coping with domestic violence: social support and psychological health among battered women. *Am J Community Psychol* 1983;11:629-654.
10. Claerhout S, Elder J, Janes C. Problem-solving skills of rural battered women. *Am J Community Psychol* 1982;10(5):605-12.
11. Oswald I. Domestic violence by women. *Lancet* 1980;1253:1254.
12. Parker B, Schumacher DN. The battered wife syndrome and violence in the nuclear family of origin: a controlled pilot study. *Am J Public Health* 1977;67:760-761.
13. Friedman KO. The image of battered women. *Am J Public Health* 1977;67:722-723.
14. Goldberg WG, Tomlanovich MC. Domestic violence victims in the emergency department. New findings. *JAMA* 1984;251(24):3259-3264.
15. Ramírez JC. La violencia de varones contra sus parejas heterosexuales: realidades y desafíos. Un recuento de la producción mexicana. *Salud Publica Mex* 2006;48:1-13.
16. Walker L. The Battered Woman Syndrome. USA: Springer, 1984:95-97.
17. Snell J, Rosenwald R, Robey A. The wifebeater's wife. A study of family interaction. *Arch Gen Psy* 1964;11:107-112.

18. Straus M, Gelles R, Steinmetz S. Behind closed doors. Violence in the american family. New York: Anchor Press, 1981:287.
19. World Health Organization. Violence against women. A priority health issue. WHO: Geneva, 1997.
20. Ramírez JC, Uribe G. Mujer y violencia: un hecho cotidiano. Salud Publica Mex 1993;35:148-160.
21. Hasselman MH, Lopes C, Reicheinheim M. Confiabilidad das aferições de estudio sobre violência familiar e desnutrição severa na infância. Rev Saude Publica 1998;32(5):437-446.
22. Council on Scientific Affairs. Violence against women: relevance for medical practitioners. JAMA 1992;267(23):3190-3.
23. Sugg NK, Inui T. Primary care physicians' response to domestic violence. JAMA 1992;267(23):3157-3160.
24. Kleiman AM. Patients and healers in the context of the culture. Berkeley: University of California Press, 1980.
25. Hanh AR. Sickness and healing. An antropological perspective. New Haven: Yale University Press, 1995.
26. Herrera C, Rajsbaum A, Agoff C, Franco A. Entre la negación y la impotencia: prestadores de servicios de salud ante la violencia contra las mujeres en México. Salud Publica Mex 2006;48(Supl. 2):259-267.
27. Valdez-Santiago R. Respuesta médica ante la violencia que sufren las mujeres embarazadas. En: Marta Torres (comp.) La violencia contra las mujeres en contextos urbanos y rurales. México: El Colegio de México, 2004.
28. Herrera C, Agoff C. Dilemas del personal médico ante la violencia de pareja en México. Cad Saúde Publ (Rio de Janeiro) 2006;22(11): 2349-2357.
29. Fernández Moreno S. Violencia de género en las prácticas institucionales del personal de salud de una institución hospitalaria de la red pública de atención del Distrito Federal, México. Tesis doctoral, México DF: 2008. UAM-Xochimilco.
30. Herrera C. La violencia doméstica contra las mujeres como problema público. Discursos sociales en el diseño de políticas de salud y en los prestadores de servicios médicos. Tesis doctoral. México DF: FLACSO, 2007.
31. Minayo MCS. A difícil e lenta entrada da violência na agenda del sector saude. Cad Saúde Publica 2004;20(3):646-647.