

ORIGINALES

Actitudes y actuación de los médicos de familia del Servicio Murciano de Salud en relación con la violencia de género

Rosario Morales López. Centro de Salud Cartagena-Oeste. Gerencia Área II. Servicio Murciano de Salud

José Jesús Guillén Pérez. Departamento de Ciencias Sociosanitarias. Universidad de Murcia

José López González. Centro de Salud Cartagena-Este. Gerencia Área II. Servicio Murciano de Salud

Ruth Manrique Medina. Unidad Docente Multiprofesional Cartagena-San Javier. Servicio Murciano de Salud

Sandra Jiménez Rejón. Centro de Salud La Unión. Gerencia Área II. Servicio Murciano de Salud

Para contactar

Rosario Morales López: rmoraleslopez@hotmail.com

RESUMEN

Objetivo principal: describir las actitudes de los médicos de familia del Servicio Murciano de Salud frente a la violencia de género (VG).

Método: estudio descriptivo, transversal, realizado en 2014 mediante cuestionario autoadministrado manuscrito a especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria de centros públicos de Atención Primaria (AP) del Servicio Murciano de Salud (n = 828). Muestreo aleatorio sistemático estratificado por áreas sanitarias (n = 263).

Análisis estadístico: descriptivo de frecuencias, porcentajes, media, desviación típica.

Resultados principales: se recibieron 264 cuestionarios que suponen el 81,73% de los enviados. Los médicos de familia consideran la VG no como un problema privado, sino social y sanitario. Indagan con poca frecuencia sobre la existencia de VG en la consulta de AP. Las principales barreras referidas por ellos para indagar están constituidas por la falta de tiempo, por no saber cómo preguntar sobre este problema y por el miedo a ofender a las pacientes. Refieren cumplir con las obligaciones legales básicas y están concienciados de la necesidad de intervenir con los hijos de la víctima, así como con los agresores.

Conclusión fundamental: Los médicos de familia tienen una actitud positiva frente al abordaje de la VG en AP, pero son necesarios más tiempo y mayor formación para mejorar la atención a la víctima.

Palabras clave: violencia de género, actitud, médicos de familia.

ATTITUDES AND PROCEDURES OF FAMILY PHYSICIANS FROM THE MURCIAN HEALTH SERVICE REGARDING GENDER VIOLENCE

Abstract

Objective: To describe the attitude of family physicians from the Murcian Health Service to gender violence.

Methods: A descriptive, cross-sectional study conducted in 2014 using a self-administered, hand-written questionnaire sent to family and community physicians at primary care centres in the Murcia Health Service (N = 828). Systematic stratified random sampling by health areas (n = 263). Statistical analysis: description of frequency, percentages, mean and standard deviation.

Results: We received 264 questionnaires which accounted for 81.73% of those sent. Family physicians don't consider gender violence as a private problem but as a social and health problem. They rarely enquire about the existence of gender violence when seeing patients at their primary care surgeries. The main barriers reported as preventing them from investigating this problem were lack of time, not knowing how to ask about this problem and being afraid of offending patients. Family physicians stated that they observed their basic legal obligations and were aware of the need to intervene with the sons and daughters of the victim and aggressor.

Conclusions: Family physicians have a positive attitude about dealing with gender violence in primary care but they need more time and training to improve care for the victim.

Key words: gender violence, attitude, family physicians.

INTRODUCCIÓN

La VG es un grave problema de salud pública en todo el mundo. Se ha documentado en todos los países donde se ha estudiado y en todos los grupos

sociales, económicos, religiosos y culturales¹.

En datos globales y regionales publicados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2013², se puso de manifiesto que, en el mundo, el 30% de las mujeres que alguna vez han tenido pareja han experimentado violencia física o sexual por su parte.

Fue definida por la Organización de Naciones Unidas (ONU) en 1993 como «todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico, incluso las amenazas de tales actos, la coacción o privación arbitraria de la libertad, tanto si se produce en la vida pública como privada»³.

Es un tipo de violencia que se gesta y se mantiene en base a construcciones culturales y sociales, más allá de las puramente individuales⁴, y su naturaleza es variada, pudiéndose infligir en forma de maltrato físico, psicológico, sexual y socioeconómico.

Supone una amenaza para la vida de las mujeres⁵ y tiene graves repercusiones tanto en su salud⁶ como en la de sus hijos e hijas^{7,8}.

La AP es clave para la detección e intervención de mujeres víctimas de VG, dada la accesibilidad a las consultas y a las características de continuidad y atención integral que le son propias. De hecho, las víctimas mortales de VG han tenido frecuentes contactos con los servicios sanitarios antes de ser asesinadas, por lo que estos favorecen las oportunidades para prevenir el feminicidio por parte de los médicos de familia⁹.

En los resultados de estudios realizados en España en AP, los datos de prevalencia de VG varían desde el 26,2% hasta el 51,5%, según las distintas investigaciones en diferentes localizaciones geográficas y con diversos métodos de investigación¹⁰⁻¹³.

En la Región de Murcia no tenemos datos de prevalencia de VG en AP en el momento actual, pero la detección de las mujeres víctimas de VG se ha incluido recientemente en un subprograma llamado Atención al Malestar Biopsicosocial de la Mujer, que se incluye en el Programa Integral de Atención a la Mujer (PIAM)¹⁴, lo que implica que debemos estar alerta al encontrarnos con mujeres que presenten factores de riesgo o datos clínicos compatibles.

Durante 2013, en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia (CARM) se impartieron seis actividades formativas básicas dirigidas a AP, con un total de 24 horas lectivas, a las que acudieron 94 asistentes, siendo en mayor medida mujeres, enfermeras y especialistas en formación¹⁵.

En este punto es donde nos planteamos cuál es la situación en la que se encuentran los médicos de familia que trabajan en el Servicio Murciano de Salud de cara a afrontar la detección y la asistencia a las mujeres víctimas de VG.

OBJETIVOS

Los objetivos del presente estudio son describir las actitudes (concienciación, motivación) de los médicos de familia del Servicio Murciano de Salud, explorar los motivos que puedan ser un obstáculo para el abordaje de este problema en la asistencia médica dentro de la consulta de AP y averiguar cuáles son sus comportamientos en referencia a la mujer víctima de VG en cuanto a valoración, intervención y derivación, así como respecto a sus hijos y el agresor.

MÉTODOS

La investigación se desarrolló en 2014 mediante un estudio observacional, descriptivo y transversal con metodología cuantitativa para llevar a cabo en el ámbito de AP. Se incluyó a los especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC) que trabajan en centros sanitarios públicos de AP del Servicio Murciano de Salud (SMS) (n = 828). Para conseguir una precisión (e) del 5%, confianza (ic) del 95% y una proporción esperada (p) del 50%, se calculó el tamaño muestral (n = 263).

A partir de la relación de los médicos de familia por Código Identificador de Área Sanitaria (CIAS) en el momento del estudio, se seleccionó la muestra mediante aleatorización sistemática estratificada con un reparto proporcional según el número de especialistas en MFyC de cada una de las nueve áreas sanitarias que integran el SMS.

Se distribuyeron 309 cuestionarios (con una previsión de pérdidas del 15%) a través de las gerencias de área de las nueve áreas que constituyen el SMS y se realizaron recordatorios para su cumplimentación a los médicos de familia integrantes de la muestra a través de dichas gerencias, de la Sociedad Murciana de Medicina Familiar y Comunitaria (SMUMFyC) y, más personalmente, a través de los coordinadores médicos de los centros de salud y de los profesionales responsables de VG de cada centro de salud mediante comunicación telefónica y por correo electrónico.

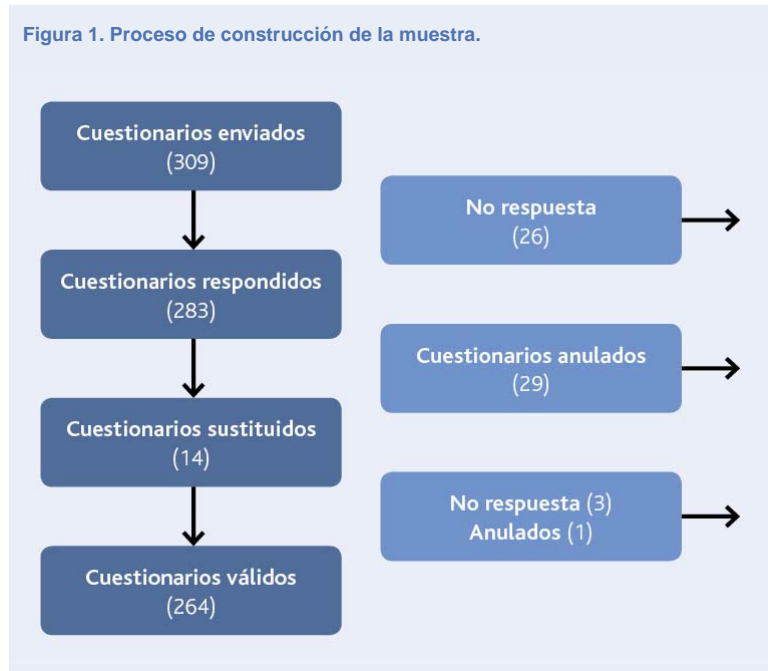
Se utilizó un cuestionario autoadministrado que se ajustaba a los objetivos de nuestro estudio y que había sido utilizado para una investigación semejante en la Comunidad Autónoma de Castilla y León¹⁶. Dicho cuestionario incluye variables sociodemográficas (edad, sexo, estado civil) y profesionales (ámbito urbano o rural, área sanitaria), y escala de actitudes constituida por 30 preguntas repartidas en seis dimensiones. Cada pregunta tiene cinco opciones de respuesta tipo Likert (donde la opción 1 denota el máximo acuerdo con la variable y la opción 5 el mínimo). Se realizó estudio estadístico usando el programa SPSS 21.0 para Windows: descriptivo de frecuencias, porcentajes, media y desviación típica.

RESULTADOS

Se recibieron 283 cuestionarios, de los cuales fue preciso descartar 29 por diversas causas: mala cumplimentación, señalar más de una posibilidad de los ítems de la escala Likert, ausencia de datos sociodemográficos, etc.

En estas ocasiones se incluyó de forma intencional otro médico de familia de la misma zona sanitaria en sustitución del autor del cuestionario anulado. El total de cuestionarios enviados fue de 323 y los válidos que constituyeron la muestra real fueron 264 (figura 1), correspondientes a una tasa de respuesta válida del 81,73%.

Figura 1. Proceso de construcción de la muestra.



Datos sociodemográficos y de ejercicio profesional: los médicos de familia de la muestra tienen una edad media de 50,3 años (DS 8,1), 126 hombres (47,7 %) y 138 mujeres (52,3%). Respecto al estado civil, hay 45 solteros (17%), 199 casados (75,4%) y 20 (7,6%) en otro estado (separación matrimonial, divorcio).

Desarrollan el trabajo en ámbito urbano 167 especialistas en MFyC (63,5%), mientras que 96 (36,5%) lo hacen en el ámbito rural.

Los médicos de familia encuestados reconocen que nunca o casi nunca preguntan a sus pacientes sobre la eventualidad de ser víctimas de VG en un 41,65% (110 médicos), aunque 4 lo hacen siempre (1,51%), 16 casi siempre (6,06%), 134 a veces (50,75%).

En la dimensión que valora cómo consideran el problema de la VG, encontramos que el 93,9% de los médicos de familia manifiestan estar en desacuerdo o totalmente en desacuerdo con que **se trate de un problema de ámbito privado que atañe solo a la pareja**, frente al 3% que está de acuerdo o totalmente de acuerdo. Sin embargo, están de acuerdo o totalmente de acuerdo con que **se trate de un problema sanitario** en el 76,5% casos, mientras que un 12,5% no está de acuerdo ni en desacuerdo y un 11% muestra desacuerdo o total desacuerdo en esta cuestión. Asimismo, un 97,3% manifiesta acuerdo o total acuerdo con la consideración de que la VG es un **problema social**.

Al preguntar sobre los motivos que más frecuentemente dificultan al médico de familia la indagación sobre VG, encontramos que:

1. Motivos de índole emocional:

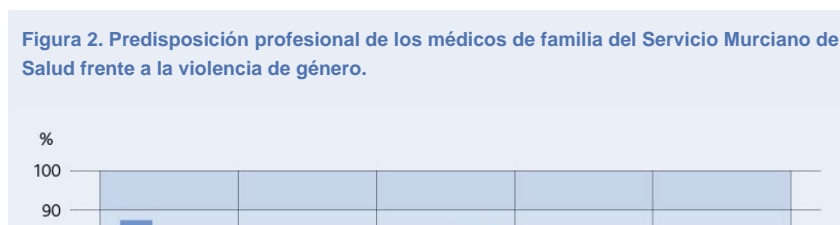
- a. **Preocupación por no poder controlar la reacción de la víctima:** un 9,8% de médicos de familia están de acuerdo o totalmente de acuerdo, mientras el 15,9% no está de acuerdo ni en desacuerdo, y el 72,4% muestra desacuerdo o total desacuerdo al respecto.
- b. **Incomodidad e inseguridad para tratar estos temas con los pacientes:** un 17,8 % de médicos de familia está de acuerdo o totalmente de acuerdo, 16,7% no está de acuerdo ni en desacuerdo, y el 65,5% manifiesta desacuerdo o total desacuerdo.
- c. **Miedo a ofender a los pacientes:** un 18,9% de médicos de familia está de acuerdo o totalmente de acuerdo, mientras que el 22,3% no está de acuerdo ni en desacuerdo y el 58,7% muestra desacuerdo o total desacuerdo.
- d. **No saber cómo preguntar acerca de este problema:** un 72,4% de profesionales está de acuerdo o totalmente de acuerdo, mientras que el 15,9 % no está de acuerdo ni en desacuerdo, y el 9,8% revela desacuerdo o total desacuerdo.

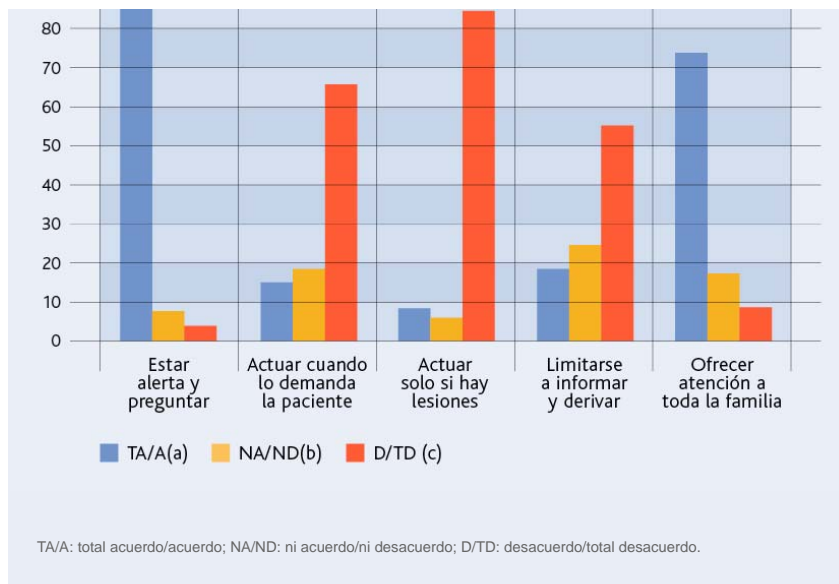
2. Razones relacionadas con cuestiones operativas:

- a. La consideración de que **no es una cuestión médica, sino de la o del Trabajador Social:** un 5,7% de profesionales está de acuerdo o totalmente de acuerdo, mientras que el 15,5% no está de acuerdo ni en desacuerdo, y el 78,8% muestra desacuerdo o total desacuerdo.
- b. **No tener el tiempo exigido para tratar este tema en la consulta:** el 25,4 % de profesionales está de acuerdo o totalmente de acuerdo, 16,7% no está de acuerdo ni en desacuerdo, y el 58% manifiesta desacuerdo o total desacuerdo.
- c. **Preferir no preguntar al no poder ofrecer soluciones aunque se detecte VG:** un 11,7% de médicos de familia está de acuerdo o totalmente de acuerdo, mientras el 11,7% no está de acuerdo ni en desacuerdo y el 76,5% dice estar en desacuerdo o total desacuerdo.
- d. **Por las obligaciones judiciales que conlleva posteriormente su detección:** el 11,4% de profesionales está de acuerdo o totalmente de acuerdo, mientras el 15,2% no está de acuerdo ni en desacuerdo y el 73,5% revela desacuerdo o total desacuerdo.

En la figura 2 aparece reflejada la predisposición a actuar frente a la VG de los médicos de familia.

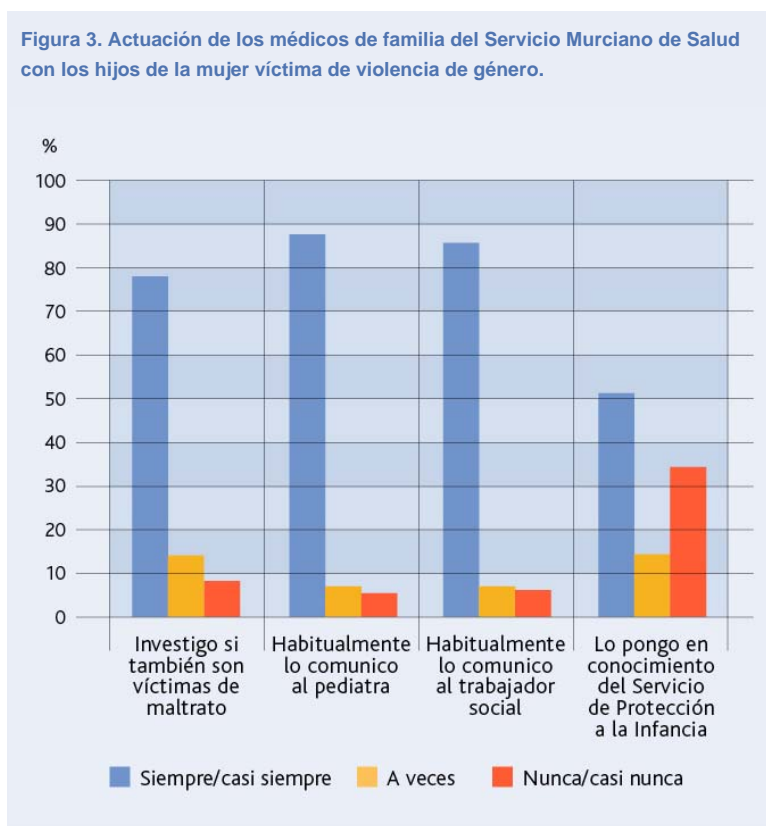
Figura 2. Predisposición profesional de los médicos de familia del Servicio Murciano de Salud frente a la violencia de género.





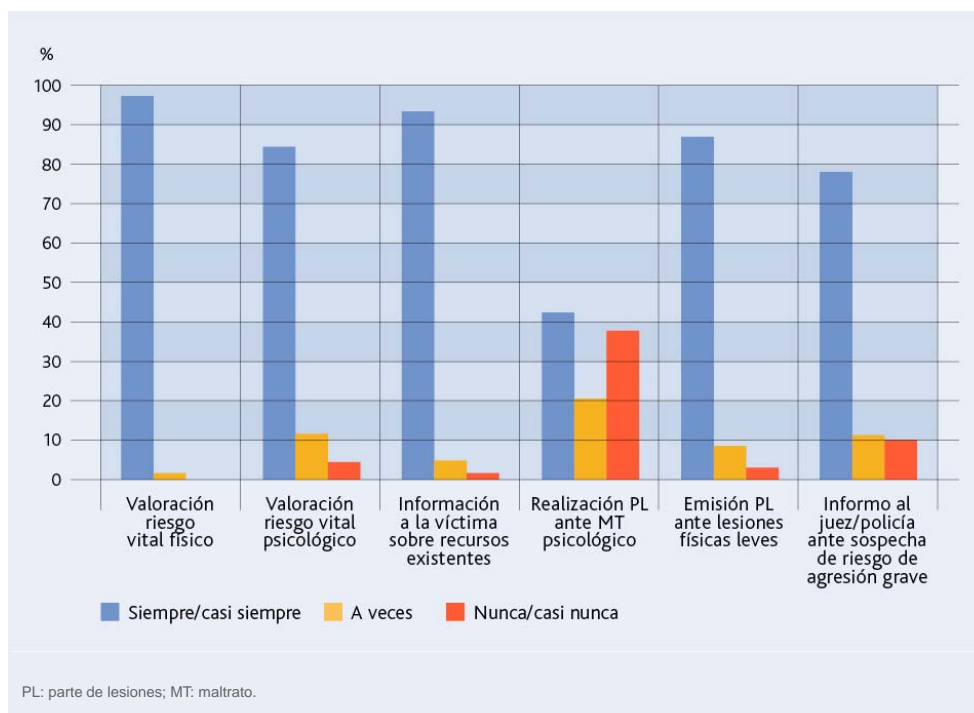
Cuando examinamos la actitud de los médicos de familia con el agresor, descubrimos que el 8% de ellos expresa total acuerdo o acuerdo con la afirmación **«Las personas violentas me producen gran rechazo, por lo que, si puedo, le invito a cambiarse de médico»**, mientras que un 27,7% no presenta acuerdo ni desacuerdo y un 64,4% declara desacuerdo o total desacuerdo con tal afirmación. En relación con la afirmación **«No procede por mi parte ninguna actuación con él»**, el 12,5% está totalmente de acuerdo o expresa su acuerdo, el 25,5% no indica acuerdo ni desacuerdo y el 62,5% señala su desacuerdo o total desacuerdo. Respecto al enunciado **«Le proporciono orientación y consejo»**, el 59,5% declara total acuerdo o acuerdo, el 31,1% no señala acuerdo ni desacuerdo y 9,5% está en desacuerdo o total desacuerdo. Y, por último, en relación con la aseveración **«Contacto con él para entrevistar»**, el 38,6% muestra su total acuerdo o acuerdo, el 30,3% no presenta acuerdo ni desacuerdo y el 31,1% indica que está en desacuerdo o total desacuerdo.

Otro aspecto explorado es el que se refiere a la actuación con los hijos e hijas de la víctima: si se investiga si también sufren maltrato y los profesionales con los que se comparte la información (figura 3).



La investigación de las actuaciones de los médicos de familia frente a casos concretos de VG en lo que se refiere a la valoración de la víctima y desempeño de obligaciones legales se especifica en la figura 4.

Figura 4. Valoración de la mujer víctima de violencia de género y actuaciones legales frente a la violencia de género de los médicos de familia del Servicio Murciano de Salud.



DISCUSIÓN

Hemos obtenido una alta tasa de respuesta frente a otros estudios¹⁷, hecho que atribuimos a la buena colaboración de los profesionales.

Los médicos de familia que han intervenido y que representan a la población de médicos de familia del SMS tienen una edad media alta, casi hay el mismo número de hombres que mujeres, están casados en su mayoría, trabajan con más frecuencia en el ámbito urbano y se ven sometidos a una elevada presión asistencial que ocupa en atención directa a los pacientes un tiempo próximo al 80% de la jornada laboral, con el 20% restante para actividades burocráticas, formativas y de investigación.

Consideran la VG sobre todo un problema social y sanitario, y no creen que sea un problema exclusivo del ámbito privado de la pareja, de lo que se deduce su postura positiva frente a la VG y su responsabilidad en el abordaje de la misma, coincidente con investigaciones realizadas en Valladolid¹⁶, Madrid¹⁷ y el Reino Unido¹⁸. Como se ha visto en otros estudios, hay buena predisposición a detectar la presencia de VG, pero se pregunta poco sobre ella en la consulta de AP, tal vez por algunos déficits formativos y falta de seguridad para el abordaje¹⁶.

Los especialistas en MFyC pueden realizar tareas de prevención primaria a través de actividades comunitarias, y su papel fundamental en la consulta diaria es estar alerta para identificar a mujeres en riesgo de sufrir violencia y, sobre todo, a aquellas en situación de maltrato, siguiendo las recomendaciones de asociaciones científicas e, incluso de la OMS¹⁹, con base en la evidencia existente hasta el momento. La finalidad es darles la atención que requieren y que ellas están dispuestas a aceptar, ya que no todas las mujeres tienen las mismas necesidades, y una misma mujer puede precisar distintas ayudas en cada momento del proceso de la violencia. Ello implica un correcto manejo de la situación, para lo que es preciso tener formación amplia, incluyendo las consiguientes pautas de derivación a otros recursos si fuera preciso; de hecho, la capacitación mejora la atención a las mujeres víctimas de VG por parte de los profesionales de AP²⁰.

Parece claro que los médicos de familia piensan que el problema no es exclusivo de los trabajadores sociales, lo que refleja el convencimiento de su papel en el abordaje del problema, y tienen claro que deben estar alerta y preguntar sobre factores de riesgo, y no preguntar solo cuando hay lesiones y si las circunstancias asistenciales lo permiten. Los cauces de intervención establecidos para la mujer y los hijos víctimas están claros, no es tanto así para el agresor, ya que las experiencias en este campo se han desarrollado básicamente en medios comunitarios y penitenciarios²¹.

En la actuación con los hijos predomina la investigación para conocer si son víctimas también, así como la derivación a pediatría y a los trabajadores sociales con frecuencias semejantes, lo que evidencia el enfoque sistémico de la asistencia de los médicos de familia y que estos son los recursos más accesibles en los centros de salud.

En la actuación con la víctima, lo que más frecuentemente se realiza es valorar el riesgo vital físico e informar sobre los recursos sociales; menos frecuente es realizar el parte de lesiones en el maltrato psicológico, pero aun así es una actuación que se lleva a cabo en porcentaje superior al que encontramos en la bibliografía¹⁶, hecho que interpretamos como una traducción de la subjetividad, en tanto que pueden ser afirmaciones derivadas del convencimiento de lo que se debe hacer, más que de lo que se hace en realidad.

Por lo tanto, detectamos oportunidades de mejora ya que el 41% de médicos de familia reconoce no preguntar nunca o casi nunca sobre VG tal vez porque el no saber cómo preguntarles supone una barrera emocional que dificulta la comunicación. Aunque no parecen percibirse grandes problemas operativos, el no tener suficiente tiempo en consulta es el que más se produce, ya que afecta a la cuarta parte de los médicos.

En pequeños porcentajes se observan algunas barreras referidas al agresor, como que en el 8% de los casos los médicos de familia admiten el posible rechazo ante este tipo de paciente, aunque debemos reconocer que no debería haber ninguno, y el 12% piensa que no procede ninguna actuación con el agresor.

Por lo tanto, es necesario, dada la importancia del problema, continuar investigando y desarrollando actuaciones en relación con la VG en ámbitos sanitarios y, concretamente, en AP. Para ello corresponde establecer procesos de formación, que no solo den información, sino que incidan en las actitudes y comportamientos, dirigidos a los médicos de AP y los residentes de MFyC que también comparten esta responsabilidad.

ASPECTOS ÉTICOS

El proyecto del estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica del Área II del SMS. Se ha ajustado a las estrictas normas éticas y legales de confidencialidad y se envió carta de explicitación del estudio y solicitud de colaboración a los participantes.

Agradecimientos

A todas las personas del SMS y de la Consejería de Sanidad de la Región de Murcia que han colaborado para llevar adelante este estudio, y, sobre todo, a los médicos de familia que han contribuido prestando su valioso tiempo respondiendo a los cuestionarios.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). La violencia infligida por la pareja y la salud de la mujer. En: Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer: primeros resultados sobre prevalencia, eventos relativos a la salud y respuestas de las mujeres a dicha violencia. Resumen del informe. Ginebra: OMS; 2005.
2. World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research, London School of Hygiene and Tropical Medicine, South African Medical Research Council. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non partner sexual violence. Geneva: World Health Organization; 2013.
3. Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. Resolución de la Asamblea General de 48/104 del 20 de diciembre de 1993. Organización de Naciones Unidas. Distr. GENERAL A/RES/48/104. 23 de febrero de 1994.
4. Heise L, Ellsberg M, Gottemoeller M. Population Information Program, Center for Communication Programs, The Johns Hopkins University School of Public Health. Ending violence against women. Population Reports .1999;27(4):1-43.
5. UNIFEM/ ONU Mujer. Femicidio, el asesinato de mujeres por el hecho de ser mujeres no es más que la punta del iceberg. [Internet.] En: Poner fin a la violencia contra mujeres y niñas: los hechos. El Objetivo de Desarrollo del Milenio sin cumplir [<http://luccaco.com/>]. Centro virtual de conocimiento para poner fin a la violencia contra mujeres y niñas. UNIFEM/ONU Mujeres [2010; 5 de junio de 2015]. Disponible en: <http://www.endvawnow.org/uploads/modules/pdf/1372349315.pdf>
6. Campbell JC. Health consequences of intimate partner violence. Lancet. 2002;359(9314): 1331-36.
7. Ayllon Alonso E, Orjuela López L, Román González Y, Czalowski S, Fernández Villanueva I, López Martín I, et al. En la violencia de género no hay una sola víctima: Atención a los hijos e hijas de mujeres víctimas de violencia de género. [Monografía en Internet.] Madrid: Save the Children; 2011. [Acceso: 1 de agosto de 2015]. Disponible en: http://www.savethechildren.es/docs/Ficheros/425/Informe-Violencia_de_genero.pdf
8. Patró R, Limiñana RM. Víctimas de violencia familiar: Consecuencias psicológicas en hijos de mujeres maltratadas. Anales de Psicología. 2005;21(1):11-7.
9. Sharps PW, Koziol-McLain J, Campbell J, McFarlane J, Sachs C, Xu X. Health care providers' missed opportunities for preventing femicide. *Prev Med.* 2001;33(5):373-80.
10. González-Losada J, Castro-García Y, Tosco-García C, Rufino-Delgado MT, Mirpuri-Mirpuri PG, García-Álvarez CD. Prevalencia de violencia de género en Atención Primaria de Santa Cruz de Tenerife. *Semergen.* 2012;38(2):87-94.
11. Aguar-Fernández A, Delgado-Sánchez M, Castellano-Arroyo JD, Luna del Castillo M. Prevalencia de malos tratos en mujeres que consultan al Médico de Familia. *Aten Primaria.* 2006; 37(4):241-42.
12. Ruiz-Pérez I, Plazaola-Castaño J, Blanco-Prieto P, González-Barranco JM, Ayuso-Martín P, Montero-Piñar MI. La violencia contra la mujer en la pareja. Un estudio en el ámbito de la Atención Primaria. *Gac Sanit.* 2006;20(3):202-8.
13. Cano LM, Berrocoso A, De Arriba L, Bernaldo de Quirós R, Alamar JD, Cardo A. Prevalencia de Violencia de Género en mujeres que acuden a consultas de Atención Primaria. *Rev Clin Med Fam.* 2010;3(1):10-7.
14. **Servicio Murciano de Salud.** Programa Integral de Atención a la Mujer. Murcia: **Consejería de Sanidad y Política Social.** Servicio Murciano de Salud. 2012.
15. Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer. VI Informe de Violencia de Género. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2014.
16. Herrero S. Conocimientos y actitudes de los médicos de familia de Castilla y León respecto a la violencia doméstica y estudio de opinión de las víctimas de maltrato en relación a su situación. [Tesis doctoral.] Valladolid: Facultad de Medicina. Universidad de Valladolid; 2011.
17. Arredondo-Provecho AB, Broco-Barredo M, Alcalá-Ponce de León T, Rivera-Álvarez A, Jiménez Trujillo I, Gallardo-Pino C. Profesionales de Atención Primaria de Madrid y violencia de pareja hacia la mujer en el año 2010. *Rev Esp Salud Pública.* 2012;86: 85-99.
18. Ramsay J, Rutterford C, Gregory A, Dunne D, Eldridge S, Sharp D, et al. Domestic violence: knowledge, attitudes, and clinical practice of selected UK primary healthcare clinicians. *BJGP.* 2012;62:647-55.
19. WHO. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines. Geneva: WHO; 2013.
20. Feder G, Davies RA, Baird K, Dunne D, Eldridge S, Griffiths C, et al. Identification and Referral to Improve Safety (IRIS) of women experiencing domestic violence with a primary care training and support programme: a cluster randomised controlled trial. 2011;378(9805):1788-95.
21. Echeburúa E, Amor PJ. Perfil psicopatológico e intervención terapéutica con los agresores contra la pareja. *Rev Esp Med Legal.* 2010;36 (3):117-21.

Volver

COMENTARIOS

[Dejar un comentario](#)

0
comentarios

Su Nombre

Su Email

Web (opcional)

Mensaje

Comentar

