

# Violencia del compañero íntimo en España

C. Vives / C. Álvarez-Dardet / P. Caballero

Departamento de Salud Pública.  
Universitat d'Alacant. España.

*Correspondencia:* C. Vives Cases. Departamento de Salud Pública.  
Edificio de Ciencias Sociales. Campus Sant Vicent del Raspeig. Apdo. 99. 03080 Alicante. España.  
Correo electrónico: carmen.vives@ua.es

*Recibido:* 17 de diciembre de 2002.  
*Aceptado:* 15 de abril de 2003.

(Intimate partner violence in Spain)

## Resumen

**Objetivo:** Estimar la mortalidad y la incidencia de las denuncias por la violencia del compañero íntimo (VCI) por grupos de edad y provincias españolas.

**Métodos:** Estudio epidemiológico, descriptivo, basado en los asesinatos registrados en la base de datos de la Federación de Mujeres Separadas y Divorciadas (1998-2001) y las denuncias por VCI del Ministerio del Interior (1997-2000). Se calculó el porcentaje de incremento producido entre las denuncias y las muertes, el riesgo de una mujer de morir y denunciar por VCI por el método acumulativo simple, las tasas de mortalidad específicas por edad y ajustadas por edad y provincias y las tasas de incidencia bruta por provincias de las denuncias por VCI. También se realizó un análisis de regresión simple para explorar la relación entre mortalidad e incidencia de las denuncias.

**Resultados:** Se observó un incremento del 27% en las denuncias y del 49% en los asesinatos desde el primer año del período al último. Durante el período de estudio una de cada 100.000 mujeres fue asesinada por VCI y una de cada 200 denunció ser víctima de VCI. Las mujeres de 22-41 años y las de 82-86 presentaron las tasas de mortalidad por VCI más altas. La mortalidad y la incidencia de las denuncias por VCI en las provincias españolas no siguió un patrón geográfico definido. No existe correlación entre la mortalidad y la incidencia de las denuncias por VCI por provincias ( $r^2$  corregida = -0,016).

**Conclusiones:** La violencia del compañero íntimo es un problema de salud pública creciente en España. Parece existir un patrón bimodal por edad en mortalidad por VCI, pero no un patrón geográfico en mortalidad e incidencia de denuncias, ni tampoco una relación entre las provincias de mayor tasa de incidencia de denuncias y las de mayor tasa de mortalidad.

**Palabras clave:** Violencia. Violencia doméstica. Mujeres maltratadas.

## Abstract

**Objective:** To estimate mortality and the incidence of formal complaints of intimate partner violence (IPV) by age groups and Spanish provinces.

**Methods:** We performed a descriptive, epidemiological study of murders by intimate partners registered in the database of the Divorced and Separated Women's Federation (1998-2001) and of formal complaints of IPV in The Home Affairs database (1997-2000). The percentage of increase in formal complaints and deaths and the individual risk of dying from IPV and of reporting this crime was calculated through the simple accumulative method, specific mortality rates by age, average rates by provinces, and specific incidence rates of formal complaints of IPV by provinces. Finally, a simple regression analysis was performed to assess the relation between mortality and the incidence of formal complaints of IPV.

**Results:** Between the first and the last year of the study, formal complaints increased by 27% and murders increased by 49%. In Spain, during the period analyzed, one out of every 100,000 women was murdered by an intimate partner and one out of every 200 women reported IPV. Women aged 22-41 years and those aged 82-86 years presented the highest rates of mortality from IPV. Mortality from IPV and the incidence of formal complaints of IPV showed no clear geographical pattern. No correlation between mortality and the incidence of formal complaints of IPV by provinces was found (corrected  $r^2$  = -0.016).

**Conclusions:** IPV is an increasing public health problem in Spain. There seems to be a bimodal curve by age in mortality from IPV, but no geographical patterns in mortality and the incidence of formal complaints of IPV or between the provinces with the highest incidence of formal complains and those with highest mortality were observed.

**Key words:** Violence. Domestic violence. Battered women.

## Introducción

En 1996, la 49.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud adoptó la Resolución 25 por la que se reconocía la violencia del compañero íntimo (VCI) como uno de los problemas de salud pública más importantes por su creciente incidencia y mortalidad<sup>1</sup>. En esta resolución se hizo hincapié en las consecuencias de la violencia en la salud individual, familiar, de la comunidad y de los países, así como en su impacto sobre los servicios sanitarios. En definitiva, la VCI resta años de vida como causa de lesiones físicas y psicológicas irreversibles y, en algunos casos, de muerte<sup>2,3</sup>. En todo el mundo, el 68% de las mujeres asesinadas mueren como consecuencia de la VCI<sup>1</sup>. De hecho, la creciente emergencia de la VCI en las agendas periodísticas y políticas pone de manifiesto que se trata de un problema social<sup>4</sup> y de salud pública<sup>5</sup> de gran importancia.

La mayor parte de los datos sobre VCI en España procede de estudios descriptivos con datos crudos<sup>6</sup> que no aportan indicadores precisos sobre la magnitud de este problema<sup>7</sup>. Además, no existen antecedentes en España en los que se haya analizado el riesgo y la incidencia de morir y sufrir por VCI teniendo en cuenta las diferencias demográficas existentes entre las provincias por grupos de edad y tamaño poblacional. Esto contribuye tanto a la sobrestimación como a la subestimación de la incidencia del problema. Así, por ejemplo, es frecuente el error grosero de identificar Andalucía como la comunidad autónoma donde se produce un mayor número de denuncias y de muertes por maltrato<sup>8</sup>, sin tener en cuenta que es también la comunidad autónoma con más población.

El objetivo general de esta investigación fue estimar la mortalidad y la incidencia de las denuncias de VCI por grupos de edad y provincias españolas, y explorar una posible eventual relación geográfica entre muertes y denuncias.

## Métodos

Se ha realizado un estudio epidemiológico descriptivo basado en información de la Federación de Mujeres Separadas y Divorciadas y la Secretaría General Técnica del Ministerio del Interior (tabla 1). Con respecto a los homicidios por VCI, se consultó la base de datos de la Federación de Mujeres Maltratadas<sup>9</sup>, que registra datos no sólo del lugar de residencia de las víctimas, sino también de su edad, información clave para el cálculo de las tasas específicas y ajustadas. Para confirmar que se trataba de una base suficientemente exhaustiva, se cotejaron sus datos con los del Ministerio del Interior. El resultado

**Tabla 1. Frecuencia de denuncias y muertes por violencia del compañero íntimo por provincias en España (período para muertes, 1998-2001; período para denuncias, 1997-2000)**

Provincias	Muertes	Denuncias	Provincias	Muertes	Denuncias
Almería	2	1.296	León	1	812
Cádiz	5	2.979	Palencia	0	378
Córdoba	4	1.696	Salamanca	3	364
Granada	3	2.010	Segovia	1	162
Huelva	6	960	Soria	0	90
Jaén	9	1.198	Valladolid	3	762
Málaga	13	3.092	Zamora	1	219
Sevilla	4	4.118	Barcelona	17	9.027
Huesca	0	211	Gerona	6	31
Teruel	0	102	Lérida	3	248
Zaragoza	2	1.141	Tarragona	2	1.068
Asturias	6	2.335	Ceuta	0	386
Baleares	8	1.589	Badajoz	2	1.328
Alicante	7	3.190	Cáceres	1	609
Castellón	5	874	La Coruña	4	1.830
Valencia	13	3.647	Lugo	1	487
Las Palmas	8	3.205	Orense	2	381
Tenerife	8	3.542	Pontevedra	4	1.783
Cantabria	2	1.496	Madrid	43	14.322
Albacete	4	556	Melilla	0	609
Ciudad Real	5	581	Navarra	3	466
Cuenca	1	222	Álava	1	4
Guadalajara	1	348	Guipúzcoa	2	6
Toledo	1	850	Vizcaya	1	9
Ávila	1	219	La Rioja	0	345
Burgos	0	630	Murcia	4	3.707

Fuente: Federación de Mujeres Separadas y Divorciadas (muertes) y Anuario Estadístico 2000 del Ministerio del Interior (denuncias).

fue una coincidencia de más del 97% de los casos en todos los años. Se seleccionaron los datos de las mujeres asesinadas por VCI desde 1998 hasta 2000, y se excluyeron los casos de mujeres asesinadas por otros parientes o desconocidos de los que también informa esta fuente. Con respecto a las denuncias por VCI, se revisó el Anuario Estadístico del Ministerio del Interior del año 2000<sup>10</sup>, que ofrece la relación de delitos y faltas por VCI desde 1997, el primer año de publicación de datos sobre violencia familiar, VCI y violencia de mujeres contra varones. Para el análisis se recopilaron los datos de mujeres víctimas de delitos y faltas por VCI desagregados por provincias desde 1997 hasta 2000. Por último, para la población de mujeres utilizada como denominador de los estadísticos calculados, se consultó la base de datos demográficos del Instituto Nacional de Estadística<sup>11</sup>. Se seleccionó la población de mujeres mayores de 17 años, desagregada por edad (año a año), período (entre 1997 y 2001) y provincia.

Se calculó el porcentaje de incremento producido

entre las muertes y las denuncias por VCI desde 1998 a 2001 para las muertes y desde 1997 a 2000 para las denuncias. Igualmente, se estimó el riesgo de una mujer de morir y denunciar según el método acumulativo simple<sup>12</sup>. Para ello, se dividió el total de mujeres muertas por VCI (desde 1998 hasta 2001) entre el total de mujeres mayores de 17 años del primer año del período (1998). Para calcular el riesgo de denunciar, se dividió el total de denuncias por VCI (desde 1997 hasta 2000) entre el total de mujeres mayores de 17 años de 1997. Para estos cálculos se utilizó el programa Excel 2000.

También se calcularon las tasas de mortalidad específicas por edad y ajustadas por edad y provincia, y las tasas de la incidencia bruta de las denuncias de VCI específica por provincias<sup>13</sup>. La edad variaba entre 17 y más de 100 años, y se agruparon 5 años en cada uno de ellos. Para el cálculo de las tasas de mortalidad específica por edad se dividió el total de mujeres asesinadas por VCI de cada grupo de edad entre el total de mujeres de cada grupo en el período de estudio (1998-2001). Tanto en el caso de las tasas de mortalidad ajustadas por edad y provincia como en el de las tasas de incidencia bruta de las denuncias por provincias, se dividió el total de casos producidos desde 1998 a 2001 (muertes) y desde 1997 a 2000 (denuncias) por provincias entre el total de mujeres mayores de 17 años durante el período de análisis. Para el ajuste por edad, las tasas de mortalidad específicas por provincias se multiplicaron por el peso de cada grupo de edad en relación con el total de mujeres mayores de 17 años. En todos los tipos de tasa se multiplicó la población de mujeres mayores de 17 años de 2000 –la más reciente de ambos períodos– por los 4 años del período para cada

resultado analizado (muertes, 1998-2001; denuncias, 1997-2000). Todos los cálculos se realizaron utilizando también el programa Excel 2000.

Adicionalmente, se realizó un análisis de regresión simple<sup>14</sup> entre las tasas brutas de incidencia de la denuncia por VCI y las tasas de mortalidad ajustadas por edad, para determinar si existía relación entre las provincias que registraban mayores tasas. Para este cálculo se utilizó el paquete estadístico SPSS10.

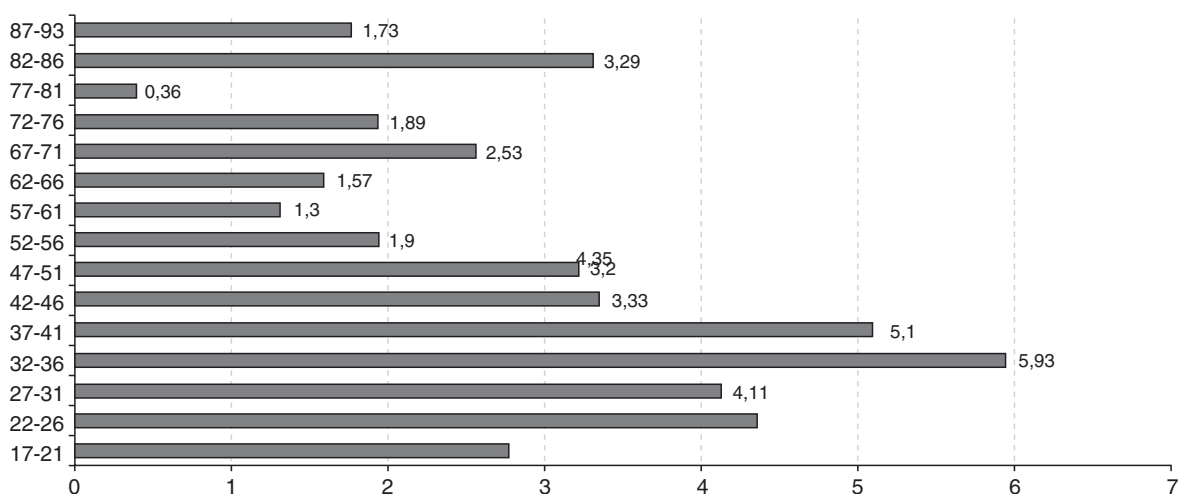
Las tasas de mortalidad ajustadas por edad y de incidencia bruta de la denuncia por VCI, específicas por provincias, fueron representadas en quintiles sobre mapas ecológicos, elaborados con el programa Arcview<sup>®</sup> en la versión 3.2a.

## Resultados

Se observó un incremento del 27% en las denuncias y del 49% en los asesinatos desde el primer año del período al último. Durante el período de estudio, una de cada 100.000 mujeres fue asesinada por VCI y una de cada 200 denunció ser víctima de VCI. Las mujeres de 32 a 36 años fueron las que mayor tasa de mortalidad registraron ( $5,93 \times 10^{-6}$ ), seguidas de las de 37-41 años ( $5,1 \times 10^{-6}$ ) y las de 22-26 años ( $4,35 \times 10^{-6}$ ) (fig. 1). También presentaban tasas elevadas las mujeres del grupo entre 82 y 86 años ( $3,29 \times 10^{-6}$ ).

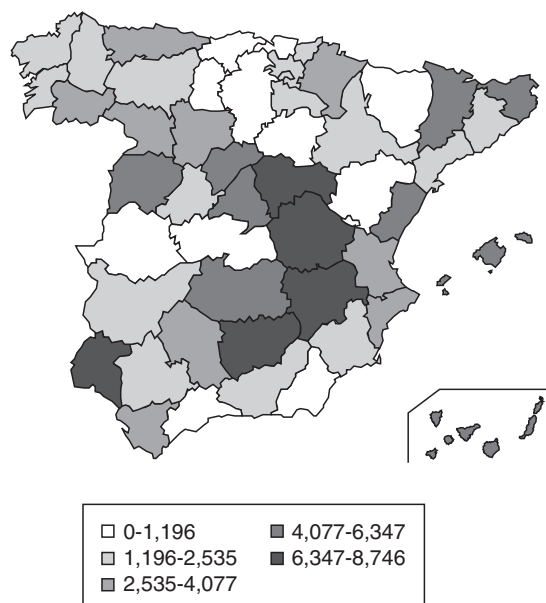
Las provincias de Jaén, Huelva, Albacete, Cuenca y Guadalajara fueron identificadas como las que tenían una mayor tasa de mortalidad por VCI, con más de 6 mujeres por millón asesinadas por esta causa (tabla 2). Estas provincias se situaban en el quinto quintil,

Figura 1.



**Tabla 2. Tasas de mortalidad ajustada por edad y de incidencia bruta de denuncias por violencia del compañero íntimo en mujeres específicas por provincias españolas (período para muertes, 1998-2001; período para denuncias, 1997-2000)**

	Tasa mortalidad ajustada por edad $\times 10^{-6}$	IC del 95%		Tasa incidencia bruta denuncias $\times 10^{-3}$	IC del 95%
Jaén	8,75	8,75-8,74	Melilla	6,15	6,16-6,13
Albacete	8,58	8,59-8,58	Ceuta	3,44	3,45-3,43
Guadalajara	8,01	8,02-7,99	Tenerife	2,58	2,59-2,58
Huelva	7,93	7,93-7,92	Las Palmas	2,24	2,24-2,23
Cuenca	6,95	6,96-6,94	Murcia	1,99	1,99-1,98
Castellón	6,35	6,35-6,34	Cádiz	1,65	1,65-1,64
Gerona	6,34	6,34-6,33	Cantabria	1,59	1,59-1,58
Tenerife	5,59	5,59-5,58	Almería	1,58	1,58-1,57
Málaga	5,56	5,57-5,56	Madrid	1,56	1,57-1,56
Salamanca	5,39	5,39-5,38	Granada	1,49	1,49-1,48
Lérida	5,15	5,16-5,14	Sevilla	1,47	1,47-1,46
Las Palmas	4,91	4,92-4,91	Málaga	1,46	1,46-1,45
Ciudad Real	4,89	4,89-4,88	Córdoba	1,34	1,34-1,33
Madrid	4,82	4,83-4,82	Alicante	1,31	1,32-1,31
Segovia	4,69	4,70-4,68	Huelva	1,27	1,28-1,27
Baleares	4,61	4,61-4,60	Guadalajara	1,27	1,27-1,26
Orense	4,08	4,08-4,07	Badajoz	1,23	1,23-1,22
Valencia	3,66	3,67-3,65	Palencia	1,22	1,22-1,21
Zamora	3,63	3,64-3,62	Asturias	1,18	1,18-1,17
Valladolid	3,51	3,51-3,50	Jaén	1,15	1,15-1,14
Alicante	3,30	3,30-3,29	Baleares	1,12	1,13-1,12
Córdoba	3,15	3,15-3,14	Castellón	1,09	1,09-1,08
Asturias	3,14	3,14-3,13	Barcelona	1,08	1,09-1,08
Navarra	2,94	2,95-2,94	Pontevedra	1,07	1,08-1,07
Cádiz	2,77	2,77-2,76	Tarragona	1,06	1,06-1,05
Lugo	2,53	2,54-2,53	Burgos	1,05	1,06-1,05
Otras	< 2,5		Otras	< 1	

**Figura 2.**

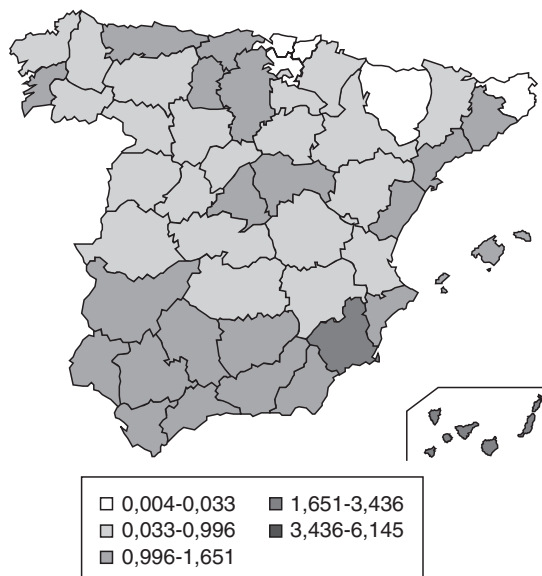
en orden de menor a mayor, representado en la figura 2.

Con respecto a la incidencia de las denuncias (fig. 3), cabe subrayar en primer lugar la tasa de Melilla, con más de 6 denuncias por mil mujeres. Esta última, junto con Ceuta, que alcanza una tasa de incidencia de las denuncias por VCI de 3,44 casos por mil mujeres, se encuentra en el quintil quinto de la figura 3. La incidencia de las denuncias por VCI en las provincias de Tenerife, Las Palmas y Murcia se sitúa entre 1,65 y 3,43 casos por mil mujeres (tabla 1). Este grupo se localiza en el cuarto quintil de la figura 3.

Por último, en el tercer quintil de la figura 3 (con tasas de incidencia de denuncias entre 0,99 y 1,65 casos por mil mujeres) se encuentran la totalidad de las provincias andaluzas, gran parte del litoral mediterráneo (Baleares, Alicante, Castellón, Tarragona y Barcelona), las provincias de Asturias, Cantabria y Pontevedra y, finalmente, las provincias de Burgos, Palencia, Madrid, Toledo, Guadalajara y Badajoz.

Finalmente, no se observó una relación lineal entre la tasa de incidencia bruta de las denuncias y la tasa de mortalidad ajustada por VCI ( $r^2$  corregida =

Figura 3.



–0,016).

## Discusión

Los resultados obtenidos permiten afirmar que existe una evolución creciente de los asesinatos y las denuncias por VCI que afectan a una de cada 100.000 mujeres en el primer caso y a una de cada 200 en el segundo. Asimismo, se observa un patrón bimodal por edad en la tasa de mortalidad por VCI. Sin embargo, se descarta inicialmente la existencia de un patrón geográfico definido en las tasas de mortalidad por VCI, ya que las provincias que mayor tasa de mortalidad por VCI registraron se localizaban tanto en el sur (Jaén, Huelva, Málaga) o en la meseta central (Albacete, Guadalajara, Zamora) como en la costa mediterránea (Gerona, Lérida, Alicante) o las islas (Baleares, Tenerife, Las Palmas). De igual forma, se descarta un patrón geográfico definido en la incidencia de las denuncias, puesto que ciudades autónomas o provincias sin aparente relación, como Melilla, Ceuta, Las Palmas o Tenerife, fueron identificadas como las que registraron una mayor tasa de incidencia de denuncias por VCI.

Los registros utilizados presentan algunas limitaciones. Por una parte, no todas las víctimas de VCI ponen denuncias, ni todas las asesinadas por VCI llegan a ser tipificadas como tales<sup>15-16</sup>. Por este motivo, existe consenso sobre la necesidad de desarrollar métodos de recogida de datos alternativos que permitan aproximarse más a la realidad del problema<sup>17</sup>, por ejem-

plo, mediante encuestas dirigidas a la población general<sup>18</sup> o con protocolos de detección precoz de la VCI en atención primaria<sup>19-21</sup> y emergencias hospitalarias<sup>22-23</sup>.

Por otra parte, cabe mencionar la existencia de limitaciones relacionadas con el corto período (4 años) del que se disponía de datos registrados. Esperamos que en el futuro se lleven a cabo análisis a mayor escala y con la provisión de más datos. Además, cabe añadir las limitaciones impuestas por el modo en que se están elaborando los registros estadísticos sobre VCI. No fue posible calcular la tasa de incidencia de la denuncia por VCI ajustada por edad porque la base de datos del Ministerio de Interior no ofrecía información sobre la edad de las víctimas. Tampoco ofrecía datos procedentes de la Ertzaintza y los Mossos d'Esquadra, pero sí del resto de los cuerpos de seguridad autonómicos. Esta limitación puede haber subestimado los resultados procedentes de las provincias vascas y catalanas. Por último, los datos de esta fuente sobre denuncias por VCI se refieren a los delitos y faltas cometidos por el cónyuge o análogo, por lo que quedan excluidos los cometidos por ex cónyuges o ex compañeros<sup>24</sup>.

Algunas de las limitaciones antes descritas no afectaron al análisis de la mortalidad por VCI porque se tuvo acceso a una fuente alternativa, la de la Federación de Mujeres Separadas y Divorciadas, que recoge los datos según fuentes periodísticas en los que se detalla la edad y la ciudad en la que residía la víctima y su relación con el agresor (incluidos ex cónyuges y ex compañeros). Sin embargo, puede que sí condicionaran los resultados del análisis de regresión realizado, teniendo en cuenta que las denuncias de mujeres por la violencia de sus ex compañeros o ex maridos que finalmente acabaron en asesinatos no fueron recogidas por el Ministerio del Interior para el período analizado.

Por último, cabe mencionar las dificultades existentes a la hora de comparar estos resultados con los datos registrados en otros países, una limitación reconocida en el primer Informe Mundial sobre Violencia y Salud de la OMS que llevó a la recomendación de generar bases de datos que permitieran un enfoque más global y la comparación de las diferencias geográficas, culturales y políticas entre los países<sup>1</sup>.

De acuerdo con los resultados obtenidos en este estudio, las mujeres de 82-86 años son uno de los grupos de edad identificados con una alta tasa de mortalidad por VCI. Este suceso podría atribuirse a una serie de factores de riesgo diferentes de los identificados en mujeres más jóvenes<sup>25</sup>. La ausencia de estudios en España en los que se haya realizado el cálculo de tasas oculta la incidencia de la mortalidad por VCI de este grupo de edad por dos motivos: porque suele ser englobado en el de las mujeres mayores de 50 años (siguiendo una clasificación habitual en las estadísticas habituales), y porque la incidencia del problema es ha-

bitualmente difundida en datos crudos, sin tener en cuenta el peso demográfico de las mujeres mayores de 80 años en comparación con otros grupos de edad.

Con respecto a las diferencias geográficas observadas en las muertes y denuncias por VCI, pueden identificarse determinadas provincias de alta incidencia. Sin embargo, no se puede afirmar inicialmente que exista una correlación entre las provincias con una mayor tasa de incidencia de denuncias y las provincias con una mayor tasa de incidencia de muerte por VCI. Este resultado lleva, en principio, a cuestionar que las denuncias sean un factor protector o un factor de riesgo de morir por la VCI.

Por un lado, si bien el incremento observado de las denuncias ha sido atribuido al resultado de las campañas de sensibilización dirigidas a las víctimas, la también creciente tendencia de las muertes por VCI pone en cuestión que el hecho de denunciar pueda protegerlas de ser finalmente asesinadas. Esta realidad, de confirmarse, podría evidenciar que la utilidad de las respuestas políticas hasta el momento puestas en marcha en España es limitada<sup>6</sup>, y la necesidad de construir una base de evidencia para la formulación y puesta en marcha de políticas contra la VCI. Por otro lado, la ausen-

cia de una relación entre las muertes y las denuncias por VCI permite, en principio, cuestionar que el asesinato por VCI sea, en parte, una respuesta hostil a la denuncia de la víctima<sup>6,7</sup>. Ambas implicaciones hacen evidente la necesidad de invertir mayores esfuerzos en mejorar la calidad de los sistemas de vigilancia y registros estadísticos de VCI y, sobre todo, en el desarrollo de análisis más precisos de los datos disponibles sobre este problema. La visibilidad con la que se cuenta acerca de las dimensiones reales de la VCI es limitada, pero aún lo es más si no se aprovecha adecuadamente la información ya recopilada.

### Agradecimientos

Queremos expresar nuestro agradecimiento al Instituto de la Mujer y Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (Madrid) por la financiación concedida al proyecto titulado «Violencia contra las mujeres: desarrollo de herramientas para políticas basadas en la evidencia» (Resolución I + D + I Exp. n.º 106/02 a fecha 18/12/02) y el apoyo económico del ISCIII a la Red de Investigación sobre Salud y Género, que han hecho posi-

### Bibliografía

- World Report on violence and Health. Geneva: World Health Organization, 2002: 20, 305, 112. Consultado el 5 de noviembre de 2002. Disponible en: [http://www5.who.int/violence\\_injury\\_prevention/download.cfm?id=0000000582](http://www5.who.int/violence_injury_prevention/download.cfm?id=0000000582)
- Plichta S, Falik M. Prevalence of violence and its implications for women's health. *Womens Health Issues* 2001;11:244-58.
- Krantz G. Violence against women: a global public health issue. *J Epidemiol Community Health* 2002;56:242-3.
- Bosch E, Ferrer V. La violencia de género: de cuestión privada a problema social. *Intervención psicosocial. Revista de Igualdad y Calidad de Vida* 2001;9:7-19.
- Heise LI, Pitanguy J, Germain A. *Violence against women: the hidden health burden*. Washington DC: World Bank, 1994.
- Alberdi I, Matas N. La violencia doméstica. Informe sobre los malos tratos a mujeres en España. Fundación La Caixa, 2002. Colección de Estudios Sociales 10. Consultado el 5 de noviembre de 2002. Disponible en: [http://www.estudios.lacaixa.comunicacions.com/webes/estudis.nsf/wurl/pfeshomecos\\_esp](http://www.estudios.lacaixa.comunicacions.com/webes/estudis.nsf/wurl/pfeshomecos_esp)
- Villavicencio P. *Violencia doméstica: su impacto en la salud física y mental de las mujeres*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales e Instituto de la Mujer, 1999.
- Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia. *Estadísticas sobre violencia familiar*. Consultado el 30 de noviembre de 2002. Disponible en: <http://www.gva.es/violencia/>
- Federación de Mujeres Separadas y Divorciadas. *Documentos Violencia contra las Mujeres*. Consultado el 3 de noviembre de 2002. Disponible en: <http://www.separadasydivorciadas.org/>
- Secretaría General Técnica del Ministerio del Interior. *Mujeres: malos tratos por su cónyuge o análogo*. Anuario Estadístico 2000. Consultado el 3 de noviembre de 2002. Disponible en: <http://www.mir.es/catalogo/catalogo1.htm#peri>
- INEBASE. *Demografía y Población*. Consultado el 3 de noviembre de 2002. Disponible en: <http://www.ine.es/inebase/menu1.htm#5>
- Kleinbaum D, Kupper L, Morgenstern H. *Epidemiologic research. Principles and quantitative methods*. Belmont: Wadsworth, 1982; p. 103-4.
- Rothman K. *Epidemiología moderna*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos, 1987; p. 31-58.
- Peña D. *Estadística. Modelos y métodos*. Tomo 2. Modelos lineales y series temporales. Madrid: Alianza Universidad Textos, 1998; p. 223-83.
- Lorente A. *Mi marido me pega lo normal*. Barcelona: Ares y Mares, 2001; p. 183.
- Gracia E. *Las víctimas invisibles de la violencia familiar: el extraño iceberg de la violencia doméstica*. Madrid: Paidós, 2002; p. 43-62.
- MacIntyre S, Hunt K, Sweeting H. Gender differences in health: are things really as simple as they seem? *Soc Sci Med* 1996;42:617-24.
- Tjaden P, Thoemes N. Full report of the prevalence, incidence, and consequences of violence against women: findings from the National Violence Against Women Survey. National Institute of Justice, Office of Justice Programs and Center for Disease Control and Prevention, 2000. Consultado el 5 de marzo de 2003. Disponible en: [http://www.rainn.org/fullnva\\_survey.pdf](http://www.rainn.org/fullnva_survey.pdf)
- Freund K, Back S, Blackhall L. Identifying domestic violence in primary care practice. *J Gen Intern Med* 1996;11: 44-6.
- Richarson J, Coid J, Petruckevitch A, Chung, W, Moorey S, Feder G. Identifying domestic violence: cross sectional study in primary care. *BMJ* 2002;324:1-6.
- Bradley F, Smith M, Long J, O'Dowd T. Reported frequency of domestic violence: cross sectional survey of women attending general practice. *BMJ* 2002;324:1-6.

22. Lo-Vecchio F, Bhatia A, Sciallo D. Screening for domestic violence in the emergency department. *Eur J Emerg Med* 1998; 5:441-4.
  23. Morrison L, Allan R, Grunfeld A. Improving the emergency department detection rate of domestic violence using direct questioning. *J Emerg Med* 2000;19:117-24.
  24. Viviana F, Viso G, Álvarez-Girón M, Solano A. Homicidios de mujeres en España. Situación de la epidemia. XX Reunión Científica de la Sociedad Española. *Gac Sanit* 2002;16(Supl 1):64.
  25. Jewkes R. Intimate partner violence: causes and prevention. *Lancet* 2002;359:1453-29.
-

ble la realización de este estudio. También al equipo editorial y a los revisores/as de GACETA SANITARIA, y a Isabel Ruiz por sus acertados comentarios al manuscrito.