



Cincuenta
Aniversario

UAM Universidad Autónoma
de Madrid



Violencia de pareja hacia la mujer: detección precoz en Atención Primaria

TRABAJO DE FIN DE GRADO

Revisión Narrativa



Tutora: Matilde Tenorio Matanzo

Autora: Beatriz Gil Aparicio

Grado en Enfermería

Universidad Autónoma de Madrid

ÍNDICE

RESUMEN	PÁGINA 3
ABSTRACT	PÁGINA 4
INTRODUCCIÓN	PÁGINA 5
METODOLOGÍA	PÁGINA 16
RESULTADOS	PÁGINA 19
CONCLUSIONES	PÁGINA 24
LIMITACIONES	PÁGINA 26
FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN	PÁGINA 27
CONCLUSIONES PERSONALES DE LOS ARTÍCULOS	PÁGINA 28
AGRADECIMIENTOS	PÁGINA 32
BIBLIOGRAFÍA	PÁGINA 33
ANEXO 1	PÁGINA 37

RESUMEN

Introducción: La violencia de pareja hacia la mujer es un importante problema de salud pública. A pesar de que en la última década ha tenido una mayor visibilidad, su infradetección es una realidad. Los profesionales de Atención Primaria tienen un papel clave en su detección y abordaje.

Objetivo: Analizar las evidencias científicas que se aportan para realizar un cribado rutinario frente a un cribado basado en indicadores en violencia de pareja en Atención Primaria.

Metodología: Revisión narrativa. La búsqueda se llevó a cabo en las bases de datos Pubmed, Scielo, Cochrane Plus, PsycInfo y Cuiden. Se realizó una revisión de los artículos publicados en inglés y español, desde 2006 en adelante, que fueran artículos de investigación, que dispusieran de resumen y que cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión.

Resultados: Se seleccionaron 13 artículos. Realizar un cribado de violencia de pareja duplica la probabilidad de que se identifiquen las mujeres maltratadas, pero no aumenta los números derivados para la ayuda especializada ni se produce una reducción significativa del nivel de violencia experimentado, ni del bienestar, ni de la calidad de vida de dichas mujeres. No se han encontrado indicios de que el cribado esté asociado con consecuencias nocivas a corto plazo. Las mujeres víctimas de violencia de pareja juzgan el cribado como beneficioso y necesario.

Conclusiones: No hay evidencia suficiente para apoyar el cribado rutinario de la violencia de pareja contra la mujer en ámbitos sanitarios.

Palabras clave: Violencia de pareja, mujeres maltratadas, cribado, Atención Primaria de Salud.

ABSTRACT

Introduction: Partner violence against women is a significant public health problem. Although in the last decade has had greater visibility, the number of under-diagnosis is a reality. Primary Health Care professionals play a key role in detecting and addressing this issue.

Objective: To analyze the scientific evidence that is provided to perform a routine screening against screening based on indicators on intimate partner violence in Primary Health Care.

Method: A narrative review. A search was carried out in databases Pubmed, Scielo, Cochrane Plus, PsycInfo and Cuiden. Articles published in English and Spanish, from 2006 onwards, that were journal articles, with abstract and that met the inclusion and exclusion criteria were reviewed.

Results: 13 articles were selected. Intimate partner violence screening duplicates the likelihood of the abused women being identified, but does not increase referral to specialists and there is no significant reduction in the level of violence experienced neither of the well-being and of the quality of life of these women. There are no indication that intimate partner violence screening is associated with short-term harm. Women victims of partner violence judge screening as beneficial and necessary.

Conclusion: There isn't sufficient evidence to support intimate partner violence routine screening in health care settings.

Keywords: Intimate partner violence, battered women, screening, Primary Health Care.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la violencia en 2002 como “El uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, contra otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones” (1).

La violencia de género fue definida en 1993 por la Asamblea General de las Naciones Unidas, en la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer como "todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que resulte, o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada" (2).

Por lo tanto, este término hace referencia a la violencia específica contra las mujeres, utilizada como instrumento para mantener la discriminación, la desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres. Comprende la violencia física, sexual y psicológica, incluyendo las amenazas, la coacción, o la privación arbitraria de libertad, que ocurre en la vida pública o privada y cuyo principal factor de riesgo lo constituye el hecho de ser mujer, como así también matiza la Ley 1/2004 de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, en España (3,4).

La Ley 5/2005, de 20 de diciembre, Integral contra la Violencia de Género de la Comunidad de Madrid incluye en su ámbito de aplicación “todas las manifestaciones de Violencia de Género, ejercidas sobre la mujer, como expresión de la discriminación, la situación histórica de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres. Comprende toda agresión física o psíquica a una mujer, que sea susceptible de producir en ella menoscabo de su salud, de su integridad corporal, de su libertad sexual, o cualquier otra situación de angustia o miedo que coarte su libertad. Asimismo, se considera Violencia de Género la ejercida sobre los menores y las personas dependientes de una mujer cuando se agrede a los mismos con ánimo de causar perjuicio a aquella. Quedan también incluidas en el ámbito de aplicación de esta Ley, las conductas que tengan por objeto mantener a la mujer en la sumisión, ya sea forzando su voluntad y su

consentimiento o impidiendo el ejercicio de su legítima libertad de decisión en cualquier ámbito de su vida personal” (5).

En España, según las estadísticas del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (6), a lo largo del año 2016 se han producido 44 víctimas mortales por violencia de género. De las 44 víctimas, habían denunciado 13, lo que supone el 29,5%, y 11 de ellas (25% total) contaban con medidas de protección en vigor. El 15,9% de las víctimas tenían entre 21 y 30 años de edad y el 9,1% tenía más de 64 años.

Es preciso destacar que, cuando se habla de la violencia de género, se hace referencia a la violencia sobre el género femenino ejercido por el género masculino, descartando así los casos de agresiones físicas o psíquicas que pudiesen ejercer las mujeres sobre los hombres, sobre otras mujeres u hombres sobre otros hombres (7).

La violencia de pareja hacia la mujer es una de las múltiples formas existentes de violencia de género. Podría definirse como “proceso en el que los actos y comportamientos violentos son ejercidos por un compañero o cónyuge, actual o anterior, con el fin de someter a la mujer”. Los malos tratos generalmente comienzan de modo insidioso, por lo que con frecuencia son difíciles de reconocer, incluso por la propia mujer. En el inicio, suele manifestarse por actitudes de dominio y control que se identifican culturalmente como pruebas o actos de amor, y que impiden la autonomía e independencia. Paulatinamente, los actos violentos se van incrementando en intensidad y frecuencia, observándose mayor riesgo de morbilidad y mortalidad para las mujeres cuando la relación violenta tiene varios años de evolución (8).

La violencia de pareja hacia la mujer puede adoptar diferentes formas que pueden darse de manera aislada, aunque lo más frecuente es que se ejerzan simultáneamente. Las más comúnmente señaladas son:

- **Violencia física.** Comprende cualquier acto no accidental que implique el uso deliberado de la fuerza, como bofetadas, golpes, palizas, empujones, heridas, fracturas o quemaduras, que provoquen o puedan provocar una lesión, daño o dolor en el cuerpo de la mujer. Es importante no olvidar que cualquier forma de violencia física es también una violencia psicológica.
- **Violencia psicológica.** Conducta intencionada y prolongada en el tiempo, que atenta contra la integridad psíquica y emocional de la mujer y contra su dignidad como persona, y que tiene como objetivo imponer las pautas de comportamiento

que el hombre considera que debe tener su pareja. Sus manifestaciones son: las amenazas, insultos, humillaciones o vejaciones, la exigencia de obediencia, el aislamiento social, la culpabilización, la privación de libertad, el chantaje emocional, el rechazo o el abandono. Este tipo de violencia no es tan visible como la física o la sexual; es más difícil de demostrar, y en muchas ocasiones no es identificada por la víctima como tal sino como manifestaciones propias del carácter del agresor. Algunas de estas formas de violencia pueden considerarse específicas para determinados grupos vulnerables, como por ejemplo la omisión de cuidados o la medicación negligente en el caso de mujeres con discapacidad, mayores o con enfermedad mental grave. Además, en el caso de la violencia ejercida contra las mujeres por la pareja o expareja, deben tenerse en cuenta dos elementos importantes: la reiteración de los actos violentos y la situación de dominio del agresor, que utiliza la violencia para el sometimiento y control de la víctima.

- **Violencia sexual.** Cualquier actividad no deseada impuesta a la mujer a través de intimidación o coacción, o bien en otras situaciones de indefensión. El maltrato sexual se produce aunque no haya violación, entendiéndose como tal la penetración vaginal, anal u oral del pene o de cualquier otro objeto.
- **Violencia económica.** Dirigida a controlar de forma estricta el manejo del dinero que realiza la mujer, quien debe rendir cuentas al maltratador de todos sus gastos. Este control se produce independientemente de que la mujer tenga o no trabajo remunerado, siendo en ocasiones el maltratador quien le impide realizar un trabajo asalariado.
- **Violencia ambiental.** Cualquier acto no accidental que provoque o pueda producir daño en el entorno para intimidar a la mujer. Es hacer despliegues de violencia con la intención de que la mujer perciba que lo mismo le puede ocurrir a ella: destrucción de objetos con especial valor sentimental para la mujer, dar golpes a las puertas, maltrato de los animales domésticos (9, 10).

Es importante señalar también que la violencia de pareja ocurre en mujeres de cualquier edad, en todas las culturas, cualquier nivel económico y educativo; por tanto, aunque no existe un perfil de mujer maltratada, podemos encontrar factores que aumentan la vulnerabilidad y otros que se asocian con mayor frecuencia a situaciones de maltrato. Dichos factores pueden ser de ámbito cultural, social, familiar e individual:

- **Factores socioculturales**

- **Carencia de apoyo social.** Es un factor de riesgo y, por tanto, algo previo al maltrato que lo propicia. La víctima está aislada en gran parte porque el agresor se ha dedicado a cortar sus vínculos con el entorno, comenzando por su propia familia y grupo de amigos. Pero este factor es también un mantenedor del maltrato: la víctima aislada se convierte en una persona fácilmente maltratable por el agresor.
- **Escaso apoyo institucional.** La respuesta policial y judicial suele ser insuficiente o inadecuada. Lo mismo ocurre con los recursos sociales de apoyo a estas mujeres. Esta cuestión evidentemente influye en que las víctimas no se atrevan ni a abandonar la relación violenta ni a denunciar al agresor; por tanto, el escaso apoyo institucional sería un factor mantenedor del maltrato.
- **Comunidad tolerante con la violencia.** Cultura patriarcal que fomente la desigualdad entre los sexos y que considere a la mujer como un ser inferior, donde predominen las actitudes comunitarias que toleren y legitimen la violencia masculina y roles de género que amparan la dominación masculina y la subordinación femenina y la tolerancia de la violencia como medio de resolución de conflictos.

- **Factores familiares**

- **Autoritarismo.** Las interacciones familiares están caracterizadas por una estructura vertical en la que el hombre ejerce el poder sobre su pareja y demás miembros de la familia. El hombre controla todos los aspectos de su pareja, controla la riqueza y la autoridad para adoptar decisiones dentro de la familia. En este modelo de familia el nivel de autonomía de sus miembros es muy escaso. Existe una fuerte adhesión a los estereotipos de género y consiguiente reparto de las responsabilidades familiares.

- **Factores individuales**

- En principio, cualquier mujer, por el mero hecho de serlo, puede ser maltratada por su pareja. Ser joven; tener una historia de abusos durante la infancia; haber presenciado escenas de violencia conyugal en el hogar; usar frecuentemente alcohol y drogas; ser de baja condición educacional o económica, e integrar una comunidad marginada o excluida; la dependencia emocional y una visión excesivamente romántica de las

relaciones amorosas pueden contribuir, si no al origen, sí al mantenimiento de la violencia de pareja (11).

La violencia hacia las mujeres, en cualquiera de sus manifestaciones, tiene siempre repercusiones en la salud física, emocional, sexual, reproductiva y social, que persisten incluso después de que la situación haya terminado. Constituye un factor esencial en el deterioro de la salud, ya que las agresiones físicas, psíquicas y sexuales, suponen pérdidas, a veces irreparables, en la esfera biológica, psicológica y social de las mujeres y de sus hijas e hijos.

- La mayoría de los homicidios cuyas víctimas son mujeres han sido cometidos por una pareja actual o previa (en España esta proporción alcanza el 75%).
- El riesgo de muerte de las mujeres expuestas a la violencia de sus parejas se incrementa con la separación.
- El riesgo de suicidio es hasta 4 veces mayor en las mujeres maltratadas que en las que no lo son.
- Existe mayor probabilidad de experimentar peor percepción de su salud.
- La vulnerabilidad a los problemas de salud, tanto físicos como psíquicos, es mayor en las mujeres maltratadas que en las que no lo son; por ejemplo: dolor crónico, infecciones de transmisión sexual, infección de vías urinarias, etc.
- Pueden presentar una gran variedad de lesiones físicas: erosiones, contusiones, heridas superficiales en diversas localizaciones, roturas de tímpano, fracturas o traumatismos craneales graves que conducen a la discapacidad o la muerte.
- Las consecuencias de la violencia para la salud mental abarcan también un amplio rango. De una forma general, los trastornos más estrechamente asociados son: el trastorno por estrés postraumático, la reacción por estrés agudo y los trastornos adaptativos con síntomas depresivos y ansiosos, incluyendo diversas somatizaciones, que suelen estar presentes, en mayor o menor grado, en todas las formas de violencia. Cuando las amenazas y demás actitudes violentas son intensas y persistentes, la víctima con frecuencia incorpora el sistema de creencias del agresor como un modo defensivo, frente a la amenaza potencial que implicaría diferenciarse. Este hecho puede producir alteraciones en su identidad y provocar cambios emocionales y conductuales que podrían confundirse con trastornos de personalidad.

- En cuanto a las consecuencias para la salud sexual y reproductiva se destaca: carencia de autonomía sexual, aumento de embarazos no deseados y de alto riesgo, mayor riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual y de VIH y abortos. También puede tener repercusiones en la salud del feto y/o recién nacido, se ha descrito muerte fetal, distrés fetal, prematuridad, bajo peso al nacer, etc.
- Las violencias física y sexual contra las jóvenes adolescentes se han asociado con un incremento del riesgo de abuso de ciertas sustancias (como alcohol, tabaco, cocaína) con comportamientos poco saludables para controlar el peso (uso de laxantes o píldoras o la provocación de vómitos), con comportamientos de riesgo sexual (primer coito en menores de quince años y un incremento de parejas sexuales) con embarazo e intento de suicidio (8).

Cuando se entrevista a las mujeres existen una serie de signos, actitudes y comportamientos que pueden pasar desapercibidos y, sin embargo, orientan sobre una situación de violencia de pareja hacia la mujer. Los indicadores de sospecha son los siguientes:

- **Mujeres sin lesiones aparentes que...**
 - Consultan de forma frecuente y reiterada. Refieren síntomas crónicos y vagos que no se corresponden con un diagnóstico de enfermedad orgánica.
 - Muestran retraso u “olvido” de las citas, salida precipitada de la consulta o actitud apresurada y atemorizada.
 - Manifiestan agresividad sin causa aparente, actitud evasiva, mirada huidiza, se manifiestan confundidas y/o temerosas, aparecen contradicciones múltiples en el relato de los hechos.
 - Evidencian ansiedad, actitud deprimida o triste, ingesta crónica de tranquilizantes o consumo excesivo de alcohol. Refieren historia de depresión o intentos de suicidio.
 - Presentan un aspecto físico que sugiere envejecimiento prematuro.
 - Visten ropa inadecuada para la época del año (jerséis de cuello alto o manga larga en verano) con el objeto de ocultar lesiones.
 - Se desvalorizan a sí mismas, calificándose de torpes e incapaces.
 - Padecen aislamiento social: no tienen relaciones sociales ni se relacionan con su propia familia.

En la exploración ginecológica puede observarse:

- Nerviosismo excesivo en la toma de flujo para citología, sin lograr que la mujer se relaje.
- Objeciones y dificultad o dolor ante el examen pélvico. Vaginismo que impide introducir el espéculo.
- Lesiones en vulva: heridas, hematomas o desgarros perineales cuyas explicaciones son incoherentes.
- Infecciones de transmisión sexual no justificables con las prácticas sexuales referidas.
- Mastalgia no justificada por mamas fibroquísticas; visualización de hematomas en lugares no compatibles con caídas.
- Dificultad de la mujer para negociar el tipo de anticonceptivo; preocupación ante la opinión de su pareja.
- Rechazo de métodos anticonceptivos que requieran la cooperación de la pareja; uso incorrecto del método anticonceptivo debido a que lo oculta a su pareja.
- Demanda repetida de métodos anticonceptivos de emergencia argumentando frecuentes incidentes. Rechazo al método anticonceptivo alegando mala tolerancia.
- Dispareunia, deseo sexual inhibido.

En la atención al embarazo puede observarse:

- Inicio tardío de las visitas de control prenatal.
- Consulta frecuente por disminución de la percepción de movimientos del bebé.
- Lesiones en zona abdominal y otras partes sin justificación adecuada o minimización de su importancia.
- Accidentes o lesiones físicas.
- Embarazo en la adolescencia.
- Poco o ningún interés por asistir a las clases de educación maternal.
- Antecedentes: abortos de repetición, criaturas con bajo peso al nacer, partos instrumentales por riesgo de pérdida del bienestar fetal.

En la atención al puerperio puede observarse:

- Desgarros y dehiscencia de la episiotomía.
 - Mala o lenta recuperación post parto.
 - Petición de anticoncepción lo antes posible por presión de la pareja para reiniciar relaciones sexuales.
 - Mayor incidencia de hipogalactia y fracaso de la lactancia natural.
 - Depresión post parto que no remite, con ansiedad en la relación madre-bebé.
- **Mujeres con lesiones aparentes que...**
 - Relatan hechos de forma incoherente.
 - Dejan un lapso de tiempo demasiado largo entre el accidente y la consulta u ocultan el origen de las lesiones.
 - Tienen historia de alta accidentabilidad.

En la exploración ginecológica puede observarse:

- Huellas de golpes y/o hematomas en diferentes lugares del cuerpo y en distinto estadio de evolución.
- Hematomas y/o heridas en el interior de los muslos.
- Sangrado anal y/o vaginal.
- Fisuras anales.
- Desgarros genitales.
- Contusiones en el monte de Venus, vulva y mamas.
- Traumatismo en vulva (10).

El cribado fue definido por la OMS en 1957 como “la identificación presuntiva, con la ayuda de pruebas, exámenes u otras técnicas susceptibles de aplicación rápida, de los sujetos afectados por una enfermedad o por una anomalía que hasta entonces había pasado desapercibida” (12). La OMS concede una extraordinaria importancia a los servicios de salud en la detección y atención a mujeres que sufren violencia de pareja; sin embargo, el diagnóstico del maltrato por parte de los y las profesionales sanitarios es bajo y ello a pesar de la alta frecuentación por las mujeres que lo sufren sobre todo de los servicios de Atención Primaria, Urgencias, Obstetricia y Ginecología y Salud Mental (13).

La consideración en las últimas décadas de la violencia machista como un problema no solo del ámbito privado, sino también del público ha producido una mayor visibilidad del

problema. Esta realidad social ha producido que, en la última década, en España la violencia hacia las mujeres haya sido considerada como un problema de estado y de salud pública. Así, en el año 2007 el Ministerio de Sanidad y Consumo publicó el Protocolo Común para la Actuación sanitaria ante la Violencia de Género, donde señala que uno de los principales factores determinantes de la violencia hacia las mujeres son las relaciones desiguales entre hombres y mujeres y la existencia de la “cultura de la violencia” como medio para resolver los conflictos (14).

No obstante, a pesar de esta mayor visibilidad, la infradetección de la violencia de pareja es una realidad y una preocupación institucional. Lo habitual es que las mujeres consulten por las secuelas del maltrato, pero no por el maltrato mismo que se mantiene, en la mayoría de los casos, oculto para el Sistema Sanitario. A pesar de la alta prevalencia de la violencia de pareja, ésta se detecta poco y, cuando se hace, suele ser en fases tardías. Las mujeres víctimas de malos tratos acuden durante años a los centros de salud, antes de reconocer y consultar por violencia (8, 13).

Los profesionales sanitarios encuentran dificultades cuando asisten a las víctimas de malos tratos debido, por un lado, a los prejuicios personales que hacen que se minimicen los efectos de la violencia, lo que contribuye a la idea de que es un tema privado, “un problema de pareja”; y, por otro, a no considerar la violencia hacia las mujeres como un problema de salud, sino una cuestión cuya detección, intervención y tratamiento concierne a la ley y a los servicios sociales (14). Otras razones por las que los profesionales de la salud no preguntan con regularidad acerca de los malos tratos son el encontrarse saturados o abrumados, el olvido, tener miedo de abrir la “caja de Pandora”, sentirse incómodos preguntando, o no saber qué hacer con la información que la mujer pueda revelar. Otras razones apuntadas son la falta de educación y conocimientos acerca de la violencia contra la mujer y las importantes amenazas que conlleva tanto para la salud física como mental (15).

Como apunta Herrero Velázquez, el diagnóstico precoz de este tipo de violencia es un reto para la Atención Primaria de Salud, puesto que, como declaró la OMS, en su resolución 49.25, la violencia de género es un problema de salud pública. Para facilitar la labor de detección de los malos tratos por parte de los profesionales sanitarios, se elaboró el Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género anteriormente citado, que incluye pautas para que los profesionales, puedan detectar cómo actuar ante los casos de violencia de género, siendo necesario, como se indica en

este protocolo, así como en otros documentos, establecer unas vías eficaces de coordinación entre los servicios de las distintas administraciones e instituciones (14).

Por tanto, hoy se considera una prioridad la detección precoz, y éste es quizás, el papel más específico e importante para los profesionales sanitarios del primer nivel de atención, por el lugar estratégico que ocupan, por su accesibilidad, por las múltiples posibilidades de contacto, por la atención integral que prestan y por la relación de confianza que a menudo existe entre estos profesionales y las personas que atienden. Estas características hacen de la consulta de Atención Primaria un lugar ideal para la detección precoz e intervención temprana con mujeres en situación de maltrato y, en alguna medida, también para la prevención, sin olvidar que otros dispositivos sanitarios como son los servicios de Urgencias y de Ginecología y los equipos de Salud Mental también tienen un papel importante (13).

Es por esta razón que el papel de la enfermera en este proceso de detección precoz de la violencia de pareja puede ser de vital importancia, ya que, a menudo, las enfermeras son el primer miembro del equipo de asistencia sanitaria que tiene contacto con las mujeres que sufren maltrato. Por consiguiente, las enfermeras están bien posicionadas para realizar un cribado del maltrato a la mujer (16).

En el momento actual existe un intenso debate respecto a si recomendar o no el cribado poblacional ante la violencia contra la mujer por su pareja. Las diversas sociedades no han llegado a acuerdos concretos a este respecto y, así, en los Estados Unidos existen opiniones discrepantes. Mientras la Asociación Médica Estadounidense (American Medical Association) o el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (American College of Obstetricians and Gynecologist) recomiendan que toda paciente mujer adulta debe ser interrogada de forma rutinaria acerca de la posible existencia de abuso o maltrato, las guías basadas en la evidencia de entidades como la Comisión de Servicios Preventivos de EE.UU (U.S Preventive Services Task Force) o la Comisión Canadiense de Medicina Preventiva (Canadian Task Force on Preventive Health Care), concluyen que hay evidencias insuficientes de los beneficios para la salud de las supervivientes a abusos como para hacer recomendaciones a favor o en contra del cribado sistemático de la violencia contra el compañero íntimo (17).

Por otro lado, la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (Registered Nurses' Association of Ontario), basándose en guías procedentes de Canadá (Perinatal Partnership

Program of Eastern and Southeastern Ontario, 2004), Nueva Zelanda (Ministry of Health, 2002) y Estados Unidos (Family Violence Prevention Fund, 2004), y tomando en consideración estudios cualitativos y cuantitativos, programas de evaluación, evidencia anecdótica y opiniones de expertos, incluida la propia opinión de las mujeres maltratadas, sí apoya el cribado general rutinario (16).

En España, el programa PAPPS de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC) no encuentra evidencias suficientes para recomendar el cribado sistemático en la población general mediante cuestionarios específicos, aunque sí recomienda incluir preguntas sobre la existencia de maltrato en el curso de la entrevista clínica que pueda ayudar a su detección. Mientras, otras sociedades como la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN) sí apuestan por el cribado sistemático (18).

Por lo tanto, debido a dicha controversia, el objetivo de esta revisión narrativa es analizar las evidencias científicas que se aportan para realizar un cribado rutinario frente a un cribado basado en indicadores en violencia de pareja en Atención Primaria.

METODOLOGÍA

Se ha llevado a cabo una revisión narrativa, para la cual se ha realizado una búsqueda bibliográfica de artículos científicos incluidos en las bases de datos Pubmed, Scielo, Cochrane Plus, PsycInfo y Cuiden. Como estrategia de búsqueda, tal y como se puede observar más abajo en la tabla 1, se utilizó el lenguaje controlado permitido por las bases de datos: términos MeSH (Medical Subject Headings) (“Intimate Partner Violence”, “Battered Women”, “Primary Health Care” y “Diagnosis”) y términos DeCS (Descriptores en Ciencias de la Salud) (“violence against women”, “violencia de pareja”, “violencia de género” y “cribado”). También se empleó como lenguaje libre los términos “screening” y “partner violence”. Los descriptores se han unido entre sí mediante el operador booleano AND.

Para limitar la búsqueda, se han utilizado una serie de filtros en las bases de datos: fecha de publicación (artículos publicados de 2006 en adelante), idioma (artículos en inglés y en español), tipo de artículos (artículos de investigación) y disponibilidad de los artículos (artículos con resumen).

Para llevar a cabo una selección de los artículos, se contemplaron los siguientes criterios:

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
Estudios sobre la violencia de pareja hacia la mujer	Estudios sobre cualquier otra forma de violencia de género: violencia doméstica, intrafamiliar, etc.
Estudios en los que se investiga la evidencia científica para realizar un cribado sistemático frente a un cribado basado en indicadores	Estudios que solo determinan la prevalencia de la violencia de pareja hacia la mujer
Estudios en los que los profesionales pertenecen al ámbito sanitario, tanto hospitalario como comunitario	Estudios que solo informan de las intervenciones dirigidas a ayudar a las mujeres víctimas de la violencia de pareja
Estudios cuantitativos y cualitativos	

Tabla 1. Sentencias de búsqueda utilizadas en las diferentes bases de datos y artículos seleccionados.

BASES DE DATOS	SENTENCIA DE BÚSQUEDA	Nº DE ARTÍCULOS REVISADOS	Nº DE ARTÍCULOS SELECCIONADOS
Pubmed	((("Battered Women"[Mesh]) AND "Primary Health Care"[Mesh]) AND "Diagnosis"[Mesh])	9	0
Pubmed	((("intimate partner violence"[Mesh]) AND "Primary Health Care"[Mesh]) AND "Diagnosis"[Mesh])	30	0
Pubmed	((violence against women) AND (Primary Health Care) AND (screening))	36	3
Pubmed	((("Battered Women"[Mesh]) AND ("screening"))	134	1
Pubmed	((("intimate partner violence"[Mesh]) AND "Primary Health Care")	38	5

	Care"[Mesh]) AND ("screening")		
Pubmed	("partner violence") AND "Primary Health Care"[Mesh]) AND ("screening")	44	2
Scielo	“Violencia de género” AND “Cribado”	4	0
Scielo	“Violencia de pareja” AND “cribado”	12	0
Cochrane Plus	“Violencia de pareja” AND “Cribado”	1	1
PsycInfo	“intimate violence partner” AND “screening”	36	1
PsycInfo	“battered women” AND “screening”	1	0
Cuiden	“violence against women” AND “Primary Health Care”	13	0

Una vez realizada la búsqueda bibliográfica, se llevó a cabo la lectura del resumen de los artículos recuperados y aquellos que cumplieron los criterios de inclusión, 13 en su totalidad, fueron leídos e incluidos en la revisión.

RESULTADOS

Se seleccionaron 13 estudios, de los cuales dos fueron revisiones sistemáticas, dos fueron estudios cualitativos y nueve fueron estudios cuantitativos: cinco estudios descriptivos transversales y cuatro ensayos controlados aleatorizados. Los países donde se han realizado dichos estudios son los siguientes: cuatro estudios realizados en Estados Unidos y dos estudios en España; dos realizados en Nueva Zelanda, dos en Australia y, por último, uno en Canadá.

Todas las características de los artículos aparecen resumidas en una tabla en el Anexo 1.

Los resultados se sintetizaron en cuatro categorías. Son las siguientes:

1. Detección de la situación de maltrato.
2. Efectividad del cribado de la violencia de pareja.
3. Consecuencias del cribado para la salud de las mujeres.
4. Grado de aceptación de las mujeres del cribado.

1. Detección de la situación de maltrato

La detección de la violencia de pareja aparece reflejada en siete artículos (19-25).

Tal y como indican los resultados del estudio realizado por García et al. (19), tras haber llevado a cabo un cribado de violencia de pareja, se detectó algún grado de maltrato en el 22,9% de las mujeres que fueron estudiadas. El 26,5% de las mujeres encuestadas afirmó que su médico de familia les pregunta con cierta frecuencia acerca de su situación familiar, un 11,8% que rara vez y el 61,8% que nunca. Sin embargo, estas cifras referidas a sus relaciones de pareja, son del 14,7, del 10 y del 75,3% respectivamente.

Según el artículo de Rodríguez et al. (20), a mayor número de horas de formación recibida y nivel formativo en violencia de compañero íntimo, se observó una mayor probabilidad de realizar preguntas o de indagar sobre este tema por parte de los profesionales sanitarios. Los profesionales que refirieron tener un nivel avanzado de formación en violencia de compañero íntimo registraron una probabilidad 17 veces mayor de realizar preguntas en comparación con los que no tenían dicha formación. Igualmente, estar familiarizado con las políticas y los programas parece incrementar la probabilidad de indagar sobre dicho tema, así como disponer de un protocolo de manejo de casos en el servicio y de recursos apropiados de referencia.

Según los resultados de las revisiones sistemáticas llevadas a cabo por Trabold (22) y Taft et al. (24), realizar un cribado de violencia de pareja duplica la probabilidad de que se identifiquen las mujeres víctimas del abuso, pero no aumenta los números derivados para la ayuda especializada. Las mujeres identificadas y derivadas para apoyo son escasas. Sin embargo, en el artículo de Soglin et al. (21), tras haber realizado las enfermeras un cribado rutinario a todas las mujeres, se encontró que dicha evaluación aumentó significativamente la identificación de la violencia de pareja sufrida en el pasado por las mujeres, pero no de la actual.

Un estudio (25) analizó la frecuencia de detección de mujeres que sufrían violencia de pareja a través de un programa de cribado que incluía la administración de la escala WEB (Women's Experience with Battering). Los resultados indicaron que una alta proporción de mujeres denunció violencia de pareja en los últimos 5 años.

Por otra parte, el estudio de Spangaro et al. (23) señaló que el cribado facilitaba la detección de mujeres maltratadas a través de una pregunta directa. Sin embargo, éstas solo respondían si consideraban que el ambiente era seguro en tres dimensiones: del maltratador (seis mujeres reconocieron que el miedo a que el abusador se enterara, les había disuadido de revelar la situación de maltrato), de la vergüenza de admitir la situación de maltrato (para algunas mujeres, tomar medidas para abordar el abuso redujo la vergüenza asociada al mismo) y de perder el control debido a dicha situación (seis mujeres discutieron sus temores sobre cómo los servicios sanitarios harían uso del conocimiento de la situación de abuso. El miedo al control institucional fue particularmente evidente en los relatos de mujeres que tuvieron contacto previo con la agencia legal de protección infantil).

2. Efectividad del cribado de la violencia de pareja

Seis estudios (24, 26-30) analizaron la efectividad del cribado en términos de reducción de la violencia de pareja posterior y beneficios para la mujer maltratada, como la mejora de la salud física y mental, la calidad de vida y la posibilidad del uso de recursos disponibles contra la violencia de pareja.

Según los resultados de la revisión sistemática llevada a cabo por Taft et al. (24) y los ensayos controlados aleatorizados realizados por MacMillan et al. (26) y Koziol et al. (27), tras llevar a cabo un seguimiento de las mujeres desde los tres meses siguientes al cribado hasta los 18 meses, se observó que no se había producido una reducción

significativa del nivel de violencia experimentado, ni del bienestar, ni de la calidad de vida (ya que las mujeres no presentaron una disminución significativa de las puntuaciones en los tests para síntomas de estrés postraumático, dolor corporal, depresión, abuso de alcohol y/o de drogas, etc.).

Sin embargo, otro estudio (30) señaló que a los 6 meses del cribado, el 35% de las mujeres que habían sido identificadas como mujeres maltratadas por su pareja o expareja, reportaron un cambio en el abuso estadísticamente significativo al haber disminuido las puntuaciones en la escala HITS (Hurt-Insult-Threaten-Scream), aunque dicho cambio sólo fue significativo en las mujeres participantes embarazadas.

En el ensayo controlado aleatorizado llevado a cabo por Klevens et al. (28) también se analizó el número de hospitalizaciones, las visitas al ambulatorio o a las urgencias y el uso de recursos contra la violencia de pareja por parte de las mujeres maltratadas después del cribado, habiendo recibido en la consulta una lista de los mismos. Al igual que con la recurrencia de la violencia, tampoco se hallaron diferencias estadísticamente significativas con respecto al grupo control (mujeres a las que no se les realizó el cribado pero también habían recibido dicha lista de recursos).

Por otra parte, otro ensayo controlado aleatorizado realizado por Klevens et al. (29) también investigó el impacto del cribado analizando la utilización de recursos y programas de apoyo en el hospital contra la violencia de pareja, tras haber facilitado una lista con los mismos. Ninguna de las mujeres que fueron detectadas positivamente hizo uso de ellos a los tres meses del cribado.

3. Consecuencias del cribado para la salud de las mujeres

Uno de los argumentos que comúnmente se plantean en contra de la implementación del cribado rutinario es la posibilidad de que el mismo pueda producir efectos negativos.

Cuatro estudios (23, 25, 26, 30) investigaron si el cribado de la violencia de pareja estaba asociado a consecuencias perjudiciales para las mujeres.

En los estudios se plantearon preocupaciones acerca de los posibles efectos adversos del cribado, incluyendo posibles represalias hacia las mujeres por parte de su pareja o expareja, malestar psicológico, ruptura familiar o el riesgo de que las mujeres pudieran perder la custodia de sus hijos en caso de que fueran madres.

No se encontraron indicios de que el cribado estuviera asociado con consecuencias nocivas a corto plazo, tanto para las mujeres expuestas como para las no expuestas a la situación de maltrato. Los resultados de los estudios confirmaron que el cribado no condujo a actos de represalia ni a una disminución de la calidad de vida de dichas mujeres (23, 25, 26).

Sin embargo el estudio de Spangaro et al. (30), apuntó que el 6% de las mujeres había reportado sentimientos de tristeza o depresión al pensar en su situación o recordar los abusos sufridos en el pasado y que una mujer experimentó un aumento de la violencia como resultado del descubrimiento de la revelación de la situación de abuso por parte de su pareja.

4. Grado de aceptación de las mujeres del cribado

Cinco estudios (19, 23, 25, 30, 31) reflejan el grado de aceptación de las mujeres del cribado de la violencia de pareja y el impacto del mismo en éstas.

El estudio de García et al. (19) señaló que el 96,5% aceptaba de buen grado que durante la consulta fueran interrogadas sobre dichos temas, asegurando el 93,5% de ellas que hubieran sido sinceras en sus respuestas.

El estudio de Spangaro et al. (23) analizó el impacto del cribado en 20 mujeres. Doce de ellas informaron de los efectos beneficiosos del mismo en ellas, incluyendo el poder reconocer la experiencia que estaban viviendo como abuso, desarrollar una relación de confianza con el profesional sanitario y el conocimiento de los recursos de apoyo a las mujeres maltratadas. Otro estudio llevado a cabo también por Spangaro et al. (30) señala que el 34% de las mujeres comunicaron efectos útiles derivados del cribado, entre ellos el poder reevaluar su situación y una disminución del aislamiento; incluso tres mujeres informaron que la situación de maltrato había cesado.

En la misma línea, otro artículo (31) añade que todas las mujeres a las que se les hizo un cribado de violencia de pareja comunicaron que el mismo les hizo sentirse más informadas y, por lo tanto, más seguras. Apreciaron que se les diera la oportunidad para hablar abiertamente sobre la situación de maltrato, afirmando su capacidad para enfrentar dicha situación y hacer algo al respecto tanto por ellas como por sus hijos en caso de ser madres. Ninguna de ellas comunicó un aumento del riesgo de abuso. Por otra parte, las mujeres comentaron que, durante el cribado, se habían sentido relajadas, cuidadas, tranquilas y, para aquellas que ya no experimentaban maltrato, a veces, aliviadas. Incluso

algunas mujeres indicaron que les habría gustado tener más tiempo durante el cribado. Otro efecto beneficioso que señala dicho estudio es que aquellas mujeres víctimas de violencia de pareja hablaron sobre su situación con sus familiares y amigos tras el cribado. Por otro lado, el estudio de Coker et al. (25) apuntó que las mujeres no solamente no se ofendían por la detección del cribado de la violencia de pareja, sino que ellas mismas eran quienes consideraban que tal cribado era una parte importante del procedimiento clínico.

CONCLUSIONES

Casi una cuarta parte de las mujeres que acuden a la consulta del médico de familia ha sufrido algún tipo de violencia por parte de su pareja en el último año. Aun así, existe un infradiagnóstico de la misma por parte de los profesionales sanitarios que se explicaría por la falta de tiempo y de formación, pero también por no sentirse a gusto con el tema, por el miedo a molestar a las mujeres, por la frustración con los falsos negativos, por la falta de instrumentos y recursos para manejar el maltrato y por el miedo a “abrir la caja de Pandora” (19).

La realización de preguntas sobre violencia de compañero íntimo aumenta fundamentalmente a medida que los profesionales se sienten formados en dicho tema y provistos de un protocolo de manejo de casos. Tener un conocimiento adecuado sobre los recursos de referencia en la comunidad también se relaciona con la realización de preguntas sobre violencia (20).

Es probable que el cribado aumente las tasas de identificación de víctimas de violencia de pareja, pero no produce una disminución del nivel de violencia, ni mejora la salud ni el bienestar de las mujeres; además, hay que añadir que las tasas de derivaciones a organizaciones de apoyo son bajas. El número absoluto de remisiones fue pequeño en los estudios que la examinaron y los resultados no fueron significativos. Por lo tanto, la evidencia del efecto del cribado sobre derivaciones a dichas organizaciones es poco concluyente (24, 26, 27). Aunque la evidencia de esta revisión sugiere que la detección de la situación de maltrato en mujeres embarazadas puede ser efectiva al producirse un disminución del abuso tras el cribado (30).

Por otro lado, se concluye que el hecho de que los profesionales proporcionen una lista de recursos contra la violencia de pareja tras el cribado a las mujeres en entornos sanitarios no resulta en beneficios significativos en términos de resultados generales de salud (29).

El cribado de la violencia de pareja no está asociado a consecuencias perjudiciales para las mujeres, ni para las expuestas ni para las no expuestas a la misma (23, 25, 26). Aun así, es probable que dicho cribado traiga a la superficie recuerdos dolorosos entre las mujeres que han sido abusadas. El hecho de que un pequeño número de mujeres experimente algunos aspectos negativos del cribado recuerda que es necesario tener

cuidado al plantear una situación de maltrato con las mujeres que pueden estar experimentando sus consecuencias traumáticas (30).

Por otra parte, los hallazgos dan peso al cribado como una intervención que puede traer beneficios sutiles pero importantes para las mujeres, incluyendo aquellas que permanecen en relaciones abusivas. Ello sugiere que el cribado no es simplemente una estrategia para identificar el abuso y referir a las mujeres a los servicios; sino que, también, proporciona a las mujeres la oportunidad de configurar sus construcciones acerca del abuso, informando y reconectando a las mujeres que experimentan el aislamiento como consecuencia de la situación de maltrato que están sufriendo (23).

Por lo tanto, las mujeres víctimas de violencia de pareja juzgan el cribado como beneficioso y lo consideran como una oportunidad para expresar su situación en un contexto seguro y de apoyo. El cribado realizado por los profesionales sanitarios proporciona a las mujeres víctimas de maltrato un aumento de los conocimientos sobre dicho tema, les ofrece apoyo, a la vez que les permite la oportunidad de reconocer la situación de violencia en el hogar y, así, poder hacerla visible en sus comunidades contribuyendo a que éstas sean más seguras para ellas y para sus hijos (31). Todo ello conduce al hecho de que las mujeres consideren que los profesionales de la salud deberían implementar un cribado rutinario (25).

LIMITACIONES

Las limitaciones del trabajo realizado son las siguientes:

- La búsqueda de los artículos se llevó a cabo en un número limitado de bases de datos y solamente fueron elegidos aquellos estudios en inglés y en español.
- En algunos estudios se permitió a las mujeres optar por participar en el cribado y en el seguimiento, introduciendo así una amenaza de sesgo de selección, ya que algunas de ellas decidieron no participar, bien por considerar que el estudio tenía el potencial de aumentar su riesgo de peligro (es posible que las mujeres con mayor riesgo hayan sido menos propensas a ser voluntarias, a pesar del cuidado que se haya tomado para proteger su privacidad. Sería comprensible asumir que las mujeres que sufren abusos tienen poca autonomía, dado que controlar el comportamiento es, a menudo, una característica de la violencia de pareja), o bien, por no querer hablar de su situación de violencia o por no reconocer la misma como un problema en su vida.
- En la misma línea, en algunos estudios, un porcentaje de mujeres se perdió durante el seguimiento tras el cribado. Dichas participantes mostraban un mayor riesgo de exposición a la violencia al obtener puntuaciones más altas en el WAST (Woman Abuse Screening Tool) y en el CAS (Composite Abuse Scale). Por lo tanto, es posible que el cribado o el seguimiento no sean factibles o seguros para las mismas.
- Se puede haber producido otro sesgo de selección en los estudios al no haber realizado el cribado a aquellas mujeres que venían acompañadas por su pareja o cualquier otro miembro de su familia a la consulta.
- Por otro lado, la generalización de los hallazgos se puede haber visto limitada debido a que algunos estudios se llevaron a cabo en ciudades donde las todas mujeres tienen acceso universal a la atención sanitaria, incluido el seguimiento de los servicios de salud, mientras que otros fueron realizados en entornos rurales, donde las mujeres pueden tener un acceso limitado a los recursos, hecho que les puede dificultar el revelar la situación de maltrato.

FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

En resumen, los resultados de los estudios sugieren que la administración de cuestionarios específicos autocompletados para el cribado de violencia de pareja en mujeres en un sistema universal de atención de salud da lugar a una serie de modestos beneficios y no está asociado a daños a corto plazo. Aun así, a la luz de los hallazgos, se concluye que dichos resultados proporcionan evidencia insuficiente para apoyar el cribado universal de violencia contra la mujer de compañero íntimo en ámbitos sanitarios. Por lo tanto, se necesitan más investigaciones con muestras más amplias e investigar los factores que pueden contribuir a la reducción del abuso después del cribado.

Además, son necesarios más estudios adicionales para determinar si el cribado y el seguimiento son aceptables o factibles para las mujeres que informan de una exposición alta a la violencia de pareja.

La investigación futura determinará qué intervenciones son efectivas para mejorar los resultados de salud de las mujeres que se identifiquen como víctimas de una situación de maltrato. Mientras tanto, los médicos de familia y otros profesionales sanitarios deben estar atentos a las características clínicas asociadas con la violencia de pareja con el fin de realizar un diagnóstico lo más precoz posible de una situación de maltrato contra la mujer.

CONCLUSIONES PERSONALES DE LOS ARTÍCULOS

ARTÍCULO	CONCLUSIONES PERSONALES
Detección de violencia contra la mujer en la consulta del médico de familia (19)	Debido a la alta prevalencia de la violencia de pareja y que cualquier mujer que acude a un centro de Atención Primaria puede estar sufriendo una situación de maltrato, los profesionales sanitarios deberían preguntar más sobre el entorno familiar y de pareja, sobre todo teniendo en cuenta que, prácticamente, a todas las mujeres no les importa que les pregunten sobre dichos temas.
Detección de violencia de compañero íntimo en atención primaria de salud y sus factores asociados (20)	Debido a la importancia de la formación en violencia de compañero íntimo y el conocimiento sobre los recursos para su abordaje en los profesionales sanitarios a la hora de realizar preguntas sobre dicho tema, parece imprescindible que se fomente y se continúe invirtiendo en dicha formación.
Detection of Intimate Partner Violence in a General Medicine Practice (21)	Las mujeres maltratadas a menudo pueden mostrarse reacias a admitir su situación de violencia por diversas razones, como, por ejemplo, miedo, vergüenza, etc. Por lo tanto, resulta de vital importancia que

	sientan que se encuentran en un ambiente seguro con el fin de que puedan revelar su situación.
Screening for Intimate Partner Violence Within a Health Care Setting: A Systematic Review of the Literature (22)	El cribado de la violencia de pareja produce una mayor revelación de la misma por parte de las mujeres que la sufren en comparación con la no indagación sobre dicho tema por parte de los profesionales sanitarios.
“Persist. Persist.”: A Qualitative Study of Women’s Decisions to Disclose and Their Perceptions of the Impact of Routine Screening for Intimate Partner Violence (23)	Es muy positivo el hecho de que las mujeres consideren que el cribado tiene un impacto beneficioso en ellas ya que el mismo puede dar lugar a cambios importantes, tales como el poder reconocer la experiencia que están viviendo como abuso o dejar de sufrir el aislamiento que padecen a raíz de su situación.
Screening women for intimate partner violence in healthcare settings (24)	Según los resultados de los estudios, al haber una falta de pruebas de un efecto beneficioso a largo plazo para las mujeres, no hay evidencia suficiente para justificar el cribado universal en ámbitos sanitarios, por lo que resulta imprescindible seguir investigando con muestras más amplias.
Partner Violence Screening in Rural Health Care Clinics (25)	El cribado de la violencia de compañero íntimo ha permitido que una alta proporción de mujeres en un entorno rural reconozca la violencia

	<p>como un problema en su relación y denuncie su situación de maltrato. Aun así, se necesitan evidencias que puedan determinar si el cribado es eficaz para reducir la violencia de pareja y mejorar la salud de las mujeres que la sufren.</p>
<p>Screening for Intimate Partner Violence in Health Care Settings. A Randomized Trial (26)</p>	<p>Debido a que los hallazgos del estudio sugieren que no hay evidencia suficiente para apoyar el cribado rutinario de la violencia de pareja contra la mujer, resulta imprescindible seguir llevando a cabo estudios que determinen qué intervenciones son más efectivas para la salud de las mujeres maltratadas.</p>
<p>A Randomized Controlled Trial of a Brief Emergency Department Intimate Partner Violence Screening Intervention (27)</p>	<p>El cribado para la detección de violencia de pareja íntima no redujo significativamente la exposición a la violencia a corto plazo. Es posible que un periodo de seguimiento de tres meses tras el cribado sea demasiado breve, por lo que parece necesario llevar a cabo un trabajo continuo para maximizar la efectividad de la intervención.</p>
<p>Effect of Screening for Partner Violence on Women's Quality of Life. A Randomized Controlled Trial (28)</p>	<p>De acuerdo con los resultados, entre las mujeres que son atendidas en las clínicas de Atención Primaria, proporcionar una lista de recursos contra la violencia de pareja al grupo con y sin cribado no dio como resultado una mejor salud. Por lo tanto, se podría concluir que hace falta</p>

	llevar a cabo más intervenciones con las mujeres que sufren violencia de pareja.
Comparison of Screening and Referral Strategies for Exposure to Partner Violence (29)	Según los resultados, ninguna de las mujeres detectadas positivamente hizo uso de los recursos contra la violencia de pareja a los tres meses del cribado. Por esta razón, son necesarias investigaciones futuras que estudien esta falta de uso de los servicios disponibles por parte de dichas mujeres.
Six Months After Routine Screening for Intimate Partner Violence: Attitude Change, Useful and Adverse Effects (30)	El cribado sistemático proporciona una oportunidad para informar a las mujeres sobre la violencia de pareja y configurar sus construcciones acerca del abuso independientemente de si éste se revela o no, además de la importancia de los posibles efectos beneficiosos que puedan derivarse del mismo.
Intimate Partner Violence Screening and Brief Intervention: Experiences of Women in Two New Zealand Health Care Settings (31)	Teniendo en cuenta que, prácticamente todas las mujeres aceptan de buen grado el cribado de la violencia de pareja, el hecho de que se sientan agradecidas por tener la oportunidad de contar su situación de maltrato en un contexto seguro y de apoyo, va a facilitar la revelación de la misma a los profesionales sanitarios.

AGRADECIMIENTOS

Me gustaría expresar mi agradecimiento, a todas aquellas personas que, gracias a su colaboración, han contribuido a la realización de este Trabajo de Fin de Grado:

En primer lugar, a mi tutora Matilde Tenorio, a quien me gustaría dedicar mi más profunda gratitud. Su conocimiento y experiencia han hecho posible la realización de este trabajo. Además, agradecer su paciencia, tiempo y dedicación para que el mismo llegara a término.

Y también, con la misma importancia, quiero agradecer a mi familia toda la ayuda que me ha brindado, animándome en los momentos más difíciles.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Panamericana de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen. Washington, D.C.: OMS/OPS; 2002
2. Organización Mundial de la Salud. Violencia contra la mujer. Un tema de salud prioritario. OMS/OPS;1998
3. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [Internet]. n.d. Violencia y salud. [Acceso el 10 de enero de 2017]. Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/ciudadanos/violencia/prevencion/indiceContenidos.htm>
4. Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. BOE núm. 313. [Acceso el 10 de enero de 2017]. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2004/12/29/pdfs/A42166-42197.pdf>
5. Ley 5/2005, de 20 de diciembre, Integral contra la Violencia de Género de la Comunidad de Madrid BOE núm. 52. [Acceso el 10 de enero de 2017]. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2006/03/02/pdfs/A08515-08526.pdf>
6. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [Internet]. 2 de enero de 2017. Víctimas mortales por violencia de género. [Acceso el 25 de enero de 2017]. Disponible en: http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaEnCifras/victimasMortales/fichaMujeres/pdf/VMortales_2016_12_31.pdf
7. Adam A. Una revisión sobre violencia de género. Todo un género de duda. Gac. int. cienc. forense. 2013;21(9):23-31
8. Servicio Madrileño de Salud. Guía de apoyo en atención primaria para abordar la violencia de pareja hacia las mujeres. Madrid: Consejería de Sanidad; 2008 [Acceso el 27 de enero de 2017]. Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application/pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1220373748552&ssbinary=true>
9. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género. Madrid: Consejería de Sanidad; 2012 [Acceso el 30 de enero de 2017]. Disponible en: <http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/profesionalesInvestigacion/sanitario/docs/PSanitarioVG2012.pdf>

10. Servicio Madrileño de Salud. *Guía de Actuación en Atención Especializada para abordar la Violencia de Pareja hacia las Mujeres*. Madrid: Consejería de Sanidad; 2011 [Acceso el 4 de febrero de 2017]. Disponible en: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017023.pdf>
11. Sanmartín J, Iborra I, García Y, Martínez P. III Informe Internacional. Violencia contra la mujer en las relaciones de pareja. Estadísticas y legislación. Valencia: Centro Reina Sofía; 2010. [Acceso el 27 de enero de 2017]. Disponible en: <http://www.luisvivesces.org/upload/88/18/informe.pdf>
12. García AM. Implantación y evaluación de programas poblacionales de cribado. [monografía en Internet]. 1ª ed. Barcelona: EMISA; 2006 [Acceso el 27 de enero de 2017]. Disponible en: http://www.seepidemiologia.es/documents/dummy/monografia3_cribado.pdf
13. Sanidad de Castilla y León. Guía de práctica clínica sobre violencia contra las mujeres en la pareja. Castilla y León: Gerencia Regional de Salud; 2010 [Acceso el 28 de enero de 2017]. Disponible en: http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/profesionalesInvestigacion/protocolosAmbitoAutonomico/sanitario/docs/Guia_practica_clinica_Castilla_y_Leon.pdf
14. Sánchez S, De la Fuente D, Salamanca AB, Robledo J. Valoración de las mujeres maltratadas sobre la asistencia sanitaria recibida. *Nure Inv*. [Internet]. 2010 [Acceso el 20 de febrero de 2017]; 7(48):1-8. Disponible en: <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/502>
15. Gracia E, Lila M. Los profesionales de la salud y la prevención de la violencia doméstica contra la mujer. *Rev Méd Chile*. 2008;136(3):394-400
16. Unidad de Investigación en Cuidados de Salud. El maltrato contra las mujeres: cribado, identificación y respuesta inicial. Madrid: Instituto de Salud Carlos III; 2005 [Acceso el 30 de enero de 2017]. Disponible en: http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/2014_CribadoMaltrato_spp12_022014_-_with_supplement.pdf
17. Moracco K, Cole T. Preventing intimate partner violence: screening is not enough. *JAMA*. 2009; 302(5):568-70
18. Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. La atención primaria frente a la violencia de género. Necesidades y propuestas. Madrid: Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad; 2015 [Acceso el 27 de marzo de 2017]. Disponible

- en: <http://www.once.es/new/plan-de-igualdad/estrategia-de-lucha-contra-la-violencia-de-genero/Atencion-Primaria-VG.pdf>
19. García JM, Torio J, Lea MC, García MC, Aguilera R. Detección de violencia contra la mujer en la consulta del médico de familia. *Aten Primaria*. 2008;40(9):455-461
 20. Rodríguez G, Vives C, Miralles JJ, San Sebastián M, Goicolea I. Detección de violencia de compañero íntimo en atención primaria de salud y sus factores asociados. *Gac Sanit*. 2017; 31(1):1-6
 21. Soglin L, Bauchat J, Soglin D, Martin G. Detection of Intimate Partner Violence in a General Medicine Practice. *J Interpers Violence*. 2009; 24(2):338-348
 22. Trabold, N. Screening for Intimate Partner Violence Within a Health Care Setting: A Systematic Review of the Literature. *Soc Work Health Care*. 2007;45(1):1-18.
 23. Spangaro J, Zwi A, Poulos R. “Persist. Persist.”: A Qualitative Study of Women’s Decisions to Disclose and Their Perceptions of the Impact of Routine Screening for Intimate Partner Violence. *Psychology of Violence*. 2011;1(2):150-162
 24. Taft A, O’Doherty L, Hegarty K, Ramsay J, Davidson L, Feder G. Screening women for intimate partner violence in healthcare settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2015;1(7):1-4
 25. Coker A, Flerx V, Smith P, Whitaker D, Fadden MK, Williams M. Partner Violence Screening in Rural Health Care Clinics. *Am J Public Health*. 2007; 97(7):1319–1325.
 26. MacMillan H, Wathen C, Jamieson E, Boyle M, Shannon H, Ford-Gilboe M, et al. Screening for Intimate Partner Violence in Health Care Settings. A Randomized Trial. *JAMA*. 2009;302(5):493-501
 27. Koziol J, Garrett N, Fanslow J, Hassall I, Dobbs T, Henare-Toka TA et al. A Randomized Controlled Trial of a Brief Emergency Department Intimate Partner Violence Screening Intervention. *Ann Emerg Med*. 2010;56(4):413-423
 28. Klevens J, Kee R, Trick W, Garcia D, Angulo F, Jones R, et al. Effect of Screening for Partner Violence on Women’s Quality of Life. A Randomized Controlled Trial. *JAMA*. 2012;308(7):681-689
 29. Klevens J, Sadowski L, Kee R, Trick W, García D. Comparison of Screening and Referral Strategies for Exposure to Partner Violence. *Womens Health Issues*. 2012;22(1):45-52

30. Spangaro JM, Zwi A, Poulos R, Man W. Six Months After Routine Screening for Intimate Partner Violence: Attitude Change, Useful and Adverse Effects. *Women Health*. 2010;50(2):125-143
31. Koziol J, Giddings L, Rameka M, Fyfe E. Intimate Partner Violence Screening and Brief Intervention: Experiences of Women in Two New Zealand Health Care Settings. *J Midwifery Womens Health*. 2008;53(6):504-510

ANEXO 1

AUTORES	LUGAR Y AÑO	TIPO DE ESTUDIO	MUESTRA	TEMA PRINCIPAL	PRINCIPALES RESULTADOS
García JM, Torio J, Lea MC, García MC, Aguilera R.	España 2008	Descriptivo transversal	N = 170 mujeres	Conocer la magnitud de la violencia contra la mujer en la pareja entre las pacientes que acuden al médico de familia, estudiar la frecuencia y aceptación de su investigación por parte del médico de familia y evaluar la efectividad de una pregunta de cribado de maltrato	Se detecta algún grado de maltrato en el 22,9% de las mujeres estudiadas. Al 96,5% de las encuestadas no le disgustaría que su médico de familia abordara las relaciones de pareja, situación que se produce en el 24,7% de los casos.
Rodríguez G, Vives C, Miralles JJ, San Sebastián M, Goicolea I.	España 2017	Descriptivo transversal	N = 265 profesionales sanitarios	Determinar la frecuencia y los factores asociados a la realización de preguntas de detección de violencia de compañero íntimo en atención	El 67,2% de los participantes señalan que preguntan sobre violencia de compañero íntimo en la consulta, siendo las acciones más frecuentes

				<p>primaria y describir las principales acciones desarrolladas en los casos identificados</p>	<p>derivar a otros servicios, consejo individual y entrega de información. Se asocian a mayor probabilidad de indagar sobre el tema el tener 21 hora o más de formación, nivel formativo avanzado, conocer políticas y programas, dispone de protocolo y recursos apropiados de referencia</p>
<p>Soglin L, Bauchat J, Soglin D, Martin G.</p>	<p>EE.UU 2009</p>	<p>Descriptivo transversal</p>	<p>N = 102 mujeres</p>	<p>Determinar la prevalencia de la violencia de pareja y evaluar la efectividad del cribado rutinario</p>	<p>La violencia de pareja es común en todas las edades siendo más frecuente en mujeres con un nivel socioeconómico bajo. El cribado rutinario realizado por el personal de enfermería aumenta significativamente la identificación de la violencia</p>

					de pareja sufrida en el pasado por las mujeres estudiadas (17,6%), pero no aumenta la identificación de la actual (1,0%)
Trabold, N	2007	Revisión sistemática	N = 10 estudios	Exploración de la hipótesis de que el cribado de violencia de pareja tiene implicaciones en el aumento de la identificación y de las prácticas de seguridad y una mayor violencia	Los resultados sugieren que el cribado es eficaz en la identificación de la violencia de compañero íntimo. Sin embargo, no se puede establecer un vínculo causal entre las prácticas de cribado, el aumento de las prácticas de seguridad y la disminución de la violencia
Spangaro J, Zwi A, Poulos R.	Australia 2011	Estudio cualitativo	N = 20 mujeres	Determinar las condiciones bajo las cuales las mujeres revelan la situación de maltrato en respuesta al cribado	Las mujeres revelaron la situación de abuso si consideraban que el ambiente era seguro en tres dimensiones:

				sistemático de violencia de pareja y el impacto del mismo en ellas	del maltratador, de la vergüenza de admitir la situación de maltrato y de perder el control debido a dicha situación. La mayoría de las mujeres describieron un impacto beneficioso del cribado
Taft A, O'Doherty L, Hegarty K, Ramsay J, Davidson L, Feder G.	2013	Revisión sistemática	N = 11 estudios	Determinar si hay pruebas de que el cribado para la detección de la violencia por parte de la pareja aumenta el número de mujeres identificadas y el número derivado a los servicios especializados y conocer si el cribado da lugar a efectos beneficiosos para la salud de	El cribado duplicó la probabilidad de que se identificaran las mujeres víctimas de abuso, pero no aumentó los números derivados para la ayuda especializada. Los números identificados y derivados para apoyo fueron escasos. El cribado no redujo el nivel de violencia experimentado por

				las mujeres o si, por el contrario, les causa algún daño	las mujeres ni mejoró la salud ni el bienestar de las mujeres en cualquier punto temporal de tres a 18 meses después del cribado. Un estudio no mostró pruebas de daños. Los diez estudios restantes no abordaron el tema de las consecuencias perjudiciales.
Coker A, Flerx V, Smith P, Whitaker D, Fadden MK, Williams M.	EE.UU 2007	Descriptivo transversal	N = 3664 mujeres	Determinar la frecuencia de la violencia de pareja íntima tras el cribado rutinario de la misma	La prevalencia de la violencia de pareja en mujeres con una relación actual fue del 13,3%, y 939 mujeres (25,6%) la habían experimentado en algún momento de los últimos 5 años. Aquellas que alguna vez sufrieron violencia de pareja, la mayoría (65,6%)

					experimentó tanto maltrato físico como psicológico
MacMillan H, Wathen C, Jamieson E, Boyle M, Shannon H, Ford-Gilboe M, et al.	Canadá 2009	Ensayo controlado aleatorizado	N = 6743 mujeres (dos grupos: uno al que se le realizó el cribado: n = 3271; y otro grupo al que no se le realizó: n = 3472)	Determinar la eficacia de la detección de violencia de pareja y la comunicación de resultados positivos a los profesionales sanitarios	A los 18 meses del cribado, la recurrencia observada de la violencia de pareja entre las mujeres examinadas vs no examinadas fue de un 46% frente a un 53% respectivamente. Las diferencias en la calidad de vida no eran estadísticamente significativas entre ambos grupos. Las mujeres examinadas no reportaban ningún efecto perjudicial derivado del cribado

Koziol J, Garrett N, Fanslow J, Hassall I, Dobbs T, Henare-Toka TA et al.	Nueva Zelanda 2010	Ensayo controlado aleatorizado	N = 399 mujeres (dos grupos: uno al que se le realizó el cribado: n = 199; y otro grupo al que no se le realizó: n = 200)	Evaluar la eficacia de la detección de la violencia de la pareja en un servicio de urgencias en la reducción del abuso a corto plazo	44 (12,8%) mujeres reportaron violencia de pareja durante el período de seguimiento de 3 meses
Klevens J, Kee R, Trick W, Garcia D, Angulo F, Jones R, et al.	EE.UU 2012	Ensayo controlado aleatorizado	N = 2708 mujeres (tres grupos: uno al que se le realizó el cribado y recibió una lista de recursos contra la violencia de pareja: n = 909; otro grupo que solo recibió dicha lista de recursos: n = 893; y un grupo control: n = 898)	Determinar el efecto de la detección sistemática de la violencia de pareja	Después del seguimiento durante un año, no hubo diferencias estadísticamente significativas en la calidad de vida, ni en el número de hospitalizaciones, ni las visitas al ambulatorio o a las urgencias ni en el uso de recursos entre el grupo de mujeres a las que se le realizó el cribado y recibió una lista de recursos contra la violencia de pareja y los otros dos grupos

<p>Klevens J, Sadowski L, Kee R, Trick W, García D.</p>	<p>EE.UU 2012</p>	<p>Ensayo controlado aleatorizado</p>	<p>N = 126 mujeres (tres grupos: uno al que los profesionales sanitarios realizaron el cribado y recibió, además, una lista impresa de los recursos disponibles contra la violencia de pareja: n = 46; otro grupo que completó un cuestionario autoadministrado asistido por ordenador como método de cribado y recibió también dicha lista: n= 37; y otro grupo que también completó dicho cuestionario y recibió la lista de recursos pero que, además,</p>	<p>Exploración de la utilidad de las diferentes estrategias de cribado y derivación para las mujeres expuestas a violencia de compañero íntimo en Atención Primaria de Salud</p>	<p>De las 126 mujeres estudiadas, 102 (81%) completaron la entrevista telefónica de seguimiento. Las tasas de revelación de la situación de maltrato fueron más altas en el grupo de mujeres que completó un cuestionario autoadministrado asistido por ordenador que en el grupo al que los profesionales sanitarios les realizó el cribado (21% frente a 9%). La preferencia por el método de cribado, el impacto del mismo (reacciones positivas y negativas) y las tasas de uso de los recursos de referencia fueron similares entre los grupos de estudio</p>
---	-----------------------	---	---	--	--

			visualizó un clip de video que proporcionó apoyo y alentó a la búsqueda de ayuda: n = 43)		
Spangaro JM, Zwi A, Poulos R, Man W.	Australia 2010	Descriptivo transversal	N = 122 mujeres	Evaluar los cambios reportados por las mujeres identificadas como víctimas de violencia de pareja seis meses después del cribado sistemático	La proporción de violencia de pareja actual sufrida por las mujeres fue significativamente menor después de seis meses tras el cribado. Mientras que el 6% de ellas reportó reacciones emocionales negativas, el 34% comunicó efectos útiles, reevaluando su situación y reduciendo el aislamiento
Koziol J, Giddings L, Rameka M, Fyfe E.	Nueva Zelanda 2008	Estudio cualitativo	N = 283 mujeres	Conocer las percepciones de las mujeres sobre la aceptabilidad, la utilidad y los	La mayoría de las mujeres (97%) aceptaron de buen grado el cribado de violencia de pareja y la percibieron como no amenazante y segura. Las

				efectos del cribado de la violencia de pareja	mujeres no reportaron mayor riesgo de daño debido a la detección. Las respuestas mostraron que la intervención tenía una calidad terapéutica y educativa, y la actitud y el enfoque del profesional sanitario que formulaba las preguntas era crítico para un resultado positivo
--	--	--	--	---	--

