



Universidad de Valladolid



**PROGRAMA DE DOCTORADO
EN INVESTIGACIÓN EN CIENCIAS DE LA SALUD**

TESIS DOCTORAL:

**“ANÁLISIS Y VALIDACIÓN DE LOS RESULTADOS
DEL SERVICIO DE CRIBADO
DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN CASTILLA Y LEÓN
A LOS 4 AÑOS DE SU PUESTA EN MARCHA”**

**Presentada por Marta Sainz de Andueza
para optar al Grado de Doctora por la Universidad de Valladolid**

Dirigida por:

Dra. D^a. María del Carmen Fernández Alonso

Dra. D^a. Sonia Herrero Velázquez



Universidad de Valladolid

AUTORIZACIÓN DE LAS DIRECTORAS DE TESIS

(Art. 7.2 de la Normativa para la presentación y defensa de la Tesis Doctoral en la UVa)

D^a MARIA DEL CARMEN FERNANDEZ ALONSO, con D.N.I. 12.206.173.G

Profesora Colaboradora Honorífica. Dpto de Medicina, Dermatología y Toxicología

Centro: **Facultad de Medicina de Valladolid**

Dirección a efecto de notificación: C/Juan de Herrera 21, Simancas
Valladolid.47130 e-mail: carmenferal@gmail.com

D^a SONIA HERRERO VELAZQUEZ , con D.N.I. 06571609 A

Centro: **Hospital Universitario Rio Hortega .Valladolid. Servicio de Neurología.**

Dirección a efecto de notificación: C/Alonso Cano, 33 , Simancas

Valladolid.47130 e-mail: sherrero13@yahoo.es

Como Directoras de la Tesis Doctoral titulada : **“ANÁLISIS Y VALIDACIÓN DE LOS RESULTADOS DEL SERVICIO DE CRIBADO DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN CASTILLA Y LEÓN A LOS 4 AÑOS DE SU PUESTA EN MARCHA”.**

Realizada por D./D^a **MARTA SAINZ DE ANDUEZA**, alumna del Programa de Doctorado de **INVESTIGACION EN CIENCIAS DE LA SALUD**

Autorizan su presentación, considerando que, reúne las condiciones de calidad científica, tanto en la pertinencia e interés del tema de investigación elegido, como en la metodología y rigor científico en el desarrollo del proyecto habiendo dado respuesta a la hipótesis formulada y la consecución de los objetivos marcados.

Por todo ello consideran que reúne las condiciones de idoneidad para ser presentada para la obtención del Grado de Doctora

Valladolid, 23 de Marzo de 2018

Las Directoras de la Tesis

FDO:

FDO:

SR/SRA. PRESIDENTE/A DE LA COMISIÓN DE DOCTORADO

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar el más sincero agradecimiento a las directoras de mi Tesis Doctoral, la Dra. M^a del Carmen Fernández Alonso y la Dra. Sonia Herrero Velázquez. El largo camino recorrido con esta Tesis no hubiese sido posible sin vuestra iniciativa, constancia, tutela y supervisión. Gracias por transmitirme vuestro afán investigador desde que nació este Proyecto, integrando una perspectiva crítica y certera del ejercicio de nuestra profesión con el rigor, empatía y compromiso que merece.

Gracias al Dr. J.A. Cordero Guevara, maestro impecable, que con paciencia ha perseverado en su labor de análisis y corrección.

Una mención llena de cariño y complicidad a la Dras. M.L. González Castro y M. Cubillo Moreno. Ellas fueron el impulso justo, sabio y certero para dejarme “atrapar” por el anhelo investigador.

El más profundo agradecimiento a mis padres. Por haberme transmitido su entusiasmo y pasión por alcanzar nuevas metas, por educarme en el respeto, y enseñarme con sensatez y mucha paciencia a ser responsable y consecuente.

Gracias a mis amigas, porque habéis sido testigo paciente de un Proyecto que os ha robado tiempo. A pesar de ello, vuestras palabras de aliento siempre llegan a tiempo.

Con esta Tesis han nacido Lara y Martín. He compartido con ellos horas de biblioteca hasta su llegada a mis brazos, he suplido cuentos de ranas y cocodrilos por literatura científica, y aún es el día que les robo horas de juegos y risas para sacar adelante estas líneas. Esta Tesis es vuestra también.

Y por fin, mi gratitud infinita a ti, Arturo. Compañero de viaje sin perder ni por un momento la confianza, con la palabra justa en el momento oportuno, suplantando el optimismo que en algunos momentos me ha abandonado, y poniendo rumbo a sentimientos de impotencia disparatados. Gracias por trasmitirme tu fuerza arrolladora.

UNA REFLEXIÓN Y UN RECUERDO

Sirva este trabajo para hacemos recapacitar sobre nuestro compromiso social como profesionales sanitarios. Asumamos con ilusión, esfuerzo e intachable responsabilidad, el cuidado de la salud de nuestros pacientes.

Elogio con orgullo la valentía de las mujeres que reúnen el coraje suficiente para hacer frente a las circunstancias adversas, se sobreponen a ellas y salen airoas de esa coyuntura. Va por ellas este trabajo.

Despleguemos todos nuestros medios para impulsar la sumisión de la violencia de género y atenuar su yugo en nuestra sociedad.

Un recuerdo para todas aquéllas mujeres de la provincia de Burgos que han participado de manera anónima y desinteresada haciendo posible la realización de este Proyecto.

“Ante las atrocidades tenemos que tomar partido.

El silencio estimula al verdugo”.

Elie Wiesel (1.928-2.016)

Resumen

Introducción:

La violencia de género es un grave problema de salud pública en cuyo abordaje tiene un papel relevante el sistema sanitario. Sin embargo, la infradetección del mismo en el ámbito sanitario sigue siendo una realidad a pesar de la inclusión de su detección en Cartera del Servicios del SNS hace ya 10 años. Castilla y León incorporó como obligatorios los Servicios de Cribado y Atención a la VG en Atención Primaria en el año 2007, pero el rendimiento del cribado es bajo. Por ello nos preguntamos si un cuestionario estandarizado y validado, aceptable y breve, podría mejorar el rendimiento diagnóstico frente a las preguntas propuestas en el protocolo de SACYL.

Objetivos:

- Evaluar la efectividad de la intervención de cribado de violencia de género incluida en la cartera de servicios de AP en el área sanitaria de la provincia de Burgos, comparando su rendimiento con el uso del cuestionario WAST.
- Validar para nuestra población el cuestionario WAST de detección y diagnóstico, utilizando como *Gold Standard* los casos confirmados a través de pregunta directa en la entrevista.

Metodología:

Estudio descriptivo transversal, con una muestra aleatoria de 422 mujeres pertenecientes a 10 centros de salud urbanos y rurales de Burgos. Se lleva a cabo una entrevista personal por médicas de familia entrenadas a las mujeres que aceptan participar y reúnen criterios de inclusión. Se aplica un cuestionario que consta de información socio-demográfica, antecedentes clínicos, utilización de recursos, soporte social, aceptabilidad del cribado y el cuestionario WAST.

Se utilizan tres fuentes para conocer los casos detectados:

1. Resultados del Servicio de cribado de mujeres víctimas de VG incluido en cartera de servicios de SACYL y confirmación del registro de esta actividad en HCE.
2. Cuestionario WAST, que se analiza en su totalidad con 8 ítems (WAST LARGO) y utilizando solo las dos primeras preguntas para el cribado (WAST CORTO). Cada pregunta se valora en una escala tipo Likert de 1 a 3 (puntuación total de la escala de 8 a 24), aplicado solo a las mujeres con pareja actual.
3. Confirmación de casos mediante pregunta directa en la entrevista de la existencia de maltrato actual y/o maltrato en el pasado.

La validación del cuestionario WAST se llevó a cabo a partir de la estimación por intervalo del área bajo la curva ROC.

Resultados:

Se reclutaron 422 mujeres. Tasa de Respuesta: 82,7%. La edad media 55,1 años (DE: 18,7).

-Según el registro del Servicio de Detección precoz de mujeres víctimas de VG de cartera de Servicios de SACYL, 5 casos (1,4 %) de las mujeres cribadas resultaron casos positivos para VG de las cuales solo tres tenían pareja actual en el momento del estudio (el 1,1 %).

- Casos confirmados de VG actual mediante pregunta directa: 38 mujeres (14,39 %). Casos confirmados de VG con parejas en el pasado: 46 mujeres (13,2%). En resumen, un total de 82 mujeres (23,5%), coexistiendo en dos casos VG actual y pasada.

- El WAST largo con el punto de corte propuesto por los autores (≥ 13) fue positivo en 21 mujeres (7,8%). En nuestro estudio tuvo una baja sensibilidad (S: 50%; E: 99%; VPP: 90%; VP: 92%) y deja por tanto sin detectar un elevado número de mujeres. Frente a esto, el punto de corte bajo la curva de ROC que optimizaba las características psicométricas en nuestro estudio fue ≥ 11 (S: 89,5%; E: 93,9%. VPP: 70,8%; VP: 98,2%). La consistencia interna del WAST LARGO fue medida mediante el alfa de Cronbach: 0,758.

- En el WAST CORTO, el mejor punto de corte, con puntuaciones 3-2-1 para el cribado de VG, fue ≥ 3 (S: 81,6%; E: 77,3%; VPP: 37,3%; VP: 96,2%).

- La concordancia observada para la identificación de VG entre el WAST corto (puntuación preguntas a + b ≥ 3) y WAST largo (puntuación total ≥ 11), fue 78,3% y el índice kappa 40% (IC 95%: 28,3% a 51,7%).

- El tipo de maltrato predominante en nuestra muestra fue el Psíquico sólo (48,8%) o asociado a otros tipos de MT (92,7%).

- La práctica totalidad de las mujeres víctimas de VG reconocen que la exposición a una situación de maltrato afecta a su estado de salud. Tanto la prevalencia de trastornos de ansiedad, depresión, insomnio, e ideación suicida, como el consumo de Psicofármacos, son significativamente mayores en el grupo de mujeres víctimas de VG.

- Además, un 12,6% de la muestra manifiesta haber sido testigo o víctima de MT en la infancia.

- Respecto a la aceptabilidad de las mujeres para ser preguntadas por los profesionales sanitarios, el 96,6% de la muestra está a favor del ser preguntada por la posibilidad de sufrir VG, porcentaje algo mayor para las víctimas de violencia de género, un 97,6%.

Conclusiones:

- El rendimiento del cribado de violencia de género que realizan los profesionales de Atención Primaria a través de las preguntas exploratorias del protocolo en el área de Burgos en Castilla y León es bajo.
- La utilización del cuestionario WAST incrementa de forma significativa el diagnóstico de casos de VG para mujeres con pareja actual, detectando VG en el 12,7% de las mujeres cribadas para un punto de corte ≥ 11 en el WAST largo. Se considera un instrumento válido para la detección de casos en AP.
- La validez del cuestionario WAST para nuestra población con los criterios propuestos por los autores es baja. Las propiedades psicométricas del WAST corto y largo encontradas en nuestro estudio sugieren la realización de cambios en los puntos de corte, tanto en su versión corta ≥ 3 como en la larga ≥ 11 para optimizar su validez tanto para el cribado como para el diagnóstico.
- Los resultados de este estudio podrían resultar de utilidad en los servicios de salud para decidir cambios en los métodos de cribado de VG que mejoren la detección, aunque sería conveniente confirmar estos resultados en el marco de la consulta ordinaria.
- La aceptabilidad de las mujeres respecto a ser preguntadas si sufren violencia de género fue muy alta, lo que debe eliminar el miedo de los profesionales a ofender a la mujer al hacer este tipo de preguntas.

Palabras clave: Violencia hacia la mujer por su pareja. Violencia de Género. Cribado. Atención Primaria. Cuestionario WAST.

Abstract

Preamble

Intimate partner violence (IPV) has today become a serious Public Health issue, relating to which our Health system has a fundamental preventive role. Nevertheless an IPV scarce detection rate is still true, even when it has been included in IPV service portfolio for as long as 10 years. In autonomous Spanish region Castilla and Leon, screening and health care are mandatory in IPV treatment protocol but still a low effectiveness rate is noted. Authors of this paper ask whether a validated, standardized questionnaire may enhance diagnosis comparing to current exploratory research proposed in SACYL protocol.

Objectives

- Assess IPV screening effectiveness as part of Health Service AP service portfolio in Burgos area, comparing it's yield with the WAST questionnaire.
- Validate WAST questionnaire used in the scope of population analysed in this study, where episodes confirmed by direct survey are deemed as a Gold Standard.

Methodology

Cross-sectional survey comprise a random female sample of 422 individuals registered in urban and rural Health Centres in Burgos area. An interview is first conducted on pre-screened women willing to take part in this study. The selected questionnaire covered socio-demographic items, medical history, resource use, social support as well as screening appropriateness and the WAST questionnaire.

A three-fold information source was used as resort for detecting true cases:

- IPV Early Detection Service confirmed files from SACYL portfolio, records being confirmed next in the electronical clinical History.
- Full WAST questionnaire, comprising 8 points, as well as abridged two-point WAST questionnaire. Items are weighed using a 3-grade Likert scale (global score 8-24).
- Interview-based confirmed case studies revealing current or past abuse.

WAST questionnaire was validated assessing area interval under ROC curve.

Results

Study was based on a population sample of 422 females. Response rate: 82,7%. Average age 55,1% (DS: 18,7).

- According to IPV Early Detection Service records retrieved from SACYL portfolio (1,4%) from screened females were confirmed as true IPV study cases. Only 3 women of the same population have regularly lived with their partner on the previous year (1,1%).
- IPV Positive diagnosis revealed 38 engaged women (14.39%). Also as much as 46 females asked (13.2%), reckoned being target of IPV during former relationships. To sum up, 82 female individuals (23.5%) from total study population, matching both conditions on present and past IPV.
- Full WAST questionnaire with a cut-off point ≥ 13 confirmed positive IPV in 21 female study cases. The study registered a low sensibility though (S: 50%; E: 99%; VPP: 90% y VP: 92%), leaving a high number of women suffering IPV undetected.

Cut-off point under ROC curve optimising psicometric parameters designed for IPV diagnosis in our study was ≥ 11 (S: 89.5%; E: 93.9%; VPP: 70.8%; VP: 98.2%).

- Short WAST questionnaire: best cut-off point under ROC curve, scoring 3-2-1 for IPV was ≥ 3 (S: 81,6%; E: 77,3%; VPP: 37,3%; VP: 96,2%).
- Full WAST questionnaire internal consistency was assessed by a Cronbach $\alpha = 0.758$
- Diagnosed IPV females by short WAST ($a + b \geq 3$) and full WAST (global score ≥ 11) questionnaires were coincident on a 78,3% level, and kappa index was 40% (IC 95%: 28,3- 51,7%).
- Dominant abuse revealed in this study was of a Psychological kind, alone (48,8%), also coupled with others (92,7%).
- Practically every surveyed female exposed to IPV confirmed health disorders related to such abuse events. Anxiety, depression, insomnia, suicidal tendency as well as Psychotropic drug abuse are thus very frequently related to IPV-exposed women.
- Adding to that, 12,6% from study population confirmed being witness or suffering childhood abuse.
- As regards to the case group willingness on being questioned by healthcare officers on IPV-related issues, 96,6% from study population answered positively, higher percent in IPV exposed females, 97,6%.

Conclusions

- IPV screening completed by general practitioners through standardised protocol exploratory questions in Castilla y Leon, Burgos area, showed a low yield.
- Use of WAST questionnaire consistently increased rate of IPV diagnosis on presently engaged females, detecting 12.7% of screened women by full WAST questionnaire on a cut-off point ≥ 11 . As such, it was considered an effective tool for IPV early detection in Primary Care.
- WAST questionnaire validity using criteria from paper authors in the scope of the study population was low. Psicometric characters from both short and full WAST resulting from this study led to possible changes in cut-off points. Those applied to both full (≥ 11) and short (≥ 3) WAST questionnaires in order to optimise diagnosis and screening validity.

- Results from this study may possibly prove useful for Healthcare Services in supporting changes for improving IPV screening methods, even if those results have to be checked against regular medical consultation.
- Willingness of female study group to be questioned by healthcare officers on IPV-related issues was high, that suggests medical officers shall not fear when posing such questions to women.

Key words

Violence against women exerted by partners, Gender based violence, Screening Tools, Gender Violence, Intimate Partner Violence, Primary Care, WAST Tool, Healthcare Settings, Assessment Instruments.

Índice general

Resumen	i
Abstract	iii
Índice general	v
Índice de abreviaturas y acrónimos	vii
Índice de tablas	ix
Índice de figuras	xi
Índice de gráficos	xii
Capítulo 1. Introducción	1
1.1. Marco teórico	2
1.1.1. Concepto	4
1.1.2. Tipos de violencia de género	5
1.1.3. Magnitud del problema	6
1.1.3.1. Extensión. Datos y cifras	6
1.1.3.1.1. Prevalencia en el mundo	6
1.1.3.1.2. Prevalencia en España	9
1.1.3.2. Gravedad del problema	14
1.1.3.2.1. Consecuencias de la violencia de género en la salud de las mujeres, hijos e hijas y personas convivientes	14
1.1.3.2.2. Consecuencias sociales y económicas de la violencia de género	20
1.1.4. Causas de la violencia de género	23
1.2 Antecedentes y situación actual del problema	28
1.2.1. A nivel social	28
1.2.1.1. Marco normativo actual internacional	28
1.2.1.2. Marco normativo actual nacional y autonómico	30
1.2.2. A nivel sanitario	35
1.2.2.1. Intervenciones en el ámbito sanitario	35
1.2.2.2. Instrumentos para la detección de violencia de género	48
Capítulo 2. Justificación	59
2.1. Situación de la detección de violencia de género en los servicios de salud de Castilla y León. Infradetección	60
2.2. Razones que justifican la realización de este estudio	67

Capítulo 3. Hipótesis y Objetivos del estudio	69
3.1. Hipótesis	71
3.2. Objetivos del Estudio	71
Capítulo 4. Material y Métodos	73
4.1. Tipo de estudio	74
4.2. Ámbito del estudio	74
4.3. Cálculo muestral	75
4.4. Instrumentalización	75
4.5. Variables a estudio	77
4.6. Desarrollo del estudio	79
4.7. Tratamiento estadísticos de los datos	80
Capítulo 5. Resultados	81
5.1. Características de la población muestral	83
5.2. Características de la población respuesta	87
5.3. Detección de casos de violencia de género	93
5.4. Validez de la herramienta del cribado de violencia de género en cartera de servicios de Atención Primaria Castilla y León	100
5.5. Validez del cuestionario WAST en nuestro estudio	101
5.6. Comparación del rendimiento del cribado con ambas herramientas	108
5.7. Aceptabilidad del cribado y recuerdo del cribado del cartera de servicio	108
5.8. Tipos de violencia de género y características de las mujeres víctimas de violencia de género	110
Capítulo 6. Discusión	119
Capítulo 7. Limitaciones	139
Capítulo 8. Conclusiones	141
Capítulo 9. Aplicabilidad	145
Bibliografía	147
Anexos	161
Anexo 1: Servicios de detección y atención a la violencia de género	163
Anexo 2: Consentimiento informado	165
Anexo 3: Cuestionario	167
Anexo 4: Cartas de presentación	171
Anexo 5: Comunicación de resultados	173

Índice de abreviaturas y acrónimos

ABUSE ASSESSMENT SCREEN	AAS
ABUSE RISK INVENTORY	ARI
ATENCIÓN PRIMARIA	AP
AMERICAN ACADEMY FAMILY PHYSICIANS	AAFP
AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS GYNAECOLOGISTS	ACOG
AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION	AMA
BOLETÍN OFICIAL DE CASTILLA Y LEÓN	BOCYL
BOLETIN OFICIAL DEL ESTADO	BOE
CASTILLA Y LEÓN	CYL
CENTRO DE INVESTIGACIONES SOCIOLOGICAS	CIS
CENTRO DE SALUD	CS
COMPOSITE ABUSE SCALE	CAS
COMPUTER SCREENING INTIMATE PARTNER VIOLENCE	CSIPV
COMUNIDADES AUTÓNOMAS	CCAA
CONFLICT TACTICS SCALES	CTS
CONSEJO GENERAL DEL PODER JUDICIAL	CGPJ
DESVIACIÓN ESTÁNDAR	DE
ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL	ETS
ESPECIFICIDAD	E
ESTADOS UNIDOS	EEUU
COMITÉ ESPAÑOL DE REPRESENTANTES DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD	CERMI
HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA	HCE
HUMILIATION, AFRAID, RAPE, KICK	HARK
HURT-INSULT-THREATEN-SCREAM	HITS
INCAPACIDAD TEMPORAL	IT
INDEX OF SPOUSE ABUSE	ISA
INTIMATE PARTNER VIOLENCE	IPV
MALTRATO / MALOS TRATOS	MT
MINISTERIO DE SANIDAD SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD	MSSSI
MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO	MSC
MODIFIED CHILDHOOD TRAUMA QUESTIONNAIRE--SHORT FORM	CTQ-SF
ONGOING ABUSE SCREEN	OAS
ONGOING VIOLENCE ASSESSMENT TOOL	OVAT
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD	OMS

ORGANIZACIÓN DE NACIONES UNIDAS	ONU
ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD	OPS
PARTNER VIOLENCE SCREEN	PVS
POBLACIÓN RESPUESTA	PR
PRODUCTO INTERIOR BRUTO	PIB
PROGRAMA DE ACTIVIDADES PREVENTIVAS Y DE PROMOCIÓN DE LA SALUD	PAPPS
SANIDAD DE CASTILLA Y LEÓN	SACYL
SENSIBILIDAD	S
SISTEMA NACIONAL DE SALUD	SNS
SLAPPED, THREATENED, AND THROW	STaT
UNIÓN EUROPEA	UE
UNITED STATES PREVENTIVE SERVICE TASK FORCE	USPSTF
UNIVERSAL VIOLENCE PREVENTION SCREENING PROTOCOL	UVPSP
VALOR PREDICTIVO POSTIVO	VPP
VALOR PREDICTIVO NEGATIVO	VPN
VERDADERO POSITIVO	VP
VERDADERO NEGATIVO	VN
VIOLENCE PREVENTION RISK ASSESSMENT	VPRA
VIOLENCIA DOMÉSTICA	VD
VIOLENCIA DE GÉNERO	VG
VIOLENCIA DE GÉNERO NEGATIVO	VGN
VIOLENCIA DE GÉNERO POSITIVO	VGP
WOMAN ABUSE SCREENING TOOL	WAST
WOMAN ABUSE SCREENING TOOL NEGATIVO	WN
WOMAN ABUSE SCREENING TOOL POSITIVO	WP
WORLD HEALTH ORGANIZATION	WHO

Tabla 1. Violencia en mujeres de países integrantes de la Unión Europea	7
Tabla 2. Macroencuestas Nacionales sobre violencia de género	9
Tabla 3. Estudios de prevalencia de VG en población demandante de servicios de salud	11
Tabla 4. Consecuencias de la violencia de género.	20
Tabla 5. Factores de vulnerabilidad para ser mujer maltratada o maltratador.	38
Tabla 6. Causas que dificultan la detección del maltrato.	40
Tabla 7. Razones que apoyan la pregunta rutinaria de violencia de género.	46
Tabla 8. Indicadores de sospecha para detección de violencia de género.	47
Tabla 9. Propiedades psicométricas y principales resultados del cuestionario WAST	55
Tabla 10. Análisis de pérdidas previo a Fase de entrevista	84
Tabla 11. Distribución de Población Respuesta	87
Tabla 12. Variables socio-demográficas de la Población Respuesta	88
Tabla 13. Antecedentes personales de la Población respuesta	89
Tabla 14. Influencia de problemas en el estado de salud de la Población Respuesta	90
Tabla 15. Variables socio-demográficas de víctimas de maltrato en la infancia	91
Tabla 16. Antecedentes personales de mujeres víctimas de maltrato en la infancia	92
Tabla 17. Influencia de problemas en el estado de salud de víctimas de MT en infancia	92
Tabla 18. Casos positivos de violencia de género en MEDORA	95
Tabla 19. Resultados de cuestionario WAST	96
Tabla 20. Correspondencia de los resultados del cuestionario WAST con el punto de corte ≥ 13 con casos confirmados de VG	97
Tabla 21. Violencia de género por entrevista	98
Tabla 22. Propiedades psicométricas del WAST largo	101
Tabla 23. Puntos de corte para WAST largo	102
Tabla 24. Tabla comparativa de puntos de corte de WAST largo	103

Tabla 25. Correspondencia de los resultados del cuestionario WAST con el punto de corte ≥ 11 con casos confirmados de VG	103
Tabla 26. Propiedades psicométricas del WAST corto con puntos de corte ≥ 3 y ≥ 4	104
Tabla 27. Propiedades psicométricas del WAST corto con puntos de corte $=2$ y ≥ 1	104
Tabla 28. Consistencia interna del WAST	105
Tabla 29. Puntuación WAST según VG+/VG- y tipo de maltrato	106
Tabla 30. Puntuación WAST en relación con resultado de la entrevista	106
Tabla 31. Puntuación WAST en víctimas de VG por entrevista según tipo de MT	107
Tabla 32. Tipos de violencia de género	110
Tabla 33. Variables socio-demográficas en víctimas de violencia de género	111
Tabla 34. Comparativa variables socio-demográficas de mujeres víctimas de VG actual o no por diagnóstico en entrevista	112
Tabla 35. Comparativa variables socio-demográficas en Población Respuesta y víctimas de VG actual y pasada	113
Tabla 36. Comparativa antecedentes personales en mujeres víctimas y NO víctimas VG	114
Tabla 37. Comparativa de percepción del estado de salud en mujeres víctimas y NO víctimas VG	116
Tabla 38. Influencia de problemas en el estado de salud de víctimas y NO víctimas VG	117
Tabla 39. Incapacidades temporales en víctimas de VG actual	118
Tabla 40. Incapacidades temporales en víctimas de VG en el pasado	118

Figura 1. Prevalencia de violencia de género por regiones.	8
Figura 2. Denuncias por violencia de género en España.	14
Figura 3. Modelo ecológico.	24
Figura 4. Proceso evolutivo de la violencia de género.	26
Figura 5. Ciclo de la violencia.	27
Figura 6. Plan Nacional de Sensibilización y Prevención de violencia de género	32
Figura 7. Cuestionario WAST	52
Figura 8. Algoritmo 1. Evolución de la muestra inicial y tasa de respuesta	86
Figura 9. Algoritmo 2. Desarrollo del estudio	99
Figura 10. Área bajo la curva ROC del WAST largo	102

Índice de gráficos	Pag.
Gráfico 1. Víctimas mortales por violencia de género.	12
Gráfico 2. Denuncias por violencia de género.	13
Gráfico 3. Percepción de efectos de la violencia de género sobre la salud.	17
Gráfico 4. Población muestral	83
Gráfico 5. Distribución de la población Respuesta	87
Gráfico 6. Cobertura del cribado de VG alcanzado en los años 2009-2012 en Burgos en mujeres mayores de 14 años	93
Gráfico 7. Cobertura del Servicio de cribado de VG (210a) en CYL a 2012	94
Gráfico 8. Resultado del Servicio de atención a VG (210b) en CYL a 2012	94
Gráfico 9. Víctimas de violencia de género actual por entrevista	97
Gráfico 10. Víctimas de violencia de género en el pasado por entrevista	98
Gráfico 11. Profesionales en el cribado de violencia de género	109

Capítulo 1. Introducción

1.1. Marco teórico

La violencia de género es un grave problema de salud pública reconocido como prioritario por las principales organizaciones con responsabilidades en salud, OMS, OPS, ONU, sociedades científicas y países, por las graves consecuencias que tiene para la salud de las personas que lo sufren, las mujeres y los hijos e hijas fundamentalmente, y por la alta prevalencia en la práctica totalidad del mundo, si bien con diferencias ostensibles de unos países a otros.

La ONU en su “Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer”, en la Resolución de la Asamblea General 48/104 del 20 de Diciembre de 1993 (Organización de Naciones Unidas, 1993a), recoge por primera vez que la violencia contra las mujeres constituye una violación de los derechos humanos y de las libertades fundamentales, expresa su preocupación porque supone un obstáculo para el logro de los objetivos de igualdad, desarrollo y paz.

El reconocimiento formal de este fenómeno por la ONU marcó un antes y un después en la consideración social y legal de la VG por diversas razones: sitúa a la VG en el marco de los derechos humanos, reconoce a la violencia psicológica como una forma más de violencia, y no solo a la física o sexual, e incluye también las amenazas y no solo los hechos, todo ello tanto en el ámbito privado como público.

En 1995 en la Conferencia Mundial sobre la Mujer de Beijing de la Asamblea General de la ONU (1996), se reconoce internacionalmente la VG como un problema social, definiendo los derechos de las mujeres como derechos humanos, declarando esta violencia una violación de los mismos, y adquiriendo una dimensión global de igualdad entre hombres y mujeres. En esta Asamblea, la ONU estableció la lucha contra la violencia hacia las mujeres como uno de sus objetivos estratégicos.

Las graves consecuencias para la salud de las mujeres que la padecen y de sus hijos e hijas, ha llevado al reconocimiento de la VG como problema de salud pública de primer orden (Organización Mundial de la Salud, 1996), aconsejando a los Estados avanzar en el conocimiento de su magnitud y consecuencias para las personas que la sufren, así como a establecer estrategias para afrontar este grave problema refrendado en numerosas declaraciones desde entonces (World Health Organization, 2014).

La VG es también un problema social con profundas raíces culturales que ha permanecido invisible a lo largo de la historia, constituyendo una de las manifestaciones más claras de subordinación y abuso en las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres. Es un fenómeno anclado en la cultura patriarcal, dominante aun hoy, en la mayor parte de los países en el mundo. Por ello la respuesta a este fenómeno exige de intervenciones multidisciplinares integradas, porque solo la implicación de todos los sectores involucrados podrá conducir a su erradicación. En esta respuesta los Servicios de salud tienen un papel importante, ya que, a menudo, constituyen la primera y a veces la única oportunidad para detectar precozmente una situación de maltrato que permita poner en marcha medidas de intervención. Su abordaje tiene que ver, en primer lugar, con la protección y el respeto a los derechos de la mujer, como nos recuerda la OPS (2016):

- El derecho a la vida, en riesgo por la violencia de género.
- El derecho a la salud, mediante Servicios de salud de buena calidad, accesible y aceptable para ellas, que puedan prevenir o paliar el menoscabo que los malos tratos generan en su salud y bienestar.
- El derecho a la autodeterminación, a tomar sus propias decisiones, incluidas las decisiones de carácter sexual y reproductivo, para rehusar tratamientos médicos y para emprender acciones legales.
- El derecho a no ser discriminada en los Servicios de salud por motivos de sexo, raza, etnia, orientación sexual, religión, discapacidad, estado civil e ideología política.
- El derecho a la intimidad y la confidencialidad, en la atención sanitaria.

1.1.1. Concepto

La violencia contra la mujer fue definida por la ONU (1993a, p. 2), como *“todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada”*. Se trata de una violencia instrumental, ya que es un medio utilizado para mantener la discriminación, la desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres. Comprende muchos tipos de conductas: reclusión, agresiones y acoso sexual, tráfico de niñas y mujeres, incesto, mutilaciones genitales, abortos selectivos, infanticidios, violaciones masivas como arma de guerra, comercio sexual, discriminación laboral y social y violencia hacia las mujeres por su pareja en cualquiera de sus formas.

El término violencia de género no es unívoco, por lo que su significado se puede prestar a interpretaciones. Existen términos empleados en la literatura para referirse a la violencia hacia la mujer que conceptualmente tienen matices diferentes pero con frecuencia se usan indistintamente (Fernández M.C. et al., 2005): *“violencia intrafamiliar”, “violencia doméstica”, “violencia de género”, “violencia contra las mujeres”* o *“violencia machista”, “violencia del compañero íntimo”, “violencia hacia la mujer por su pareja”*.

De entre las formas de violencia expuestas, la violencia contra las mujeres por su pareja o expareja es el motivo de nuestro trabajo. Se trata de aquellas agresiones o conductas violentas que se producen en el ámbito privado, en el que el agresor, generalmente varón, tiene o ha tenido una relación de afectiva con la víctima y tiene como fin el sometimiento de la mujer. Se inicia generalmente en los estadios precoces de una relación con conductas de control y maltrato de baja intensidad difícilmente identificables por la víctima, y evoluciona progresivamente hacia conductas más violentas y frecuentes que menoscaban la integridad de la mujer a nivel físico, psicológico y social. Existen dos elementos importantes que explican su cronicidad: 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.

La OMS en su “Informe mundial sobre violencia y salud” (Krug E.G. et al., 2002) define la Violencia intrafamiliar o violencia doméstica: malos tratos o agresiones físicas, psicológicas, sexuales o de otra índole, infligidos por personas del medio familiar y dirigidos generalmente a los miembros más vulnerables de la familia: niños/as, mujeres y ancianos/as. Con frecuencia se habla indistintamente de *violencia intrafamiliar* o *violencia doméstica*, por ser la que se produce en el ámbito familiar o doméstico. Incluye la violencia en la infancia, contra la mujer en la pareja, hacia las personas mayores, de hijos hacia los padres y entre miembros de la familia.

La Ley Orgánica 1/2004, de 28 de Diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género (Boletín Oficial del Estado, 2004, p. 42162), se refiere a la VG como:

“...manifestación de la discriminación, la situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres, [que] se ejerce sobre éstas por parte de quienes sean o hayan sido sus cónyuges o de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, aun sin convivencia”.

En sentido estricto estaríamos hablando de violencia hacia la mujer por la pareja.

La Convención de Estambul (Council of Europe, 2011) definió la violencia contra la mujer como *“todos los actos de violencia de género que resultan o pueden resultar en daño físico o sexual, psicológico o económico a las mujeres, incluyendo amenazas de tales actos, coerción o privación arbitraria de libertad, ya sea en la vida pública o en la vida privada”*, incorporando la violencia económica a la anterior definición.

1.1.2. Tipos de Violencia de Género

Se distinguen diferentes tipos de VG aunque lo habitual es que coexistan de forma simultánea o sucesiva (Council of Europe, 2011; Fernández, M.C y Herrero S., 2005; Krantz G. y García-Moreno, C., 2005):

1. Física. Lesiones infligidas de forma intencionada con el fin de producir daños corporales: golpes, quemaduras, agresión con armas, empujones, patadas, negarle las necesidades básicas (asistencia médica, manutención, descanso)..., hasta la muerte.

2. Psicológica. Actos que atentan contra la dignidad de la mujer y contra su integridad emocional de forma intencionada como: insultos, humillaciones, desprecios, amenazas (de muerte, de abandono, de agresión, de separación de los sus hijos e hijas...), acoso, control de movimientos, manipulación emocional, hacerle sentir culpable, impedirla tomar decisiones, impedir su desarrollo profesional, ridiculizar sus ideas y creencias e imponer las suyas, menospreciar a personas y destruir objetos queridos. La VG psicológica aislada es posible, pero es difícil imaginar violencia física o sexual que no comporten asimismo VG psicológica.

3. Sexual. Actos que atentan contra la libertad sexual de la persona y lesionan su dignidad: relaciones sexuales forzadas, abusos, violación, presión para mantener relaciones sexuales o prácticas sexuales no deseadas.

4. Violencia o abuso económico. Acciones u omisiones que afectan la economía y subsistencia de la mujer, a través de limitaciones encaminadas a controlar el ingreso de sus percepciones económicas, en la restricción, limitación y/o negación injustificada para obtener recursos económicos: negarle el dinero para los gastos de supervivencia familiar, alimentación, salud, vestido, exigirle control desproporcionado de compras básicas, impedirle tener un trabajo remunerado, no pasarle la pensión de manutención para los hijos, adueñarse de sus propiedades, entre otras. El abuso económico fue considerado hasta hace pocos años una forma de violencia psicológica, pero su elevada frecuencia y especificidad llevaron en 2011 a su reconocimiento como un tipo específico de violencia en la convención de Estambul (Council of Europe, 2011).

1.1.3. Magnitud del problema

1.1.3.1. Extensión. Datos y cifras

1.1.3.1.1. Prevalencia en el mundo

Existen numerosos estudios tanto a nivel internacional como nacional que nos acercan al conocimiento de la extensión de este problema y aportan cifras preocupantes, aunque la prevalencia real es desconocida. Un reciente estudio europeo (FRA–European Union Agency for Fundamental Rights, 2014) encuentra que la prevalencia de VG en mujeres mayores de 15 años oscila entre el 19-52%.

En la Tabla 1, se muestran las encuestas nacionales más relevantes sobre violencia en mujeres de países integrantes de la UE y los resultados del estudio europeo mencionado.

VIOLENCIA EN MUJERES DE PAÍSES INTEGRANTES DE LA UNIÓN EUROPEA			
PAÍS AÑO	ENCUESTA	TIPO DE ENCUESTA POBLACIÓN DIANA	PRINCIPALES RESULTADOS
FRANCIA 2000	<i>Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France (Etude ENVEFF).</i> (Jaspard, M. et al., 2000).	Encuesta nacional telefónica: 6970 mujeres Edad: 20-59 años	-VG Física: 17% desde los 18 años -VG Sexual: 11% desde los 15 años <u>En últimos 12 meses:</u> -Amenaza verbal 4,3% -Agresión psíquica 2,5% -Acoso moral 3,9% -Violación, otras 0,9%
REINO UNIDO 2002	<i>2001 British Crime Survey: England and Wales Technical Report.</i> (Bolling, K., 2002)	37.000 entrevistas /año	- Violencia Física: 20% - Violencia Económica/Psíquica: 25%
ALEMANIA 2003	<i>Health, Well-Being and Personal Safety of Women in Germany: results of the pilot study.</i> (Federal Ministry for Family Affairs, Senior Citizens, women and Youth, 2003)	Encuesta nacional: 10.624 mujeres. Cuestionario autoadministrado Edad: 16-85 años	<u>Al menos en una ocasión: 23%</u> - Física 37% - Sexual 13% - Física, sexual 40% - Psíquica 42%
REINO UNIDO 2007	<i>Homicides, Firearms Offences and Intimate Violence 2005/2006</i> (Coleman, K. et al. 2007)	26.214 mujeres y hombres.	Prevalencia de VG: 6,3%
REINO UNIDO 2016	<i>Crime in England and Wales: year ending June 2016</i> (Office for National Statistics, 2016)	35.000 adultos y 3.000 niños entre 10-15 años.	<u>Durante el último año:</u> - VG mujeres 16-19 años: 12,6% - VG sexual mujeres 16-19 años: 9,0%
EUROPA 2014	<i>Violence against Women: an EU-wide survey. Results at a glance</i> (European Union Agency for fundamental rights-FRA, 2014)	42.000 mujeres Mujeres entre 18-74 años de los 28 Estados miembros de la UE.	Prevalencia de VG en >15 años: 19- 52 % - España: 22 % - Austria: 20% - Alemania: 35 % - Reino Unido: 44%

TABLA 1. Violencia en mujeres de países integrantes de la Unión Europea

A nivel internacional, reseñamos el Estudio Multipaís “Violencia doméstica y salud en la mujer” realizado por la OMS (García-Moreno, C. et al., 2006), diseñado específicamente para estudiar la prevalencia de la VG en 11 países de diferentes regiones del mundo con una muestra de 26.412 mujeres con edades de 15-64 años.

Los resultados muestran una prevalencia acumulada que supera las cifras de estudios anteriores: violencia física en el 13-61% de mujeres encuestadas, maltrato psicológico el 20-75% y violencia sexual un 6-59 %.

Un estudio realizado a nivel mundial en 9.549 universitarios de 19 naciones en 2006 (Douglas E.M. y Straus, M.A., 2006) encuentra una prevalencia de VG del 24,2%. En el año 2008, otro estudio con 13.601 estudiantes universitarios de 32 países (Straus, M.A., 2008) obtiene una prevalencia de VG del 9,9%.

En otro estudio realizado en 2013 por la OMS, la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres y el Consejo Sudafricano de Investigaciones Médicas (Devries, K.M. et al., 2013), basado en los datos de más de 80 países, el 35% de las mujeres han sufrido violencia física o sexual por parte de su pareja o violencia sexual por terceros. Por la falta de acuerdo sobre las medidas estándar para valorar la violencia psicológica, esta no se ha incluido en el estudio. La mayor parte de esta violencia corresponde a la ejercida por la pareja, cerca de un tercio (30%). Los porcentajes de esta violencia varían entre el 23% y el 47%. Incluye estudios de datos primarios de encuestas a mujeres mayores de 15 años que representan todas las regiones del mundo (Figura 1).

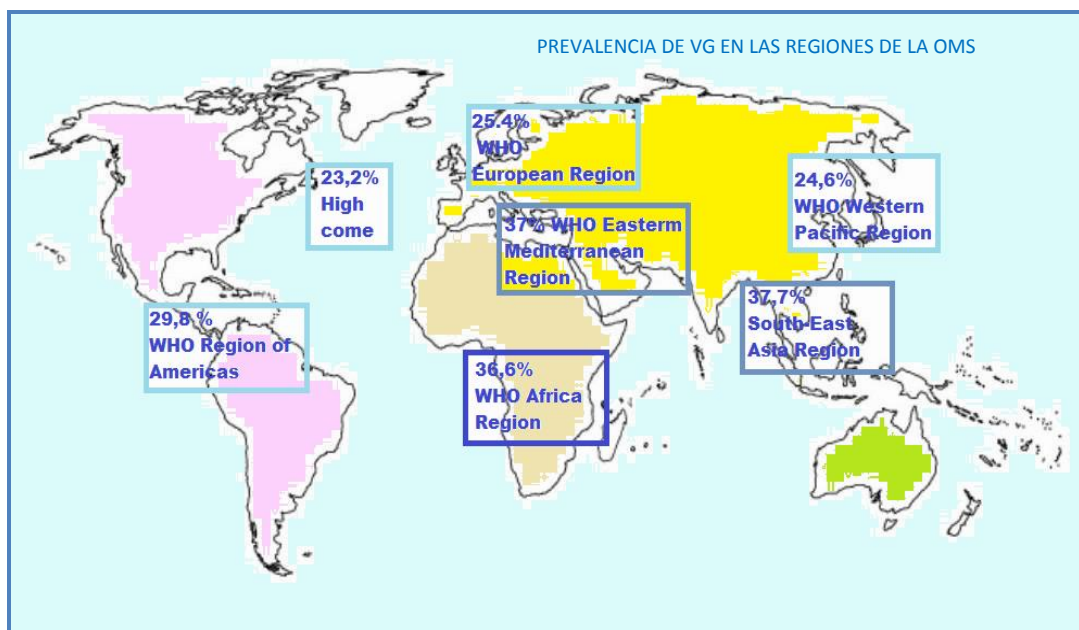


FIGURA 1. Prevalencia de violencia de género por regiones. Fuente: World Health Organization, 2013.

1.1.3.1.2. Prevalencia en España

1. Macroencuestas Nacionales sobre Violencia de Género

El Ministerio de Sanidad, el Instituto de la Mujer y actualmente la Delegación del Gobierno para la VG han llevado a cabo y promovido la realización de diversas Macroencuestas a nivel nacional. En los años 1999, 2002, 2006 (Instituto de la mujer, 2000, 2002, 2006), año 2011 (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011) y año 2015 (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015) exponen sucesivos resultados que nos acercan a la extensión del problema, siendo conscientes de las limitaciones de este tipo de encuestas poblacionales (Tabla 2).

ANÁLISIS COMPARATIVO DE GRANDES ENCUESTAS NACIONALES. ESPAÑA			
	TIPO DE ENCUESTA POBLACIÓN DIANA	PRINCIPALES RESULTADOS	
		DATOS NACIONALES	DATOS CCAA CASTILLA Y LEÓN
AÑO 1999 (INSTITUTO DE LA MUJER, 1999)	Encuesta telefónica Muestra: 20.552 mujeres Edad: 16-65 años	Maltrato de género alguna vez 5,1% -Violencia familiar: 12,4%. -Violencia de pareja: 9,2%.	- Violencia familiar 14,6% - Violencia de pareja 12,7%
AÑO 2002 (INSTITUTO DE LA MUJER, 2002)	Encuesta telefónica Muestra: 20.652 mujeres Edad: 16-65 años	Maltrato de género alguna vez 6,2% -Violencia de pareja: 11.1%.	Violencia de pareja: 10,7%
AÑO 2006 (INSTITUTO DE LA MUJER, 2006)	Encuesta telefónica Muestra: 32.426 mujeres Edad: 16-65 años	Maltrato de género alguna vez 6,3% -Violencia familiar: 9,6%. -Violencia de pareja: 7,16%.	Violencia de pareja: 10,2%
AÑO 2011 (MSPSI, 2011)	Entrevista presencial Muestra: 7.898 mujeres Edad ≥ 18 años	Maltrato de género alguna vez: 10,9% Maltrato de género último año: 3,0%.	
AÑO 2015 (MSSSI, 2015)	Entrevista presencial Muestra: 10.171 mujeres Edad ≥ 16 años	Maltrato de género alguna vez 15,5% - VG Física por cualquier pareja 10,7% - VG Física por alguna ex-pareja 17,6% - VG psicológica 26,4% - VG sexual 13,3% - Hasta el 75,2% mujeres si se trata de VG física.	

TABLA 2. Macroencuestas Nacionales sobre violencia de género

Los resultados de la Macroencuesta de Violencia contra la Mujer de 2015 (MSSSI, 2015), reflejan además que el 22,36% de las mujeres que ha sufrido VG por su pareja o ex-pareja han acudido a algún servicio médico a solicitar ayuda. La asistencia sanitaria es el servicio que más satisfacción genera entre estas mujeres, de todos los servicios de ayuda por los que preguntaba.

La prevalencia de VG en mujeres con discapacidad y mujeres inmigrantes arroja cifras muchos mayores. La discapacidad física o psicológica constituye una situación de especial vulnerabilidad para el MT, y las mujeres que tienen esta condición constituyen un grupo de alto riesgo para sufrir algún tipo de violencia, tanto por su pareja como por personas del entorno familiar y cuidadores. El informe presentado recientemente por la Fundación CERMI muestra que en las mujeres con algún tipo de discapacidad la prevalencia de VG es del 31%, frente al 12,5 % en mujeres sin discapacidad. La violencia sexual por la pareja afecta a una de cada 5 mujeres discapacitadas (Fundación CERMI mujeres, 2016). Por ello diversas organizaciones sociales y sanitarias han abordado mediante protocolos y guías específicas el MT en mujeres con distintos tipos de discapacidad (Millán, S. et al., 2009; González, F. et al., 2010; Recio, M. et al., 2013; Sánchez, C., Álvarez-Buylla, S. y Espinella, B., 2010).

2. Estudios de prevalencia en población demandante de los servicios de salud

En España se han realizado diversos estudios, sobre todo en Atención Primaria, en población demandante de consultas, que aportan cifras muy superiores a las encuestas poblacionales (Tabla 3). El estudio de prevalencia de VG quizás más importante, se realizó mediante cuestionario auto-administrado a una muestra representativa de las CCAA de España (Ruiz-Pérez, I. et al., 2010). Participaron 11.475 mujeres. Los resultados revelan que el 24,8% (23,4%–26,3%) de las mujeres encuestadas refirieron haber sido maltratadas por su pareja alguna vez en la vida. En Castilla y León el porcentaje está en el 20,5%. Con respecto a las mujeres inmigrantes sin ingresos propios que residen en España, el 38% tiene más riesgo de sufrir VG en comparación con el 23,4% de las mujeres de nacionalidad española. Tener estudios secundarios o universitarios e ingresos altos son dos factores protectores para este tipo de violencia.

PREVALENCIA DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN POBLACIÓN DEMANDANTE DE SERVICIOS DE SALUD A NIVEL NACIONAL		
ESTUDIO	TIPO. MUESTRA	PORCENTAJE VIOLENCIA DE GÉNERO
<u>GRANADA</u> (Mata, N. y Ruiz, I., 2002)	3 consultas de AP Muestra: 257 mujeres Edad: 18 - 65 años	- 22,8% violencia doméstica - 32% maltrato en la pareja - 22,3% maltrato psíquico - 9,8% maltrato físico - 5,1% maltrato sexual - 29,7% 2 tipos de maltrato 16,5% 3 tipos de maltrato
<u>ANDALUCÍA</u> (Raya Ortega, L., 2004).	6 consultas de AP Muestra: 425 mujeres Edad: 18 - 65 años	- 31,5% violencia de género alguna vez
<u>SEVILLA</u> (Alonso, M. et al., 2004)	Mujeres >18 años que acuden a Servicios de Urgencias de los Hospitales Universitarios Virgen del Rocío.	- 20% violencia de género alguna vez - 16% violencia de género en el último año - 13% violencia de género en embarazo - 7% de embarazadas refiere VG
<u>ANDALUCÍA MADRID</u> <u>COMUNIDAD VALENCIANA</u> (Ruiz-Pérez, I. et al., 2006)	23 consultas de AP Muestra: 1.402 mujeres Edad: 18-65 años	- 32% violencia de género alguna vez. - 17,8% violencia de género actualmente - 7% maltrato físico y psicológico - 14% maltrato psicológico - 3% maltrato psicológico y sexual - 6% maltrato físico psicológico y sexual
<u>GRANADA</u> (Aguar-Fernández, M. et al., 2006)	23 consultas de AP Muestra: 391 mujeres Edad >14 años	- 48,6% violencia de género alguna vez - 45,2% maltrato psicológico - 18,5% maltrato físico - 16% maltrato sexual
<u>JAÉN</u> (García, J.M. et al., 2008)	4 consultas de AP Muestra: 170 mujeres Edad > 18 años	- 22,9% violencia de género en último año
<u>ESPAÑA</u> (Ruiz-Pérez, I. et al., 2010)	547 consultas de AP Muestra: 11.475 mujeres Edad > 15 años	- 24,8% violencia de género alguna vez - 15,1% violencia de género en último año - 20,5% violencia de género en Castilla y León
<u>CASTILLA LA MANCHA</u> <u>COMUNIDAD VALENCIANA</u> (Cano, L.M. et al., 2010)	Consultas de AP y Puntos de Atención Continuada, rurales y urbanos. Muestra: 371 mujeres Edad ≥ 18 años	- 24,9% admitió VG alguna vez - 11,6% en el momento actual - 17,3% en el pasado - 4,21% ambas - 26,2% Cuestionario WAST positivo
<u>SANTA CRUZ DE TEENRIFE</u> (González-Losada, J. et al., 2012)	2 zonas básicas de salud en AP Muestra: 299 mujeres Edad ≥ 18 años	- 51,5% violencia de género alguna vez - 99,35% maltrato psíquico - 25,32% maltrato físico - 7,79% maltrato sexual

TABLA 3. Estudios de prevalencia de VG en población demandante de servicios de salud

Un estudio secundario realizado en 2006 en Castilla y León por la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades (2006) en el marco de la III Macroencuesta sobre la violencia contra las mujeres (Instituto de la mujer, 2006), encontró que la prevalencia de VG en Castilla y León, fue del 10,2%. Se investigaron asimismo las diferencias en el medio rural y urbano no encontrando diferencias entre ambos en el maltrato técnico y el maltrato auto-declarado es discretamente mayor en el medio rural.

3. Cifras de mortalidad por violencia de género.

La OMS estima que la VG es una de las primeras causas de muerte en mujeres en edad fértil a nivel mundial (Devries, K.M. et al., 2013). Los datos de mortalidad se cree están infraestimados, ya que solo se imputan las muertes directas por agresión física, pero no se imputan las muertes indirectas por suicidios inducidos por el MT, enfermedades de transmisión sexual, VIH/SIDA, cáncer de cérvix, y otras enfermedades crónicas relacionadas con las situaciones de estrés permanente que supone la vivencia de violencia por la pareja: cardiopatía isquémica, asma, enfermedades autoinmunes, enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas entre otras.

Según cifras del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, desde la Delegación del Gobierno para la Violencia de Género, 906 mujeres han muerto por VG de forma directa a manos de sus parejas o ex-parejas desde el año 2004 hasta el año 2016 (MSSSI, 2017) (Gráfico 1).

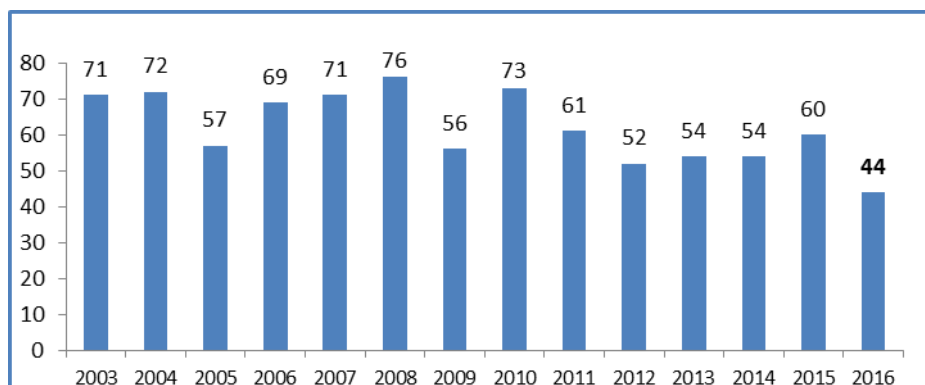


GRÁFICO 1. Víctimas mortales por violencia de género. Fuente: MSSSI, 2017.

Algunas circunstancias o factores como ser inmigrante o vivir en medio rural, incrementan el riesgo de feminicidio según los hallazgos de estudios recientes. Las mujeres inmigrantes expuestas a violencia de pareja tienen un riesgo cinco veces mayor de ser asesinadas que las mujeres españolas (Sanz-Barbero, B., Rey, L. y Otero-García, L., 2014; Vives-Cases, C. et al., 2009).

A la mortalidad de las mujeres tendríamos que añadir la de los hijos e hijas y otros miembros de la familia asesinados por el agresor, además de los suicidios de éstos tras consumar el feminicidio. Desde 2010 a 2017, 28 niños y niñas fueron asesinados en España por las parejas o exparejas de mujeres víctimas de violencia de género.

4. Denuncias por violencia de género.

Otro indicador son las denuncias interpuestas por las mujeres a causa de los MT por su pareja. Aunque sabemos que sólo se denuncia una pequeña proporción, estimado en menos del 10% tiene interés conocer la tendencia temporal. Ha tenido un crecimiento muy importante, probablemente reflejo de una mayor sensibilización, pasando de 22.397 denuncias en el año 2000 a 142.893 en el año 2016 (Alberdi, I. y Matas, N. 2002; Consejo General del Poder Judicial, 2017).

Desde el 1 de Enero de 2007 hasta el 31 de Diciembre de 2016 han llegado a los Juzgados un total de 1.324.263 denuncias por violencia de género (Gráfico 2).

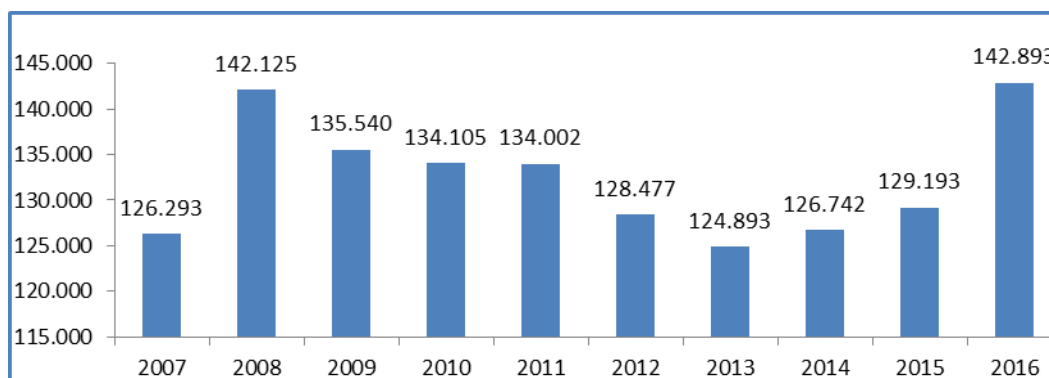


GRÁFICO 2. Denuncias por violencia de género. Fuente: Elaboración propia a partir del IX Informe Anual del Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer, 2015 y datos del CGPJ, 2017.

Según los datos del CGPJ (2017), en el año 2016 se presentaron en Castilla y León 4.633 denuncias por VG y fueron adoptadas 777 Órdenes de Protección (Figura 2).

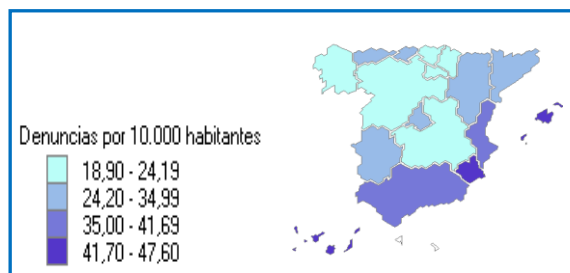


FIGURA 2. Denuncias por violencia de género en España. Fuentes: CGPJ, 2017.

El incremento progresivo en el número de denuncias probablemente refleja una mayor conciencia del problema y mayor percepción de confianza y seguridad en la respuesta de las instituciones, y no necesariamente el incremento de la prevalencia. Es interesante constatar que la mayor parte fueron formuladas por las mujeres, por atestados policiales, o los familiares, y sólo un 10,15% consecuencia del parte de lesiones recibido directamente en el Juzgado (CGPJ, 2017).

1.1.3.2. Gravedad del problema. Consecuencias.

1.1.3.2.1. Consecuencias de la violencia de género en la salud de las mujeres, hijos e hijas, y personas convivientes.

Numerosos estudios han investigado las graves consecuencias del maltrato en la salud física y mental de la mujer así como a nivel social, laboral y en su calidad de vida. El impacto de la salud de las personas que lo sufren puede variar en función de factores como el apoyo social, el acceso a servicios de salud y a los servicios sociales y jurídicos y otras circunstancias del contexto de la mujer como la pobreza, aspectos culturales o religiosos, que pueden paliar o incrementar el impacto de la VG en la vida de las mujeres y sus familias.

La relación entre maltrato y salud de las mujeres está ampliamente documentada en numerosos estudios (Dunkle, K.L. et al., 2004; Bonomi, A.E. et al., 2009; Kumar S. et al., 2005; Alio, A.P., Nana, P.N. y Salihu, H.M., 2009; Raya-Ortega, L. et al., 2004; Sarkar, N.N., 2008; Gomel, M.K., 1998; McFarlane J. et al., 1992; Coker A.L. et al., 2009; Bolaños, E. et al., 2014; Wise, L.A. et al., 2001; Scholle, S.H., Rost, K.M. y Golding, J.M., 1998; Koss, M.P., Koss, P.G. y Woodruff, W. J., 1991; Pico- Alfonso, M.A. et al., 2006; Amor, P.J. et al., 2002).

Por su relevancia mencionamos algunos resultados de estudios de la OMS.:

- El Estudio Multipaís de la OMS (García-Moreno, C. et al., 2006) ya citado previamente, que investigó el estado de salud de las mujeres estudiadas (enfermedades, lesiones, abortos, problemas de salud mental, etc.), uso de servicios sanitarios y de apoyo, y los tipos de lesiones y la atención sanitaria recibida, en víctimas de violencia física. Encontraron en sus resultados una fuerte asociación entre VG y síntomas de mala salud, tanto física como mental, aunque no se pueda inferir causalidad, ya que se trata de un diseño transversal. Se observa que cuando una mujer sufre varios tipos de MT, hecho muy frecuente, la repercusión sobre su salud es mayor.
- En el año 2013, el informe *“Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence”* (WHO, 2013a) recoge de modo exhaustivo las consecuencias para la mujer sufren violencia de pareja entre los que destacan que la probabilidad de padecer depresión casi el doble, son casi dos veces más propensas a tener problemas con el alcohol, tienen 1,5 veces más probabilidades de contraer Sífilis, Clamidia o Gonorrea y en algunas regiones también 1,5 veces más probabilidades de contraer VIH. Según este informe, las mujeres que sufren VG física y/o sexual tienen el doble de probabilidades de tener un aborto y un 16% más de probabilidades de tener un bebé con bajo peso.

CONSECUENCIAS FATALES

- Muerte a mano de su pareja o expareja. El mencionado informe publicado en 2013 por la OMS (WHO, 2013a) reporta que el 38% de las mujeres asesinadas en el mundo lo fueron por sus parejas.

- Muerte por suicidio. Aunque se conoce que el riesgo de suicidio en las mujeres que sufren violencia es entre 3-5 veces mayor que en las mujeres que no sufren VG, la mayoría de las veces no figura la violencia como factor causal (Stark, E. y Flitcraft, A., 1996; García-Moreno, C. et al., 2006; Ellsberg, M. et al., 2008).

CONSECUENCIAS FÍSICAS

- Cualquier tipo de lesiones, desde traumatismos leves hasta los que pueden producir secuelas, discapacidades secundarias e incluso la muerte (Richardson, J. et al., 2002; Ramsay, J., Rivas, C. y Feder, G., 2005; Guth, A.A. y Pachter, L., 2000).
- En la esfera ginecológica, reproductiva y sexual (Campbell, J.C., 2002; Alio, A.P., Nana, P.N. y Salihu, H.M., 2009; Campbell, J.C. et al., 2002; McFarlene J. et al., 1992; Mullen, E.P. et al., 1988):
 - Incremento de ETS, sangrado vaginal, lesiones en zonas genitales, dolor pélvico crónico e infecciones urinarias infección incluidas por el VIH (Dunkle, K.L. et al., 2004).
 - El embarazo es una situación vital con incremento en el riesgo de VG. La VG física puede iniciarse en este momento o si ya existía, continuar o incluso aumentar su intensidad. (Heise, L., Ellsberg, M. and Gottemoeller, M., 1999; Mezey, G.C., 1997; Gazmararian, J.A., 2000).
 - Embarazos no deseados, abortos de repetición (Alio, A.P., Nana, P.N. y Salihu, H.M., 2009), partos pretérmino y recién nacidos de bajo peso (Murphy, C.C., 2001), lesiones en el feto (Mezey, G.C., 1997), mayor mortalidad neonatal (McWilliams, M. y McKiernan, J., 1993) o de la madre (Parsons, L.H. y Harper, M.A., 1999).
 - Mayor prevalencia de cáncer invasivo del cuello (Coker, A.L. et al., 2009), para los diferentes tipos de violencia contra la mujer.
 - Síntomas somáticos asociados a estrés crónico: trastornos gastrointestinales, colon irritable, vómitos, (Coker, A.L. et al., 2000), dolor de espalda, dolor torácico y patología neurológica recurrente como cefaleas y mareo entre otros (McCauley, J. et al., 1995; Campbell, J.C., 2002; Campbell, J.C. et al., 2002; Díaz-Olavarrieta, C. et al., 1999).

- Incremento de patologías crónicas hipertensión, diabetes, cardiopatía isquémica, migraña, asma, enfermedad reumática y musculoesquelética (fibromialgia), trastornos de inmunidad, entre otras. Para cardiopatía isquémica, se sospechan como desencadenantes el estrés mantenido y la mayor frecuencia de estilos de vida de riesgo (Ellsberg, M. et al., 2008; Ruiz-Pérez, I. y Plazaola-Castaño, J., 2005).

La percepción subjetiva del estado de su salud en las víctimas de VG es peor. Tienen conciencia de los efectos de la violencia sobre su salud física y mental. En la última Macroencuesta de violencia (MSSSI, 2015), se exploró la percepción subjetiva de los efectos de la VG en su bienestar físico o mental por tipo de violencia sufrida (Gráfico 3).

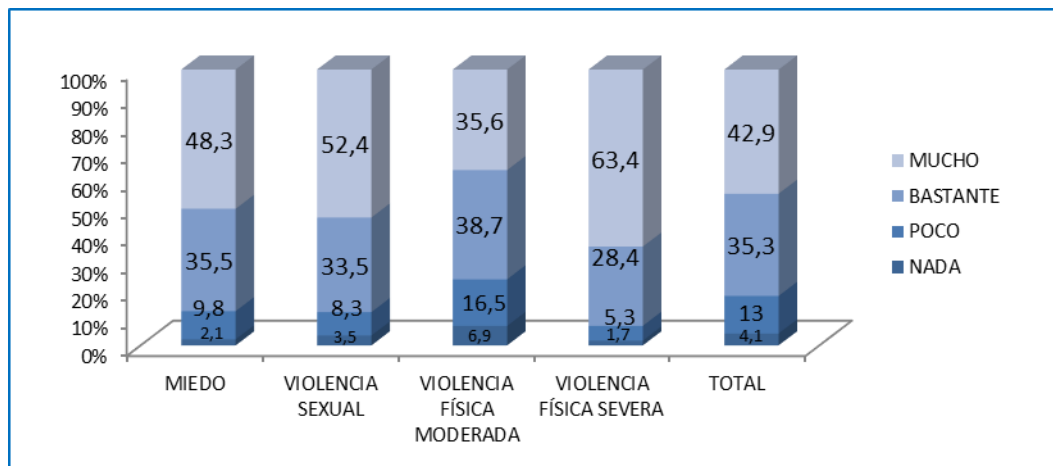


GRÁFICO 3. Percepción de efectos de la violencia de género sobre la salud. Fuente: MSSSI, 2015.

CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS (Ellsberg, M. et al., 2008; Sarkar, N.N., 2008; Gomel, M.K.,

1999; Pico-Alfonso, M.A. et al.,2006; Amor, P.J. et al.,2002; Polo, C.,2001; García-Esteve, L.L. et al.,2011)

- En las etapas iniciales de exposición a violencia son frecuentes los trastornos de ansiedad, trastornos por somatización, y alteraciones del estado de ánimo, que la mujer no suele relacionar con la relación abusiva, siendo raro que la identifiquen como tal. Estos síntomas se acompañan frecuentemente con baja autoestima, pobre valoración de sí mismas y la justificación del agresor (Bonino, L., 1995).
- Cuando aumenta la intensidad de la violencia, a veces puede haber un afrontamiento positivo e iniciar el distanciamiento y la ruptura, y en otras ocasiones puede culpabilizarse de la violencia sufrida, rechazar la ayuda, y avanzar hacia la depresión, e ideas autolíticas.

- Si la violencia es extrema y reiterada se puede producir una situación de “anestesia emocional”, con desconexión de sus sentimientos y aceptación de la sumisión como un mecanismo de adaptación paradójica ante una situación que considera sin salida, acompañándose de auto-culpabilización y defensa del agresor, que puede evolucionar a una progresiva destrucción de su identidad, y con frecuencia a una dependencia emocional absoluta del mismo. Es el llamado síndrome de adaptación paradójica al maltrato SAPM o síndrome de Estocolmo (Montero, A., 2001), del que es muy difícil salir sino es con ayuda profesional.

Los síntomas más frecuentes de la esfera psicológica son:

- Baja autoestima.
- Ansiedad, y trastorno por estrés postraumático (McCauley, J. et al., 1995; Golding, J.M., 1999; Humphreys J. et al., 2001).
- Depresión: claramente asociada al MT, influyendo la frecuencia y severidad del mismo en su aparición (Golding, J.M., 1999).
- Riesgo aumentado de suicidio.
- Abuso de alcohol (Gerber, M.R. et al., 2005), drogas ilegales (McCauley, J. et al., 1995), tabaco (Hathaway, J.E. et al., 2000) y de psicofármacos (Romito, P., Molzan, T.J. y De Marchi, M., 2005).
- Insomnio y trastornos del comportamiento alimentario: anorexia, bulimia.
- En las adolescentes que han sido víctimas de abuso sexual son más frecuentes el abuso de sustancias y las conductas sexuales de riesgo.
- Trastornos por somatización que pueden ser la carta de presentación de una situación de maltrato (García-Moreno, C. et al., 2006).

CONSECUENCIAS SOCIALES PARA LA MUJER (Ruiz-Pérez, I. y Plazaola-Castaño, J., 2004)

- Aislamiento social. Pérdida de empleo. Absentismo laboral.
- Disminución del nivel socioeconómico. Deterioro de la calidad de vida.
- Aumento de la utilización de los servicios sanitarios, tanto Servicios de Urgencias como consultas del Médico de Familia y Salud mental (Abbott, J. et al., 1995; Ferris, L.E., 1994).

CONSECUENCIAS QUE AFECTAN A LOS HIJOS E HIJAS EXPUESTOS A LA VG

(Heise, L., Ellsberg, M. y Gottemoeller, M.1999; WHO, 2006)

Se considera que los hijos e hijas expuestos a violencia en su familia, son asimismo víctimas por el hecho de vivir en un contexto de violencia. Las consecuencias más frecuentes son:

- Sentimientos de amenaza con peligro para su equilibrio físico y emocional
- Riesgo de alteración de su desarrollo integral
- Dificultades de aprendizaje y en la socialización. Violencia con los compañeros
- Mayor frecuencia de enfermedades psicosomáticas y trastornos psicopatológicos.
- Trastornos del comportamiento alimentario
- Con frecuencia son víctimas directas de maltrato por parte del padre o de la madre y son utilizados como instrumento de represalia entre los cónyuges

A largo plazo: violencia transgeneracional, por identificación con modelos de conducta violentos y aprendizaje de la violencia como recurso en la resolución de conflictos (Ehrensaft, M.K., 2003, Kwong, M.J. et al., 2003) y alta tolerancia a situaciones de violencia (Polo, C., 2001).

CONSECUENCIAS QUE AFECTAN AL AGRESOR

- Riesgo de pérdida de esposa e hijos. Riesgo de detención y condena.
- Aislamiento y pérdida de reconocimiento social. Rechazo familiar y social.
- Sentimientos de fracaso, frustración y resentimiento.
- Dificultad para pedir ayuda psicológica/psiquiátrica. Mayor riesgo de depresión y suicidio.

CONSECUENCIAS SOBRE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

La atención a las víctimas de la VG puede provocar en cualquier sanitario/a sentimientos y reacciones emocionales difíciles de elaborar, de rabia, perplejidad, frustración e incluso sentimientos contradictorios y dudas. Otras veces, la excesiva implicación emocional puede generar gran frustración al profesional. Es importante que sea consciente de esta repercusión emocional porque puede convertirse en barrera para la comunicación y para la intervención.

En la Tabla 4 un resumen de las consecuencias del MT en las mujeres, hijos e hijas.

CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN LAS MUJERES Y LOS HIJOS E HIJAS	
CONSECUENCIAS FATALES	<ul style="list-style-type: none"> • Muerte: por homicidio • Suicidio
CONSECUENCIAS EN LA SALUD FÍSICA	<ul style="list-style-type: none"> • Lesiones diversas: contusiones, traumatismos, heridas, quemaduras,... • Deterioro funcional • Peor percepción de su estado de salud • Discapacidades secundarias
CONSECUENCIAS EN CONDICIONES CRÓNICAS DE SALUD	<ul style="list-style-type: none"> • Dolor crónico • Síntomas físicos inespecíficos (cefaleas, raquialgias, dolor torácico) • Síndrome de intestino irritable y otros trastornos gastrointestinales • Quejas somáticas
CONSECUENCIAS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de deseo sexual, trastornos menstruales • ETS incluido el VIH/SIDA • Dispareunia, dolor pélvico crónico, • Embarazo no deseado. Abortos • Por maltrato durante el embarazo: hemorragia vaginal, amenaza de aborto, muerte fetal, parto prematuro, bajo peso al nacer.
CONSECUENCIAS EN LA SALUD PSÍQUICA	<ul style="list-style-type: none"> • Depresión, Ansiedad • Trastornos del sueño • Trastorno por estrés postraumático • Trastornos por somatización • Malestar psicosocial • Trastornos de la conducta alimentaria • Intento de suicidio • Abuso de alcohol, drogas y psicofármacos • Dependencia psicológica del maltratador
CONSECUENCIAS EN LA SALUD SOCIAL	<ul style="list-style-type: none"> • Aislamiento social • Pérdida de empleo • Absentismo laboral • Disminución del nivel socio económico • Disminución del número de días de vida saludable
CONSECUENCIAS EN LA SALUD DE HIJOS/AS Y CONVIVIENTES	<ul style="list-style-type: none"> • Riesgo de alteración de su desarrollo integral • Sentimientos de amenaza • Dificultades de aprendizaje y socialización • Adopción de comportamientos de sumisión o violencia con sus compañeros/as • Mayor frecuencia de enfermedades psicosomáticas • Con frecuencia víctimas de MT por el padre o la pareja de la madre • Violencia transgeneracional con alta tolerancia a situaciones violentas • Trastorno del apego o la vinculación • Afectación de otras personas dependientes de la mujer y que convivan con ella

TABLA 4. Consecuencias de la violencia de género.

1.1.3.2.2. Consecuencias sociales y económicas de la violencia de género

Además del sufrimiento humano y la morbilidad que la violencia genera, supone un coste económico de gran magnitud para los países. Las víctimas padecen más problemas de salud, consumen más fármacos, y hacen un mayor uso de los servicios sanitarios, tanto en Atención Primaria y Especializada como en los Servicios de Urgencias.

Estas mujeres tienen mayor absentismo laboral, uso de servicios sociales, el sistema judicial, además de la pérdida de a los de vida ya que afecta a mujeres jóvenes en mayor proporción, generando costes económicos cuantiosos a la sociedad (Ellsberg, M., 2008; Campbell, J.C. et al., 2002; Dunkle, K.L., 2004; Ruiz-Pérez, I. y Plazaola-Castaño, J. 2005; Bonomi, A.E. et al., 2009; Kumar, S. et al., 2005; Alio, A.P., Nana, P.N. y Salihu, H.M., 2009).

El gran impacto económico que genera la violencia contra las mujeres en la pareja es, en su mayor parte, consecuencia de las pérdidas en productividad relacionadas con el estado de salud y mortalidad de mujeres afectadas. Según algunos autores, resulta comprensible teniendo en cuenta que la gran mayoría de víctimas mortales en España comprenden edades entre 22 y 50 años (Ruiz-Pérez, I., Plazaola-Castaño, J., y Vives Cases, C., 2007).

Estudios a nivel internacional.

Diversos estudios demuestran que este tipo de violencia tiene importantes consecuencias económicas y laborales para las víctimas (IndiaSAFE Steering Committee, 1999; Lloyd, S. y Taluc, N., 1999; Morrison, A.R. y Orlando, M.B., 1999; Lorraine, G., Hankivsky, O., y Kingston-Riechers, J., 1995; Londoño, J.L. y Guerrero, R., 2000; Gobierno de Chile, 2010).

El informe de la Asamblea General de Naciones Unidas (2006) realiza una amplia revisión de los principales estudios a nivel internacional sobre costes económicos de la VG llevados a cabo entre los años 1993 al 2004 (Greaves, L., Hankivsky, O. and Kingston-Riechers, J., 1995; Heiskanen, M. y Piispa, M., 2001; National Center for Injury Prevention and Control, 2003; Walby, S., 2004). La mayor parte de los estudios reconocen que los costes de la violencia son muy altos a pesar de que todos ellos reconocen que están infraestimados al no incluir numerosos factores y así mismo coinciden en la necesidad de adoptar medidas correctoras para su erradicación. El informe concluye que el análisis de los costes es útil para comprender la gravedad del problema, poniendo de relieve que no es una cuestión privada y que se debería invertir mucho más en estrategias de intervención temprana y prevención, además de la atención a las víctimas.

El Informe sobre violencia doméstica en los hogares europeos del Consejo de Europa (2006) advierte sobre los costes económicos directos e indirectos que supone para los Estados miembros, ya que influye en el mundo laboral, en la salud física y mental de las mujeres, y tiene gran impacto social. Se calcula en 33 billones de euros anuales el coste de la VG en los Estados miembros. Las cifras de los programas preventivos están por debajo de este coste. La violencia reduce la capacidad de las víctimas a hacer una contribución productiva a la sociedad y empobrece a las mujeres individualmente, a sus familias, comunidades, a las sociedades y a las naciones a diferentes niveles. Absorbe numerosos recursos y limita el potencial de desarrollo de las víctimas, de sus hijos e incluso de los autores de dicha violencia.

Un estudio publicado en 2010 en BMC Health Services Research muestra que los gastos desde el año 2008 por VD en la economía del Reino Unido, incluidos los servicios asistenciales, la pérdida de producción económica y humana, y los costos emocionales, son de £16000 millones anualmente (Gregory, A. et al., 2010).

Estudios en España

El Instituto Andaluz de la Mujer elaboró el informe “*Los costes económicos y sociales de la violencia hacia las mujeres en Andalucía*” (Martínez, M.I., 2004). En esta Comunidad, con más de ocho millones de habitantes, la VD contra las mujeres, ejercida por su pareja o ex pareja, tenía un coste anual de 2.356,8 millones de euros. Este estudio ha contribuido a identificar con detalle los efectos sobre las víctimas, las interrelaciones entre efectos, y los agentes que soportan los principales costes. La distribución entre costes directos (35%) e indirectos (65%) pone de manifiesto que las pérdidas de bienes y servicios debidas a la violencia, y la pérdida de bienestar de las víctimas, son muy superiores a los recursos específicos o generales que utilizan éstas como consecuencia de la violencia.

El Informe elaborado por el Centro Reina Sofía, “*Costes de la violencia de género en las relaciones de pareja*” (Hernández, M.J., 2006), desvela que el 66,5% de las víctimas tenía empleo cuando se produjo el maltrato y, como consecuencia del mismo el 59,8% de ellas había causado baja médica o había incurrido en absentismo laboral.

En la Comunidad Valenciana el coste causado por la VG a la Sanidad Pública durante 2004 fue de 13.606.307,70 euros. Si a este importe añadimos el coste en Servicios Sociales, Justicia, y Policía, el coste total de la VG ascendió a 23.285.029,83 euros.

En la Comunidad de Madrid (Servicio Madrileño de Salud, 2008), la estimación de costes atribuibles a VG en AP, Atención Especializada, Enfermería, Servicios Urgencias, consumo de fármacos y pruebas complementarias, se situó en un coste anual de 27.264.897,78 euros.

Por tanto, la violencia familiar no es solamente un desafío en materia de derechos humanos, un problema sanitario, un mal social y una amenaza a largo plazo para la estabilidad social, sino que también supone una enorme carga económica para los estados, comunidades y familias.

1.1.4. Causas de la Violencia de Género

La etiología de la VG es compleja y multifactorial y sus raíces asientan en las relaciones de poder entre hombres y mujeres en función del género, y en la aceptación de la violencia como medio para someter a las personas y resolver los conflictos.

Es imprescindible conocer que la violencia contra la mujer asienta en la propia estructura social y se sustenta en los valores y creencias respecto al papel que la sociedad ha asignado tradicionalmente a hombres y mujeres. Es necesario tener una visión del problema desde la perspectiva de género para comprender la génesis del mismo. Ello nos permitirá abordarlo con intervenciones dirigidas no solo a paliar sus consecuencias, siendo esto importante, sino a tratar las causas que han dado lugar al problema, sin duda algo mucho más complejo, pero en todo caso necesario.

El modelo ecológico (Heise, L., Ellsberg, M. and Gottemoeller, M., 1999) explica la aparición de la violencia de género a través de la interacción de diversos factores (Figura 3).

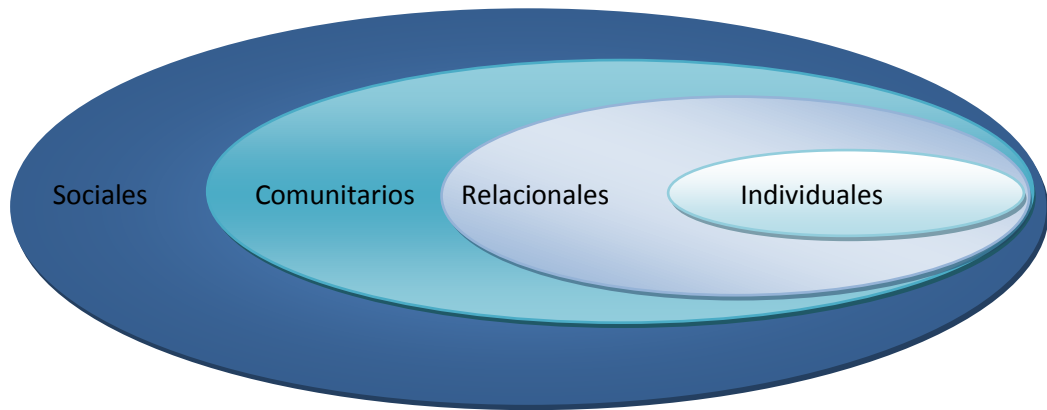


FIGURA 3: Modelo ecológico. Fuente: Heise, L., Ellsberg, M. and Gottemoeller, M. (1999)

- Factores sociales:

- Normas que autorizan el control de los hombres sobre las mujeres en el modelo social patriarcal. Las actitudes socioculturales respecto a la masculinidad y feminidad, las relaciones de sumisión y dependencia de la mujer, los estereotipos sexuales, el rol limitado asignado a la mujer en la sociedad, la justificación de la violencia masculina y su tolerancia social, explicarían en parte la violencia infligida como secundaria a esta relación asimétrica (Alberdi, I. y Matas, N., 2002).

Estos prejuicios y creencias se han ido transmitiendo y perpetuando de generación en generación a través del proceso de socialización claramente diferenciado en función del sexo. Aunque se están produciendo cambios importantes, los valores en los que hemos sido socializados aún persisten mayoritariamente.

- Factores comunitarios:

- Actúan en el marco de la comunidad y en las estructuras sociales que lo conforman: el aislamiento de la mujer, la falta de apoyo social, la falta de acceso a la cultura, al trabajo, la pobreza, exclusión de la vida pública y del poder.

- Factores relacionales:

- Conflictos familiares y en las relaciones conyugales o de pareja, estilos de relación de pareja (jerárquica/asimétrica), control del dinero y toma de decisiones.

- Factores biográficos:

- La personalidad, historia de abusos, violencia en la familia de origen, experiencia de rechazo parental, trastornos psicopatológicos, abuso de alcohol y drogas.

Algunas situaciones arraigadas en la tradición y la cultura de muchas sociedades durante siglos y que han conformado el modelo de relación social entre hombres y mujeres, tienen que ver con el mantenimiento de la violencia específica contra la mujer. Las políticas educativas, sociales, sanitarias y económicas, no son ajenas a estas desigualdades y han contribuido a su mantenimiento, no solo entre géneros, sino entre grupos y clases sociales.

El proceso de la violencia en la relación de pareja

La violencia hacia la mujer en la pareja nunca es un hecho puntual o aislado. Se trata de un proceso que suele comenzar de forma insidiosa con tácticas coercitivas sutiles o tipos de violencia de baja intensidad, en el marco de una relación de desigualdad. Las actitudes de dominio y de control se suelen encubrir por expresiones de afecto y actitudes protectoras por parte del agresor que no son identificadas por la mujer como maltrato, siempre en el marco de la desigualdad y las relaciones asimétricas. En las fases iniciales están las formas sutiles de discriminación que están asimiladas y normalizadas socialmente y que son por ello muy difíciles de identificar. Estas conductas van evolucionando gradualmente hacia formas más severas de maltrato psicológico y a veces también de maltrato físico en cualquiera de sus grados hasta llegar a la muerte en algunos casos.

La violencia contra las mujeres supone un ataque material y simbólico que afecta a su libertad, dignidad, seguridad, intimidad e integridad moral y/o física. Está basada en las relaciones asimétricas entre hombres y mujeres y en el desigual reparto de poderes, responsabilidades, roles y espacios, a favor del hombre. Es una violencia instrumental, es decir, no es un fin en sí misma, sino un medio para conseguir el control y el dominio, en este caso, de las mujeres. Los dos factores epidemiológicos más importantes para la aparición de violencia son la desigual posición de la mujer tanto en las relaciones personales como sociales respecto al hombre y la existencia de una "cultura de la violencia", que supone la aceptación de la violencia para someter y en la resolución de conflictos.

El proceso de la VG progresa de forma escalonada como hemos comentado, con frecuencia se representa con una pirámide (Figura 4), y además no evoluciona de forma lineal sino cíclica.



FIGURA 4: Proceso evolutivo de la violencia de género. Fuente: Amnistía Internacional.

El ciclo de la violencia

Lenore Walker denominó ciclo de la violencia en 1979 a la forma en que el abuso evoluciona aumentando de intensidad y frecuencia, y alternando con episodios de “arrepentimiento” y calma (Walker, L.E., 1979). Generalmente, es un desarrollo temporal no lineal sino cíclico y progresivo en 3 fases:

- Primera fase de acumulación de tensión: en la que el maltratador se muestra hostil e irritable con conductas contradictorias e impredecibles que la mujer no puede controlar, lo que le crea dudas de su propia capacidad, y genera ansiedad creciente y miedo.
- Segunda fase de explosión de la violencia: aparecen las agresiones (físicas, psicológicas y/o sexuales). La mujer se siente indefensa, a veces culpable, con miedo, soledad y vergüenza. En esta fase es cuando suele acudir a pedir ayuda profesional, y puede ser una oportunidad para la intervención y la ruptura del ciclo.
- Tercera fase de reconciliación o “luna de miel”: el agresor manifiesta arrepentimiento y promete cambiar. Las promesas generan esperanzas de cambio que refuerzan el mantenimiento de la relación y el retraso de la petición de ayuda o la denuncia.

Tras un tiempo variable vuelve a reproducirse la fase de tensión, reiniciándose el ciclo una y otra vez. La fase de reconciliación es cada vez más corta convirtiéndose, realmente no en un círculo, sino en una espiral de violencia. (Figura 5).

Mientras avanza este proceso la mujer se va quedando sin apoyos sociales, se encuentra aislada, desorientada, agotada psicológicamente, con baja autoestima, y dependiente del agresor, con lo que cada vez es más difícil la petición de ayuda si no ve expectativas de cambio en su situación.

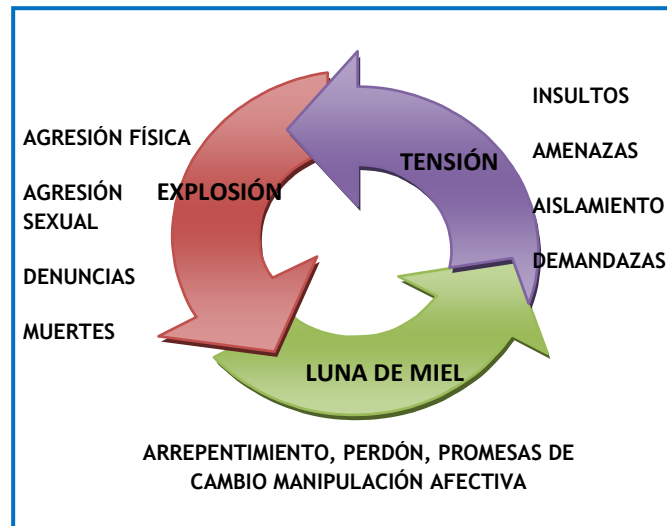


FIGURA 5. Ciclo de la violencia. Fuente: Walker, L.E., 1979.

Conviene que el profesional sanitario que atiende a la mujer en la fase de crisis o de explosión de la violencia, conozca que es en esta fase cuando es más probable que tome decisiones de ruptura o denuncia. Para ello debe contar con apoyos, pues la presión y promesas de cambio del agresor, pueden hacer que cambie su decisión retirando denuncias si hubo y percibiendo un fracaso que dificulte el futuro proceso de salida.

Factores protectores de la violencia de género

El impacto de la violencia sufrida en las mujeres e hijos puede variar en función de circunstancias como tiempo de evolución, tipo de violencia, experiencias vividas, y el haber contado con apoyo por parte de alguna persona, de la familia o la comunidad, que haya ejercido un papel resiliente, en la superación del trauma psicológico que supone la vivencia de una situación de maltrato.

Diversos estudios han demostrado el papel protector de las medidas de apoyo, para evitar o minorar el impacto en la salud en mujeres víctimas de VG (Coker, A.L., et al., 2003; Sullivan, C.M. y Bybee, D.I., 1999; Plazaola-Castaño, J., Ruiz-Pérez, I. y Montero-Piñar, M.I., 2008)

Otros estudios aluden a que la violencia transgeneracional puede modificarse si los niños o niñas cuentan con apoyo y figuras de referencia (Ehrensaft, M.K. et al., 2003; Kwong, M.J. et al., 2003).

Boris Cyrulnik (2001) transmite un mensaje de esperanza hacia la posibilidad de superación de los traumas psicológicos por graves que sean, apelado a la resiliencia como la capacidad humana de superar situaciones traumáticas e incluso salir reforzados de ellas si se desarrollan mecanismos de afrontamiento positivos. Para ello tiene gran importancia la presencia de una figura de referencia y apoyo (Salvador, L., 2015). Disponer de soportes sociales así como de experiencias positivas ante las crisis vitales, se consideran factores de protección para el desarrollo de trastornos psicopatológicos secundarios.

1.2. Antecedentes y situación del problema

1.2.1. A nivel social

1.2.1.1. Marco normativo actual internacional

Existe una amplia normativa a nivel mundial y europeo establecida en las últimas décadas y orientada a promover la igualdad y erradicar la violencia contra la mujer en la sociedad. Recomendaciones y consensos en conferencias de organismos internacionales del más alto nivel han definido los objetivos a seguir en relación a la VG en los distintos sectores.

En 1975 se celebra en Ciudad de México la Conferencia Mundial del Año Internacional de la Mujer (ONU, 1975), con representantes de 133 Gobiernos. Incorpora la Declaración sobre la Eliminación de la Discriminación Contra la Mujer de 1967 (ONU, 1967) y define un plan de acción mundial que incluye un amplio conjunto de directrices para el progreso de las mujeres.

En 1979 la Asamblea General de la ONU aprueba la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW) (ONU, 1979) y afirma en su recomendación nº 19 que la violencia contra la mujer es una forma de discriminación que impide gravemente el goce de derechos y libertades en condiciones de igualdad con el hombre.

En 1980, la II Conferencia Mundial sobre la Condición Jurídica y Social de la Mujer (ONU, 1980), establece que la violencia contra las mujeres supone el crimen más silenciado del mundo.

En 1985, en la Conferencia Mundial para el Examen y la Evaluación de los Logros del Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer celebrada en Nairobi (ONU, 1985), se marcan los objetivos orientados a mejorar la situación de la mujer hasta el año 2000.

En 1993, la Conferencia Mundial de Derechos Humanos de Viena (ONU, 1993b) recoge por primera vez que la violencia contra las mujeres constituye una violación de los Derechos Humanos y las libertades fundamentales, suponiendo un obstáculo para el logro de los objetivos de igualdad, desarrollo y paz.

También en el año 1993, en el Informe sobre el Desarrollo Mundial de Inversión en Salud (World Bank, 1993), las estadísticas revelan que la violencia contra la mujer es causa de muerte e incapacidad en las mujeres en edad reproductiva, de los 16 a los 44 años, al mismo nivel que el cáncer, y genera mayor morbilidad que los accidentes de tráfico y la malaria combinados.

En 1995 tiene lugar en Beijing la IV Conferencia Mundial sobre la Condición Jurídica y Social de la Mujer (ONU, 1996). Consolida los avances jurídicos dirigidos a garantizar la igualdad de mujeres y hombres tanto en las leyes como en la práctica. Se adopta de forma unánime la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing por 189 países, siendo esta conferencia un punto de referencia para la agenda mundial de igualdad de género

En el año 1998, la OMS, Organismo sanitario del máximo nivel, declara la violencia doméstica una prioridad internacional para los Servicios de Salud y un problema de Salud Pública de primer orden (OMS, 1998).

En la Asamblea General de la ONU de 1999 se aprueba la Resolución 54/134, decidiendo declarar el 25 de Noviembre *“Día Internacional de la Eliminación de la Violencia contra la Mujer”* (ONU, 1999), e invitando a los gobiernos y organizaciones internacionales a que dispongan ese día de actividades dirigidas a sensibilizar a la opinión pública sobre el problema.

En el año 2015, se publica el “*Informe Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe de 2015*” (ONU, 2015), poniendo de manifiesto los importantes logros alcanzados en diversas materias, entre ellas la promoción de la igualdad de género y el empoderamiento de la mujer.

En Mayo de 2016, en la 69ª Asamblea Mundial de la Salud (OMS, 2016), los Estados Miembros adoptan el “*Plan de acción mundial sobre la violencia*” para fortalecer la función del sistema de salud dentro de una respuesta nacional multisectorial. Orienta a los Ministerios de Salud para acelerar la contribución del sector de la salud con el fin de poner fin a la violencia, recomendando acciones en cuatro direcciones estratégicas:

1. Fortalecimiento del liderazgo y gobernanza del sistema de salud.
2. Fortalecimiento de la prestación de servicios de salud y la capacidad de los trabajadores sanitarios / proveedores para responder a la violencia.
3. Fortalecimiento de la programación para prevenir la violencia interpersonal, en particular contra las mujeres, los niños y las niñas.
4. Mejorar la información y evidencia sobre la magnitud y consecuencias de la VG investigando sobre intervenciones eficaces, elaborando directrices y herramientas para proporcionar la mejor respuesta desde el sector salud

La aprobación de este Plan constituye un avance importantísimo para los sistemas de salud reconociendo el papel clave de este sector en el abordaje integrado de la violencia de género.

1.2.1.2. Marco normativo actual nacional y autonómico.

- A NIVEL ESTATAL. Es justo reconocer que España es uno de los países más avanzados en la lucha contra la VG y dispone de un marco normativo y legal que permite una actuación integral y multisectorial con la finalidad de erradicar cualquier forma de violencia doméstica.

En nuestro país se reconoció la VG de forma explícita como problema de estado y así se expresa en los “Planes de Acción Contra la Violencia Doméstica” desarrollados a nivel estatal:

- *I Plan de acción contra la Violencia Doméstica (1998-2000)* (Instituto de la mujer, 1999) y *II Plan Integral contra la Violencia Doméstica (2001-2004)* (Instituto de la mujer, 2001).
- *Plan Nacional de Sensibilización y Prevención de la violencia de género 2007-2008* (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2009).
- *Plan de Atención y Prevención de la violencia de género en Población Extranjera Inmigrante 2009-2012* (MSSSI, 2009).
- *Plan Integral de Lucha contra la Trata de Seres Humanos con fines de explotación sexual 2009-2012* (MSSSI, 2010).
- *Estrategia Nacional para la erradicación de la violencia contra la mujer (2013-2016)* (MSSSI, 2013a).

En la vertiente legal, aunque hay legislación previa, tiene una especial trascendencia la promulgación de la “*Ley Orgánica 1/2004, de 28 de Diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género*” (BOE, 2004), referente normativo a nivel estatal. Fue aprobada por unanimidad por el Parlamento español, y supuso un cambio cualitativo muy importante en la lucha contra la VG. Era la primera vez que el término “violencia de género” se utilizaba en la Legislación por la que se reconocía que las distintas formas de violencia contra las mujeres son una consecuencia de la desigualdad de género.

El conjunto de medidas que se ponen en marcha para su desarrollo, suponen un avance sustancial en nuestro país en materia de violencia contra la mujer y pionero en Europa, y recoge de forma explícita el papel de los servicios de salud ante la VG. Entre las diversas medidas puestas en marcha para su desarrollo, vale la pena reseñar la elaboración del Plan Nacional de Sensibilización y Prevención de la VG (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2009) antes citado. La Ley Integral (BOE, 2004) mandata “*que introduzca en el escenario social las nuevas escalas de valores basadas en el respeto de los derechos y libertades fundamentales y de igualdad entre hombres y mujeres, así como en el ejercicio de la tolerancia y de la libertad dentro de los principios democráticos de convivencia, todo ello desde la perspectiva de género*” (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2009. p. 4).

Este Plan tiene algunos elementos que resultan fundamentales (Figura 6):

- 1.- Abordaje desde la Prevención a tres niveles: Primaria, Secundaria, Terciaria.
- 2.- Establece objetivos a corto, medio y largo plazo. En este sentido, el más inmediato es mejorar la respuesta frente a la VG, pero a más largo plazo es conseguir los cambios sociales necesarios para que la VG no se produzca.
- 3.- Se plantea desde una estrategia multisectorial, implicando en su desarrollo a los poderes públicos, sociedad civil, organizaciones y personas expertas.
- 4.- Tiene ejes longitudinales de intervención a corto y medio plazo, y ejes transversales para su desarrollo.

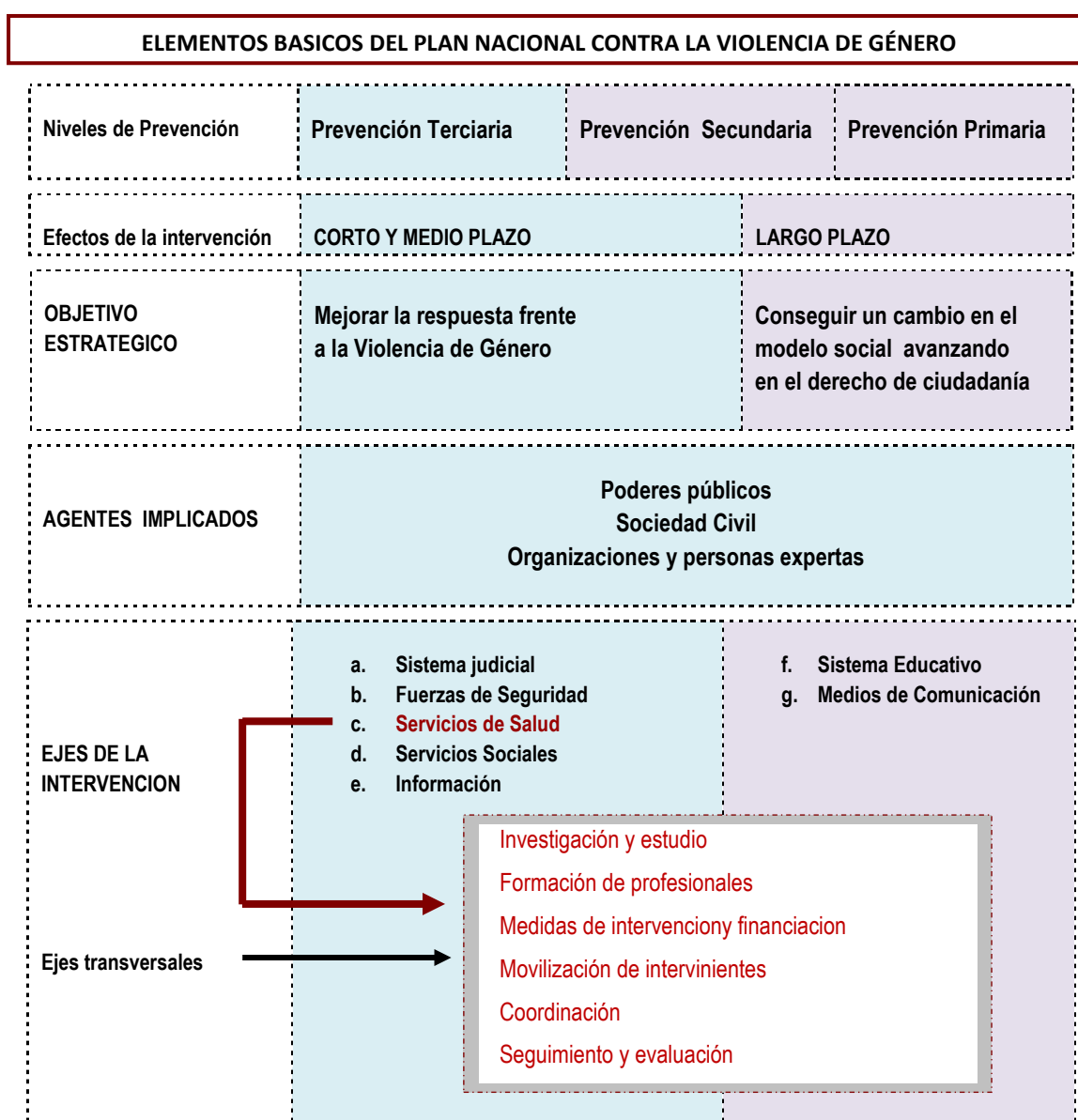


FIGURA 6. Plan Nacional de Sensibilización y Prevención de violencia de género.

Fuente: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2009.

En 2006 el Ministerio de Sanidad decidió incluir la atención a la VG dentro de los Servicios Comunes para todo el Sistema Nacional de Salud y publicar el Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007). Desde entonces viene realizando su seguimiento anual para el conjunto del Estado. Esta implicación del Sistema Nacional de Salud en el abordaje de la violencia contra la mujer ha sido un elemento prioritario en el conjunto de las medidas que el estado español ha promovido para hacer frente a este problema, con el liderazgo institucional del Ministerio de Sanidad a través de la creación de una Comisión interterritorial para la VG de apoyo al Consejo Interterritorial del SNS. A tal efecto promovió la creación de varios grupos de trabajo formados por expertos/as de las CCAA y de carácter multiprofesional, con los siguientes objetivos:

Grupo 1.- Elaboración del Protocolo Común para la Atención Sanitaria a la VG (MSC, 2007) con el fin de establecer pautas de actuación estandarizada para el SNS, tanto para la detección precoz como para valoración y actuación ante los casos de VG.

Grupo 2.- Vigilancia epidemiológica y seguimiento mediante indicadores sanitarios comunes de evaluación para el SNS.

Grupo 3.- Estudio de los aspectos éticos y legales del maltrato. Formado por expertos en bioética, jurídicos (fiscal del estado para la VG, Jueces), médicos forenses y profesionales asistenciales (Médicos de Familia, Ginecólogos, Profesionales de Salud Mental, Trabajadoras Sociales, Sociólogos).

Grupo 4.- Formación de profesionales. Este grupo elaboró los criterios de calidad tanto en contenidos como en metodología y el perfil de los docentes que debe tener la formación en VG, y hace el seguimiento de la cobertura.

Grupo 5.- Evaluación, con la función de diseñar los procedimientos e indicadores de evaluación para el seguimiento de la implantación del Protocolo, así como la identificación, acreditación y difusión de buenas prácticas en VG.

España dispone de un enfoque más sistematizado y normalizado que otros países europeos para implementar las intervenciones en los entornos de la Atención sanitaria. Un número elevado de profesionales sanitarios ha recibido formación, considerándose ésta imprescindible para la puesta en marcha de intervenciones en VG. Se ha priorizado Atención Primaria por su papel en la detección, aunque también se han formado profesionales del ámbito hospitalario, Servicios de Urgencias, Matronas, Salud Mental, etc.

Tras los sucesivos planes y estrategias para el desarrollo de la Ley, recientemente, en Septiembre de 2017, acaba de aprobarse un Pacto de Estado contra la VG. Introduce una de las medidas más demandadas, la creación de Protocolos en Atención Primaria y Urgencias, para que los médicos contribuyan a detectar a posibles víctimas cuando se produzcan los primeros abusos.

- A NIVEL AUTONÓMICO. La CC.AA. de Castilla y León ha puesto en marcha varios Planes Regionales para desarrollar políticas de igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres: I (1994-1996) (BOCYL, 1994), II (1997-2000) (BOCYL, 1997), III (2001-2005) (BOCYL, 2001) y IV (2007-2011) (BOCYL, 2007), así como para avanzar en la lucha contra la VG con el I Plan contra la Violencia de Género en Castilla y León, Plan Regional contra la Violencia hacia la Mujer en Castilla y León (2002-2005) (BOCYL, 2002) y II Plan contra la Violencia de Género en Castilla y León (2007-2011) (BOCYL, 2007) considerando su abordaje un objetivo estratégico.

En el año 2003 se promulgó la Ley 1/2003, de 3 de Marzo, de Igualdad de Oportunidades entre mujeres y hombres en Castilla y León (BOCYL, 2003), y en 2010, se aprueba la Ley 13/2010 contra la Violencia de Género de Castilla y León (BOCYL, 2010), en la que quedan incluidas dentro de su ámbito de aplicación la violencia física, psicológica, sexual, económica, tráfico y trata, tradiciones culturales que atenten contra los derechos humanos, acoso sexual, acoso laboral por razón de género y cualquier otra forma de violencia que lesione o sea susceptible de lesionar la dignidad, integridad o la libertad de las mujeres basada en la pertenencia al sexo femenino.

Actualmente está vigente el I Plan Autonómico para la Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres y contra la Violencia de Género en Castilla y León (2013-2018) (BOCYL, 2013). Se trata de un plan multisectorial que tiene entre sus objetivos avanzar en la lucha para erradicar la VG en nuestra sociedad. Las directrices del SNS se incorporaron a los Servicios de Salud de Castilla y León con la puesta en marcha del **Servicio de detección y atención a la VG en la cartera de servicios de Sanidad de CYL (SACYL)**, y la aprobación y aplicación de un protocolo propio de actuación ante la violencia contra la mujer.

En el año 2012 se actualiza el Protocolo Común de Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género (MSSSI, 2012), incorporando la atención a los hijos e hijas expuestos a VG, y ampliando la atención a mujeres en situación de vulnerabilidad, inmigrantes, mujeres con discapacidad y mayores.

En 2017 se actualiza la Guía Clínica de Actuación Sanitaria ante la VG en Castilla y León (Gerencia Regional de Salud de Castilla y León, 2017).

1.2.2. A nivel sanitario

1.2.2.1. Intervenciones en el ámbito sanitario

Tras conocer cifras y consecuencias, está claro que nos enfrentamos a un problema grave y extenso que exige un abordaje integral incorporando en su estrategia 4 ejes de intervención: la prevención primaria, el diagnóstico precoz, la actuación ante la violencia detectada y la adaptación a los contextos y realidades particulares como mujeres con discapacidad, inmigrantes o salud mental (Fernández, M.C. y Herrero, S., 2007; Ferris, L.E., Nurani, A. y Silver, L. 1999). Para ello es necesaria una atención integral y multiprofesional, así como el seguimiento y la evaluación de los resultados.

La OMS concede un papel relevante a los Servicios de Salud en la prevención, detección y atención a mujeres que sufren VG (García-Moreno, C., 2002; WHO, 2013b; García-Moreno, C. et al., 2014; WHO, 2016). Sin embargo, el diagnóstico del maltrato por parte de los y las profesionales sanitarios es muy bajo y ello, a pesar de la alta frecuentación por las mujeres que lo sufren sobre todo en servicios de Atención Primaria, Urgencias y Salud Mental. Este hecho quizás tiene que ver con la falta de reconocimiento de la violencia de género como problema de salud hasta hace relativamente poco tiempo, aunque quizás también con otros motivos como compartir prejuicios y mitos sociales respecto al problema, percepción de falta de competencia y desconocimiento de los recursos de apoyo. Todo ello hace que perciban el abordaje del maltrato como un problema complejo, que les cuesta asumir.

Sin embargo la atención a la VG en cualquiera de los niveles de prevención (primaria, secundaria y terciaria) debe formar parte de las competencias de los profesionales de la salud, y ello nos confiere una responsabilidad ante el problema que de forma general aún no acabamos de incorporar a la práctica asistencial.

Las principales organizaciones en salud, y numerosas instituciones y autores, coinciden en reconocer el importante papel que el sistema sanitario puede jugar en el abordaje de la VG considerando los servicios de salud un lugar accesible y seguro, idóneo para la detección precoz y la intervención con mujeres en situación de maltrato. Particularmente, los profesionales de Atención Primaria, están en una situación privilegiada para ello.

Por este motivo, nos hemos preguntado porque resulta difícil el abordaje del MT en el ámbito sanitario, y numerosos estudios han investigado la actitud de los y las profesionales ante la VG tratando de identificar las barreras para su detección y la atención a las personas que la sufren (Sugg, N.K. y Inui, T., 1992; Taft, A., Broom, D.H. y Legge, D., 2004; Herrero, S., 2011; Gielen, A.C. et al., 2000; Feder, J., 2006). Existen barreras que dificultan la detección y la intervención relacionadas con los profesionales, con las víctimas y con el propio proceso de maltrato.

Los y las profesionales no tienen el hábito de preguntar por la existencia de maltrato. Las mujeres tardan en pedir ayuda (entre 5 y 10 años pueden pasar hasta que la mujer decide revelar los hechos y pedir ayuda), lo que hace que el diagnóstico se demore durante años si el profesional no pregunta. Los Servicios de Salud hasta hace poco se habían limitado a la atención a las víctimas sobre todo por lesiones físicas. Tras la implantación del Protocolo Común de Actuación sanitaria ante la VG (MSC, 2007), que tuvo su replicación en protocolos o guías en las distintas CCAA, se recomienda un abordaje integral de la VG y se propone la detección precoz como actuación prioritaria.

PREVENCIÓN PRIMARIA.

Tras conocer que las causas de la VG asientan no sólo en factores personales, sino en factores comunitarios y sociales, se entiende fácilmente que la prevención primaria es un reto social, y debe por tanto estar orientada al cambio en los valores y en la cultura.

Esta cultura ha permitido la desigualdad entre los hombres y las mujeres, caldo de cultivo de la violencia sexista en nuestra sociedad, y el cambio hacia una cultura no violenta tiene que impregnar a toda la estructura social para ser eficaz, y exige el compromiso de gobiernos, instituciones y ciudadanía.

El abordaje preventivo de la VG es complejo, y deberá tener diversas líneas de intervención, dirigidas a los individuos, a las familias, a las comunidades y a la sociedad en general, a través de intervenciones multisectoriales donde se incluye el sistema sanitario. Las actuaciones que pueden realizar los profesionales estarían orientadas a promover el buen trato y prevenir el maltrato en intervenciones educativas (maternal y paternal) en el embarazo, en atención al joven y adolescente, en los programas comunitarios compartidos con centros educativos, educación grupal a personas con malestar psicológico, y grupos de cuidadoras/es, entre otros.

La identificación de conductas de control, de la mejora de su propia estima, el fomento de la autoconfianza y la autonomía personal, son estrategias para abordar la prevención primaria de la violencia de género, y, aunque no hay un sólido respaldo de evidencia científica, sí hay estudios y prácticas prometedoras (Rivas, C. et al., 2015).

No obstante se trabaja en identificar intervenciones adaptadas a los distintos contextos, capaces de demostrar mayor efectividad, y se cuenta ya con algunas experiencias de interés (Krug, E.G., 2002; WHO, 2006, 2010; Heise, L., 2011).

Asimismo ante situaciones de riesgo o vulnerabilidad debemos estar alerta para intervenir preventivamente si es factible. Es importante tener en cuenta que si bien se han descrito perfiles de riesgo tanto para ser mujer víctima de violencia, como para el maltratador, no debemos olvidar que cualquier mujer puede ser víctima de maltrato.

El grupo del País Vasco de Echeburúa y col. ha publicado un reciente y exhaustivo Metaanálisis sobre factores de riesgo en la mujer para VG (Puente-Martínez, A., 2016).

En la Tabla 5 se muestran las situaciones de mayor vulnerabilidad para ser mujer maltratada y hombre maltratador.

<u>FACTORES DE VULNERABILIDAD PARA SER MUJER MALTRATADA</u>
<ul style="list-style-type: none"> - Cambios vitales: Embarazo y puerperio. Separación. Jubilación propia o de pareja - Tener hijas o hijos y personas dependientes a su cargo - Aislamiento tanto familiar como social - Migración, tanto interna o nacional como extranjera - Enfermedad discapacitante - Dependencia física o económica - Dificultades laborales y desempleo - Ausencia de habilidades sociales - Situaciones de exclusión social (prisión, prostitución, pobreza) - Vivencia de violencia doméstica en su familia de origen - Haber sufrido maltrato de pareja en relaciones anteriores - Aislamiento psicológico y social - Baja autoestima - Sumisión y dependencia - Desequilibrio de poder en la pareja
<u>FACTORES DE VULNERABILIDAD ASOCIADOS A SER MALTRATADOR</u>
<ul style="list-style-type: none"> - Experiencia de violencia en su familia de origen - Alcoholismo - Desempleo o empleo intermitente - Pobreza, dificultades económicas - Hombres violentos, controladores y posesivos - Baja autoestima - Concepción rígida y estereotipada del papel del hombre y la mujer - Aislamiento social - Vida centrada exclusivamente en la familia - Trastornos psicopatológicos (celotipia)

TABLA 5. Factores de vulnerabilidad para ser mujer maltratada o maltratador.

PREVENCIÓN SECUNDARIA: DETECCIÓN PRECOZ.

La infradetección es una realidad y una preocupación institucional. Solo se llega al diagnóstico de una pequeña proporción de los casos de violencia de género y además se hace con una importante demora.

Hoy se considera que la detección precoz es una prioridad sanitaria y éste es, quizás, el papel más específico e importante de los profesionales de Atención Primaria. Hay distintas razones por las que los profesionales no preguntan, y por qué las mujeres no lo revelan, según los resultados de diferentes estudios, a pesar de la buena aceptabilidad del cribado manifestado por las mujeres (Sugg, N.K. y Inui, T., 1992; Taft, A., Broom, D.H. y Legge, D., 2004; Herrero, S., 2011). Los profesionales piensan que puede molestar a la mujer, a pesar de diversos estudios que demuestran la buena aceptabilidad de la pregunta por parte de las mujeres. Otras razones que dan los profesionales son la inseguridad en el manejo, las dificultades para preguntar, la incomodidad al manejar este tema, el miedo a las obligaciones legales, el temor a implicarse demasiado. Hay resistencias más difíciles de verbalizar, prejuicios, rechazo, identificación y proyección.

En cuanto a las razones de las mujeres para no desvelarlo, en las primeras fases del proceso puede ocurrir que no tengan conciencia de la situación de abuso. Más tarde aunque sean conscientes del maltrato, pueden mostrar resistencias debido a sentimientos de vergüenza o culpa, la sensación de fracaso, y también a la esperanza de que cambie la situación sustentada por el ciclo de la violencia. Otra razón frecuente es el miedo a posibles represalias del agresor hacia ella, hacia los hijos e hijas, a no saber de qué vivir o a donde ir, miedo al sistema judicial, a que la confidencialidad o sus decisiones no sean respetadas.

La propia dinámica del MT, que se instaura de forma paulatina con conductas de control difícilmente identificables como maltrato por la mujer, no facilita el reconocimiento. Es frecuente que las mujeres víctimas de VG acudan a consulta por procesos secundarios al MT, sin hacer referencia la violencia padecida y, es responsabilidad del profesional estar alerta e identificar los indicadores de sospecha, detectar el maltrato, dar la atención adecuada y canalizar las posibles demandas. Para ello, es necesario preguntar, es el primer paso para iniciar la salida del maltrato.

En la Tabla 6 se recogen causas que dificultan la detección de MT.

<u>CAUSAS QUE DIFICULTAN LA DETECCIÓN DEL MALTRATO</u>
<u>POR PARTE DE LAS MUJERES:</u>
<ul style="list-style-type: none"> - Miedo a la respuesta de su pareja, a no ser entendida, ser culpabilizada - A que no se respete la confidencialidad, miedo al sistema judicial - Por la seguridad de sus hijos - Baja autoestima, culpabilización. Sentimientos de vergüenza y humillación - Dependencia económica. Problemas laborales - Deseo de proteger a la pareja - Desconfianza en el sistema sanitario - Minimización del problema - Aislamiento y falta de apoyo familiar y social - Tener incorporadas creencias y valores sexistas - Bloqueo emocional por trauma físico y psíquico
<u>POR PARTE DE LOS HIJOS E HIJAS:</u>
<ul style="list-style-type: none"> - Considerar la violencia como una forma de conducta normalizada - Negar la violencia como mecanismo de defensa - Miedo a ser castigados/as o sufrir daños si cuentan la situación - Tener sentimientos de responsabilidad y culpa - Vivir un conflicto de lealtades entre su madre y su padre - Dificultad para exteriorizar sentimientos
<u>POR PARTE DEL PERSONAL SANITARIO</u>
<ul style="list-style-type: none"> - Estar inmersos en el mismo proceso de socialización sexista que el resto de la sociedad - Haber internalizado mitos y estereotipos y no considerar la VG un problema de salud - Vivir y/o haber vivido experiencias personales respecto a la violencia - Creencia de que la violencia no es tan frecuente - Intento de racionalización de la conducta del agresor - Miedo a ofender a la mujer, empeorar la situación, por su seguridad o propia integridad - Desconocimiento de las estrategias para el manejo de estas situaciones - Formación fundamentalmente biologicista, sin abordaje de problemas psicosociales - Escasa formación en habilidades de comunicación en la entrevista clínica - Desconocer que los hijos/as son también víctimas de VG - Creer que la situación de MT, si no es directa, no afecta la salud de los menores
<u>EN EL CONTEXTO DE LA CONSULTA</u>
<ul style="list-style-type: none"> - Falta de privacidad e intimidad, interrupciones durante la consulta - Sobrecarga asistencial - Acceso de la mujer a la consulta acompañada de su pareja
<u>EN EL ÁMBITO SANITARIO</u>
<ul style="list-style-type: none"> - Falta de conocimiento y coordinación entre los distintos recursos - Insuficiente trabajo interdisciplinar y de equipo - Insuficiente alcance de programas de formación en VG a la totalidad de profesionales - Insuficiente desarrollo de mecanismos facilitadores del acceso a los cursos de formación - Escasez de traductores y mediadores/as interculturales para facilitar la comunicación

TABLA 6. Causas que dificultan la detección del maltrato. Fuente: MSSSI, 2007.

DETECCIÓN PRECOZ. Evidencia sobre la efectividad del cribado universal.

Aunque el debate sobre la efectividad del cribado de VG se remonta a varias décadas, sigue abierto aunque numerosos estudios han aportado evidencias nuevas y han generado cambios en las recomendaciones de organizaciones y grupos de expertos.

Diferentes estudios a nivel internacional han evaluado la detección de la violencia de género perpetrada por pareja o expareja mediante programas universales de cribado, y aunque los resultados no son totalmente concluyentes, cada vez hay más evidencias según la literatura internacional de la eficacia de dichos programas. Esta eficacia viene avalada por varios factores: la formación de profesionales, la existencia y accesibilidad a recursos específicos así como la continuidad en la asistencia, y aunque algunos grupos u organismos se posicionan claramente a favor de la detección universal, otros grupos mantienen que a pesar de la trascendencia de la VG como problema de salud, no existen aún suficientes evidencias para recomendar cribado rutinario universal.

Actualmente algunas organizaciones consideran que la evidencia científica disponible no justifica el cribado universal de VG:

- La Canadian Task Force (CTFPHC, 2013), no recomienda cribado universal, pero recomienda a los médicos permanecer alerta en busca de síntomas o señales de sospecha e incluir algunas preguntas acerca del maltrato como parte de la historia rutinaria en pacientes adulto.
- La Guía NICE 2016 (National Institute for Health and Care Excellence, 2016) identifica lagunas en la evidencia y recomienda investigar áreas de interés en VD como la planificación del cribado de la VG, necesidades de apoyo y asesoramiento a las víctimas y personas vulnerables, ayuda a los perpetradores y formación del personal de los servicios de salud.
- La revisión sobre cribado de maltrato de la Cochrane 2015 (Rivas, C. et al., 2015) concluye que el cribado aumenta la detección, sin embargo el rendimiento es bajo en relación a la prevalencia estimada.

No encuentran evidencias sólidas sobre otros beneficios del cribado por lo que consideran que no está justificada la recomendación del cribado universal en entornos sanitarios. Sin embargo, insisten en la necesidad de nuevos estudios para decidir la política de detección más efectiva, búsqueda de casos o cribado universal.

- La OMS, aunque no recomienda el cribado universal hasta disponer de evidencias más sólidas y garantizar la capacidad de una respuesta sanitaria adecuada para las mujeres, sí recomienda estar alerta y preguntar a mujeres con señales de alarma de violencia de género (WHO, 2013b; García-Moreno, C. et al., 2014).
- Otros autores no cuestionan la evidencia, pero reconocen la baja aceptabilidad de los profesionales para el cribado de VG como una razón para no incorporar por el momento una propuesta de cribado. Algunos de estos autores proponen la búsqueda de casos (“case finding”) ante mujeres con signos o indicadores de sospecha o en situaciones de vulnerabilidad. (Richardson, J. et al., 2001). Es claro que a esas mujeres hay que preguntarles, pero sabemos que los perfiles de riesgo no tienen gran validez cuando el nivel de detección es muy bajo: *cualquier mujer puede ser víctima de VG*.
- Otros autores mantienen una actitud más restrictiva y siguen manteniendo la postura de no recomendar el cribado hasta disponer de pruebas más sólidas (Vives Cases C, et al 2006; Hegarty K., et al 2013; Valpied J. and Hegarty K, 2015; O'Doherty L et al, 2015; Lennan JD and McMillan H.L., 2016).

Sin embargo cada vez son más las organizaciones y los autores que se manifiestan a favor del cribado universal de VG. La controversia al respecto continua, y ha generado un intenso debate en la literatura (MacMillan H.L, et al., 2009; Feder, G, 2006). Las nuevas evidencias apoyan posturas más activas respecto al cribado de VG, y tienen como argumentos: la alta prevalencia, las graves consecuencias físicas y psicológicas de la mujer, hijos e hijas expuestos, la infradetección, la dificultad para definir una población de riesgo, la dificultad para la detección del maltrato psicológico, los beneficios esperados superiores a los posibles efectos adversos del cribado y por último a que los costes del cribado son asumibles en relación al coste de las consecuencias. Siempre se debe asegurar la respuesta del sistema sanitario y social ante la detección. Por otra parte se conoce la buena aceptabilidad de la mujer para ser preguntada (Spangaro, J.M., Zwi, A.B.y Poulos, R.G., 2011).

En el momento actual **a favor del cribado universal de violencia de género se posicionan:**

- El Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los EE. UU en 2013 (USPSTF), evalúa la eficacia del cribado incluso en mujeres asintomáticas, y recomienda el cribado de rutina para VG en todas las mujeres en edad fértil, pues es en mujeres embarazadas donde el beneficio del cribado es mayor. La USPSTF dice que el cribado y la intervención disminuyen el abuso y el daño a los pacientes, y que existe un bajo riesgo de efectos negativos del cribado (Moyer, V.A., 2013; Nelson, H.D., Bougatsos, C. y Blazina, I., 2012)
- La American Academy of Family Physicians (AAFP) recomienda la detección sistemática de VG mediante el cribado universal, y advierten que esperar una investigación más definitiva antes de abordar el MT pone en riesgo a muchas mujeres (Dicola, D. y Spaar, E., 2016).
- La Asociación Médica Americana (A.M.A) desde el 1992 aconseja preguntar rutinariamente en las consultas a la mujer sobre posibilidad de estar sufriendo violencia física, psicológica y sexual (American Medical Association, 1992).
- La American Academy of Pediatrics aconseja preguntar sobre violencia contra la mujer como forma de prevención activa del maltrato infantil (Thackeray JD, et al.,2010).
- Otras asociaciones americanas que se posicionan a favor del cribado son el American College of Emergency Physicians (2013), American College of Obstetricians and Gynaecologist (2012), International Neonatal Nurses (2010), Emergency Nurses Association (2006), Family Violence Preventing Found (2010) y Institute of Medicine (2011).
- La Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria recomienda a través del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS) investigar la posibilidad de maltrato en todas las mujeres mayores de 14 años , junto a otras recomendaciones dirigidas a los profesionales sanitarios (Buitrago, F. et al, 2014).
- El Protocolo Común de actuación sanitaria ante la VG del SNS, aprobado por el Consejo Interterritorial de España (MSSSI, 2012) recomienda preguntar sistemáticamente a todas las mujeres mayores de 14 años que acuden a consulta.

Asimismo, este protocolo plantea que el personal sanitario debe tener una actitud de alerta y búsqueda activa de conductas, signos o señales de alerta.

- Otros análisis críticos valoran diferentes aspectos de la evidencia y concluyen de modo positivo a favor del cribado:
 - Verlaine valora “otros beneficios del cribado” y pone de manifiesto que muchas organizaciones focalizan de forma restrictiva la definición de “beneficio” a través del análisis de resultados cuantitativos minimizando la validez de los resultados cualitativos (Verlaine, K., 2012).
 - En otro estudio se critica asimismo la traslación rígida de las condiciones del cribado diseñado para problemas biomédicos, cuando se aplican a problemas sociosanitarios. Manifiesta que el solo hecho de preguntarle a la mujer sobre VG es generar y potenciar la autorreflexión, primer paso hacia el cambio y la recuperación (O'Campo, P., 2011).
 - Algunos autores cuestionan el uso de criterios muy restrictivos en la evaluación de la efectividad del cribado, solo en términos de mortalidad y recurrencia, restando valor a otros criterios de efectividad como la mejora en la calidad de vida, reincidencia, autonomía, etc. Hacen notar que a diferencia del cribado para problemas biomédicos, como el cáncer de mama, para intervenciones en problemas psicosociales como la VG, pueden proponerse otros indicadores de evaluación también pertinentes y válidos (Qureshi, S. y Bullock, K., 2012).
 - Otra revisión sistemática sobre cribado de VD reconoce que aunque la mayoría de los estudios incluidos informaron de resultados positivos, la heterogeneidad de las intervenciones, de la metodología y de las medidas de resultado evaluadas, limitan la capacidad de hacer recomendaciones claras sobre el mejor método de detección (Sprague, S. et al., 2016).
 - Una reciente revisión sistemática analiza los distintos programas para identificar VG y las respuestas sanitarias, y concluye que existe una evidencia creciente de la efectividad de las intervenciones en los servicios de salud para reducir el daño causado por la VG (Spangaro, J., 2017).

- Otro estudio investiga el cribado en mujeres que acuden a programa de detección de VIH. Las mujeres que experimentan VG tienen más probabilidades de contraer una infección por VIH. El asesoramiento y las pruebas diagnósticas voluntarias parecen la oportunidad ideal para la detección en Sudáfrica (Christofides, N. y Jewkes, R. (2010).
- La evaluación de un programa de cribado poblacional en Cantabria de VG con alta cobertura encontró que muchas de las mujeres que no presentaban factores de riesgo ni vulnerabilidad eran víctimas de MT. Los profesionales no tuvieron una sospecha previa antes de preguntar, así pues no se hubiera llegado al diagnóstico de no haber hecho la pregunta a “población general” (Barreda, M., 2010).

Así pues, aunque persiste el debate respecto a si recomendar o no el cribado poblacional para el maltrato a la mujer, cada vez hay mayor acuerdo respecto a la necesidad de que los profesionales sanitarios adopten posturas proactivas frente a la VG, y hay cada vez más evidencias de que la eficacia de los programas de cribado viene avalada por la convergencia de cuatro componentes:

- contar con el apoyo institucional
- contar con un protocolo de detección eficaz
- realizar la capacitación inicial y continuada del profesional
- acceso o referencia inmediata a servicios de apoyo y recursos específicos

Los estudios citados vienen a apoyar las posturas de autores que desde hace años venían defendiendo la pregunta rutinaria (Taket, A. et al., 2003; Bradley, F. et al., 2002; Gracia, E., 2004). La Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, a través del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS) (Buitrago, F. et al, 2014) actualmente recomienda:

- La promoción del buen trato y la prevención de la violencia en las relaciones de pareja
- Estar alerta ante la posibilidad de maltrato en personas en situaciones de riesgo y vulnerabilidad o con indicadores de sospecha
- Preguntar rutinariamente por la posibilidad de MT a las mujeres mayores de 14 años
- Escucha empática y activa respetando la voluntad de la mujer tras la detección
- Acogida y reconocimiento de su vivencia
- Evaluar riesgos para la vida y plan de seguridad
- Informar y canalizar sus demandas hacia recursos de apoyo que precise

Preguntar a la mujer sobre VG es “autorizarle” a pedir ayuda, es reconocer que su problema tiene que ver con su salud, y que puede preguntarnos.

A pesar de la controversia y de la debilidad de la evidencia científica respecto a los resultados del cribado en términos de morbimortalidad, existen una serie de sólidas razones que apoyan la pregunta rutinaria desde las consultas (Tabla 7), a la par que se va construyendo evidencia para utilizar los mejores métodos.

<u>RAZONES QUE APOYAN INCORPORAR LA PREGUNTA RUTINARIA EN CONSULTA</u>
<ol style="list-style-type: none"> 1.- Alta prevalencia 2.- Las graves consecuencias físicas y psicológicas en la salud tanto de la mujer, como de hijos e hijas expuestos a VG 3.- Infradetección: es una realidad objetiva y preocupante. 4.- Dificultad para definir con claridad una población de riesgo. Podemos identificar personas en situación de vulnerabilidad, pero los perfiles de riesgo tienen menor validez por la baja detección. 5.- Dificultad para la detección del maltrato psicológico, y en menor medida del físico si no se pregunta específicamente. 6.- Buena aceptabilidad de la mujer para ser preguntada 7.- Beneficios esperados superiores a los posibles efectos adversos secundarios al cribado 8.- El hecho de preguntar genera y potencia la autorreflexión, que es el primer paso hacia el cambio y la recuperación. 9.- Coste asumible en relación al coste de las consecuencias. 10.- Empezamos a contar con evidencias y buenas prácticas que tal vez no se ajustan al modelo de evaluación de cribados para enfermedades físicas, pero lejos de ignorar las diferencias deben buscarse otros métodos de evaluación para este tipo de problemas psicosociales, como son metodologías cualitativas. 11.- Permite detectar y poner en marcha medidas de apoyo social que han demostrado ser eficaces para salir del problema.

TABLA 7. Razones que apoyan la pregunta rutinaria de violencia de género.

Una vez diagnosticado el maltrato, es necesario poner en marcha estrategias de actuación con la víctima, los hijos e hijas y con el agresor, siguiendo los protocolos de actuación o guías acreditadas: Protocolo Común de actuación sanitaria ante la Violencia de Género (MSSSI, 2012).

Es importante estar alerta ante indicadores de sospecha y cuando no sea factible una estrategia de cribado poblacional, al menos en esos casos, se debe preguntar. Exponemos los indicadores de sospecha en la Tabla 8.

<u>INDICADORES DE SOSPECHA PARA LA DETECCIÓN DE VG</u>
<u>ANTECEDENTES DE VIOLENCIA:</u>
<ul style="list-style-type: none"> - Haber vivido otras relaciones de maltrato en la pareja - Haber sufrido o presenciado MT en la infancia, abusos y/o agresiones sexuales
<u>ANTECEDENTES PERSONALES Y DE HÁBITOS DE VIDA:</u>
<ul style="list-style-type: none"> - Lesiones frecuentes - Otros problemas de salud frecuentes: dolores, trastornos de sueño y alimentación - Abuso de alcohol, psicofármacos u otras drogas
<u>PROBLEMAS GINECO-OBSTÉTRICOS:</u>
<ul style="list-style-type: none"> - Ausencia de control de fecundidad: muchos embarazos no deseados/aceptados - Lesiones en genitales, abdomen o mamas durante los embarazos. - Dispareunia, dolor pélvico, infecciones repetidas, anorgasmia, dismenorrea - Historia de abortos repetidos. Hijos con bajo peso al nacer - Retraso en la solicitud de atención prenatal
<u>SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS:</u>
<ul style="list-style-type: none"> - Insomnio, depresión, ansiedad, intentos de suicidio - Trastorno de estrés postraumático - Baja autoestima, labilidad emocional - Agotamiento psíquico - Trastornos alimentarios
<u>SÍNTOMAS FÍSICOS FRECUENTES</u>
<ul style="list-style-type: none"> - Cefalea, cervicalgia, mareo - Dolor crónico en general, molestias pélvicas - Molestias gastrointestinales: diarrea, estreñimiento, dispepsia, vómitos, dolor - Dificultad respiratoria
<u>ASPECTOS SOCIALES</u>
<ul style="list-style-type: none"> - Aislamiento, escasas relaciones y actividades fuera de la familia - Bajas laborales
<u>UTILIZACIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS</u>
<ul style="list-style-type: none"> - Períodos de hiperfrecuentación y otros de abandono - Incumplimiento de citas o tratamientos - Uso repetitivo de los servicios de Urgencias, frecuentes hospitalizaciones - Acudir con la pareja cuando antes no lo hacía

TABLA 8. Indicadores de sospecha para detección de violencia de género. Fuente: MSSSI, 2012.

Opinión de las mujeres.

Varios estudios nacionales e internacionales han investigado si a las mujeres les parece bien que se les pregunte y mayoritariamente han dicho: SI (Herrero, S., 2011; Gielen, A.C. et al.; Boyle, A. y Jones, P., 2006).

Las mujeres también han dicho que sus decisiones posteriores sean respetadas. La Macroencuesta del 2015 (MSSSI, 2015) revela que las/os Médicos de Familia son los profesionales a quien en primer lugar revelarían una situación de maltrato. Además, en estos estudios con mujeres víctimas de VG en España se describe que el profesional a quien han desvelado el maltrato con mayor frecuencia es su médico/a de familia, por delante de la enfermera y el Trabajador Social.

En estudios cualitativos las mujeres reconocen que la relación de ayuda con sus profesionales de AP, ha tenido un papel relevante para salir de una relación de maltrato (Plazaola-Castaño, J., Ruiz-Pérez, I. y Montero-Piñar, M.I., 2008; Bolaños, E. et al., 2014).

La Comisión Interterritorial para la Violencia de Género del Ministerio de Sanidad español, asumió e incorporó en el Protocolo común de actuación sanitaria ante la VG (MSC, 2012), la recomendación de preguntar a TODAS las mujeres mayores de 14 años por la posibilidad de estar viviendo una situación de maltrato por parte de su pareja o expareja.

1.2.2.2. Instrumentos para la detección de VG

Los profesionales han manifestado en algunos estudios que les resulta difícil preguntar a una mujer si está viviendo una situación de maltrato. La formación en *habilidades de entrevista clínica*, y seguir las recomendaciones de confidencialidad y seguridad, son necesarias antes de abordar esta tarea, sin embargo el uso de instrumentos específicos validados para la detección, puede ser un elemento de ayuda

La entrevista clínica para la detección de maltrato.

Se considera importante la formación en habilidades de comunicación para conocer la mejor manera de preguntar a la mujer por la posibilidad de estar sufriendo MT por parte de su pareja.

Para la ayudar de los profesionales, se proponen algunas *normas para realizar la detección a través de la entrevista clínica*:

- Ver a la mujer sola, asegurando la confidencialidad.
- Utilizar el tiempo necesario para la entrevista.
- Observar las actitudes y estado emocional (a través del lenguaje verbal y no verbal).
- Facilitar la expresión de sentimientos.
- Mantener una actitud empática, que facilite la comunicación, con una escucha activa.
- Hacer sentir a la mujer que no es culpable de la violencia sufrida.
- Expresar claramente que nunca está justificada la violencia en las relaciones humanas.
- Abordar directamente el tema de la violencia.
- Creer a la mujer, sin poner en duda la interpretación de los hechos, sin emitir juicios, intentando quitar miedo a la revelación del abuso.
- Ayudarle a pensar, a ordenar sus ideas y a tomar decisiones. No tomarlas por ella.
- Alertar a la mujer de los riesgos que corre y aceptar su elección.

Respecto a cómo preguntar, se aconseja introducir alguna pregunta rutinaria exploratoria de problemas psicosociales, y avanzar de forma gradual, hacia la pregunta directa sobre maltrato. Puede hacerse también directamente informando que dada la alta frecuencia de maltrato, actualmente *“estamos preguntando a todas las mujeres que acuden a consulta sobre esta posibilidad”* (generalización). Se deben observar siempre las condiciones de seguridad (no presencia de la pareja en la consulta), y de confidencialidad.

En todo caso las preguntas y la entrevista se adaptaran a la persona y a la situación concreta que estamos abordando. Cuando existen lesiones sugestivas de maltrato, se puede ser más directo en el interrogatorio. Se pueden utilizar algunas preguntas orientativas, que pueden ayudar a los y las profesionales en la entrevista (Fernández, M.C. y Herrero, S., 2007). No olvidar que la mujer puede tratar de ocultar las lesiones; puede haber sido advertida o amenazada por su agresor para que no solicite atención médica e incluso puede decidir no comunicar ni admitir la existencia de una agresión en un intento de proteger a la familia.

Instrumentos de cribado.

Desde hace décadas algunos autores pensaron que el uso de cuestionarios específicos podría ser un elemento de ayuda para mejorar la detección de la VG por los profesionales.

La mayoría de los instrumentos de cribado y de diagnóstico de VG se han elaborado y validado en el ámbito norteamericano, fundamentalmente en EE.UU. Son escasos los instrumentos validados y creados originalmente en el idioma español, y muchos de ellos han sido diseñados para poblaciones latinoamericanas, por lo que no son directamente aplicables en nuestro país, dadas las especificidades lingüísticas y culturales en uno y otro contexto. Una gran parte de los instrumentos de cribado de VG conocidos, fueron diseñados para su aplicación por profesionales sanitarios, principalmente en Servicios de Urgencias, Atención Primaria y prenatales. La mayor parte de estos instrumentos de cribado exploran la violencia física, psicológica y algunos la sexual. Otros incorporan además preguntas sobre control económico, aislamiento social, percepción de miedo, y seguridad en el domicilio compartido con su pareja.

En el momento actual el número de cuestionarios validados es elevado, tanto para la detección, como para la confirmación diagnóstica. La USPSTF realizó en el año 2012, una revisión sistemática de los instrumentos utilizados para la detección, analizando su validez (sensibilidad, especificidad) y encontraron que 6 instrumentos que demostraron mayor sensibilidad y especificidad, además de precisión de diagnóstica pero sin que recomienden específicamente uno de ellos (Nelson, H.D., Bougatsos, C. y Blazina, I., 2012). Estos seis instrumentos son: Hurt, Insult, Threaten, Scream (HITS; English and Spanish versions); Ongoing Abuse Screen/Ongoing Violence Assessment Tool (OAS/OVAT); Slapped, Threatened, and Throw (STaT); Humiliation, Afraid, Rape, Kick (HARK); Modified Childhood Trauma Questionnaire–Short Form (CTQ-SF); and Woman Abuse Screen Tool (WAST).

La Escuela Andaluza de Salud Pública realizó una revisión, traducción al castellano y análisis de los principales instrumentos de detección de VG, sin que recomienden tampoco el uso de un determinado cuestionario, a pesar de haber sido probados múltiples modelos y de que muchos están validados (Jiménez, M.L. y Ruiz-Pérez, I., 2007).

A continuación hacemos referencia y comentamos los más utilizados, algunos validados en distintos contextos e idiomas. Se reseñan los que a priori, consideramos reúnen las mejores condiciones psicométricas y de extensión para su posible uso en Atención Primaria.

- Index of Spouse Abuse (ISA)

Creada en 1981 (Hudson, W.W. y McIntosh, S.R., 1981) y validada en 2011 (Sierra, J.C. et al., 2011), fue inicialmente desarrollado para su uso en el ámbito sanitario.

Pregunta por violencia física, maltrato sexual y emocional, conductas de control y aislamiento, y ha sido con posterioridad traducida y validada para otros países. Su gran extensión y que incorpora pocos criterios de MT no físico, son un problema.

- El Abuse Risk Inventory (ARI)

Cuestionario desarrollado en 1989 (Yegidis, B., 1989) para ser autoadministrado. Consta de 25 ítems. Confiable y válido para identificar mujeres que sufren MT. Se ha aplicado en contextos clínicos, judiciales y sociales. Es muy extenso, no adecuado para uso en AP

- Abuse Assessment Screen (AAS)

Desarrollado en 1992 para identificar a mujeres víctimas de violencia física y sexual durante el embarazo. Consta de 5 preguntas. Puede ser autoadministrado o heteroadministrado. Fue diseñado para ser aplicado en los servicios prenatales, y es adecuado en embarazadas pero no identifica claramente la violencia emocional (McFarlane J. et al., 1992).

- Conflict Tactics Scales (CTS)

Esta escala se utiliza para medir la extensión de las agresiones físicas y psicológicas en la pareja, así como la utilización del diálogo en la resolución de los conflictos familiares. Consta de 18 ítems y ha sido ampliamente utilizada para obtener datos sobre MT físico dentro de la pareja. Traducida y aplicada en numerosos idiomas y países, además de emplearse con frecuencia en la validación de otros instrumentos (Straus, M.A., 1979).

- Composite Abuse Scale (CAS)

Herramienta para medir el tipo de abuso, su frecuencia y las consecuencias que sufren las mujeres víctimas de violencia por su pareja. Administración por correo postal. Sus 74 ítems lo invalidan para su uso en AP (Hegarty, K., Sheehan, M. y Schonfeld, C., 1999).

- Computer Screening Intimate Partner Violence (CSIPV)

Diseñado para detectar violencia de pareja en la clínica, autoadministrada por ordenador. Fue validado y consta de 11 ítems. Extenso y de accesibilidad limitada (Rhodes, K.V. et al., 2002).

- Cuestionario breve para detectar situaciones de VG en las consultas clínicas

Diseñado para detectar casos de violencia psíquica, física y sexual en mujeres de habla hispana en los consultorios de AP (Majdalani, M.P. et al., 2005). Consta de 5 preguntas y está desarrollado originariamente en español. Está validado, es breve y apropiado para la detección sistemática en AP. Experiencia limitada en la práctica.

- Humiliation, Afraid, Rape, Kick (HARK):

Es breve, explora todas los tipos de violencia. Parece apropiado para atención primaria. Autoadministrado. Buenas características psicométricas. Experiencia limitada en la práctica clínica (Sohal H, Eldridge S y Feder G., 2007)

- Woman Abuse Screening Tool (WAST)

Desarrollado con el objetivo de que los profesionales sanitarios dispusieran de un instrumento que fuera lo suficientemente práctico y flexible para poder ser administrado en la práctica diaria, y que fuera también de fácil comprensión para las mujeres. Fue originalmente desarrollado en lengua inglesa en EEUU en el año 1996 (Brown, J.B. et al., 1996), y constaba al inicio de 7 ítems, que se ampliaron a 8 incorporando una pregunta sobre violencia sexual. El cuestionario pregunta por el grado de tensión o dificultad existente en la relación de pareja, y por la presencia de episodios violentos, tanto físicos como sexuales y emocionales. Ha sido ampliamente utilizado y posteriormente validado (Brown, J.B. et al., 2000) (Figura 7).

Cuestionario "Woman abuse screening tool WAST"

a) En general, cómo describiría su relación de pareja
 Muy tensa Con cierta tensión Sin tensión

b) Usted y su pareja, resuelven sus discusiones con...
 Mucha dificultad Alguna dificultad Sin dificultad

c) Al terminar las discusiones, alguna vez se siente decaída o mal consigo misma
 Muchas veces A veces Nunca

d) Las discusiones terminan alguna vez en golpes, empujones o patadas
 Muchas veces A veces Nunca

e) Siente miedo de lo que su pareja diga o haga
 Muchas veces A veces Nunca

f) Su pareja le ha maltratado alguna vez físicamente
 Muchas veces A veces Nunca

g) Su pareja le ha maltratado alguna vez emocionalmente
 Muchas veces A veces Nunca

h) Su pareja ha abusado sexualmente de usted alguna vez
 Muchas veces A veces Nunca

FIGURA 7. Cuestionario WAST

A esta versión completa del WAST habitualmente se le denomina **WAST LARGO** y se valora indicando a la mujer que puntúe mediante una escala tipo Likert del 1 al 3 cada uno de los ítems, siendo 3 el valor de mayor intensidad, 2 el valor intermedio y 1 la opción de menor intensidad o frecuencia. A esta opción de puntuación se le denomina OPCIÓN A (3-2-1), siendo la puntuación máxima 24 y la mínima 8. Los autores establecieron en ≥ 13 la nota de corte para determinar el cuestionario positivo para maltrato.

En los estudios iniciales mostró unas buenas propiedades psicométricas, con consistencia interna ($\alpha = 0.95$). La puntuación final del WAST se correlacionó con la puntuación en el ARI, mostrando una adecuada validez de constructo y poder discriminante. Los autores evaluaron también la comodidad de las mujeres con cada uno de los ítems y desarrollaron así una **VERSION CORTA del WAST** que incluyó únicamente los 2 ítems mejor valorados, que son las preguntas a y b del cuestionario, resultando aceptable para las mujeres y los profesionales.

Los autores de la versión original probaron estas dos preguntas con diferentes puntuaciones, dando lugar a tres 2 opciones de valoración de la **WAST CORTO**:

- OPCIÓN B (1-1-0), otorga una puntuación de “1” a todas las respuestas positivas (alguna o mucha tensión y alguna o mucha dificultad) y una puntuación de “0” a las respuestas negativas. Máxima puntuación 2 / Mínima 0.

La nota de corte es 2 para considerar resultado positivo en cribado.

- OPCIÓN C: 1-0-0, asigna una puntuación de “1” a las respuestas más extremas (mucha tensión y mucha dificultad) y una puntuación de “0” a las demás opciones. Máxima puntuación 2 / Mínima 0.

Tanto la puntuación 1 como 2 es considerada resultado positivo en cribado.

Los autores correlacionaron las diferentes puntuaciones obtenidas según la opción utilizada de la Versión Corta, observando que puntuando según la OPCION C (1-0-0), obtenían mejores resultados en la clasificación de mujeres maltratadas y no maltratadas, con una sensibilidad del 91.7% y una especificidad del 100%. Esta opción mostró además una alta correlación tanto con la versión larga (coeficiente de correlación de Spearman = 0.86, $p < 0.001$) como con el ARI (coeficiente de correlación de Spearman = 0.90, $p < 0.001$).

Versión en español del Woman Abuse Screening Tool

El WAST fue traducido al español y validado por Forgarty y Brown (2002) en pacientes hispano-hablantes. El instrumento mostró igualmente una alta consistencia interna ($\alpha= 0.91$) y una adecuada validez discriminante. La VERSIÓN CORTA fue validada para su uso en AP en España en el año 2008 (Plazaola-Castaño, J., Ruiz-Pérez, I. y Hernández-Torres, E., 2008):

- Contrariamente a la escala original inglesa, la primera forma de puntuación resultó clasificar de forma más correcta a las mujeres maltratadas y no maltratadas, mostrando una sensibilidad del 93% y una especificidad del 68%. La segunda opción también resultó válida para la población muestral estudiada, aunque en este primer estudio realizado por Plazaola et. al. (2008) cuyo origen de la muestra es AP, la sensibilidad y sobre todo la especificidad, resultaron menores que en los estudios iniciales, pero no así para una muestra reclutada en consultas de Salud Mental y centro de atención a víctimas en un estudio que realiza la validación externa, comparación de la precisión diagnóstica y concordancia de cuatro instrumentos para la identificación de VG en el ámbito sanitario: ISA, Psychological Maltreatment of Women Inventory Short Form (PMWI-SF) (Tolman, R.M., 1989), WAST y Partner Violence Screen (PVS). Todos obtuvieron un buen funcionamiento global para la detección y alta concordancia entre ellos (García Esteve, L.L. et al., 2011).

En la literatura más reciente algunos estudios han observado un comportamiento distinto cuando se ha aplicado en otros contextos, siendo el punto de corte que optimiza las propiedades psicométricas más bajo del propuesto por los autores (Chen, P.H. et al., 2007; Iskandar, L., Braun, K.L. y Katz, A.R., 2015; Rabin, R.F. et al., 2009; Saimen, A. et al., 2016). Se cuestionan si el entorno cultural, la extracción de la muestra, el hecho de ser hetero o autoadministrado, u otras razones pueden estar influyendo en los resultados.

A continuación se exponen, en la Tabla 9, las propiedades psicométricas y principales resultados que presentan una serie de estudios que han utilizado el WAST.

	POBLACIÓN MUESTRA PROCEDIMIENTO	INTERVALO DE CONFIANZA PUNTO DE CORTE	PROPIEDADES PSICOMETRICAS	RESULTADOS PRINCIPALES
Application of the Woman Abuse Screening Tool (WAST) and WAST-short in the family practice setting. (Brown, J.B., et al., 2000)	Centros de AP rurales y urbanos de London, Ontario, Canadá 307 mujeres Cuestionario heteroadministrado	95% 1	<u>Versión corta:</u> Correlación con ARI $r = 0,69$ Alfa de Cronbach = 0,75	Prevalencia de MT: 8,5% WAST se correlacionó con ARI 91% mujeres se sintieron cómodas o muy cómodas con WAST
Screening for abuse in Spanish-speaking women. (Fogarty, C.T. y Brown, J.B. 2002)	Centro de AP rural y refugio para víctimas VG habla hispana 34 mujeres (controles) 27 mujeres con MT (casos) Cuestionario heteroadministrado	95% 2	<u>Versión corta:</u> S = 89 E = 94 Alfa de Cronbach= 0,91	La versión de WAST en español discrimina con éxito a mujeres hispanohablantes maltratadas
Approaches to screening for intimate partner violence in health care settings: a randomized trial (MacMillan, H.L. et al., 2006)	2 Centros de AP, 2 S.Urgencias 2 Clínicas especializadas para mujeres. Ontario, Canadá. 2461 mujeres. Cuestionario auto y heteroadministrado	95% 1	<u>Versión corta:</u> S = 47 E = 95,6 VPP = 55,3 VPN = 94	Prevalencia de MT: 7,0-10,1% dependiendo de la administración
Intimate partner violence and sexual violence victimization assessment instruments for use in Healthcare Settings (Basile, K.C., Hertz, M.F. y Back, S.E., 2007)	Clínicas y refugios para mujeres de habla inglesa 390 mujeres Cuestionario autoadministrado	95% 1	<u>Versión corta:</u> S = 91,7 E = 100 Alfa de Cronbach = 0,75	Prevalencia de MT: 33,8%
Randomized Comparison of 3 Methods to Screen for Domestic Violence in Family Practice (Chen, P.H. et al., 2007)	Cuatro centros de AP urbanos 523 mujeres Cuestionario auto y heteroadministrado	95% 2	<u>Versión corta:</u> Alfa de Cronbach= 0,80	Prevalencia de MT: 12,5%
Validación de la versión corta del WAST para el uso en AP en España (Plazaola-Castaño, J., Ruiz-Pérez, I., Hernández-Torres, E., 2008)	Dos centros de AP de Granada 390 mujeres Cuestionario autoadministrado	95% 2	<u>Versión corta:</u> S = 91,4 E = 76,2 VPP = 40,2 VPN = 98,1 CPP = 3,84 CPN = 0,11	Prevalencia de MT: 33,8%
Prevalencia de VG en mujeres que acuden a consultas de Atención Primaria (Cano, L.M. et al., 2010)	Consultas de AP y continuada, del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha y Valencia 368 mujeres Cuestionario autoadministrado	95% 2	<u>Versión corta:</u> S = 100 E = 84 VPP = 21,4 VPN = 100	Prevalencia de MT: 26,2%
"Intimate Partner Violence Screening Tools" (Rabin, R.F. et al., 2009)	Tres bases de datos: MEDLINE via PubMed, CINAHL Plus, and PsycINFO: 210 estudios, 33 estudios reúnen los criterios de inclusión.	WAST largo: NO disponible WAST corto: 1/2	Alfa de Cronbach = 0,75–0,91 Correlación con ARI $r = 0,69$ <u>Versión larga:</u> S = 47% E = 96% <u>Versión corta:</u> S = 92% E = 56% <u>Versión larga/corta:</u> S = 93% E = 68%	- Ninguna herramienta de cribado de VG tiene propiedades psicométricas bien establecidas. - Son necesarios más estudios y validaciones.
Testing the Woman Abuse Screening Tool to Identify Intimate Partner Violence in Indonesia (Iskandar, L., Braun, K.L. y Katz, A.R., 2015)	Dos Centros de AP de Yakarta 240 mujeres Cuestionario autoadministrado	95% 9-13	<u>Versión larga:</u> Alfa de Cronbach=0,801 Corte ≥13 S = 41,9% E = 96,8% VPP = 88,3% Corte ≥10 S = 84,9% E = 61,0% VPP = 54,9%	Prevalencia de MT: 17% con WAST y Corte ≥13 Frente a 36,3% con entrevista El punto de corte ≥10 demuestra buena S y una E razonable.
Evaluation of a two-question screening tool in the detection of intimate partner violence in a Primary Healthcare setting in South Africa (Saimen, A. et al., 2016)	Pacientes ambulatorios del Hospital Dr Yusuf Dadoo en West Rand, Sudáfrica. 403 mujeres Cuestionario heteroadministrado	95% 1 ≥13	<u>Versión corta:</u> S = 45,2% E = 99,6% VPP = 0,98 VPN = 0,79	Prevalencia de MT: 32% - WAST largo con corte ≥ 13 carece de suficiente S para uso en AP. - WAST corto con corte en 4 revela S 89,9% y E 86,7%.

Tabla 9. Propiedades psicométricas y principales resultados del cuestionario WAST

- **Otros cuestionarios**, que solo exploran alguna de las formas de violencia hacia la mujer, o pensados para otros contextos diferentes a Atención Primaria:
 - **Domestic Violence Screening Tool** (Furbee, P.M. et al., 1998). No contempla la Violencia sexual está pensado para su uso en Servicios de Urgencias.
 - **Domestic Abuse Assessment Questionnaire** (Canterino, J.C. et al., 1999). Identifica la VD en pacientes embarazadas, diseñado para ser aplicado en servicios prenatales.
 - **Emergency Department Domestic Violence Screening Questions** (Morrison, L.J., Allan, R. y Grunfeld, A., 2000). Diseñado para detectar situaciones de VD en Servicios de Urgencias.
 - **Hurt-Insult-Threaten-Scream (HITS)** (Sherin, K.M. et al., 1998). Cuestionario breve y validado, aplicables en AP, pero no contempla la violencia sexual.
 - **Intimate Partner Violence (IPV) Assessment Icon Form** (Short, L.M. y Rodríguez, R., 2002). Diseñado para explorar VG física y sexual aplicado en contextos socioculturales deprimidos, en mujeres con bajo nivel de alfabetización.
 - **Ongoing Abuse Screen (OAS)** (Weiss, S.J. et al., 2003). Cuestionario diseñado para los Servicios de Urgencias.
 - **Ongoing Violence Assessment Tool (OVAT)** (Ernst, A.A. et al., 2004). Cuestionario parecido al anterior pero se propone también para Atención Primaria.
 - **Partner Abuse Interview** (Pan, H.S., 1997). Cuestionario validado y diseñado para uso en Atención Primaria.
 - **Partner Violence Screen (PVS)** (Feldhaus, K.M. et al., 1997). 3 preguntas sobre violencia física y percepción de miedo. Validado para servicios de urgencias.
 - **Screening Questions for Domestic Violence** (McFarlane, J., 1991). Diseñado para su aplicación en el ámbito de la planificación familiar.
 - **STaT Questions Screen for Intimate Partner Violence** (Paranjape, A. y Liebschutz, J., 2003). Diseñado para su aplicación en Servicios de Urgencias.
 - **Universal Violence Prevention Screening Protocol (UVPSP)** (Dutton, M.A., Mitchell, B. y Haywood, Y., 1996). Desarrollado para su utilización en Servicios de Urgencias.
 - **Violence Prevention Risk Assessment (VPRA)** (Dutton, M.A., Mitchell, B. y Haywood, Y., 1996). También desarrollado para su utilización en Servicios de Urgencias.
 - **Modified Childhood Trauma Questionnaire–Short Form (CTQ-SF)**. Desarrollado para la detección de maltrato en la infancia (Bernstein D.P, et al., 2003).

- **Otros estudios de detección realizados en España con otras herramientas.**

Algunos estudios para el diseño de instrumentos de cribado y/o diagnóstico han sido publicados en España. Se muestra una recopilación de los estudios en los que se emplea otros tipos de herramienta, entrevista o cuestionario:

- En el contexto sanitario, concretamente en los Servicios de Urgencias, Atención Primaria y Salud Mental, es donde se han realizado más estudios para estimar la prevalencia de VG:

- Jiménez Casado analiza en 1995, la relación entre la violencia conyugal, tipos de maltrato y la psicopatología de la mujer víctima de MT por su pareja a través de un instrumento de elaboración propia, no validado (Jiménez, C., 1995).

- En Andalucía, Comunidad de Madrid y Comunidad Valenciana, desde el año 2002, se han publicado diferentes estudios de prevalencia de VG de ámbito local en centros de AP. Se han utilizado instrumentos de elaboración propia. La herramienta ha sido utilizada, ampliada y perfeccionada en sucesivos estudios llevados a cabo por el equipo de Ruiz-Pérez. (Mata, N. y Ruiz, I., 2002; Raya-Ortega, L., et al., 2004; Ruiz-Pérez, I. y Plazaola-Castaño, J., 2005; Ruiz-Pérez, I. et al., 2006).

- Aguar Fernández publica un estudio de prevalencia de MT en mujeres que acuden a consulta de AP de Granada (2003). El cuestionario utilizado recogía características socio-demográficas, indicadores de salud y 10 preguntas de MT psíquico, físico y sexual, inspiradas en dos de las escalas de diagnóstico más empleadas: CTS (Straus, M.A., 1979) e ISA (Hudson, W.W. y McIntosh, S.R., 1981). Ha sido validado en sus propiedades psicométricas.

- Alonso y col. llevan a cabo un estudio de prevalencia de MT a la mujer por su pareja en las urgencias hospitalarias empleando un cuestionario no validado (2004).

- En el contexto de asistencia social y atención a las mujeres maltratadas, centrados en la valoración de las consecuencias, emplean diversos instrumentos para valorar las experiencias de maltrato.

- En el País Vasco, Echeburúa y col. elaboran, en 1997, un cuestionario de variables dependientes del MT, con dos versiones, una para el maltratador y otra para la víctima, que pregunta por la frecuencia de episodios violentos, su duración, intensidad, consecuencias y repercusión en la relación de pareja (Echeburúa, E. y Fernández-Montalvo, J., 1997). Se ha utilizado después en diversos estudios sobre todo en el contexto social, para evaluar las consecuencias sobre la salud física y mental en las mujeres víctimas de maltrato (Amor, P.J. et al., 2001; Echeburúa, E., et al., 1998).

- En Canarias, María Pilar Matud analiza el impacto de la violencia doméstica en la salud de la mujer maltratada, mediante cuestionario de elaboración propia (2004).
- En el ámbito educativo, existen algunos instrumentos desarrollados para su uso con población general que estiman la prevalencia de maltrato contra la mujer en muestras locales o en el marco de estudios específicos, pero no son objeto de nuestra actual revisión (Rodríguez-Franco, L. et al., 2007; González, R. y Santana, J.D., 2001; Matud, M.P., Carballeira, M. y Marrero, R.J., 2001; Medina, J.J. y Barberet, R., 1998)

Capítulo 2. Justificación

2.1. Situación de la detección de violencia de género en los Servicios de salud de Castilla y León. Infradetección.

Como ya hemos comentado, la OMS concede una extraordinaria importancia a los Servicios de salud en la detección y atención a mujeres que sufren VG. Sin embargo, el diagnóstico del maltrato por parte de los y las profesionales sanitarios es bajo, a pesar de la alta frecuentación por las mujeres que lo sufren, sobre todo en los servicios de AP, Urgencias y Salud Mental.

Este hecho quizás tiene que ver con la falta de reconocimiento de la VG como problema de salud hasta hace relativamente poco tiempo, pero también con la complejidad en su manejo.

En nuestro país se reconoció la VG de forma explícita como problema de estado y así fue recogido en los distintos Planes de Acción Contra la Violencia Doméstica desarrollados a nivel estatal (Instituto de la Mujer, 1999; Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2009).

Posteriormente se recoge el papel de los Servicios de Salud en la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de Diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género (BOE, 2004), que abarca además aspectos preventivos, educativos, sociales, asistenciales y de atención posterior a las mujeres víctimas de la VG en la pareja.

En 2005 se aprueba dentro de los servicios mínimos obligatorios para todo el Sistema Nacional de Salud la detección y atención a la violencia de género (BOE, 2006).

Del mismo modo, se contempló entre los objetivos y planes de actuación de la CCAA de Castilla y León (BOCYL, 2002; BOCYL, 2007), y en 2007, se decide la incorporación a la Cartera de Servicios de Atención Primaria el Servicio de detección y atención a la violencia de género, sus normas técnicas de calidad y la población diana: detección sistemática de violencia de género en todas las mujeres mayores de 14 años, identificación de factores de riesgo y vulnerabilidad, y valoración y canalización de las necesidades y demandas, llevándose a cabo la evaluación anual de dicha prestación (Anexo 1: Servicios de detección y atención a la violencia de género).

También en 2007 el Ministerio de Sanidad y Consumo publicó el primer Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género (MSC, 2007), aprobado por el pleno del Consejo Interterritorial en Diciembre de 2006, con el mandato de su adaptación e implementación en todas las CC.AA.

Se realiza el pilotaje del Servicio de Detección y Atención en 22 Centros de Salud de la CCAA en 2007 y tras la evaluación de sus resultados, se decide la implantación en los 246 Centros de Salud de Castilla y León.

Se consideró una necesidad proporcionar a los y las profesionales una formación básica antes de implantar el Servicio. Se elaboró una estrategia de formación para los mismos dando prioridad en las etapas iniciales a la Atención Primaria y Servicios de Urgencias. La dispersión poblacional y el elevado número de Centros de Salud, aconsejó utilizar una estrategia de formación de formadores para contar al menos con dos profesionales por área, para acercar la formación a los centros.

En los años 2007, 2008, 2009 y 2010, y en el marco del Plan de formación en VG, se realizó un gran esfuerzo en la capacitación de profesionales de SACYL en habilidades específicas para la implantación del Servicio de Detección y Atención a la VG, sustentado en el correspondiente Protocolo Común (MSC, 2007).

Para el diseño de este Plan de formación se contó con dos estudios previos: uno de ellos con el objetivo de conocer la situación de los profesionales de AP en relación a conocimientos y actitudes ante la VG y el otro sobre la percepción de las mujeres víctimas de la atención prestada por los distintos profesionales involucrados en su atención (Herrero, S., 2011). La información obtenida fue de utilidad para el diseño del plan formativo.

Otro estudio de ámbito nacional fue desarrollado para conocer la efectividad de una intervención formativa breve, midiendo los resultados en términos de cambios en la detección, además de evaluar otras dimensiones (Fernández, M.C., 2006).

Las acciones para la implantación del Plan de formación fueron:

- Diversas jornadas de sensibilización y formación, impulsadas desde las Gerencias y equipos de AP, y dirigidas a diferentes colectivos de profesionales: Medicina, Enfermería, Trabajo social, Matronas y Fisioterapia.
- Desarrollo de talleres y cursos de formación de naturaleza multidisciplinaria, con participación como docentes de profesionales procedentes de diversos organismos e instituciones: Jueces y Fiscales, Fuerzas de Seguridad, asociaciones de víctimas, Servicios sociales, además de profesionales sanitarios expertos en el tema.
- Formación específica orientada a la detección y actuación en casos de VG dirigida a los Trabajadores sociales de los servicios de salud de la Comunidad Autónoma.
- Sesiones informativas para los profesionales del conjunto de actuaciones incluidas en el Protocolo Común.
- Diseño e implantación en la Historia clínica electrónica de AP en MEDORA de la Guía Clínica Asistencial de Violencia de Género, con utilidades de registro del cribado y diagnóstico de casos, algoritmos de codificación específicos para conocer el número de mujeres a las cuales se realiza cribado (Servicio 210a), así como el número de casos diagnosticados (Servicio 210b) de forma automatizada. La guía permite asimismo el registro de la información recogida en las actuaciones realizadas de forma estandarizada y es un elemento de ayuda técnica al profesional para consulta de dudas o procedimientos.

Dentro de las actividades del Plan autonómico de prevención y protección contra la VG en el medio rural de Castilla y León, el Servicio de Salud participa mediante la coordinación e intercambio de información con el Gobierno Civil, Dirección General de la Mujer, Fuerzas de Seguridad del estado, Guardia Civil, Administraciones locales y centros de acción social, con el fin de mejorar la protección, atención y seguridad de las víctimas que residen en el medio rural.

En el marco de estos programas, se ha mejorado también la coordinación entre los recursos existentes con el fin de atender las necesidades específicas de las mujeres inmigrantes y mujeres con discapacidad, colectivos especialmente vulnerables a la VG y a otros tipos de violencia.

La puesta en marcha del Servicio se hizo de forma progresiva desde 2008 y anualmente se evaluó tanto su cobertura (número de mujeres cribadas), como su rendimiento (casos nuevos detectados), así como otros indicadores de seguimiento.

Tras realizar el seguimiento y evaluación periódica del Servicio de cribado, **a los 4 años de su puesta en marcha, 2008-2012, las cifras de incidencia anual y prevalencia estaban muy por debajo de lo esperado según datos de referencia para Castilla y León**, ya mencionados en la Introducción de este trabajo y obtenidos en las Macroencuestas nacionales (Instituto de la mujer, 2000, 2002, 2006; Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011; MSSSI, 2015) y autonómica (Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades, 2006), y en el estudio epidemiológico de Ruiz-Pérez et al. (2010), en población consultante en AP:

- Prevalencia en población general: 11,5%
- Incidencia anual: 3,5 %
- Población demandante consulta de AP: 24.8 %
- Población demandante consulta de AP Castilla y León: 20,5%

Sin embargo, después de evaluar los datos desde 2008 a Septiembre de 2013, el número de **mujeres cribadas fue de 331.936 (29,7% de la población diana)** con un número de **casos nuevos detectados acumulados de 3.428 (1,03 %)**. Si lo referimos a la población general de mujeres mayores de 14 años de la CC.AA., para hacerlo comparable con los datos de las encuestas poblacionales, las cifras son considerablemente más bajas.

En las cifras publicadas en los informes anuales del Ministerio de Sanidad (MSSSI, 2013b) la tasa de casos nuevos de VG por 100.000 habitantes durante los años 2010, 2011, 2012, y 2013 para Castilla y León, oscila entre 48,01 y 71,7 para Atención Primaria utilizando como fuente la Historia Clínica. Estos datos del SNS, en teoría similares, están muy alejados de los encontrados en las encuesta poblacionales.

Los casos nuevos detectados al año en los Servicios de salud suponen en torno al 10 % de las denuncias por VG en los Juzgados. Si bien es un dato grosero, nos da una idea de la infradetección, ya que sabemos que solo se denuncian una pequeña proporción de los casos que existen. Otro dato de interés es que entre los casos que figuran como detectados en el sistema sanitario, más del 60 % corresponde a maltrato físico, lo que nos indica que los casos de maltrato psicológico, que es mucho más frecuente según todos los estudios, no se están detectando, o al menos registrando.

Nuestra interpretación es que el **rendimiento del cribado en condiciones reales ha sido bajo, identificándose un serio problema de INFRADETECCION** y nos preguntamos por las posibles causas.

La *cobertura de cribado es baja*, ya que a los 4 años deberían haber sido cribadas la mayoría de las mujeres objeto de la intervención. Este resultado podría explicarse por la dificultad de la puesta en marcha de un nuevo Servicio de cribado, que al alcanzar la fase de meseta casi siempre supera las previsiones iniciales, tal y como ha sucedido en otros Servicios como el cribado de cáncer de colon. Además la VG es un problema que presenta características que probablemente añaden dificultades. Pero *lo más preocupante no es la baja cobertura, sino el bajo rendimiento del cribado, es decir, el bajo nivel de detección.*

¿Por qué resulta tan difícil el abordaje de la violencia de género en el ámbito sanitario?

¿Por qué la detección está muy por debajo de lo esperado?

Reseñamos tres elementos que intervienen en el proceso y pueden contribuir en la baja detección de este fenómeno:

- En relación a los profesionales sanitarios
- En relación a las mujeres
- En relación con la herramienta de cribado

- **En relación a los profesionales sanitarios:**
 - *¿Realizan la entrevista exploratoria para la detección de VG de forma adecuada?*
 - *¿Registran correctamente los hallazgos del cribado en la Historia clínica?*
 - *¿Cabe la posibilidad de que el profesional no registre los casos detectados por temor a los compromisos legales que ello conlleva o a la propia dificultad para su manejo?*

Los profesionales no tienen el hábito de preguntar por la existencia de maltrato, algo que han constatado algunos estudios (Herrero, S., 2011). Reseñamos las posibles causas:

- Los profesionales comparten mitos y prejuicios sociales respecto al papel de la mujer y estereotipos de género que han conformado la socialización de hombres y mujeres.
- No identifican la VG como problema de salud, y por tanto no lo ven como parte de su competencia profesional (Coll-Vinenta, B., et al., 2008). Este hecho, sin duda, no es ajeno a la ausencia de formación en los grados de las profesiones sanitarias, y su escasa representación en los postgrados. La falta de sensibilización, la falta de formación, la percepción de incompetencia y la inseguridad para el abordaje de este problema, que no es fácil, son algunas de las razones por las que no preguntan, según han manifestado.
- La formación biologicista que mayoritariamente han recibido los profesionales sanitarios les dificulta el abordaje psicosocial, imprescindible para un problema como la VG, y frente al que algunos profesionales se sienten incómodos (Ramsay, J. et al., 2012).
- La carencia de habilidades en el manejo de la entrevista, los prejuicios, mitos y el desconocimiento de los recursos disponibles, pueden contribuir a la infradetección.
- Otra posible razón es que se detecten casos pero no se registren por temor a asumir las obligaciones de actuación y seguimiento, tanto clínicas, como relacionales y legales.
- La limitación de tiempo se ha referido como causa para no preguntar y justificar la infradetección, aunque algunos estudios contradicen esta posibilidad (Herrero, S., 2011).
- Falsas creencias y prejuicios de los profesionales que minimizan los efectos de la violencia, considerándola un problema judicial y del ámbito social (salvo cuando existen lesiones físicas).
- Las propias experiencias vitales en las relaciones de pareja o familiares pueden actuar como barrera, cuando se generan procesos transferenciales.

- **En relación a las mujeres:**

- *¿Desvelan las mujeres su problema a los profesionales sanitarios?*
- *¿Confían en ellos para compartir un problema tan importante?*
- *¿Existen barreras que se lo impiden?*

Las mujeres tardan en desvelar su problema y pedir ayuda. Entre 5 y 10 años pasan de media desde el inicio de una relación de maltrato hasta que la mujer decide desvelar o denunciar los hechos, a pesar de que la VG tiende a ser repetitiva.

Las dificultades para la detección relacionadas con la mujer tienen que ver con el propio proceso del MT: en las primeras fases es frecuente la falta de reconocimiento del abuso.

Más adelante, aunque la mujer sea consciente, es habitual que muestre resistencias a comentar su situación con el profesional sanitario, a veces por tener esperanza en que la situación cambie.

Estas resistencias también tienen que ver, entre otros factores con la sensación de fracaso y culpa que les produce ser maltratadas por su pareja. Pueden sentirse avergonzadas o humilladas llegando a convencerse de que sus lesiones no son tan graves, y así no comunicar ni admitir la agresión en un intento de “proteger” a la familia. Incluso la mujer puede tratar de ocultar las lesiones.

Otra de las razones puede ser el miedo a posibles represalias del agresor hacia ella o hacia los hijos cuando la situación se desvela. A no saber de qué vivir o a donde ir, miedo al sistema judicial, a que la confidencialidad o sus decisiones no sean respetadas. La mujer puede haber sido advertida o amenazada por su agresor para que no solicite atención médica.

La propia dinámica del maltrato provoca en las víctimas desestabilización, confusión, y ambivalencia, incluso justificándole y culpabilizándose a sí mismas de la situación.

Todas estas circunstancias añaden dificultad a la detección, sin embargo no debemos olvidar:

- Aunque las personas que son víctimas de relaciones violentas lleguen a una consulta y no hagan referencia al maltrato padecido, la detección y la atención adecuada, es una responsabilidad del profesional.
- El conocimiento de la opinión y expectativas de estas víctimas respecto a la actuación de los profesionales son aspectos fundamentales en la evaluación de cualquier proyecto de intervención. La aceptabilidad de las mujeres a ser preguntadas en materia de VG, se ha explorado en diversos estudios y en la mayor parte, ellas manifiestan que no les importaría ser preguntadas por los profesionales sanitarios acerca de la posibilidad de sufrir MT, pareciéndoles adecuado introducir estas preguntas rutinariamente en la Historia Clínica (Ramsay, J. et al., 2002).

Reevaluar a una muestra de mujeres ya cribadas para VG desde nuestros Equipos de AP puede ayudarnos a conocer las causas del bajo rendimiento de cribado, y de confirmarse la hipótesis, pueden ponerse en marcha medidas correctoras.

- **En relación a la herramienta:**
 - *¿Son adecuadas las preguntas exploratorias en el marco de la entrevista clínica propuestas en la Guía de Práctica Clínica sobre Violencia contra las mujeres en la pareja para la detección de VG? (Gerencia Regional de Salud de Castilla y León, 2010a, 2010b).*
 - *¿Obtendríamos un mejor rendimiento del cribado si utilizáramos otra herramienta, tipo cuestionario estandarizado?*

Cabe la posibilidad de que el método propuesto en la Cartera de Servicios de nuestra Comunidad no sea el más apropiado, que las preguntas exploratorias no sean lo suficientemente concretas y claras, y las mujeres tengan dificultades para su interpretación.

Planteamos si un cuestionario estandarizado y validado podría proporcionar mayor rendimiento diagnóstico que la entrevista dirigida. El cuestionario WAST, como se ha expuesto en la Introducción, es un cuestionario breve, validado y con experiencia en el ámbito de la Atención Primaria. Además, en su VERSIÓN LARGA ha demostrado unas características psicométricas adecuadas para el cribado y el diagnóstico, con los criterios de medición y punto de corte antes expuestos, y en su VERSION CORTA ha demostrado ser efectivo para identificar de una forma rápida en la consulta aquellas mujeres que puedan estar sufriendo violencia por sus parejas.

Estas son las razones por las que se ha decidido utilizar este instrumento de cribado en nuestro estudio. Se plantea así evaluar la efectividad del método utilizado en Cartera de Servicios comparándolo con el cuestionario WAST (Brown, J.B., 1996), y se considera conveniente validarlo para nuestra población.

2.2. Razones que justifican la realización de este estudio

1. La necesidad de evaluar los resultados de las intervenciones en salud e investigar los motivos y cuando estos no responden a lo esperado, investigar los motivos.

El cribado VG implantado en Atención Primaria en Castilla y León desde 2008 tiene un bajo rendimiento, en relación a lo esperado a la luz de los datos de prevalencia conocidos.

2.-La magnitud de la violencia de género, en términos de prevalencia y gravedad.

En la Introducción de este trabajo se presentan estudios que aportan datos de prevalencia en España y en otros países del mundo. En todos se constata la ALTA prevalencia y el gran impacto en la salud. No es posible esperar pasivos ante un problema de tal magnitud que no se está detectando.

3.- La práctica clínica es una oportunidad privilegiada para hacer visible la VG y actuar frente a ella.

Las consultas de Atención Primaria son lugares adecuados para el diagnóstico precoz e intervención con mujeres en situación de maltrato, por su accesibilidad y la elevada frecuentación por parte de las víctimas. Por otra parte, la consulta de Atención Primaria garantiza la continuidad en la atención facilitando el seguimiento de los casos, además de que las mujeres confían en los profesionales de AP y les valoran positivamente.

4.- La infradetección del maltrato es un problema objetivo en el ámbito sanitario, e dificulta la adopción de medidas de intervención en las víctimas.

Nos planteamos acercarnos a las razones del infradiagnóstico, relacionadas con los profesionales, con la mujer y con la herramienta para el cribado disponible en cartera de servicios.

5.- Necesidad de disponer de evidencias para realizar propuestas de mejora que optimicen la actividad de cribado y se mejore la detección.

Se trata de una investigación evaluativa que partiendo del análisis de resultados de una intervención ante un problema, en este caso la infradetección de VG, plantea la pregunta acerca de cuáles son sus causas, qué herramientas y qué cambios podrían mejorar los resultados en la práctica asistencial.

Capítulo 3. Hipótesis y Objetivos del Estudio

3.1. Hipótesis

El bajo rendimiento en el cribado de violencia de género en Atención Primaria tiene que ver con la dificultad para preguntar a través de la entrevista diagnóstica, y el uso de un cuestionario estandarizado mejorará el rendimiento aumentando la detección.

3.2 Objetivos del Estudio

OBJETIVOS PRINCIPALES

1. Evaluar la efectividad de la intervención de cribado de violencia de género incluida en la Cartera de Servicios de AP en el área sanitaria de la provincia de Burgos, comparando su rendimiento con el uso del cuestionario WAST.
2. Validar para nuestra población el cuestionario WAST de detección y diagnóstico, utilizando como Gold Standard los casos confirmados a través de pregunta directa en la entrevista.

OBJETIVOS SECUNDARIOS

1. Identificar posibles causas de la infradetección de violencia de género en nuestras consultas de Atención Primaria.
2. Evaluar la calidad del registro y codificación del Servicio de detección y atención a la violencia de género, y detectar posibles situaciones de infradiagnóstico e infrarregistro.
3. Conocer la prevalencia y tipos de maltrato, así como las características demográficas, sanitarias y sociales de las mujeres víctimas de maltrato.
4. Conocer el grado de aceptabilidad de las mujeres en relación a ser preguntadas por el profesional de Atención Primaria por la posibilidad de estar sufriendo una situación de malos tratos.

Capítulo 4. Material y métodos

4.1.- Tipo de estudio

Estudio descriptivo transversal y multicéntrico.

4.2.- Ámbito de estudio

Ámbito: Atención Primaria de Salud.

Población: la totalidad de las mujeres de 14 o más años de edad (158.405 según tarjeta sanitaria), adscritas a los Equipos de Atención Primaria urbanos y rurales de la provincia de Burgos, en cuya Historia Clínica electrónica de MEDORA, consta realizado el registro de cribado de violencia de género, desde 01/01/2011 hasta 31/12/2012 (25.433 mujeres incluidas en cartera).

La selección del área de Burgos para la realización del estudio fue debida a la accesibilidad de la investigadora y a que se situaba entre las áreas de salud con rango bajo de cobertura.

La participación en el estudio es anónima, garantizando la confidencialidad de las respuestas.

Las mujeres eran informadas e invitadas a participar en el estudio de forma voluntaria mediante la realización de una entrevista con un profesional sanitario para conocer su opinión sobre aspectos relacionados con la salud y los servicios sanitarios sin mención expresa del problema violencia de pareja. Las entrevistas fueron presenciales en los centros de Salud de referencia y solo en los casos en los que no era posible, se realizó vía telefónica.

Antes del inicio de la entrevista presencial firmaban el consentimiento de participación en el estudio (Anexo 2) o bien una aceptación verbal en caso de entrevista telefónica. No hubo ningún tipo de contraprestación ni económica ni de otro tipo. La entrevista no fue grabada. Las mujeres estuvieron solas con la médico entrevistadora, pudiendo preguntar en cualquier momento de la entrevista si surgían dudas o precisaban aclaraciones. Se le informó que puede rechazar en cualquier momento su participación sin tener que justificarse.

Criterios de exclusión:

- Mujeres que no entiendan el idioma español.
- Deterioro cognitivo que limite la comprensibilidad de preguntas y/o fiabilidad de respuestas.
- Mujeres que acudan acompañadas por su pareja si no es posible entrevistarlas solas y con garantía de seguridad.

4.3- Cálculo muestral

Muestreo: aleatorio por etapas, con precisión del 5%.

- 1ª selección: Centro de Salud
- 2ª selección: mujeres cribadas para la detección precoz de violencia de género en cartera de servicios de su Centro de Salud

El muestreo es, además, estratificado por porcentaje de cribado, teniendo en cuenta que la cobertura del cribado de violencia de género puede no ser homogénea en todos los Centros urbanos y rurales de Burgos.

Población muestral: para una prevalencia estimada de violencia de género del 20%, un error alfa del 5% y una precisión del 5%, resultaba un tamaño muestral de 436 mujeres, pero se incrementó en un 15 %, hasta 501 mujeres, por el porcentaje esperable de pérdidas durante el estudio, y por el tipo de diseño elegido.

4.4.-Instrumentalización

Se contó con la **aprobación del Comité ético y de investigación del área** y la aprobación de la Gerencia de Atención Primaria. Fueron informados sobre el proyecto los coordinadores de los equipos de AP que resultaron seleccionados, solicitando su colaboración.

Se realizó la **revisión bibliográfica** para tener un conocimiento más amplio de la situación actual del problema de la infradetección de la VG y de experiencias de programas de cribado utilizando distintos instrumentos. Palabras clave utilizadas fueron: Screenig Violence Against Women, Gender Violence, Intimate Partner Violence, Primary Care, WAST Tool.

Hemos realizado la revisión bibliográfica utilizando las siguientes bases de datos: Pubmed y CINAHL (Cumulative Index to Nursing & Allied Health) y Google Scholar, desde los años 1995 hasta 2014 y con posterioridad, para la discusión se amplió a 2017. Se buscaron trabajos originales sobre nuestro tema de estudio (fuentes primarias) y también se consultó la Biblioteca Cochrane para identificar revisiones sistemáticas y guías basadas en la evidencia sobre prevención y cribado en violencia de género e instrumentos de cribado.

También fueron consultadas páginas web de organismos oficiales (Ministerio de Sanidad, Instituto de la Mujer, CCAA, asociaciones de profesionales sanitarios, Informes (CGPJ, INE, MSSSI), revisión de protocolos, guías, recomendaciones y consensos sobre nuestro tema de estudio de diferentes Servicios de Salud y Sociedades Científicas.

Se utilizan en el estudio tres herramientas de detección de VG:

1. Análisis de resultados del *Servicio de Detección precoz de mujeres víctimas de violencia de género incluido en Cartera de Servicios de Atención a la violencia de género en Castilla y León*, y confirmación el registro de esta actividad en la Historia Clínica. Para la realización de este servicio el programa informático MEDORA incluye dos preguntas generales que se realizan a la mujer para el cribado del mismo.

¿Cómo van las cosas en su familia?

¿Tiene algún problema con su esposo o pareja o con los hijos?

Si la respuesta es afirmativa, gradualmente se van preguntando las siguientes:

¿Cómo es el trato de su pareja hacia usted en casa?

¿Cómo resuelven sus problemas?

¿Siente que no le tratan bien?

¿Ha sido agredida físicamente?

¿Le insulta o amenaza?

¿Controla sus salidas?

¿Le controla el dinero?

¿Se siente segura?

¿Ha sentido miedo?

¿Tiene armas en casa?

¿Ha contado su problema a algún familiar o amigo?

2. Se administra el *cuestionario Woman Abuse Screening Tool - WAST*, para la comparación con la herramienta de cribado disponible en cartera de servicios de nuestra Comunidad Autónoma de Castilla y León. Aun cuando este instrumento está validado para España, se decidió validarlo para nuestra población de estudio. Es cuestionario está incluido en un cuestionario más amplio que incorpora diversas variables relacionadas con aspectos sociodemográficos, de salud y el uso de los servicios sanitarios. Fue heteroadministrado. La recogida de datos se realizó mediante una entrevista estructurada por tres 3 profesionales Médicas de Familia, la investigadora principal de este estudio y dos colaboradoras, entrenadas y formadas para el desarrollo del trabajo de campo.

3. **Confirmación de caso:** en la entrevista realizada, se confirmaba o descartaba la existencia de violencia de género actual mediante *preguntas directas*:
 - A) Para investigar VG ACTUAL, se pregunta a las mujeres que tienen pareja en el último año.
 - B) Para investigar la existencia de VG PASADA, en anteriores relaciones, se pregunta a la totalidad de las mujeres (con y sin pareja actual).

Definición de CASO: se considera caso confirmado, al igual que en el Servicio de Atención a la VG del SACYL, cuando la mujer confirma alguno de los tipos de maltrato.
 - C) También se pregunta por la experiencia de exposición o MT directo en la infancia.

4.5.- Variables a estudio

Se recogieron variables sociodemográficas y datos clínicos de las mujeres así como la presencia o ausencia de violencia de pareja actual o pasada y el antecedente de maltrato en la infancia.

Esto datos se obtuvieron mediante entrevista estaba estructurada en base a un CUESTIONARIO dividido en cuatro apartados (Anexo 3), a cumplimentar de modo presencial:

1. Variables socio-demográficas y datos clínicos: percepción del estado de salud, antecedentes personales de enfermedad física y/o psíquica, tratamiento con psicofármacos, frecuentación de recursos sanitarios en el último año y disponibilidad de soporte social.
2. Cuestionario WAST: solo se administró a las mujeres con pareja en el último año, en sus dos versiones, el WAST CORTO, como cuestionario de cribado de VG o WAST LARGO como un cuestionario de diagnóstico de VG). Las puntuaciones otorgadas a cada ítem, se realizan, tal y como **se describe en la Introducción** (Apartado 1.1.3.2.2: Instrumentos para la detección de la VG):
 - a. **WAST LARGO**. Se valora cada una de las **ocho cuestiones** en una escala tipo Likert con puntuación en orden ascendente de 1 a 3, siendo la puntuación 3 (muchas veces), 2 (algunas veces) y 1 (nunca) (Opción A: 3-2-1). Las puntuaciones totales oscilan entre 8 y 24.
 - b. **WAST CORTO**. Se realiza mediante la valoración de forma independiente de **las dos primeras preguntas** en una escala tipo Likert con tres opciones de puntuación:
 - 1) Opción A (3-2-1): con puntuación en orden ascendente de 1 a 3. Siendo la puntuación 3 (muy tensa o mucha dificultad), 2 (cierta tensión o alguna dificultad) y 1 (sin tensión o sin dificultad). Las puntuaciones totales oscilan entre 2 y 6.
 - 2) Opción B (1-1-0): puntúa 1 (muy tensa o mucha dificultad), 1 (cierta tensión o alguna dificultad) y 0 (sin tensión o sin dificultad). Las puntuaciones totales oscilan entre 2 y 0.
 - 3) Opción C (1-0-0): puntúa 1 (muy tensa o mucha dificultad) y 0 en el resto de las opciones. Las puntuaciones totales oscilan entre 2 y 0.
3. Un tercer apartado de CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA mediante preguntas directas para evaluar la existencia de VG ACTUAL si en el marco de la realización del cuestionario no se hubiera obtenido la confirmación diagnóstica se preguntaba expresamente si se siente maltratada por su pareja a nivel físico, emocional o sexual explicándole su significado si percibimos dudas o necesidad de aclarar cualquiera de estos conceptos. Se incluyó además una pregunta sobre el antecedente de VG en el PASADO y de MALTRATO en la INFANCIA. En todos los casos se les informaba de la disponibilidad de un Protocolo de Actuación Sanitaria para mujeres que sufren malos tratos, en todos los Centros de Salud y de Servicios de apoyo. En los casos positivos se les animaba a ponerse en contacto con sus profesionales del Centro de Salud, si estos desconocían su situación.

4. Un cuarto apartado donde se exploraba si en alguna ocasión, en el curso de la atención sanitaria, “habían sido preguntadas por sus relaciones de pareja” o “por la posibilidad de ser víctimas de VG en el momento actual o en el pasado”. Se valoraba además la ACEPTABILIDAD DEL CRIBADO de VG desde el ámbito sanitario.

Con posterioridad a la entrevista, se revisó cada Historia Clínica electrónica de MEDORA para corroborar o completar alguno de los datos recogidos en la entrevista, comprobar la inclusión en el Servicio de Detección VG (210a) así como el registro de diagnóstico de VG en la Historia Clínica (210b).

4.6. Desarrollo del estudio

Septiembre - Noviembre 2013:

- Diseño del estudio
- Solicitud de aprobación por el Comité de Ética de Investigación Clínica de la Unidad de Investigación del Hospital Universitario de Burgos
- Presentación del estudio y aprobación por la Gerencia de AP de Burgos
- Diseño definitivo del cuestionario y paso del mismo a formato TeleForm

Diciembre 2013 - Abril 2014:

- Envío postal de información sobre el estudio y planificación del trabajo de campo a todos los Coordinadores de los Centros de Salud seleccionados (Anexo 4)
- Envío postal de información sobre el estudio a mujeres seleccionadas (Anexo 4)
- Cita y entrevistas personales con las mujeres seleccionadas en la muestra
- Revisión de Historias Clínicas electrónicas de MEDORA

Mayo - Julio 2014:

- Introducción y Procesado de datos mediante herramienta TeleForm

Agosto 2014 - Marzo 2017:

- Tratamiento estadístico y análisis de resultados
- Presentación de resultados
- Discusión y presentación de conclusiones
- Redacción de artículos
- Discusión de resultados, publicaciones

4.7. Tratamiento estadístico de datos

Análisis estadístico descriptivo mediante distribución de frecuencias para las variables cualitativas, y media y desviación estándar para las variables cuantitativas.

La relación de variables se analizó mediante las pruebas de Chi cuadrado, y la comparación de medias mediante la t de Student (o U de Mann-Whitney en caso de no cumplirse las condiciones de aplicación) y el Análisis de Varianza para más de 2 grupos.

Se calcularon los índices de validez de la prueba diagnóstica, sensibilidad, especificidad, valores predictivos positivos y negativos, y razones de verosimilitud positivos y negativos, con sus correspondientes intervalos de confianza.

Para la determinación de los puntos de corte se utilizaron las curvas ROC. La consistencia interna de los ítems fue valorada mediante el alfa de Cronbach, y la concordancia del WAST corto y largo mediante el índice kappa.

El nivel de significación establecido fue 0,05 y los intervalos de confianza al 95%.

La información fue procesada y el análisis estadístico se realizó con el programa SPSS versión 19.0.

Capítulo 5. Resultados

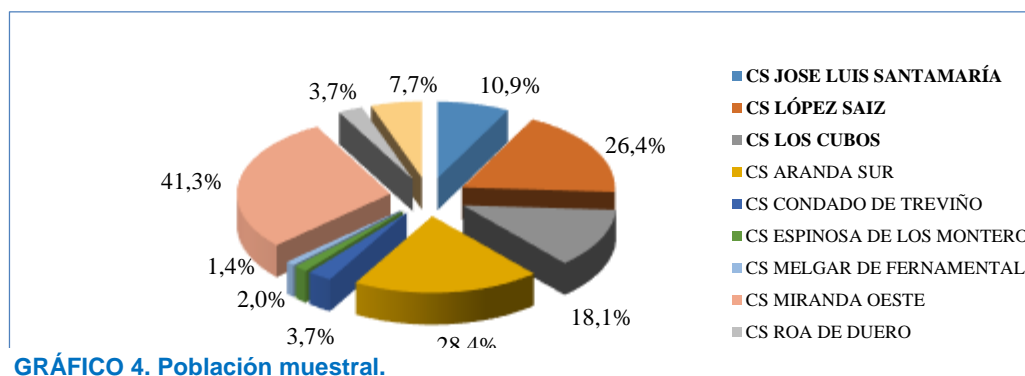
5. Resultados

- 5.1. Características de la población muestral
- 5.2. Características de la población respuesta
 - 5.2.1. Variables socio-demográficas
 - 5.2.2. Antecedentes clínicos y otros aspectos relacionados con la salud
 - 5.2.3. Antecedentes de maltrato en la infancia
- 5.3. Resultados de la detección de casos de violencia de género
 - 5.3.1. Resultados del servicio de detección precoz de mujeres víctimas de VG en cartera de servicios de MEDORA
 - 5.3.2. Investigación de VG actual por cuestionario WAST
 - 5.3.3. Confirmación de VG actual mediante entrevista
 - 5.3.4. Confirmación de VG en el pasado mediante entrevista
- 5.4. Validez de la herramienta de cribado de violencia de género en cartera de servicio de Atención Primaria de Castilla y León
- 5.5. Validez del cuestionario WAST en nuestro estudio
 - 5.5.1. Validación del cuestionario WAST
 - 5.5.2. Consistencia interna del WAST
 - 5.5.3. Concordancia entre WAST corto y WAST largo
 - 5.5.4. Puntuación WAST según VG + / VG – por entrevista clínica y según tipo de VG
- 5.6. Comparación del rendimiento del cribado con ambas herramientas
- 5.7. Aceptabilidad del cribado
- 5.8. Tipos de violencia y características de las mujeres víctimas de violencia de género
 - 5.8.1. Tipos de violencia de género
 - 5.8.2. Variables socio-demográficas
 - 5.8.3. Antecedentes clínicos y otros aspectos relacionados con la salud

5.1. Características de la población muestral

De acuerdo con la Metodología del estudio, descrita en el apartado correspondiente, se seleccionó una muestra de 10 Centros de Salud, siendo 3 de ellos urbanos y 7 rurales.

La distribución de la Población Muestral entre los mismos se presenta en el siguiente Gráfico 4.



La muestra inicial fue de 501 mujeres. Se procedió al envío por correo postal de una carta de presentación del estudio a cada una de las mujeres (Anexo 4), siendo devueltas 3 por error en la dirección postal. Subsanado el mismo se reenviaron de nuevo, sin devoluciones posteriores.

En esta fase fueron excluidas 8 mujeres. Una persona por error de identificación (sexo masculino) y 7 por edad < 16 años. Este criterio se modificó después del diseño inicial. Aunque la población objeto de estudio incluía mujeres desde los 14 años, se incrementó el límite de edad hasta los 16 años por la necesidad de contar con el permiso paterno para la realización de la entrevista a solas.

A continuación se estableció contacto telefónico con las mujeres para informarles personalmente del estudio e invitarles a participar en el mismo, mediante la realización de una entrevista llevada a cabo por un profesional sanitario para conocer su opinión sobre aspectos relacionados con la salud y los servicios sanitarios. La entrevista se realizaría en su Centro de Salud de referencia y se concertó la cita en la misma llamada. En la información que se facilitaba no se mencionaba expresamente el abordaje de la violencia de pareja. No se consiguió el contacto telefónico con 42 mujeres.

Tras este contacto y después de aplicar los criterios de exclusión, la muestra se redujo a **422 mujeres (MUESTRA DEFINITIVA)**. Se consideraron **pérdidas previas a la fase de entrevista** 79 personas, el 15.7% de la muestra inicial: 42 por ausencia de contacto y 37 por criterios de exclusión (Tabla 10).

ANÁLISIS DE LAS PÉRDIDAS PREVIO A LA FASE DE ENTREVISTA MUESTRA INICIAL: 501 mujeres		Nº DE MUJERES	%
1. POR CRITERIO DE EXCLUSIÓN		37	7.4 %
1.1	Sexo: atribuimos a un error en la selección de la muestra del estudio, haber encontrado 1 varón entre las 501 mujeres seleccionadas.	1	0.2%
1.2	Mujeres de 14 y 15 años: a pesar de entrar en el programa de cribado, se decide excluirlas por la obligación de los padres de firmar el consentimiento informado al ser menores de edad. Además, si éstos deciden acompañarlas en la entrevista, pueden condicionar la sinceridad en sus respuestas.	7	1.4%
1.3	Mujeres desplazadas: ha existido un cambio de domicilio y actualmente no pertenecen a las zonas seleccionadas en la muestra.	7	1.4%
1.4	Mujeres institucionalizadas: se decidió su exclusión, porque la mayoría de ellas está en situación de discapacidad física o psíquica que dificulta el acceso a su Centro de Salud.	7	1.4%
1.5	Deterioro cognitivo: por no estar capacitadas para responder a las cuestiones de la entrevista.	14	2.8%
1.6	Defunción: una mujer fallecida en el transcurso de tiempo entre la selección de la muestra y el inicio del trabajo de campo.	1	0.2%
2. NO LOCALIZADAS No respuesta a la llamada telefónica (teléfono registrado en HCE).		42	8.3 %
TOTAL PÉRDIDAS		79	15.7%
MUESTRA DEFINITIVA: 422 MUJERES			

TABLA 10. Análisis de pérdidas previo a Fase de entrevista.

De las **422 mujeres** de la MUESTRA DEFINITIVA, **73 mujeres rechazan** participar, por lo que finalmente **349 mujeres** son citadas para la entrevista (**POBLACIÓN RESPUESTA**) lo que supone una **tasa de respuesta** del **82,7%** (Figura 8-Algoritmo 1).

Valoración de la no respuesta. Las 73 mujeres (17,3%) que rechazaron participar durante el contacto telefónico confirmaron haber recibido la carta informativa previamente, y alegaron diversos motivos: accesibilidad, falta de tiempo, desinterés o negativa absoluta a participar en estudios. Para subsanar causas de accesibilidad o tiempo se realizaron propuestas alternativas, como realizar la entrevista de modo telefónico, adaptada a sus fechas u horarios, siendo rechazadas. Además, se envió al coordinador de cada Centro de Salud seleccionado una carta de presentación del estudio, invitándoles a animar a las mujeres en su participación en favor de conocer y evaluar su estado de salud, utilización de recursos sanitarios y valoración de sus relaciones familiares. El motivo más expresado por la mayoría de mujeres en la llamada telefónica fue el deseo de NO participar en el estudio que se les presenta por desinterés y carencia de motivación. No se desveló el tema de la violencia en la pareja en la carta ni en la llamada telefónica. No se analizaron las características sociodemográficas de las mujeres que rechazaron participar, salvo los porcentajes de la “NO respuesta” por Centro de Salud de procedencia:

C.S. URBANOS: (NO RESPUESTA)

CASA LA VEGA	5,3%
LÓPEZ SÁIZ	15,2%
LOS CUBOS	11,1%

C.S. RURALES (NO RESPUESTA)

ARANDA SUR	15,2%
CONDADO TREVIÑO	7,7%
ESPINOSA DE LOS MONTEROS	0%
MELGAR DE FERNAMENTAL	20%
MIRANDA OESTE	20,1%
ROA DE DUERO	7,7%
SALAS DE LOS INFANTES	11,1%

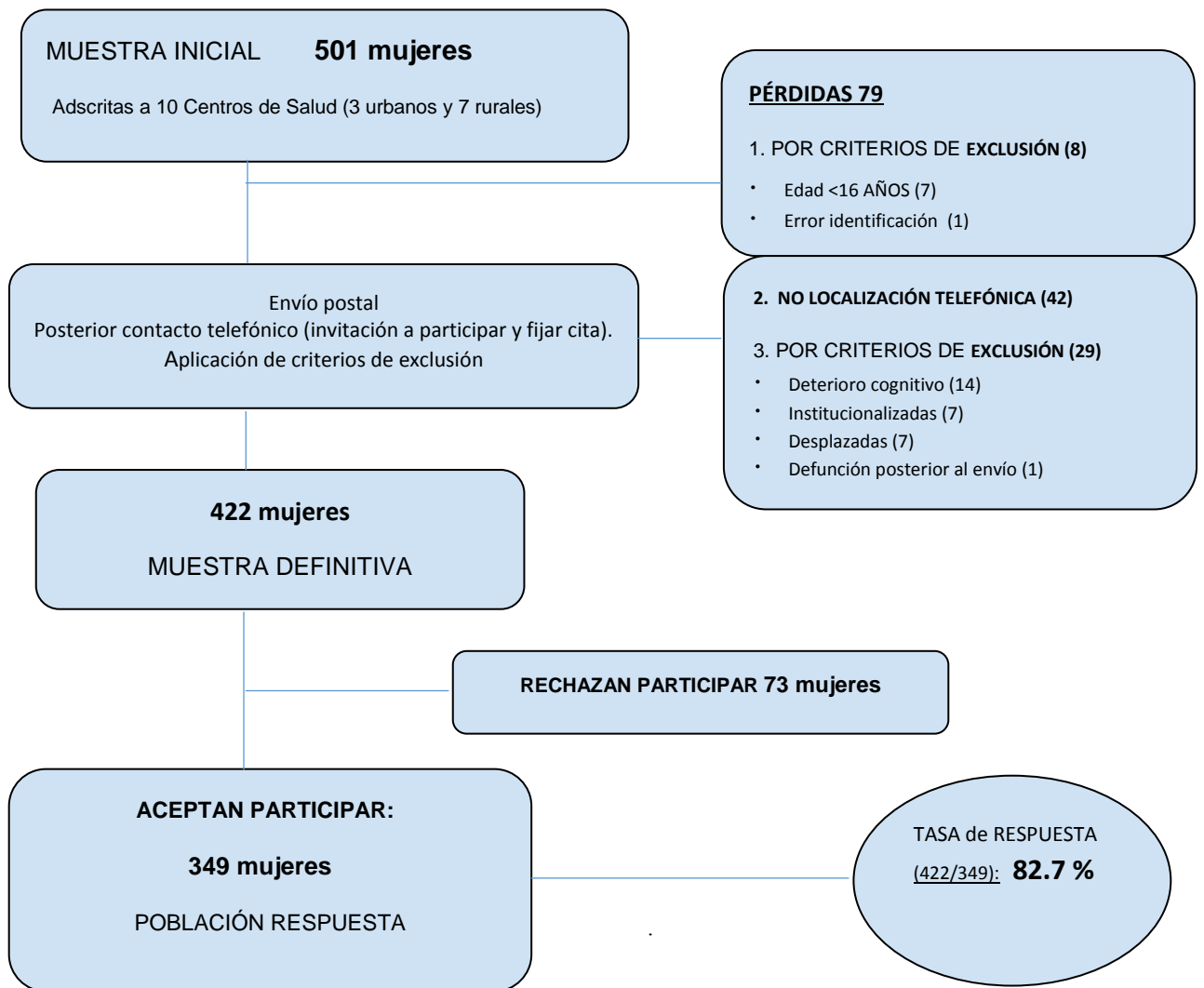


FIGURA 8 – ALGORITMO 1. Evolución de la muestra inicial y tasa de respuesta

5.2. Características de la población respuesta

Realizaron la entrevista **349 mujeres**: 290 de forma presencial y 59 mediante entrevista telefónica. Los principales motivos argumentados para preferir esta última fueron: la accesibilidad en mujeres residentes en pueblos sin vehículo propio, limitación física por enfermedad actual y convalecencia de enfermedad, falta de disponibilidad de tiempo y la incompatibilidad de horarios por jornada laboral. El tiempo de realización de la entrevista completa fue de 15 a 20 minutos, dedicando de 3 a 5 minutos a la realización del cuestionario WAST a las mujeres con pareja actual.

La distribución de participantes en el estudio por CS se muestra en el Gráfico 5 y Tabla 11.

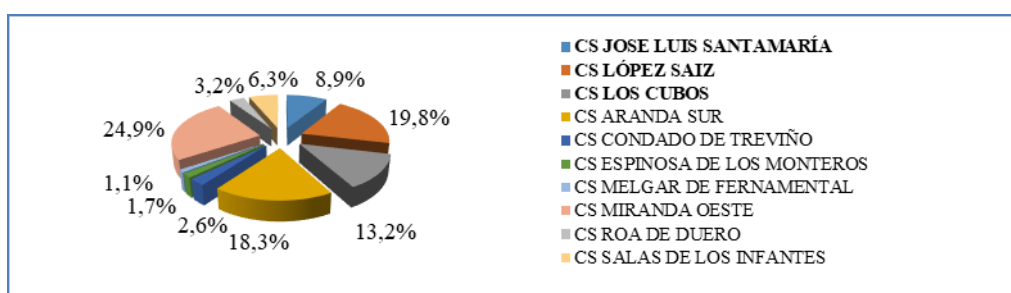


GRÁFICO 5. Distribución de Población Respuesta.

DISTRIBUCION POR CENTROS DE SALUD (CS)	MUESTRA DEFINITIVA (422) DISTRIBUÍDA POR CS	POBLACIÓN RESPUESTA (349) DISTRIBUÍDA POR CS	RECHAZO A PARTICIPAR EN ESTUDIO
CS JOSE LUIS SANTAMARÍA	33 mujeres (7, 8%)	31 mujeres (8,9%)	2 mujeres
CS LÓPEZ SAIZ	83 mujeres (19, 7%)	69 mujeres (19,8%)	14 mujeres
CS LOS CUBOS	53 mujeres (12, 6%)	46 mujeres (13,2%)	7 mujeres
CS ARANDA SUR	79 mujeres (18,7%)	64 mujeres (18,3%)	15 mujeres
CS CONDADO DE TREVIÑO	10 mujeres (2,4%)	9 mujeres (2,6%)	1 mujer
CS ESPINOSA DE LOS MONTEROS	6 mujeres (1,4%)	6 mujeres (1,7%)	0
CS MELGAR DE FERNAMENTAL	5 mujeres (1,2%)	4 mujeres (1,1%)	1 mujer
CS MIRANDA OESTE	116 mujeres (27,5%)	87 mujeres (24,9%)	29 mujeres
CS ROA DE DUERO	12 mujeres (2,8%)	11 mujeres (3,2%)	1 mujer
CS SALAS DE LOS INFANTES	25 mujeres (5,9%)	22 mujeres (6,3%)	3 mujeres
Total de mujeres	422 mujeres	349 mujeres	73 mujeres
Porcentaje	100%	82,7% Tasa de Respuesta	

TABLA 11. Distribución de Población Respuesta.

5.2.1. Variables socio-demográficas de la Población respuesta (Tabla 12)

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN RESPUESTA (N = 349)		
<p>POBLACIÓN RESPUESTA: 349 mujeres Edad media: 55,1 años (DE: 18,7). La edad mínima es de 16 años y la edad máxima es de 92 años. La media del número de hijos es de 1,9 (DE: 1,4). La media del número de embarazos es de 2,3 (DE 1,7). La media del número de abortos es de 0,4 (DE 0,8).</p>		
MEDIO RESIDENCIA	Urbano 42,1% Rural 57,9%	
NACIONALIDAD	Española: 93,1% Latina: 4,3% Norte África: 0,6% Otras: 2,0%	
ESTADO CIVIL	Soltera: 17,5% Casada: 61,9% Separada: 3,2% Divorciada: 2,6% Viuda: 12,9% Pareja de hecho: 2,0%	
CONVIVENCIA CON PAREJA	SÍ: 71,3% NO: 28,7%	
FORMACIÓN ACADÉMICA	Sin estudios 12,6% Primarios 41,5% Secundarios 28,4% Universitarios 17,5%	
SITUACIÓN LABORAL	Estudiante: 4,3% Trabajo remunerado: 37% Desempleo: 11,2% Ama de casa: 27,2% Jubilada: 20,3%	
SITUACIÓN LABORAL de la PARERJA	Estudiante: 2,6% Trabajo remunerado 38,4% Desempleo: 5,4% Jubilado: 30,4% * Perdidos 23,2%: No todas las mujeres tienen pareja actual	
SOPORTE SOCIAL	SÍ: 89,4% NO: 10,6% Tiene una persona/s en quién poder confiar y desahogarse cuando tiene problemas o dificultades de cualquier tipo en la vida	

TABLA 12. Variables socio-demográficas de la Población Respuesta.

5.2.2. Antecedentes clínicos y otros aspectos relacionados con la salud de la Población respuesta

A) Antecedentes personales de enfermedad crónica, enfermedad psiquiátrica y/o consumo de psicofármacos

Se presentan los antecedentes médicos personales de las mujeres recogidos en la entrevista personal y confirmados posteriormente en HCE en el programa MEDORA (Tabla 13).

ANTECEDENTES MÉDICOS DE INTERÉS	TOTAL POBLACIÓN RESPUESTA (N=349)
ENFERMEDAD CRÓNICA	
HTA	37,8%
DIABETES MELLITUS	12,6%
C. ISQUÉMICA	2,3%
I. CARDÍACA	7,2%
CEFALEA	30,4%
LUMBALGIA	48,1%
ASMA EPOC	12,3%
TRASTORNOS EN EL ÁREA DE LA SALUD MENTAL	
INSOMNIO	38,4%
ANSIEDAD	38,7%
DEPRESIÓN	20,9%
IDEACIÓN AUTOLÍTICA	11,5%
CONSUMO ANSIOLÍTICOS y/o HIPNÓTICOS	36,4%
CONSUMO ANTIDEPRESIVOS	14,6%
OTRAS ENFERMEDADES CRÓNICAS	
- Fibrilación Auricular - Enfermedad Renal Crónica - Hipotiroidismo - Virus Papiloma Humano - Neoplasia de mama - Ictus	16 casos 7 casos 6 casos 6 casos 6 casos 4 casos
- Tromboembolismo Pulmonar - Valvulopatía - Neoplasia de endometrio - Polimialgia Reumática - Trombosis Venosa Profunda	4 casos 3 casos 2 casos 2 casos 2 casos

TABLA 13. Antecedentes personales de la Población Respuesta.

B) Frecuentación de recursos sanitarios

Se valora la demanda asistencial sanitaria de las mujeres por registro de datos de HCE, a partir del número de veces que han acudido a lo largo del último año a su Centro de Salud u otras consultas. Interpretamos a partir de estos datos, la hiperfrecuentación del medio sanitario en el último año previo a la entrevista.

- Un 35,8% de mujeres ha acudido en más de 6 ocasiones a su Centro de Salud en el último año, excluidas las visitas a la Matrona y Trabajador Social, que integran un 0,9% y 0,6% respectivamente.
- Un 2,3% de mujeres ha demandado asistencia en algún Servicio de Urgencias (Atención Primaria o Urgencias Hospitalarias) en más de 6 ocasiones en el último año.
- A lo largo del último año, previo a la entrevista personal, un 0,6% de mujeres ha asistido a la Unidad de Salud Mental en más de 6 ocasiones y un 6,6% a Otras Consultas de Atención especializada también en más de 6 ocasiones.

C) Percepción de las mujeres de su estado de salud

Se solicita puntuar en cinco categorías, su percepción sobre su estado de salud actual:

- Excelente	4,6 %
- Muy Bueno	21,8 %
- Bueno	35,8 %
- Regular	32,7 %
- Malo	5,1 %

D) Influencia de problemas familiares, laborales y sociales su el estado de salud

Valoración de las mujeres acerca de la posibilidad de que los problemas familiares (en relación a hijos, pareja, convivencia, etc.), laborales o sociales, puedan influir de un modo negativo en su estado de salud (Tabla 14).

INFLUENCIA DE PROBLEMAS FAMILIARES, LABORALES Y SOCIALES EN EL ESTADO DE SALUD DE LAS MUJERES	POBLACIÓN RESPUESTA (N=349)
¿Piensa que puede influir negativamente en su salud los <u>problemas familiares</u> ?	SÍ 86%
¿Piensa que puede influir negativamente en su salud tener <u>problemas laborales</u> ?	SÍ 77,1%
¿Piensa que puede influir negativamente en su salud tener <u>problemas sociales</u> ?	SÍ 60,7%
Hoy en día la <u>violencia contra las mujeres</u> se considera un problema social muy importante y frecuente. ¿Cree que los malos tratos que sufren las mujeres por sus parejas, pueden influir en su salud?	SÍ 98,6%

TABLA 14. Influencia de problemas en el estado de salud de la Población Respuesta

5.2.3. Antecedentes de maltrato en la infancia

Con la pregunta “¿Has sufrido o presenciado malos tratos en la infancia o en tu familia de origen?”, se interrogó a las mujeres del estudio acerca de la posibilidad de haber experimentado MT en la infancia, ya sea directamente sobre su propia persona, o como testigo de violencia intrafamiliar en el hogar. De las 349 mujeres interrogadas, **44** de ellas, un **12,6%** de la muestra, manifiesta haber sido testigo o víctima de MT en la infancia (Tabla 15).

VARIABLES SOCIO-DEMOGRÁFICAS DE VÍCTIMAS DE MT EN LA INFANCIA (N=44)		
<p>Total: 44 mujeres (12,6% de la Población Respuesta) Edad media: 48,3 años (DE: 16,1). La edad mínima es de 16 años y la edad máxima es de 92 años. La media del número de hijos es de 1,7 (DE: 1,3). La media del número de embarazos es de 2,3 (DE: 1,6). La media del número de abortos es de 0,5 (DE: 0,8).</p>		
MEDIO RESIDENCIA	-Urbano 40,9% -Rural 59,1%	
NACIONALIDAD	-Española: 86,4% -Latina: 11,4% -Otras (Rumanía): 2,3%	
ESTADO CIVIL	-Soltera 20,5% -Casada 54,5% -Separada 2,3% -Divorciada 6,8% -Viuda 9,1% -Pareja de hecho 6,8%	
CONVIVENCIA CON PAREJA	SÍ 70,5% NO 29,5%	
FORMACIÓN ACADÉMICA	-Sin estudios 9,1% -Primarios 36,4% -Secundarios 38,6% -Universitarios 15,9%	
SITUACIÓN LABORAL	-Estudiante 6,8% -Trabajo remunerado 47,7% -Desempleo 18,2% -Ama casa 13,6% -Jubilada 13,6%	
SITUACIÓN LABORAL PAREJA	-Estudiante 5,7% -Trabajo remunerado 71,5% -Desempleo 5,7% -Jubilado 17,1%	
SOPORTE SOCIAL	SÍ 90,9% NO 9,1%	

TABLA 15. Variables socio-demográficas de víctimas de maltrato en la infancia.

Se presentan los antecedentes clínicos recogidos en la entrevista personal y revisados posteriormente en su HCE, así como la percepción del estado de salud y la influencia de diversos problemas en las mujeres con antecedente de **MT en la infancia** (Tabla 16 y 17).

ANTECEDENTES CLÍNICOS Y OTROS ASPECTOS RELACIONADOS CON LA SALUD		VÍCTIMAS DE MALTRATO EN LA INFANCIA (N=44)		
ENFERMEDAD CRÓNICA				
HTA		25%		
DM		9,1%		
C. ISQUÉMICA		4,5%		
I. CARDÍACA		4,5%		
CEFALEA		15,9%		
LUMBALGIA		40,9%		
ASMA EPOC		6,8%		
TRASTORNOS EN EL ÁREA DE LA SALUD MENTAL				
INSOMNIO		36,4%		
ANSIEDAD		43,2%		
DEPRESIÓN		20,5%		
IDEACIÓN AUTOLÍTICA		11,4%		
CONSUMO ANSIOLÍTICOS y/o HIPNÓTICOS		36,4%		
CONSUMO ANTIDEPRESIVOS		13,6%		
PERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD				
Excelente 4,5%	Muy bueno 25,0%	Bueno 40,9%	Regular 29,5%	Malo 0,1%

TABLA 16. Antecedentes personales de mujeres víctimas de maltrato en la infancia.

INFLUENCIA DE PROBLEMAS FAMILIARES, LABORALES Y SOCIALES EN EL ESTADO DE SALUD	
<i>Piensa que puede influir negativamente en su salud</i>	
- ¿tener <u>problemas familiares</u> ?	SÍ 90,9%
- ¿tener <u>problemas laborales</u> ?	SÍ 77,3%
- ¿tener <u>problemas sociales</u> ?	SÍ 65,9%
<i>Hoy en día la <u>violencia contra las mujeres</u> se considera un problema social muy importante y frecuente. ¿Cree que los malos tratos por sus parejas, pueden influir en su salud?</i>	SÍ 100%

TABLA 17. Influencia de problemas en el estado de salud de víctimas de MT en infancia

5.3. Detección de casos de violencia de género

Como se recoge en la Metodología del presente estudio, se investigó la posibilidad de ser víctima de VG mediante tres valoraciones:

- Análisis de los resultados del Servicio de detección precoz de mujeres víctimas de violencia de género en cartera de servicios de MEDORA
- En la entrevista realizada, a partir del cuestionario WAST
- Preguntas directas sobre violencia actual y pasada por la pareja (*confirmación del diagnóstico de VG*).

5.3.1. Resultados del Servicio de detección precoz de mujeres víctimas de violencia de género en cartera de servicios de MEDORA

En el año 2008 se pone en marcha en la Comunidad de Castilla y León, incluido en cartera de servicios del programa informático MEDORA, el Servicio de *Detección precoz de mujeres víctimas de violencia de género, 210a*, y *Atención a las mujeres víctimas de violencia de género, 210b*. Su objetivo es preguntar sobre la posibilidad de estar en situación de malos tratos en su relación de pareja y registrar esta actividad en la Historia Clínica.

En el 100% de las mujeres del estudio figuraba como realizado el cribado del Servicio de *Detección precoz de mujeres víctimas de violencia de género* en la consulta del facultativo o de enfermería, al haber sido éste el criterio de selección de la muestra. Este cribado se ha realizado de forma escalonada en Castilla y León desde el año 2008, iniciándose en Burgos a lo largo del año 2009. El acumulado para Burgos en el año 2012 era 16,1%. Se aportan datos de Cartera de Servicios para “Detección precoz y Atención a las mujeres víctimas de VG” facilitados por la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León (2010b) (Gráficos 6, 7 y 8).

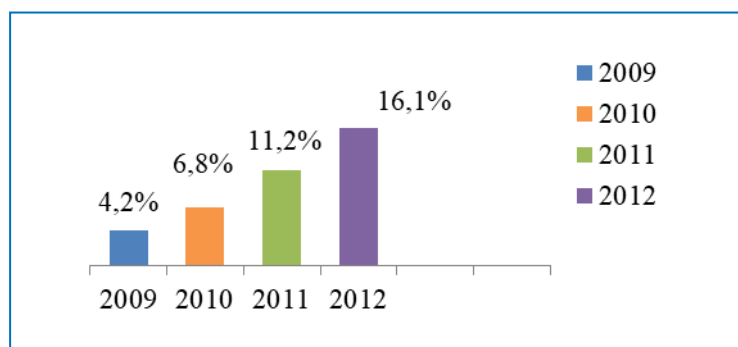


GRÁFICO 6. Cobertura del cribado (acumulado) de VG alcanzada en los años 2009-2012 en Burgos en mujeres mayores de 14 años.

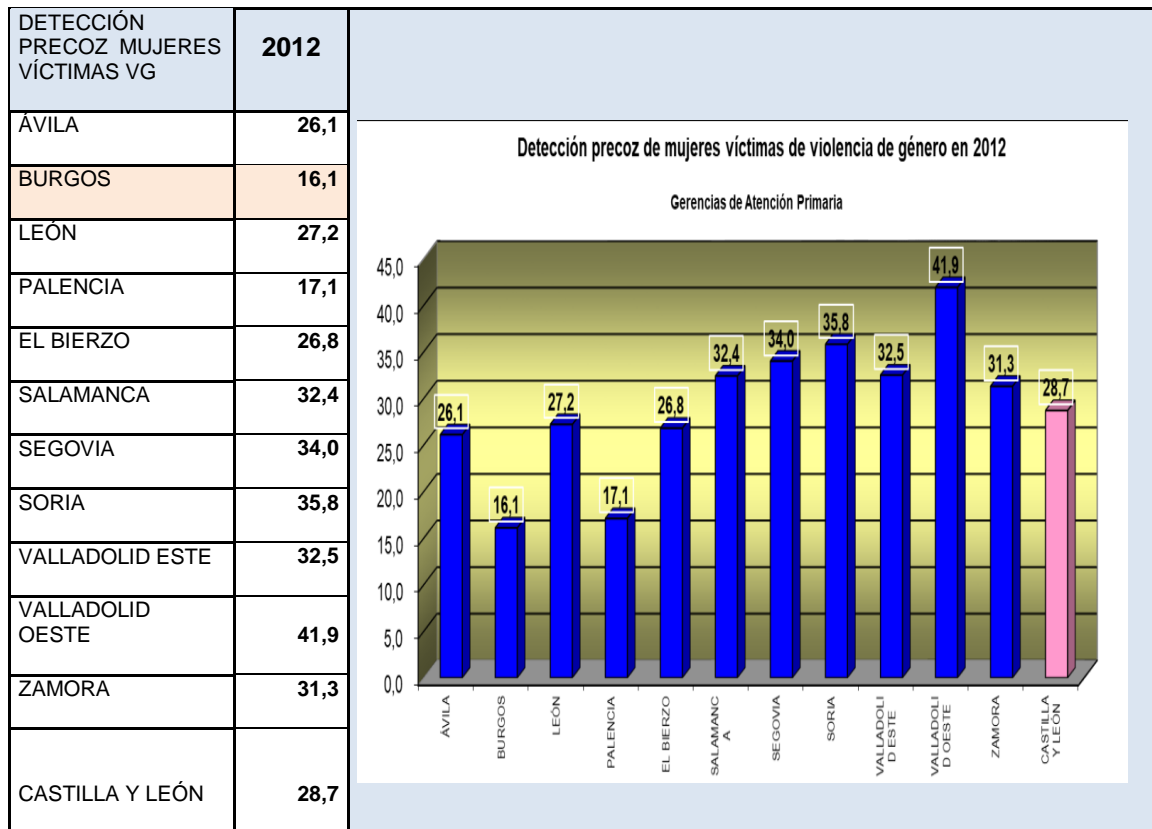


GRÁFICO 7. Cobertura del Servicio de cribado de VG (210a) en CYL a 2012

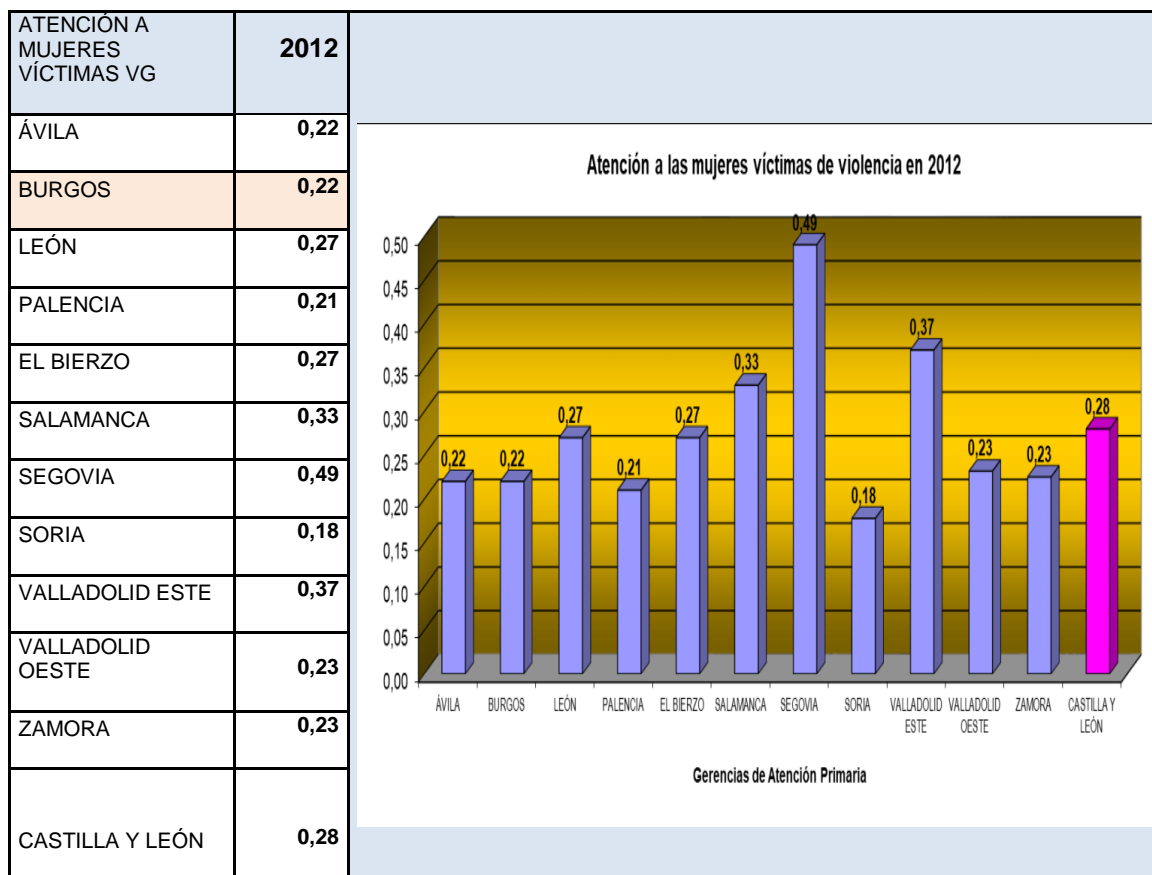


GRÁFICO 8. Resultado del Servicio de atención a VG (210b) en CYL a 2012

Como ya se ha comentado previamente, todas las mujeres de nuestro estudio, el 100% de la PR, figuraban en el programa MEDORA como CRIBADO REALIZADO (criterio de inclusión), hecho que se comprobó revisando sus historias clínicas.

Analizando el resultado del programa, únicamente **5 mujeres**, el **1,4%**, de las 349 mujeres, estaban registradas como **CASOS POSITIVOS de violencia de género** en el Servicio de *Detección precoz de mujeres víctimas de violencia de género*: constaba el registro del diagnóstico de VG en la HCE y se obtuvieron datos respecto al tipo de maltrato y el momento de exposición al mismo (actual o pasado) (Tabla 18).

En el resto, 344 mujeres (98,6%), constaba realizado el cribado en sus HCE con resultado de caso negativo de violencia de género y no había registro en la historia del diagnóstico de VG.

<u>MEDORA</u>	VG ACTUAL	VG PASADO	FÍSICA	PSÍQUICA	SEXUAL
1º caso	NO	SI	SI	SI	NO
2º caso	SI	SI	SI Pasado	SI Actual SI Pasado	NO
3º caso	NO	SI	SI	SI	SI
4º caso	SI	NO	NO	SI	NO
5º caso	SI	NO	NO	SI	SI

TABLA 18. Casos positivos de violencia de género en MEDORA.

El tiempo de evolución de la situación de maltrato, también registrada en las historias clínicas, fue de **1-5 años** en 3 mujeres y de **>10 años** en las 2 mujeres restantes. Además en uno de los casos figuraba que se había realizado **Parte judicial** en el contexto de una atención aguda.

El **registro de Violencia de Género en la HCE** se investigó en todas las posibles ubicaciones en la historia: listado de problemas, en el registro específico en la Guía Clínica Asistencial de VG del programa MEDORA, en el registro de actividades preventivas del HCE y en motivos de consulta. No se detectaron errores en el registro, y figuraba registrado cribado realizado (código 210 a) en la totalidad de las historias de la muestra, y solo en 5 historias clínicas de esta muestra figuraba diagnóstico positivo (código 210 b). La evaluación de este registro fue realizada por el técnico de Salud de la Gerencia de AP del área, responsable de la evaluación de cartera de servicios, y por tanto persona experta en el manejo de la herramienta informática para la localización de datos.

5.3.2. Investigación de violencia de género actual a partir del cuestionario WAST

En el momento de la realización de la entrevistas, de las 349 mujeres de la Población Respuesta, 267 de las mujeres tenía pareja o la había tenido en el último año (76,5%). En base a lo establecido en las normas del cuestionario WAST, se consideraron **CASOS positivos** de VG aquellas mujeres con una **puntuación ≥ 13** (Tabla 19).

De las 267 mujeres, **21 mujeres (7,8%)** obtuvieron esta puntuación.

WAST: 267 MUJERES	Nº DE MUJERES	PORCENTAJE
PREGUNTA A. En general, ¿cómo describiría su relación de pareja?		
MUY TENSA	3	0,9%
CON CIERTA TENSIÓN	56	16%
SIN TENSIÓN	208	59,6%
PREGUNTA B. Usted y su pareja, resuelven sus discusiones con...		
MUCHA DIFICULTAD	8	2,3%
ALGUNA DIFICULTAD	52	14,9%
SIN DIFICULTAD	207	59,3%
PREGUNTA C. Al terminar las discusiones, ¿alguna vez se siente decaída o mal consigo misma?		
MUCHAS VECES	21	6%
A VECES	132	37,8%
NUNCA	114	32,7%
PREGUNTA D. ¿Las discusiones terminan alguna vez en golpes, empujones o patadas?		
MUCHAS VECES	0	0,0%
A VECES	12	3,4%
NUNCA	255	73,1%
PREGUNTA E. ¿Siente miedo de lo que su pareja diga o haga?		
MUCHAS VECES	3	0,9%
A VECES	9	2,6%
NUNCA	255	73,1%
PREGUNTA F. ¿Su pareja le ha maltratado alguna vez físicamente?		
MUCHAS VECES	0	0,0%
A VECES	10	2,9%
NUNCA	257	73,6%
PREGUNTA G. ¿Su pareja le ha maltratado alguna vez emocionalmente?		
MUCHAS VECES	10	2,9%
A VECES	24	6,9%
NUNCA	233	66,8%
PREGUNTA H. ¿Su pareja ha abusado sexualmente de usted alguna vez?		
MUCHAS VECES	4	1,1%
A VECES	6	1,7%
NUNCA	257	73,6%

TABLA 19. Resultados del cuestionario WAST

Las cinco mujeres registradas en MEDORA como CASOS POSITIVOS, solo tres tenían pareja actual y resultaron positivas tras realizarles el cuestionario WAST.

5.3.3. Confirmación de violencia actual en la entrevista por pregunta directa

En la entrevista clínica se investigó mediante PREGUNTAS DIRECTAS sobre la posibilidad de “estar sufriendo VIOLENCIA ACTUAL por la pareja”. De las **267 mujeres CON PAREJA**:

38 mujeres (14,2 %) respondieron afirmativamente (Gráfico 9).

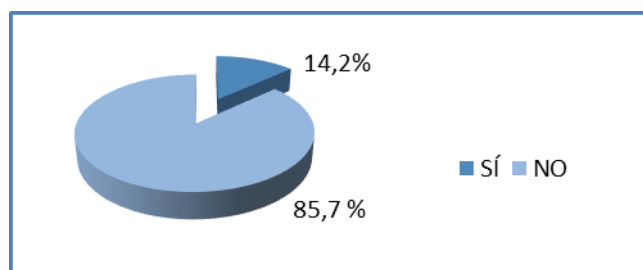


GRÁFICO 9. Víctimas de VG actual por entrevista

De las 5 mujeres registradas en MEDORA como CASOS, 3 estaban incluidas en estas 38 con respuesta positiva de VG actual.

Las 38 mujeres que respondieron positivamente a la PREGUNTA DIRECTA, tenían positivas al menos una de las preguntas f, g, ó h del WAST

De las 21 con WAST+ (≥ 13), 2 no confirmaron VG (Verdadero Positivo: 19; Falso Positivo: 2).

Por el contrario, 19 mujeres que eran WAST - (<13), confirmaron ser víctimas de VG (Falso Negativo: 19; Verdadero Negativo: 227) (Tabla 20).

	WAST + (≥ 13)	WAST - (< 13)	TOTAL
CASOS POSITIVOS	19 (VP)	19 (FN)	38
CASOS NEGATIVOS	2 (FP)	227 (VN)	229
TOTAL mujeres con pareja actual	21	246	267

TABLA 20. Correspondencia de los resultados del cuestionario WAST con el punto de corte ≥ 13 con casos confirmados de VG

5.3.4. Confirmación de violencia de género en el pasado en la entrevista

De las 349 mujeres de la Población Respuesta, **46 mujeres (13.2%)** reconocieron, mediante PREGUNTA DIRECTA, VG en relaciones de pareja pasadas (Gráfico 10).

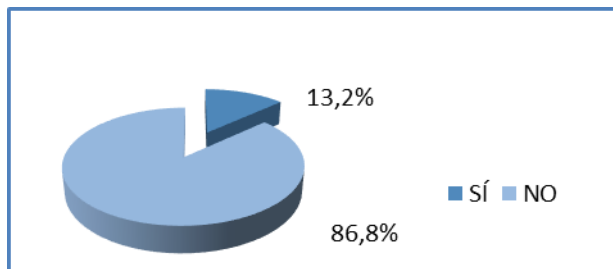


GRÁFICO 10. Víctimas de VG en el pasado por entrevista

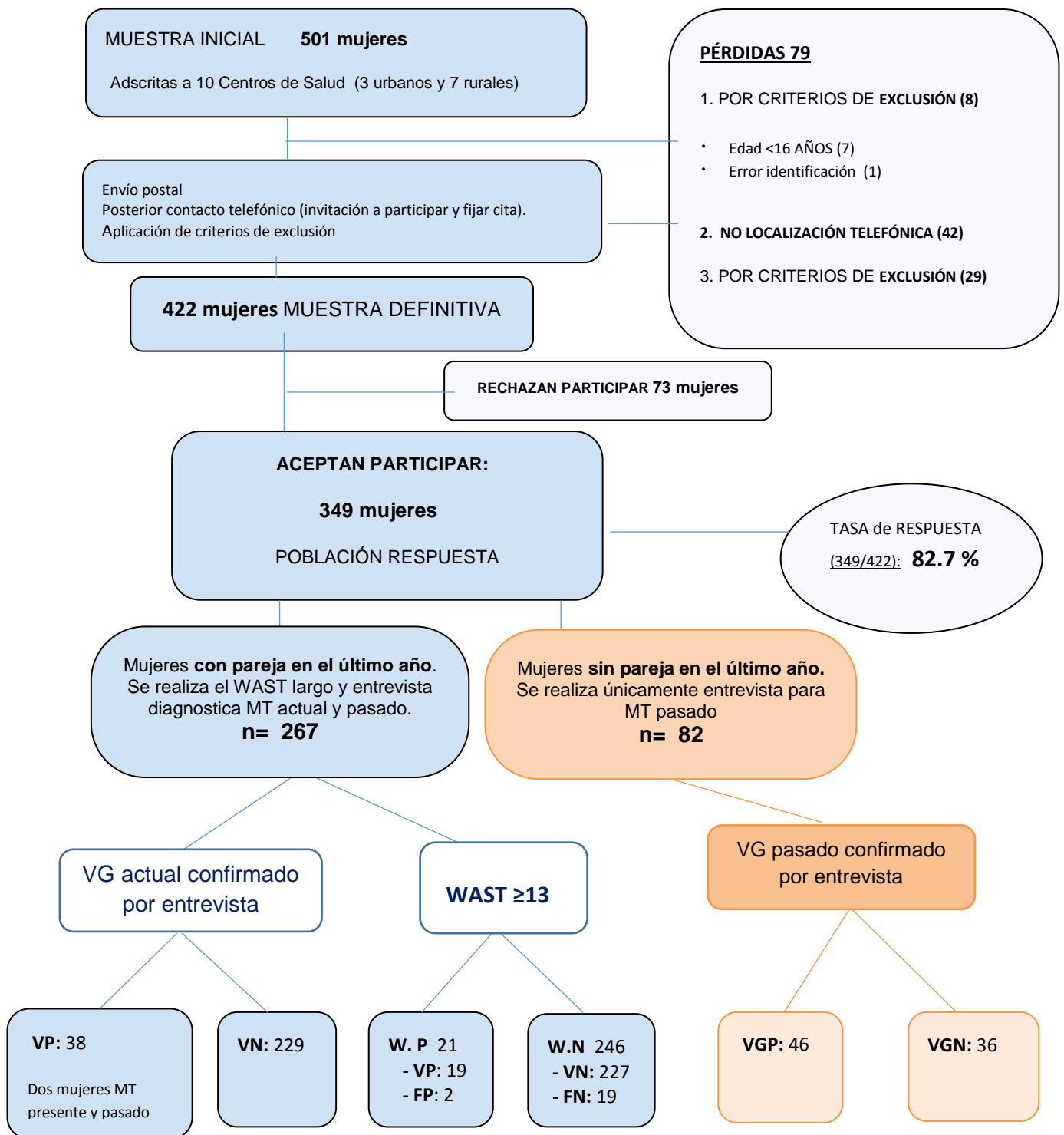
De las 5 mujeres registradas en MEDORA como CASOS, 3 respondieron positivamente a esta pregunta.

En resumen, de las **349 mujeres** (*Población Respuesta*), un total **82 mujeres (23,5%) han sufrido Violencia por su pareja actual o pasada**: 38 (10.9%) VG ACTUAL y 46 (13,2%) VG PASADA. En dos casos coexistía VG actual y VG en el pasado, hecho que se tuvo en cuenta para el cómputo total (Tabla 21).

<u>POBLACIÓN RESPUESTA (N=349)</u>	<u>FRECUENCIA</u>	<u>PORCENTAJE</u>
Mujeres sin Violencia de Género	267	76,5%
VG ACTUAL O PASADA:	82	23.5%
1. VG POR PAREJA ACTUAL (POR ENTREVISTA+)	38	10,9%
2. VG EN EL PASADO (POR ENTREVISTA+)	46*	13.2%
*Dos de ellas con VG ACTUAL y PASADA, por lo que para el cómputo total se contabilizan solo 44 mujeres.		
Total	349	100%

TABLA 21. Violencia de género por entrevista.

Se resumen los principales datos obtenidos en la Figura 9- Algoritmo 2



Abreviaturas: VP: verdadero positivo. VN: verdadero negativo. WP: WAST positivo. WN: WAST negativo.
FN: falso negativo. VGP: maltrato positivo. VGN: maltrato negativo.

FIGURA 9 – ALGORITMO 2. DESARROLLO DEL ESTUDIO.

5.4. Validez de la herramienta de cribado del servicio de violencia de género de Castilla y León

Se evalúa la validez de la herramienta utilizada en cartera de servicios para la detección de casos de violencia de género por los profesionales sanitarios de Atención Primaria de Castilla y León.

Todas las mujeres de la muestra figuraban en el registro de MEDORA como cribadas para violencia de género, criterio en la selección de la muestra y revisadas la totalidad de las HCE de la muestra, figuraba el registro de cribado como realizado en el 100%.

El cribado se había realizado entre 2009 a 2012. En nuestra muestra, para el periodo evaluado, se registraron 5 casos como positivos en el Servicio de VG y cuyo diagnóstico constaba en la HCE. Este dato supone 1,4 % de casos positivos en el cribado VG en la población muestral para este periodo.

Para analizar la validez del cribado mediante preguntas exploratorias de MEDORA (5 mujeres CASO POSITIVO), se comparó con los casos confirmados mediante pregunta directa por entrevista, utilizado como *gold standart* en nuestro. El número de mujeres de mujeres para VG actual fueron 38 y para VG pasada 46, un total de 82 mujeres (dos compartían VG actual y pasada).

Con un nivel de confianza del 95%, presenta para el cribado de VG de cartera de servicios en esta muestra, las siguientes características psicométricas:

- Sensibilidad	6,1 %
- Especificidad	100%
- Índice de validez	77,9%
- Valor predictivo positivo	100%
- Valor predictivo negativo	77,6%
- Razón de verosimilitud positiva	-
- Razón de verosimilitud negativa	0,94%

5.5. Validez del cuestionario WAST en nuestro estudio

5.5.1. Validación del cuestionario WAST

El cuestionario WAST ha sido validado en sus dos versiones como un cuestionario de cribado de VG, WAST CORTO (preguntas 1 y 2) o como un cuestionario diagnóstico, WAST LARGO (cuestionario completo de 8 preguntas), tal y como se detalla en el apartado de Material y Métodos.

Describimos a continuación el análisis realizado para validar el WAST en nuestro estudio según las diferentes opciones propuestas por los autores para el WAST LARGO (OPCION A) y el WAST CORTO (OPCIONES B, C). Para ello se ha calculado la sensibilidad, especificidad y valores predictivos para distintos puntos y opciones de puntuación con el fin de estimar el comportamiento de la herramienta. Se analiza bajo criterio de maximización de la sensibilidad y la especificidad, utilizando como “patrón oro” la confirmación diagnóstica por pregunta directa en la entrevista.

A) Validación del WAST largo

La validación del cuestionario WAST se llevó a cabo a partir de la estimación por intervalo del área bajo la curva ROC. Se utilizó la curva ROC para encontrar una puntuación de corte que lograra la sensibilidad y especificidad óptimas del WAST largo en nuestra población. Los cálculos de la sensibilidad y la especificidad se realizaron con un intervalo de confianza del 95% (IC 95%), y se estimaron los valores predictivos positivo (VPP) y negativo (VPN).

El punto de corte para diagnóstico que presenta las mejores características psicométricas de violencia de género con el WAST LARGO en nuestro estudio, **fue ≥ 11** (Tablas 22 y 23).

CRITERIO DE TEST POSITIVO ≥ 11 PUNTOS					
S	E	VPP	VPN	LR (+)	LR (-)
89,5%	93,9%	70,8%	98, 2%	14,64	0,11
IC: 75,9%-95,8%	IC: 90.0%-96,8%	IC: 56,8%-81,8%	IC: 95,4-99,3%	IC: 8,71-24,6%	IC: 0,04-0,2%

TABLA 22. Propiedades psicométricas del WAST largo

COORDENADAS DE LA CURVA		
Variables de resultado de prueba: WAST TOTAL		
Positivo si es mayor o igual que ^a	Sensibilidad	1 – Especificidad
7,00	1,000	1,000
8,50	1,000	,611
9,50	,895	,227
10,50	,895	,061
11,50	,711	,013
12,50	,500	,009
13,50	,421	,000
14,50	,211	,000
15,50	,105	,000
16,50	,079	,000
18,00	,053	,000
20,50	,026	,000
23,00	,000	,000

TABLA 23. Puntos de corte para WAST largo

Área bajo la curva ROC del WAST largo: 0,947 (IC 95%: 0,904 a 0,990) (Figura 10).

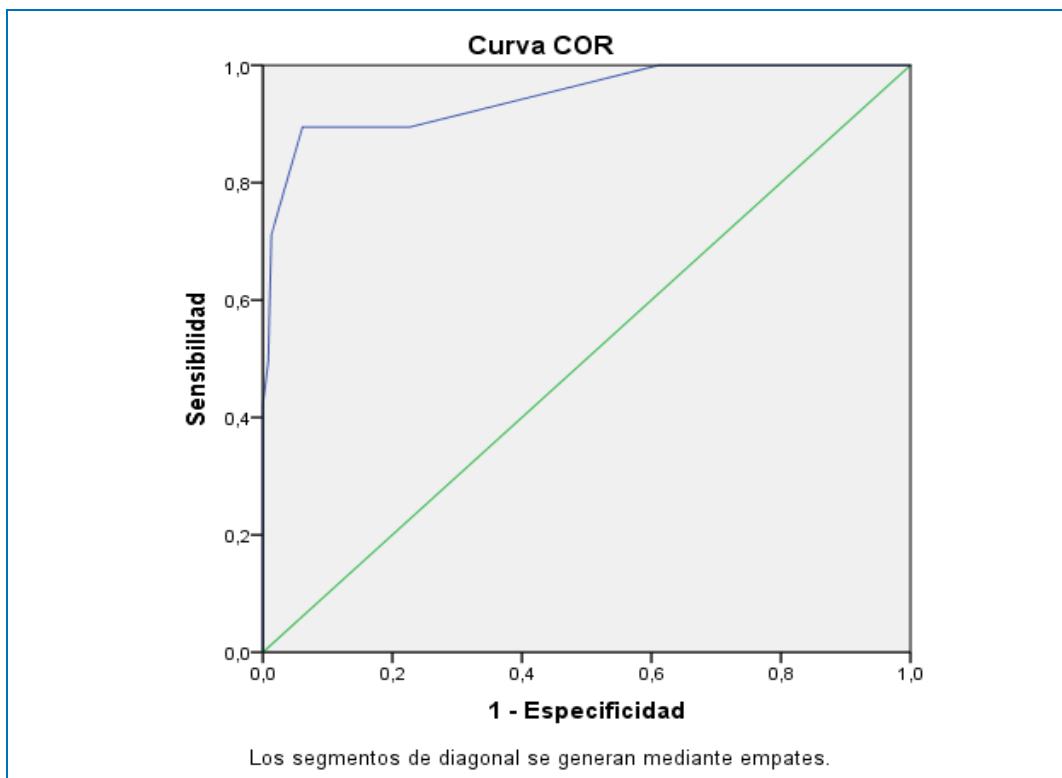


FIGURA 10. Área bajo la curva ROC del WAST largo

Se presentan las características psicométricas para los diferentes puntos de corte (Tabla 24).

<u>CRITERIO DE TEST POSITIVO</u>	SENSIBILIDAD	ESPECIFICIDAD	VPP	VPN
10 puntos	89 %	77 %	40 %	98 %
11 puntos	89,5%	93,9%	70,8%	98, 2%
12 puntos	50 %	91 %	49 %	92 %
13 puntos	50 %	99 %	90 %	92 %

TABLA 24. Tabla comparativa de puntos de corte de WAST largo.

De las 47 con WAST+ (≥ 11), 13 no confirmaron VG (**Verdadero Positivo: 34; Falso Positivo: 13**). Por el contrario, 4 mujeres que eran WAST - (< 11), confirmaron ser víctimas de VG (**Falso Negativo: 4; Verdadero Negativo: 216**) (Tabla 25).

	WAST + (≥ 11)	WAST - (< 11)	
CASOS POSITIVOS	34 (VP)	4 (FN)	38
CASOS NEGATIVOS	13 (FP)	216 (VN)	229
TOTAL mujeres con pareja actual	47	220	267

TABLA 25. Correspondencia de los resultados del cuestionario WAST con el punto de corte ≥ 11 con casos confirmados de VG

B) Validación del WAST corto

Valoradas según las diferentes opciones de puntuación, se analiza cómo se comportan las características psicométricas para los diferentes puntos de corte:

Para la OPCIÓN A: 3-2-1: validez del cuestionario WAST de cribado (preguntas a y b), con puntuaciones para punto de corte de cribado positivo ≥ 3 y ≥ 4 (Tabla 26).

<u>CRITERIO DE POSITIVO</u>	<u>S</u>	<u>E</u>	<u>VPP TEST</u>	<u>VPN</u>	<u>LR+</u>	<u>LR-</u>
≥ 3 puntos	81,6% IC: 66.6-90.8%	77,3% IC: 71,4%-82,2%	37,3% IC 27,7-48,1%	96,2% IC: 92.4-98,1%	3.59 IC: 2.71-4.77%	0.24 IC: 0.12-0.47%
≥ 4 puntos	50 %	91 %	49 %	92 %	5,56%	0.55%

TABLA 26. Propiedades psicométricas del WAST corto con puntos de corte ≥ 3 y ≥ 4

Para la OPCIÓN B: 1-1-0: Validez del cuestionario WAST de cribado (preguntas a y b), con puntuaciones con punto de corte para considerarlo cribado positivo = 2 y ≥ 1 (Tabla 27).

<u>CRITERIO DE TEST POSITIVO</u>	<u>SENSIBILIDAD</u>	<u>ESPECIFICIDAD</u>	<u>VPP</u>	<u>VPN</u>
≥ 1 punto	79 %	79 %	38 %	96 %
2 puntos	50%	91%	49%	92%

TABLA 27. Propiedades psicométricas del WAST corto con puntos de corte = 2 y ≥ 1

En la OPCIÓN C: 1-0-0 se desestimó su comparación en la fase de análisis por la baja sensibilidad para nuestra muestra porque el número de respuestas recogidas que puntuaron 1 fue mínimo.

5.5.2. Consistencia interna del WAST

La consistencia interna del WAST LARGO se midió mediante el alfa de Cronbach que fue de **0,758**. (Tabla 28).

ESTADÍSTICAS DEL TOTAL DE ELEMENTO					
	MEDIA DE ESCALA SI EL ELEMENTO SE HA SUPRIMIDO	VARIANZA DE ESCALA SI EL ELEMENTO SE HA SUPRIMIDO	CORRELACIÓN TOTAL DE ELEMENTOS CORREGIDA	CORRELACIÓN MÚLTIPLE AL CUADRADO	ALFA DE CRONBACH SI EL ELEMENTO SE HA SUPRIMIDO
WAST a	19,74	2,788	,555	,383	,713
WAST b	19,76	2,596	,604	,431	,701
WAST c	20,16	2,750	,334	,145	,785
WAST d	19,55	3,421	,466	,838	,743
WAST e	19,56	3,225	,528	,318	,729
WAST f	19,54	3,467	,450	,834	,746
WAST g	19,67	2,635	,649	,504	,692
WAST h	19,56	3,338	,392	,255	,745

TABLA 28. Consistencia interna del WAST

5.5.3. Concordancia entre WAST corto y WAST largo

La concordancia observada para la identificación de la VG, entre el WAST corto (OPCION A puntuación preguntas a + b ≥ 3) y el WAST largo (puntuación total ≥ 11), fue **78,3%** y el índice kappa **40%** (IC 95%: 28,3% a 51,7%).

5.5.4. Puntuación WAST para VG +/VG- por entrevista clínica y según tipo de VG

Respecto a las puntuaciones del WAST hay diferencias significativas en las puntuaciones del WAST entre las mujeres que sufren VG y las que no ($p < 0,001$). Se observan también diferencias significativas entre mujeres que sufren VG ($n=38$) según el tipo de VG ($p=0,001$): corresponden a las diferencias entre el grupo de mujeres que sufren VG física + psíquica + sexual y el resto de grupos ($p= 0,001$), las que sufren VG física + psíquica ($p= 0,038$), las que sufren VG sexual + psíquica ($p= 0,032$) y las que sufren VG psíquica ($p=0,02$) (Tabla 29).

PUNTUACIÓN WAST SEGÚN VG +/VG - y TIPO DE MALTRATO						
	Negativo para VG n=229	Positivo para VG n=38	VG Física y "Física +Psíquica" n=8	VG Psíquica n=20	VG Sexual y "Sexual +Psíquica" n=8	"VG Física +Psíquica +Sexual" n=2
MEDIA	8,91	13,00	13,62	11,95	13,50	19,00
D E	0,951	2,681	1,407	2,064	2,777	4,243
SIGNIFICACIÓN	< 0,001		0,001			
DIFERENCIA DE MEDIAS	4,087 (IC 95%:3,198 a 4,977)					

TABLA 29. Puntuación WAST según VG+/VG- y tipo de maltrato

Se muestran las puntuaciones del WAST por cada ítem según la mujer sea o no víctima de VG por entrevista (Tabla 30).

PUNTUACIÓN POR ÍTEM DEL WAST Y PORCENTAJE EN RELACIÓN A VG +/ VG - POR ENTREVISTA						
PUNTUACION POR ÍTEM	Total	%	VG +	%	VG -	%
WAST Ítem A (267)						
Muy tensa	2	1,1	2	5,3	0	0
Con cierta tensión	57	21	23	60,5	34	14,8
Sin tensión	208	77,9	13	34,2	195	85,2
WAST Ítem B (267)						
Mucha dificultad	8	3,0	6	15,8	2	0,9
Alguna dificultad	52	19,5	19	50,0	33	14,4
Sin dificultad	207	77,5	13	34,2	194	84,7
WAST Ítem C (267)						
Muchas veces	21	7,9	9	23,7	12	5,3
A veces	132	49,4	22	57,9	110	48,0
Nunca	114	42,7	7	18,4	107	46,7
WAST Ítem D (267)						
Muchas veces	0	0	0	0	0	0
A veces	12	4,5	11	28,9	1	0,4
Nunca	255	95,5	27	71,1	228	99,6
WAST Ítem E (267)						
Muchas veces	3	1,1	3	7,9	0	0
A veces	9	3,4	7	18,4	2	0,9
Nunca	255	95,5	28	73,7	227	99,1
WAST Ítem F (267)						
Muchas veces	0	0	0	0	0	0
A veces	10	3,7	10	26,3	0	0
Nunca	257	96,3	28	73,7	229	100
WAST Ítem G (267)						
Muchas veces	10	3,7	10	26,3	0	0
A veces	24	9,0	24	63,2	0	0
Nunca	233	87,3	4	10,5	229	100
WAST Ítem H (267)						
Muchas veces	4	1,5	4	10,5	0	0
A veces	6	2,2	6	15,8	0	0
Nunca	257	96,3	28	73,7	229	100

TABLA 30. Puntuación WAST en relación con resultado de la entrevista

En la Tabla 31 se muestran las puntuaciones del WAST de las mujeres víctimas de VG por PREGUNTA DIRECTA, según tipo de maltrato.

PUNTUACIÓN WAST en MUJERES VÍCTIMAS de VG POR ENTREVISTA según TIPO DE VG				
n=38	VG PSÍQUICA n = 20	VG FÍSICA y "VG FÍSICA + PSÍQUICA" n = 8	VG SEXUAL y "VG SEXUAL + PSÍQUICA" n = 8	"VG FÍSICA + VG PSÍQUICA + VG SEXUAL" n = 2
WAST Item A				
Muy tensa	0	0	1	1
Con cierta tensión	11	7	4	1
Sin tensión	9	1	3	0
WAST Item B				
Mucha dificultad	3	1	1	1
Alguna dificultad	9	4	5	1
Sin dificultad	8	3	2	0
WAST Item E				
Muchas veces	1	0	1	1
A veces	4	1	1	1
Nunca	15	7	6	0
WAST Item F				
Muchas veces	0	0	0	0
A veces	0	8	0	2
Nunca	20	0	8	0
WAST Item G				
Muchas veces	4	1	4	1
A veces	16	5	2	1
Nunca	0	2	2	0
WAST Item H				
Muchas veces	0	0	3	1
A veces	0	0	5	1
Nunca	20	8	0	0

TABLA 31. Puntuación WAST en víctimas de VG por entrevista según tipo de MT.

5.6. Comparación del rendimiento del cribado con ambas herramientas

Para valorar el rendimiento del Wast frente al cribado de Cartera de servicio, comparamos los casos detectados por ambas herramientas en la misma muestra de población (mujeres con pareja actual= 267 mujeres), teniendo en cuenta que 38 mujeres eran casos positivos (pregunta directa en entrevista). De las 5 mujeres diagnosticadas por MEDORA, solo 3 tenían pareja actual.

Con cribado de cartera de servicios (MEDORA) se identifican 3 casos de VG de las 267 mujeres: **1.1%**.

Con cuestionario WAST LARGO (punto de corte ≥ 11): se identifican 34 mujeres con confirmación de caso (VP): **12.7%**

Al aplicar el cuestionario WAST, 4 mujeres, que eran caso de violencia, no resultaron identificadas (FN) y 13 mujeres que no confirmaron VG en la entrevista, resultaron positivas (FP).

La aplicación del cuestionario WAST en nuestra muestra, supondría un incremento de casi 11.5 veces el rendimiento del cribado.

5.7. Aceptabilidad y recuerdo del cribado realizado en cartera de servicios

Se exploró la aceptabilidad el cribado durante la entrevista realizada a las 349 mujeres mediante la pregunta: “***¿Le parece que debería preguntarse a toda mujer en la consulta de su médico /enfermera por la posibilidad de estar sufriendo maltrato?***”

POBLACION RESPUESTA (349)	VÍCTIMAS DE VG (82)
SÍ: 96,6%	SÍ: 97,6%
NO: 3,4%	NO: 2,4%

Se les pregunto si en la consulta se había investigado por la posibilidad de estar sufriendo VG, mediante las siguientes preguntas

1. **“¿Alguna vez antes que durante la entrevista que nos ocupa, alguien le ha preguntado en consulta sobre su relación de pareja y cómo van las cosas en casa?”**

POBLACION RESPUESTA (349)	VÍCTIMAS DE VG (82)	NO VÍCTIMAS DE VG (267)
SÍ: 23,2%	SÍ: 37,8%	SÍ: 18,7%
NO: 76,8%	NO: 62,2%	NO: 81,3%

2. **“¿Alguna vez antes de esta entrevista, alguien le ha preguntado en consulta por la posibilidad de estar sufriendo o de haber sido víctima de MT?”**

POBLACION RESPUESTA (349)	VÍCTIMAS DE VG (82)	NO VÍCTIMAS DE VG (267)
SÍ: 16,6%	SÍ: 31,7%	SI: 12,00%
NO: 83,4%	NO: 68,3%	NO: 88%

Las 5 mujeres CASOS registradas en MEDORA recordaban estas preguntas y respondieron afirmativamente a ambas.

3. **“¿Recuerda qué profesional sanitario le realizó esas preguntas?”** (Gráfico 11).

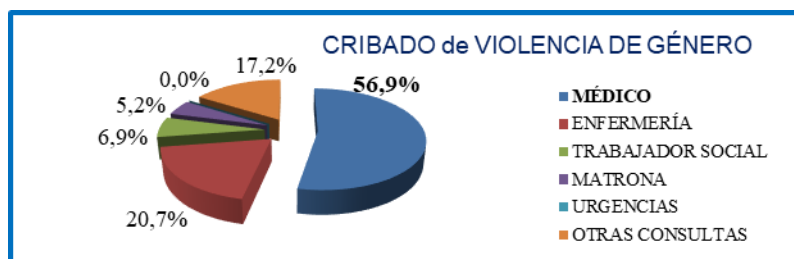


GRÁFICO 11. Profesionales y cribado de violencia de género.

5.8. Tipos de violencia y características de las mujeres víctimas de violencia de género.

5.8.1. Tipos de violencia de género (Tabla 32)

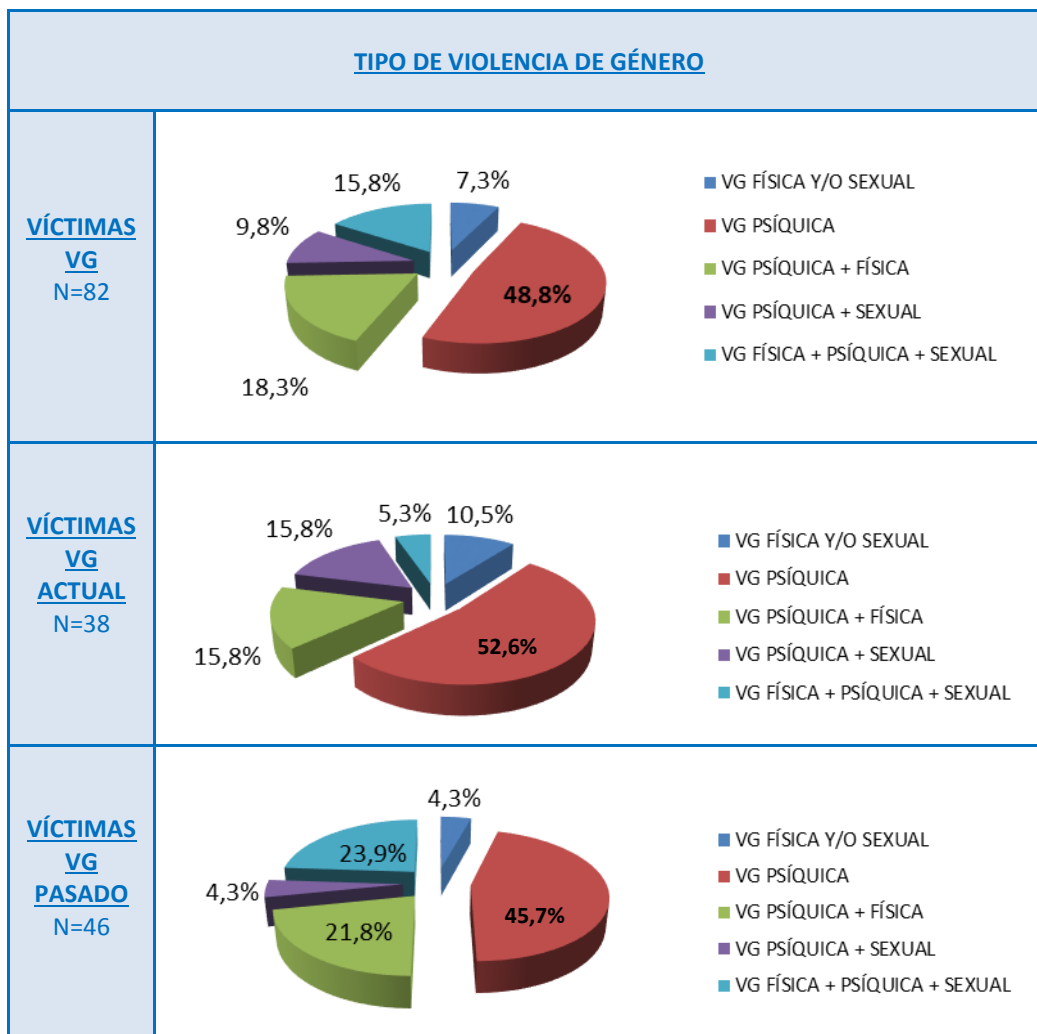


TABLA 32. Tipos de violencia de género.

5.8.2. Variables socio-demográficas

Principales características de las 82 mujeres con VG y la comparación de las variables socio-demográficas de mujeres víctimas de VG actual con no víctimas (Tablas 33 y 34).

VARIABLES SOCIO-DEMOGRÁFICAS DE VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO (N=82)		
<p>Total: 82 mujeres</p> <ul style="list-style-type: none"> - Edad media 38 mujeres víctimas de VG en la actualidad: 54,8 años (DE: 15,5) - Edad media 46 mujeres víctimas de VG en el pasado: 48,3 años (DE: 19,4) - Edad media de 2 mujeres con VG actualmente y en el pasado: 29 años (DE: 7,1) - De las 82 mujeres, 41 son residentes en medio rural y 41 en medio urbano. - La media del número de: <ul style="list-style-type: none"> - hijos: 2,1 (DE: 1,6) - embarazos: 2,6 (DE 1,8) - abortos: 0,5 (DE 0,7) 		
<p>NACIONALIDAD</p> <ul style="list-style-type: none"> - Española 82,9% - Latina 14,6% - Otras 2,4% 		
<p>El maltrato registrado, agrupado por nacionalidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Españolas</u> - 9,5% son víctimas de maltrato actual - 11,7% han sido víctimas de maltrato en el pasado - <u>Latinas</u> - 40% son víctimas de maltrato actual - 46,7% han sido víctimas de maltrato en el pasado - <u>Otras nacionalidades</u> - 14,3% víctima de MT actual Se trata de una mujer del Norte de África - 14,3% víctima de MT pasado. Se trata de una mujer con nacionalidad Búlgara 		
<p>ESTADO CIVIL</p> <ul style="list-style-type: none"> - Soltera 19,5% - Casada 46,3% - Separada 9,8% - Divorciada 8,5% - Viuda 12,2% - Pareja de hecho 3,7% 		
<p>El maltrato agrupado por <u>Estado civil</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Solteras: 26,2% víctimas de VG - Casadas: 17,6% víctimas de VG - Separadas: 72,7% víctimas de VG - Divorciadas: 77,8% víctimas de VG - Viudas: 22,2% víctimas de VG - Pareja hecho: 42,9% víctimas de VG 		
<p>CONVIVENCIA CON PAREJA</p> <ul style="list-style-type: none"> SÍ 59,8% NO 40,2% 		
<p>FORMACIÓN ACADÉMICA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sin estudios 13,4% - Primarios 40,2% - Secundarios 29,3% - Universitarios 17,1% 		
<p>SITUACIÓN LABORAL</p> <ul style="list-style-type: none"> -Estudiante 6,1% -Trabajo remunerado 43,9% -Desempleo 11,0% -Ama de casa 15,9% -Jubilada 23,2% 		
<p>SITUACIÓN LABORAL PAREJA</p> <ul style="list-style-type: none"> -Estudiante 3,7% -Trabajo remunerado 48,1% -Desempleo 11,1% -Jubilado 37,0% 		
<p>SOPORTE SOCIAL</p> <p><i>Tiene una persona/s en quién poder confiar, desahogarse cuando tiene problemas y/o dificultades de cualquier tipo</i></p>		

TABLA 33. Variables socio-demográficas de víctimas de VG

COMPARATIVA de VARIABLES SOCIO-DEMOGRÁFICAS de MUJERES VÍCTIMAS de VG ACTUAL O NO POR DIAGNÓSTICO EN ENTREVISTA						
VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	MUJERES CON PAREJA (N=267)		MUJERES VÍCTIMAS VG ACTUAL (N =38)		MUJERES NO VÍCTIMAS VG ACTUAL (N=229)	
Edad (años)	52,7	DE 17,4	42,6	DE 10,8	45,1	DE 14,4
Número de hijos	1,9	DE 1,3	1,9	DE 1,0	1,6	DE 1,2
	n	%	n	%	n	%
Nacionalidad (p < 0,001)	247	92,5	31	81,6	216	94,3
Española	20	7,5	7	18,4	13	5,7
Otra						
Medio de residencia	107	40,1	19	50,0	88	38,4
Urbano	160	59,9	19	50,0	141	61,6
Rural						
Estado civil (p < 0,001)	39	14,6	2	5,3	37	16,2
Soltera	215	80,5	32	84,2	183	79,9
Casada	4	1,5	1	2,6	3	1,3
Separada	1	0,4	1	2,6	0	0
Divorciada	1	0,4	0	0	1	0,4
Viuda	7	2,6	2	5,3	5	2,2
Pareja de hecho						
Convivencia con pareja	19	7,1	2	5,3	17	7,4
No	248	92,9	36	94,7	212	92,6
Si						
Nivel académico	27	10,1	6	15,8	21	9,2
Sin estudios	109	40,8	19	50,0	90	39,3
Estudios Primarios	81	30,4	8	21,0	73	31,9
Estudios Secundarios	50	18,7	5	13,2	45	19,6
Estudios Universitarios						
Situación laboral	10	3,7	1	2,6	9	3,9
Estudiante	106	39,7	15	39,5	91	39,8
Trabajo remunerado	37	13,9	6	15,8	31	13,5
Desempleo	68	25,5	7	18,4	61	26,6
Ama de casa	46	17,2	9	23,7	37	16,2
Jubilada						
Situación laboral pareja (p=0,049)	9	3,4	1	2,6	8	3,5
Estudiante	134	50,2	14	36,9	120	52,4
Trabajo remunerado	19	7,1	4	10,5	15	6,5
Desempleo	105	39,3	19	50,0	86	37,6
Jubilado						
Soporte social (p=0.039)	32	12,0	10	26,3	22	9,6
No	235	88,0	28	73,7	207	90,4
Si						
Insomnio	167	62,5	16	42,1	151	65,9
No	100	37,5	22	57,9	78	34,1
Si						
Ansiedad	160	59,9	16	42,1	144	62,9
No	107	40,1	22	57,9	85	37,1
Si						
Depresión (p<0,001)	214	80,1	21	55,3	193	84,3
No	53	19,9	17	44,7	36	15,7
Si						
Ideación autolítica	238	89,1	31	81,6	207	90,4
No	29	10,9	7	18,4	22	9,6
Si						

TABLA 34. Comparativa variables socio-demográficas de mujeres víctimas de VG Actual o no por diagnóstico en entrevista

Se comparan las principales variables socio-demográficas de las 82 mujeres víctimas de MT, ACTUAL o PASADO, con las de la POBLACIÓN RESPUESTA (Tabla 35).

COMPARATIVA de VARIABLES SOCIO-DEMOGRÁFICAS de la POBLACIÓN RESPUESTA RESPECTO A LAS MUJERES VÍCTIMAS DE VG ACTUAL O PASADO			
VARIABLES SOCIO-DEMOGRÁFICAS	POBLACIÓN RESPUESTA N= 349	VG ACTUAL N= 38	VG PASADO N=46
Medio de residencia	Urbano 42,1% Rural 57,9%	Urbano 50% Rural 50%	Urbano 52,2% Rural 47,8%
Nacionalidad (p<0,001)	Española 93,1% Latina 4,3% Otras 2,6%	Española 81,6% Latina 15,8% Otras 2,6%	Española 82,6% Latina 15,2% Otras 2,2%
Estado civil (p<0,001)	Soltera 17,5% Casada 61,9% Separada 3,2% Divorciada 2,6% Viuda 12,9% Pareja hecho 2%	Soltera 5,3% Casada 84,2% Separada 2,6% Divorciada 2,6% Viuda ,0% Pareja hecho 5,3%	Soltera 17,5% Casada 61,9% Separada 3,2% Divorciada 2,6% Viuda 12,9% Pareja hecho 2%
Convivencia con pareja (p=0,007)	SÍ: 71,3% NO: 28,7%	SÍ: 94,7% NO: 5,3%	SÍ: 32,6% NO: 67,4%
Formación académica	-Sin estudios 12,6% -Primarios 41,5% -Secundarios 28,4% -Universitarios 17,5%	-Sin estudios 15,8% -Primarios 50% -Secundarios 21,1% -Universitarios 13,2%	-Sin estudios 10,9% -Primarios 32,6% -Secundarios 37% -Universitarios 19,6%
Situación laboral	-Estudiante 4,3% -Trabajo remunerado 37% -Desempleo 11,2% -Ama casa 27,2% -Jubilada 20,3%	-Estudiante 2,6% -Trabajo remunerado 39,5% -Desempleo 15,8% -Ama casa 18,4% -Jubilada 23,7%	-Estudiante 8,7% -Trabajo remunerado 47,8% -Desempleo 8,7% -Ama de casa 13% -Jubilada 21,7%
Situación laboral pareja	-Estudiante: 2,6% -Trabajo remunerado 38,4% -Desempleo: 5,4% -Jubilado: 30,4%	-Estudiante 2,6% -Trabajo remunerado 36,8% -Desempleo 10,5% -Jubilado 50,0%	-Estudiante 5,6% -Trabajo remunerado 72,2% -Desempleo 16,7% -Jubilado 5,6%
Soporte social (p=0,039)	SÍ: 89,4% NO: 10,6%	SÍ: 75,0% NO: 25,0%	SÍ: 89,1% NO: 10,9%

TABLA 35. Comparativa variables socio-demográficas en Población Respuesta y víctimas VG Actual o Pasada

5.8.3. Antecedentes clínicos y otros aspectos relacionados con la salud

A) Antecedentes personales de enfermedad crónica, enfermedad psiquiátrica y/o consumo de psicofármacos

Se presentan los antecedentes clínicos de las 82 mujeres recogidos en la entrevista personal frente a los porcentajes para mujeres no víctimas de VG. Se ha comprobado en el programa MEDORA el registro de estas morbilidades, revisando también entre las prescripciones activas y pasadas el consumo de Psicofármacos, puesto que en algunos casos no existe conciencia de enfermedad. En la Tabla 36 se desglosan los antecedentes médicos de interés en las mujeres SIN VG frente a mujeres con VG en general, diferenciado VG ACTUAL Y VG PASADO.

ANTECEDENTES MÉDICOS DE INTERÉS EN MUJERES NO VÍCTIMAS DE VG FRENTE A MUJERES VÍCTIMAS DE VG DIFERENCIANDO VG ACTUAL Y VG PASADO				
	MUJERES SIN VG	VG ACTUAL +PASADO	VG ACTUAL	VÍCTIMAS VG EN PASADO
ENFERMEDAD CRÓNICA				
HTA	39,7%	31.7%	31,6%	30,4%
DM	12,7%	12.2%	15,8%	0,9% p = 0,028
C. ISQUÉMICA	2,2%	2.4%	0,0%	4,3% p < 0,001
I. CARDÍACA	7,9%	4.9%	5,3%	4,3% p < 0,001
CEFALEA	29,6%	32.9%	52,6%	19,6%
LUMBALGIA	49,4%	43.9%	47,4%	41,3%
ASMA EPOC	11,6%	14.6%	5,3%	21,7%
TRASTORNOS EN EL ÁREA DE LA SALUD MENTAL				
INSOMNIO	35,2%	48.8% p=0.037	57,9%	43,5%
ANSIEDAD	33,7%	54.9% p=0.001	57,9%	54,3%
DEPRESIÓN	16,1%	36.6% p=0.000	44,7% p = 0,000	32,6%
IDEACIÓN AUTOLÍTICA	9,0%	19.5% p=0.016	18,4% p = 0,084	23,9%
CONSUMO ANSIOLÍTICOS y/o HIPNÓTICOS	32,2%	50% p=0.020	57,9%	45,7%
CONSUMO ANTIDEPRESIVOS	13,1%	19.5%	21,1% p = 0,005	17,4%
“OTRAS ENFERMEDADES CRÓNICAS” PREVALENTES ENTRE VÍCTIMAS DE VG, EN CASOS ABSOLUTOS				
Fibrilación Auricular	13 casos	Neoplasia de mama	6 casos	
Enfermedad Renal Crónica	2 casos	Polimialgia Reumática	2 casos	
Hipotiroidismo	6 casos	Tromboembolismo Pulmonar	2 casos	
Ictus	5 casos	Trombosis Venosa Profunda	2 casos	
		Virus Papiloma Humano	6 casos	

TABLA 36. Comparativa antecedentes personales en mujeres víctimas y NO víctimas de VG

B) Frecuentación de recursos sanitarios

Se valora la demanda asistencial sanitaria de las mujeres víctimas de violencia de género (N=82), a través del registro de frecuentación por cartera de servicios sobre las ocasiones en que han acudido a lo largo del último año a su Centro de Salud.

- Mujeres víctimas de VG ACTUAL (n= 38):

- La totalidad de víctimas de maltrato actual suman una frecuentación de 856 días demandando asistencia en las consultas de su centro de Salud en el último año.
- La media de consultas de cada mujer realizadas en su Centro de Salud en el último año, ha sido de **22,5 días**, con una DE 15,9.
- La mujer más frecuentadora de su Centro de Salud, lo ha visitado en 77 ocasiones, ya sea para consulta con su médico, enfermera, matrona y/o trabajador social.

- Mujeres víctimas de VG PASADA (n= 46):

- La totalidad de víctimas de maltrato en el pasado suman una frecuentación de 835 días demandando asistencia en las consultas de su centro de Salud en el último año.
- La media consultas realizadas por cada mujer en su Centro de Salud en el último año, ha sido de **19,2 días** con una DE 14,7.
- La mayor frecuentación del Centro de Salud la presenta una mujer con registro de 75 ocasiones atendida en las consultas en el último año, ya sea por su médico, enfermera, matrona o trabajador social responsables.

C) Antecedentes de MT en la infancia en las mujeres víctimas de VG

Entre las mujeres víctimas de VG, se analiza el antecedente de maltrato en la infancia, ya sea directamente sobre su propia persona, o como testigo de violencia intrafamiliar en el hogar

- Población Respuesta (N=349), 44 mujeres, un **12,6%**, manifiesta haber sido testigo o víctima de MT en la infancia.
- Víctimas de VG (n=82), 17 mujeres, un **20,7%**, tienen antecedentes de MT en la infancia:
 - 9 víctimas de VG actual
 - 8 víctimas de VG en el pasado

D) Percepción del estado de salud

Preguntamos a las mujeres víctimas de VG la percepción de su estado de salud a fecha de nuestra entrevista personal. Se presenta la distribución en las cinco categorías siguientes:

- Excelente	3.7 %
- Muy Bueno	25,6 %
- Bueno	30, 5 %
- Regular	35,4 %
- Malo	4.9 %

Se compara la percepción del estado de salud de las mujeres víctimas con VG actual o pasada con las no víctimas de VG. Son las mujeres víctimas de VG en la relación actual, las que muestran peor percepción de su estado de salud sin que las diferencias sean estadísticamente significativas con respecto a las mujeres sin maltrato (Tabla 37).

PERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD			
	NO VÍCTIMAS DE VG n = 267	TOTALIDAD DE VÍCTIMAS DE VG n = 82	VÍCTIMAS DE VG ACTUAL n = 38
EXCELENTE	4,4%	3,7%	2,6%
MUY BUENO / BUENO	60,7%	56,1%	47,4%
REGULAR / MALO	34,9%	40,3%	50%

TABLA 37. Comparativa de percepción del estado de salud en mujeres víctimas y NO víctimas VG

E) Influencia de problemas familiares, laborales y sociales en el estado de salud

Interrogadas las mujeres acerca de la posibilidad de que los problemas familiares (hijos, pareja, convivencia, etc.), laborales o sociales, puedan influir de un modo negativo en su estado de salud. Se comparan las respuestas entre mujeres víctimas y no víctimas (Tabla 38).

INFLUENCIA DE LA PROBLEMÁTICA FAMILIAR, LABORAL Y SOCIAL EN EL ESTADO DE SALUD		
	NO VÍCTIMAS DE VG n = 267	VÍCTIMAS DE VG n = 82
<u>PROBLEMAS FAMILIARES</u>	SÍ: 82,8% NO: 17,2%	SÍ: 96,3% NO: 3,7% p = 0,001
PROBLEMAS LABORALES	SÍ: 76,0% NO: 24,0%	SÍ: 80,5% NO: 19,5%
PROBLEMAS SOCIALES	SÍ: 60,7% NO: 39,3%	SÍ: 61,0% NO: 39,0%

TABLA 38. Influencia de problemas en el estado de salud de las víctimas y NO víctimas VG

F) Otras consecuencias de violencia de género

Se le pregunta a las 82 mujeres víctimas de violencia de género si a causa de los malos tratos:

1. *Han realizado en alguna ocasión denuncia* 12 mujeres (14,6% de las víctimas de maltrato).
2. *Han necesitado atención en Urgencias* 6 mujeres (7,3% de las víctimas de maltrato).
3. *Han perdido o abandonado en alguna ocasión su trabajo* 9 mujeres (11,0% de víctimas de maltrato).
4. *Ha precisado incapacidad temporal en el último año* 1 mujer (1,2% de víctimas de maltrato).

Revisadas las Historias Clínicas en MEDORA, comprobamos el número de Incapacidades temporales reflejadas en el último año, independientemente de que las propias mujeres las atribuyan o no a su situación actual o pasada de maltrato.

- Mujeres víctimas de VG actual (N=38):

- 4 mujeres han estado de baja laboral en el último año
- 1 de ellas en 2 ocasiones

- Mujeres víctimas de VG en el pasado (N= 46):

- 7 mujeres han estado de baja laboral en el último año
- 3 de ellas en 2 ocasiones

A continuación se exponen las Incapacidades Temporales de que han dispuesto las víctimas de VG en el último año, con la edad, motivo de la baja y duración de la misma (Tablas 39 y 40).

VIOLENCIA DE GÉNERO EN LA ACTUALIDAD (N= 38)			
INCAPACIDAD TEMPORAL	EDAD	CAUSA	DURACIÓN
Mujer	38	Dorsalgia	2 días
Mujer	65	Contusión dorso-lumbar	163 días
Mujer	55	Fractura huesos propios nasales. Ansiedad	35 días
Mujer	33	1ª Tendinitis de supraespinoso 2ª Vértigo	235 días

TABLA 39. Incapacidades temporales en víctimas VG actual

VIOLENCIA DE GÉNERO EN EL PASADO (N= 46)			
INCAPACIDAD TEMPORAL	EDAD	CAUSA	DURACIÓN
Mujer	32	Lumbalgia	6 días
Mujer	41	Fractura Metatarsiano. Ansiedad	214 días
Mujer	41	1ª Ligadura de trompas 2ª Neoplasia de mama	380 días
Mujer	26	Amigdalitis pultácea	2 días
Mujer	53	1ª Gastroenteritis aguda 2ª Fractura de muñeca	105 días
Mujer	51	Sección de tendón mano	41 días
Mujer	57	1ª Diabetes Mellitus 2ª Traumatismo craneoencefálico	88 días

TABLA 40. Incapacidades temporales en víctimas VG en el pasado

Capítulo 6. Discusión

6.1 Tasa de respuesta

La tasa de respuesta fue de 82,70 % que consideramos buena para este tipo de estudios, similar a otros estudios nacionales (Ruiz-Pérez, I. et al., 2010; García-Esteve, L.L. et. al., 2011) y mayor que otros (Chen, P.-H. et al., 2007). Hay estudios que han presentado tasas de respuestas más elevadas aunque con metodologías diferentes en la fase de captación y con contraprestaciones económicas o de otro tipo en alguno de ellos: un 96% en Indonesia (Iskandar, L., Braun, K.L. y Katz, A.R., 2015) y un 99,3% en Sudáfrica (Saimen, A. et. al., 2016)

Nuestra muestra incluyó un 6,9% de mujeres extranjeras, superando el porcentaje de las residentes en nuestro área, que no llega al 3% en Burgos para mujeres en ese rango de edad.

Respecto a las mujeres que no aceptaron participar en el estudio no hay razones para pensar que sus características sean diferentes de las de la población respuesta en aquellos aspectos que reflejen actitudes de rechazo que pudieran influir en los resultados, ya que las mujeres no conocieron que el tema de la VG se trataría junto con otros temas de salud tratados en la entrevista, por lo que no pudo ser el motivo de su negativa a participar. No se investigaron las características de este grupo.

6.2 Características socio-demográficas de las mujeres del estudio

Las características sociodemográficas de las mujeres de nuestro estudio (349 mujeres) son similares a las de otro estudio realizado en Castilla y León (Herrero S., 2011). Se observan algunas diferencias con otros estudios españoles, como el de Isabel Ruiz-Pérez y col. (2010), cuya edad media son 42 años mientras que en nuestro estudio la edad media fue de 55,1 años.

En nuestra población de estudio el 66,2% de las mujeres tienen > 45 años, en consonancia con las características de la población de Castilla y León. Este hecho condiciona otras variables como el nivel de estudios y trabajo remunerado con porcentajes más bajos en nuestra población. Sin embargo el porcentaje de mujeres jubiladas asciende al 20,3%.

En el estudio de García- Esteve (2011), las características socio-demográficas tienen diferencias en relación al nuestro, con menor edad, menor porcentaje de jubiladas y mayor porcentaje de mujeres con trabajo remunerado.

En nuestro estudio se incluyó la variable ámbito de residencia rural y urbano, por si pudiera influir en aspectos como prevalencia, uso de recursos, o alguna de las demás variables estudiadas, sin encontrar diferencias entre ambos grupos. Esta variable no se incluye en muchos estudios, aunque si en algunos estudios internacionales como el Estudio Multipaís (García-Moreno, C. et. al, 2006).

El estudio de Vives-Cases y col. (2009) el perfil socio-demográfico de las mujeres estudiadas tiene diferencias relevantes con el nuestro. En su estudio la edad media fue menor, al igual que el número de mujeres con VG casadas o convivientes con el agresor. En su estudio, la violencia de género se manifiesta de manera desigual y con mayor riesgo en los colectivos de mujeres con menor nivel educativo, sin embargo, en nuestro estudio no se encontraron diferencias significativas. Tal vez el factor edad puede tener alguna influencia.

6.3. Características socio-demográficas en mujeres víctimas y no víctimas de violencia de género

Edad. En el actual estudio las mujeres víctimas de violencia de género tienen una edad media en el caso de *Maltrato Actual*, de 54,8 años (DE: 15,5), muy similar a la media del universo de la muestra, 55,1 años (DE: 18,7), con edad mínima de 16 años y edad máxima de 92 años. En cambio, la edad media de las 46 mujeres víctimas a violencia de género en el pasado es inferior 48,3 años (DE: 19,4), siendo particularmente jóvenes las dos mujeres expuestas a ambos tipos de violencia, con una media de 29 años (DE: 7,1), quedando estas diferencias cerca de alcanzar la significación estadística ($p=0,067$).

Ámbito rural/urbano. Las mujeres del universo de la muestra se distribuyen entre el medio urbano, un 42,1% y el medio rural, un 57,9%. En las mujeres víctimas de violencia de género, actual o pasada, se distribuyen al 50% en el medio rural (41 mujeres) y urbano (41 mujeres).

Nacionalidad. Se observan diferencias estadísticamente significativas tras analizar la nacionalidad de las mujeres de la muestra y su exposición a maltrato ($p < 0,001$). La nacionalidad predominante en la muestra es la española, con un 93,1% de mujeres, de las cuales casi una cuarta parte, el 20,9%, son víctimas de maltrato, y 6,9% son extranjeras, sufriendo maltrato actual o pasado 58,3% de las mujeres en este grupo.

En el caso de las mujeres latinas supone el 80%. Estas cifras son similares e incluso superan a las de otros estudios (Vives-Cases, C. et al., 2009; Instituto de la mujer, 2006; Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011; MSSSI, 2015). Sin embargo hay que tener en cuenta la limitación que supone el bajo número de mujeres extranjeras, en números absolutos en el conjunto de la muestra, aunque supera la proporción de extranjeras de la población general de Burgos. Estos datos vuelven a confirmar la situación de vulnerabilidad de este colectivo. La mayor probabilidad de sufrir VG que tienen las mujeres inmigrantes respecto a las españolas observada en nuestro trabajo, concuerda con los resultados previamente publicados.

En las variables estudiadas se observaron diferencias significativas en la totalidad de las mujeres víctimas en relación a las no víctimas, para la nacionalidad, estado civil, convivencia con la pareja y soporte social. En el subgrupo de mujeres con maltrato actual, solo se observaron diferencias significativas para nacionalidad, estado civil, soporte social y situación laboral de la pareja. La distribución por categorías de estado civil entre los casos positivos de maltrato, es similar al universo de la muestra, pero en mujeres con maltrato actual el porcentaje de mujeres casadas es superior.

Convivencia con el agresor. El 94,7% de las mujeres que reconocen ser víctimas de violencia de género en el momento actual conviven en el mismo domicilio con su agresor, cifra también mayor que en otros estudios (Vives Cases C.2009) y tal vez relacionada con la mayor media de edad. Mientras, para la VG en el pasado, sólo el 32,6% convive con otra pareja en la actualidad. Llama la atención el alto porcentaje de mujeres con MT en el pasado que no convive de forma estable con una pareja, lo que indicaría que tras la ruptura de la relación de maltrato, no han vuelto a vivir en pareja, quizás efecto de experiencias dolorosas pasadas, que no se han arriesgado a repetir.

En cuanto a la formación académica, no se encuentra asociación entre la misma y la exposición a maltrato en nuestro trabajo. Por el contrario, en otros estudios en AP, han encontrado diferencias significativas entre formación académica y presencia o no de VG, y asociación entre tener estudios secundarios o universitarios como factor de protección para VG (Ruiz-Pérez, I. et al., 2010, García-Esteve, L.L. et al, 2011), hecho que no encontramos en nuestro estudio, donde el porcentaje de mujeres con más alta formación académica corresponde a mujeres con VG en el pasado.

Respecto a la situación laboral, en las mujeres que sufren VG no se han observado diferencias estadísticamente significativas con respecto a la población total. El 43,9 % de las mujeres con VG tienen un trabajo remunerado fuera del hogar, y el 37% de las que no sufren maltrato. Este resultado discrepa con otros estudios como el de Isabel Ruiz-Pérez y col. (2010), donde la situación de maltrato es mayor en mujeres que no tienen trabajo remunerado y coincide con el de (Iskandar L, Braun K.L. y Katz, A.R, 2015), donde se relaciona tener trabajo remunerado con mayor prevalencia de VG. En nuestro estudio las mujeres con maltrato en el pasado tienen trabajo remunerado en mayor porcentaje frente a las de maltrato actual, situación que parece coherente, al vivir en gran parte sin pareja y necesitar autonomía económica.

En cuanto a la situación laboral, de la pareja, existen diferencias significativas en las mujeres con maltrato actual, y llama la atención que solo el 36,9 % de las parejas desempeñan un trabajo remunerado, el 10,5% está desempleado y el 50% está jubilado. En este grupo el 39,5% de mujeres tiene trabajo remunerado, un porcentaje mayor que sus parejas. Esta situación creemos que no es muy habitual en el contexto de nuestro país, pero muchos estudios no tienen incorporada esta variable por lo que no es posible compararla. El desempleo de la pareja es una situación reconocida de vulnerabilidad para VG (Coker, A.L. et al., 2000).

En la valoración del apoyo social y familiar, la mayoría de las mujeres víctimas cuenta con algún confidente o persona a quien puede pedir ayuda (89,40%). Llama nuestra atención que cuando esta misma pregunta se les hace a las mujeres víctimas de violencia de género actual, este porcentaje baja al 75%, con diferencia estadísticamente significativa.

Los resultados de la Macroencuesta de Violencia contra la Mujer 2015 (MSSSI, 2015) muestran que el 91% de las mujeres que no ha sufrido violencia de género afirma tener “siempre o casi siempre” personas que se preocupan por ellas y por su bienestar. Este porcentaje desciende al 82,2% entre las mujeres víctimas de maltrato. En otro estudio (Plazaola-Castaño y col., 2008) encuentran que el apoyo social es un factor de protección para la violencia de género.

Entre los antecedentes clínicos de las mujeres, registramos las enfermedades crónicas más prevalentes en la muestra recogidos mediante la entrevista personal y por revisión de HCE en el programa MEDORA: *Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, Cardiopatía Isquémica, Insuficiencia Cardíaca, Cefaleas, Lumbalgia, Asma/Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.*

No se encontraron diferencias significativas en la prevalencia de enfermedad física entre los antecedentes personales de las mujeres con maltrato y en las no víctimas de maltrato. Destaca la *lumbalgia* en el 43,9% y 49,4% respectivamente, como patología más prevalente en ambos grupos de mujeres, seguida de *cefalea* en el caso de las víctimas de maltrato, 32,9%, pero llama la atención que para el subgrupo de mujeres con VG actual el porcentaje de cefaleas es del 52.6%, frente al 19.6% en las mujeres con VG en el pasado. En el subgrupo de víctimas de VG en el pasado, se aprecian diferencias significativas para *cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca y diabetes mellitus*, con respecto al grupo de mujeres con VG actual.

La prevalencia de problemas de salud mental es significativamente mayor en víctimas de violencia de género que en el resto de mujeres de la muestra global para *insomnio, ansiedad, depresión e ideación autolítica*. Estos hallazgos concuerdan con los obtenidos en numerosos estudios nacionales e internacionales (García-Moreno, C. et. al, 2006; Instituto de la mujer, 2006; Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011; MSSSI, 2015; Plazaola-Castaño, J. et al., 2008; Campbell, J.C., et al., 2002). En el estudio de Coker y col. (2002) se observó que en las mujeres que sufrían cualquier tipo de maltrato existía asociación entre la presencia de éste y el abuso de sustancias, síndrome de estrés postraumático, depresión, ansiedad e ideación suicida.

En el estudio de Fernández Alonso MC, y col. (2006), *“Efectividad de una intervención sensibilizadora y formativa en profesionales de Atención Primaria para la mejora de la detección de la Violencia Doméstica”*, a nivel nacional, el 81% de mujeres presentaban patología asociada, ocupando los primeros lugares la ansiedad en el 60,1%, y la depresión en el 42,0%. La presencia de patología crónica aumenta con el tiempo de exposición a la violencia, existiendo una asociación lineal positiva ($p < 001$) entre su prevalencia y el tiempo de evolución de maltrato (Fernández, M.C., 2007).

La angustia en el 53%, las ganas de llorar sin motivo en el 43,3% y la irritabilidad en el 45,7%, son algunos de los síntomas más comunes entre las víctimas de violencia de género, según describe la Macroencuesta 2015 (MSSSI, 2015). Estos síntomas siempre afectan en mayor medida a las víctimas de maltrato que al resto de mujeres.

La diferencia en el consumo de Psicofármacos, también alcanza significación estadística en el caso de los *ansiolíticos y/o hipnóticos* y no así con los antidepresivos, aunque en el subgrupo de mujeres con VG actual el consumo de antidepresivos si alcanza la significación estadística. El consumo de psicofármacos es una señal de alerta de maltrato, que el profesional sanitario debería conocer y que ha sido constatado en numerosos estudios (Romito, P., Molzan, T.J. y De Marchi, M., 2005. En el estudio de Herrero Velázquez (2011) llevado a cabo en Castilla y León, se recogen porcentajes de consumo de Psicofármacos entre víctimas de violencia de género más elevados también que en población general: 47,6% hipnóticos, 36,5% ansiolíticos y 32,5% antidepresivos.

En relación con la prevalencia de algunas patologías crónicas recogidas en la Encuesta Nacional de Salud 2011-12 (Instituto Nacional de Estadística, 2013), en datos globales se observan diferencias respecto a nuestro estudio donde el dolor lumbar, la depresión y la ansiedad aparecen en mayor proporción así como el consumo de ansiolíticos y antidepresivos. Reseñamos que la media de edad de nuestra muestra puede estar influyendo en la mayor prevalencia de enfermedades crónicas y consumo de fármacos.

Frecuentación de recursos sanitarios. Llama la atención que la frecuentación media en su Centro de Salud en el último año, ha sido de **22,5 días** para las mujeres con maltrato actual, y de 19,2 días para las víctimas de maltrato en el pasado.

En ambos grupos esas frecuentaciones son muy superiores a la frecuentación media tanto en centros urbanos como rurales. El incremento de la demanda asistencial y uso de servicios ha sido constatado en numerosos estudios nacionales e internacionales (Koss M.P., Koss P.G. y Woodruff, W.J., 1991; Ferris L.E. 1994; Herrero, S. 2011)

La atención en los S. de Urgencias motivada por la situación de maltrato, fue referida por un pequeño porcentaje de mujeres (7,3%) sin embargo en otros estudios la frecuentación por parte de mujeres víctimas de VG es elevada (Boyle A, Todd C., 2003, Sethi D, y col, 2004). Una de las razones que puede explicar este dato en nuestro estudio, es el bajo porcentaje de maltrato físico, y que cuando las mujeres acuden a urgencias por síntomas psíquicos (crisis de ansiedad, somatizaciones) no lo identifiquen como consecuencia de la VG.

Incapacidades temporales y pérdida de puesto de trabajo. Llama la atención en nuestro estudio que aunque solo una mujer refirió una incapacidad laboral como consecuencia de la VG, un alto porcentaje de bajas fue por patología traumatológica, en este caso podría tener relación con la edad y mayor frecuencia de patología osteomuscular, sin poder descartar situaciones de MT como factor asociado. En el estudio de ámbito nacional realizado en Atención Primaria encuentran que el 40,1% de mujeres víctimas de VG estuvieron de baja laboral en el año previo al diagnóstico (Fernández, M.C., 2006). En otros estudios los porcentajes son aún mayores. (Hernández, M.J., 2006).

En números absolutos 9 mujeres (11%) referían haber perdido su puesto de trabajo a consecuencia del maltrato hecho que coincide con hallazgos de otros estudios (Ruiz-Pérez, I., Plazaola-Castaño, J., y Vives Cases, C., 2007).

Estado de salud. Respecto a la repercusión que la violencia de género tiene sobre el estado de salud de las mujeres que la sufren y la percepción de cómo el MT afecta a la salud de casi la totalidad de las víctimas, un 98,8%, responde de forma afirmativa, es decir, está de acuerdo en que ésta situación afecta al estado de salud de las mujeres maltratadas. Esta percepción es compartida por casi el mismo porcentaje de las mujeres no víctimas, lo que interpretamos como producto de la progresiva sensibilización social de las mujeres respecto a la VG y a sus consecuencias que se ha producido en las últimas décadas. Varios estudios han obtenido hallazgos similares confirmados esta misma valoración por parte de las mujeres (Ruiz-Pérez, I. et al.; Sanz-Barbero, B., Rey, L. y Otero-García, L., 2014).

Las mujeres víctimas de violencia de género en la relación actual, tienen una peor percepción de su estado de salud sin que las diferencias sean estadísticamente significativas con respecto a las mujeres sin maltrato. El 40,3% para la totalidad de las víctimas, y el 50,0% para las que sufren violencia actual, percibe su salud como mala o muy mala. En las no víctimas este valor fue del 34,9 %. En otros estudios nacionales se han encontrado diferencias (Raya-Ortega, L., 2004; MSSSI, 2015), donde el 13,2% de las víctimas y 8,5% de las no víctimas de VG percibían su salud como mala o muy mala. La posible explicación puede ser la edad, mayor en nuestra muestra, que va estrechamente ligada a enfermedad y limitaciones en la capacidad funcional.

En relación a la repercusión que los problemas laborales, sociales o familiares tienen sobre su propio estado de salud, reconocen la influencia negativa de los problemas en el entorno familiar un 96,3% de las mujeres víctimas de VG frente a un 82,8% entre las no víctimas de VG, siendo estas diferencias estadísticamente significativas ($p=0,001$). Por el contrario, no existen diferencias significativas en las consecuencias negativas que sobre su salud atribuyen a los problemas laborales y sociales de su entorno.

Denuncias. Solo un 14,6% de víctimas refiere haber denunciado los hechos en alguna ocasión, cifra llamativamente baja, menor aun que lo recogido en algunas de las Macroencuestas (Instituto de la mujer, 2006; Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011; MSSSI, 2015) y en informes del Consejo General del Poder Judicial (CGPJ, 2017).

En nuestro estudio se encontraron diferencias en las denuncias cursadas por las mujeres con VG en el pasado, frente a mujeres con VG actual, aunque sólo existen diferencias al límite de la significación estadística ($p = 0,055$). En números absolutos, nueve de ellas refieren haber denunciado los hechos en alguna ocasión, un 19,6% del total, y en todas había violencia física, aunque se acompañase de psíquica o sexual en ocasiones. En el estudio de Herrero (2011) el 50% de víctimas de maltrato había denunciado. Este porcentaje excepcionalmente alto se debe a que se llevó a cabo con mujeres de una asociación de víctimas, apoyadas y asesoradas por la asociación de víctimas. Según la Macroencuestas de Violencia contra la Mujer 2015 (MSSSI, 2015) el 28,6% de mujeres que han sufrido violencia física, psicológica y/o violencia sexual, han denunciado su situación a la Policía o Juzgado.

En la Unión Europea, según la Encuesta realizada por la Agencia Europea de Derechos Fundamentales (European Union Agency for Fundamental Rights – FRA, 2014), el 14% de mujeres víctimas de violencia de género han acudido a la Policía. De las 5 mujeres detectadas en la muestra de nuestro estudio por el Servicio de VG de Sacyl, sólo una había denunciado y figuraba realizado el Parte de lesiones para el Juzgado. Este hecho guarda relación con el bajo número de notificaciones judiciales emitidas por los profesionales sanitarios, sobre todo de AP, constatado en informes de evaluación el MSSSI y del CGPJ. La mayor parte de los partes judiciales son emitidos en los servicios de urgencias ante casos de VG con agresiones físicas.

6.4. Antecedente de maltrato en la infancia

El 12,6 % (44 mujeres) de la totalidad de la muestra tenía antecedente de MT en la Infancia. En las mujeres con VG, el antecedente de MT en la infancia ascendía al 20,7%, de las cuales 9 eran víctimas de violencia actual y 8 de violencia pasada.

Aunque la prevalencia de MT en la infancia es bastante desconocida, el Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud (OMS) afirma basándose en diferentes estudios que cerca del 20% de las mujeres y el 5-10% de los hombres han sufrido abusos durante la infancia (Krug, E.G. et al., 2002). En España, un estudio retrospectivo publicado por el Ministerio de Asuntos Sociales, mediante entrevista donde se les pregunta a 2100 adultos universitarios sobre la existencia de abusos sexuales en su infancia, que el 22% de las mujeres y el 15% de los varones afirmaron haber sufrido abusos sexuales en su infancia (López, F., 1994).

Diversos estudios han establecido relación entre antecedente de maltrato en la infancia y mayor probabilidad de sufrir violencia en sus relaciones de pareja, ya sea como víctima (mujer) o como agresor (varón), por tolerancia hacia este tipo de conductas, o por haber incorporado los patrones de víctima o agresor, la llamada violencia transgeneracional (Ertem, I.O., Leventhal, J.M. y Dobbs, S., 2000; Ehrensaft, M.K., 2003). Esta relación no es lineal y esta mediada por la coexistencia de factores de vulnerabilidad y de protección o resiliencia (Salvador, L., 2015). También se ha establecido relación con el maltrato hacia los propios hijos.

6.5. Tipos de maltrato

Como en la mayor parte de los estudios que identifican los tipos de VG, la más prevalente fue la violencia psicológica, en segundo lugar la física y en tercer lugar la sexual, esta última siempre menos reconocida por las mujeres. Reseñamos que aunque la violencia psicológica sola, la sufre un 48,8% del total de las mujeres víctimas de MT, asociada a la física o sexual, el porcentaje asciende hasta un 92,7 % .Esto parece coherente, pues no se entiende que exista la violencia física y sexual aislada cuando hablamos de MT de pareja, sin un componente psicológico. En el propio proceso de la violencia, y su forma de instauración progresiva, el maltrato físico o sexual suele aparecer tras etapas avanzadas de violencia psicológica que se representa en forma de pirámide del proceso de la violencia.

En múltiples estudios se observa el mismo orden de frecuencia para los tipos de violencia física y sexual Una revisión de 48 estudios a nivel múltiples estudios realizadas por la OMS (Krug E.G., et al, 2002), encuentran una prevalencia entre el 10-69% para el MT físico sin investigarse el MT psicológico. En el estudio multipais (García Moreno, C., 2005) encuentran cifras de prevalencia del MT psicológico que oscilan entre el 20 y 71 % para los distintos países, cifras siempre superiores al MT físico que oscila entre el 13-61%.

6.6. Casos de violencia de género detectados el servicio de cribado en cartera de servicios de Atención Primaria.

Todas las mujeres de la muestra figuraban en el registro de MEDORA como cribadas para VG, ya que era un criterio en la selección de la muestra.

El cribado estaba realizado entre 2009 a 2012, ya que la recomendación es de preguntar a las mujeres con una periodicidad de al menos una vez cada 4 años.

El código del servicio de cribado es el (210a), y el de casos confirmados o servicio de atención (210b). En nuestra muestra, para el periodo evaluado, se registraron solo 5 casos de VG confirmados que supondría un 1,4 % de la población muestral, cifras muy alejadas de la prevalencia esperada. Revisadas la totalidad de las HCE de la muestra, figuraba el registro de cribado como realizado en el 100%. Solamente en los 5 casos registrados como positivos en el Servicio de VG, constaba el diagnóstico de VG en la HCE.

6.7. Casos de violencia de género detectados utilizando la entrevista mediante pregunta directa.

En 38 mujeres reconocieron ser víctimas de violencia actual entre las que tenían pareja en el último año (10,89 %), y 46 mujeres refirieron violencia en el pasado (13,78%). Si consideramos maltrato actual y pasado la prevalencia es del 23,5 %, teniendo en cuenta que dos de las mujeres sufrían violencia actual y la había sufrido también en el pasado, por lo que solo se les contabiliza en un grupo.

Estas cifras son muy similares a la prevalencia del 20.5 % obtenida para Castilla y León en el estudio epidemiológico de Isabel Ruiz-Pérez y col. (2006), realizado en el ámbito de Atención Primaria y por tanto comparable. Del mismo modo, obtienen resultados muy similares otros estudios españoles como el de Cano y col. (2010), con un 26%, y García Torrecillas (2008), con un 22,9% (Tabla 3 de Introducción). Otro estudio, también realizado en Atención Primaria, tiene sin embargo cifras de prevalencia superiores, 48,6 %. (Aguar-Fernández, M. et al., 2006). Nuestras cifras de prevalencia se acercan también a la cifra estimada por la OMS para el conjunto de la población europea, 25,4% y entre el 23,2% y el 37,7% para el resto del mundo, si bien hay una gran variabilidad entre regiones y países (WHO, 2013).

Las variaciones en relación a las prevalencias observadas de las encuestas poblacionales, probablemente tienen que ver también con la metodología utilizada, que influye en la composición de la muestra (caso de encuestas telefónicas), también a los criterios de maltrato utilizados e incluso los procedimientos de medición.

6.8. Análisis del comportamiento del cuestionario WAST corto y largo para el cribado y el diagnóstico de violencia de género en nuestro estudio

Para evaluar el comportamiento de la versión corta del Woman Abuse Screening Tool (WAST), como herramienta de cribado, y del WAST largo como instrumento diagnóstico, utilizamos como patrón de referencia la confirmación diagnóstica de VG en la entrevista realizada por tres Médicas de Familia entrenadas.

1) WAST CORTO (preguntas a y b). Respecto al WAST corto un hallazgo de interés en nuestro estudio fue que el criterio de positividad aconsejado por los autores, para la Opción B (1-1-0), considerando como positivo un valor de 2 puntos (Brown, J.B. et al., 2000; Fogarty, C.T. y Brown, J.B., 2002), suponía dejar fuera al 50 % de las mujeres maltratadas (Sensibilidad 50%, Especificidad 91%), invalidando el WAST corto como herramienta de cribado para nuestra población. Para esta puntuación el equivalente en la Opción A (3-2-1) sería 4 puntos.

Sin embargo, si se aplica la puntuación de ≥ 1 punto o su equivalente en la opción A que sería ≥ 3 , se incrementa la Sensibilidad aunque desciende la Especificidad (Sensibilidad 81,6%, Especificidad 77,3%). Al bajar el punto de corte (≥ 3), el número de falsos negativos desciende de 19 a 7. Creemos que es el punto que maximiza la validez como herramienta de cribado, donde debe primar la sensibilidad aunque descienda algo la especificidad. Aunque el porcentaje de falsos positivos sea mayor, todo profesional debe saber, y así se hace constar en los protocolos de cribado, que cribado positivo no es igual a diagnóstico. Es preciso confirmarlo con pregunta directa o con otros instrumentos que permitan la confirmación de los casos.

Aunque los autores del instrumento obtuvieron en sus primeros estudios alta Sensibilidad y Especificidad, en otros estudios posteriores para el punto de corte aconsejado, la Sensibilidad fue más baja (Rabin, R.F. et al., 2009; Saimen, A. et al., 2016; MacMillan, H.L. et al., 2006; Bernard, J. et al, 2013). Para la primera Opción B: 1-1-0, recientes estudios obtienen resultados similares al nuestro, cuestionando la validez de la herramienta para el cribado con el score de 2 puntos o 4 puntos para la opción A: 3-2-1, por su baja sensibilidad (Iskandar, L., Braun, K.L. y Katz, A.R., 2015).

El WAST fue validado para España por (Plazaola-Castaño, J., Ruiz-Pérez, I; 2008) también por Hernández-Torres, E., 2008, en este caso, utilizando el ISA como patrón de referencia. En el primer ítem mostro una alta Sensibilidad (91,4%) y Especificidad (76,2%), pero el segundo mostro una baja Sensibilidad (44,8%), con muy alta Especificidad (96,1%). En su estudio, utilizando la opción B (1-1-0) obtienen una Sensibilidad global del 93% y una Especificidad del 68%, y clasifica mejor a las mujeres maltratadas que con la opción C (1-0-0), propuesta por las autoras del WAST, algo que también sucede en nuestro estudio donde pocas mujeres refieren mucha tensión o mucha dificultad, por lo que si utilizamos la opción C, el criterio (1-0-0), el cribado sería negativo para la mayoría de las mujeres positivas.

Por ello se descartó esta opción en nuestro estudio. Sin embargo para las autoras que validaron el WAST corto en español para población hispana (Fogarty, C.T. y Brown, J.B., 2002), la Sensibilidad fue del 89% y la Especificidad del 94%. Una posible explicación podría ser que los aspectos culturales, la extracción de la población de estudio que tal vez influye más de lo esperado en los resultados.

2) WAST LARGO (8 preguntas): los creadores del instrumento de la versión del WAST con 8 preguntas, recomendaron el punto de corte en 13 puntos. Numerosas aplicaciones del WAST se han realizado para diferentes idiomas, países y contextos. En algunos estudios se sugieren puntos de corte diferentes por responder mejor a los criterios de Sensibilidad y Especificidad adecuados, teniendo en cuenta el punto que aporta los mejores valores psicométricos (el área máxima bajo la curva de ROC) (Chen, P.-H. et al., 2007; Iskandar, L., Braun, K.L. y Katz, A.R., 2015; Saimen, A. et. al., 2016).

La curva ROC se utiliza para encontrar una puntuación de corte que logra sensibilidad y especificidad óptimas. En nuestro estudio el punto de corte óptimo sería de 11. Un comportamiento similar han observado en el estudio de Iskandar (2015) donde encuentran que para su población el punto de corte óptimo es 10. Otros hallazgos similares que cuestionan la idoneidad del punto de corte en 13 se han encontrado en otros estudios (Chen, P.-H. et al., 2007; Rabin, R.F. et al., 2009; Saimen, A. et. al., 2016; MacMillan, H.L. et al., 2006).

Desconocemos las razones de estas diferencias en el comportamiento del WAST, pero algunos autores mencionan que las características de la población, aspectos culturales, las acepciones del lenguaje o que los participantes reciban alguna compensación económica o de otro tipo pueden influir en el funcionamiento de la herramienta de cribado (Chen, P.-H. et al, 2007; Iskandar, L., Braun, K.L. y Katz, A.R., 2015).

También se observa que cuando se aplica en población general como la que acude a consultas de AP, su comportamiento es algo diferente a cuando se aplica a mujeres reclutadas en otros contextos (Servicios de Salud mental, Hospitales o Organizaciones comunitarios para víctimas). El estudio de García-Esteve y col. (2011) validó y comparó cuatro cuestionarios: 1.ISA: Index of Spouse Abuse; 2.PMWI-SF: Psychological Maltreatment of Women Inventory-short form; 3.PVS: Partner Violence Screen; 4.WAST: Woman Abuse Screening Tool.

Obtuvieron para el WAST unas excelentes propiedades psicométricas: para un punto de corte de 14, una Sensibilidad 94% % y Especificidad de 90,4 %, muy superiores a los últimos estudios citados.

Es importante reseñar que el reclutamiento de las mujeres en este estudio fue, para los casos, en un centro especializado de atención a víctimas, y los controles, una muestra de conveniencia entre mujeres no víctimas derivadas desde Atención Primaria. En ambos grupos las características sociodemográficas fueron muy diferentes a nuestro estudio y a otros de los citados. Ello tal vez explicaría las puntuaciones mucho más elevadas que en estudios con muestras extraídas de AP, y asignadas de forma aleatoria.

Otro aspecto que puede influir es el modo de aplicación, aunque existen datos contradictorios en diferentes estudios sobre rendimiento y aceptabilidad del WAST en lo que a la forma de administración, auto o heteroadministrado, se refiere. En el mencionado estudio de García-Esteve y col. (2011) y en los estudios de Chen PH (2007) e Iskandar, L., Braun, K.L. y Katz, A.R. (2015) el WAST heteroadministrado tiene un buen rendimiento.

Sin embargo, las conclusiones del estudio de MacMillan (2006) en relación al WAST, es que su rendimiento fue bajo: aumentó la detección pero no de forma significativa. La Sensibilidad fue del 47% y la Especificidad del 95,6%, siendo mejores los resultados cuando fue autoadministrado.

Un estudio con mujeres en Sudáfrica con el WAST (corto y largo) obtuvo una prevalencia de violencia de pareja en la muestra del 32% (Saimen, A. et. al., 2016). Se demostró una Sensibilidad del 45,2% y una Especificidad del 99,6%. Sus conclusiones son similares a las nuestras. Concluye que con los criterios establecidos por los autores, el WAST corto carece de suficiente sensibilidad y, por lo tanto, no es una herramienta adecuada para la detección en el ámbito de Atención Primaria, señalando que puede atribuirse a la dificultad de los participantes en la comprensión de las preguntas de cribado, que utilizan las definiciones eurocéntricas de la violencia de la pareja.

Plantean que mejoraría la Sensibilidad de la herramienta bajando el umbral para un resultado positivo del WAST corto. En este estudio, el WAST corto sólo fue capaz de obtener un claro resultado positivo en los participantes que estaban experimentando graves formas de VG.

El análisis de las puntuaciones WAST largo lo confirmó: entre el grupo positivo para violencia de género, el 79% de los participantes habían resultado negativo en el WAST-corto, lo que es una discrepancia grave.

El estudio de Chen PH y col. (2007) en población hispana, urbana, analiza el WAST y el HITS, y asimismo la detección mediante entrevista clínica por sanitarios y considera que ambos cuestionarios resultan válidos para detectar VG y tienen una buena correlación. El WAST corto y el HITS fueron validados respecto al WAST largo y discrimina bien a las mujeres con VG respecto a las que no la sufren, aunque detecta más el WAST corto, quizás porque las preguntas son más generales. Tiene una buena correlación con ambos y es bien aceptado por mujeres y profesionales. Concluye que HITS es una herramienta de detección fiable y válida para su uso en entornos clínicos predominantemente hispanos, con pacientes que hablan inglés y español. El HITS de cuatro ítems es más corto que la mayoría de los otros instrumentos y su acrónimo es fácilmente recordable. Creemos que podría ser una alternativa útil, aunque no explora violencia sexual.

Tras muchos años de utilización del WAST y diversas validaciones, al aplicarle en entornos culturales más diversos se ha observado que el comportamiento de la herramienta puede tener variaciones que limiten su validez y sugieran cambios en los criterios de valoración (Sprague, S., 2016; Iskandar, L., Braun, K.L. y Katz, A.R., 2015). Esto no tiene por qué ser un problema, si se analizan las causas y se adapta en su valoración a aquellos criterios que optimicen su validez, y en consecuencia su rendimiento. También es importante ser conscientes de que a veces no es posible hacer comparaciones lineales de resultados cuando la metodología y los contextos culturales y demográficos son muy diferentes. Una observación que consideramos relevante en nuestro estudio fue que todas las mujeres que contestaron de forma positiva (*muchas veces* ó *a veces*) alguna de las preguntas f, g o h, fueron casos positivos de maltrato constatados por la entrevista. Interpretamos que son preguntas directas sobre la existencia de maltrato, por lo que consideramos coherente su confirmación de “caso” de maltrato. La validez de estas preguntas como diagnósticas puede estar influenciada por el hecho de que el cuestionario fue administrado por un profesional, que podía aclarar dudas si la mujer no comprendía el significado o el sentido de la pregunta.

Esto nos hace cuestionar si tras realizar las dos preguntas de cribado, sería realmente necesario formular las preguntas c, d y e, que si bien se correlacionan de forma positiva con la probabilidad de sufrir maltrato, tal vez no sean imprescindibles para el diagnóstico. Su positividad supondría elevado índice de sospecha, pero no diagnóstico.

Diversos estudios han puesto de manifiesto que una de las razones de los profesionales para rechazar la realización del WAST largo en el marco de la consulta es, que son demasiadas preguntas y mayor consumo de tiempo (Brown, J.B. et al., 2000; Fogarty, C.T. y Brown, J.B., 2002). Disponer de un cuestionario más breve, si es igualmente válido para el diagnóstico, podría aumentar la aceptabilidad por parte de los profesionales. Sería de interés evaluar el comportamiento de una versión más breve de este cuestionario eliminando alguna de las preguntas c, d, y e, en estudios diseñados al efecto. En nuestro estudio la matriz de correlaciones entre elementos revela una buena consistencia interna. El análisis de la validez interna, mejoraba al eliminar la pregunta c.

3) Una propuesta de interpretación de los resultados del WAST a la luz de los resultados de nuestro estudio sería:

- **Para el WAST corto**, proponemos con puntuación ≥ 3 (Opción A) o ≥ 1 (Opción B):

CRIBADO POSITIVO

- **Para el WAST largo**, proponemos el cambio en el punto de corte a 11 en lugar de 13:

- WAST positivo con puntuación ≥ 11 y alguna de las preguntas f g h positiva: CASO CONFIRMADO

- WAST positivo con puntuación ≥ 11 y preguntas f g h negativas: ALTO GRADO DE SOSPECHA. En este caso deberemos asegurarnos de que ha comprendido bien el significado de las preguntas y valorar la posibilidad de que la mujer no quiera compartir con nosotros esta información y niegue el MT de forma consciente, o que no sea capaz de identificar conductas de MT. Actuación: contemplar esta situación en el protocolo de seguimiento de la mujer.

- WAST negativo con puntuación < 11 siempre que alguna de las preguntas f g h positiva, consideramos CASO POSITIVO. En nuestro estudio esta situación apareció en 3 casos.

Serían necesarios otros estudios para confirmar estos hallazgos. En todo caso el tema de las herramientas de cribado está en permanente actualización y debate. Se realizan revisiones frecuentes y esto es una señal de que no disponemos de la “herramienta perfecta.”

El estudio de Rabin y col. (2009) realiza una revisión sistemática y después de evaluar los instrumentos más utilizados, WAST, HITS y AAS entre otros, concluye que ninguna herramienta de cribado de VG tenía propiedades psicométricas bien establecidas. Las Sensibilidades y Especificidades variaban ampliamente dentro y entre las herramientas de cribado y considera que se necesitan más pruebas y validación en futuros estudios.

Esto sin duda es, en parte, cierto y va en la línea de lo expresado en nuestra discusión, pero también lo es, que una herramienta adaptada al contexto donde se aplicará si cumple el objetivo de aumentar la detección, puede ser un instrumento útil para las mujeres y aceptable y facilitador para los profesionales, por lo que podría proponerse su uso.

Si con el uso del WAST en nuestro medio pasamos de una detección del 1,4% en MEDORA, al 12,7% (punto de corte ≥ 11) vale la pena utilizarlo. A la par, podemos avanzar en investigaciones que los mejoren.

Lo que parece claro a partir de nuestro estudio es que la pregunta directa en el marco de la entrevista clínica es la que tiene mayor rendimiento, pero esto no siempre es fácil en la práctica por diferentes causas (formación en entrevista, tiempo, motivación, etc.). Cuando se decide preguntar de forma rutinaria a todas las mujeres, es útil disponer de una herramienta validada, que puede facilitar y homogeneizar la detección. Por otra parte, saber cómo actuar y contar con los recursos de apoyo necesarios cuando se ha desvelado el problema es imprescindible siempre que se pone en marcha un programa de cribado, por compromiso ético y una responsabilidad profesional. Nuestra CCAA cuenta con un Protocolo de cribado, un Proceso de atención y una red de recursos para dar respuesta a cualquier mujer que se encuentre en esta situación y a sus hijos e hijas.

6.8. Aceptabilidad del cribado por las mujeres y recuerdo de haber sido preguntadas.

La aceptabilidad por parte de las mujeres en nuestro estudio es muy alta: al 96,6% del total de la muestra y al 97,6% de las víctimas de VG, les *parece bien que se pregunte en la Consulta de su médico o enfermera a toda mujer por la posibilidad de estar sufriendo VG.*

Así mismo lo corroboran también otros muchos estudios realizados, tanto en nuestro país como en otros países de mundo (Herrero, S., 2011; Gielen, A.C. et al.; Boyle, A. y Jones, P., 2006; Plazaola-Castaño, J., Ruiz-Pérez, I. y Montero-Piñar, M.I., 2008; Bolaños, E. et al., 2014).

En el estudio de (Chen PH ,2007), la mayoría de las pacientes (93.4%) y los médicos (84.5%) se sintieron cómodos con las preguntas de evaluación y el método de administrarlos, con los tres protocolos: HITS, WAST corto y WAST largo.

El promedio de tiempo dedicado al cribado fue de 3 a 5 minutos, cifras análogas a las de nuestro estudio. El temor a ofender a la mujer al preguntarle si está sufriendo VG no debe ser una razón para no investigarlo. Ellas confían en los profesionales de la salud, esperan, y agradecen el interés del profesional sanitario, que a veces es la primera persona a la que una mujer que sufre MT se atreve a desvelar su problema (MSSSI, 2015).

Reuerdo de la pregunta. A pesar de la alta prevalencia de víctimas en pacientes en A.P., los estudios muestran que solo fueron preguntadas por VG entre el 1% al 15% por los profesionales (Naumann, O., 1999, Thompson, R.S., 2000, Herrero, S., 2011). Según los datos disponibles, al inicio de la realización de nuestro estudio, solo el 16 % de las mujeres mayores de 14 años en Burgos habían sido preguntadas en los 4 años previos y porcentaje menor que para el conjunto de la CCAA.

Cuando se preguntó acerca del recuerdo si alguien le había preguntado por cómo van las cosas en casa, solo el 18.7 % de las no víctimas frente al 37,8% de las víctimas o si está sufriendo o haber sido víctima de MT solo el 12 % de las no víctimas frente al 31,7% de las víctimas Aunque puede existir un sesgo de recuerdo, existe la posibilidad de que las preguntas no sean suficientemente claras para identificar MT, pues el % de personas que no lo recuerdan es demasiado alto, dado que en todos los casos figuraba el registro de cribado como realizado. Esta puede ser otra razón para modificar la herramienta de cribado. Respecto a que

profesional fue quien realizó la preguntas, en la mayoría de los casos fue el Médico de Familia (56.9%) y en segundo lugar un profesional de enfermería (20.7%)

6.9. Registro

Aunque la HCE dispone de una Guía Asistencial de VG está diseñada para facilitar el registro tanto del cribado como de la atención a casos detectados, pensamos que su utilización no es óptima en nuestra CCAA, porque su cumplimentación es baja. Pensamos que tal vez además de un problema de infradetección, pueda haber un problema de infrarregistro de casos confirmado de VG, pero esto es algo que podemos suponer pero no confirmar, precisamente por la ausencia de ese registro y de otras fuentes que nos permitan corroborarlo.

Algunos problemas del sistema de información y de los programas que soportan la HCE (MEDORA), podrían haber influido en el infrarregistro. Las características técnicas de la herramienta informática quizás no son facilitadoras en contextos de consultas masificadas y poco tiempo por paciente. Otra posible razón podría ser la desconfianza de los sanitarios y de las pacientes en la seguridad de la confidencialidad de la HCE, puede influir a la hora de permitir el registro. Investigar estas posibles causas debería ser objeto de otro estudio.

Otras causas de infradetección en nuestro medio es la dificultad o incomodidad del profesional para preguntar a la mujer por la posibilidad de que esté sufriendo maltrato, aspecto encontrado en numerosos estudios. La formación en habilidades de entrevista y el uso de herramientas facilitadoras como los cuestionarios, podría mejorar también el registro (Gerencia Regional de Salud de Castilla y León, 2010a). En la evaluación del Servicio de VG, la Gerencia Regional midió las diferencias en la detección entre el grupo de profesionales con alto nivel de formación y motivación (formadores y formadoras en VG de la Gerencia) frente al conjunto de profesionales de A.P. de SACYL, observando diferencias relevantes entre ambos grupos. Con niveles de cobertura análogos, el nivel de detección fue para el grupo de los formadores/as del 8,13%, frente al 1,6% para el conjunto de la CCAA. Estos datos apoyan la importancia de la capacitación y la motivación en la detección de la VG (Herrero, S., 2011). Motivar y formar a los profesionales, proporcionarles herramientas de ayuda para la detección, y capacitarles para abordar el problema detectado de forma segura, puede contribuir a mejorar la salud y calidad de vida de muchas mujeres y familias.

Capítulo 7. Limitaciones del estudio

Limitaciones del estudio.

- Haber sido realizado en una sola provincia de la CC.AA. podría limitar su validez externa, sin embargo, las características poblacionales son bastante similares en toda la Comunidad, y además el muestreo ha sido aleatorio.

- El hecho de que la muestra se haya hecho entre mujeres con registro de cribado podría considerarse una limitación, si bien, al tratarse de un cribado poblacional, este podría recaer sobre cualquier mujer. Sin embargo el hecho de que las víctimas de MT sean más frecuentadoras podría aumentar la probabilidad de haber sido cribadas, lo que aun minimizaría el rendimiento del cribado de cartera de servicios, aunque podría ofrecer una prevalencia mayor.

- Las mujeres institucionalizadas, algunas con discapacidad, quedaron fuera del estudio y sin embargo son personas con mayor riesgo de MT (aunque su número fue bajo).

- El hecho de que el cuestionario haya sido administrado por profesionales en lugar de ser autoadministrado tal como fue previsto en su diseño original, puede modificar los resultados, pero otros estudios han utilizado también este procedimiento con buenos resultados

- No se hizo el análisis de la no respuesta, aunque como el muestreo fue aleatorio y las mujeres desconocían que se formularían preguntas sobre violencia de pareja, no hace pensar que su rechazo tenga que ver con el tema de estudio.

Capítulo 8. Conclusiones

1. El rendimiento del cribado de violencia de género que realizan los profesionales de Atención Primaria en el área de Burgos en Castilla y León en cartera de servicios, es bajo, a la luz de los datos de registro disponibles en las HCE. Sólo se detecta el 1,4% de casos entre las mujeres a las que se realizó cribado con las preguntas propuestas en el protocolo, el periodo de estudio
2. La utilización del cuestionario WAST incrementa de forma significativa el diagnóstico de casos de VG para mujeres con pareja actual, detectando VG en el 12,7% de las mujeres cribadas para un punto de corte ≥ 11 en el WAST largo. Por ello, se considera un instrumento válido para el cribado y diagnóstico de casos en Atención Primaria.
3. Las propiedades psicométricas del WAST corto y largo encontradas en nuestro estudio sugieren la realización de cambios en los puntos de corte establecidos por los autores tanto en su versión corta ≥ 3 como en la larga ≥ 11 para optimizar su validez.
4. La aceptabilidad de las mujeres respecto a ser preguntadas por la posibilidad de estar sufriendo VG en las consultas de Atención Primaria, fue muy alta. El 97,6% entre las víctimas de violencia de género y el 96,3% de las no víctimas, están a favor. Este resultado desmiente el mito del rechazo de la mujer a ser preguntada.
5. El 23,2% de las mujeres evaluadas recuerda haber sido interrogada por un profesional sanitario en alguna ocasión acerca de la relación con su pareja y sobre cómo van las cosas en casa. Sólo el 16,6% de mujeres evaluadas recuerda haber sido preguntada en alguna ocasión si sufre violencia de género por su pareja.
6. La prevalencia de violencia de género encontrada en nuestro estudio mediante entrevista dirigida, tras el empleo del cuestionario WAST ha sido del 23,5% para VG en algún momento de la vida, 10,9% para VG actual y 13,18% para VG en el pasado. No existen diferencias en la distribución de casos positivos entre el medio urbano y el medio rural.

7. Un 12,6% de mujeres de nuestro estudio manifiesta haber sido testigo o víctima de maltrato en la infancia. La relación entre este antecedente y la exposición posterior a violencia de género es estadísticamente significativa: 38,6% de mujeres víctimas de maltrato en la infancia, son casos positivos de violencia de género.
8. Las mujeres inmigrantes, sobre todo las de origen latinoamericano, sufren VG en mayor proporción que las mujeres españolas.
9. El tipo de maltrato predominante en nuestra muestra fue el Psíquico, bien sólo, o asociado a maltrato Físico, Sexual o ambos, que reconocen sufrir el 92.7% de las mujeres.
10. La práctica totalidad de las mujeres víctimas de VG reconocen que la exposición a una situación de maltrato afecta a su estado de salud. La diferencia de trastornos psiquiátricos en este grupo es significativamente mayor para trastornos de ansiedad, depresión, insomnio, e ideación suicida.
11. El consumo de Psicofármacos es significativamente mayor en el grupo de mujeres víctimas de VG. La mayor diferencia es para los ansiolíticos y en segundo lugar para antidepresivos. Su consumo debe de ser una señal de alerta de posible MT para los profesionales de la salud.
12. El conjunto de la información aportada por este proyecto respecto a características de las mujeres que sufren o han sufrido VG, su morbilidad, uso de servicios, denuncias, así como algunos aspectos de la práctica profesional, pueden ser de gran utilidad para establecer propuestas de mejora, no solo del Servicio de Detección de la Violencia de Género, sino de la Atención a las víctimas y supervivientes de esta violencia.

Capítulo 9. Aplicabilidad

Aplicabilidad de los resultados a la práctica clínico-asistencial

1.- Los resultados de este estudio pueden resultar de utilidad en los Servicios de Salud para decidir un cambio en los métodos de cribado de VG que mejore los resultados de la detección.

2.- La validación del cuestionario WAST en nuestra población y la aportación de una propuesta coherente, fundamentada y sencilla de valoración del mismo, puede facilitar su aplicación a los y las profesionales, y homogeneizar la práctica de cribado en Atención Primaria.

Impacto: transferencia a la práctica clínica

1.- En la nueva Guía Clínica de Atención a la Violencia de Género de SACYL (2017) ya se ha incorporado este instrumento WAST (corto y largo) adaptado en su valoración a nuestra población, aunque como herramienta opcional para los profesionales de Atención Primaria.

2.- Aunque ha demostrado su eficacia en el marco de este estudio de investigación, es necesario hacer el seguimiento y evaluación de los resultados para demostrar la efectividad en la práctica general aplicado por el conjunto de los profesionales sanitarios de A.P.

Nuevos proyectos en esta línea de investigación derivados de estos resultados

1.- Un proyecto que evalúe la validez del WAST eliminando alguna pregunta. En nuestro estudio observamos, que la consistencia interna mediante el α de Cronbach al suprimir alguna pregunta del WAST largo, no se alteraba e incluso mejoraba. Si conserva sus propiedades psicométricas, con una alta validez, se podría ofrecer a los profesionales una herramienta más breve, que podría mejorar la aceptabilidad de los profesionales respecto al cribado al disminuir su extensión.

2.- Sería oportuna la realización de un estudio cualitativo con profesionales, para investigar actitudes, resistencias, prejuicios, y motivación, que son otros de los elementos que probablemente subyacen tras el bajo rendimiento de esta intervención de cribado. Asimismo se investigarían las barreras para el uso de la guía clínica asistencial de VG de la HCE y los

posibles problemas de registro. Estos aspectos requieren de metodología cualitativa para su investigación y no eran objeto de este estudio.

Bibliografía

- Abbott, J., Johnson, R., Koziol-McLain, J. and Lowenstein, S.R. (1995) "Domestic violence against women: incidence and prevalence in an emergency department population", *The Journal of the American Medical Association*, 273 (22), pp. 1763-1767.
- Aguar-Fernández, M., Delgado-Sánchez, A., Castellano-Arroyo, M. y Luna del Castillo, J.D. (2006) "Prevalencia de malos tratos en mujeres que consultan al médico de familia". *Atención Primaria*, 37 (4), pp. 241-242.
- Aguar-Fernández, M. (2003) *Malos tratos a mujeres: prevalencia e impacto en salud*. Tesis Doctoral. Universidad de Granada.
- Alberdi, I. y Matas, N. (2002). "Violencia doméstica. Informe sobre los malos tratos a mujeres en España", *Colección Estudios Sociales*, 10, pp.115-155.
- Alio, A.P., Nana, P.N. and Salihu, H.M. (2009) "Spousal violence and potentially preventable single and recurrent spontaneous fetal loss in an African setting: cross-sectional study", *The Lancet*, 373 (9660), pp. 318-324.
- Alonso, M., Bedoya, J., Cayuela, A., Dorado, M., Gómez, M. e Hidalgo, D. (2004) "Violencia contra la mujer. Resultados de una encuesta hospitalaria", *Progresos de Obstetricia y Ginecología*, 47 (11), pp. 511-520.
- American College of Emergency Physicians. *Clinical and practice management: domestic family violence*. Irving, Texas: 2007/2013. Disponible en: <http://www.acep.org/Clinical--Practice-Management/Domestic-Family-Violence>. [Consultado 26-11-2015].
- American Medical Association. Council on Scientific Affairs (1992) "Violence against women: relevance for medical practitioners". *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 267 (23), pp.3184-3189.
- Amor, P.J., Echeburúa, E., De Corral, P., Sarasua, B. y Zubizarreta, I. (2001) "Maltrato físico y maltrato psicológico en mujeres víctimas de violencia en el hogar: un estudio comparativo". *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 6 (3), pp. 167-178.
- Amor, P.J., Echeburúa, E., De Corral, P., Zubizarreta, I. y Sarasua, B. (2002) "Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer en función de las circunstancias del maltrato". *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 2 (2), pp. 227-246.
- Barreda, M. (2010) "Evaluación del Servicio de atención a violencia de género: Servicio Cántabro de Salud", *16th Wonca Europe Conference*. Málaga, 6-9 octubre 2010.
- Basile, K.C., Hertz, M.F. and Back, S.E. (2007) *Intimate Partner Violence and Sexual Violence Victimization Assessment Instruments for Use in Healthcare Settings*. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control. pp. 114.
- Bernad, J., Vázquez, A., Bernard, L., Santamaría, C., González, R., y Carol, M. (2013) "Uso del test WAST emocional en la detección de violencia de pareja en las consultas de Atención Primaria". *Medicina General y de Familia (Edición digital)*, 2 (2): pp. 35-42. Disponible en: http://mgvf.org/wp-content/uploads/2017/revistas_antes/V2N2/V2N2_35_42.pdf [Consultado 21-11-2015].
- Bernstein D.P., Stein J.A., Newcomb M.D., Walker E., Pogge D., Ahluvalia T., Stokes J., Handelsman L., Medrano M., Desmond D., Zule W. (2003) "Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire". *Child Abuse & Neglect*, 27(2), pp. 169-190
- Bolaños E, Fernández-Alonso MC, Menéndez M, San José A, Calvo TR, Herrero S. (2014) "Impacto de la violencia de género en la salud de las mujeres de Castilla y León: un estudio cualitativo". *Comunidad Mayo 2014*, 16 (1). ISSN: 2339-7896.
- Boletín Oficial de Castilla y León (1994) "Decreto 53/1994 de 3 de Marzo, por el que se aprueba el Plan Integral para la Igualdad de Oportunidades de la Mujer (1994-1996)". *Boletín Oficial de Castilla y León*, 25 de Abril de 1994.
- Boletín Oficial de Castilla y León (1997) "Decreto 155/1997 de 24 de Julio, por el que se aprueba el II Plan Integral de Igualdad de Oportunidades para la Mujer (1997-2000)". *Boletín Oficial de Castilla y León*, 30 de Julio de 1997.
- Boletín Oficial de Castilla y León (2001) "Decreto 203/2001 de 26 de Julio, por el que se aprueba el III Plan Integral de Igualdad de Oportunidades entre mujeres y hombres de la Comunidad de Castilla y León". *Boletín Oficial de Castilla y León*, 01 de Agosto de 2001 (149), pp. 11579-11589.
- Boletín Oficial de Castilla y León (2002) "Decreto 29/2002 de 21 de Febrero, por el que se aprueba el Plan Regional contra la Violencia hacia la Mujer en Castilla y León". *Boletín Oficial de Castilla y León*, 28 de Febrero de 2002 (42), pp. 2836-2840.
- Boletín Oficial de Castilla y León (2003) "Ley 1/2003, de 3 de Marzo, de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres en Castilla y León". *Boletín Oficial de Castilla y León*, 7 de Marzo de 2003 (46), pp. 2-11.

Boletín Oficial de Castilla y León (2007) "Decreto 1/2007 de 12 de Enero, por el que se aprueba el IV Plan de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres de Castilla y León (2007-2011)". *Boletín Oficial de Castilla y León*, 17 de Enero de 2007 (12), pp. 991-997.

Boletín Oficial de Castilla y León (2010) "Ley 13/2010, de 9 de Diciembre, contra la Violencia de Género en Castilla y León". *Boletín Oficial de Castilla y León*, 20 de Diciembre de 2010 (243), pp. 96493-96515.

Boletín Oficial de Castilla y León (2013) "Acuerdo 35/2013 de 16 de Mayo de la Junta de Castilla y León, por el que se aprueba el Plan Autonómico para la Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres y contra la Violencia de Género de Castilla y León (2013-2018)". *Boletín Oficial de Castilla y León*, 20 de Mayo de 2013 (94), pp. 31780-31931.

Boletín Oficial del Estado (2004) "Ley orgánica 1/2004, de 28 de Diciembre de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género". *Boletín Oficial del Estado*, 29 de Diciembre de 2004, (313), pp. 42166-42197.

Boletín Oficial del Estado España (2006) "Real Decreto 1030/2006 de 15 de Septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización". *Boletín Oficial del Estado*, 16 de Septiembre de 2006 (222), pp. 32650-32679.

Bolling, K., Clemens, S., Phelps, A. and Smith, P. (2002) *2001 British Crime Survey: England and Wales Technical Report*. London: British Market Research Bureau.

Bonino, L. (1995) *Micromachismos: la violencia invisible a la pareja*. Buenos Aires: Paidós.

Bonomi, A.E., Anderson, M.L., Reid, R.J., Rivara, F.P., Carrell, D. and Thompson, R.S. (2009) "Medical and Psychosocial Diagnoses in Women With a History of Intimate Partner Violence". *Archives of Internal Medicine*, 169 (18), pp. 1692-1697.

Boyle, A. and Jones, P. (2006) "The acceptability of routine inquiry about domestic violence towards women: a survey in three healthcare settings". *British Journal of General Practice*, 56 (525), pp. 258-261.

Bradley, F., Smith, M., Long, J. and O'Dowd, T. (2002) "Reported frequency of domestic violence: cross sectional survey of woman attending general practice". *British Medical Journal*, 324 (7332), p. 271.

Brown, J.B., Lent, B., Brett, P., Sas, G. and Pederson, L.L. (1996) "Development of the Woman Abuse Screening Tool for Use in Family Practice". *Family Medicine*, 28 (6), pp. 422-428.

Brown, J.B., Lent, B., Schmidt, G. and Sas, G. (2000) "Application of the Woman Abuse Screening Tool (WAST) and WAST-short in the family practice setting". *Journal of Family Practice*, 49 (10), pp. 896-903.

Buitrago, F., Ciurana, R., Chocrón, L., Fernández-Alonso, M.C., García, J., Montón, C., Tizón, J.L. y Herrero, S. Grupo de Salud Mental del PAPPS (2014) "Recomendaciones para la prevención de los trastornos de la salud mental en Atención Primaria". *Atención Primaria*, 46 (4), pp. 59-74.

Campbell, J.C., Batya, M.L., Ghandour, R.M., Stockman, J.K., Francisco, L. and Wagman, J. (2008) "The intersection of intimate partner violence against women and HIV/AIDS: a review". *International Journal of Injury Control and Safety Promotion*, 15 (4), pp. 221-231.

Campbell, J.C., Snow, A., Dienemann, J., Kub, J., Schollenberger, J., O'Campo, P., Gielen, A.C. and Wynne, C. (2002) "Intimate partner violence and physical health consequences". *Archives of Internal Medicine*, 162 (10), pp. 1157-1163.

Campbell, J.C. (2002) "Health consequences of intimate partner violence". *The Lancet*, 359 (9314), pp. 1331-1336.

Canadian Task Force on Preventive Health Care (2013) *Domestic Abuse 2013. Critical Appraisal Report*. Ottawa, Ontario: Public Health Agency of Canada. Disponible en: <https://canadiantaskforce.ca/guidelines/appraised-guidelines/domestic-abuse/> [Consultado 21-11-2015].

Cano, L.M., Berrocoso, A., De Arriba, L., Bernaldo de Quirós, L., Alamar, J.D. y Cardo, A. (2010) "Prevalencia de violencia de género en mujeres que acuden a consultas de Atención Primaria". *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 3 (1), pp. 10-17.

Canterino, J.C., VanHorn, L.G., Harrigan, J.T., Ananth, C.V. and Vintzileos, A.M. (1999) "Domestic abuse in pregnancy: a comparison of a self-completed domestic abuse questionnaire with a directed interview". *American Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 181 (5), pp. 1049-1051.

Chen, P.-H., Rov, S., Washington, J., Jacobs, A., Vega, M., Pan, K.Y. and Johnson, M.S. (2007) "Randomized Comparison of 3 Methods to Screen for Domestic Violence in Family Practice". *Annals of Family Medicine*, 5 (5), pp. 430-435.

Christofides, N. and Jewkes, R. (2010) "Acceptability of universal screening for intimate partner violence in voluntary HIV testing and counseling services in South Africa and service implications". *AIDS Care*, 22 (3), pp. 279-285.

Coker, A.L., Hopenhayn, C., DeSimone, C.P., Bush, H.M. and Crofford, L. (2009) "Violence against Women Raises Risk of Cervical Cancer". *Journal of women's health (Larchmt)*, 18 (8), pp. 1179-1185.

- Coker, A.L., Smith, P.H., McKeown, R.E. and King, M.J. (2000) "Frequency and correlates of intimate partner violence by type: physical, sexual, and psychological battering". *American Journal of Public Health*, 90 (4), pp. 553-559.
- Coker, A.L., Smith, P.H., Thompson, M.P., McKeown, R.E., Bethea, L. and Davis, K.E. (2002) "Social support protects against the negative effects of partner violence on mental health". *Journal of Women's Health & Gender-based Medicine*, 11 (5), pp. 465-476.
- Coker, A.L., Watkins, K., Smith, P. and Brandt, H. (2003) "Social support reduces the impact of partner violence on health: application of structural equation models". *Preventive Medicine*, 37 (3), pp. 259-267.
- Coleman, K., Jansson, K., Kaiza, P. and Reed, E. (2007) *Homicides, Firearms Offences and Intimate Violence 2005/2006 (supplementary volume to crime in England and Wales 2005/2006)*. United Kingdom: Home Office.
- College American of Obstetrican and Gynecoslogyst (2012) *Intimate partner Violence*. Washington, D.C.: College American of Obstetrican and Gynecoslogyst Disponible en: <https://www.acog.org/-/media/Committee-Opinions/Committee-on-Health-Care-for-Underserved-Women/>
- Coll-Vinenta, B., Echeverría, T., Farràs, U., Rodríguez, D., Millá, J. y Santifà, M. (2008) "El personal sanitario no percibe la violencia doméstica como un problema de salud". *Gaceta Sanitaria*, 22 (1), pp. 7-10.
- Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades (2006) *Estudio de Investigación sobre la Violencia de género en el ámbito rural de Castilla y León. Informe de resultados*. Valladolid: Junta de Castilla y León.
- Consejo General del Poder Judicial (2017) *La violencia sobre la mujer en la estadística judicial: Anual 2016*. Disponible en: <http://www.poderjudicial.es/cgpi/es/Temas/Violencia-domestica-y-de-genero/Actividad-del-Observatorio/Datos-estadisticos/La-violencia-sobre-la-mujer-en-la-estadistica-judicial--Anual-2016> [Consultado: 13-04-2017].
- Council of Europe (2006). *Blueprint of the Council of Europe Campaign to Combat Violence against Women, including Domestic Violence (EG-TFV)*. Strasbourg: EU Publications. Disponible en: https://www.coe.int/t/dg2/equality/domesticviolencecampaign/Source/Blueprint_8_rev_5_EN.pdf [Consultado: 12-07-2014].
- Council of Europe (2011). *Council of Europe Convention on preventing and combating violence against women and domestic violence*. Council of Europe Treaty Series 210. Istanbul: EU Publications. Disponible en: <https://rm.coe.int/168008482e> [Consultado: 28-06-2014].
- Cyrulnik, B. (2001) *Los patitos feos. La resiliencia: una infancia infeliz no determina la vida*. París: Éditions Odile Jacob.
- Devries, K.M., Mak, J.Y., García-Moreno, C., Petzold, M., Child, J.C., Falder, G., Lim, S., Bacchus, L.J., Engell, R.E., Rosenfeld, L., Pallitto, C., Vos, T., Abrahams, N. and Watts, C.H. (2013) "Global health. The Global Prevalence of Intimate Partner Violence Against Women". *Science*, 340 (6140), pp. 1527-1528.
- Díaz-Olavarrieta, C., Campbell, J., García de la Cadena, C., Paz, F. and Villa, A.R. (1999) "Domestic violence against patients with chronic neurologic disorders". *Archives of Neurology*, 56 (6), pp. 681-685.
- Dicola, D., Spaar, E. (2016) "Intimate Partner Violence". *American Family Physician*, 94 (8), pp. 646-651.
- Douglas, E.M. and Straus, M.A. (2006) "Assault and Injury of Dating Partners by University Students in 19 Countries and its Relation to Corporal Punishment Experienced as Child". *European Journal of Criminology*, 3(3), pp. 293-318.
- Dunkle, K.L., Jewkes, R.K., Brown, H.C., Gray, G.E., McIntyre, J.A. and Harlow, S.D. (2004) "Gender-based violence, relationship power, and risk of HIV infection in women attending antenatal clinics in South Africa". *The Lancet*, 363 (9419), pp. 1415-1421.
- Dutton, M.A., Mitchell, B. and Haywood, Y. (1996) "The Emergency Department as a Violence Prevention Center". *Journal of the American Medical Women's Association*, 51(3), pp. 92-95.
- Echeburúa, E., Corral, P., Sarasua, B., y Zubizarreta, I. (1998). "Entrevista Semiestructurada sobre Maltrato Doméstico [No publicado]". En: Echeburúa, E. y Corral, P. *Manual de violencia familiar*. Madrid: Siglo Veintiuno.
- Echeburúa, E. y Fernández-Montalvo, J. (1997) "Tratamiento cognitivo-conductual de hombres violentos en el hogar: un estudio piloto". *Análisis y Modificación de la Conducta*, 23 (89), pp. 355-384.
- Ehrensaft, M.K., Cohen, P., Brown, J., Smailes, E., Chen, H. and Johnson, J.G. (2003) "Intergenerational transmission of partner violence: a 20-year prospective study". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71 (4), pp. 741-753.
- Ellsberg, M., Jansen, H., Heise, L., Watts, C.H. and Garcia-Moreno, C. (2008) "Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: an observational study". *The Lancet*, 371 (9619), pp. 1165-1172.
- Emergency Nurses Association (2006) *Position Statement: Intimate Partner and Family Violence, Maltreatment, and Neglect*. Des Plaines, Illinois: Emergency Nurses Association. Disponible en: http://www.ncdsv.org/images/ENA_IPVandFamilyViolenceMaltreatmentNeglect_2006.pdf [Consultado: 10-07-2014].

- Ernst, A.A., Weiss, S.J., Cham, E., Hall, L. and Nick, T.G. (2004) "Detecting ongoing intimate partner violence in the emergency department using a simple 4-question screen: the OVAT". *Violence and Victims*, 19 (3), pp. 375-384.
- Ertem, I.O., Leventhal, J.M. and Dobbs, S. (2000) "Intergenerational continuity of child physical abuse: how good is the evidence?" *The Lancet*, 356 (9232), pp. 814-819.
- European Union Agency for Fundamental Rights - FRA (2014). *Violence against Women: an EU-wide survey. Results at a glance*. Luxemburg: Publications Office of the European Union.
- Family Violence Prevention Fund (2010) *Reproductive health and partner violence guidelines: an integrated response to intimate partner violence and reproductive coercion*. San Francisco (CA): Family Violence Prevention Fund. Disponible en: http://www.futureswithoutviolence.org/userfiles/file/HealthCare/Repro_Guide.pdf [Consultado: 10-07-2014].
- Feder, G. (2006) "Responding to intimate partner violence: what role for general practice?" *British Journal of General Practice*, 56 (525), pp. 243-244.
- Federal Ministry for Family Affairs, Senior Citizens, Women and Youth (2003) *Health, Well-Being and Personal Safety of Women in Germany: results of the pilot study*. Bielefeld, Germany: KIWI GmbH.
- Feldhaus, K.M., Koziol-McLain, J., Amsbury, H.L., Norton, I.M., Lowenstein, S.R. and Abbott, J.T. (1997) "Accuracy of 3 brief screening questions for detecting partner violence in the emergency department". *The Journal of the American Medical Association*, 277 (17), pp. 1357-1361.
- Fernández, M.C., Herrero, S., Buitrago, F., Ciurana, R., Chocron, L., García, J., Montón, C., Redondo, M.J. y Tizón, J.L. Grupo de Salud Mental del Programa de Actividades de Prevención y Promoción de la Salud (PAPPS) de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (2003a) *Violencia doméstica*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Fernández, M.C., Herrero, S., Buitrago, F., Ciurana, R., Chocron, L., García, J., Monton, C., Redondo, M.J. y Tizón, J.L. Grupo de Salud Mental del Programa de Actividades de Prevención y Promoción de la Salud (PAPPS) de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (2003b) "Violencia en la pareja: papel del médico de familia". *Atención Primaria*, 32 (7), pp. 425-433.
- Fernández, M.C., Herrero, S., Cordero, J.A., Maderuelo, J.A. y González, M.L. (2007) "Características clínicas de las mujeres víctimas de Violencia de Género en el marco de un estudio experimental". *XXVII Congreso de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria*. Valladolid, 7-10 Noviembre 2007.
- Fernández, M.C., Herrero, S., Cordero, J.A., Maderuelo, J.A. y González, M.L. (2006) "Protocolo para la evaluación de la efectividad de una intervención sensibilizadora y formativa en profesionales de Atención Primaria para la mejora de la detección de la violencia doméstica (ISFVIDAP)". *Atención Primaria*, 38 (3), pp. 168-173.
- Fernández, M.C. y Herrero, S. (2005) *Guía de actuación ante los malos tratos contra las mujeres*. Valladolid: Sociedad Castellana y Leonesa de Medicina de Familia y Comunitaria.
- Fernández, M.C. y Herrero, S. (2007) "De la evidencia científica a la práctica clínica (I). Prevención primaria y secundaria de la violencia doméstica". *Revista Clínica Electrónica en Atención Primaria*, 12, pp. 1-6. Disponible en: https://ddd.uab.cat/pub/rceap/rceap_a2007m3n12/rceap_a2007m3n12a2.pdf [Consultado: 23-11-2014].
- Ferris, L.E. (1994) "Canadian family physicians and general practitioners, perceptions of their effectiveness in identifying and treating wife abuse". *Medical Care*, 32 (12), pp. 1163-1172.
- Ferris, L.E., Nurani, A. et Silver, L. (1999) *Guide traitant des femmes victimes de violence et du système canadien de justice pénale : lignes directrices à l'intention des médecins*. Ottawa, Canadá: Ministère des Travaux et Services Gouvernementaux.
- Fogarty, C.T. and Brown, J.B. (2002) "Screening for abuse in Spanish-speaking women". *The Journal of the American Board of Family Practice*, 15 (2), pp. 101-111.
- Fundación CERMI mujeres (Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad) (2017). *Informe sobre violencia de género hacia las mujeres con discapacidad a partir de la Macroencuesta 2015*. Madrid: Grupo Editorial Cinca.
- Furbee, P.M., Sicora, R., Williams, J.M. and Derk, J.M. (1998) "Comparison of domestic violence screening methods: a pilot study". *Annals of Emergency Medicine*, 31 (4), pp. 495-498.
- García, J.M., Torío, J., Lea, M.C., García, M.C. y Aguilera, R. (2008) "Detección de violencia contra la mujer en la consulta del médico de familia". *Atención Primaria*, 40 (9), pp. 455-461.
- García-Esteve, L.L., Torres, A., Navarro, P., Ascaso, C., Imaz, M.L., Herreras, Z. y Valdés, M. (2011) "Validación y comparación de cuatro instrumentos para la detección de la violencia de pareja en el ámbito sanitario". *Medicina Clínica*, 137 (9), pp. 390-397.

García-Moreno, C. (2002) "Dilemmas and opportunities for an appropriate health service response to violence against women". *The Lancet*, 359, pp. 1509-1514.

García-Moreno, C., Hegarty, K., D'Oliveira, A.F.L., Koziol-McLain, J., Colombini, M. and Feder, G. (2014) "The health system response to violence against women". *The Lancet*, 385 (9977), pp. 1567-1579.

García-Moreno, C., Jansen, H., Ellsberg, M., Heise, L. and Watts, C.H. on behalf of the WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women Study Team (2006) "Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence". *The Lancet*, 368 (9543), pp. 1260-1269.

Gazmararian, J.A., Petersen, R., Spitz, A.M., Goodwin, M.M., Saltzman, L.E. and Marks, J.S. (2000) "Violence and reproductive health: current knowledge and future research directions". *Maternal and Child Health Journal*, 4(2), pp. 79-84.

Gerber, M.R., Ganz, M.L., Lichter, E., Williams, C.M. and McCloskey, L.A. (2005) "Adverse Health Behaviors and the Detection of Partner Violence by Clinicians". *Archives of Internal Medicine*, 165 (9), pp. 1016-1021.

Gerencia Regional de Salud de Castilla y León (2010a) *Guía de práctica clínica sobre violencia contra las mujeres en la pareja*. Valladolid: Gerencia Regional de Salud.

Gerencia Regional de Salud de Castilla y León (2010b). *Informe evaluación del Servicio de violencia de género (documento interno)*. Valladolid: Gerencia Regional de Salud.

Gerencia Regional de Salud de Castilla y León (2017). *Guía clínica de actuación sanitaria ante la violencia de género*. Valladolid: Gerencia Regional de Salud. pp. 124.

Gielen, A.C., O'Campo, P.J., Campbell, J.C., Schollenberger, J., Woods, A.B., Jones, A.S., Dienemann, J.A. and Wynne, E.C. (2000) "Women's opinions about domestic violence screening and mandatory reporting". *American Journal of Preventive Medicine*, 19 (4), pp. 279-285.

Gobierno de Chile, Servicio Nacional de la Mujer (2010) *Estimación del costo de la violencia contra las mujeres en Chile en el contexto intrafamiliar*. Santiago de Chile: Domo Ediciones.

Golding, J.M. (1999) "Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: A meta-analysis". *Journal of Family Violence*, 14 (2), pp. 99-132.

Gomel, M.K. (1998) "Domestic Violence An Issue for Primary Health Care Professionals". En: Jenkins, R. and Bedirhan, T. Eds. *Preventing Mental Illness: Mental Health Promotion in Primary Care*. New York, pp. 440-455.

González, F., González, J.C., López, M.L., Polo, C. y Rullas, M. (2010) *Guía de atención a mujeres maltratadas con trastorno mental grave*. Comunidad de Madrid: Madrid Salud.

González, R. y Santana, J.D. (2001) "La violencia en las parejas jóvenes". *Psicothema*, 13(1), pp.127-131.

González-Losada, J., Castro-García, Y., Tosco-García, C., Rufino-Delgado, M.T., Mirpuri-Mirpuri, P.G. y García-Álvarez, C.D. (2012) "Prevalencia de violencia de género en Atención Primaria de Santa Cruz de Tenerife". *Medicina de Familia SEMERGEN*, 38 (2), pp. 87-94.

Gracia, E. (2004) "Unreported cases of domestic violence against women: towards an epidemiology of social silence, tolerance, and inhibition". *Journal of Epidemiology and Community Health*, 58 (7), pp. 536-537.

Greaves, L., Hankivsky, O. and Kingston-Riechers, J. (1995) *Selected estimates of the costs of violence against women*. London, Ontario: Centre of Research on Violence against Women and Children.

Gregory, A., Ramsay, J., Agnew-Davies, R., Baird, K., Devine, A., Dunne, D., Eldridge, S., Howell, A., Johnson, M., Rutterford, C., Sharp, D. and Feder, G. (2010) "Primary Care Identification and Referral to Improve Safety of women experiencing domestic violence (IRIS): protocol for a pragmatic cluster randomised controlled trial". *BioMed Central Public Health*, 10 (54). Disponible en: <http://doi.org/10.1186/1471-2458-10-54> [Consultado: 10-10-2014].

Guth, A.A. and Pachter, L. (2000) "Domestic violence and the trauma surgeon". *The American Journal of Surgery*, 179 (2), pp. 134-140.

Hathaway, J.E., Mucci, L.A., Silverman, J.G., Brooks, D.R., Mathews, R. and Pavlos, C.A. (2000) "Health status and health care use of Massachusetts women reporting partner abuse". *American Journal of Preventive Medicine*, 19 (4), pp. 302-307.

Hegarty, K., O'Doherty, L., Taft, A., Chondros, P., Brown, S., Valpied, J., Astbury, J., Taket, A., Gold, L., Feder, G. and Gunn, J. (2013) "Screening and counselling in the primary care setting for women who have experienced intimate partner violence (WEAVE): a cluster randomised controlled trial". *The Lancet*, 382 (9888), pp. 249-258.

Hegarty, K., Sheehan, M. and Schonfeld, C. (1999) "A multidimensional definition of partner abuse: Development and preliminary validation of the composite abuse scale". *Journal of Family Violence*, 14 (4), pp. 399-415.

- Heise, L., Ellsberg, M. and Gottemoeller, M. (1999) *Ending violence against women*. En: Population Information Program Ed. *Population Reports, series L (11)*. Baltimore: Johns Hopkins University School of Public Health.
- Heise, L. (2011) *What works to prevent partner violence? An evidence overview*. London: London School of Hygiene and Tropical Medicine.
- Heiskanen, M. and Piispa, M., (2001) "The price of violence: The costs of men's violence against women in Finland". Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health.
- Hernández, M.J., Sanmartín, J., Martínez, P. y Molina, A. (2006) *Costes de la violencia de género en las relaciones de pareja*. Comunidad Valenciana: Fundación de la Comunidad Valenciana para el Estudio de la Violencia.
- Herrero, S. (2011) *Conocimientos y actitudes de los médicos de familia de Castilla y León respecto a la violencia doméstica y estudio de opinión de las víctimas de maltrato en relación a su actuación*. Tesis Doctoral. Universidad de Valladolid.
- Hudson, W.W. and McIntosh, S.R. (1981) "The assessment of spouse abuse: two quantifiable dimensions". *Journal of Marriage and Family*, 43 (4), pp. 873-888.
- Humphreys, J., Lee, K., Neylan, T. and Marmar, C. (2001) "Psychological and physical distress of sheltered battered women". *Health Care for Women International*, 22(4), pp. 401-414.
- India SAFE Steering Committee (1999) *IndiaSAFE final report*. Washington, DC: International Center for Research on Women.
- Instituto de la Mujer (2000) *Macroencuesta I. Violencia contra las mujeres 1999*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Disponible en: <http://www.inmujer.migualdad.es/mujer/mujeres/cifras/violencia/macroencuestaviolencia.htm> [Consultado: 10-05-2014].
- Instituto de la Mujer (2002). *Macroencuestas II. Violencia contra las mujeres 2002*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Disponible en: <http://www.inmujer.migualdad.es/mujer/mujeres/cifras/violencia/macroencuestaviolencia.htm> [Consultado: 10-05-2014].
- Instituto de la Mujer (2006). *Macroencuesta III. Violencia contra las mujeres 2006*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Disponible en: <http://www.inmujer.migualdad.es/mujer/mujeres/cifras/violencia/macroencuestaviolencia.htm> [Consultado: 10-05-2014].
- Instituto de la Mujer (1999). *Plan de acción contra la violencia doméstica (1998-2000)*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Instituto de la Mujer (2001) *II Plan Integral contra la Violencia Doméstica (2001-2004)*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Instituto Nacional de Estadística (2013). *Encuesta Nacional de Salud 2011-2012*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Institute of Medicine (2011). *Clinical preventive services for women: Closing the gaps*. Washington DC. The National Academies Press. <http://doi.org/10.17226/13181> [Consultado: 05-11-2014].
- International Neonatal Nurses (2010) *Position Statement on Routine Screening for Intimate Partner Violence*. Boston: Council of International Neonatal Nurses. Disponible en: http://www.coinnurses.org/1_documents/resources/p_statement/PositionStat_Intimate_Partner_Violence.pdf [Consultado: 12-06-2015].
- Iskandar, L., Braun, K.L. and Katz, A.R. (2015) "Testing the Woman Abuse Screening Tool to Identify Intimate Partner Violence in Indonesia". *Journal of Interpersonal Violence*, 30 (7), pp. 1208-1225.
- Jaspard, M., Brown, E., Condon, S., Firdion, J.M., Fougeyrollas-Schwebel, D., Houel, A., Lhomond, B., Saurel-Cubizolles, M.J. et Schiltz, M.A. (2000) *Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France (Etude ENVEFF)*. París: Service de droit des femmes et de l'égalité.
- Jiménez, C. (1995) *Malos tratos conyugales a mujeres en el área de Sevilla*. Sevilla: Instituto Andaluz de la Mujer.
- Jiménez, M.L. y Ruiz-Pérez, I. (2007) *Medición de la violencia contra la mujer: catálogo de instrumentos*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Kilpatrick, K. and Williams, L.M. (1997) "Post-traumatic stress disorder in child witnesses to domestic violence". *American Journal of Orthopsychiatry*, 67 (4), pp. 639-645.
- Koss, M.P., Koss, P.G. and Woodruff, W. J. (1991) "Deleterious effects of criminal victimization of women's health and utilization". *Archives of Internal Medicine*, 151 (2), pp. 342-347.
- Krantz, G. and García-Moreno, C. (2005). "Violence against women". *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59 (10), pp. 818-821.

- Krug, E.G., Dahlberg, L.L., Mercy, J.A., Zwi, A.B., Lozano, R. (2002) *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization.
- Kumar, S., Jeyaseelan, L., Suresh, S., Ahuja, R.C. (2005) "Domestic violence and its mental health correlate in Indian women". *British Journal of Psychiatry*, 187, pp. 587-588.
- Kwong, M.J., Bartholomew, K., Henderson, A. and Trinke, J. (2003) "The intergenerational transmission of relationship violence". *Journal of Family Psychology*, 17 (3), pp. 288-301.
- Lloyd, S. and Taluc, N. (1999) "The effects of male violence on female employment". *Violence Against Women*, 5 (4), pp. 370-392.
- Londoño, J.L. y Guerrero, R. (2000) *Violencia en América latina: Epidemiología y costos, asaltos al desarrollo*. Washington, DC: Banco interamericano de desarrollo.
- López, F. (1994) *Abusos sexuales a menores. Lo que recuerdan de mayores*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.
- Lorraine, G., Hankivsky, O., and Kingston-Riechers, J. (1995) *Selected Estimates of the Cost of Violence Against Woman*. London, Ontario: Centre for Research on Violence Against Woman and Children.
- MacMillan, H.L., Wathen, C.N., Jamieson, E., Boyle, M., Shannon, H., Ford-Gilboe, M., Morster, A., Lent, B., Coben, J., Campbell, J. and McNutt, A., on behalf of the McMaster Violence Against Women Research Group (2009) "Screening for Intimate Partner Violence in Health Care Settings. A Randomized Trial". *The Journal of the American Medical Association*, 302 (5), pp. 493-501.
- MacMillan, H.L., Whaten, C.N., Jamieson, E., Boyle, M., McNutt, L.A., Worster, A., Lent, B. and Webb, M. on behalf of the McMaster Violence Against Women Research Group (2006). Approaches to Screening for Intimate Partner Violence in Health Care Settings. *The Journal of the American Medical Association*, 296 (5), pp. 530-536.
- Majdalani, M.P., Alemán, M., Fayanás, R., Guedes, A. y Mejía, R.M. (2005) "Validación de un cuestionario breve para detectar situaciones de violencia de género en las consultas clínicas". *Revista Panamericana de Salud Pública*, 17 (2), pp. 79-83.
- Martínez, M.I. (2004) *Los costes sociales y económicos de la violencia contra las mujeres en Andalucía. Hacia una metodología comprensiva del fenómeno*. Sevilla: Instituto Andaluz de la Mujer.
- Mata, N. y Ruiz, I. (2002) *Detección de violencia doméstica en mujeres que acuden a un centro de Atención Primaria*. Tesina Máster de Salud Pública y Gestión Sanitaria. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Matud, M.P., Carballeira, M. y Marrero, R.J. (2001) "Validación de un inventario de evaluación del maltrato a la mujer por su pareja: el APCM". *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 1 (2), pp. 5-17.
- Matud, M.P. (2004) "Impacto de la violencia doméstica en la salud de la mujer maltratada". *Psicothema*, 16 (3), pp. 397-401.
- McCauley, J., Kern, D.E., Kolodner, K., Dill, L., Schroeder, A.F., DeChant, H.K., Ryden, J., Bass, E.B. and Derogatis, L.R. (1995) "The "battering syndrome": prevalence and clinical characteristics of domestic violence in primary care internal medicine practices". *Annals of Internal Medicine*, 123(10), pp. 737-746.
- McFarlane, J., Christoffel, K., Bateman, L., Miller, V. and Bullock, L. (1991) "Assessing for abuse: self-report versus nurse interview". *Public Health Nursing*, 8(4), pp. 245-250.
- McFarlane, J., Parker, B., Soeken, K. and Bullock, L. (1992) "Assessing for abuse during pregnancy: severity and frequency of injuries and associated entry into prenatal care". *Journal of the American Medical Association*, 267 (23), pp. 3176-3178.
- McLennan, J.D. and MacMillan, H.L. (2016) "Routine Primary Care screening for intimate partner violence and other adverse psychosocial exposures: what's the evidence?" *BioMed Central Family Practice*, 17(103), pp. 1-4.
- McWilliams, M. and McKiernan, J. (1993) *Bringing it out into the open: Domestic violence in Northern Ireland*. Belfast: HMSO.
- Medina, J.J. and Barberet, R. (1998) "Validity and reability of the CTS-II: Another sledgehammer?" *Annual Meeting of the American Society of Criminology*. Washington DC: 11-14 Noviembre 1998.
- Mezey, G.C. (1997) "Domestic violence in pregnancy". En: Bewley, S. et al. Eds. *Violence against women*. London: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG), pp. 77-85.
- Millán, S., Sepúlveda, A., Sepúlveda, P. y González, B. (2009) *Mujeres con discapacidad y violencia sexual: guía para profesionales*. Junta de Andalucía: Consejería para la Igualdad y Bienestar Social.

- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Delegación de Gobierno para la violencia de género (2011) *Macroencuesta de violencia de género 2011*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Centro de Publicaciones.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Delegación del Gobierno para la violencia de género (2017) *Ficha estadística de víctimas mortales por violencia de género. Año 2016*. Disponible en: http://www.violenciagero.msssi.gob.es/violenciaEnCifras/victimasMortales/fichaMujeres/pdf/VMortales_31_12_2016.pdf [Consultado: 25-05-2017].
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Delegación de Gobierno para la violencia de género (2015) *Macroencuesta de violencia contra la mujer 2015*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Centro de Publicaciones.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2009) *Plan de atención y prevención de la violencia de género en población extranjera inmigrante (2009-2012)*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Centro de Publicaciones.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2010) *Plan Integral de Lucha contra la trata con fines de explotación sexual (2009-2012)*. Madrid: Subdirección General de Cooperación y Relaciones Institucionales.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2012). *Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género. 2012*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Centro de Publicaciones.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2013a). *Estrategia Nacional para la erradicación de la violencia contra la mujer (2013-2016)*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Centro de Publicaciones.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2013b). *Plan de calidad para el Sistema Nacional de Salud: Informes anuales*. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/home.htm> [Consultado: 10-12-2016].
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2007) *Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Centro de Publicaciones.
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2009) *Plan Nacional de sensibilización y prevención de la violencia de género: marco conceptual y ejes de intervención*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Centro de Publicaciones.
- Montero, A. (2001) "El síndrome de adaptación paradójica a la violencia doméstica. Una propuesta teórica". *Clínica y Salud*, 12 (1), pp. 337-397.
- Morrison, A.R. and Orlando, M.B. (1999) "Social and economic costs of domestic violence: Chile and Nicaragua". In: Morrison, A.R. and Biehl, M.L. *Too close to home: domestic violence in the Americas*. Washington, DC: Inter-American Development Bank, pp. 51-80.
- Morrison, L.J., Allan, R. and Grunfeld, A. (2000) "Improving the emergency department detection rate of domestic violence using direct questioning". *The Journal of Emergency Medicine*, 19 (2), pp. 117-124.
- Moyer, V.A. on behalf of the U.S. Preventive Services Task Force (2013) "Screening for intimate partner violence and abuse of elderly and vulnerable adults: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement". *Annals of Internal Medicine*, 158 (6), pp. 478-486.
- Mullen, E.P., Roman-Clarkson, S.E., Walton, V.A. and Herbison, E.P. (1988) "Impact of sexual and physical abuse on women mental health". *The Lancet*, 1 (8590), pp. 841-845.
- Murphy, C.C., Schei, B., Myhr, T.L. and Du, M.J. (2001) "Abuse: a risk factor for low birth weight? A systematic review and meta-analysis". *Canadian Medical Association Journal* 164 (11), pp. 1567-1572.
- National Center for Injury Prevention and Control (2003) *Costs of Intimate Partner Violence Against Women in the United States*. Atlanta, BA: Centers for Disease Control and Prevention.
- National Institute for Health and Care Excellence (2016) *Community engagement: improving health and wellbeing and reducing health inequalities*. United Kingdom: NICE Guideline. Disponible en: nice.org.uk/guidance/ng44 [Consultado: 10-12-2016].
- Naumann P, Langford D, Torres S, Campbell J and Glass N. (1999) "Women battering in primary care practice". *Family Practice*, 16 (4), pp. 343-352.
- Nelson, H.D., Bougatsos, C. and Blazina, I. (2012) *Screening Women for Intimate Partner Violence and Elderly and Vulnerable Adults for Abuse: Systematic Review to Update the 2004 U.S. Preventive Services Task Force Recommendation*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.

- O'Campo, P., Kirst, M., Tsamis, C., Chambers, C. and Ahmad, F. (2011) "Implementing successful intimate partner violence screening programs in health care settings: Evidence generated from a realist-informed systematic review". *Social Science & Medicine*, 72 (6), pp. 855-866.
- O'Doherty L, Hegarty K, Ramsay J, Davidson LL, Feder G, Taft A. (2015). "Screening women for intimate partner violence in health care settings". *Cochrane Database Systematic Reviews* Art. No. CD007007. <http://doi.org/10.1002/14651858.CD007007.pub3>
- Office for National Statistics (2016) *Crime in England and Wales: year ending June 2016*. Disponible en: <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/crimeandjustice/bulletins/crimeinenglandandwales/yearendingjune2016> [Consultado: 02-09-2016].
- Organización de Naciones Unidas, Asamblea General (1967) *Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer*. <http://www.un.org/es/documents/ag/res/22/ares22.htm> [Consultado: 22-11-2014].
- Organización de Naciones Unidas, Asamblea General (1975) *Conferencia Mundial del Año Internacional de la Mujer*. Ciudad de México. Disponible en: <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/otherconferences/Mexico/Mexico%20conference%20report%20optimized.pdf> [Consultado: 23-11-2014].
- Organización de Naciones Unidas, Asamblea General (1979) *Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer*. New York. Disponible en: <http://www.un-documents.net/a34r180.htm> [Consultado: 23-11-2014].
- Organización de Naciones Unidas, Asamblea General (1980) *II Conferencia Mundial sobre la Condición Jurídica y Social de la Mujer*. Copenhague. Disponible en: <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/copenhagen.html> [Consultado: 22-11-2014].
- Organización de Naciones Unidas, Asamblea General (1985) *Conferencia Mundial para el Examen y la Evaluación de los Logros del Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer*. Nairobi, Kenya. Disponible en: <http://www.un.org/womenwatch/confer/nfls/Nairobi1985report.txt> [Consultado: 09-09-2014].
- Organización de Naciones Unidas, Asamblea General (1993a) *Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer*. Nueva York. <http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/1286.pdf> [Consultado: 23-11-2014].
- Organización de Naciones Unidas, Asamblea General (1993b) *Conferencia mundial de Derechos Humanos*. Viena. Disponible en: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G93/142/36/PDF/G9314236.pdf?OpenElement> [Consultado: 23-11-2014].
- Organización de Naciones Unidas, Asamblea General (1996) *Informe de la cuarta conferencia mundial sobre la mujer*. Nueva York. Disponible en: <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing%20full%20report%20S.pdf> [Consultado: 23-11-2014].
- Organización de Naciones Unidas, Asamblea General (1999) *Día Internacional de la Eliminación de la Violencia contra la Mujer*. Disponible en: <http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/RES/54/134> [Consultado: 11-09-2014].
- Organización de Naciones Unidas, Asamblea General (2006) *Estudio a fondo sobre todas las formas de violencia contra la mujer*. Ginebra. Disponible en: http://cdd.emakumeak.org/ficheros/0000/0582/Estudio_violenciaONU.pdf [Consultado: 23-11-2014].
- Organización de Naciones Unidas. División de Estadística del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales (2015). *Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe de 2015*. Nueva York. Disponible en: http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/2015/mdg-report-2015_spanish.pdf [Consultado: 25-05-2017].
- Organización Mundial de la Salud, 49ª Asamblea Mundial de la Salud (1996) *Prevención de la violencia: una prioridad de Salud Pública*. Ginebra. Disponible en: http://www.who.int/violence_injury_prevention/resources/publications/en/WHA4925_spa.pdf [Consultado: 13-04-2014].
- Organización Mundial de la Salud, 69ª Asamblea Mundial de la Salud (2016) *Proyecto de plan de acción mundial sobre la violencia*. Ginebra. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=12113&Itemid=135&lang=es [Consultado: 16-02-2017].
- Organización Mundial de la Salud (1998) *Violencia contra las mujeres. Un tema de salud prioritario*. Washington, DC: Organización Mundial de la Salud / Organización Panamericana de Salud.
- Organización Panamericana de la Salud (2016). *Atención de salud para las mujeres que han sufrido violencia de pareja o violencia sexual. Manual clínico*. Washington, D.C. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/31381/OPSFGL16016-spa.pdf> [Consultado: 02-04-2017].
- Pan, H.S., Ehrensaft, M.K., Heyman, R.E., O'Leary, K.D., Schwartz, R. (1997) "Evaluating domestic partner abuse in a family practice clinic". *Family Medicine*, 29 (7), pp. 492-495.

- Paranjape, A. and Liebschutz, J. (2003) "STaT: A three-question screen for intimate partner violence". *Journal of Women's Health & Gender-based Medicine*, 12 (3), pp. 233-239.
- Parsons, L.H. and Harper, M.A. (1999) "Violent maternal deaths in North Carolina". *Obstetrics & Gynecology*, 94 (6), pp. 990-993.
- Pico-Alfonso, M.A., Garcia-Linares, M.I., Celda-Navarro, N., Blasco-Ros, C., Echeburúa, E. and Martínez, M. (2006) "The impact of physical, psychological, and sexual intimate male partner violence on women's mental health: depressive symptoms, posttraumatic stress disorder, state anxiety, and suicide". *Journal of women's health* 15 (5), pp. 599-611.
- Plazaola-Castaño, J., Ruiz-Pérez, I. y Hernández-Torres, E. (2008) "Validación de la versión corta del Woman Abuse Screening Tool para el uso en Atención Primaria en España". *Gaceta Sanitaria*, 22(5), pp. 451-460.
- Plazaola-Castaño, J., Ruiz-Pérez, I. y Montero-Piñar, M.I. (2008) Grupo de Estudio para la Violencia de Género. Apoyo social como factor protector frente a la violencia contra la mujer en la pareja. *Gaceta Sanitaria*, 22 (6), pp. 527-533.
- Polo, C. (2001) *Maltrato a la mujer en la relación de pareja: factores relacionales implicados*. Tesis Doctoral. Universidad de Alcalá.
- Puente-Martínez, A., Ubillos-Landa, S., Echeburúa, E. y Páez-Rovira, D. (2016) "Factores de riesgo asociados a la violencia sufrida por la mujer en la pareja: una revisión de meta-análisis y estudios recientes". *Anales de Psicología*, 32 (1), pp. 295-306.
- Qureshi, S. and Bullock, K. (2012) "Qualitative benefits of screening for intimate partner violence". *American Family Physician*, 85 (10). Disponible en: <https://www.aafp.org/afp/2012/0515/ol2.html> [Consultado: 20-04-2015].
- Rabin, R.F., Jennings, J.M., Campbell, C.J., and Bair-Merritt, M.H. (2009) "Intimate Partner Violence Screening Tools". *American Journal of Preventive Medicine* 36 (5), pp. 439-445.
- Ramsay, J., Richardson, J., Carter, Y.H., Davidson, L.L. and Feder, G. (2002) "Should health professionals screen women for domestic violence? Systematic Review". *British Medical Journal*, 325 (7359), pp. 314-327.
- Ramsay, J., Rivas, C. and Feder, G. (2005) *Interventions to reduce violence and promote the physical and psychosocial well-being of women who experience partner violence: a systematic review of controlled evaluations*. London: Queen Mary's School of Medicine and Dentistry.
- Ramsay, J., Rutterford, C., Gregory, A., Dunne, D., Eldridge, S., Sharp, D. and Feder, G. (2012) "Domestic violence. Knowledge, attitudes, and clinical practice of selected UK primary healthcare clinicians". *British Journal of General Practice*, 62 (602), pp. 647-655.
- Raya-Ortega, L., Ruiz-Pérez, I., Plazaola-Castaño, J., Brun, S., Rueda, D., García de Vinuesa, L., González, J.M., Garralón, L.M., Arnalte, M., Lahoz, B., Acemel, M.D. y Carmona, M.P. (2004) "La violencia contra la mujer en la pareja como factor asociado a una mala salud física y psíquica". *Atención Primaria*, 34 (3), pp. 117-124.
- Recio, M., Galindo, L., Cendra, J., Alemany, A., Villaró, G. y Martorel, A. (2013) *Abuso y discapacidad intelectual. Orientaciones para la prevención y la actuación*. Madrid: Fundación Pardo-Valcarce.
- Rhodes, K.V., Lauderdale, D.S., He, T., Howes, D.S. and Levinson, W. (2002) "Between me and the computer": Increased detection of intimate partner violence using a computer questionnaire". *Annals of Emergency Medicine*, 40 (5), pp. 476-484.
- Richardson, J., Coid, J., Petrukevitch, A., Chung, W.S., Moorey, S. and Feder, G. (2002) "Identifying domestic violence: cross sectional study in primary care". *British Medical Journal*, 324 (7332), p. 274.
- Rivas, C., Ramsay, J., Sadowski, L., Davidson, L.L., Dunne, D., Eldridge, S., Hegarty, K., Taft, A. and Feder, G. (2015) "Advocacy interventions to reduce or eliminate violence and promote the physical and psychosocial well-being of women who experience intimate partner abuse". *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12: CD005043. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26632986> [Consultado: 13-04-2016].
- Rodríguez-Franco, L., Antuña, M.A., Rodríguez-Díaz, F.J., Herrero, F.J. y Nieves, V.E. (2007) "Violencia de género en relaciones de pareja durante la adolescencia. Análisis diferencial del cuestionario de violencia entre novios (CuViNo)". En Arce, R. et al. Eds. *Psicología jurídica. Violencia y víctimas*. Valencia: Diputación de Valencia. pp. 137-147.
- Rodríguez-Franco, L., López-Cepero, J., Rodríguez, F.J., Bringas, C., Antuña, M.A. y Estrada, C. (2010) "Validación del Cuestionario de Violencia entre Novios (CuViNo) en jóvenes hispano-hablantes: análisis de resultados en España, México y Argentina". *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 6 (2010), pp. 45-52.
- Romito, P., Molzan, T.J. and De Marchi, M. (2005) "The impact of current and past interpersonal violence on women's mental health". *Social Science & Medicine*, 60 (8), pp. 1717-1727.
- Ruiz-Pérez, I., Plazaola-Castaño, J., Álvarez-Kindelan, M., Palomo-Pinto, M., Arnalte-Barrera, M., Bonet-Pla, A., De Santiago-Hernando, M.L., Herranz-Torrubiano, A. and Garralón-Ruiz, L.M. Gender violence study group (2006)

"Sociodemographic associations of physical, emotional, and sexual intimate partner violence in Spanish women". *Annals of Epidemiology*, 16 (5), pp. 357-363.

Ruiz-Pérez, I., Plazaola-Castaño, J., y Vives Cases, C. (2007) "Violencia contra la mujer. Consecuencias para la salud, sociales, económicas y repercusión en los servicios de salud y en los profesionales". *Revista Clínica Electrónica en Atención Primaria*, 12. Disponible en: http://docplayer.es/storage/28/12887311/1521592135/LTvRuFegTKSMCMLFHdn_IA/12887311.pdf [Consultado: 02-04-2015].

Ruiz-Pérez, I., Plazaola-Castaño, J., Blanco-Prieto, P., González-Barranco, J.M., Ayuso-Martín, P. y Montero-Piñar, M.I. Grupo de estudio para la violencia de género. (2006) "La violencia contra la mujer en la pareja: un estudio en el ámbito de la Atención Primaria". *Gaceta Sanitaria*, 20 (3), pp. 202-208.

Ruiz-Pérez, I., Plazaola-Castaño, J., Vives-Castaño, C., Montero-Piñar, I., Escibea-Aguilar, V., Jiménez-Gutiérrez, E. y Martín-Baena, D. G6 para el Estudio de Violencia de Género en España (2010) "Variabilidad geográfica de la violencia contra las mujeres en España". *Gaceta Sanitaria*, 24 (2), pp. 128-135.

Ruiz-Pérez, I. y Plazaola-Castaño, J. (2004) "Violencia contra la mujer en la pareja y consecuencias en la salud física y psíquica". *Medicina Clínica*, 122 (12), pp. 461-467.

Ruiz-Pérez, I. and Plazaola-Castaño, J. (2005) "Intimate Partner Violence and Mental Health Consequences in Women Attending Family Practice in Spain". *Psychosomatic Medicine*, 67 (5), pp. 791-797.

Saimen, A., Armstrong, E., Manitshana, C. and Govender, I. (2016) "Evaluation of a two-question screening tool in the detection of intimate partner violence in a Primary Healthcare setting in South Africa". *South African Family Practice*, 58 (5), pp. 172-178.

Salvador, L. (2015) "Resiliencia en violencia de género. Un nuevo enfoque para los/las profesionales sanitarios/as". *Journal of Feminist, Gender and Women Studies*, 1, pp. 103-113.

Sánchez, C., Álvarez-Buylla, S. y Espinella, B. (2010) *Situación de las mujeres sordas ante la violencia de género*. Madrid: Confederación Estatal de Personas Sordas.

Sanz-Barbero, B., Rey, L. y Otero-García, L. (2014) "Estado de salud y violencia contra la mujer en la pareja". *Gaceta Sanitaria*, 28 (2), pp. 102-108.

Sarkar, N.N. (2008) "The impact of intimate partner violence on women's reproductive health and pregnancy outcome". *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 28 (3), pp. 266-271.

Scholle, S.H., Rost, K.M. and Golding, J.M. (1998) "Physical abuse among depressed women". *Journal of General Internal Medicine*, 13 (9), pp. 607-613.

Servicio Madrileño de Salud (2008). *Magnitud, impacto en salud y aproximación a los costes sanitarios de la violencia de pareja hacia las mujeres en la Comunidad de Madrid*. Comunidad de Madrid: Madrid Salud.

Sherin, K.M., Sinacore, J.M., Li, X.Q., Zitter, R.E. and Shakil, A. (1998) "HITS: a short domestic violence screening tool for use in a family practice setting". *Family Medicine*, 30 (7), pp. 508-512.

Short, L.M. and Rodríguez, R. (2002) "Testing an intimate partner violence assessment icon form with battered migrant and seasonal farmworker women". *Women Health*, 35 (2-3), pp. 181-192.

Sierra, J.C., Monge, S.F., Santos-Iglesias, P., Bermúdez, M.P. and Salinas, J.M. (2011) "Validation of a reduced Spanish version of the Index of Spouse Abuse International". *Journal of Clinical and Health Psychology*, 11 (2), pp. 363-383.

Sohal H, Eldridge S and Feder G (2007). The sensitivity and specificity of four questions (HARK) to identify intimate partner violence: a diagnostic accuracy study in general practice. *BMC Family Practice*, 8: 49. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-8-49>

Spangaro, J. (2017) "What is the role of health systems in responding to domestic violence? An evidence review", *Australian Health Review*, 41 (6), pp. 639-645.

Spangaro, J.M., Zwi, A.B. and Poulos, R.G. (2011) "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*, 1 (2), pp. 150-162.

Sprague, S., Slobogean, G.P., Spurr, H., McKay, P., Scott, T., Arseneau, E., Memon, M., Bhandari, M., and Swaminathan, A. (2016) "A Scoping Review of Intimate Partner Violence Screening Programs for Health Care Professionals". *PLOS ONE*, 11 (12), pp. 1-17.

Stark, E. and Flitcraft, A. (1996) *Women at risk: domestic violence and women's health*. London: SAGE.

Straus, M.A. (2008) "Dominance and Symmetry in Partner Violence by Male and Female University Students in 32 Nations". *Children and Youth Services Review*, 30 (3), pp. 252-275.

- Straus, M.A. (1979) "Measuring intrafamily conflict and violence: The conflict tactics (CT) scales". *Journal of Marriage and Family*, 41 (1), pp. 75-88.
- Sugg, N.K. and Inui, T. (1992) "Primary care physician's response to domestic violence. Opening Pandora's Box". *Journal of the American Medical Association*, 267 (23), pp. 3157-3160.
- Sullivan, C.M. and Bybee, D.I. (1999) "Reducing violence using community based advocacy for women with abusive partners". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67 (1), pp. 43-53.
- Taft, A., Broom, D.H. and Legge, D. (2004) "General practitioner management of intimate partner abuse and the whole family: qualitative study". *British Medical Journal*, 328 (7440), pp. 618-621.
- Taft, A., O'Doherty, L., Hegarty, K., Ramsay, J., Davidson, L.L. and Feder, G. (2013) "Screening women for intimate partner violence in healthcare settings". *Cochrane Database of Systematic Reviews* (4), CD007007. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23633338> [Consultado: 19-10-2014].
- Taket, A., Nurse, J., Smith, K., Watson, J., Shakespeare, J., Lavis, V., Cosgrove, K., Mulley, K. and Feder, G. (2003) "Routinely asking woman about domestic violence in health settings". *British Medical Journal*, 327 (7416), pp. 673-676.
- Thackeray JD, Hibbard R, Dowd MD, Committee on Child Abuse and Neglect, Committee on Injury, Violence, and Poison Prevention (2010) "Intimate partner violence: the role of the pediatrician". *Pediatrics*. 25 (5), pp. 1094-100.
- Thompson, R.S., Rivara, F.P., Thompson, D.C., Barlow, W.E., Sugg, N.K., Maiuro, R.D., Rubanowice, and D.M. (2000) "Identification and management of domestic violence: a randomized trial". *American Journal of Preventive Medicine*, 19 (4), pp. 253-263.
- Tolman, R.M. (1989) "The development of a measure of psychological maltreatment of women by their male partners". *Violence and Victims*, 4 (3), pp. 159-177.
- Valpied, J. and Hegarty, K. (2015) "Intimate partner abuse: identifying, caring for and helping women in healthcare settings". *Womens Health*, 11 (1), pp. 51-63.
- Verlaine, K. (2012) "Taking a Fresh Look at Routine Screening for Intimate Partner Violence: What Can We Do About What We Know?" *Mayo Clinic Proceedings*, 87 (5), pp. 419-423.
- Vives-Cases, C., Álvarez-Dardet, C., Gil-González, D., Torrubiano-Domínguez, J., Rohlfs, I. and Escribà-Agüir, V. (2009) "Perfil socio-demográfico de las mujeres afectadas por la violencia del compañero íntimo en España". *Gaceta Sanitaria*: 23 (5), pp. 410-414.
- Vives-Cases, C., Gil-González, D., Carrasco-Portiño, M. y Álvarez- Dardet, C. (2006) "Detección temprana de la violencia del compañero íntimo en el sector sanitario. ¿Una intervención basada en la evidencia?" *Medicina Clínica*, 126 (3), pp. 101-104.
- Walby, S. (2004) "The cost of domestic violence". London: Department of Trade and Industry.
- Walker, L.E., (1979) *The Battered Women*. New York: Harper&Row Publishers. pp. 55.
- Weiss, S.J., Ernst, A.A., Cham, E. and Nick, T.G. (2003) "Development of a screen for ongoing intimate partner violence". *Violence and Victims*, 18 (2), pp. 131-141.
- Wise, L.A., Zierler, S., Krieger, N. and Harlow, B.L. (2001) "Adult onset of mayor depressive disorder in relation to early life violent victimization: a case-control study". *The Lancet*, 358 (9285), pp. 881-887.
- World Bank (1993) *World Development Report 1993. Investing in health*. New York: Oxford University Press.
- World Health Organization and London School of Hygiene and Tropical Medicine (2010) *Preventing intimate partner and sexual violence against women: taking action and generating evidence*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (2006) *Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research, London School of Hygiene and Tropical Medicine, South African Medical Research Council (2013a) *Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (2013b). *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (2014) *Global status report on violence prevention 2014*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (2016) *Draft global plan of action on violence*. Geneva: World Health Organization.
- Yegidis, B. (1989) *Abuse Risk Inventory Manual*. Palo Alto (CA): Consulting Psychologist Press

ANEXO 1

SERVICIO DE CRIBADO Y ATENCIÓN A LAS MUJERES VICTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN ATENCIÓN PRIMARIA

210 a

violencia género

En la Historia Clínica de toda mujer de 14 o más años de edad, quedara registrado:

Inclusión

210a.1

- Resultado de anamnesis de presencia, sospecha o ausencia de malos tratos.

En la Historia Clínica de toda mujer con sospecha de malos tratos (no confirmada por la mujer), quedará registrado:

Seguimiento

210a.2

- Registro como sospecha y seguimiento (semestral).

210 b

Servicio Atención a las mujeres víctimas de violencia de genero

población diana

Mujeres de 14 o más años de edad que sufren violencia de género.

criterios de inclusión

Mujeres de 14 o más años de edad que reconocen sufrir malos tratos por parte de la pareja con la que mantiene o ha mantenido una relación sentimental.

indicador de cobertura

$$\frac{\text{Número de mujeres de 14 o más años que cumplan criterios de inclusión}}{\text{Número de mujeres de 14 o más años}}$$

210 b

violencia género

En la Historia Clínica de toda mujer de 14 o más años de edad que reconoce sufrir malos tratos quedará registrado:

Valoración

210b.1

- Valoración biopsicosocial: lesiones y síntomas físicos, situación emocional, familia, red social, situación económica y laboral.
- Valoración de la situación de violencia: Tipo de maltrato y evolución del mismo; Fase del proceso de violencia.
- Valoración del riesgo: Riesgo físico extremo, Riesgo psíquico, Riesgo social.

Plan de cuidados

210b.2

- Establecer un plan de intervención y seguimiento que incluye: plan de cuidados individualizado en función de los problemas detectados, del riesgo, de la situación familiar, económica y social*.

*Mujeres en peligro extremo:

- Riesgo físico extremo: Exploración física sistematizada y derivación al Hospital.
- Riesgo de suicidio: Derivación al servicio de urgencias de Salud Mental.
- Riesgo inminente de agresión grave: Contactar con el juez de guardia o, en su defecto, policía o guardia civil.

*Mujeres que no se encuentran en peligro extremo:

- Intervención personalizada en función del riesgo.
- Informar de la situación y del ciclo de violencia.
- Atención a los problemas físicos, psíquicos y sociales.
- Plantear estrategia de seguridad.
- Plan de consultas de seguimiento en función de la fase del proceso y teniendo en cuenta situación familiar, personas dependientes y recursos con los que cuenta.
- Derivación: trabajador social, recursos sociales, emergencias, atención especializada.
- Emitir parte de lesiones cuando proceda.
- Plan de intervención sobre los hijos.

ANEXO 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN MÉDICA

-Título: “ANÁLISIS Y VALIDACIÓN DE LOS RESULTADOS DEL SERVICIO DE CRIBADO DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN CASTILLA Y LEÓN A LOS 4 AÑOS DE SU PUESTA EN MARCHA”

-Investigador principal: **Marta Sáinz de Andueza**

-Sede donde se realizará el estudio: **Centro de Salud**

Se le invita a participar en este estudio de investigación médica. Tiene absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que no entienda.

El objetivo del estudio: mejorar la salud de las mujeres en la provincia de Burgos, identificando precozmente la exposición a la violencia de género por su pareja o expareja, en el momento actual, o en el pasado.

En estudios realizados por otros investigadores se ha observado que con frecuencia situaciones de maltrato a las mujeres permanecen ocultas imposibilitando el apoyo y ayuda que pueden necesitar en esta difícil situación.

Queremos conocer sus opiniones sobre algunos aspectos de este problema y como le parecería que debería ser abordado desde los servicios de salud.

El estudio se llevará a cabo desde **Mayo 2014 a.....** Durante este periodo de tiempo, se le citará en su Centro de Salud para realizar una entrevista personal y anónima, garantizando la más absoluta confidencialidad, por la Dra. _____

La entrevista durará entre 20-30 minutos en una única cita.

Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria, pudiendo retirarse en el momento que lo desee, respetando las razones de su decisión.

La información obtenida será mantenida con estricta confidencialidad por el grupo de investigadores.

Yo, _____ he leído y comprendido todo lo que se me ha explicado y acepto en participar en el estudio.

He sido informada y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados con fines científicos, garantizando siempre el anonimato.

En Burgos, a ____ de _____ de 201__

Firma del participante

He explicado a la Sra. _____ el propósito del estudio. He contestado a sus preguntas en la medida de lo posible.

En Burgos, a ____ de _____ de 201__

Firma del investigador

ANEXO 3. CUESTIONARIO



Análisis y validación de los resultados del servicio de cribado de violencia de género en castilla y león a los 4 años de su puesta en marcha

ID: _____

Fecha: ___/___/___

Investigador/a: Marta Sainz Laura Ramos Virginia Ruiz Código de Centro Rural Urbano

01-CS JOSE LUIS SANTAMARÍA
 02-CS LÓPEZ SAIZ
 03-CS LOS CUBOS
 04-CS ARANDA SUR
 05-CS CONDADO DE TREVIÑO
 06-CS ESPINOSA DE LOS MONTEROS
 07-CS MELGAR DE FERNAMENTAL
 08-CS MIRANDA OESTE
 09-CS ROA DE DUERO
 10-CS SALAS DE LOS INFANTES

Médico Responsable

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Edad	Nacionalidad	Medio de residencia
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Resto de África <input type="checkbox"/> Latina <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Norte de África <input type="checkbox"/> Otras	Urbano <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>

Estado civil	Convivencia con pareja	Nº de hijos
<input type="checkbox"/> Soltera <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Separada <input type="checkbox"/> Divorciada <input type="checkbox"/> Viuda <input type="checkbox"/> Pareja de hecho	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="text"/>

Nivel académico

 Sin estudios Primarios Secundarios Universitarios

Situación laboral

 Estudiante Trabajo remunerado Desempleo Ama de casa Jubilada

Situación laboral pareja

 Estudiante Trabajo remunerado Desempleo Jubilado

DATOS CLÍNICOS**1. Cómo percibes tu estado de salud**

Excelente Muy bueno Bueno Regular Malo

2. Enfermedad física importante

HTA No Sí

Cefalea No Sí

DM No Sí

Lumbalgia No Sí

CI No Sí

Asma/EPOC No Sí

IC No Sí

Otras

3. Padeces:

Insomnio No Sí Ansiedad No Sí Depresión No Sí

4. Has tenido ideas autolíticas alguna vez: No Sí

Si es positiva, intento autolítico: No Sí

5. Tratamiento

Ansiolíticos No Sí Hipnóticos No Sí Antidepresivos No Sí

6. Cuántas veces has acudido el último año a...

Consulta centro de salud 0-6 veces 7-12 veces >12 veces

Urgencias 0-6 veces 7-12 veces >12 veces

Matrona 0-6 veces 7-12 veces >12 veces

Trabajador social 0-6 veces 7-12 veces >12 veces

Salud mental 0-6 veces 7-12 veces >12 veces

Otro especialista 0-6 veces 7-12 veces >12 veces

7. Número de embarazos:

8. Número de abortos:

9. Tienes una persona/s en quién poder confiar y desahogarte cuando tienes problemas o dificultades de cualquier tipo en la vida:

No Sí

Cribado de VG**1. Preguntas introductorias**

Piensas que puede influir negativamente en tu salud...

Tener problemas familiares (hijos, familia, pareja) No Sí

Tener problemas laborales No Sí

Tener problemas sociales No Sí

Hoy en día la violencia contra las mujeres se considera un problema social muy importante y frecuente. Crees que los malos tratos que sufren las mujeres por sus parejas, pueden influir en su salud.

No Sí

2. Te importaría si te hago algunas preguntas sobre este tema: No Sí

Cuestionario "Woman abuse screening tool WAST"

a) En general, cómo describiría su relación de pareja

Muy tensa Con cierta tensión Sin tensión

b) Usted y su pareja, resuelven sus discusiones con...

Mucha dificultad Alguna dificultad Sin dificultad

c) Al terminar las discusiones, alguna vez se siente decaída o mal consigo misma

Muchas veces A veces Nunca

d) Las discusiones terminan alguna vez en golpes, empujones o patadas

Muchas veces A veces Nunca

e) Siente miedo de lo que su pareja diga o haga

Muchas veces A veces Nunca

f) Su pareja le ha maltratado alguna vez físicamente

Muchas veces A veces Nunca

g) Su pareja le ha maltratado alguna vez emocionalmente

Muchas veces A veces Nunca

h) Su pareja ha abusado sexualmente de usted alguna vez

Muchas veces A veces Nunca

Si las Preguntas F, G, H Son Positivas:

1. ¿Desde cuándo sucede esto?

<1 año 1-5 años 5-10 años >10 años

2. Sigue conviviendo con esa pareja

No Sí

(Si la mujer no tiene pareja o WAST negativo seguir aquí)

3. Esta situación ha sucedido en alguna relación de pareja anterior

No Sí

Si la respuesta es positiva ¿Cuánto tiempo duró esta situación

<1 año 1-5 años 5-10 años >10 años

Tipo: Físico Psíquico Sexual

4. Has sufrido o presenciado malos tratos en la infancia o en tu familia de origen

No Sí

5. A causa de los malos tratos...

Has realizado en alguna ocasión denuncia No Sí

Has necesitado atención en Urgencias No Sí

Has perdido o abandonado tu trabajo No Sí

Has tenido bajas laborales en el último año No Sí

Durante cuánto tiempo

<1 sem. 1 sem.-2 meses 2-6 meses 6-12 meses >1 año

6. Alguna vez antes de ahora alguien en consulta le ha preguntado...

Sobre su relación de pareja No Sí

Por la posibilidad de estar sufriendo malos tratos No Sí

Si es positiva quién fue:

Médico Enfermera T. Social Matrona Urgencias Otras

7. Le parece que debería preguntarse a toda mujer en la consulta de su médico/enfermera por la posibilidad de estar sufriendo maltrato

No Sí

Muchas Gracias por su Colaboración

ANEXO 4

CARTAS DE PRESENTACIÓN

1. PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO:

Buenos días,

Desde su Centro de Salud, le comunicamos que ha sido seleccionada entre una muestra de usuarias, para pedirle su colaboración en un proyecto de investigación que tiene como objetivo el conocimiento de algunos aspectos de la asistencia sanitaria recibida, su percepción del estado de salud y algunos aspectos que pueden influir en la misma, con objeto de mejorar la **atención a la salud de las mujeres** en la provincia de Burgos.

Nos preocupan aspectos referentes a su salud y la de su familia, respecto a servicios ofrecidos desde el centro de salud, y para ello queremos conocer, a través de una entrevista personal, anónima, voluntaria y confidencial, aspectos generales de su salud en el entorno familiar.

En los próximos días contactarán con usted desde su Centro de Salud, para concertar una cita adaptada a su disponibilidad, que tendrá lugar en el mismo centro, y nos llevará unos 20-30 minutos de entrevista personal.

Usted tiene libertad para aceptar o rechazar nuestra invitación, pero le agradeceríamos su aceptación, porque nuestro objetivo es conocer mejor las circunstancias que influyen en la salud, y mejorar la atención que recibe. Para ello es muy importante poder contar con su participación. Su Médico de Familia conoce este proyecto y puede ayudarle a resolver cualquier duda que esta carta le plantee.

Agradeciéndole su atención, y esperando contar con su colaboración, reciba un cordial saludo

Dra. Marta Sainz de Andueza

Médico de Familia

2. COORDINADORES DE LOS CENTROS DE SALUD:

Estimado compañero,

Soy Marta Sainz de Andueza, Médica de Familia. Trabajo actualmente en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Burgos.

Realicé mi especialidad en esta ciudad, en el Centro de Salud Cristóbal Acosta, donde pude contar con la inestimable labor del Dr. Felipe Salinas Ruiz como tutor. Tras completar mi formación hace sólo cuatro años, hoy vuelvo a retomar contacto con vosotros, porque entre arritmias, ictus y politraumatizados, me planteé hace unos meses “sumergirme” en la investigación llevando a cabo la Tesis Doctoral.

Junto a mi Directora de Tesis, Dra. Carmen Fernández Alonso, y la Dra. Sonia Herrero Velázquez, también Médicas de Familia, estamos poniendo en marcha un proyecto para evaluar el abordaje de la violencia de género en nuestro medio.

Vamos a estudiar una muestra de mujeres de nuestra provincia de Burgos, con el objetivo de valorar aspectos relacionados con su salud, percepción del estado de la misma, presencia de enfermedades crónicas, uso de medicación, frecuentación a los servicios sanitarios y presencia de violencia de género, así como su percepción de contacto con el Sistema Sanitario respecto a este problema de salud.

Para ello, hemos seleccionado aleatoriamente una muestra de Centros de Salud urbanos y rurales. Nuestro propósito es citar a esas mujeres en consulta para realizar una valoración de su situación actual y pasada, con una entrevista personalizada, confidencial y voluntaria, donde abordar aspectos de su salud y la de su entorno familiar.

Realizaré las entrevistas junto a otras dos compañeras, médicas de Familia, y me gustaría contar con tu colaboración, sin suponerte ningún trabajo adicional. Únicamente, estar informado, permitirme contar con mujeres de tu cupo en caso de que saliesen seleccionadas en la muestra, y si te preguntaran porque tienen alguna duda, animarles a su participación, sabiendo que es anónima y por supuesto totalmente voluntaria.

Ellas recibirán por correo postal una carta de presentación similar a ésta, explicándoles que han sido seleccionadas para participar de forma voluntaria y confidencial en un estudio para potenciar la salud de las mujeres en nuestra provincia.

Se trata de explicarles, si acudiesen a tu consulta por tener dudas acerca de este proyecto, que estamos realizando este estudio, y que tienes conocimiento de ello. Como su médico de referencia, ellas confían en ti, y así conseguiremos que su implicación sea elevada y el rendimiento de nuestro estudio, lo más trascendente posible.

Agradezco mucho este tiempo que me has dedicado.

En breve me pondré en contacto contigo para aclarar cualquier duda.

Un cordial saludo

Dra. Marta Sainz de Andueza

taburgos12@hotmail.com

ANEXO 5

COMUNICACIÓN DE RESULTADOS.

PUBLICACIONES Y RECONOCIMIENTOS A LOS QUE HA DADO LUGAR LA REALIZACIÓN DE LA TESIS DOCTORAL

- 1)- **M Sainz de Andueza** , A Cabezón Crespo, L Alegre Ramos, V Ruiz Abad, MC Fernández Alonso, S Herrero Velázquez, J Cordero Guevara. “Violencia de género: una asignatura pendiente”. Comunicación Oral defendida en el 28 Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias. Burgos, 2016.

- 2)- **M Sainz de Andueza**, MC Fernández-Alonso, S Herrero Velázquez, L Alegre Ramos, V Ruiz Abad, J Cordero Guevara, JI Recio Rodríguez. “A warning about intimate partner violence victims profile”. Comunicación tipo Poster en el Congreso europeo de World Organization of Family Doctors WONCA. Copenague, 2016.

- 3)- **M Sainz de Andueza**. “Efectividad en la detección de Violencia de Género en Atención Primaria en el Área de Burgos”. Ponencia en la Jornada de actualización para Formadores y Formadoras en Violencia de Género. Gerencia Regional de Salud. Valladolid, 2016.

- 4)- **M Sainz De Andueza**, MC Fernández Alonso, S Herrero Velázquez.” Análisis y validación de los resultados del Servicio de cribado de violencia de género en Castilla y León a los 4 años de su puesta en marcha”. Comunicación Oral defendida en el XXXVII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Madrid, 2017.

- 5)- **M Sainz de Andueza**, MC Fernández Alonso, S Herrero Velázquez. “En Urgencias también hay violencia de género, no tengamos miedo a preguntar”. Comunicación Oral defendida en el 29 Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias. Alicante, 2017.

6)- **M Sainz de Andueza**, S Herrero Velázquez, MC Fernández Alonso. L Alegre Ramos, V Ruiz Abad, J Cordero Guevara, JI Recio Rodríguez. "Are the exploratory questions to detection of intimate partner violence in primary care useful? Assessment in a Health Area". Comunicación tipo Poster en el Congreso europeo de World Organization of Family Doctors WONCA. Praga, 2017.

7)- **M Sainz de Andueza**, MC Fernández Alonso, S Herrero Velázquez. "Violencia de género: una invitación a la reflexión". Comunicación Oral defendida en el I Congreso de la Sociedad Norte de Contracepción. Oviedo, 2017.

8)- **M Sainz de Andueza**. "Abordaje de violencia de género desde el Servicio de Urgencias". Ponente en sesión clínica hospitalaria. Hospital Universitario de Burgos, 2015.

9)- PREMIO A LA MEJOR COMUNICACIÓN ORAL presentada en el I Congreso de la Sociedad Norte de Contracepción. **M Sainz de Andueza**, MC Fernández Alonso, S Herrero Velázquez. "Violencia de género: una invitación a la reflexión". Oviedo, 2017.

10)- FINANCIACIÓN DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN EN BIOMEDICINA seleccionados en centros de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. Proyecto: "Análisis y validación de resultados del Servicio de cribado de violencia de género en Castilla y León a los 4 años de su puesta en marcha". Investigador principal: M Sainz de Andueza. Dotación: 5897 euros. Años 2014-15.

