



Revista Clínica de Medicina de Familia

ISSN: 1699-695X

info@scamfyc.org

Sociedad Castellano-Manchega de Medicina
de Familia y Comunitaria
España

Cano Martín, Luis Miguel; Berrocoso Martínez, Alberto; Arriba Muñoz, Leonor de; de Quirós
Lorenzana, Rodrigo Bernaldo; Alamar Provecho, Juan Diego; Cardo Maza, Ana
Prevalencia de Violencia de Género en mujeres que acuden a consultas de Atención Primaria
Revista Clínica de Medicina de Familia, vol. 3, núm. 1, febrero, 2010, pp. 10-17
Sociedad Castellano-Manchega de Medicina de Familia y Comunitaria
Albacete, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=169615638004>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Prevalencia de Violencia de Género en mujeres que acuden a consultas de Atención Primaria

Luis Miguel Cano Martín^a, Alberto Berrocoso Martínez^b, Leonor de Arriba Muñoz^b, Rodrigo Bernaldo de Quirós Lorenzana^b, Juan Diego Alamar Provecho^c, Ana Cardo Maza^d

^a Médico de Familia,
Centro de Salud de
Menasalbas (Toledo).

^b Médico de Familia,
Centro de Salud de
Benquerencia (Toledo).

^c Médico de Familia,
Centro de Salud de
Cofrentes (Valencia).

^d MIR Ginecología y
Obstetricia, Hospital General
de Albacete.

Correspondencia:
Luis Miguel Cano Martín,
C/ Castellón nº 1, 45161 –
Polán, Toledo, España.
Telf.: 627938829,
e-mail: luismcano@msn.com.

Recibido el 4 de diciembre
de 2009.

Aceptado para su publicación
el 11 de enero de 2010.

RESUMEN

Objetivos. Conocer qué proporción de las mujeres que consultan en atención primaria sufren situaciones de violencia doméstica, así como las características clínicas y sociodemográficas asociadas.

Diseño. Estudio observacional, descriptivo, transversal.

Emplazamiento. Consultas de atención primaria rurales y urbanas.

Participantes. Muestreo consecutivo de mujeres de 18 o más años, con pareja sentimental actual o que hubiesen tenido pareja en el pasado.

Mediciones y resultados principales. Se diseñó un cuestionario que incluía variables sociodemográficas, antecedentes patológicos y de consumo de tóxicos, respuesta a la versión abreviada del Woman Abuse Screening Tool (WAST), así como un cuestionario autoadministrable sobre situaciones de abuso.

Un 26,2% (IC 95%: 21,7-31,1%) presentó un resultado positivo del WAST y 25,9 % (IC 95%: 21,3-30,9%) admitió situaciones de abuso, físico, emocional o sexual, actual (11,7%) o pasado (17,4%). La concordancia en las respuestas a ambos cuestionarios fue baja (Kappa: 0,53).

Mediante análisis de regresión logística se encontró que el modelo que mejor predice la existencia de abuso incluye las variables etnia (OR: 0,14 -IC 95%: 0,06-0,34- para las "caucásicas españolas") y estado civil (OR: 0,10 -IC95%: 0,04-0,24- y OR: 0,09 -IC95%: 0,04-0,21- para solteras/viudas y casadas/pareja estable, respectivamente, comparado con el grupo de separadas/divorciadas).

Conclusiones: Una elevada proporción de mujeres que consultan en atención primaria han sufrido situaciones de violencia en el ámbito doméstico. Además de la sospecha clínica, es necesario disponer de algún instrumento de cribado o detección precoz para el diagnóstico de violencia contra la mujer.

Palabras clave: Violencia contra la Mujer, Maltrato conyugal, Atención Primaria de salud.

ABSTRACT

Prevalence of gender violence in women who attend Primary Care Centres

Objectives. To determine what percentage of women who attend primary care clinics suffer domestic violence and the women's associated clinical and socio-demographic characteristics.

Design. Cross-sectional, observational, descriptive study.

Setting. Rural and urban primary care centres.

Participants. Consecutive sample of woman aged 18 years or over, who has a partner or had a partner in the past.

Measurements and main results. A questionnaire was designed that included socio-demographic variables, disease history and history of substance abuse. The short version of the Woman Abuse Screening Tool (WAST), and a self-administered questionnaire on abuse situations were also used.

Twenty six point two percent (95% CI: 21.7-31.1%) had a positive WAST result and 25.9 % (95% CI: 21.3-30.9%) admitted to physical, emotional and sexual abuse by their partner at the present time (11.7%) or in the past (17.4%) The concordance of the responses to the two questionnaires was low (Kappa: 0.53).

Logistic regression analysis revealed that the model that best predicts the existence of abuse included ethnic variables (OR: 0.14 -95%CI: 0.06-0.34- for "Spanish Caucasian women") and marital status (OR: 0.10 -95%CI: 0.04-0.24- and OR: 0.09 -95%CI: 0.04-0.21- for single women/widows and married women/stable partner, respectively, compared with the separated/divorced group).

Conclusions: A high percentage of women who attend primary care centres have suffered domestic violence. In addition to clinical suspicion a screening or early detection tool is needed in order to diagnose domestic violence.

Key words: Violence against Women, Spouse Abuse, Primary Health Care.

INTRODUCCIÓN

Desde que en 1996 la Organización Mundial de la Salud reconociera la violencia contra la mujer como un problema prioritario de salud pública y de primera magnitud¹⁻⁸ e instara a los estados miembros a evaluar su dimensión, no han dejado de realizarse esfuerzos en la mayoría de los países del mundo con el fin de poner de manifiesto su posible existencia, e intentar llegar a una identificación precoz del problema en los casos en que se produjera¹.

En España, con la aprobación de la Ley Orgánica 1/2004 de 28 de Diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la violencia de género⁸, se intenta actuar contra la violencia que se ejerce sobre las mujeres 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, estableciéndose medidas de protección integral cuya finalidad es prevenir, sancionar y erradicar esta violencia, y prestar asistencia a sus víctimas.

En dicha ley se establecen medidas de sensibilización e intervención en el ámbito sanitario para optimizar la detección precoz y la atención física y psicológica de las víctimas, medidas encaminadas a la sensibilización y formación de los profesionales sanitarios, con el fin de mejorar e impulsar el diagnóstico precoz, la asistencia y la rehabilitación de la mujer en las situaciones de violencia de género a que se refiere esta ley, estableciéndose igualmente apartados de prevención e intervención integral de violencia de género en los distintos Planes Nacionales de Salud.

En España, la III Macroencuesta sobre la violencia contra las mujeres⁹, llevada a cabo por el Instituto de la Mujer en el año 2006, puso de manifiesto que, de las mujeres residentes en España de 18 o más años, un 3,6% declaran haber sido víctimas de malos tratos durante el último año, y un 9,6% pueden ser consideradas técnicamente como maltratadas por sus parejas. En Castilla-La Mancha, estos porcentajes eran de un 3,4% y un 11,5% respectivamente. Asimismo, se refleja que la incidencia de maltrato declarado y considerado técnicamente es mayor en las mujeres extranjeras que en las españolas, así como entre las mujeres discapacitadas.

Diversos estudios sobre violencia contra las mujeres en el ámbito sanitario han puesto de manifiesto que las mujeres que sufren malos tratos hacen un mayor uso del sistema sanitario, y aproximadamente un 20% de las mujeres que consultan en los servicios sanitarios padece esta situación^{1-3,5,6}, y aunque los servicios sanitarios deberían ser un punto clave para el abordaje y la detección precoz de este tipo de violencia, sólo se identifica un 1% del total esti-

mado de casos de mujeres maltratadas^{3,5}. La falta de formación, y el hecho de que aún puedan existir opiniones que no consideran la violencia contra la mujer como un problema de salud, podrían influir en esta baja detección^{3,5,6,10}.

Ante la evidencia de estos datos, y dada nuestra privilegiada posición en el ámbito de la Atención Primaria³⁻⁶, se planteó este trabajo, con el objetivo de conocer la prevalencia de situaciones de violencia de género entre las usuarias de las consultas de Atención Primaria, así como las características clínicas y sociodemográficas asociadas.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio observacional descriptivo transversal entre los meses de diciembre de 2008 y febrero de 2009 en consultas de atención primaria y puntos de atención continuada, rurales y urbanos, pertenecientes al Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (Zona Básica de Salud de Menasalbas y Zona Básica de Salud de Santa María de Benquerencia, ambas situadas en el Área de Salud de Toledo) y al Servicio Valenciano de Salud (Zona Básica de Salud de Cofrentes, Valencia).

La población estudiada fueron mujeres de 18 o más años que acudieron por cualquier motivo a las consultas de atención primaria y al punto de atención continuada de referencia, con relación de pareja en ese momento o que la hubiesen tenido en algún momento de su vida (entendiendo por relación de pareja aquella relación de carácter sentimental mantenida por la mujer con un hombre). Se excluyó a las mujeres que no entendían el español, a las que no sabía leer y/o escribir castellano, a las que presentaban disfunciones cognitivas moderadas o graves ya diagnosticadas y a aquéllas que nunca hubiesen tenido pareja. Siguiendo las Normas Éticas y de Seguridad para la Investigación sobre Violencia Doméstica¹⁰, se excluyó también a aquellas mujeres que acudían acompañadas por su pareja.

Se realizó un muestreo consecutivo de mujeres con el fin de alcanzar un tamaño muestral estimado de 385 mujeres, calculado para una prevalencia estimada del 20%, con una precisión del 5% y un nivel de confianza del 95%, obteniéndose finalmente un tamaño muestral de 371 mujeres al terminar el plazo acordado para la recogida de datos.

Se recogieron variables de carácter sociodemográfico y variables relacionadas con la violencia contra la mujer. Para la recogida de datos se diseño un cuestionario (anexo 1) en el que se recogieron cuestiones generales de carácter sociodemográfico, preguntas referentes a antecedentes patológicos de la mujer, hábitos tóxicos, la versión corta

del cuestionario WAST (Woman Abuse Screening Tool⁴, cuestionario validado para la identificación precoz de posibles mujeres maltratadas entre las que acuden a los servicios de Atención Primaria), y el cuestionario autoadministrado creado por Ruiz Pérez et al en un estudio similar al planteado, en el que se recogía la existencia de situaciones relacionadas con la violencia de género y existencia de malos tratos, tanto en el momento actual como en situaciones del pasado.

Se propuso a las mujeres la realización de los cuestionarios una vez terminado el motivo de consulta por el cual habían acudido, explicándoles previamente el objeto de la encuesta, la confidencialidad y anonimato de las mismas, la posibilidad de no contestar aquellas cuestiones que no les parecieran adecuadas u oportunas, y mostrando nuestra predisposición para la intervención si la mujer se veía reflejada o afectada en lo referente a alguna de las cuestiones. Una vez realizados los cuestionarios de forma autocomplimentada, en presencia de la mujer, y sin lectura previa, se guardaron en un

sobre cerrado para su posterior análisis, con el fin de mantener la confidencialidad y anonimato.

Se realizó el análisis estadístico a través del programa SPSS 12.0, utilizando para su descripción los parámetros habituales (media, desviación típica, porcentajes) con un intervalo de confianza del 95%. Igualmente, se realizó un análisis de regresión logística variable con el fin de intentar conocer la existencia de algún modelo que pudiese predecir la existencia de situaciones de abuso y violencia doméstica.

RESULTADOS

De todas las mujeres a las que se invitó, solamente una rechazó participar en el estudio y dos se descartaron por datos incompletos de la encuesta, analizándose finalmente los datos referentes a 368 mujeres tras finalizar el plazo acordado para la recogida de datos.

Nacionalidad	Española	91,0 %
	Sudamericana	4,3 %
	Europea Este	2,7 %
	Europea Oeste	0,5 %
	Magrebí	1,1 %
	Otras	0,3 %
Etnia	Caucásica	92,1 %
	Gitana	1,6 %
	Árabe	1,1 %
	Otras	5,2 %
Medio	Rural	36,14 %
	Urbano	63,86 %
Estado civil	Soltera	25,3 %
	Casada/pareja de hecho	62,8 %
	Separada/divorciada	10,1 %
	Viuda	1,9 %
Número de hijos	Sin hijos	29,9 %
	Un hijo	21,7 %
	Dos hijos	30,4 %
	Familia numerosa (≥3 hijos)	18,0 %
Estudios	Sin estudios	1,6 %
	Lee y escribe	3,5 %
	Estudios primarios	40,2 %
	Estudios secundarios	27,2 %
	Tituladas medias y superiores	27,4 %
Ocupación	Directivos y propietarios	7,4 %
	Cuadros intermedios	12,6 %
	Trabajadores manuales cualificados y semicualificados	10,4 %
	Trabajadores no cualificados	33,7 %
	Amas de casa	24,4 %
	Otros	11,5 %

Tabla 1. Variables sociodemográficas.

Respecto a los datos de carácter sociodemográfico (tabla 1), la gran mayoría de las mujeres eran españolas, con una edad media de 40,6 años (DE: 12,9) y un rango de edad de 18 a 77 años, residiendo en su mayor parte en el medio urbano. Más de la mitad de las mujeres estaban casadas o con pareja de hecho, y un 29,9% no tenía hijos. Respecto al nivel de estudios, eran mayoría las mujeres con estudios primarios, y solamente un 1,6% de las encuestadas no tenía estudios. Las ocupaciones más frecuentes fueron las de “trabajo no cualificado” y “ama de casa”.

Un 97,6 % de las mujeres respondió la versión corta del WAST (tabla 2). De ellas, un 40,9% refirió “mucha tensión” o “alguna tensión” en su relación de pareja, y un 34,5% de las encuestadas resolvía sus discusiones con “mucha dificultad” o “alguna dificultad”. Con ello, y según el WAST, se identificó un 26,2% de mujeres con resultado positivo en el test de cribado de violencia contra la mujer en la pareja.

¿Cómo describiría usted su relación con su pareja?

Mucha tensión	7,8 %
Alguna tensión	33,1%
Sin tensión	59,1%

Resuelven sus discusiones con:

Mucha dificultad	7,5%
Alguna dificultad	27%
Sin dificultad	65,5%

Puntuación WAST

0 puntos	50,7%
1 punto	23,1%
2 puntos (positivo)	26,2%

Tabla 2. Versión corta del WAST. Resultados.

De todas las encuestadas, un 98,4% respondió alguna de las preguntas del cuestionario autoadmitible referente a la existencia de situaciones de violencia con su pareja, actual o pasada, observando que en un 23,3% de los casos la mujer había

sufrido en alguna ocasión situaciones de maltrato. Un 4,21% de las mujeres reconoció haber sufrido abusos en el pasado y estar sufriendo situaciones de maltrato por su pareja actual (tabla 3).

	Algún tipo de abuso	Abuso físico	Abuso emocional	Abuso sexual	Más de un tipo de abuso
Pareja actual	11,6%	3,9%	11,1%	1,9%	3,53%
Pareja en el pasado	17,3%	8,0%	17,1%	6,2%	8,42%
Por pareja pasada y por pareja actual	4,21%	-	-	-	-
En algún momento de su vida (actual o pasado)	23,3%	-	-	-	-

Tabla 3. Situaciones de abuso por alguna pareja, actual y/o pasada.

Respecto a su pareja actual, respondió un 97,8% de las encuestadas, objetivándose una prevalencia de algún tipo de violencia contra la mujer del 11,6%, siendo el abuso emocional el más frecuente, seguido por el abuso físico y el abuso sexual.

Respecto a otras parejas en el pasado, respondió un 92,4% de las encuestadas, contestando afirmativamente a alguno de los ítems de violencia un 17,3% de las mujeres y siendo más frecuente el abuso emocional. Un 5,2% de las mujeres refirió no tener apoyo social.

Valorando los resultados del WAST como método de detección precoz de malos tratos, se obtuvo una sensibilidad del 100 % (todas las mujeres que sufrían maltrato actual obtuvieron un resultado positivo en el WAST) y una especificidad del 84%. Para una prevalencia de maltrato declarado del 11,6% en

nuestra muestra, el valor predictivo positivo fue del 21,4%, y el valor predictivo negativo fue del 100%, existiendo una baja concordancia entre los dos test, WAST y Ruiz Pérez et al (índice kappa: 0,53)

Mediante análisis de regresión logística, se objetivó que el modelo que mejor predice una respuesta positiva con relación a la existencia de abuso (ya sea actual o pasado), incluye las variables "etnia", con menor riesgo en "caucásicas españolas" frente al resto de etnias y nacionalidades, y la variable "estado civil", con mayor riesgo en separadas/divorciadas respecto a solteras, viudas y aquéllas que tienen pareja estable (tabla 4). En nuestra muestra no había diferencias por nivel de estudios, ni por ocupación de la mujer o el cónyuge, como tampoco se pudo considerar factor de riesgo para maltrato actual el haber sufrido maltrato en el pasado.

	OR	IC 95%
Etnia "caucásica española"	0,142	0,059 – 0,342
Estado civil "soltera -viuda" vs "separada-divorciada"	0,099	0,40 – 0,246
Estado civil "pareja estable" vs "separada-divorciada"	0,09	0,039 – 0,21

Tabla 4. Modelo que mejor predice situaciones de violencia de género (actuales o pasadas).

DISCUSIÓN

Antes de comenzar a discutir los resultados de este trabajo, debemos señalar algunas posibles limitaciones del estudio. Así, alguno de los criterios de exclusión utilizados para seleccionar nuestra muestra puede llevarnos a infraestimar la prevalencia de maltrato en las mujeres, como ocurre con la exclusión de mujeres que acuden acompañadas por sus parejas, siguiendo las Normas Éticas y de Seguridad para la Investigación sobre la Violencia Doméstica¹⁰.

Igualmente ocurre con la exclusión de mujeres que no saben leer y/o escribir castellano y las que no entienden español, a pesar de que está demostrada una mayor prevalencia de maltrato en los niveles socioculturales más bajos y una mayor incidencia de mujeres que se declaran maltratadas y que pueden ser consideradas técnicamente como maltratadas entre las mujeres extranjeras residentes en España^{9,11}, muchas de las cuales cumplen ese criterio de exclusión. Fueron excluidas por este concepto 18 mujeres, la mayor parte de origen magrebí, lo

que puede disminuir la prevalencia de violencia de género de nuestro estudio respecto a este colectivo en particular, y la muestra en general.

Del mismo modo, los sesgos habituales de los estudios autorreferidos pueden hacernos infraestimar la prevalencia real de maltrato en nuestra población. También es preciso tener en cuenta, a la hora de valorar los datos, el hecho de que la muestra de este estudio podría no ser del todo representativa de la población general en lo referente a la proporción de mujeres representadas respecto a las diferentes variables estudiadas (nacionalidad, etnia, ocupación, estado civil, etc.).

Conocer la prevalencia real de violencia doméstica es tarea sumamente complicada, existiendo diferentes estudios al respecto. Algunos trabajos¹⁻³ indican cifras de maltrato de entre el 10% y el 69%, mientras que el estudio multipaís de la OMS¹² sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer eleva estas cifras, e indica que el porcentaje de mujeres que han tenido pareja alguna vez y que han sufrido violencia física o sexual, o ambas, por

parte de su pareja a lo largo de su vida oscila entre el 15% y el 71% según países y zonas estudiadas, y que este fenómeno aparece sin excepción en todos los países del estudio.

En España, según la III Macroencuesta sobre la violencia contra las mujeres⁹, llevada a cabo por el Instituto de la Mujer en el año 2006, existen importantes diferencias entre las cifras de maltrato declarado y maltrato técnicamente considerado, con cifras más elevadas en el segundo caso. En nuestro trabajo hemos observado una prevalencia de un 11,6%, que podemos considerar "maltrato declarado". Ante esta cifra surgen dos cuestiones. La primera sería: ¿por qué hemos detectado más en nuestro trabajo que en la macroencuesta? Quizá el hecho de preguntar a la mujer sobre el problema mediante un cuestionario, y no de forma verbal y "directa", ayude a la hora de reconocer la existencia del mismo, ya que las mujeres prefieren las preguntas escritas al interrogatorio directo¹³⁻¹⁵ a la hora de abordar este problema por parte del profesional sanitario.

La segunda cuestión sería la siguiente: si la prevalencia de maltrato actual o maltrato reconocido es la encontrada ¿cuál será la cifra de las que podemos considerar técnicamente maltratadas? O visto desde otro punto de vista: ¿cuántas mujeres no declaran esta situación? Y es que, aunque hasta un 20% de las mujeres que utilizan los servicios sanitarios padece esta situación^{3,5,6}, la detección por parte de los profesionales sanitarios no es la deseable, y ni siquiera el hecho de que la mayoría de la población del estudio pertenece a un medio urbano, donde aumenta el número de mujeres que se declara como maltratadas y hay un aumento significativo en la incidencia de violencia respecto a los municipios más pequeños⁹, hace que la cifra de detección de maltrato actual de nuestra muestra se acerque a ese umbral del 20% antes comentado. Atribuir este hecho a las limitaciones y posibles sesgos antes referidos, y no hacer autocrítica acerca de las razones de esta infradetección, sería poco profesional y poco ético por nuestra parte.

Se conocen incluso las "candidatas" a sufrir situaciones de violencia doméstica o violencia de género. Varios estudios¹¹ ponen de manifiesto que la violencia del compañero íntimo se manifiesta de manera desigual y con mayor riesgo en los colectivos de mujeres con menor nivel educativo, mayor número de menores a su cargo y extranjeras, hablando incluso de la noción de "poblaciones vulnerables"¹¹, subgrupos de población que, por compartir características sociales, tienen unas altas probabilidades de acumular más factores de riesgo que otros gru-

pos de población, como ocurría en estas mujeres respecto a la violencia de género. Esto se refleja en los resultados de nuestro trabajo, donde se objetiva una mayor probabilidad para sufrir situaciones de abuso entre las mujeres extranjeras. Igualmente hemos observado una mayor probabilidad entre las separadas y divorciadas, hecho que podríamos considerar como "esperable", ya que el haber sufrido maltrato en el pasado es considerado un factor de riesgo para una nueva situación de maltrato¹¹. Sin embargo, no podemos considerar ambos aspectos como factores de riesgo en nuestra muestra, a pesar de lo reflejado en la bibliografía¹¹. Quizá habría que aumentar el tamaño muestral para demostrar este hecho en nuestro estudio.

Y ante toda esta lluvia de datos nos surge la pregunta: si sabemos que el problema de salud es más frecuente de lo que dicen las encuestas, que permanece oculto, que las mujeres no se lo dicen directamente al profesional sanitario y que los profesionales tenemos múltiples barreras para afrontar el problema⁷, incluso conociendo aquéllas con más probabilidades para sufrir situaciones de violencia de género^{9,11}, y aún así no lo detectamos, ¿por qué no hacer un cribado sistemático de su existencia en todas las mujeres que acuden a consulta, como hacemos con muchos otros problemas de salud?

Muchas son las controversias que han rodeado y rodean la idea de realizar un cribado sistemático de la posible existencia de malos tratos desde Atención Primaria, y una señal de estas controversias son los múltiples sistemas existentes para este cribado¹³⁻¹⁶. Las diversas sociedades no han llegado a acuerdos concretos a este respecto, y así en los Estados Unidos existen opiniones discrepantes¹⁷. Mientras la American Medical Association (AMA) o el American College of Obstetricians and Gynecologists recomiendan que toda paciente mujer adulta debe ser interrogada de forma rutinaria acerca de la posible existencia de abuso o maltrato¹⁷, las guías basadas en la evidencia de entidades como la US Preventive Services Task Force o la Canadian Task Force on Preventive Health Care, concluyen que hay "evidencias insuficientes" de los beneficios para la salud de las supervivientes a abusos como para hacer recomendaciones a favor o en contra del cribado sistemático de lo que ellos llaman "violencia contra el compañero íntimo"^{17,18}.

En España, el programa PAPPS de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC) no encuentra evidencias suficientes para recomendar el cribado sistemático en la población general mediante cuestionarios específicos, aunque sí recomienda incluir preguntas sobre la

existencia de maltrato en el curso de la entrevista clínica que pueda ayudar a su detección^{19,20}. Mientras, otras sociedades como la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN) sí apuestan por el cribado sistemático²¹.

A nivel institucional, el Ministerio de Sanidad y Política Social recomienda, respecto a la detección precoz, que "el personal sanitario debe tener una actitud de alerta ante la presencia de conductas, síntomas o signos de sospecha". Además, se recomienda que en la primera visita de cada mujer, al iniciar la historia clínica, se realicen preguntas exploratorias de abordaje psicosocial²².

Y si nos referimos a las diferentes Comunidades Autónomas, en algunas como Cantabria el protocolo elaborado propone la detección sistemática, a través de alguna pregunta específica en relación al tema, a todas las mujeres mayores de 14 años al abrir su historia de salud^{23,24}, en un protocolo ya implantado en todos los Equipos de Atención Primaria e incluido en la Cartera de Servicios de Atención Primaria. Otras comunidades autónomas, como Madrid o Cataluña, han desarrollado instrumentos de cribado proactivo y diagnóstico para los distintos tipos de violencia a mujeres entre 18 y 70 años²³.

Ante la ausencia de consenso, si repasamos la bibliografía para encontrar una respuesta a nuestra pregunta, encontramos múltiples estudios que demuestran el beneficio del cribado sistemático de malos tratos desde Atención Primaria, pero estos resultados no son concluyentes a la hora de recomendar un cribado universal. Entonces, ¿a qué nos atenemos?

A la luz de nuestros resultados, aun teniendo en cuenta las limitaciones y posibles sesgos de nuestro trabajo, debemos concluir que, desde nuestro punto de vista, es recomendable la utilización de algún método de cribado de violencia contra la mujer en nuestras consultas, además de la sospecha clínica que siempre debe estar presente, con el fin de realizar un diagnóstico lo más precoz posible de una situación de maltrato contra la mujer. En este sentido, destaca el cuestionario WAST abreviado como método de cribado de situaciones de violencia contra la mujer, cuestionario validado para tal fin⁴.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ruiz-Pérez I, Plazaola-Castaño J, Blanco-Prieto P, González Barranco JM, Ayuso Martín P, Montero-Piñar MI y el Grupo de Estudio para la Violencia de Género. La violencia contra la mujer en la pareja. Un estudio en el ámbito de la atención primaria. *Gac Sanit*. 2006; 20(3):202-8.
2. Blanco P, Ruiz-Jarabo C, García de Vinuesa L, Martín-García M. La violencia de pareja y la salud de las mujeres. *Gac Sanit*. 2004; 18(Supl 1):182-8.
3. García Torrecillas JM, Torró Durández J, Iea Pereira MC, García Tirado MC, Aguilera Tejero R. Detección de violencia contra la mujer en la consulta del médico de familia. *Aten Primaria*. 2008; 40(9):455-61.
4. Piazola-Castaño J, Ruiz Pérez I, Hernández-Torres E. Validación de la versión corta del Woman Abuse Screening Tool para su uso en atención primaria en España. *Gac Sanit*. 2008; 22(5):451-60.
5. Coll-Vinent Puig B, Echeverría T, Farrás U, Rodríguez D, Millás J, Santíñá M. El personal sanitario no percibe la violencia doméstica como un problema de salud. *Gac Sanit*. 2008; 22(1):7-10.
6. Coll-Vinent Puig B. Identificación en urgencias de los casos de violencia doméstica. *Jano*. 2006; 1596:39-41.
7. Siendones Castillo R, Perea-Milla López E, Arjona Huertas JL, Agüera Urbano C, Rubio Gallo A, Molina Molina M. Violencia doméstica y profesionales sanitarios: conocimientos, opiniones y barreras para la infradetección. *Emergencias*. 2002; 14:224-32.
8. Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. BOE núm. 313, Miércoles 29 diciembre 2004. Pag. 42166-97.
9. Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. La violencia contra las mujeres. Resultados de la III Macroencuesta. Madrid: Sigma Dos S.A; 2006. Disponible en: <http://mtas.es>.
10. World Health Organisation. Putting women's safety first; ethical and safety recommendations for research on domestic violence against women. Global Programme on Evidence for Health Policy Gen? World Health Organisation; 1999.
11. Vives-Cases C, Álvarez-Dardet C, Gil-González D, Torrubiano-Domínguez J, Rohlfs I, Escribà-Agüir V. Perfil sociodemográfico de las mujeres afectadas por violencia del compañero íntimo en España. *GacSanit*. 2009; 23(5):410-4.
12. Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer. Organización Mundial de la Salud; 2005. Disponible en: <http://who.int/gender>.
13. McCord-Duncan E, Floyd M, Kemp E, Bailey b, Lang F. Detecting potential intimate partner violence: which approach do women want? *Fam Med*. 2006; 38(6):416-22.
14. Chen P, Rovi S, Washington J, Jacobs A, Vega M, Pan K et al. Randomized comparison of 3 methods to screen for domestic violence in family practice. *Ann Intern Med* 2007; 5:430-5.
15. MacMillan H, Wathen C, Jamieson E, Boyle M, McNutt L, Worster A et al. Approaches to screening for intimate partner violence in health care settings: a randomized trial. *JAMA*. 2006; 296(5):530-6.
16. Catálogo de instrumentos para cribado y frecuencia del maltrato físico, psicológico y sexual. Unidad de apoyo a la Investigación. Escuela Andaluza de Salud Pública, para Observatorio de Salud de la Mujer; 2007. Disponible en: http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/genero_vg_01.pdf.
17. Moracco K, Cole T. Preventing intimate partner violence: screening is not enough. *JAMA*. 2009; 302(5):568-70.
18. MacMillan H, Wathen C, Jamieson E, Boyle M, Shannon H, Ford-Gilboe M et al. Screening for intimate partner violence in health care settings: a randomized trial. *JAMA*. 2009; 302(5):493-501.
19. 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 (SEMFYC), con la colaboración del Ministerio de Sanidad y Consumo. Violencia Doméstica. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2003. Disponible en: <http://www.msps.es/ciudadanos/violencia/docs/violenciadomestica.pdf>.
20. Fernández Alonso MC, Buitrago Ramírez F, Ciurana Misol R, Chocrón Bentata L, García Campayo J, Montón Franco

- C et al. Grupo de salud mental del PAPPS. Programa de prevención en salud mental en atención primaria. Aten Primaria. 2007; 39(Supl 3):88-108.
21. Martín Prieto M, González Rodríguez MA, Vicente Muelas N. El Maltrato. Madrid: SEMERGEN; 2005. Disponible en: <http://www.semegen.es/semegen/microsites/manuales/maltrato/maltrato.htm>.
22. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género. Comisión Contra la Violencia de Género del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/protocoloComun.pdf>.
23. Informe violencia de género 2006. Informes, estudios e investigación 2008. Ministerio de Sanidad y Consumo. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/informeViolenciaGenero2006.pdf>.
24. Violencia contra las mujeres. Protocolo de actuación sanitaria ante los malos tratos. Gobierno de Cantabria. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Dirección General de Salud Pública; 2005. Disponible en: <http://www.saludcantabria.org/saludPublica/pdf/mujeres/ProtocoloViolencia.pdf>.

ANEXO 1. CUESTIONARIO AUTOADMINISTRADO

Este cuestionario forma parte de un estudio sobre salud y mujer. Las respuestas al mismo son totalmente confidenciales, garantizándose el anonimato de las mismas.

Nº identificación:

Edad:

Número de hijos:

Nacionalidad:	española	sudamericana	europea este		
	europea oeste	magrebí	subsahariana	otras	
Etnia:	caucásica	gitana	árabe	negra	otras
Estado civil:	soltera	casada/pareja de hecho	separada/divorciada		viuda
Estudios:	sin estudios	lee y escribe	primarios	secundarios	titulada media/superior

Ocupación:

Ocupación cónyuge (o cabeza de familia en no emancipadas):

Situación laboral:	activa	parada	no realiza trabajo remunerado	jubilada
--------------------	--------	--------	-------------------------------	----------

Antecedentes patológicos:

Fumadora:	SI	NO	Exfumadora
Alcohol:	SI	NO	
Consumo sustancias tóxicas:	SI	NO	

Versión corta del Woman Abuse Screening Tool (WAST)

-En general, ¿cómo describiría usted su relación con su pareja?			
	Mucha tensión	Alguna tensión	Sin tensión
-Usted y su pareja resuelven sus discusiones con:			
	Mucha dificultad	Alguna dificultad	Sin dificultad

Por favor, subraye la respuesta que más se corresponda con su situación personal:

1. ¿En el último año su pareja ha abusado físicamente de usted (golpes, patadas, empujones)?

Muchas veces A veces Nunca

2. ¿En el último año su pareja ha abusado emocionalmente de usted (amenazas, insultos, humillaciones)?

Muchas veces A veces Nunca

3. ¿En el último año su pareja ha abusado sexualmente de usted (le ha forzado a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad)?

Muchas veces A veces Nunca

4. Cualquier otra pareja en el pasado, ¿ha abusado físicamente de usted (golpes, patadas, empujones)?

Muchas veces A veces Nunca

5. Cualquier otra pareja en el pasado, ¿ha abusado emocionalmente de usted (amenazas, insultos, humillaciones)?

Muchas veces A veces Nunca

6. Cualquier otra pareja en el pasado, ¿ha abusado sexualmente de usted (le ha forzado a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad)?

Muchas veces A veces Nunca

7. En caso de haber sufrido malos tratos, ¿durante cuánto tiempo?

1 mes 2-6 meses 6 meses-1 año 1-5 años más de 5 años

8. ¿Tiene usted una persona o personas en la que poder confiar y desahogarse cuando tiene problemas o dificultades de cualquier tipo en la vida?

SI NO