



Universitat
de les Illes Balears

TRABAJO DE FIN DE GRADO

**¿CUÁL ES EL MÉTODO DE CRIBADO MÁS
EFECTIVO PARA LAS/LOS ENFERMERAS/OS PARA
DETECTAR LA VIOLENCIA DE PAREJA EN
MUJERES EMBARAZADAS ?**

Francina Forteza Moll

Grado de: Enfermería

Facultad de: Enfermería y Fisioterapia

Año académico: 2020-21

¿Cuál es el método de cribado más efectivo para las/los enfermeras/os para detectar la violencia íntima de pareja en mujeres embarazadas?

Francina Forteza Moll

Trabajo de Fin de Grado

Facultad de: Enfermería y Fisioterapia

Universitat de les Illes Balears

Año académico: 2020-21

Palabras clave: Violencia de pareja, Embarazo y Tamizaje masivo

Nom del tutor / la tutora del treball: Mireia Guillén Solà

Autoritz la Universitat a incloure aquest treball en el repositori institucional per consultar-lo en accés obert i difondre'l en línia, amb finalitats exclusivament acadèmiques i d'investigació

Autor/a		Tutor/a	
Sí	No	Sí	No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Resumen

El embarazo es uno de los pocos momentos en la vida de una mujer sana en el que va a tener un contacto más frecuente con el sistema sanitario. Por lo que supone una oportunidad crucial de detección de la violencia de pareja para los profesionales sanitarios. La violencia durante el embarazo, supone consecuencias sobre la madre: físicas y psíquicas, sobre su salud reproductiva y comportamientos de salud negativos. Y también supone consecuencias físicas sobre el neonato.

Para cribar la violencia de pareja, existen gran variedad de escalas y tipos de entrevistas que pueden facilitar el proceso de detección, siempre y cuando estas hayan demostrado ser efectivas para la población de embarazadas. La presente revisión de la literatura, pretende determinar cuál es el método de cribado más efectivo para la detección de la violencia de pareja en mujeres embarazadas. Para ello, se he realizado una búsqueda bibliográfica de los estudios publicados entre 2010 y 2021 en: PubMed, BVS, CUIDEN, Cochrane y Google Académico. Se han incluido 19 estudios en la revisión y se han utilizado otros 14 para la fundamentación teórica. Los resultados obtenidos permiten tener una información detallada sobre las características principales de las escalas de cribado y entrevistas. Lo que nos permite establecer que las escalas más efectivas son la HARK y la ISA, a nivel internacional y la AAS, a nivel nacional. En cuanto a las entrevistas, la *empowerment intervention* y las preguntas cortas son igualmente recomendables. Por último, destacamos el importante papel que desempeñan los enfermeros y las enfermeras y en concreto las matronas, en el proceso de detección de la violencia de pareja durante el embarazo por su proximidad con las pacientes.

Palabras clave: *Violencia de pareja, Embarazo y Tamizaje masivo*

Resum

L'embaràs és un dels pocs moments en la vida d'una dona sana en el qual tindrà contacte més freqüentment amb el sistema sanitari, la qual cosa suposa una oportunitat crucial de detecció de la violència de parella per als professionals i les professionals sanitaris. La violència durant l'embaràs té conseqüències sobre la mare: físiques i psíquiques, sobre la seva salut reproductiva i efectes de salut negatius, a més de conseqüències físiques sobre el nou-nat.

Per tal de cribrar la violència de parella, hi ha moltes escales i molt tipus d'entrevistes que poden facilitar el procés de detecció, sempre que hagin demostrat ser efectives per a les embarassades. L'actual revisió de la literatura, pretén determinar quin serà el mètode de cribratge més efectiu per a la detecció de la violència de parella en dones embarassades. Per això, s'ha duit a terme una recerca bibliogràfica dels estudis publicats entre 2010 i 2021 en: PubMed, BVS, CUIDEN, Cochrane y Google Acadèmic. En la revisió s'hi han inclòs 19 estudis i 14 més s'han utilitzat per a la fundamentació teòrica. Els resultats obtinguts permeten tenir una informació detallada sobre les característiques principals de les escales de cribratge i de les entrevistes. La qual cosa ens permet establir que les escales més efectives són l'HARK, l'ISA, en l'àmbit internacional, i l'AAS en el nacional. Pel que fa a les entrevistes l'*empowerment intervention* i les preguntes curtes són igualment recomanables. I, finalment, hem de destacar l'important paper que exerceixen els infermers i les infermeres i, especialment, les comares, en el procés de detecció de la violència de parella durant l'embaràs, degut a la proximitat amb les pacients.

Paraules clau: *Violència de parella, Embaràs i Cribratge massiu.*

Abstract

Pregnancy is one of the few moments in the life of a healthy woman in which she will have more frequent contact with the health system. Therefore, it represents a crucial opportunity for the detection of intimate partner violence for healthcare professionals. Violence during pregnancy has consequences for the mother: physical and mental, on her reproductive health and negative health behaviors. And it also has physical consequences on the newborn.

In order to screen for intimate partner violence, there are a wide variety of scales and types of interviews that can facilitate the detection process, as long as they have been shown to be effective for the pregnant population. This literature review aims to determine which is the most effective screening method for detecting intimate partner violence in pregnant women. To do this, we have carried out a bibliographic search of the studies published between 2010 and 2021 in: PubMed, BVS, CUIDEN, Cochrane and Google Scholar. 19 studies have been included in the review and other 14 have been used for theoretical justification. The results obtained allow to have detailed information on the main characteristics of the screening scales and interviews. This allows us to establish that the most effective scales are the HARK and the ISA, at the international level and the AAS, at the national level. As for the interviews, the empowerment intervention and the short questions are equally recommended. Finally, we highlight the important role that nurses, and specifically midwives, play in the process of detecting intimate partner violence during pregnancy due to their proximity to patients.

Key words: *Intimate partner violence, Pregnancy and Mass screening*

Acronyms:

- Abuse Assesment Screen (AAS)
- Humiliation, Afraid, Rape, Kick (HARK)
- Index of spouse abuse (ISA)

Índice

Introducción	pág. 1
Marco teórico	pág. 5
Metodología	pág. 8
Resultados	pág. 9
Discusión	pág. 28
Conclusión	pág. 35
Bibliografía	pág. 36
Anexos	pág. 40

Introducción

La violencia contra las mujeres por razón de género, es un fenómeno universal que supone un problema de Salud Pública con graves efectos sobre la salud de las mujeres. Los sistemas sanitarios de todos los países tienen un papel fundamental en la prevención y tratamiento de la violencia de género en todo el mundo. Los servicios sanitarios son un punto estratégico de cribado, puesto que: “las mujeres que sufren violencia de género acudirán a ellos con mayor frecuencia, en particular a Atención Primaria (AP), Urgencias, Obstetricia y Ginecología y Salud Mental” (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2018 y García-Moreno C. et al., 2015 citado por Gómez-Fernández et al., 2019, p. 2). Es por esto que los profesionales sanitarios deben estar formados y sensibilizados con la violencia de género, cómo detectarla y qué intervenciones deben llevar a cabo tras la detección.

Dado la existencia de muchos tipos de violencia contra las mujeres por razón de género (mutilación genital femenina, abuso sexual, matrimonios forzosos, etc.) en este trabajo vamos a manejar la definición de *violencia de contra las mujeres* establecida por el Convenio de Estambul: *se deberá entender una violación de los derechos humanos y una forma de discriminación contra las mujeres, y designará todos los actos de violencia basados en el género que implican o pueden implicar para las mujeres daños o sufrimientos de naturaleza física, sexual, psicológica o económica, incluidas las amenazas de realizar dichos actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, en la vida pública o privada actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, en la vida pública o privada* (2011, p.3).

Además, nos vamos a centrar en la violencia contra las mujeres ejercida dentro de la pareja. La violencia en la pareja, IPV, por sus siglas en inglés (Intimate partner violence) se refiere a aquella violencia por parte de la pareja que se manifiesta por abuso físico, sexual o emocional o conductas de control (OMS, 2011, p. 1). Es preciso aclarar que la literatura científica utiliza de forma indistinta los términos *domestic violence* (violencia doméstica) e *intimate partner violence*. La Ley Orgánica 1/2004 de medidas de protección integral contra la violencia de género utiliza el término *violencia de género* para referirse a la IPV perpetrada contra mujeres por sus parejas. Así, en el Artículo 1.1 refiere a *la violencia que, como manifestación de la discriminación, la situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres, 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.

Dentro de la IPV encontramos gran variedad de formas de violencia: física, sexual, psicológica. La violencia física consiste en: “el uso intencional de la fuerza física, el vigor o un arma para dañar o lesionar a la mujer” (Naciones Unidas, 2006, p. 43) . La violencia psicológica comprende: “el contacto sexual abusivo, hacer que una mujer participe en un acto sexual no consentido y la tentativa o consumación de actos sexuales con una mujer que está enferma, incapacitada, bajo presión o bajo la influencia de alcohol u otras drogas” (Naciones Unidas, 2006, p. 43). La violencia psicológica consiste en: “actos tendientes a controlar o aislar a la mujer, así como humillarla o avergonzarla” (Naciones Unidas, 2006, p. 43). El informe de Naciones Unidas contempla una cuarta forma de violencia dentro de la pareja, la violencia económica: “entraña negar a una mujer el acceso a los recursos básicos o el control sobre ellos” (Naciones Unidas, 2006, p. 43). Este último tipo de violencia no se contempla en ninguno de los estudios revisados ni tampoco en las escalas de cribado de IPV en el embarazo.

En concreto, queremos estudiar aquella forma de IPV que se ejerce contra las mujeres embarazadas. A nivel informativo, cabe puntualizar que existen otros tipos de violencia contra las mujeres hacia las embarazadas fuera del ámbito de la pareja, como por ejemplo la violencia obstétrica. Sin embargo, este tipo de violencia no forma parte del presente proyecto de investigación.

Dentro de la población de mujeres sanas, uno de los momentos en la vida de una mujer en el que va a tener un mayor contacto con el sistema sanitario es el embarazo lo que ofrece a los profesionales sanitarios una *ventana de detección* de la violencia de pareja (Román-Gálvez et al., 2021, p. 1; Velasco et al., 2014, p. 8). Además en el embarazo, tanto por las visitas sucesivas como por la implicación emocional del proceso es más probable que se genere una relación terapéutica de confianza que facilite a la mujer expresarse si está sufriendo algún tipo de violencia. En este punto las enfermeras y en concreto las matronas desarrollan un papel fundamental por su estrecha relación con las pacientes: *la continuidad de la atención de la matrona proporciona un mayor nivel de confianza y conexión entre la matrona y la mujer; lo que aumenta la posibilidad de una revelación por parte de la mujer* (Finnbogadóttir et al., 2020, p. 8).

La definición de cribado que vamos a utilizar es la traducción literal del inglés “screening” en un sentido epidemiológico: “estrategia utilizada en una población para identificar la posible presencia de una enfermedad aún no diagnosticada en personas sin signos o síntomas” (Chisholm et al., 2017, p. 7; O’Doherty et al., 2015, p. 9). Según Chisholm et al., el cribado es “el primer paso puede conducir a la identificación y posterior intervención para romper el círculo vicioso de la IPV” (2017, p. 7).

En cuanto a la prevalencia de cribado de IPV por parte de los profesionales sanitarios. A nivel internacional, la literatura coincide en que gran parte de los profesionales no realiza ningún cribado para la IPV o este es insuficiente. En un estudio de método mixto realizado en Australia, sobre las prácticas de cribado de los sanitarios para la violencia de género en el embarazo, concluyó que sólo el 58% de ellos realizó un cribado para la violencia de género en las embarazadas (O’Reilly & Peters, 2018, p. 5). Otro estudio realizado en Estados Unidos sobre el cribado de la violencia de género determinó que: “sólo el 11% de los ginecólogos y el 15% de las matronas cribaban de forma rutinaria a sus pacientes, mientras que el 32% de los ginecólogos y el 45% de las matronas lo hacía sólo cuando las pacientes parecían necesitarlo” (Foy et al., 2000, citado en Duchesne et al., 2020, p. 296).

A nivel nacional existen pocos estudios sobre la prevalencia de cribado de IPV en los servicios sanitarios españoles, aún así, en un estudio desarrollado en España: “solo la mitad de los enfermeros encuestados habían detectado un caso de IPV” (Coll-Vinent et al., 2008, citado en Gómez-Fernández et al., 2019, p. 2).

Podemos asociar la baja prevalencia de cribado de IPV por parte de los profesionales sanitarios a la cantidad de barreras que aparecen para detectar la IPV, por la complejidad implícita de la misma. Un estudio cualitativo llevado a cabo en Italia por Mauri et al., resume las barreras y facilitadores de cribado en 3 grandes grupos:

- 1) La dificultad de detectar la violencia (tabús culturales, falta de tiempo y de entrenamiento).

- 2) Hay varios medios para detectar la violencia (opiniones contradictorias sobre las herramientas de detección, continuidad de cuidados, experiencia clínica y formación académica).

- 3) Los profesionales involucrados (la multidisciplinariedad es un recurso y las matronas juegan un rol crucial)” (2015, p. 3).

Los resultados de un estudio cualitativo llevado a cabo en Barcelona con matronas de Atención Primaria coinciden en gran parte con los del estudio italiano. Gómez-Fernández et al. añaden además una lista de propuestas de mejora que se resume en: mejorar la gestión, disponer de traductores (en caso de barrera idiomática) y aplicar herramientas objetivas de detección de la IPV (2019, p. 5) . Por último, ambos estudios identifican como barrera el miedo a preguntar por temor a que la paciente se sienta ofendida (Gómez-Fernández et al., 2019, p. 5; Mauri et al., 2015, p. 4). Sin embargo, la bibliografía encontrada sobre la experiencia de las mujeres embarazadas al ser preguntadas por la IPV (un estudio cualitativo realizado en Japón y otro mixto realizado en Suecia), concluye de forma unánime que la experiencia en general no les resulta incómoda y que las mujeres no se sienten molestas o violentadas al ser preguntadas al respecto (Almqvist et al., 2018, p. 8; Kataoka & Imazeki, 2018, p. 8).

Existe cierto desacuerdo en cuanto al manejo del cribado de la IPV: algunas organizaciones como la American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) recomiendan el cribado universal (estandarizar una pregunta para todas las mujeres asintomáticas), sin embargo, la OMS no lo recomienda, advirtiendo que tiene una evidencia baja-moderada y recomienda realizar un cribado selectivo (en grupos de riesgo, como por ejemplo las embarazadas) (Chisholm et al., 2017, p. 7,9; O'Doherty et al., 2015, p. 9). Existen 2 tipos más de cribado de la IPV: “el routine enquiry (cuando se pregunta a todas las mujeres pero el método o la pregunta varía según el profesional sanitario o la situación de la mujer) y el case-finding (preguntar si ciertos indicadores están presentes)” (O'Doherty et al., 2015, p. 9).

Existen diferentes herramientas para la detección de la IPV. La mayoría de estas herramientas son escalas pero también encontramos otras formas como la entrevista, donde destacamos 3 formas que se explicaran más adelante: la empowerment intervention, el counselling y las preguntas cortas (Deshpande & Lewis-O'Connor, 2013, p. 4; Direcció General del Servei de Salut de les Illes Balears & Institut Balear de la Dona, 2017, p. 35; Rasch et al., 2018, p. 12). Son muchísimas las escalas disponibles para medir la IPV, algunas son específicas para todos los tipos de violencia y otras solo contemplan un tipo o dos. La escala más utilizada en las embarazadas para medir la IPV es la Abuse Assessment Screen que consta de 5 preguntas abiertas (AAS) (Deshpande & Lewis-O'Connor, 2013, p. 4). Otra de las escalas más utilizadas (en mujeres embarazadas y no embarazadas) para medir la IPV física y emocional es la escala

HARK (Humiliation, Afraid, Rape, Kick) que fue desarrollada basada en la AAS y tiene en cuenta los 4 ítems que conforman su nombre (Chisholm et al., 2017, p. 13; Curry et al., 2018, p. 4).

El Protocol d'actuació sanitària davant la violència masclista a les Illes Balears propone la misma escala para el cribado de la IPV en embarazadas y en no embarazadas, la escala WAST-short (2 preguntas de respuesta cerrada) en todas las mujeres (Direcció General del Servei de Salut de les Illes Balears & Institut Balear de la Dona, 2017, p. 35). Sin embargo, esta escala no tiene en cuenta ningún tipo específico de IPV.

El objeto de estudio de este trabajo es determinar cuál es el método de cribado más efectivo para la detección de la violencia de pareja (IPV) en mujeres embarazadas.

Objetivos específicos

- Comparar los diferentes métodos de cribado para la IPV en mujeres embarazadas en función de la sensibilidad, especificidad y resultados obtenidos de las técnicas de cribado ya existentes para la detección de IPV en mujeres embarazadas.
- Evaluar el abordaje de la IPV en mujeres embarazadas que propone el *Protocolo de las Islas Baleares de actuación sanitaria ante la violencia machista* comparándolo con los demás métodos de cribado existentes para la IPV.

Marco Teórico

Al evaluar cualquier método de cribado es fundamental tener una base sólida sobre el tema en cuestión por lo que se ha considerado necesario añadir este apartado.

Una revisión sistemática llevada a cabo por Román-Gálvez et al., afirma que “la prevalencia de IPV durante el embarazo varía según la definición utilizada, la estrategia de cribado y el estado de desarrollo de la población estudiada” (2021, p. 2). Este mismo estudio afirma que China tiene los rangos más bajos de IPV psicológica durante el embarazo (4,2%) y que los rangos más altos se encuentran en Vietnam (6-32,5%), países Árabes (23,4-32,6%), países de latino América (13-44%) y países de África (24,8-49%) (Román-Gálvez et al., 2021, p. 8). El rango de prevalencia de la IPV física durante el embarazo, según un estudio multi-país realizado por la OMS, fue entre el 1% en Japón y hasta el 28% en Perú, con la mayoría de los países oscilando entre el 4 y el 12% (OMS, 2011, p. 1).

Por otro lado, un estudio de cohortes llevado a cabo en el sud de España concluyó que un 22,7% de mujeres sufrió IPV durante el embarazo (Velasco et al., 2014, p. 8). Por último, no se han encontrado datos sobre la prevalencia de IPV en las Islas Baleares. A pesar de ello, en 2016 las Islas Baleares fueron la comunidad autónoma con la tasa más elevada de denuncias de violencia ejercida dentro de la pareja o expareja (Direcció General del Servei de Salut de les Illes Balears & Institut Balear de la Dona, 2017).

La literatura afirma que el embarazo no previene de la IPV, pero existe evidencia contradictoria sobre si la IPV aumenta o disminuye durante el embarazo (Jasinski, 2004, citado en OMS, 2011, p. 3). Otro estudio afirma que el embarazo puede actuar como un factor protector, factor de riesgo o como un desencadenante (O'Reilly & Peters, 2018, p. 2). En un estudio realizado en diferentes países, llevado a cabo por la OMS, alrededor del 50% de las mujeres afirmaron haber sido golpeadas por primera vez durante el embarazo (OMS, 2011, p. 3), lo que coincide con lo que afirma el Protocolo de actuación sanitaria ante la violencia machista en las Islas Baleares: “a veces, es en esta etapa cuando la violencia empieza a ser franca y evidente” (Direcció General del Servei de Salut de les Illes Balears & Institut Balear de la Dona, 2017, p. 24). Lo que sí está claro es que el riesgo de consecuencias negativas para las mujeres, feto, neonatos y niños es mayor cuando la violencia ocurre durante el embarazo o en el periodo post-natal (Direcció General del Servei de Salut de les Illes Balears & Institut Balear de la Dona, 2017, p. 24; O'Reilly & Peters, 2018, p. 2).

Las consecuencias de la violencia durante el embarazo son muy variadas e incluyen consecuencias sobre la madre (físicas y psíquicas) y sobre el neonato. En el estudio de la OMS, dividen las consecuencias para la salud en mortales (homicidio y suicidio) y no mortales, dentro de las no mortales incluyen 3 grupos de consecuencias: comportamiento de salud negativo, salud reproductiva y salud física y mental (2011, p. 2). Para explicar las consecuencias de la IPV durante el embarazo vamos a seguir el esquema que propone la OMS.

En cuanto a los comportamientos de salud negativos, un estudio de cohortes realizado en EEUU concluye que el consumo de alcohol y comorbilidades se asociaron significativamente con la IPV (Chen et al., 2017, p. 5). Por el contrario un estudio longitudinal llevado a cabo en Suecia no encontró una diferencia significativa en el consumo de alcohol entre las mujeres que sufrían IPV y las que no (Finnbogadóttir et

al., 2020, p. 6). Este mismo estudio sí concluyó que “fumar o consumir tabaco húmedo fueron significativamente mayores entre las mujeres con antecedentes de violencia” (Finnbogadóttir et al., 2020, p. 6).

Respecto a las consecuencias referidas a la salud reproductiva, un estudio de cohortes llevado a cabo en Australia concluyó que existe una asociación entre la IPV durante el embarazo y un aumento del riesgo de bajo peso al nacer, parto prematuro y retraso en el inicio de la lactancia y lactancia materna no exclusiva (Chaves et al., 2019, p. 4). El estudio Sueco mencionado anteriormente obtuvo las mismas conclusiones y añade que la IPV durante el embarazo está asociada a cuidados intensivos neonatales: “casi una cuarta parte de los bebés de las víctimas recibieron cuidados intensivos neonatales” (Finnbogadóttir et al., 2020, p. 6). Por último, una revisión sistemática sugiere que la IPV durante el embarazo contribuye al desarrollo de la Diabetes Mellitus Gestacional (DMG), proponen el siguiente mecanismo biológico: “el estrés y la depresión inducidos por la IPV pueden provocar una desregulación del eje hipotalámico-hipofisario-adrenal, que conduce a la hipersecreción de cortisol y al posterior desarrollo de resistencia a la insulina. Estos efectos pueden exacerbar el entorno resistente a la insulina característico del embarazo, causando una resistencia severa a la insulina en el músculo esquelético, hígado y tejido adiposo, lo que finalmente reduce los efectos compensatorios de las células pancreáticas y que conducen al desarrollo de DMG” (Pheiffer et al., 2020, p. 12).

Por último en cuanto a las consecuencias en relación a la salud física y mental destacamos la depresión. Un estudio longitudinal llevado a cabo en EEUU concluye que la depresión es un problema generalizado entre mujeres expuestas a IPV perinatal y está vinculado a consecuencias negativas a corto y largo plazo (Kastello et al., 2015, p. 7). Este mismo estudio explica que: “la exposición a la IPV psicológica o IPV sexual en formas graves está más fuertemente relacionado con el riesgo de depresión que experimentar IPV física durante el embarazo” (2015, p. 4) . Una revisión sistemática cuyo objetivo es determinar la relación entre la depresión y la IPV en las mujeres asiáticas, concluye que la violencia doméstica (DV) está significativamente asociada a la depresión postparto (Koirala & Chuemchit, 2020, p. 26). Además, este mismo estudio explica que muchas culturas asiáticas tienen tendencia a evitar e incluso normalizar la depresión postparto (Koirala & Chuemchit, 2020, p. 26). Por lo que

teniendo la anteriormente mencionada elevada prevalencia de IPV en los países asiáticos hace especialmente grave esta cuestión.

Metodología

Para la elaboración de este trabajo y la consecución de los objetivos definidos, el mes de marzo de 2021 se llevó a cabo una estrategia de búsqueda bibliográfica. Para ello se seleccionaron las siguientes bases de datos: PubMed, BVS, CUIDEN, Cochrane y Google Académico.

Los descriptores utilizados fueron los siguientes:

	MeSH	DeCS
Descriptores primarios	Intimate partner violence Pregnancy Mass screening	Violencia de pareja Embarazo Tamizaje masivo
Descriptores secundarios	Pregnancy outcomes Prenatal care	Resultado del embarazo Atención prenatal

Los operadores booleanos utilizados para llevar a cabo la búsqueda bibliográfica fueron:

- Intimate partner violence AND Mass screening AND Pregnancy
- (Intimate partner violence AND Pregnancy) AND (Pregnancy outcomes OR prenatal care)

Se aplicaron los siguientes criterios de inclusión:

- Artículos u otros documentos relacionados con la IPV en el embarazo
- Protocolos o guías sobre prevención/cribado de la IPV en el embarazo
- Años de publicación 2010-2021
- Idioma: Inglés, catalán, español artículos publicados en español o inglés años entre los años 2010 y 2021.

Criterios de exclusión:

- Artículos/protocolos/guías sobre otro tipo de violencia que no fuera IPV
- Artículos u otros documentos anteriores al 2010
- Idioma distintos al Inglés, catalán o español

Resultados

Encontramos un total de 114 artículos que fueron seleccionados en 3 fases:

FASE 1	Lectura de títulos	se eliminaron 24 artículos
FASE 2	Lectura del resumen	se eliminaron 27 artículos
FASE 3	Lectura completa y valoración de la calidad	se eliminaron 14 artículos

Se eliminaron 16 artículos repetidos entre las distintas bases de datos. Nos quedamos con un total de 33 artículos de los cuales 19 son los incluidos en la revisión y los 14 restantes se han utilizado para completar la introducción, marco teórico y discusión.

En los anexos se adjunta una tabla-resumen de los artículos incluidos (anexo 1), una ficha técnica de los mismos (anexo 2) y a continuación se presenta el flujograma de la búsqueda bibliográfica:

Gráfico 1. Diagrama de flujo de las fases de búsqueda bibliográfica



Es importante puntualizar que todos los artículos seleccionados excepto 2 están en inglés, por lo que al usar expresiones propias de dichos artículos en inglés, éstas se han traducido al castellano.

La exposición de los resultados se ha dividido en 2 partes: las escalas de cribado de IPV y otras formas de cribado de IPV. Para facilitar la exposición y posterior análisis de los resultados de los estudios seleccionados se agruparán los resultados encontrados de cada una de las escalas que aparecen en los estudios.

·**Resultados de la Abuse Assessment Screen (AAS)**

El estudio transversal de Escribà-Agüir (2015) tiene como objetivo “evaluar la confiabilidad, precisión y validez de la versión en español del Abuse Assessment Screen (AAS) en mujeres embarazadas comparándola con la versión en español del Índice of Spouse Abuse (ISA)” (Escribà-Agüir et al., 2015, p. 2). De este estudio, se obtiene que la versión en español de la AAS tiene una especificidad por encima del 97% en todos los tipos de abuso. En cambio tiene una sensibilidad mucho más baja: abuso físico severo (s: 33,3%), abuso físico no severo (s: 6,9%), abuso psicológico severo (s: 100%) y abuso psicológico no severo (s: 22,9%). Los valores predictivos negativos para los dos tipos de IPV fueron superiores al 97%, sin embargo los valores predictivos positivos fueron mucho más bajos, especialmente para: abuso psicológico severo (9,7%) y abuso físico severo (8,3%). En conclusión, según Escribà-Agüir et. al: “la probabilidad de que la versión en español de la AAS indique con precisión que una mujer no experimenta la IPV es alta. Por la baja sensibilidad la versión en español de AAS falla para captar un número importante de mujeres que sufren IPV “ (2015, p.5). La versión en español de la AAS pregunta directamente a las mujeres si han sido heridas física o emocionalmente, y proporciona ejemplos específicos para ayudarlas a comprender significado de "daño emocional y físico". Es posible que, a pesar de los ejemplos proporcionados, algunas encuestadas puedan no considerar ciertos actos (probablemente actos leves infrecuentes) como abuso emocional o no considerar ciertas agresiones como abuso físico si estas no resultan en lesión y, por lo tanto, ofrecen una respuesta negativa en la versión en español de la AAS. En este sentido, Escribà-Agüir hace una serie de sugerencias de mejora en cuanto a la forma y contenido de esta escala: “para maximizar la revelación, proponemos modificarla para incluir una lista de daños específicos en la redacción de esas preguntas como ejemplos de abuso físico. También proponemos eliminar el uso de la palabra "lesión" (*injury*), y sugerir la inclusión de eventos para ayudar recordar experiencias de abuso emocional. También proponemos la inclusión de una introducción, cuyo objetivo sea introducir la apertura de comunicación sobre temas sensibles” (Escribà-Agüir et al., 2015, p. 7). Por último Escribà-Agüir propone que la

respuesta binaria (sí/no) de la AAS puede limitar la revelación en aquellas mujeres que piensen que su experiencia no encaja en las limitadas categorías que se dan a elegir (Escribà-Agüir et al., 2015, p. 7).

La revisión sistemática de Chisholm (2017) afirma que “para el embarazo hemos tenido un éxito constante durante un largo intervalo de uso con la AAS o modificaciones de la misma” (Chisholm et al., 2017, p. 13). Los resultados del estudio es que la versión en inglés de la AAS tiene una sensibilidad del 93-94% y una especificidad del 55-99%, remarcando que sólo cuando la utilizan profesionales sanitarios capacitados. Finalmente Chisholm et al., explica que “aunque está desarrollada para ser administrada por un profesional cara a cara con el paciente podría ser adaptada para ser cumplimentada por el paciente usando un ordenador o copia en papel” (2017, p. 13)

El estudio de cohortes de Velasco (2014) tiene como objetivo determinar la prevalencia en mujeres embarazadas utilizando dos escalas: la AAS y la ISA (Index Spouse of Abuse). El resultado más destacable de este estudio es que la prevalencia obtenida con la escala ISA fue mayor que con la escala AAS. La prevalencia de IPV (de cualquier tipo) durante el embarazo, medida usando la escala ISA fue del 21,3%, en cambio esa prevalencia medida con la AAS fue del 7,7%. La prevalencia de la IPV física durante el embarazo fue del 3,6% usando la ISA y del 1,7% usando la AAS. Según Velasco et al., esta diferencia en los resultados de la AAS y la ISA, es atribuible, en parte, al momento en que el cuestionario es administrado “la AAS es un instrumento corto que contiene solo cuatro preguntas y requiere que las encuestadas se definan a sí mismas como mujeres violentamente abusadas o no en un momento muy especial, poco después del parto, cuando sus parejas pueden estar involucradas de manera más positiva” (2014, p. 6). Velasco propone que la diferencia también puede ser debida a la forma en que el cuestionario es administrado, ya que la ISA es una escala auto-rellenable y sin embargo, la AAS es una entrevista cara a cara lo que puede ser una limitación en algunas culturas. Deshpande (2013), en su informe sobre las herramientas de cribado de la IPV, revisa los resultados dos estudios sobre la eficacia de la AAS frente a otras escalas. Un estudio con una muestra de 691 mujeres concluyó que la AAS era sensible y específica para detectar el abuso (McFarlane, 1992 citado por Deshpande & Lewis-O’Connor, 2013, p. 5). El otro estudio mencionado que compara una muestra de 143 mujeres embarazadas cribadas con AAS con otras 191 mujeres embarazadas no cribadas con AAS, concluyó que cribar usar la AAS mejoró las tasas de detección de IPV tanto antes como después del embarazo (NORTON et al., 1995 citado por Deshpande & Lewis-O’Connor, 2013,

p. 5). Desphande et al. afirma que la AAS quizás es “una de las herramientas de cribado de IPV más utilizadas en la población de embarazadas” (2013, p. 4)

Bermele (2018), en la Guía de Práctica Clínica que establece un protocolo de cribado de la IPV en mujeres embarazadas en EEUU, cita una revisión sistemática que concluyó que la sensibilidad de la AAS es del 93% al 94% y la especificidad entre el 55-99% (Rabin et al., 2009 citado por Bermele et al., 2018, p. 2).

Bianchi (2016) en el artículo resume la evidencia disponible sobre los componentes esenciales para llevar a cabo un programa de evaluación de la IPV. Bianchi cita un estudio que afirma que la sensibilidad de la AAS es del 93% y tiene una especificidad de entre el 55-99% (McFarlane, 1992 citado por Bianchi et al., 2016, p. 9). Bianchi et al. explica que la AAS es una herramienta muy utilizada en el entorno sanitario en el periodo prenatal para identificar la IPV ya sea de tipo físico, sexual o emocional y que se tarda 1 minuto aproximadamente en rellenar. Añade también que la AAS tiene 5 ítems y un diagrama que permite a la mujer señalar los sitios de lesión (2016, p. 9).

La revisión sistemática de O'Reilly (2010), tiene como objetivo “evaluar la efectividad del cribado y las intervenciones en mujeres que sufren IPV identificada durante el embarazo” (O'Reilly & Peters, 2018, p. 1). La AAS se utilizó en 4 de los 5 artículos sobre cribado incluidos en la revisión sistemática. El resultado obtenido de esta revisión sistemática con respecto a la AAS es que “tras meta-anlizar los datos de 3 estudios que comparan el uso único del AAS como cribado para IPV en el embarazo a cribado no estandarizado rutinario, fue que el riesgo de identificar la IPV era 2,44 veces mayor usando la AAS que con un cribado rutinario” (O'Reilly & Peters, 2018, p. 6).

La revisión sistemática de Arkins (2016) expone las fortalezas y debilidades de la AAS. Como fortaleza: tiene un sistema de puntuación simple, criba para todos los tipos de IPV y tiene un amplio rango en la identificación de la IPV (desde el 7,4% hasta 59%). Sin embargo, la escala AAS verbal sólo tiene 3 ítems y el cuestionario tiene 5 (Arkins et al., 2016, p. 5).

La revisión sistemática de Fletcher (2016) analiza todas las herramientas de cribado existentes en entornos de cuidado prenatal. Fletcher cita un estudio que afirma que: “la AAS es más sensible a las principales formas de violencia física; aunque, se ha sugerido que añadir ejemplos de formas menores de violencia con como “empujar”, captarían más actos violentos menores y aumentarían la precisión diagnóstica del AAS” (McFarlane et al., 1998 citado por Fletcher et al., 2016, p. 13). Fletcher destaca que la principal ventaja de usar el AAS es que es la única escala validada en mujeres

embarazadas. Fletcher aporta que esta escala tiene una sensibilidad del: 32% - 94% y una especificidad del: 55% - 97% (Fletcher et al., 2016, p. 6).

·Resultados de la Index of Spouse Abuse (ISA)

El ya mencionado estudio transversal de Escribà-Agüir (2015) expone que la ISA utiliza un “acercamiento conductual” preguntando a las mujeres sobre una liste predeterminada de actos abusivos. Añade también que las subescalas de la ISA ofrecen más oportunidades de confesión a través de la escala de respuestas multinivel, que permite a las mujeres graduar su experiencia de abuso. Expone también que la ISA al ser un cuestionario auto-rellenable por lo que las mujeres tienen más tiempo para pensar en el significado de la pregunta y por tanto en la interpretación que le dan. Finalmente, afirma que la ISA “ha sido evaluada psicométricamente en España, mostrando un buena consistencia interna, reproducibilidad y validez” (MacMillan et al., 2009 citado por Escribà-Agüir et al., 2015, p. 4)

El estudio de cohortes de Kita (2016) tiene como objetivo “elaborar la versión japonesa de la escala WAST comparándola con la ISA y la HADS” (Kita et al., 2016, p. 1). Kita expone que la ISA-P (mide la IPV física) tiene una sensibilidad del 66,7% y una especificidad del 89,7% y la ISA-NP (mide la IPV emocional y sexual) tiene una sensibilidad del 71,4% y una especificidad del 89,7%. Por último, afirma que la ISA es un gold estándar para la detección de la IPV y que identifica las víctimas de la violencia severa.

En la revisión sistemática de O’Reilly (2010) uno de los estudios incluidos en esta revisión afirma que “la consistencia interna de este instrumento es del 90 al 97%” (Hudson & McIntosh, 1981; McFarlane, 1993 citado por O’Reilly & Peters, 2018, p. 6).

El ya mencionado estudio de cohortes de Velasco (2014), describe la escala ISA: “es una escala que consta de 30 ítems auto-rellenable que mide la gravedad y la frecuencia del abuso físico (ISA-P) y no físico (ISA-NP) mediante el uso de elementos ponderados. Los puntos de corte recomendados son 10 para abuso físico y 25 por abuso no físico” (Velasco et al., 2014, p. 3). Velasco et al., destaca como ventajas: que la ISA sea auto-rellenable permite a las mujeres evaluar su experiencia de IPV con una mayor privacidad permitiendo a las mujeres evaluar y que sus 30 ítems incluyen preguntas sobre diferentes tipos de abuso que de otra forma podrían no ser notificados.

·Resultados de la Conflict Tactics Scale (CTS y CTS2)

Fletcher (2016) califica esta escala como gold estándar. Fletcher afirma que esta escala es el instrumento más antiguo y más utilizado para medir la IPV. En 2004, se creó una forma breve de esta escala (CTS2): mejorando la redacción, tuvo mayor validez y confiabilidad. El CTS2 incluye agresión física, agresión psicológica y coacción y lesiones sexuales, y cada uno de estos ítems contiene subescalas menores y graves (Fletcher et al., 2016, p. 4). El CTS2 completo contiene 72 preguntas, la mitad de las cuales involucran a la encuestada y otra la mitad se refiere a la pareja de la encuestada (Fletcher et al., 2016, p. 4). La mayoría de los estudios que han empleado el CTS2 utilizaron las respuestas femeninas: 36 preguntas en lugar de las 72 completas (Fletcher et al., 2016, p. 4).

El estudio longitudinal de Feder (2018) utilizó la Conflict Tactics Scale para medir la IPV física, sexual y psicológica en los últimos 12 meses. Feder et al., explica que la CTS: *“asks participants to report on their own perpetration behaviors and their partner’s perpetration (their victimization) following conflict”* (Feder et al., 2018, p. 4). Feder afirma que se ha encontrado una alta consistencia interna y buena validez de la escala.

La revisión sistemática de O’Reilly (2010), incluye en su revisión un estudio que utilizó la Conflict Tactics Scale para evaluar la eficacia de la intervención sobre violencia física (Tiwari et al. 2005 citado por O’Reilly & Peters, 2018, p. 6).

·Resultados de la Women Abuse Screening Tool (WAST)

En su revisión sistemática, Fletcher (2016) explica que la WAST tiene en cuenta el abuso emocional, físico y sexual. Consta de 8 preguntas y cada una tiene 3 posibles respuestas que se puntúan como un 2 (muchacha tensión, mucha dificultad o con frecuencia), un 1 (algo de tensión, algo de dificultad, a veces) o un 0 (sin tensión, sin dificultad, nunca). Una puntuación de ≥ 4 indica exposición a IPV. Fletcher reporta que la WAST tiene una sensibilidad de entre el 47 y el 88% y una especificidad entre el 89 y el 96% (Fletcher et al., 2016, p.6) Fletcher et al., afirma que el WAST se ha estudiado en gran variedad de poblaciones, incluidas la hispana y ha se ha encontrado que tiene una alta confiabilidad. Además matiza que la versión en español del WAST utiliza un subconjunto de ítems, las preguntas n°5 y n°7 y tiene una sensibilidad reportada del 89% y una especificidad del 94% (Fletcher et al., 2016, p. 9,10). Fletcher, puntualiza que, por su longitud, esta escala puede ser cargante para el profesional que la tiene que la tiene

que administrar en algunos entornos de salud. A pesar de esto, señala que: “*the full-length WAST is tentatively recommended because it covers all forms of IPV and has been utilized in diverse settings*” (Fletcher et al., 2016, p.14). Fletcher afirma que el uso de la WAST en la población de embarazadas y entornos de atención prenatal es prometedor por su alta sensibilidad, cobertura de formas físicas y no físicas de IPV, y uso previo con diversas poblaciones y entornos (Fletcher et al., 2016, p.16).

La revisión sistemática de Chisholm (2017) afirma que la WAST tiene una alta especificidad y sensibilidad (s: 88% y e:89%). Por otro lado, afirma que la WAST sólo evalúa la violencia física y emocional pero no la sexual (Chisholm et al., 2017, p. 12 y 19).

En su artículo, Bianchi (2016) cita un estudio que afirma que la sensibilidad de la WAST es del 89% y la especificidad del 94% (Brown, J., 2000 citado por Bianchi et al., 2016, p. 9).

Curry (2018), en la Guía de Práctica clínica que recoge la evidencia disponible para el cribado de la IPV en EEUU afirma que la WAST es una de las herramientas de cribado que puede ser utilizada para cribar a las mujeres para la IPV en el último año (no es específica para embarazadas). Añade que esta escala evalúa la IPV física y emocional (Curry et al., 2018, p. 4).

Arkins (2016) afirma que la escala WAST tiene 10 ítems y sirve para evaluar la IPV física, psicológica y sexual (Arkins et al., 2016, p. 15). La revisión sistemática incluye 7 estudios que utilizaron esta escala para cribar la IPV y tras la revisión de los mismos concluye que: “ tiene una buena confiabilidad interna pero el rango de sensibilidad es amplio, lo cual es preocupante ya que los estudios que midieron la sensibilidad se realizaron en un entorno de atención primaria; esto afectaría la confiabilidad de la herramienta” (Arkins et al., 2016, p. 15).

·Resultados de la Women Abuse Screening Tool-short form (WAST-short)

El ya mencionado estudio de cohortes de Kita (2016) que tiene como objetivo elaborar la versión en japonés de la escala WAST-short concluye que “el WAST-Short-J podría ser una herramienta de detección inicial de IPV eficaz y eficiente para su uso en entornos de cuidado perinatal japoneses” (Kita et al., 2016, p. 8) .

La ya mencionada revisión sistemática de Fletcher (2016) también aporta la evidencia disponible sobre la WAST-short. Explica que la escala abreviada WAST se creó para tener un cribado de IPV más conciso. Consta de las dos primeras preguntas de WAST

que evalúan la tensión en la relación y cómo la entrevistada y su pareja abordan las discusiones. Si hay una respuesta de “muchísima tensión” o “gran dificultad” a cualquiera de las dos preguntas, el cribado se considera positivo para IPV. Fletcher destaca que se eligieron estas dos preguntas porque las mujeres informaron que se sentían más cómodas respondiéndolas (Fletcher et al., 2016, p. 9). Fletcher afirma que la WAST-short tiene una sensibilidad del 92% y una especificidad del 100% (Fletcher et al., 2016, p. 6). Fletcher cita los hallazgos de otro artículo que afirma que “en comparación con otras escalas, el formulario WAST-short identifica una mayor proporción de mujeres IPV positivas que el HITS, quizás debido a la redacción más descriptiva y las opciones de respuesta del formulario WAST-short”(Chen et al., 2007 citado por Fletcher et al., 2016, p. 13). Como desventajas, Fletcher señala que el formulario WAST-short no aborda directamente tipos específicos de IPV, ni tampoco se recomienda para su uso en clínicas de atención prenatal porque no hay información sustancial sobre su efectividad en embarazadas (Fletcher et al., 2016, p. 13,14).

Arkins (2016) incluye en su revisión 3 estudios que utilizan esta escala. Arkins explica que es cuestionario para cribar la IPV en las mujeres y cómo se resuelven las tensiones y las discusiones en su relación de pareja. Uno de los estudios incluidos en la revisión de Arkins concluye que “la sensibilidad fue del 25% y la especificidad fue del 97,7%” (Zink et al., 2007 citado por Arkins et al., 2016, p. 15). Según Arkins, el WAST-short por sí solo no sería un herramienta para evaluar la IPV porque las preguntas no se están evaluando ningún tipo de IPV en concreto.

El Protocolo de las Islas Baleares de actuación sanitaria ante la violencia machista (2017), en el apartado de “abordaje de la violencia machista en el embarazo y puerperio en el marco de la pareja o ex-pareja” propone a los profesionales sanitarios aplicar la escala WAST-short a todas las mujeres que acudan a consulta para control gestacional o puerperal. Además de valorar otros aspectos como realizar preguntas cortas (abordadas más adelante), revisar la historia clínica de la paciente y la exploración física.

Imagen 1. Versión corta en español de la WAST

Versió curta en espanyol del Woman Abuse Screening Toll. Fogarty i Brown (WAST)		
1. En general, ¿cómo describiría usted su relación con su pareja?		
Mucha tensión	Alguna tensión	Sin tensión
2. Usted y su pareja resuelven sus discusiones con:		
Mucha dificultad	Alguna dificultad	Sin dificultad
Puntuació d'1 a totes les respostes positives i puntuació de 0 a totes les respostes negatives.		
Es considera 2 resultat positiu.		

·Resultados de la Hurt, Insult, Threaten, Scream (HITS)

La revisión sistemática de Fletcher (2016) explica la estructura de la escala HITS: “consta de cuatro preguntas y ofrece más detalles sobre la gravedad del abuso utilizando una respuesta tipo Likert. Esto aumenta ligeramente la cantidad de tiempo que lleva puntuar la evaluación. Cualquier respuesta que no sea ‘nunca’ sobre cualquier pregunta podría desencadenar una investigación de IPV más profunda” (Fletcher et al., 2016, p. 14). Fletcher afirma que la escala HITS tiene una sensibilidad del 30 al 88% y una especificidad de entre el 88 y el 99%, a lo que añade: “el HITS no tuvo una alta sensibilidad en comparación con las subescalas psicológicas y físicas del CTS2. Se encontró una sensibilidad mucho mayor al examinar las respuestas de las mujeres en los entornos de medicina familiar” (Fletcher et al., 2016, p. 14). Fletcher destaca como desventajas: el tiempo que lleva puntuar e interpretar y que no criba la IPV sexual. Por otro lado, Fletcher cita uno de los artículos revisados explicando que: “funciona bien en la identificación de mujeres que han experimentado IPV” (Chen et al., 2005 citado por Fletcher et al., 2016, p. 14). Por lo que afirma que se puede usar provisionalmente. Cabe destacar que Fletcher, el apartado de ‘recomendaciones’, afirma que: el uso de la HITS en la población de embarazadas y entornos de atención prenatal es prometedor por su alta sensibilidad, cobertura de formas físicas y no físicas de IPV, y uso previo con diversas poblaciones y entornos (Fletcher et al., 2016, p.16).

La revisión sistemática de Arkins (2016) incluye 4 estudios que utilizaron esta escala. Arkins, explica la escala HITS es una escala para el cribado de la IPV física y emocional y se utiliza en una entrevista cara a cara con la paciente. Arkins expone que hay mucha diferencia de sensibilidad entre los estudios incluidos (del 38% al 96%) y no menciona datos sobre la especificidad de la escala (Arkins et al., 2016, p. 14). Por

último menciona que es una escala corta y fácil de utilizar en la práctica clínica pero que no mide la IPV sexual es una limitación.

La revisión sistemática de Chisholm (2017) afirma que la HITS tiene una alta especificidad y sensibilidad (s: 86% y e: 99%). Por otro lado, afirma que la HITS sólo evalúa la violencia física y emocional pero no la sexual (Chisholm et al., 2017, p. 12 y 19).

En el artículo de Bianchi (2016), se cita un estudio que afirma que la sensibilidad de la HITS es del 86% -96% y la especificidad del 91%-99% (Sherin, K.M., 1998 citado por Bianchi et al., 2016, p. 9). También añade que es una escala que puede ser auto-rellenable o administrada por el profesional sanitario.

Curry (2018), en la Guía de Práctica clínica que recoge la evidencia disponible para el cribado de la IPV en EEUU afirma que la HITS es una de las herramientas de cribado que puede ser utilizada para cribar a las mujeres para la IPV, sin especificar para las embarazadas.

El informe sobre las herramientas de cribado de IPV de Deshpande (2013), explica cómo se lleva a cabo esta escala: “el profesional sanitario le pregunta al paciente lo siguiente: *How often does your partner physically Hurt you, Insult or talk down to you, Threaten you with harm, and Scream or curse at you?* Cada categoría se califica en una escala de 1 (nunca) a 5 (frecuentemente) y se suman todas las categorías. Una puntuación total de 10 es sugerente de IPV”.(Deshpande & Lewis-O’Connor, 2013). Añade, que es una escala cada vez más utilizada en la clínica práctica para evaluar la IPV. A continuación, se adjunta una imagen de la escala:

Imagen 2. Escala HITS (Deshpande & Lewis-O’Connor, 2013)

Figure 4. HITS Screening Assessment for Intimate Partner Violence

The HITS Screening Tool for Domestic Violence*					
How Often Does Your Partner	Never	Rarely	Sometimes	Fairly Often	Frequently
Physically hurt you	1	2	3	4	5
Insult or talk down to you	1	2	3	4	5
Threaten you with harm	1	2	3	4	5
Scream or curse at you	1	2	3	4	5

*A total score of more than 10 is suggestive of intimate partner violence. This information, called R3, is available as a free Android or iPhone application. Data from Sherin KM et al.¹³

·Resultados de la Humiliation, Afraid, Rape, Kick (HARK)

Fletcher (2016), explica que el HARK es una escala de cribado de IPV de auto-rellenable que consta de 4 ítems de respuesta binaria (sí/no), adaptada de la AAS. Un cuestionario relleno con una o más preguntas con un 'sí' se considera positiva para la IPV (puntuación ≥ 1). Cita un artículo que reportó una sensibilidad del 81% y una especificidad del 95% (Hegarty et al., 1999 citado por Fletcher et al., 2016, p. 11). Como ventajas de la HARK Fletcher destaca: que se puede calificar rápidamente y que tiene una validez externa comparativamente mejor que muchas de las pruebas revisadas, porque se realizó en una variedad de prácticas con una población de estudio de diferentes etnias. Por todo esto, según Fletcher, se recomienda el HARK como una prueba de cribado de IPV en entornos de atención prenatal. La principal desventaja que menciona Fletcher sobre usar esta escala, es que solo un estudio ha examinado sus propiedades psicométricas y encontró una sensibilidad baja (81%). Además, Fletcher explica en qué se diferencia el HARK de la AAS: se centra completamente en la IPV, es decir, no incluye la violencia cometida por una pareja no íntima. Además, la violencia física y emocional se separan en dos preguntas en lugar de contener una. El ítem específico del embarazo se eliminó de la AAS, para que pudiera usarse para todas las mujeres. Por último, se usó la palabra "humillación", por ser una palabra más sencilla que "abuso emocional". Por último, Fletcher puntualiza que el HARK aborda específicamente los diferentes tipos de IPV, mientras que otras escalas de cribado (por ejemplo: PVS, SAFE-T) hacen referencia a la IPV hablando en términos de sentimientos de seguridad. (Fletcher et al., 2016, p. 11,13,15-17)

La revisión sistemática de Arkins (2016) sólo incluye 1 estudio que utilice esta escala que coincide con uno de los estudios analizados por Fletcher por lo que los resultados coinciden.

Curry (2018), afirma que la HARK es una de las herramientas de cribado que puede ser utilizada para cribar a las mujeres para la IPV, sin puntualizar si sirve para las embarazadas. Añade que la escala consta de 4 preguntas (Curry et al., 2018, p. 4).

La revisión sistemática de Chisholm (2017) sostiene que la HARK es una escala sólida que fue desarrollada a partir de la AAS. afirmando que la HARK tiene una alta especificidad y sensibilidad (s: 87% y e: 95%) (Chisholm et al., 2017, p. 12 y 19).

·Resultados de la Partner Violence Screen (PVS)

Fletcher (2016) explica que la escala PVS tiene tres preguntas que miden la violencia física en el último año (1 pregunta) y la seguridad personal percibida actual (2 preguntas), por lo que no abarca claramente las demás formas de IPV. A su vez, cita otro artículo que afirma que: “en la PVS, la pregunta sobre violencia física funcionó casi tan bien en la detección de violencia física como el criado completo con las tres preguntas, lo que indica que quizás las tres preguntas no eran necesarias, al menos para la detección de violencia física únicamente” (Feldhaus et al., 1997 citado por Fletcher et al., 2016, p.14). Las preguntas se responden de forma binaria (sí/no), una respuesta afirmativa a cualquiera de las preguntas implica un resultado positivo para la IPV (Fletcher et al., 2016, p. 9,14). La sensibilidad de la PVS es de: 49-71% y la especificidad de: 80-95% (Fletcher et al., 2016, p.6). Fletcher cita 2 artículos que afirman que “la PVS no fue una herramienta de cribado particularmente sensible en comparación con las subescalas psicológicas y físicas del CTS2 o el CAS” (Mills, Avegno y Haydel, 2006 y MacMillan et al., 2006 citado por Fletcher et al., 2016, p.14). Fletcher menciona que es una escala muy breve y concisa, aún así afirma que las limitaciones de la escala (baja sensibilidad y la exclusión de formas concretas de IPV) superan la ventaja. Por lo tanto, no se recomienda el uso de PVS en entornos de atención prenatal (además de no haber sido evaluada en este entorno) (Fletcher et al., 2016, p.14).

La revisión sistemática de Arkins (2016) incluye 10 estudios que utilizaron esta escala, de los cuales 3 evaluaron la sensibilidad y especificidad de la misma comparándola con otras escalas, el inconveniente que manifiesta Arkins es que cada estudio la comparó con una escala distinta (CAS, CTS e ISA) por lo que los rangos de estos parámetros son muy amplios (no menciona cifras exactas). Arkins explica que es una escala que consta de 3 ítems que se administra en una entrevista cara a cara y que criba la IPV física y emocional en el último año (tanto por la pareja como ex-pareja). Por último, Arkins destaca que la mayor desventaja de esta escala es que no evalúa la IPV sexual.

En el artículo de Bianchi (2016), se cita un estudio que afirma que la sensibilidad de la PVS es del 64,5% -71.4% y la especificidad del 80.3%-84.4% (Feldhaus, K. M, 1997 citado por Bianchi et al., 2016, p. 9). También añade que es una escala de 3 ítems que sólo puede ser administrada por el profesional sanitario.

Curry (2018), afirma que la PVS es una de las herramientas de cribado que puede ser utilizada para cribar a las mujeres para la IPV, sin aclarar si sirve para las embarazadas. Añade que la escala consta de 3 ítems que evalúan la IPV física y la seguridad (Curry et al., 2018, p. 4).

·Resultados de la Ongoing Abuse Screen (OAS) - Ongoing Violence Assessment Tool (OVAT)

Fletcher (2016), explica que en primer lugar se desarrolló la escala OAS y como solución a que esta no era psicométricamente sólida, posteriormente se desarrolló la OVAT. Al dar la segunda mejores resultados que la primera ya no se recomienda la OAS para el cribado de la IPV. La OAS tiene una sensibilidad del 60%, especificidad del 90% (utilizando el ISA como estándar de referencia). La OVAT tiene una sensibilidad del 86%, una especificidad del 83% (utilizando el ISA como estándar de referencia) (Fletcher et al., 2016, pp. 6, 10). Por un lado, Fletcher explica la escala OAS: criba la IPV en curso utilizando 5 preguntas que evalúan el abuso emocional, físico y sexual, la última pregunta se refiere a la violencia física durante el embarazo. Está diseñada para dar una respuesta binaria (sí/no) con la opción de identificar al maltratador (esposo/a, ex-esposo/a, novio/a, extraño). Si alguna de las preguntas se responde como "sí", se considera positivo para el abuso continuo. Fletcher cita un estudio que concluyó que: “la OAS tenía tres veces más probabilidades de detectar violencia en curso (verdaderos positivos) que la AAS en una muestra en un servicio de urgencias” (Weiss et al. 2003 citado por Fletcher et al., 2016, pp. 10). Por otro lado, Fletcher explica la escala OVAT: contiene 4 ítems que evalúan el abuso actual (en el último mes), tanto para la IPV física como para la no física (en base a las preguntas elegidas de la ISA con valores predictivos más altos). 3 de las preguntas son binarias (verdadero/ falso) y una pregunta es tipo Likert de 5 puntos con respuestas del 1 (nunca) al 5 (con mucha frecuencia). Se considera una respuesta positiva de abuso cuando se obtiene: una puntuación de ·verdadero· para cualquier pregunta y/o responder >3 en la pregunta tipo Likert. También explica sus desventajas: el que no sean todas respuestas binarias dificulta la puntuación, no aborda el abuso sexual y usar solo el último mes como indicador de violencia puede no ser el intervalo de tiempo idóneo para usar en una población de atención prenatal. Por todo esto, Fletcher argumenta que no se recomienda su uso en entornos de atención prenatal (Fletcher et al., 2016, pp. 6, 10,15).

La revisión sistemática de Chisholm (2017) no distingue entre ambas escalas, afirmando que la OAS/OVAT tiene una alta especificidad y sensibilidad (s: 86% y e: 83%) (Chisholm et al., 2017, p. 12 y 19).

Bianchi (2016), en su artículo, cita un estudio que afirma que la sensibilidad de la OAS es del 30% -60% y la especificidad del 90%-100% (Weiss, S. J., 2003 citado por Bianchi et al., 2016, p. 9). Además, añade que es una escala auto-rellenable de 5 ítems que incluye una pregunta sobre el embarazo y que ha sido adaptada de la AAS (Bianchi et al., 2016, p. 9)

·Resultados de la Slapped, Threatened and Throw (STaT)

La revisión sistemática de Fletcher (2016) explica la estructura del STaT: es una escala de 3 ítems que se utiliza para la evaluación de la IPV en los servicios de urgencias. Pregunta a la mujer si ha estado en una relación en la que: "tu pareja te ha empujado o abofeteado", "tu pareja te ha amenazado con violencia" o " tu pareja ha tirado, roto o golpeado cosas" (Paranjape & Liebschutz, 2003; Paranjape, Rask, & Liebschutz, 2006 Fletcher et al., 2016, p. 10). Cada "sí" es 1 punto, y una puntuación ≥ 1 se considera positiva para la IPV (Fletcher et al., 2016, p. 10). Fletcher afirma que: "los resultados de STaT difieren según el estándar de referencia utilizado" (Paranjape & Liebschutz, 2003; Paranjape et al. ; Peralta & Fleming, 2003 Fletcher et al., 2016, p. 10). Es decir, tuvo una sensibilidad del 96% y una especificidad del 75% (usando la entrevista semi-estructurada como estándar de comparación), pero cuando se reevaluó, se encontró una sensibilidad del 94,9% y una especificidad del 36,6% para puntuaciones ≥ 1 (utilizando el ISA como estándar de comparación). Fletcher expone que las ventajas de la STaT son: alta sensibilidad, brevedad y facilidad de uso para detectar la IPV pasada y reciente, hacen que el STaT sea atractivo para usar como prueba prenatal. Por otro lado explica las desventajas: la especificidad baja, utiliza un punto de corte estricto (>1) por lo que hay riesgo de falsos positivos y no aborda claramente el abuso psicológico, emocional o sexual. (Fletcher et al., 2016, p. 14). Fletcher concluye que: "el STaT es una buena herramienta para la detección de violencia física, pero no se recomienda su uso en clínicas de atención prenatal, porque no cubre todas las formas reconocidas de IPV y probablemente no funcionaría bien en la identificación de víctimas de abuso sexual y emocional" (Fletcher et al., 2016, p. 14).

La revisión sistemática de Arkins (2016) incluye 2 artículos que evaluaron la sensibilidad de esta escala: 80,6% y 83%, respectivamente (Paranjape et al. 2006 y

Paranjape & Liebschutz 2003 citado por Arkins et al., 2016, p. 15). Sólo uno de ellos evaluó la especificidad de la STaT: 91,7% (Paranjape & Liebschutz 2003 citado por Arkins et al., 2016, p. 15). Arkins explica que la STaT es una escala de 3 ítems que criba la IPV física y psicológica a lo largo de la vida de una mujer. Arkins explica que la principal desventaja es que no evalúa la IPV sexual (Arkins et al., 2016, p. 15).

La revisión sistemática de Chisholm (2017) afirma que la STaT tiene una alta especificidad y sensibilidad (s: 96% y e: 75%) (Chisholm et al., 2017, p. 12 y 19).

·**Resultados de la Secure, Accepted, Family, Even Talk (SAFE-T)**

Fletcher (2016) explica que se trata de una escala con 5 preguntas indirectas haciendo referencia a la sensación de seguridad de la mujer en su relación de pareja. Se puntúa en una Escala tipo Likert de 5 puntos de 1 (muy en desacuerdo) a 5 (muy de acuerdo). Si uno o más de los 5 ítems tiene una respuesta de 4 o 5, se considera positiva para la IPV.

Utilizando la PVS como estándar de referencia, la SAFE-T tuvo una la sensibilidad del 54% y una especificidad del 81% (Fulfer et al., 2007 citado por Fletcher 2016, p.11).

Como limitaciones Fletcher destaca que la sensibilidad es modesta, las preguntas no evalúan directamente ningún tipo concreto de IPV (se centran en el sentimiento de seguridad) por lo que no sea útil para detectar el abuso de forma precoz y tampoco recomienda su uso en atención prenatal (Fletcher et al., 2016, p. 16).

La revisión sistemática de Arkins (2016) incluye 1 artículo que evaluó esta escala y concluyó que: tiene un 54% de sensibilidad aunque no fue testado con un estándar de referencia apropiado (Fulfer et al., 2007 citado por Arkins, 2016 p.15). Arkins explica que se trata de una escala de 5 ítems que criba la IPV psicológica en mujeres en los últimos 12 meses usando preguntas indirectas. Como limitación destaca que no criba para la IPV física ni sexual.

Por último, existen otras escalas de las que no disponemos de una cantidad suficiente de estudios que las evalúen por lo que no se han incluido en la revisión. Son las siguientes:

- Women's Experience with Battering (WEB)
- Partner Screening Questionnaire (PSQ)
- Severity of Violence Against Women Scale (SAVAWS)
- Danger Assessment Screen (DAS)
- Composite Abuse Scale (CAS)

Hasta aquí se han desarrollado los resultados de las escalas incluidas en la revisión. Como se ha mencionado en la introducción existen otras formas de materializar el cribado para la IPV, otra de las formas que vamos a exponer es el tipo de entrevista con la paciente. Son principalmente 3: empowerment intervention, counselling intervention y preguntas cortas.

·Resultados de la Empowerment Intervention

En su informe sobre IPV, la OMS (2011) explica que la “empowerment intervention” ofrece a la mujer, información sobre los tipos de abuso y el ciclo de violencia y desarrolla un plan de seguridad junto con la mujer. Según la OMS, es la intervención más evaluada en la atención prenatal, mostró una disminución de la violencia psicológica y física, así como mejoras en la salud física y mental de las mujeres: fue probada en varias clínicas de atención prenatal y postnatal en los Estados Unidos y Hong Kong (Tiwari A., 2005 y Kiely M., 2010 citado por OMS, 2011 p.3)

Bermele (2018), en la Guía de Práctica Clínica que establece un protocolo de cribado de la IPV en mujeres embarazadas en EEUU explica que la “empowerment intervention” tiene como objetivo aumentar la sensación control e independencia que tiene la mujer en el proceso de toma de decisiones. En el protocolo explicado por Bermele, se realiza después de que la enfermera revise los resultados obtenidos en la AAS y la DAS y tiene una duración de unos 20 minutos aprox. Bermele explica que este tipo de entrevista pretende informar a la mujer sobre las consecuencias de los abusos durante embarazo, sobre el ciclo de violencia, órdenes de protección, las opciones de denuncia y recursos locales (refugio, servicios legales, línea directa gratuita). Según Bermele, esta intervención se basa en el modelo de empoderamiento de Dutton (1992), desarrollado como una herramienta para incrementar la seguridad de una mujer abusada y mejorar sus habilidades en la toma de decisiones. El modelo se basa en intentar que la mujer entienda mejor la complejidad de la situación y el profesional sanitario actúa como facilitador (Bermele et al., 2018, p. 3,4).

La revisión sistemática de Chisholm (2017) incluye un estudio de EEUU que: “probó una intervención de empoderamiento (DOVE) en el programa de visitas domiciliarias prenatales. El grupo de intervención DOVE recibió atención estándar de visitas domiciliarias, además de una “empowerment intervention”. Mientras que el grupo control recibió las visitas domiciliarias estándar. Se realizó tres veces durante el embarazo y tres veces en el posparto. La intervención DOVE disminuyó

significativamente la IPV a lo largo del tiempo” (Sharps PW., 2016 citado por Chisholm et al., 2017 p.15). El mencionado estudio citado por Chisholm concluye que: “la “empowerment intervention” ha demostrado que puede disminuir la violencia con el tiempo” (Sharps et al. 2016 citado por Chisholm et al., 2016)

La revisión sistemática de Daley (2020) pretende evaluar la evidencia disponible sobre tipos y efectividad de intervenciones para mujeres que viven en países de ingresos bajos-medios, que sufren IPV durante y/o después del embarazo. Daley incluye un estudio que concluyó que: “hubo una disminución del 4% en la frecuencia y gravedad reportada por las mujeres de la violencia física; 13,5% de disminución en el abuso sexual y 27% de disminución en abuso físico reportado por mujeres que recibieron una ‘empowerment intervention’ ” (Matseke G et al., 2013 citado por Daley et al., 2020, p. 5).

La revisión sistemática de Jahanfar (2014) tiene como objetivo evaluar la efectividad y seguridad de las intervenciones para prevenir o reducir la violencia doméstica contra las mujeres embarazadas. Jahanfar explica que el objetivo de la intervención es mejorar el empoderamiento de las mujeres y mejorar su independencia. El objetivo es proteger a las mujeres de daños aumentando la confianza de las mujeres y mejorando las redes familiares (Ford-Gilboe 2011 citado por Jahanfar 2014 p.10). Jahanfar destaca el papel de los profesionales de la salud : “pueden contribuir al acceso de las mujeres a servicios especiales diseñados para reducir la violencia. Estas intervenciones pueden reducir la exposición de las mujeres a la violencia y mejorar su salud” (Kramer 2004; McCloskey 2006 citado por Jahanfar 2014 p.10). Por último Jahanfar, cita un estudio que comparó una ‘empowerment intervention’ con la atención habitual y resultó en que: “ las mujeres en el grupo de intervención eran más propensas a hacer planes para evitar abuso mediante la adopción de conductas de seguridad” (Cripe 2010 citado por Jahanfar 2014 p.20).

·Resultados del Counselling

Curry (2018) cita 3 estudios que concluyeron que: “las intervenciones efectivas generalmente incluyeron servicios de apoyo que se centraron en el counseling y las visitas domiciliaria, centrado en los múltiples factores de riesgo (no solo IPV) y apoyo para las nuevas madres” (El-Mohandes AA. 2008, Sharps PW. 2016, Bair-Merritt MH. 2010, citado por Curry et al., 2018, p. 5). Añade que el counseling pretende enfatizar las

conductas de seguridad para la IPV. (El-Mohandes AA. 2008, Sharps PW. 2016, Bair-Merritt MH. 2010, citado por Curry et al., 2018, p. 5)

La revisión sistemática de Daley (2020) incluye 5 estudios que evaluaron el counselling como intervención para la IPV. En primer lugar, el estudio con la muestra de mayor tamaño (288) afirma que: “las mujeres que recibieron counseling psicosocial mostraron una reducción en la frecuencia y la gravedad de la violencia doméstica, y esto incluyó tanto abuso físico y emocional” (Mutisya RK. 2019 citado por Daley et al., 2020, p. 5). Otro estudio concluyó que comparado con el grupo control, las mujeres que recibieron counseling: “tuvieron mas probabilidades de: tener un fondo de dinero de emergencia (44,6% vs 34,3%), tener un código de seguridad con familiares o amigos (19,6% vs 16,2%), pedir a los vecinos que llamen a la policía si sospecha de violencia (6,9% vs 1,0%) (Cripe et al. 2010 citado por Daley et al., 2020, p. 5). Daley cita el estudio de Krishnan et al., que concluyó que las mujeres embarazadas que siguieron una intervención de counseling durante el embarazo: “se sintieron más informadas y confiadas en su salud y mejoraron sus habilidades de comunicación y afrontamiento siguiendo” (Krishnan S, 2019 citado por Daley et al., 2020, p. 5). Por último, otro estudio incluido en la revisión, afirma que: “hay evidencia de una mejor calidad de vida, mayor uso de los recursos comunitarios y reducción de la depresión materna entre las mujeres que recibieron asesoramiento de apoyo” (Akor 2019 citado por Daley et al., 2020, p. 7)

·Resultados de las preguntas cortas (generales o específicas)

El Protocolo de las Islas Baleares de actuación sanitaria ante la violencia machista (2017), en el apartado de “abordaje de la violencia machista en el embarazo y puerperio en el marco de la pareja o ex-pareja” propone a los profesionales sanitarios realizar una serie de preguntas cortas de carácter general y otras específicas del embarazo y puerperio a todas las mujeres que asistan a consulta para control de embarazo o puerperio (Direcció General del Servei de Salut de les Illes Balears & Institut Balear de la Dona, 2017, p. 55). Destaca, que es importante la contextualización de las mismas. Estas son las preguntas específicas que proponen:

Imagen 3. Preguntas específicas durante el embarazo y el puerperio propuestas por el Protocolo de las Islas Baleares de actuación sanitaria ante la violencia machista (2017)

Específiques d'embaràs i puerperi
Durant l'embaràs, de vegades s'aguditzen els problemes o conflictes de parella. Us trobau en aquesta situació? Com viu la vostra parella l'embaràs? Sentiu que la vostra parella us dona suport?
Durant el puerperi, de vegades s'aguditzen els problemes o conflictes de parella. Us trobau en aquesta situació? Com viu la vostra parella el puerperi? Sentiu que la vostra parella us dona suport?
Cal que recordeu que us trobau en una època vital molt important en la qual la vostra salut i seguretat, així com la de la criatura, són primordials. Considerau que que es donen les condicions per tal que així sigui?

En segundo lugar, también proporciona una lista de preguntas que recomienda hacer en caso de que existan factores de sospecha de IPV (Direcció General del Servei de Salut de les Illes Balears & Institut Balear de la Dona, 2017, p. 56):

Imagen 4. Preguntas propuestas por el Protocolo de las Islas Baleares de actuación sanitaria ante la violencia machista (2017) en caso de sospecha de IPV

Sospita per antecedents com ara disparèunia, dolor pelvià - Les vostres relacions sexuals us resulten satisfactòries? (En cas que la resposta sigui negativa) des de quan és així? A què pensau que és deu? - Heu estat forçada alguna vegada a tenir relacions o pràctiques sexuals quan no volieu fer-ho?
Sospita per les lesions físiques que presenta - Aquesta lesió sol aparèixer quan es rep un cop fort, un cop de puny, una empenta, etc. És això el que us ha passat? - La vostra parella o alguna altra persona utilitza la força en contra vostra? Com? Des de quan? - Alguna vegada us han agredit més greument? (pallisses, ús d'armes, agressió sexual).
Sospita pels símptomes o problemes psicològics detectats - Magradaria saber la vostra opinió sobre aquests símptomes que m'heu explicat (ansietat, nerviosisme, tristesa, apatia...): des de quan us sentiu així? A què pensau que es deu? Els relacionau amb alguna cosa? Com va la relació de parella? - Ha passat darrerament alguna cosa en la vostra vida que us faci estar preocupada o trista? - Teniu cap problema amb la parella? Amb els fills i les filles? Amb algú de la família? A la feina? - Sembla com si estèssiu espantada, en alerta... De què teniu por? - Teniu alguna dificultat per veure les amistats o la família? Què us impedeix fer-ho?

Fletcher (2016) incluye un artículo que evaluó la efectividad de la siguiente pregunta: "En los últimos 3 meses se sintió segura en casa?". Según el artículo tuvo una sensibilidad muy baja y muchos falsos negativos (Peralta y Fleming, 2003 citado por Fletcher et al., 2016, p. 15). Fletcher destaca como ventaja que puede ser útil para entornos clínicos en los que el tiempo de contacto con el paciente es corto. Aún así, el artículo citado por Fletcher explica que: "es de poca utilidad utilizar una pregunta de seguridad para determinar la presencia de IPV, muchas mujeres en relaciones abusivas no consideran que su hogar sea inseguro" (Peralta y Fleming, 2003 citado por Fletcher et al., 2016, p. 15). Fletcher concluye que: "no se recomienda el uso de una sola

pregunta de seguridad personal para identificar la VPI en entornos de atención prenatal” (Fletcher et al., 2016, p. 15).

El estudio longitudinal de Rasch (2018), tiene como objetivo desarrollar y evaluar la validez de una herramienta de cribado basado en preguntas cortas para detectar la IPV en Tanzania y Vietnam. Desarrollaron 8 preguntas: 4 referentes a las IPV en el último año y las otras 4 durante el embarazo. El estudio concluyó que: “haciendo tres preguntas sencillas a las mujeres embarazadas, una sobre IPV sexual, otra sobre IPV emocional y otra sobre IPV física, pudimos identificar mujeres que estuvieron expuestas a IPV durante embarazo en Tanzania y Vietnam” (Rasch et al., 2018, p. 12). Estas son las 4 preguntas específicas sobre la IPV en el embarazo realizadas para el estudio de Rasch et al. (2018, p.4):

During de present pregnancy, has your husband/partner:

Item 5: done things to scare or intimidate you on purpose?

Item 6: threatener to hurt you or someone you care about?

Item 7: hit you, slapped you, thrown something at you that could hurt you?

Item 8: forced/pressured you to have sexual intercourse when you did not want?

Discusión

La discusión se va a dividir en 5 partes. La primera parte estará dedicada a contrastar los resultados encontrados. La segunda y la tercera parte se dedicarán a contestar los dos objetivos específicos respectivamente. Por último se dedicará un apartado a las limitaciones y otro a propuestas para futuras investigaciones.

Contraste de resultados

Cabe destacar que una de las diferencias que más llaman la atención es la diferencia que existe entre los estudios al definir la forma en que se administra la AAS (en papel o verbal). Por ejemplo Escribà-Agüir (2015), Chisholm (2017) y Velasco (2014) explican que es un cuestionario que se administra cara a cara, en cambio Bianchi afirma que es un cuestionario auto-rellenable y Arkins (2016) afirma que existen ambas versiones. Estas diferencias pueden deberse a que existen muchas versiones de la misma escala, en función de la población y el entorno donde se vaya a utilizar. De los artículos disponibles, sólo Escribà-Agüir (2015), valida la versión en español de esta escala y el formato de la misma es verbal.

Otra diferencia que llama la atención es la diferencia de composición de las escalas. Por ejemplo, la escala WAST según el estudio de Arkins (2016) tiene 10 ítems, en cambio según Fletcher (2016) tiene 8 y la versión en español de la misma sólo utiliza 2 de las 8 preguntas. Esto también puede ser debido por la gran diversidad de versiones de la misma escala.

Por último, otra diferencia destacable es la gran variabilidad en la especificidad y sensibilidad que aportan los diferentes estudios sobre la misma escala. Esto puede ser debido a que las características de la población y la unidad donde se lleva a cabo el estudio son diferentes entre unos estudios y otros. Al igual que los diferentes estudios comparados no siempre utilizan la misma escala como estándar de referencia lo que también puede variar al calcular la sensibilidad y especificidad.

Objetivo 1

El primer objetivo específico del trabajo es: *Comparar los diferentes métodos de cribado para la IPV en mujeres embarazadas en función de la sensibilidad, especificidad y resultados obtenidos de las técnicas de cribado ya existentes para la detección de violencia de género en mujeres embarazadas.*

El primer requisito para que una escala sea efectiva es que la misma esté validada en esta población, sin embargo de las escalas comparadas, sólo la AAS está validada para utilizarse en embarazadas. Aún así, muchas de las escalas se pueden adaptar a las embarazadas aunque esta modificación está pendiente de validar.

Como ya hemos mencionado, existen 2 formas de cribar la IPV con escalas o mediante entrevistas. Al tratarse de métodos muy distintos, se van a evaluar por separado, estableciendo qué características debe reunir una escala y una entrevista para cribar la IPV en mujeres embarazadas, respectivamente. Cabe matizar que ninguno de los tres tipos de entrevista comparados se puede utilizar de forma independiente porque por sí solos no pueden cribar la IPV.

Para evaluar las escalas, es importante definir y argumentar qué características se consideran importantes para que una escala sea efectiva para utilizar en mujeres embarazadas. Se enumeran a continuación:

1. Sensibilidad y especificidad elevadas y a poder ser con un rango estrecho de variabilidad.
2. La escala debe ser corta y rápida de administrar.
3. La escala debe cribar todos los tipos de IPV.

4. La forma de administración preferible es que sea por escrito. Como ya se ha mencionado en varias ocasiones, el que sea cara a cara puede limitar la revelación de la mujer.

5. La escala debe haber sido contrastada con un estándar de referencia.

Se ha elaborado una tabla que resume las características principales que deben reunir las escalas para facilitar la discusión de los resultados. Siguiendo la tabla 1, se va a determinar cual es la escala que más requisitos cumple y que por tanto es más efectiva para utilizar en embarazadas.

Tabla 1. Características principales de las escalas y tipos de entrevista comparados

	Sensibilidad	Especificidad	Formato	Duración	Tipos IPV	Estándar de referencia
AAS	6,9-100%	>97%	Verbal	Corta	Todos	ISA
ISA	66,7-71,4%	89,7%	Papel	Corta	Todos	*
CTS/CTS2	*	*	Verbal	Larga	Todos	*
WAST	89%	94%	Verbal	Larga	Todos	CAS
WAST-s	92%	100%	Verbal	Corta	Ninguno	HITS
HITS	30-99%	88-99%	Verbal o Papel	Corta	Física y emocional	CTS2
HARK	81-87%	95%	Papel	Corta	Todos	CAS
PVS	49-71%	80-95%	Verbal	Corta	Física	CTS y ISA
OAS/OVAT	86%	83%	Papel	Corta	Todos**	ISA
STaT	96%	36,6-75%	*	Corta	Física	ISA
SAFE-T	54%	81%	*	Corta	Ninguno***	PVS

* No se dispone de la información

** La OVAT sólo incluye la IPV física y emocional.

*** Mientras que Fletcher afirma que la SAFE-T no criba ningún tipo específico de IPV, Arkins afirma que criba la IPV psicológica, dejando de lado la física y la sexual. Esta diferencia se puede deber a que las preguntas hace referencia a la sensación de seguridad de la mujer, lo que puede ser o no interpretado como IPV psicológica.

En primer lugar, descartamos aquellas escalas que no criban todos los tipos de IPV porque, aunque se podrían usar en combinación con otras escalas, esto aumentaría tiempo de cribado, factor que también es importante. Por tanto, las escalas: WAST-

short, HITS, PVS, OVAT, StaT y SAFE-T quedan descartadas. En segundo lugar, descartamos la versión extendida de la WAST y la CTS/CTS2 por ser demasiado largas. Quedando así las escalas AAS, ISA y HARK.

Las tres escalas tienen valores elevados de especificidad y sensibilidad. La escala que tiene una mayor sensibilidad es la versión española de la AAS (s: 100%) pero tiene un rango muy amplio en función del tipo de IPV: teniendo cifras de sensibilidad bajas para el abuso físico severo (33,3%) y no severo (6,9%) y para el abuso psicológico no severo (22,9%) (Escribà-Agüir et al., 2015, p. 5). El rango de sensibilidad de la ISA y la HARK es menor que el de la AAS pero estos datos no han sido obtenidos en población española. En cuanto a la especificidad, la AAS también es la escala con mayor especificidad (>97%) en este caso es igual para todos los tipos de IPV (Escribà-Agüir et al., 2015, p. 7). Se adjunta la versión en español validada por Escribà-Agüir en el anexo 3.

En este sentido, podemos afirmar que la AAS sí sirve para cribar correctamente a aquellas mujeres que no sufren IPV (alta especificidad) pero falla en cribar algunos tipos de IPV (sensibilidad muy variable). Del mismo modo, la ISA y la HARK respectivamente sirven tanto para cribar a las mujeres que sufren IPV (sensibilidad elevada) como para descartar a aquellas que no la sufren (especificidad elevada).

Por último, de estas tres escalas la única que no se puede utilizar en papel es la AAS. Por lo tanto, aunque por sus características tanto la ISA como la HARK son escalas más efectivas para cribar la IPV en mujeres, no existe una versión validada de estas escalas para embarazadas ni tampoco se ha validado su versión en español. En este sentido, es necesario validar la versión en papel de la AAS en español y reevaluar sus valores de sensibilidad y especificidad.

Por lo tanto, a nivel internacional es más efectivo utilizar las versiones en inglés de la ISA y la HARK. Pero a nivel nacional la única escala validada en embarazadas es la AAS por lo que es la única que se puede recomendar utilizar en la población hispanohablante, de momento.

En cuanto a los 3 tipos de entrevista mencionados, las características que se consideran importantes para determinar su efectividad son:

1. La duración: es preferible que sea corta especialmente si se deben aplicar en servicios con una alta demanda. Aún así, en este caso, a diferencia de las escalas, no es un factor

determinante, porque las entrevistas tienen lugar cuando ya se ha identificado sospecha de IPV (por resultado positivo en la escala administrada u otras sospechas).

2. La entrevista debe cribar todos los tipos de IPV

3. La formación: el que el tipo de entrevista requiera formación implica que los profesionales sanitarios están mejor preparados y que por tanto se pueden obtener mejores resultados. Aún así, la formación también tiene sus costes y, en la mayoría de ocasiones, implica que el profesional debe formarse fuera de su jornada laboral.

Todas las entrevistas se administran cara a cara por lo que requiere que el profesional tenga cierto nivel de confianza con la paciente.

Tabla 2. Características principales de los tipos de entrevista comparados

	Requiere formación	Duración	Tipos IPV	Validada en embarazadas
Emp. Int.	Sí	Larga	Todos	Sí
Counselling	Sí	Larga	Todos	No
Preguntas cortas	No	Variable	Todos (variable)	Sí

El único tipo de entrevista del que no se han encontrado estudios con mujeres embarazadas es el counselling, por lo que no se puede garantizar la efectividad de su uso en embarazadas. Por lo que respecta a la empowerment intervention y a la utilización de preguntas cortas son métodos tan distintos que no se puede recomendar el uso de uno en detrimento del otro.

Por tanto, cuando el profesional no está formado o no tiene tiempo es recomendable administrar la preguntas cortas. Si por el contrario, el profesional sí está formado y dispone de información necesaria para derivar a las víctimas la empowerment intervention es la opción más recomendable por ser un método validado en embarazadas y que aumenta la sensación de confianza y seguridad en las mujeres, aspecto fundamental en el momento de tomar la decisión de romper con el círculo vicioso de la violencia.

Objetivo 2

El segundo objetivo específico del trabajo es: *Evaluar el abordaje de la IPV en mujeres embarazadas que propone el Protocolo de las Islas Baleares de actuación sanitaria ante la violencia machista comparándolo con los demás métodos de cribado existentes para la IPV*

Podemos evaluar el *Protocolo de las Islas Baleares de actuación sanitaria ante la violencia machista*, en dos 2 sentidos: en primer lugar al modo de cribado que propone y en segundo lugar a los tipos de cribado que propone.

En cuanto al modo, el protocolo propone cribar para la IPV a todas las mujeres, es decir que recomienda un cribado universal o routine enquiry. Como se ha mencionado en la introducción, hay cierta discordancia entre las organizaciones de referencia sobre cómo cribar para la IPV. La OMS advierte que el cribado universal tiene una evidencia baja-moderada y recomienda realizar un cribado selectivo (en grupos de riesgo, como por ejemplo las embarazadas) (Chisholm et al., 2017, p. 7,9; O’Doherty et al., 2015, p. 9). En este sentido, aunque el protocolo también especifica como cribar a los grupos de riesgo, sería recomendable eliminar del protocolo la recomendación de cribar a todas las mujeres de forma sistemática.

En cuanto a los tipos de cribado que propone, el protocolo propone la misma escala para las mujeres embarazadas y las no embarazadas: la escala WAST-short. Sin embargo, en el objetivo 1 se ha descartado la utilización de esta escala en embarazadas por no cribar todos los tipos de IPV y tampoco está validada en embarazadas. Siguiendo el argumento planteado en el objetivo anterior, sería más recomendable utilizar la escala AAS por que sí criba todos los tipos de IPV, está validada en embarazadas y existe una versión en español. Por otro lado, el protocolo también propone realizar preguntas cortas (imágenes 3 y 4) relacionadas con los signos y síntomas de alarma de la IPV durante el embarazo, como ya se ha mencionado en el objetivo 1 la preguntas cortas es un tipo de entrevista recomendable.

Limitaciones

La principal limitación del trabajo es que sólo 2 de las escalas comparadas estaban validadas al español, por lo que las posibles conclusiones de la investigación no son completamente aplicables a la población hispanohablante. Otra limitación relacionada con la anterior, es que no se han podido comparar todas las escalas disponibles para el

cribado de la IPV en embarazadas por no haber estudios suficientes o estos no entraban en los criterios de inclusión.

Como ya se ha mencionado en la introducción, ninguno de los estudios comparados tiene en cuenta la IPV económica ni su cribado en mujeres embarazadas, lo que también supone una limitación para saber cuales son las consecuencias de este tipo de violencia y si es necesario añadir una pregunta en referencia a los aspectos económicos en las escalas.

Por último, cabe destacar que no se han tenido en cuenta la cultura como determinante social para el cribado de la IPV en embarazadas. Varios de los estudios comparados han mencionado que la cultura tiene una gran influencia en cómo las mujeres se sienten al ser cribadas para la IPV y cómo responden a dicho cribado. Por ejemplo, Velasco (2014) afirma que debido a la amplia diferencia entre los resultados obtenidos de la AAS y la ISA: “refuerza la necesidad de reevaluar las escalas de cribado de IPV en embarazadas en diferentes contextos culturales” (Velasco et al., 2014, p. 2). En la misma línea, Escribà-Agüir (2015) afirma que: “los factores culturales pueden afectar en la revelación de la violencia en las pacientes” (Escribà-Agüir et al., 2015, p. 8). Coincidiendo con los estudios anteriores, en el estudio de Kita se afirma que una escala auto-rellenable sería más adecuada tanto para las mujeres japonesas como para los profesionales sanitarios (Kita et al., 2016, p. 2).

Propuestas para futuras investigaciones

En relación al punto anterior, sería muy interesante que futuras investigaciones tuvieran en cuenta el factor cultural al validar las escalas de cribado de IPV. Del mismo modo, sería interesante realizar un estudio que determine qué características de las escalas se adaptan mejor en función de la cultura.

También, sería deseable ampliar este mismo tipo de investigación al cribado de IPV en otros grupos de riesgo como pueden ser las mujeres con problemas de salud mental o las niñas, puesto que el cribado en grupos de riesgo es más recomendable que el cribado universal (Chisholm et al., 2017, p. 7,9; O’Doherty et al., 2015, p. 9).

En relación a la afirmación anterior, consideramos muy recomendable realizar una investigación que concluya de forma definitiva qué modo de cribado es el más efectivo para la IPV en mujeres: si el universal o en grupos de riesgo.

También sería interesante realizar una investigación para evaluar la eficacia del cribado en presencia de algunos signos o síntomas (*case-finding*). Por ejemplo, se ha

mencionado en la introducción que una posible consecuencia de la IPV durante el embarazo es el abuso de sustancias como el alcohol, tabaco u otras drogas (Chen et al., 2017, p. 5). En este sentido, se podría realizar una investigación para evaluar la eficacia de cribar el abuso de sustancias en el embarazo como detector de la IPV. De hecho, uno de los estudio incluidos en la revisión pretende valorar la aceptación del *case-finding* entre las mujeres, en el estudio de Stöckl (2013), gran parte de las mujeres afirmaron que: “los profesionales sanitarios solo deberían preguntar sobre la IPV si sospechan que la mujer la está sufriendo” (Stöckl et al., 2013, p. 4) .

Conclusión

A nivel nacional, la escala que resulta más efectiva para cribar la IPV en mujeres embarazadas es la AAS, por su alta especificidad, duración, por cribar todos los tipos de IPV y por haber sido validada en embarazadas con un estándar de referencia. Es recomendable acompañar la AAS de otros métodos que tanto puede ser la *empowerment intervention* como realizar preguntas cortas dirigidas a signos y síntomas, en función del nivel de formación del profesional que lo administre.

Por otro lado, el cribado universal propuesto por el *Protocolo de las Islas Baleares de actuación sanitaria ante la violencia machista* es discutible puesto que no hay evidencia suficiente para recomendarlo. Del mismo modo, la escala que propone dicho protocolo (WAST-short) no es apta para ser utilizada en embarazadas por no haber sido validada en este grupo poblacional y porque no criba ningún tipo de IPV específico.

Por último, no podemos dejar de mencionar el importantísimo papel que tienen los enfermeros y enfermeras en el cribado de la IPV en general y el papel de las matronas en las embarazadas en concreto. Su proximidad con las pacientes facilita mucho que se puedan sentir cómodas y confiadas de revelar que están sufriendo maltrato.

Bibliografía

1. Almqvist, K., Källström, S., Appell, P., & Anderzen-Carlsson, A. (2018). Mothers' opinions on being asked about exposure to intimate partner violence in child healthcare centres in Sweden. *Journal of Child Health Care*, 22(2), 228–237. <https://doi.org/10.1177/1367493517753081>
2. Arkins, B., Begley, C., & Higgins, A. (2016). Measures for screening for intimate partner violence: a systematic review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 23(3–4), 217–235. <https://doi.org/10.1111/jpm.12289>
3. Bermele, C., Andresen, P. A., & Urbanski, S. (2018). Educating Nurses to Screen and Intervene for Intimate Partner Violence During Pregnancy. *Nursing for Women's Health*, 22(1), 79–86. <https://doi.org/10.1016/j.nwh.2017.12.006>
4. Bianchi, A. L., Cesario, S. K., & McFarlane, J. (2016). Interrupting Intimate Partner Violence During Pregnancy With an Effective Screening and Assessment Program. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 45(4), 579–591. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2016.02.012>
5. Chaves, K., Eastwood, J., Ogbo, F. A., Hendry, A., Jalaludin, B., Khanlari, S., & Page, A. (2019). Intimate partner violence identified through routine antenatal screening and maternal and perinatal health outcomes. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2527-9>
6. Chen, P. H., Rovi, S., Vega, M. L., Barrett, T., Pan, K. Y., & Johnson, M. S. (2017). Birth Outcomes in Relation to Intimate Partner Violence. *Journal of the National Medical Association*, 109(4), 238–245. <https://doi.org/10.1016/j.jnma.2017.06.017>
7. Chisholm, C. A., Bullock, L., & Ferguson, J. E. J. (2017). Intimate partner violence and pregnancy: screening and intervention. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 217(2), 145–149. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2017.05.043>
8. Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica. (2011). <https://rm.coe.int/1680462543>
9. Curry, S. J., Krist, A. H., Owens, D. K., Barry, M. J., Caughey, A. B., Davidson, K. W., Doubeni, C. A., Epling, J. W., Grossman, D. C., Kemper, A. R., Kubik, M., Kurth, A., Landefeld, C. S., Mangione, C. M., Silverstein, M., Simon, M. A., Tseng, C. W., & Wong, J. B. (2018). Screening for Intimate Partner Violence, Elder Abuse, and Abuse of Vulnerable Adults. *JAMA*, 320(16), 1678. <https://doi.org/10.1001/jama.2018.14741>
10. Daley, D., McCauley, M., & van den Broek, N. (2020). Interventions for women who report domestic violence during and after pregnancy in low- and middle-income countries: a systematic literature review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-2819-0>

11. Deshpande, N. A., & Lewis-O'Connor, A. (2013). Screening for intimate partner violence during pregnancy. *Rev Obstet Gynecol*, 6(3–4), 141–148. <https://doi.org/10.3909/riog0226>
12. Direcció General del Servei de Salut de les Illes Balears & Institut Balear de la Dona. (2017). *Protocol d'actuació sanitària davant la violència masculista a les Illes Balears*. <http://www.caib.es/sacmicrofront/archivopub.do?ctrl=MCRST456ZI234056&id=234056>
13. Duchesne, S., Donnadiou, A.-C., Chariot, P., & Louis-Sylvestre, C. (2020). Screening for domestic violence during pregnancy follow-up: evaluation of an intervention in an antenatal service. *Archives of Women's Mental Health*, 24(2), 293–301. <https://doi.org/10.1007/s00737-020-01058-4>
14. Escribà-Agüir, V., Ruiz-Pérez, I., Artazcoz, L., Martín-Baena, D., Royo-Marqués, M., & Vanaclocha-Espí, M. (2015). Validity and Reliability of the Spanish Version of the “Abuse Assessment Screen” among Pregnant Women. *Public Health Nursing*, 33(3), 264–272. <https://doi.org/10.1111/phn.12232>
15. Feder, L., Niolon, P. H., Campbell, J., Whitaker, D. J., Brown, J., Rostad, W., & Bacon, S. (2018). An Intimate Partner Violence Prevention Intervention in a Nurse Home Visitation Program: A Randomized Clinical Trial. *Journal of Women's Health*, 27(12), 1482–1490. <https://doi.org/10.1089/jwh.2017.6599>
16. Finnbogadóttir, H., Baird, K., & Thies-Lagergren, L. (2020). Birth outcomes in a Swedish population of women reporting a history of violence including domestic violence during pregnancy: a longitudinal cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20(1), 8. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-02864-5>
17. Fletcher, Tifani, R., Clements, Andrea, D., Bailey, & Beth. (2016). Identifying Intimate Partner Violence during Pregnancy in Prenatal Care Settings. *International Journal of Health Sciences Educatio*, 3(1). <https://dc.etsu.edu/ijhse/vol3/iss1/3>
18. Gómez-Fernández, M. A., Goberna-Tricas, J., & Payá-Sánchez, M. (2019). El saber experiencial de las matronas de Atención Primaria en la detección de violencia de género durante el embarazo. Estudio cualitativo. *Enfermería Clínica*, 29(6), 344–351. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.05.010>
19. Jahanfar, S., Howard, L. M., & Medley, N. (2014). Interventions for preventing or reducing domestic violence against pregnant women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Published. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd009414.pub3>
20. Kastello, J. C., Jacobsen, K. H., Gaffney, K. F., Kodadek, M. P., Sharps, P. W., & Bullock, L. C. (2015). Predictors of Depression Symptoms Among Low-Income Women Exposed to Perinatal Intimate Partner Violence (IPV). *Community Mental Health Journal*, 52(6), 683–690. <https://doi.org/10.1007/s10597-015-9977-y>

21. Kataoka, Y., & Imazeki, M. (2018). Experiences of being screened for intimate partner violence during pregnancy: a qualitative study of women in Japan. *BMC Women's Health*, *18*(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12905-018-0566-4>
22. Kita, S., Haruna, M., Hikita, N., Matsuzaki, M., & Kamibeppu, K. (2016). Development of the Japanese version of the Woman Abuse Screening Tool-Short. *Nursing & Health Sciences*, *19*(1), 35–43. <https://doi.org/10.1111/nhs.12298>
23. Koirala, P., & Chuemchit, M. (2020). Depression and Domestic Violence Experiences Among Asian Women: A Systematic Review. *International Journal of Women's Health*, *Volume 12*, 21–33. <https://doi.org/10.2147/ijwh.s235864>
24. Mauri, E. M., Nespoli, A., Persico, G., & Zobbi, V. F. (2015). Domestic violence during pregnancy: Midwives' experiences. *Midwifery*, *31*(5), 498–504. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.02.002>
25. Naciones Unidas. (2006). Estudio a fondo sobre todas las formas de violencia contra la mujer Informe del Secretario General. <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2016/10742.pdf>
26. O'Doherty, L., Hegarty, K., Ramsay, J., Davidson, L. L., Feder, G., & Taft, A. (2015). Screening women for intimate partner violence in healthcare settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1–103. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd007007.pub3>
27. OMS. (2011). *Intimate partner violence during pregnancy: Information sheet*. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70764/WHO_RHR_11.35_eng.pdf;jsessionid=525B175D348F8A2620DFAB4A98E6E54B?sequence=1
28. O'Reilly, R., & Peters, K. (2018). Opportunistic domestic violence screening for pregnant and post-partum women by community based health care providers. *BMC Women's Health*, *18*(1), 2. <https://doi.org/10.1186/s12905-018-0620-2>
29. Pheiffer, C., Dias, S., & Adam, S. (2020). Intimate Partner Violence: A Risk Factor for Gestational Diabetes. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(21), 7843. <https://doi.org/10.3390/ijerph17217843>
30. Rasch, V., Van, T. N., Nguyen, H. T. T., Manongi, R., Mushi, D., Meyrowitsch, D. W., Gammeltoft, T., & Wu, C. S. (2018). Intimate partner violence (IPV): The validity of an IPV screening instrument utilized among pregnant women in Tanzania and Vietnam. *PLOS ONE*, *13*(2), e0190856. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0190856>
31. Román-Gálvez, R. M., Martín-Peláez, S., Martínez-Galiano, J. M., Khan, K. S., & Bueno-Cavanillas, A. (2021). Prevalence of Intimate Partner Violence in Pregnancy: An Umbrella Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*(2), 707. <https://doi.org/10.3390/ijerph18020707>

32. Stöckl, H., Hertlein, L., Himsl, I., Ditsch, N., Blume, C., Hasbargen, U., Friese, K., & Stöckl, D. (2013). Acceptance of routine or case-based inquiry for intimate partner violence: a mixed method study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *13*(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-13-77>
33. Velasco, C., Luna, J. D., Martin, A., Caño, A., & Martin-de-las-Heras, S. (2014). Intimate partner violence against Spanish pregnant women: application of two screening instruments to assess prevalence and associated factors. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, *93*(10), 1050–1058. <https://doi.org/10.1111/aogs.12459>

Anexo 1: Tabla resumen de los resultados

Autor principal	Año de publicación	Lugar	Fecha de recolección de datos	Inclusión de casos	Sujetos de estudio	Fuente de datos	Tamaño muestral	Rango de edades	Nivel de evidencia (SIGN)
Chisholm	2017	EEUU	*	34 ensayos	Mujeres embarazadas	Cualquier tipo de cribado para IPV	*	*	2++
Stöckl	2013	Múnich	2007-8	Hospital maternal	Mujeres embarazadas	Cuestionario y entrevista	401	18-50 años	2+
Kita	2016	Japón	2013-14	Clínica prenatal	Mujeres embarazadas	ISA y HADS	453	>20 años	2+
Bermele	2018	EEUU	2018	Unidad de triaje antes del parto	Mujeres embarazadas	AAS, DAS, Intervención de empoderamiento	*	*	3
Bianchi	2016	EEUU	2016	*	Mujeres que sufren IPV	Cualquier tipo de cribado para IPV	*	*	3
Velasco	2014	España (sur)	2009	Hospital-obstetricia	Mujeres embarazadas	AAS y SAS	779	*	2+
Escribà-Agüir	2015	España (Valencia)	2008-9	9 centros de AP	Mujeres embarazadas	ISA y AAS	1329	*	2+
Daley	2020	Reino Unido	2019	6 ensayos	Mujeres embarazadas de países de ingresos bajos y medianos	Cualquier tipo de cribado para IPV	894	>18 años	2++
Curry	2018	EEUU	*	*	Mujeres en	Cualquier tipo	*	<50 años	3

					edad reproductiva	de cribado para IPV			
Rasch	2018	Tanzania y Vietnam	*	Centros de salud y hospitales	Mujeres embarazadas	Entrevista	1116 (tanzania) 1309 (vietnam)	>17 años	2+
Deshpande	2013	EEUU	*	Cualquier entorno sanitario	Mujeres embarazadas que sufren IPV	Cualquier tipo de cribado para IPV	*	*	3
Feder	2018	EEUU	*	Nurse Family Partnership (NFP)	Mujeres embarazadas	AAS, WEB, PMWI, Brochure-Driven Intervention y CTS2	238	>15 años	2+
O'Reilly	2010	Australia	1995-2009	9 estudios	Mujeres embarazadas	SAVAWS, ISA, CTS y AAS	1222 (aprox)	*	2++
Jahanfar	2014	*	2014	7 estudios	Mujeres embarazadas	Intervenciones para la IPV	2629	Cualquier edad	2++
O'Doherty	2015	Australia	2015	13 estudios	Mujeres que asisten a cualquier entorno sanitario	Cualquier tipo de cribado para IPV	14959	>16 años	2++
Arkins	2016	Irlanda	2015	36 estudios	Hombres y mujeres	Cualquier tipo de cribado para IPV	*	*	2++
Fletcher	2016	EEUU	*	40 estudios	Mujeres embarazadas	Cualquier tipo de cribado	*	*	2++

						para IPV			
OMS	2011	No procede	*	No procede	Mujeres	Cualquier tipo de cribado para IPV	No procede	No procede	3
Direcció General del Servei de Salut de les Illes Balears y Institut Balear de la Dona	2016	Islas Baleares	*	No procede	Mujeres	Cualquier tipo de cribado para IPV	No procede	No procede	3

*** No se han encontrado datos**

Para medir el nivel de evidencia se ha utilizado la escala SIGN. A parte, para los estudios que evalúan la calidad de una escala se ha tenido en cuenta si utilizaban alguna de estas medidas (Sánchez Fernández et al., 2005)¹:

-Índice kappa: se utiliza en estadística para evaluar la reproducibilidad de elementos de medida categóricos (en este caso escalas). El estudio de Escribà-Agüir (2015) utilizó este índice en su estudio.

-Test-retest: mide si un instrumento proporciona resultados parecidos al aplicar la escala a la misma persona en más de una ocasión con las mismas condiciones. El estudio de Kita (2016) utilizó este método en su estudio.

-Utilizar un estándar de referencia: se utiliza una escala ya validada y se comparan los resultados obtenidos en la escala que se pretende evaluar con los de la escala de referencia. Todos los estudios incluidos utilizan este método, excepto los estudios no analíticos (Bermele, Bianchi, Curry, Deshpande, OMS y Direcció General del Servei de Salut de les Illes Balears y Institut Balear de la Dona).

¹ Sánchez Fernández, P., Aguilar de Armas, I., Fuentelsaz Gallego, C., Teresa Moreno Casbas, M., & Hidalgo García, R. (2005). Fiabilidad de los instrumentos de medición en ciencias de la salud. *Enfermería Clínica*, 15(4), 227–236. [https://doi.org/10.1016/s1130-8621\(05\)71116-5](https://doi.org/10.1016/s1130-8621(05)71116-5)

Anexo 2. Fichas técnicas

Ficha n.º 1	
Cita bibliográfica	Almqvist, K., Källström, S., Appell, P., & Anderzen-Carlsson, A. (2018). Mothers' opinions on being asked about exposure to intimate partner violence in child healthcare centres in Sweden. <i>Journal of Child Health Care</i> , 22(2), 228–237. https://doi.org/10.1177/1367493517753081
Introducción	Resumen 198 mujeres en 12 centros de salud infantil rellenaron un cuestionario sobre su exposición a la IPV y recibieron información sobre IPV en la visita. La prevalencia de IPV a lo largo de la vida fue del 16%. 128 mujeres dieron su opinión vía telefónica sobre la experiencia que tuvieron con el cribado de la IPV. La intervención fue bien recibida por la mayoría de las mujeres.
	Objetivo del estudio Explorar las experiencias y pensamientos de las madres al ser preguntadas sobre la exposición a la IPV. Un segundo objetivo fue investigar la prevalencia de exposición a la IPV entre las madres.
Metodología	Tipo de estudio Mixto
	Año de realización 2014 y 2015
	Técnica de recogida de datos Cuestionario
	Población y muestra 198 madres en 12 centros de salud infantil
Resultados relevantes	Aproximadamente el 70% de las madres informaron que nunca antes se les había preguntado sobre la exposición a la violencia, mientras que el 30% le había preguntado su matrona durante el embarazo.
Discusión planteada	·El 16% de las mujeres incluidas en el estudio sufrió IPV a lo largo de su vida (en una relación pasada). ·Las preguntas rutinarias sobre IPV en entornos sanitarios son apreciadas por la mayoría de las mujeres.
Conclusiones del estudio	La intervención fue bien recibida por la mayoría de las madres que informaron que las preguntas y la información sobre IPV son esenciales para los progenitores, considerando los riesgos para la salud de los niños.
Valoración (Escala Liker)	Escala Liker 4 (relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico)

Ficha n.º 2	
Cita bibliográfica	Arkins, B., Begley, C., & Higgins, A. (2016). Measures for screening for intimate partner violence: a systematic review. <i>Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing</i> , 23(3–4), 217–235. https://doi.org/10.1111/jpm.12289
	Se revisaron 36 estudios que en total analiza las

Introducción	Resumen	propiedades psicométricas de 10 escalas de cribado para la IPV. Se identificaron 3 herramientas útiles para el cribado de IPV en salud mental.
	Objetivo del estudio	Identificar las mejores herramientas de cribado testeadas psicométricamente para evaluar la IPV en hombres y mujeres en salud mental.
Metodología	Tipo de estudio	Revisión sistemática
	Año de realización	2015
	Técnica de recogida de datos	Búsqueda bibliográfica
	Población y muestra	36 estudios, 10 herramientas de cribado
Resultados relevantes	Tres herramientas evaluaron todas las áreas de IPV y fueron validadas con un estándar de referencia adecuado. Un estudio probó la herramienta de detección de IPV en un entorno de salud.	
Discusión planteada	Las escalas que evalúan los 3 tipos de IPV son: AAS, HARK, Partner Abuse Interview y WAST. Sólo 3 de estas 4 fueron validadas con un estándar de referencia apropiado (AAS, HARK and WAST).	
Conclusiones del estudio	Las enfermeras de salud mental deben incorporar herramientas de cribado de IPV psicométricamente testadas como parte de la evaluación de riesgos y la planificación de seguridad para los usuarios	
Valoración (Escala Liker)	Escala Liker 4 (relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico)	

Ficha n.º 3	
Cita bibliográfica	Bermele, C., Andresen, P. A., & Urbanski, S. (2018). Educating Nurses to Screen and Intervene for Intimate Partner Violence During Pregnancy. <i>Nursing for Women's Health</i> , 22(1), 79–86. https://doi.org/10.1016/j.nwh.2017.12.006
Tipo de estudio	Guía de Práctica Clínica
Resumen	Establece un protocolo de cribado de la IPV en mujeres embarazadas en EEUU. El algoritmo del protocolo es que ante un resultado positivo al aplicar la AAS, aplicar escala DAS (versión corta), seguidamente realizar una “empowerment intervention” y derivar si precisa.

Ficha n.º 4	
Cita bibliográfica	Bianchi, A. L., Cesario, S. K., & McFarlane, J. (2016). Interrupting Intimate Partner Violence During Pregnancy With an Effective Screening and Assessment Program. <i>Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing</i> , 45(4), 579–591. https://doi.org/10.1016/j.jogn.2016.02.012
Tipo de	Artículo

estudio	
Resumen	Revisa los componentes esenciales para un protocolo de IPV en mujeres embarazadas

Ficha n.º 5		
Cita bibliográfica	Chaves, K., Eastwood, J., Ogbo, F. A., Hendry, A., Jalaludin, B., Khanlari, S., & Page, A. (2019). Intimate partner violence identified through routine antenatal screening and maternal and perinatal health outcomes. <i>BMC Pregnancy and Childbirth</i> , 19(1), 1–10. https://doi.org/10.1186/s12884-019-2527-9	
Introducción	Resumen	Se analizaron las historias clínicas de 52509 mujeres y sus hijos nacidos en los hospitales públicos de Sydney para determinar riesgo de resultados perinatales negativos en presencia de IPV. Se concluyó que la IPV durante el embarazo estaba asociada a consecuencias negativas en la salud fetal y maternal.
	Objetivo del estudio	Investigar la asociación entre la IPV identificada en cribados rutinarios y los resultados perinatales para la madre y el neonato
Metodología	Tipo de estudio	Estudio de cohortes
	Año de realización	2014-2016
	Técnica de recogida de datos	Entrevista estructurada
	Población y muestra	52509 madres e hijos nacidos en 7 hospitales públicos de Sydney (Australia)
Resultados relevantes	La prevalencia de IPV en el embarazo fue del 1,8% y un 1,4% de mujeres declaró tener miedo de su pareja. El miedo a la pareja estuvo fuertemente asociado a síntomas depresivos en el postparto. La IPV estuvo asociada a síntomas depresivos en el postparto y a parto prematuro. La IPV no estuvo asociada con no dar lactancia materna.	
Discusión planteada	Este estudio mostró una asociación entre la IPV durante el embarazo y una aumento de: bajo peso al nacer, parto prematuro, síntomas depresivos en el postparto y iniciación tardía de la lactancia materna o no lactancia materna.	
Conclusiones del estudio	Las mujeres que informan IPV en el momento del embarazo están en mayor riesgo de desarrollar síntomas depresivos y sus bebés corren un riesgo biológico y ambiental con resultados de desarrollo más deficientes.	
Valoración (Escala Liker)	Escala Liker 4 (relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico)	

Ficha n.º 6	
Cita bibliográfica	Chen, P. H., Rovi, S., Vega, M. L., Barrett, T., Pan, K. Y., & Johnson, M. S. (2017). Birth Outcomes in Relation to Intimate Partner Violence. <i>Journal of the National</i>

	<i>Medical Association</i> , 109(4), 238–245. https://doi.org/10.1016/j.jnma.2017.06.017	
Introducción	Resumen	Se analizaron los datos de 1542 mujeres con la intención de determinar la asociación entre la IPV durante el embarazo y los resultados fetales y maternos. Para cribar la IPV se utilizó la escala HITS. Y como consecuencias de la IPV se consideraron: parto prematuro, bajo peso al nacer y necesidad de UCIN. Se concluyó que las mujeres que habían sufrido IPV tenían peores consecuencias en el postparto.
	Objetivo del estudio	Examinar la asociación entre la IPV y los resultados del nacimiento en mujeres embarazadas
Metodología	Tipo de estudio	Estudio retrospectivo de cohortes
	Año de realización	2003-2009
	Técnica de recogida de datos	Escala HITS
	Población y muestra	1542 mujeres embarazadas
Resultados relevantes	La prevalencia de IPV fue del 7,5% de las mujeres La mujeres que habían sufrido abuso (IPV) tenían más posibilidades de: parto prematuro. Los hijos de las madres abusadas tenía más posibilidades de tener bajo peso al nacer y recibir cuidados intensivos neonatales.	
Discusión planteada	Se encontró una asociación significativa entre la IPV y resultados fetales y maternos negativos.	
Conclusiones del estudio	Las mujeres que habían sufrido IPV tenían peores consecuencias en el postparto.	
Valoración (Escala Liker)	Escala Liker 4 (relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico)	

Ficha n.º 7		
Cita bibliográfica	Chisholm, C. A., Bullock, L., & Ferguson, J. E. J. (2017). Intimate partner violence and pregnancy: screening and intervention. <i>American Journal of Obstetrics and Gynecology</i> , 217(2), 145–149. https://doi.org/10.1016/j.ajog.2017.05.043	
Introducción	Resumen	Se revisan las definiciones de las distintas categorías de IPV, consecuencias en la salud de la IPV en embarazadas y no embarazadas, revisión de las recomendaciones actuales de cribado de la IPV y eficacia de las intervenciones.
	Objetivo del estudio	Revisión de las herramientas y barreras de cribado para la IPV y evaluación de las intervenciones y recomendaciones para

		incorporar el cribado de la IPV en la práctica clínica.
Metodología	Tipo de estudio	Revisión sistemática
	Año de realización	No consta
	Técnica de recogida de datos	Búsqueda bibliográfica
	Población y muestra	34 estudios
Resultados relevantes	Aporta datos de sensibilidad y especificidad de las distintas escalas de cribado de IPV existentes	
Conclusiones del estudio	Se necesita más investigación respecto a las herramientas de cribado de IPV y su eficacia. Los profesionales sanitarios deberían conocer los recursos disponibles para las mujeres que sufren IPV.	
Valoración (Escala Liker)	Escala Liker 4 (relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico)	

Ficha n.º 8		
Cita bibliográfica	Curry, S. J., Krist, A. H., Owens, D. K., Barry, M. J., Caughey, A. B., Davidson, K. W., Doubeni, C. A., Epling, J. W., Grossman, D. C., Kemper, A. R., Kubik, M., Kurth, A., Landefeld, C. S., Mangione, C. M., Silverstein, M., Simon, M. A., Tseng, C. W., & Wong, J. B. (2018). Screening for Intimate Partner Violence, Elder Abuse, and Abuse of Vulnerable Adults. <i>JAMA</i> , 320(16), 1678. https://doi.org/10.1001/jama.2018.14741	
Tipo de estudio	Guía de práctica clínica para la detección de IPV, abuso de ancianos y adultos vulnerables.	
Resumen	Hay evidencia adecuada de que el cribado disponible puede identificar la IPV en las mujeres. El USPSTF concluye que el cribado de IPV en mujeres en edad reproductiva y derivar a las mujeres con resultados positivos tiene un beneficio moderado. La evidencia no respalda la efectividad de intervenciones breves o el suministro de información sobre las opciones de derivación sin una intervención de apoyo en curso. La evidencia que demuestra el beneficio de los servicios de apoyo continuo se encuentran predominantemente en estudios de embarazadas o su posparto.	

Ficha n.º 9		
Cita bibliográfica	Daley, D., McCauley, M., & van den Broek, N. (2020). Interventions for women who report domestic violence during and after pregnancy in low- and middle-income countries: a systematic literature review. <i>BMC Pregnancy and Childbirth</i> , 20(1), 1–9. https://doi.org/10.1186/s12884-020-2819-0	
Introducción	Resumen	Revisa 6 estudios sobre las distintas intervenciones o la efectividad de las mismas para mujeres que sufren IPV durante o después del embarazo. Sólo se incluyeron estudios cuya

		muestra de mujeres pertenecía a países de ingresos bajos-medios. Concluye que el cribado y el “supportive counselling” es beneficioso para las mujeres que viven en países de ingresos bajos-medios que sufren IPV.
	Objetivo del estudio	Revisar sistemáticamente la evidencia disponible que describe tipos de intervenciones y / o efectividad de tales intervenciones para mujeres que viven en países de ingresos bajos y medianos, que informan violencia doméstica durante y/o después del embarazo.
Metodología	Tipo de estudio	Revisión sistemática
	Año de realización	2019
	Técnica de recogida de datos	Búsqueda bibliográfica
	Población y muestra	6 estudios
Resultados relevantes	5 estudios utilizaron el “supportive counselling” y 1 estudio implementó una intervención basada en el cribado y derivación en los casos de IPV.	
Discusión planteada	Hubo un aumento estadísticamente significativo en el apoyo familiar después del counselling. Hubo evidencia de mejora en la calidad de vida y mejoría familiar y mayor acceso a recursos comunitarios y reducción depresión materna.	
Conclusiones del estudio	El cribado, la derivación y el asesoramiento de soporte probablemente beneficiaran a las mujeres que viven en países de ingresos medios-bajos y que sufren IPV	
Valoración (Escala Liker)	Escala Liker 4 (relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico)	

Ficha n.º 10

Cita bibliográfica	Deshpande, N. A., & Lewis-O’Connor, A. (2013). Screening for intimate partner violence during pregnancy. <i>Rev Obstet Gynecol</i> , 6(3-4), 141-148. https://doi.org/10.3909/riog0226
Tipo de estudio	Guía de práctica clínica sobre la evidencia disponible en cuanto a las herramientas de cribado de IPV en embarazadas.
Resumen	Esta guía aporta información respecto al ciclo de la violencia, las consecuencias de la IPV, las herramientas de cribado existentes y cómo utilizarlas y qué deben hacer los profesionales sanitarios después de haber detectado una víctima de IPV.

Ficha n.º 11

Cita bibliográfica	Direcció General del Servei de Salut de les Illes Balears & Institut Balear de la Dona. (2017). Protocol d’actuació sanitària davant la violència masclista a les Illes Balears. http://www.caib.es/sacmicrofront/archivopub.doctrl=MCRST456ZI234056&id=234056
---------------------------	--

Tipo de estudio	Protocolo de actuación sanitaria ante la violencia de género en las Islas Baleares
Resumen	El protocolo proporciona un marco teórico sobre la IPV (conceptos generales y magnitud) y explica detalladamente que es la IPV, mitos y consecuencias. En concreto, tiene un apartado de abordaje de la IPV en embarazadas en el que aporta al profesional información sobre las consecuencias de la IPV en el embarazo, cómo dirigirse a la embarazada para tratar el tema y signos y síntomas de alarma. Recomienda la escala WAST como herramienta de cribado.

Ficha n.º 12

Cita bibliográfica	Duchesne, S., Donnadieu, A.-C., Chariot, P., & Louis-Sylvestre, C. (2020). Screening for domestic violence during pregnancy follow-up: evaluation of an intervention in an antenatal service. Archives of Women's Mental Health, 24(2), 293–301. https://doi.org/10.1007/s00737-020-01058-4	
Introducción	Resumen	Se pasó una encuesta a 395 pacientes de una clínica prenatal de París. La población a estudio fueron los ginecólogos y matronas que atendieron a esas mujeres. El objetivo fue determinar si una breve formación a los profesionales podría incrementar el cribado de la IPV durante el embarazo y también identificar las barreras de cribado.
	Objetivo del estudio	Evaluar el impacto de un breve entrenamiento para ginecólogos y matronas sobre el cribado para la IPV en embarazadas e identificar las barreras para llevarlo a cabo
Metodología	Tipo de estudio	Estudio cuasi-experimental monométrico
	Año de realización	2018
	Técnica de recogida de datos	Encuesta
	Población y muestra	La población a estudio fueron ginecólogos y matronas, pero la encuesta fue rellanada por sus pacientes (395 mujeres)
Resultados relevantes	El 38,1% de los profesionales afirmó no haber cribado nunca la IPV y un 14,3% afirmó que lo hacía siempre.	
Discusión planteada	Las principales barreras de cribado para los profesionales sanitarios eran la presencia de la pareja, la falta de concienciación sobre la importancia del cribado.	
Conclusiones del estudio	El principal obstáculo para los profesionales para llevar a cabo el cribado era la presencia de la pareja de la paciente, sentimientos de incomodidad y la dificultad que tienen para identificar a las víctimas.	
Valoración (Escala Liker)	Escala Liker 4 (relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico)	

Ficha n.º 13		
Cita bibliográfica	Escribà-Agüir, V., Ruiz-Pérez, I., Artazcoz, L., Martín-Baena, D., Royo-Marqués, M., & Vanaclocha-Espí, M. (2015). Validity and Reliability of the Spanish Version of the “Abuse Assessment Screen” among Pregnant Women. <i>Public Health Nursing, 33</i> (3), 264–272. https://doi.org/10.1111/phn.12232	
Introducción	Resumen	Se administró la versión en español de la ISA y la AAS a 1329 mujeres de centros de AP españoles. El objetivo de la investigación fue determinar la validez de la versión en español de la AAS. Se concluyó que tiene una validez alta.
	Objetivo del estudio	Evaluar la confiabilidad, precisión y validez de la versión española del Abuse Assessment Screen (AAS) en mujeres embarazadas utilizando la versión en español de Índice de abuso del cónyuge (ISA) como estándar de referencia.
Metodología	Tipo de estudio	Estudio transversal
	Año de realización	2008 y 2009
	Técnica de recogida de datos	Versión española del Index of Spouse Abuse (ISA) y del Abuse Assessment Screen (AAS)
	Población y muestra	1329 mujeres de 9 centros de Atención Primaria
Resultados relevantes	Porcentaje de concordancia de la AAS española fue alta, del 96,4% al 100%. La especificidad era para todos tipos de abuso por encima del 97%, pero los valores de sensibilidad fueron mucho más bajos.	
Discusión planteada	La versión en español pregunta directamente por la IPV y proporciona ejemplos de tipos de IPV para facilitar la relevación de las mujeres. Sin embargo, es necesario proveer la escala con más ejemplos.	
Conclusiones del estudio	La AAS española tiene buena confiabilidad, especificidad y validez de constructo test-retest. La sensibilidad fue buena para abuso psicológico grave y moderada para abuso físico severo	
Valoración (Escala Liker)	Escala Liker 4 (relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico)	

Ficha n.º 14		
Cita bibliográfica	Feder, L., Niolon, P. H., Campbell, J., Whitaker, D. J., Brown, J., Rostad, W., & Bacon, S. (2018). An Intimate Partner Violence Prevention Intervention in a Nurse Home Visitation Program: A Randomized Clinical Trial. <i>Journal of Women's Health, 27</i> (12), 1482–1490. https://doi.org/10.1089/jwh.2017.6599	
Introducción	Resumen	238 mujeres previamente cribadas fueron derivadas al Nurse Family Program plus o al NFP (grupo control), con el objetivo de determinar la efectividad de una intervención preventiva dentro del NFP. Se concluyó que la intervención prevenía algunos tipos de violencia en aquellas

		mujeres que no la experimentaban pero fue ineficaz en aquellas que sufrían IPV.
	Objetivo del estudio	Determinar la efectividad de una intervención preventiva dentro del NFP
Metodología	Tipo de estudio	Cohortes
	Año de realización	No consta
	Técnica de recogida de datos	AAS y WEB
	Población y muestra	238 mujeres dentro del NFP
Resultados relevantes	No hubo resultados significativos en las víctimas de IPV entre los dos programas (NFP y NFP+).	
Discusión planteada	El NFP + redujo la probabilidad ser víctima de IPV psicológica en mujeres que no la sufrían.	
Conclusiones del estudio	La intervención prevenía algunos tipos de violencia en aquellas mujeres que no la experimentaban pero fue ineficaz en aquellas que sufrían IPV.	
Valoración (Escala Liker)	Escala Liker 4 (relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico).	

Ficha n.º 15		
Cita bibliográfica	Finnbogadóttir, H., Baird, K., & Thies-Lagergren, L. (2020). Birth outcomes in a Swedish population of women reporting a history of violence including domestic violence during pregnancy: a longitudinal cohort study. BMC Pregnancy and Childbirth, 20(1), 8. https://doi.org/10.1186/s12884-020-02864-5	
Introducción	Resumen	1939 mujeres rellenaron 2 cuestionarios (al inicio y al final de la gestación) con el objetivo de determinar las consecuencias de la IPV en el parto de las mujeres suecas. Se concluyó que la IPV tiene un impacto negativo en el parto y postparto.
	Objetivo del estudio	Explorar las consecuencias en el parto de las mujeres suecas que tengan un historial de violencia durante el embarazo
Metodología	Tipo de estudio	Longitudinal
	Año de realización	2012-2014
	Técnica de recogida de datos	2 cuestionarios e historia clínica
	Población y muestra	1939 mujeres suecas embarazadas y mayores de edad
Resultados relevantes	Un 38,7% de las mujeres encuestadas declaró haber sufrido IPV en algún momento de su vida y un 2% durante el embarazo. Un historial con abuso emocional incrementó la posibilidad de tener un parto por cesárea.	
Discusión	Las mujeres que sufren IPV tienen más riesgo de tener un parto por cesárea ya sea	

planteada	planeada o de emergencia.
Conclusiones del estudio	Un historial de violencia tiene un impacto negativo en el desarrollo del parto (cesáreas y prematuridad).
Valoración (Escala Liker)	Escala Liker 4 (relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico).

Ficha n.º 16

Cita bibliográfica	Fletcher, Tifani, R., Clements, Andrea, D., Bailey, & Beth. (2016). Identifying Intimate Partner Violence during Pregnancy in Prenatal Care Settings. <i>International Journal of Health Sciences Educatio</i> , 3(1). https://dc.etsu.edu/ijhse/vol3/iss1/3	
Introducción	Resumen	Se revisaron 40 estudios con el objetivo de determinar cual es el método de cribado más efectivo para cribar la IPV en embarazadas. Se concluyó que la escala que mejor resultados dio en atención prenatal fue la HARK.
	Objetivo del estudio	Revisar evidencia disponible sobre la eficacia de las distintas herramientas de cribado de la IPV para aplicar a mujeres embarazadas.
Metodología	Tipo de estudio	Revisión sistemática
	Año de realización	No consta
	Técnica de recogida de datos	Búsqueda bibliográfica
	Población y muestra	40 estudios
Resultados relevantes	Las escalas HITS, WAST y HARK son las más recomendadas en el uso de los entornos de atención prenatal.	
Discusión planteada	Las características más importante que debe cumplir una escala para el cribado de IPV en atención prenatal son: psicometría, eficiencia, comprensividad y que esté validada en una población de interés.	
Conclusiones del estudio	La escala que mejor resultados dio en atención prenatal fue la HARK por su eficacia, rapidez, claridad y cubre los 4 tipos de IPV.	
Valoración (Escala Liker)	Escala Liker 4 (relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico).	

Ficha n.º 17

Cita bibliográfica	Gómez-Fernández, M. A., Goberna-Tricas, J., & Payá-Sánchez, M. (2019). El saber experiencial de las matronas de Atención Primaria en la detección de violencia de género durante el embarazo. Estudio cualitativo. <i>Enfermería Clínica</i> , 29(6), 344–351. https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.05.010	
		Se entrevistó a 12 matronas de AP con la intención de conocer las barreras y facilitadores

Introducción	Resumen	del cribado de la IPV durante el embarazo. Se concluyó que se debería ampliar la formación y consensuar un circuito de detección.
	Objetivo del estudio	Conocer los factores que obstaculizan o contribuyen a la detección y el abordaje de la violencia de género durante el embarazo, así como sus propuestas de mejora
Metodología	Tipo de estudio	Cualitativo
	Año de realización	2016 y 2017
	Técnica de recogida de datos	Entrevista semi-estructurada
	Población y muestra	12 matronas que trabajan en AP del Hospitalet de Llobregat (Barcelona)
Resultados relevantes	Las dificultades en la detección se relacionan con el sistema de visitas, el contexto de las mujeres y barreras del propio profesional como el miedo. Destacan como factores facilitadores el seguimiento en el control del embarazo y la relación de confianza con la matrona. Las propuestas de mejora se relacionan con la formación y el uso de procedimientos seguros y fiables.	
Discusión planteada	Las matronas tienen un fuerte compromiso y sensibilidad por el tema, así como un gran interés en mejorar la detección de la VG durante el embarazo.	
Conclusiones del estudio	Proponen una serie de medidas de mejora: ampliar la formación y consensuar un circuito interno de trabajo que incluya instrumentos objetivos de detección y la coordinación con otros servicios.	
Valoración (Escala Liker)	Escala Liker 4 (relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico)	

Ficha n.º 18		
Cita bibliográfica	Jahanfar, S., Howard, L. M., & Medley, N. (2014). Interventions for preventing or reducing domestic violence against pregnant women. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> . Published. https://doi.org/10.1002/14651858.cd009414.pub3	
Introducción	Resumen	Se revisaron 10 estudios con la intención de evaluar la evidencia disponible sobre la efectividad de las intervenciones sobre la IPV. La principal conclusión fue que es necesario ampliar la investigación sobre la IPV.
	Objetivo del estudio	Examinar la efectividad y seguridad de las intervenciones para prevenir o reducir la violencia doméstica contra las mujeres embarazadas.
Metodología	Tipo de estudio	Revisión sistemática
	Año de realización	2014
	Técnica de recogida de datos	Búsqueda bibliográfica

	Población y muestra	10 ensayos con un total de 3417 mujeres
Resultados relevantes	La mayoría de estudios fueron llevado a cabo en EEUU. 8 de los 10 estudios incluidos tenían como objetivo identificar a las mujeres embarazadas con riesgo de IPV.	
Discusión planteada	La información no fue suficiente como para compararla entre sí. No se encontró evidencia de que las intervenciones sean negativas o dañinas para las mujeres.	
Conclusiones del estudio	No hay pruebas suficientes para evaluar la efectividad de las intervenciones para la violencia doméstica en los resultados del embarazo.	
Valoración (Escala Liker)	Escala Liker 4 (relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico)	

Ficha n.º 19		
Cita bibliográfica	Kastello, J. C., Jacobsen, K. H., Gaffney, K. F., Kodadek, M. P., Sharps, P. W., & Bullock, L. C. (2015). Predictors of Depression Symptoms Among Low-Income Women Exposed to Perinatal Intimate Partner Violence (IPV). <i>Community Mental Health Journal</i> , 52(6), 683–690. https://doi.org/10.1007/s10597-015-9977-y	
Introducción	Resumen	Se administró la escalas EPDS y CTS-2 a 239 mujeres embarazadas con la intención de analizar los factores asociados a la IPV que contribuyen a la depresión. Se concluyó que experimentar IPV psicológica severa durante el embarazo está fuertemente relacionado con el riesgo de depresión.
	Objetivo del estudio	Explorar los factores asociados con la exposición a la IPV perinatal que puedan contribuir al riesgo de depresión entre las mujeres embarazadas.
Metodología	Tipo de estudio	Longitudinal
	Año de realización	2006-2012
	Técnica de recogida de datos	Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) y Conflict Tactics Scale-Revised (CTS-2)
	Población y muestra	239 embarazadas con renta baja
Resultados relevantes	Las mujeres que sufrían IPV psicológica tenían más posibilidades de desarrollar depresión (OR: 3,16) que aquellas que sufrían IPV severa, física o sexual.	
Discusión planteada	La IPV psicológica juega un rol muy importante como predictor de la depresión, mayor que la IPV física o sexual.	
Conclusiones del estudio	Se concluyó que experimentar IPV psicológica severa durante el embarazo está fuertemente relacionado con el riesgo de depresión.	
Valoración (Escala Liker)	Escala Liker 4 (relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico)	

Ficha n.º 20		
Cita bibliográfica	Kataoka, Y., & Imazeki, M. (2018). Experiences of being screened for intimate partner violence during pregnancy: a qualitative study of women in Japan. <i>BMC Women's Health</i> , 18(1), 1–9. https://doi.org/10.1186/s12905-018-0566-4	
Introducción	Resumen	Se realizó una entrevista semi-estructurada a 43 mujeres con el objetivo de analizar la experiencia de las mujeres al ser cribadas de IPV. Se concluyó que la mayoría de mujeres lo vivieron de forma positiva.
	Objetivo del estudio	Investigar la experiencia de mujeres embarazadas al leer y completar un cuestionario de cribado de IPV
Metodología	Tipo de estudio	Cualitativo
	Año de realización	2011
	Técnica de recogida de datos	Entrevista semi-estructurada y escala VAWS
	Población y muestra	En el ingreso para la recuperación post-parto de 43 mujeres ingresadas por el en el Hospital de Nagano (Japón)
Resultados relevantes	La prevalencia de IPV durante el entre las mujeres incluidas en el estudio fue del 18,6%. Un 30,2% de las participantes consideró el cribado como una oportunidad para re-definir su relación.	
Discusión planteada	El 97% de las participantes manifestaron no haberse sentido incómodas. El cribado de IPV no sólo concienció a las mujeres sobre la repercusión de la IPV si no que las llevó a replantearse su relación de pareja.	
Conclusiones del estudio	La mayoría de mujeres, incluidas aquellas que experimentaban IPV, tuvieron una respuesta positiva al cribado de IPV durante el embarazo.	
Valoración (Escala Liker)	Escala Liker 4 (relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico)	

Ficha n.º 21		
Cita bibliográfica	Kita, S., Haruna, M., Hikita, N., Matsuzaki, M., & Kamibeppu, K. (2016). Development of the Japanese version of the Woman Abuse Screening Tool-Short. <i>Nursing & Health Sciences</i> , 19(1), 35–43. https://doi.org/10.1111/nhs.12298	
Introducción	Resumen	Se evaluó la versión en japonés de la escala WAST-short comparándola con la ISA y la HADS. Se concluyó que la escala podría ser útil en entornos de atención prenatal.
	Objetivo del estudio	Evaluar la eficacia de la versión en japonés de la escala WAST-short.
Metodología	Tipo de estudio	Estudio de cohortes
	Año de realización	2013 y 2014

	Técnica de recogida de datos	Index of Spouse Abuse (ISA) y Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)
	Población y muestra	Mujeres en el tercer trimestre del embarazo y un mes después del parto, en una clínica prenatal en un suburbio de Tokio
Resultados relevantes	Los resultados mostraron que la herramienta demostró una buena precisión (sensibilidad 66,7-71,4%, especificidad 89,7%).	
Discusión planteada	La WAST-short no tiene ítems que se refieran a la violencia de forma directa lo que podría facilitar el cribado tanto a los profesionales como a las mujeres.	
Conclusiones del estudio	La herramienta podría ser útil en entornos de salud perinatal japoneses, como una herramienta de detección inicial para detectar a la pareja íntima violencia de manera eficiente y efectiva durante el embarazo.	
Valoración (Escala Liker)	Escala Liker 4 (relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico)	

Ficha n.º 22		
Cita bibliográfica	Koirala, P., & Chuemchit, M. (2020). Depression and Domestic Violence Experiences Among Asian Women: A Systematic Review. International Journal of Women's Health, Volume 12, 21–33. https://doi.org/10.2147/ijwh.s235864	
Introducción	Resumen	La salud mental de las mujeres asiáticas es un área muy descuidada del sistema sanitario de gran parte de Asia. Al igual que la violencia de género es reconocida pero mal dirigida socialmente. Añade que la cultura de gran parte de los países asiáticos influye negativamente en la evolución del post parto de la madre.
	Objetivo del estudio	Determinar la relación entre la depresión y la IPV en las mujeres asiáticas.
Metodología	Tipo de estudio	Revisión sistemática
	Año de realización	2010-2019
	Técnica de recogida de datos	Búsqueda bibliográfica
	Población y muestra	38 estudios
Resultados relevantes	La prevalencia de depresión post-parto osciló entre el 8 y el 70% y la prevalencia de IPV osciló entre el 6,1% y 167,4%. Hubó hasta 7,1 odds ratio de depresión part parto en las mujeres que sufrían IPV.	
Discusión planteada	Existe una asociación entre la depresión post-parto y la IPV. En muchas partes de Asia la salud mental de las madres se menosprecia en los servicios de salud.	
Conclusiones del estudio	Hay una fuerte evidencia de que la IPV aumenta el riesgo de depresión post-parto	
Valoración	Escala Liker 4 (relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco	

(Escala Liker)	teórico)
-----------------------	----------

Ficha n.º 23		
Cita bibliográfica	Mauri, E. M., Nespoli, A., Persico, G., & Zobbi, V. F. (2015). Domestic violence during pregnancy: Midwives' experiences. <i>Midwifery</i> , 31(5), 498–504. https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.02.002	
Introducción	Resumen	Se entrevistó a 15 matronas de hospital y de AP con el objetivo de evaluar sus conocimientos sobre IPV y sus experiencias en el cribado de la IPV. Se concluyó que las matronas tienen un rol crucial en el cribado de la IPV.
	Objetivo del estudio	Explorar los conocimientos de las matronas y sus experiencias sobre IPV en mujeres embarazadas
Metodología	Tipo de estudio	Cualitativo
	Año de realización	2012
	Técnica de recogida de datos	Entrevistas semi-estructuradas
	Población y muestra	15 matronas de hospital y atención primaria trabajando en Monza y Brianza (norte de Italia)
Resultados relevantes	Las principales barreras son: la falta de conocimiento, la falta de entrenamiento y la falta de voluntad de las mujeres de revelar el abuso.	
Discusión planteada	La IPV es difícil de detectar. La matronas no se sentían preparadas debido a la falta de conocimiento.	
Conclusiones del estudio	La matronas identifican que tienen un rol crucial en la detección de la IPV en mujeres embarazadas pero aun así no se sienten preparadas e identifican algunas barreras.	
Valoración (Escala Liker)	Escala Liker 4 (relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico)	

Ficha n.º 24		
Cita bibliográfica	O'Doherty, L., Hegarty, K., Ramsay, J., Davidson, L. L., Feder, G., & Taft, A. (2015). Screening women for intimate partner violence in healthcare settings. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> , 1–103. https://doi.org/10.1002/14651858.cd007007.pub3	
Introducción	Resumen	Se revisan 13 estudios con la intención de evaluar la efectividad de los métodos de cribado de la IPV. Se concluyó que el cribado aumenta la identificación de la mujeres que sufren IPV y es más probable que sean las embarazadas las que revelen que están sufriendo IPV.
	Objetivo del estudio	Evaluar la efectividad del cribado de la IPV

		realizado en los entornos de atención médica en la identificación, derivación, reexposición a la violencia y los resultados de salud de las mujeres, y para determinar si el cribado causa algún daño
Metodología	Tipo de estudio	Revisión sistemática
	Año de realización	2015
	Técnica de recogida de datos	Búsqueda bibliográfica
	Población y muestra	13 ensayos que reclutaron a 14959 mujeres de diversos entornos de atención médica (clínicas prenatales, clínicas de salud para mujeres, departamentos, atención primaria) ubicados predominantemente en países de ingresos altos y entornos urbanos
Resultados relevantes	4 de los 13 estudios investigaron la prevalencia de la IPV. La detección de IPV no fue diferente cuando el cuestionario era cara a cara o en el ordenador.	
Discusión planteada	Las mujeres prefieren aquellos métodos de cribado que no involucran al profesional sanitario ya que prefieren preservar su privacidad.	
Conclusiones del estudio	El cribado aumenta la identificación de la mujeres que sufren IPV y es más probable que sean las embarazadas las que revelen que están sufriendo IPV.	
Valoración (Escala Liker)	Escala Liker 4 (relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico)	

Ficha n.º 25

Cita bibliográfica	OMS. (2011). <i>Intimate partner violence during pregnancy: Information sheet</i> . http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70764/WHO_RHR_11.35_eng.pdf?sessionid=525B175D348F8A2620DFAB4A98E6E54B?sequence=1	
Tipo de estudio	Informe	
Resumen	Es un informe sobre la IPV en el embarazo. Dimensiona el problema (prevalencia y consecuencias), explica el debate sobre si el embarazo es un desencadenante o no de la IPV, resume las intervenciones existentes y explica qué investigaciones se necesitan al respecto.	

Ficha n.º 26

Cita bibliográfica	O'Reilly, R., & Peters, K. (2018). Opportunistic domestic violence screening for pregnant and post-partum women by community based health care providers. <i>BMC Women's Health</i> , 18(1), 2. https://doi.org/10.1186/s12905-018-0620-2	
Introducción	Resumen	Se encuestaron 48 profesionales de AP con el objetivo de identificar las prácticas de cribado de IPV. Se concluyó que se necesita una mayor comprensión sobre las prácticas de cribado de

		IPV por parte de los profesionales sanitarios.
	Objetivo del estudio	Presentar los resultados de las encuestas que identificaron prácticas de cribado de violencia de género en los profesionales sanitarios de atención primaria que trabajan con mujeres embarazadas y su post parto
Metodología	Tipo de estudio	Mixto
	Año de realización	No consta
	Técnica de recogida de datos	Encuesta y entrevista semi-estructurada
	Población y muestra	48 profesionales de atención primaria
Resultados relevantes	Sólo el 50% de los profesionales realizaba un cribado para la IPV. Uno de los factores influyentes en la falta de cribado era la falta de reconocimiento de ese rol.	
Discusión planteada	Se necesita mayor formación de los profesionales sanitarios en el manejo de la IPV.	
Conclusiones del estudio	Se necesita una mayor comprensión sobre las prácticas de cribado de IPV por parte de los profesionales sanitarios.	
Valoración (Escala Liker)	Escala Liker 4 (relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico)	

Ficha n.º 27		
Cita bibliográfica	Pheiffer, C., Dias, S., & Adam, S. (2020). Intimate Partner Violence: A Risk Factor for Gestational Diabetes. <i>International Journal of Environmental Research and Public Health</i> , 17(21), 7843. https://doi.org/10.3390/ijerph17217843	
Introducción	Resumen	Se revisan 5 estudios con el objetivo de estudiar la relación entre la IPV y la Diabetes Mellitus Gestacional. Como conclusión se propone un bio-mecanismo por el que la IPV durante el embarazo puede desarrollar DM gestacional.
	Objetivo del estudio	Estudiar la relación entre la IPV y la Diabetes Mellitus Gestacional
Metodología	Tipo de estudio	Revisión bibliográfica
	Año de realización	No consta
	Técnica de recogida de datos	Búsqueda bibliográfica
	Población y muestra	5 revisiones sistemáticas
Resultados relevantes	La IPV induce al estrés y a la depresión y ambos factores están asociados con un riesgo aumentado de DM gestacional.	
Discusión planteada	Experimentar IPV durante el embarazo puede desregular el eje hipotalámico-hipofisario, lo que lleva a un aumento de la secreción de cortisol y resistencia a la insulina. Esto puede exacerbar la resistencia a la insulina característica del embarazo, aumentando el riesgo de DM gestacional.	

Conclusiones del estudio	Se propone un bio-mecanismo por el que la IPV durante el embarazo puede desarrollar DM gestacional.
Valoración (Escala Liker)	Escala Liker 4 (relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico)

Ficha n.º 28

Cita bibliográfica	Rasch, V., Van, T. N., Nguyen, H. T. T., Manongi, R., Mushi, D., Meyrowitsch, D. W., Gammeltoft, T., & Wu, C. S. (2018). Intimate partner violence (IPV): The validity of an IPV screening instrument utilized among pregnant women in Tanzania and Vietnam. <i>PLOS ONE</i> , 13(2), e0190856. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0190856	
Introducción	Resumen	Se entrevistó a 1116 mujeres de Tanzania y 1309 mujeres de Vietnam antes de las semana 24 de gestación y otra vez después de la semana 30 con el objetivo de determinar el mínimo número de preguntas necesarias para identificar la IPV. Se concluyó que 3 preguntas es el número mínimo para detectar la IPV.
	Objetivo del estudio	Desarrollar y determinar la validez de un instrumento de cribado para la detección de IPV en mujeres embarazadas en Tanzania y Vietnam y determinar el mínimo número de preguntas necesarias para identificar la IPV
Metodología	Tipo de estudio	Longitudinal
	Año de realización	No consta
	Técnica de recogida de datos	Entrevistas
	Población y muestra	1116 mujeres de Tanzania y 1309 mujeres de Vietnam
Resultados relevantes	En Tanzania, una combinación de tres preguntas seleccionadas (una pregunta sobre IPV psicológica, IPV física y otra sobre IPV sexual) eran más efectivas para identificar mujeres que están expuestas a al menos un tipo de IPV durante el embarazo	
Discusión planteada	Un cribado basado en las 3 preguntas sería positivo con una probabilidad del 93% entre las mujeres tanzanas expuestas a IPV física y con un 96% de probabilidad entre las vietnamitas expuestas a IPV física	
Conclusiones del estudio	Al hacer tres preguntas sencillas a las mujeres embarazadas, pudimos identificar a las mujeres que estuvieron expuestas a IPV durante el embarazo en dos países diferentes	
Valoración (Escala Liker)	Escala Liker 4 (relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico)	

Ficha n.º 29

Cita bibliográfica	Román-Gálvez, R. M., Martín-Peláez, S., Martínez-Galiano, J. M., Khan, K. S., & Bueno-Cavanillas, A. (2021). Prevalence of Intimate Partner Violence in Pregnancy: An Umbrella Review. <i>International Journal of Environmental Research and Public Health</i> , 18(2), 707. https://doi.org/10.3390/ijerph18020707	
Introducción	Resumen	Se revisaron 12 estudios con el objetivo de resumir la evidencia disponible sobre la prevalencia de la IPV. Se concluyó que la evidencia disponible sobre la prevalencia de la IPV era de baja calidad y que hay cifras elevadas de IPV física y emocional.
	Objetivo del estudio	Resumir toda la evidencia existente sobre la prevalencia de la IPV durante el embarazo
Metodología	Tipo de estudio	Revisión sistemática
	Año de realización	2020
	Técnica de recogida de datos	Registro de datos cuantitativos
	Población y muestra	12 revisiones sistemáticas, de las cuales 5 eran meta-análisis
Resultados relevantes	La IPV física tuvo un rango amplio de prevalencia (1,6-78%), el rango de prevalencia de la psicológica fue de 1,8-67,4%.	
Discusión planteada	Sólo 2 de las revisiones incluidas daban una visión global sobre el tema. La violencia (de cualquier tipo) durante el embarazo varía del 15 hasta el 40,5%.	
Conclusiones del estudio	La evidencia disponible sobre la prevalencia de la IPV era de baja calidad y que hay cifras elevadas de IPV física y emocional.	
Valoración (Escala Liker)	Escala Liker 4 (relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico)	

Ficha n.º 30		
Cita bibliográfica	Stöckl, H., Hertlein, L., Himsl, I., Ditsch, N., Blume, C., Hasbargen, U., Friese, K., & Stöckl, D. (2013). Acceptance of routine or case-based inquiry for intimate partner violence: a mixed method study. <i>BMC Pregnancy and Childbirth</i> , 13(1), 1–9. https://doi.org/10.1186/1471-2393-13-77	
Introducción	Resumen	Se entregó un cuestionario auto-rellenable y posteriormente se realizó una entrevista a 401 mujeres con la intención de evaluar la validez del cribado rutinario de IPV. Se concluyó que las mujeres aceptaron el cribado rutinario de la IPV.
	Objetivo del estudio	Explorar la aceptabilidad de un cribado rutinario de IPV en el cuidado prenatal de las mujeres alemanas.
Metodología	Tipo de estudio	Mixto
	Año de realización	2007 y 2008

	Técnica de recogida de datos	Cuestionario auto-rellenable y entrevista estructurada
	Población y muestra	401 mujeres que hablan alemán y eran pacientes del Hospital maternal de Munich
Resultados relevantes	De las 401 mujeres que participaron en la encuesta, el 92% estaba a favor del cribado rutinario de IPV. La aceptación de este cribado se asoció significativamente con las experiencias de abuso sexual infantil de las mujeres, ser joven, menor nivel académico, soltera o divorciada y fumar durante el embarazo.	
Discusión planteada	Es más probable que las mujeres acepten el cribado rutinario de IPV durante el embarazo que en la atención sanitaria en general. Esto puede ser debido al vínculo de confianza que se genera entre los profesionales y las embarazadas.	
Conclusiones del estudio	Las mujeres en este estudio mostraron un apoyo abrumador a la detección de rutina o basada en casos para IPV en la atención prenatal en Alemania.	
Valoración (Escala Liker)	Escala Liker 4 (relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico)	

Ficha n.º 31

Cita bibliográfica	Velasco, C., Luna, J. D., Martin, A., Caño, A., & Martin-de-las-Heras, S. (2014). Intimate partner violence against Spanish pregnant women: application of two screening instruments to assess prevalence and associated factors. <i>Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica</i> , 93(10), 1050–1058. https://doi.org/10.1111/aogs.12459	
Introducción	Resumen	Se administró la AAS y ISA a 779 mujeres españolas para evaluar la prevalencia y riesgos asociados a la IPV. Se concluyó que una proporción de mujeres en España sufre IPV durante o justo antes del embarazo.
	Objetivo del estudio	Investigar la prevalencia de IPV en mujeres españolas en los 12 meses previos al parto e identificar factores de riesgo asociados usando 2 instrumentos de cribado.
Metodología	Tipo de estudio	Estudio de cohortes
	Año de realización	2014
	Técnica de recogida de datos	Abuse Assessment Screen y Index of Spouse Abuse
	Población y muestra	779 mujeres españolas admitidas en la planta de obstetricia de un hospital por síntomas de parto, parto prematuro o hemorragia.
Resultados relevantes	La prevalencia de IPV durante el embarazo reportada por la ISA fue mayor que por la ASA. La prevalencia combinada de ambas sin duplicar casos fue de 22,7%.	
Discusión planteada	La forma de administrar las escalas influye en la prevalencia que reportan: la AAS al ser cara a cara pueden disminuir la cantidad de casos reportados.	

Conclusiones del estudio	Una proporción de mujeres en España sufre IPV durante o justo antes del embarazo. Las embarazadas en relaciones sin compromiso o sin soporte familiar tiene un mayor riesgo de sufrir IPV.
Valoración (Escala Liker)	Escala Liker 4 (relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico)

Anexo 3. Versión en español de la Abuse Assesment Screen validada en el estudio de Escribà-Agüir (2015)

Original and Spanish version of the Abuse Assessment tool

Introducción

Como sabe la violencia familiar es algo habitual en la vida de muchas mujeres. El embarazo es una situación muy especial y la violencia contra las mujeres, en este momento importante de su vida, puede tener efectos negativos en su salud y también en la de su futuro bebé. Por ello estamos preguntando sobre este tema a todas las mujeres embarazadas que acuden a la consulta de la matrona

Original Item	Spanish psychometric version	Spanish version proposed after psychometric assessment
1. Have you ever been emotionally or physically abused by your partner or someone important to you? YES[] NO[]	1. En alguna ocasión, ¿ha sufrido maltrato emocional o físico por parte de su marido/pareja o por alguna persona importante para usted? SI [] NO[]	1. En alguna ocasión, ¿ha sufrido maltrato emocional, físico o sexual por parte de su marido/pareja o por alguna persona importante para usted? SI [] NO[]
2. Within the last year, have you been hit, slapped, kicked or otherwise physically hurt by someone? YES[] NO[] If YES, by whom (circle all that apply) Husband [] Ex-husband[] Boyfriend [] Stranger [] Other [] Multiple [] Total No. of times[]	2. Durante el último año, ¿le han golpeado, dado patadas o causado algún otro daño físico? SI[] NO[] En caso afirmativo, ¿quién lo hizo? (varias respuestas posibles) Marido/Pareja [] Exmarido/pareja [] Novio[] Desconocido[] Otro[] Varias personas[] ¿Cuántas veces? []	2. Durante el último año, ¿le han empujado, abofeteado, golpeado, dado patadas o ha sufrido otra forma de maltrato físico? SI[] NO[] En caso afirmativo, ¿quién lo hizo? (varias respuestas posibles) Marido/Pareja [] Exmarido/pareja [] Novio[] Desconocido[] Otro[] Varias personas[] ¿Cuántas veces? []
-----	3. Durante el último año, ¿le han humillado, insultado, menospreciado o causado algún otro daño emocional? SI[] NO[] En caso afirmativo, ¿quién lo hizo? (varias respuestas posibles) Marido/Pareja [] Exmarido/pareja [] Novio[] Desconocido[] Otro[] Varias personas[] ¿Cuántas veces? []	3. Durante el último año, ¿le han humillado, insultado, menospreciado, gritado, amenazado, asustado, controlado su vida o ha sufrido otra forma de maltrato emocional? SI[] NO[] En caso afirmativo, ¿quién lo hizo? (varias respuestas posibles) Marido/Pareja [] Exmarido/pareja [] Novio[] Desconocido[] Otro[] Varias personas[] ¿Cuántas veces? []
4. Since you've been pregnant, have you been hit, slapped, kicked or otherwise physically hurt by someone? YES[] NO[] If YES, by whom (circle all that apply) Husband [] Ex-husband[] Boyfriend [] Stranger [] Other [] Multiple [] Total No. of times[]	4. Desde que está embarazada, ¿le han golpeado, dado patadas o causado algún otro daño físico? SI[] NO[] En caso afirmativo, ¿quién lo hizo? (varias respuestas posibles) Marido/Pareja [] Exmarido/pareja [] Novio[] Desconocido[] Otro[] Varias personas[] ¿Cuántas veces? []	4. Desde que está embarazada, ¿le han empujado, abofeteado, golpeado, dado patadas o ha sufrido otra forma de maltrato físico? SI[] NO[] En caso afirmativo, ¿quién lo hizo? (varias respuestas posibles) Marido/Pareja [] Exmarido/pareja [] Novio[] Desconocido[] Otro[] Varias personas[] ¿Cuántas veces? []

Original Item	Spanish Psychometric version	Spanish version proposed after psychometric assessment
---------------	------------------------------	--

Score each incident according to the following scale (If any of the descriptions for the higher number apply, use the higher number):

- 1- Threats of abuse, including use of a weapon
- 2- Slapping, pushing: no injuries and/or lasting pain
- 3- Punching, kicking, bruises, cuts and/or continuing pain
- 4- Beaten up, severe contusions, burns, broken bones
- 5- Head, internal and/or permanent injury
- 6- Use of a weapon, wound from a weapon

Indique la gravedad de la lesión utilizando la siguiente escala (Si cualquiera de las descripciones fuera el caso, usar el de mayor puntuación):

- 1- Amenazas de maltrato, incluyendo uso de arma
- 2- Bofetones, empujones: sin lesión y/o dolor persistente
- 3- Puñetazos, patadas, moratones, cortes y/o dolor persistente
- 4- Palizas, contusiones severas, quemaduras, huesos rotos
- 5- Lesiones en la cabeza, lesiones internas y/o permanentes
- 6- Uso de arma, herida por arma

	<p>5. Desde que está embarazada, ¿le han humillado, insultado, menospreciado o causado algún otro daño emocional? SI [] NO []</p> <p>En caso afirmativo, ¿quién lo hizo? (<i>varias respuestas posibles</i>)</p> <p>Marido/Pareja [] Exmarido/pareja [] Novio [] Desconocido [] Otro [] Varias personas []</p> <p>¿Cuántas veces? []</p>	<p>5. Desde que está embarazada, ¿le han humillado, insultado, menospreciado, gritado, amenazado, asustado, controlado su vida o ha sufrido otra forma de maltrato emocional? SI [] NO []</p> <p>En caso afirmativo, ¿quién lo hizo? (<i>varias respuestas posibles</i>)</p> <p>Marido/Pareja [] Exmarido/pareja [] Novio [] Desconocido [] Otro [] Varias personas []</p> <p>¿Cuántas veces? []</p>
	<p>6. Durante el último año, ¿le han forzado a mantener relaciones sexuales? SI [] NO []</p> <p>En caso afirmativo, ¿quién lo hizo? (<i>varias respuestas posibles</i>)</p> <p>Marido/Pareja [] Exmarido/pareja [] Novio [] Desconocido [] Otro [] Varias personas []</p> <p>¿Cuántas veces? []</p>	
<p>6. Within the last year, has anyone forced you to have sexual activities? YES [] NO []</p>		
<p>7. Are you afraid of your partner or anyone you listed above? YES [] NO []</p>	<p>7. ¿Tiene miedo de su marido/pareja o de alguna persona de las que ha mencionado anteriormente? SI [] NO []</p>	

Note: Frame question added in the Spanish version of the assessment tool not included in the original AAS version.

Elaborado por Escrivà-Agüir et al., 2015

Escribà-Agüir, V., Ruiz-Pérez, I., Artazcoz, L., Martín-Baena, D., Royo-Marqués, M., & Vanaclocha-Espi, M. (2015). Validity and Reliability of the Spanish Version of the "Abuse Assessment Screen" among Pregnant Women. *Public Health Nursing*, 33(3), 264–272.
<https://doi.org/10.1111/phn.12232>

New item added, not included in the original version