



ORIGINAL

## Prevalencia de violencia de género en atención primaria de Santa Cruz de Tenerife

J. González-Losada<sup>a,\*</sup>, Y. Castro-García<sup>a</sup>, C. Tosco-García<sup>a</sup>, M.T. Rufino-Delgado<sup>a</sup>,  
P.G. Mirpuri-Mirpuri<sup>b</sup> y C.D. García-Álvarez<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Unidad Docente de Medicina de Familia y Comunitaria de Santa Cruz de Tenerife, Área de Salud de Tenerife, Gerencia de Atención Primaria, Servicio Canario de la Salud, Santa Cruz de Tenerife, España

<sup>b</sup> Centro de Salud Parque Marítimo, Área de Salud de Tenerife, Gerencia de Atención Primaria, Servicio Canario de la Salud, Santa Cruz de Tenerife, España

<sup>c</sup> Centro de Salud Duggi Centro, Área de Salud de Tenerife, Gerencia de Atención Primaria, Servicio Canario de la Salud, Santa Cruz de Tenerife, España

Recibido el 29 de marzo de 2011; aceptado el 5 de julio de 2011

Disponible en Internet el 16 de diciembre de 2011

### PALABRAS CLAVE

Violencia doméstica;  
Atención primaria;  
Salud mental

### Resumen

**Objetivos:** Estimar la prevalencia de violencia de género (VG) en mujeres adultas que acuden a consulta de medicina de familia, conocer los factores asociados y la implicación del médico en su detección.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio descriptivo, transversal de corte analítico, en 2 zonas básicas de salud de ámbito urbano de Santa Cruz de Tenerife, Islas Canarias. Por muestreo consecutivo se seleccionaron mujeres de 18 o más años de edad con pareja, actual o no. Se utilizó de manera anónima el cuestionario de Bradley, validado (26 ítems), que valora violencia física, psicológica y sexual. También se midieron características sociodemográficas, referentes a la pareja, historia de salud, presencia de ansiedad y depresión (escala de Goldberg).

**Resultados:** Se entrevistaron 299 mujeres. Reconocieron algún tipo de maltrato, al menos una vez en su vida, 154 mujeres (51,5%; IC 95%: 40-62%). La violencia psíquica fue la más admitida (n = 153; 99,35%), le sigue la física (n = 39; 25,32%) y la violencia sexual fue declarada por 12 mujeres (7,79%). La VG se asoció con: menor edad, menor tiempo de relación con la última pareja, carencia de apoyo social (OR = 2,18; p = 0,019), probable ansiedad (OR = 1,77; p = 0,015) y probable depresión (OR = 1,58; p = 0,049). Tras análisis multivariado persiste la asociación con los años de convivencia con la última pareja (OR = 0,998; p < 0,0001) y la probable ansiedad (OR = 1,79; p = 0,024).

Constaba cribado de VG en la historia clínica en 111 mujeres (37,1%; IC 95%: 36,90-37,23)  
**Conclusiones:** Al igual que en otros estudios la VG se asocia a trastornos de salud mental siendo necesaria una mayor implicación del médico de familia en su detección dada su prevalencia en nuestras consultas.

© 2011 Elsevier España, S.L. y SEMERGEN. Todos los derechos reservados.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [jorge7losada@gmail.com](mailto:jorge7losada@gmail.com) (J. González-Losada).

**KEYWORDS**

Domestic violence;  
Primary Health Care;  
Mental health

**Prevalence of domestic violence in a primary care area of Santa Cruz de Tenerife****Abstract**

*Objectives:* To estimate the prevalence of domestic violence (DV) in adult women attending Primary Care medical consultations, to determine the associated factors, and family physician involvement in its detection.

*Material and methods:* We performed a cross-sectional analytical study in two urban health districts of Santa Cruz de Tenerife, Canary Islands. A consecutive sample of women aged 18 or older, whether or not they had a current partner were selected. The *Bradley questionnaire*, which is validated (26 items) and assesses physical, psychological and sexual violence was used anonymously. Demographic characteristics, and those related to the couple, health history, presence of anxiety and depression (Goldberg scale) were recorded.

*Results:* A total of 299 women were interviewed, and 154 women recognised some kind of abuse at least once in their life (51.5%, 95% CI: 40%-62%). Psychological violence was the most mentioned (n=153; 99.35%), followed by physical (n=39; 25.32%) and sexual violence was stated by 12 women (7.79%). Domestic violence was associated with: younger age, less time in a previous relationship, lack of social support (OR=2.18, P=.019), presence of probable anxiety (OR=1.77, P=.015) and probable depression (OR=1.58, P=.049). After multivariate analysis the association persisted with the length of time of the relationship with previous partner (OR=0.998; P<.0001) and the presence of probable anxiety (OR=1.79; P=.024). Early detection of domestic violence was recorded in the medical records of 111 women (37.1%; 95% CI: 36.90-37.23).

*Conclusions:* As in other studies, DV is associated with mental disorders, and there is a need for greater involvement by family physicians to detect this prevalent problem in our clinics.

© 2011 Elsevier España, S.L. and SEMERGEN. All rights reserved.

**Introducción**

Actualmente se define la violencia de género (VG) como «todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada»<sup>1</sup>. Este fenómeno ha adquirido una relevancia creciente desde que en 1996 la OMS lo estableciera como un problema de salud pública e instara a los Estados miembros a evaluar su dimensión<sup>2</sup> por el daño y extensión que produce a sus víctimas. En la actualidad la VG se considera un problema de salud en sí mismo y también un factor de riesgo para una mala salud física y psíquica, a corto, medio y largo plazo<sup>3</sup>.

Este problema requiere un abordaje multidisciplinario, donde los servicios sanitarios desempeñan un papel crucial, ya que la mayoría de las mujeres entran en contacto con ellos en algún momento de su vida, y para la mayoría de las víctimas es el único lugar donde pueden buscar ayuda<sup>4</sup>, por lo que se requiere una implicación activa de todo el personal de estos servicios que les permita conocer la historia natural del problema y poder así llevar a cabo la adecuada prevención, detección y abordaje del mismo.

Estudios poblacionales sobre maltrato físico en todo el mundo realizados hasta 1999 establecen su prevalencia en hasta un 69% de las mujeres. Este porcentaje desciende en Europa hasta el 58%<sup>5</sup>.

En nuestro país no existen cifras fiables y los datos que se manejan por el Ministerio del Interior se refieren tan solo a las denuncias por malos tratos<sup>6</sup>, que llegaron a ser más de

43.000 en 2002<sup>7</sup>, representando un 10% de los casos reales totales<sup>8</sup>.

En la macroencuesta del Instituto de la Mujer de 2002, un 11,1% de las mujeres de más de 18 años reconocieron sufrir VG<sup>6</sup>. En 2006 este porcentaje fue del 6,3%, lo que supone que más de un millón de mujeres sufren maltrato en nuestro país. Ese mismo año el porcentaje que refiere haber sufrido violencia en el último año es significativamente menor, un 2,1%<sup>9</sup>.

Dado que en Canarias no disponemos de estudios epidemiológicos con relación a este problema nos hemos planteado la realización de este estudio con el objetivo de estimar la prevalencia de VG en mujeres adultas, su frecuencia y temporalidad, así como los factores que se asocian a la misma y la implicación activa del médico de familia en su detección.

**Material y métodos****Diseño**

Se trata de un estudio observacional descriptivo, transversal.

**Ámbito**

Se ha realizado en las consultas de atención primaria de 2 zonas básica de salud correspondientes a los equipos de atención primaria (EAP) de Parque Marítimo y Duggi-Centro. La población total adscrita es de 39.826 personas, de nivel

socioeconómico medio correspondiendo un 15,66% a personas > 65 años.

## Población de estudio

Mujeres mayores de 18 años que tengan o hayan tenido pareja y acudan a consulta de su médico de familia por cualquier motivo. Criterios de exclusión: 1) extranjeras que no entiendan el español; 2) problemas de salud psicofísicos que imposibiliten el desarrollo de la entrevista, y siguiendo las recomendaciones sobre la conducción ética de la investigación sobre la violencia de género, 3) las que acudan acompañadas por sus parejas<sup>10</sup>. La selección de las mujeres se realizó mediante muestreo consecutivo según el listado de consulta diaria. Las entrevistas fueron realizadas por 3 médicos entrenados, a solas con la mujer y en una consulta habilitada específicamente para ello.

## Estimación del tamaño de la muestra

Atendiendo a una prevalencia estimada de VG de un 20%<sup>11</sup>, para un nivel  $\alpha$  y una precisión del 5%, se necesitan 246 mujeres encuestadas.

## Recogida de información

Se realizó del 1/02/2010 al 31/03/2010.

El instrumento utilizado para medir la VG fue el cuestionario de Bradley<sup>12</sup> adaptado transculturalmente y validado por Torrecillas et al.<sup>11</sup>, con una buena consistencia interna ( $\alpha$  de Cronbach de 0,93 para agresión psíquica y de 0,91 para agresión física). Aunque en un principio este cuestionario se diseñó para ser autocumplimentado, en el presente estudio fue heteroadministrado para no excluir a las mujeres sin estudios.

Se informó a las usuarias del anonimato y confidencialidad de los datos, únicamente utilizados para los fines de la investigación. Por ello se solicitó su consentimiento, procediendo, una vez cumplimentada la hoja de recogida de datos, a introducirla en un sobre sellado y posteriormente en una urna.

El estudio fue aprobado por el comité ético de investigación clínica del hospital de referencia.

## Variables

Se consideraron:

*Variables sociodemográficas:* edad, nacionalidad, centro de salud, estado civil (soltera, casada, viuda, separada/divorciada, otras), existencia actual de pareja, nivel de estudios (sin estudios, primarios, secundarios, universitarios), situación laboral (trabaja fuera de casa, trabaja en casa, paro, jubilada, invalidez, estudiante), número de hijos, tiempo de convivencia con la última pareja, nivel de ingresos familiares (menor o igual a 1.200 €, mayor de 1.200 €).

*Variables referentes a la pareja:* situación laboral, nivel de estudios, consumo de tóxicos.

*Variables referentes a la historia de salud:* percepción estado de salud, consumo de tóxicos, consumo de benzodiazepinas y/o antidepresivos, número consultas al centro de salud en el último año, número de derivaciones a otras especialidades en el último año, presencia de apoyo social (existencia de una persona/s en la que poder confiar y desahogarse), cribado previo de VG.

*Variables referentes a estados de ansiedad y depresión:* mediante el test de Goldberg<sup>13</sup>, validado al castellano por el grupo de Lobo<sup>14</sup>, que consta de 2 subescalas referentes a depresión y ansiedad con 9 ítems respectivamente, y un punto de corte de  $\geq 2$  respuestas afirmativas para «probable depresión» y de  $\geq 4$  para «probable ansiedad».

*Variables referentes a violencia de género:* se utilizó el cuestionario de Bradley que consta de 26 ítems (9 sobre maltrato psíquico, 16 físico y uno sexual) referidos a la/s pareja/s que haya/n tenido a lo largo de su vida. Cada ítem tiene 3 posibles respuestas (a menudo, rara vez o nunca). Se consideró variable principal o dependiente la VG y como variables predictoras el resto. Se definió como mujer que sufre VG toda aquella que respondiera de forma afirmativa a una o más preguntas del cuestionario en las categorías «a menudo» o «rara vez». Además de la frecuencia, a éstas se les interrogó por la temporalidad del maltrato.

En caso de detectar algún caso de VG actual, se procedió según el protocolo de actuación del Servicio Canario de la Salud<sup>15</sup>.

## Análisis estadístico

Se realizó un análisis univariante, resumiendo los datos de las variables cuantitativas mediante la estimación de la media, desviación estándar (DE) y rango y en el caso las categóricas mediante estimación de frecuencias. En el análisis bivariado se compararon las medias de las variables cuantitativas mediante el test de la t de Student. Para la comparación de variables categóricas se utilizó el test de la ji al cuadrado. Con el fin de conocer la fuerza de la asociación, se estimaron las odds ratios (OR) brutas y ajustadas, tras la realización de un modelo de regresión logística múltiple, con sus respectivos intervalos de confianza (IC) del 95%. Se consideró un nivel de confianza del 5%.

Además se realizó un segundo análisis tomando como criterio de selección la frecuencia del maltrato, y definiéndose dos poblaciones: aquellas que refirieron «maltrato frecuente» ( $\geq 1$  ítem del test de Bradley informado como «a menudo») frente al resto de encuestadas.

Posteriormente se analizaron los datos considerando como criterio de selección la temporalidad y frecuencia, estableciéndose a su vez 2 poblaciones: las que sufren «maltrato frecuente y actual» ( $\geq 1$  ítem del test de Bradley informado como «a menudo» y «haberlo padecido en el último año») frente al resto de encuestadas.

## Resultados

De un total de 302 mujeres, 299 accedieron a ser encuestadas y 3 rechazaron su participación aludiendo falta de tiempo. El rango de edad fue de 18-90 años, con una media

**Tabla 1** Prevalencia de maltrato psíquico, físico y sexual en las mujeres adultas que visitan las consultas de atención primaria

	A menudo, n (%)	Rara vez, n (%)	Nunca n (%)
<i>Violencia psíquica</i>			
1. Le controla sus actividades	50 (16,7)	51 (17,1)	198 (66,2)
2. Le impide salir	15 (5)	20 (6,7)	264 (88,3)
3. Le deja poco dinero	29 (9,7)	16 (5,4)	254 (84,9)
4. La critica	29 (9,7)	50 (16,7)	220 (73,6)
5. La desprecia o ridiculiza	20 (6,7)	20 (6,7)	259 (86,6)
6. Le grita o insulta	24 (8)	40 (13,4)	235 (78,6)
7. La amenaza	14 (4,7)	8 (2,7)	277 (92,6)
8. Amenaza a sus hijos	2 (0,7)	9 (3)	288 (96,3)
9. Siente miedo hacia la pareja	11 (3,7)	15 (5)	273 (91,3)
<i>Violencia física</i>			
10. Amenazar con objetos	6 (2)	13 (4,3)	280 (93,6)
11. Golpear paredes o mobiliario	10 (3,3)	20 (6,7)	269 (90)
12. Impedirle salir de la habitación	4 (1,3)	4 (1,3)	291 (97,3)
13. Amenazar con el puño o mano abierta	7 (2,3)	8 (2,7)	284 (95)
14. Amenazar de muerte	3 (1)	6 (2)	290 (97)
15. Golpear, empujar o agarrar	8 (2,7)	13 (4,3)	278 (93)
16. Forzar a hacer algo	7 (2,3)	4 (1,3)	288 (96,3)
17. Lanzar objetos sobre ella o sobre la habitación	4 (1,3)	5 (1,7)	290 (97)
18. Retorcer el brazo o agarrar del cabello	5 (1,7)	6 (2)	288 (96,3)
19. Abofetear	5 (1,7)	2 (0,7)	292 (97,7)
20. Asfixiar o tapar la boca	2 (0,7)	3 (1)	294 (98,3)
21. Golpear el cuerpo	4 (1,3)	2 (0,7)	293 (98)
22. Dar patadas	3 (1)	1 (0,3)	295 (98,7)
23. Herir con objetos	1 (0,3)	3 (1)	295 (98,7)
25. Intentar estrangular	2 (0,7)	3 (1)	294 (98,3)
26. Golpear a los hijos	1 (0,3)	4 (1,3)	294 (98,3)
<i>Violencia sexual</i>			
24. Obligar a mantener relaciones sexuales	6 (2)	6 (2)	287 (96)

de 51,29 años (DE: 16,97). El 87,6% eran españolas, el 10% latinoamericanas y el 2,4%, otras. Tenían pareja actual un 68,2% con una media de meses de relación de 281,73 (DE: 201,64). Un 47,5% estaban casadas, el 23,7% solteras, el 13,7% separadas o divorciadas y el 13% habían enviudado. La media de hijos/as fue de 2,28 (DE: 1,37).

El nivel de estudios fue: un 9,7% sin estudios, un 26,1% estudios primarios, un 34,1% estudios secundarios y un 30,1% tenía formación universitaria.

En cuanto a la situación laboral, el 49,5% trabajaba fuera de casa, un 28,4% en casa, el 10,7% estaba jubilado, el 8,4% en paro, el 1,7% presentaba invalidez y el 1,3% era estudiante.

Con relación al consumo de tóxicos, un 29,7% de las encuestadas y el 43% de las parejas afirmaba consumir algún tipo de tóxico.

El 84,6% de las mujeres refería tener algún tipo de apoyo social. La percepción del estado de salud fue, en un 55,9% de casos, de «bueno-muy bueno», y de «regular-malo» en un 44,1%. En cuanto al nivel de ingresos mensuales en la unidad familiar un 53,4% referían unos ingresos  $\leq$  1.200 euros y un 46,6%  $>$  1.200 euros.

Con relación a la salud psíquica, según las categorías de la escala de Goldberg, un 56,2% presentaban probable ansiedad y un 58,2% probable depresión.

Respecto a la pareja: un 62,3% trabajaba fuera de casa, 21,9% era jubilado, 7,2% en paro, 6,5% trabajaba en casa y un 1% tenía invalidez o era estudiante, respectivamente. Además el 37,2% tenía estudios secundarios, el 32,4% estudios universitarios, el 25,5% estudios primarios y el 4,7% no presentaba estudios.

En el primer análisis se constató que 154 mujeres (51,5%; IC 95%: 40-62%) afirmaba sufrir VG. La violencia psíquica fue la más admitida (n=153; 99,35%) (tabla 1), siendo «le controla sus actividades», «la critica» y «le grita e insulta» los ítems más frecuentemente referidos. Le sigue la violencia física (n=39; 25,32%), en las que las acciones más reconocidas fueron: «golpea paredes-mobiliario», «golpear, empujar o agarrar», «amenazar con objetos». La violencia sexual fue declarada por 12 mujeres (7,79%).

En 30 mujeres (10,03%) se asociaron 2 tipos de maltrato y en 10 (3,3%) concurren los 3 tipos.

Con respecto a la temporalidad, de las 154 mujeres que refirieron maltrato, 10 (6,5%) lo sufrieron solo en el último año, 55 (35,8%) hace más de 12 meses y 89 (57,8%) de forma continuada. Por tanto, el maltrato actual lo presentaron 99 mujeres, lo que equivale a un 33,11%.

Y si consideramos la frecuencia, el «maltrato frecuente» fue reconocido por 73 mujeres (24,4% del total de la

**Tabla 2** Características de las mujeres estudiadas según sufran maltrato a lo largo de la vida o no

	Maltrato, n = 154	No maltrato, n = 145	p
<i>Edad en años (DE)</i>	49,07 (16,93)	53,65 (16,76)	0,020
<i>Nacionalidad</i>			0,184
Española	84,40	91,0	
Latinoamerica	13,60	6,20	
Otras	1,90	2,80	
<i>Estado civil</i>			0,071
Soltera	29,20		
Casada	43,50		
Separada/divorciada	14,90		
Viuda	9,70		
Otras	2,60		
<i>Meses convivencia última pareja (DE)</i>	239,43 (199,36)	327,73 (194,65)	0,000
<i>Numero de hijos (DE)</i>	2,16 (1,30)	2,38 (1,42)	0,243
<i>Nivel de estudios</i>			0,386
Sin estudios	11	8,30	
Primarios	22,10	30,30	
Secundarios	36,40	31,70	
Universitarios	30,50	29,70	
<i>Situación laboral</i>			0,454
Trabaja fuera de casa	55,20	43,40	
Trabaja en casa	24,70	32,40	
Paro	7,80	9	
Jubilada	9,10	12,40	
Invalidez	1,90	1,40	
Estudiante	1,30	1,40	
<i>Consumo de tóxicos</i>	33,80	24,10	0,067
<i>Nivel de estudios pareja</i>			0,959
Sin estudios	4,70	5	
Primarios	26,80	24,10	
Secundarios	36,90	37,60	
Universitarios	31,50	33,30	
<i>Situación laboral pareja</i>			0,107
Trabaja fuera de casa	69,30	54,90	
Trabaja en casa	4	9,20	
Paro	7,30	7	
Jubilado	17,30	26,80	
Invalidez	1,30	0,70	
Estudiante	0,70	1,4	
<i>Consumo de tóxicos pareja</i>	44	41,80	0,710
<i>No apoyo social</i>	20,10	10,30	0,019
<i>Percepción de la salud</i>			0,813
Muy bueno-bueno	55,20	56,60	
Regular-malo	44,80	43,40	
<i>Nivel de ingresos</i>			0,310
≤ 1.200 euros	56,20	50,30	
> 1.200 euros	43,80	49,70	
<i>Consultas AP último año (DE)</i>	9,25(8,73)	10,02(7,19)	0,490
<i>Derivaciones último año (DE)</i>	1,01(1,08)	1,21(1,22)	0,146
<i>Probable ansiedad</i>	63	49	0,015
<i>Probable depresión</i>	63,60	52,40	0,049
<i>Consumo de benzodiazepinas</i>	41,60	45,50	0,490
<i>Consumo de antidepresivos</i>	19,50	21,10	0,581

DE: desviación estándar.

**Tabla 3** Variables asociadas con el maltrato a lo largo de la vida tras el análisis multivariante

	Variables de la ecuación				IC del 95% de la OR	
	B	ET	p	OR	Inferior	Superior
Carencia de apoyo social	0,678	0,367	0,065	1,970	0,960	4,044
Probable ansiedad	0,586	0,260	0,024	1,796	1,080	2,988
Meses de convivencia con la última pareja	-0,002	0,001	0,000	0,998	0,996	0,999
Constante	-0,380	0,481	0,430	0,684		

B: coeficiente; ET: error estándar; IC: intervalo de confianza; OR: *odds ratio*.

muestra) y, de éstas, en 39 casos (53%) fue del tipo «frecuente y actual» (13,04% del total de la muestra).

Con respecto a la implicación del médico de familia en el cribado de VG, en 111 casos (37,1% del total de encuestadas, IC 95%: 36,90-37,23) constaba en la historia clínica. Del total de las mujeres que sufrieron maltrato, en 54 (35,1%) se había registrado cribado de VG, y en aquellas que no refirieron sufrirlo este porcentaje fue de 39,3% ( $p=0,448$ ).

No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre el maltrato y las variables: nacionalidad de la mujer, estado civil, número de hijos, nivel de estudios o la situación laboral de ambos, consumo de tóxicos en las parejas, nivel de ingresos, autopercepción de salud, número de consultas a su médico de familia o derivaciones en el último año (tabla 2).

La VG sí se asoció con menor edad, menor tiempo de relación con la última pareja, carencia de apoyo social (OR = 2,18; IC 95%: 1,12-4,24;  $p=0,019$ ) y existencia de probable ansiedad (OR = 1,77; IC 95%: 1,11-2,81;  $p=0,015$ ) y/o depresión (OR = 1,58; IC 95%: 1,03-2,52;  $p=0,049$ ) y la asociación con el consumo de tóxicos por parte de la mujer casi alcanza la significación estadística (OR = 1,602; IC 95%: 0,96-2,65;  $p=0,067$ ).

Tras el análisis multivariado, los factores que finalmente mostraron su asociación con la VG, controlando por el resto de variables, fueron: ausencia de apoyo social, tiempo de convivencia con su última pareja y probable presencia de ansiedad (tabla 3).

En los otros 2 análisis citados, se intentó conocer la posible relación existente entre los indicadores de salud psíquica, salud autopercebida y las poblaciones respectivas con «maltrato frecuente» y «frecuente y actual». En ambas poblaciones se encontró asociación estadísticamente significativa con la presencia de «probable ansiedad» y «probable depresión», persistiendo únicamente la asociación con esta última variable al ajustar con el resto de las mismas.

La variable «carencia de apoyo social» solamente muestra asociación estadísticamente significativa con la población de «maltrato frecuente», que no se confirma en el análisis multivariado.

La «autopercepción de salud» y el «consumo de psicofármacos» no mostraron relación con las 2 poblaciones citadas anteriormente (tabla 4).

## Discusión

Una de las limitaciones del estudio, relacionada con los criterios de selección empleados, se debe al seguimiento de las recomendaciones de las *Normas Éticas y de Seguridad*

para la Investigación sobre la Violencia Doméstica<sup>10</sup>, que consideran, entre otras, velar por la seguridad y proteger la confidencialidad de las entrevistadas, adiestrando para ello a los investigadores participantes, así como la obligación ética que garantice la interpretación adecuada de los resultados e impulse el desarrollo de políticas e intervenciones.

Por ello, en este tipo de investigación se excluyen las mujeres que acuden acompañadas por su pareja. Ello podría infraestimar la verdadera prevalencia de VG. Por otro lado, al estar constituida la muestra por población urbana, limita su generalización a otras poblaciones.

Como fortalezas de esta investigación cabe destacar que los entrevistadores estuvieron entrenados para tal fin y la adecuada validez y fiabilidad del instrumento utilizado. El hecho de que la encuesta no fuese autocumplimentada puede ocasionar un sesgo de complacencia en las respuestas, pero permite incluir a las mujeres sin estudios<sup>4</sup>.

La prevalencia de VG en las mujeres que acuden a nuestras consultas fue elevada (51,5%). Esta proporción podría estar influida por la herramienta de detección utilizada. La cifra disminuye al 33,1% si nos referimos a «violencia actual». Estos resultados son coincidentes con otros estudios realizados en ámbito sanitario<sup>11,16-20</sup>.

Por tipos de maltrato, en nuestro estudio es el de carácter emocional el más frecuente. Este dato coincide con Richardson et al.<sup>18</sup> que detectaron que el maltrato psicológico, definido como «control y amenazas por parte de la pareja», era el más frecuente en mujeres que acudían a EAP de Londres, y con la mayoría de trabajos similares que obtienen resultados parecidos<sup>16,21,22</sup>.

Este estudio incluye a mujeres pertenecientes a 2 zonas básicas de salud que no difieren en características sociodemográficas, encontrándose en un mismo centro de salud. No podemos inferir los resultados a la población general, sino a las mujeres que acuden a consulta de AP, ya que este es el ámbito en el que se ha realizado esta investigación.

La repercusión de la violencia doméstica sobre la salud mental de las mujeres queda bien documentada en numerosos estudios<sup>8,23</sup>. En el nuestro constatamos también esa asociación, especialmente en lo que se refiere a trastornos de ansiedad<sup>24,25</sup>.

Con respecto a la utilización de las consultas de medicina de familia en el último año, nuestro estudio al igual que otros como el de Thurston et al., no encuentra diferencias significativas entre el grupo de las mujeres que sufren maltrato y las que no<sup>26</sup>.

Un aspecto novedoso que aporta nuestro estudio es la relación inversa que hay entre duración de la convivencia y existencia de VG. A nuestro criterio esto podría deberse a

Tabla 4 Asociación entre las poblaciones de «maltrato frecuente» y «maltrato frecuente y actual» e indicadores de salud psíquica y autopercebida

	Maltrato frecuente		Maltrato frecuente y actual	
	(Sí/No)	OR (IC 95%)	(Sí/No)	OR (IC del 95%)
Carencia de apoyo social	23,30/12,80	<b>2,06 (1,05-4,021)</b>	20,50/14,60	1,50 (0,64-3,52)
Percepción de la salud		0,60 (0,3- 1,03)		0,63 (0,32-1,25)
Muy bueno-bueno	46,60/58,80		46,20/57,30	
Regular-malo	53,40/41,20		53,80/42,70	
Probable ansiedad	71,20/51,30	<b>2,34 (1,32-4,15)</b>	74,4/53,5	<b>2,52 (1,18-5,39)</b>
Probable depresión	74/53,10	<b>2,51 (1,39-4,50)</b>	79,50/55	<b>3,17 (1,40-7,16)</b>
Consumo de benzodiacepinas	43,8/43,4	1,01 (0,5-1,73)	41/43,80	0,89 (0,44-1,76)
Consumo de antidepresivos	23,30/19,90	1,22 (0,64-2,30)	23,10/20,40	1,17 (0,52-2,61)

OR<sub>a</sub>: odds ratio ajustada por el resto de variables.

En negrita se muestran los datos estadísticamente significativos.

que aquellas relaciones de pareja con menos problemas son las que en buena lógica tienen mayor estabilidad y duración.

Con respecto a la percepción de las mujeres que sufren VG acerca de la existencia o no de apoyo social encontramos una asociación estadísticamente significativa entre la carencia del mismo y el maltrato, al igual que el estudio de Plazaola-Castaño et al.<sup>27</sup>. Posteriormente en el análisis multivariado y probablemente por la potencia del estudio, la asociación desapareció. Con relación a la implicación de los profesionales de atención primaria y teniendo en cuenta que el cribado de la VG está incluido en la cartera de servicios del Servicio Canario de la Salud, consideramos que el cumplimiento del mismo (37% de encuestadas), es mejorable en nuestro medio, a pesar de que este porcentaje es superior al hallado en otros estudios, como el de García Torrecillas et al.<sup>11</sup>, aunque algunos autores tienden a no recomendar el cribado sistemático<sup>28</sup>, pero sí consideran necesario investigarlo en el contexto de un abordaje centrado en el paciente<sup>29-31</sup>.

En conclusión, este estudio evidencia el alto porcentaje de mujeres usuarias de los servicios de atención primaria que sufren VG, especialmente de tipo emocional. Además, la VG se asocia a morbilidad psíquica en la mujer que la padece. Al igual que en otros estudios no hemos encontrado asociación del maltrato con la mayoría de variables estudiadas. Este hecho impide a los médicos de familia contar con un perfil claro de la mujer maltratada lo que dificulta el cribado de la VG, pero este hecho no debe ir en menoscabo de la implicación activa que ante este grave problema debemos mantener los profesionales de salud.

Por último como líneas futuras de investigación, podríamos plantearnos: valorar las repercusiones de la VG en la mujer a largo plazo, las repercusiones sobre la salud en otros miembros de la familia, génesis de los problemas psicológicos y su relación con el tiempo de evolución o el tipo de maltrato, etc.

## Responsabilidades éticas

**Protección de personas y animales.** Los autores declaran que los procedimientos seguidos se conformaron a las normas éticas del comité de experimentación humana responsable y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.

**Confidencialidad de los datos.** Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes y que todos los pacientes incluidos en el estudio han recibido información suficiente y han dado su consentimiento informado por escrito para participar en dicho estudio.

**Derecho a la privacidad y consentimiento informado.** Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Agradecimientos

Agradecemos a todas las mujeres que desinteresadamente participaron en nuestro estudio así como al Dr. Antonio Solbes Caro y a la Dra. Maria Teresa Marco García por su generosa ayuda prestada en la mejora de la redacción del mismo.

## Bibliografía

- Ministerio de Sanidad y Consumo. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género. Madrid: Sanidad; 2007.
- Krantz G. Violence against women: a global public health issue! *J Epidemiol Community Health.* 2002;56:242-3.
- Villavicencio P. Violencia doméstica: su impacto en la salud física y mental de las mujeres. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales e Instituto de la Mujer; 1999.
- Ruiz-Pérez I, Plazaola-Castaño J, Blanco-Prieto P, González Barranco JM, Ayuso-Martín P, Montero-Piñar MI. La violencia contra la mujer en la pareja. Un estudio en el ámbito de la atención primaria. *Gac Sanit.* 2006;20:202-8.
- Heise L, Ellsberg M, Gottemoeller M. Ending violence against women. *Population Reports, Series L, n.º 11.* Baltimore: Johns Hopkins University School of Public Health, Population Information Program; 1999.
- Instituto de la Mujer. La violencia contra las mujeres (II). Resultados de la Macroencuesta. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales e Instituto de la Mujer; 2002.
- Raya Ortega L, Ruiz Pérez I, Plazaola Castaño J, Brun López-Abisab S, Rueda Lozano D, García de Vinuesa L, et al. La violencia contra la mujer en la pareja como factor asociado a una mala salud física y psíquica. *Aten Primaria.* 2004;34:117-24.
- Fernández Alonso MC. Violencia doméstica: ¿conocemos los efectos de la violencia sobre la salud de las víctimas? *Aten Primaria.* 2004;34:125-7.
- III Macroencuesta sobre la violencia contra las mujeres. Informe de resultados. Madrid: Ministerio de Igualdad, Instituto de la Mujer; 2006.
- World Health Organization. Putting women's safety first; ethical and safety recommendations for research on domestic violence against women. *Global Programme on Evidence for Health Policy.* Ginebra: World Health Organisation; 1999.
- García Torrecillas JM, Torío Duránteza J, Lea Pereirac MC, García Tiradoa MC, Aguilera Tejero R. Detección de violencia contra la mujer en la consulta del médico de familia. *Aten Primaria.* 2008;40:455-61.
- Bradley F, Smith M, Long J, O'Dowd T. Reported frequency of domestic violence: cross sectional survey of women attending general practice. *BMJ.* 2002;324:271-4.
- Goldberg DP, Bridges K, Duncan-Jones P, Grayson D. Detecting anxiety and depression in general medical settings. *BMJ.* 1988;97:897-9.
- Montón C, Pérez Echevarría MJ, Campos R, García Campayo J, Lobo A, GMPZ. Escalas de ansiedad y depresión de Golberg: una guía de entrevista eficaz para la detección del malestar psíquico. *Aten Primaria.* 1993;12:345-9.
- Consejería de Sanidad y Consumo. Protocolo de actuación ante la violencia de género en el ámbito doméstico. Gobierno de Canarias; 2003.
- Coker AL, Smith PH, McKeown RE, King MJ. Frequency and correlates of intimate partner violence by type: physical, sexual, and psychological battering. *Am J Public Health.* 2000;90:553-9.
- Grynbaum M, Biderman A, Levy A, Petasne-Weinstock S. Domestic violence: prevalence among women in a primary care center-a pilot study. *Isr Med Assoc J.* 2001;3:907-10.
- Richardson J, Coid J, Petrukevitch A, Chung WS, Moorey S, Feder G. Identifying domestic violence: cross sectional study in primary care. *BMJ.* 2002;324:274-7.
- Schafer J, Caetano R, Clark C. Rates of intimate partner violence in the United States. *Am J Public Health.* 1998;88:1702-4.
- Hegarty K, Gunn J, Chondros P, Small R. Association between depression and abuse by partners of women attending general practice: descriptive, cross sectional survey. *BMJ.* 2004;328:621-4.
- Harwell TS, Moore KR, Spence MR. Physical violence, intimate partner violence, and emotional abuse among adult American Indian men and women in Montana. *Prev Med.* 2003;37:297-303.
- Ruiz Peña M, González Peña MJ, López Álvarez JM, Iglesias Hernández MI, Barros Rubio C, González Amaya S, et al. Violencia de género en un área de salud. *Semergen.* 2010;36:202-7.
- Sutherland CA, Bybee DI, Sullivan CM. Beyond bruises and broken bones: the joint effects of stress and injuries on battered women's health. *Am J Community Psychol.* 2002;30:609-36.
- Brokaw J, Fullerton-Gleason L, Olson L, Crandall C, McLaughlin S, Sklar D. Health status and intimate partner violence: a cross-sectional study. *Ann Emerg Med.* 2002;39:31-8.
- Plazaola-Castaño J, Ruiz I. Violencia contra la mujer en la pareja y consecuencias en la salud física y psíquica. *Med Clin (Barc).* 2004;122:461-7.
- Thurston WE, Patten S, Lagendyk LE. Prevalence of violence against women reported in a rural health region. *Can J Rural Med.* 2006;11:259-67.
- Plazaola-Castaño J, Ruiz-Pérez I, Montero-Piñar MI, Grupo de Estudio para la Violencia de Género. Apoyo social como factor protector frente a la violencia contra la mujer en la pareja. *Gac Sanit.* 2008;22:527-33.
- Ramsay J, Richardson J, Carter Y, Davidson L, Feder G. Should health professionals screen women for domestic violence? Systematic review. *BMJ com.* 2002;325:314.
- McCord-Duncan E, Floyd M, Kemps E, Bailey B, Lang F. Detecting potential intimate partner violence: which approach do women want? *Fam Med.* 2006;38:416-22.
- Feder BS, Hutson M, Ramsay J, Taket AR. Women exposed to intimate partner violence: expectations and experiences when they encounter health care professionals: a meta-analysis of qualitative studies. *Arch Intern Med.* 2006;166:22-37.
- Nicolaidis C, Curry M, Gerrity M. Health care workers' expectations and empathy toward patients in abusive relationships. *J Am Board Fam Prat.* 2005;18:159-65.