

EFICACIA DE LAS INTERVENCIONES NO FARMACOLÓGICAS EN EL PROBLEMA DE VIOLENCIA DE GÉNERO

AUTORAS

- Herráez Mancebo, Longina. Enfermera C.S. Ávila Norte.
- Marqués Macías, Pilar. Enfermera C.S. Arévalo.
- Hernández Pedraza, Raquel. Enfermera C.S. Piedrahita
- Sánchez Alonso, Rosa Isabel. Responsable de Equipos de Enfermería. GAP Ávila

Colaboradora

- Muñoz Sánchez Lorena.

RESUMEN

Introducción: La violencia de género está presente a diario en nuestras consultas, debido a las graves consecuencias que tiene en la salud de las mujeres que la sufren y sus hijos e hijas. Los profesionales sanitarios no pueden permanecer pasivos ante este problema social que constituye la máxima expresión de la desigualdad entre hombres y mujeres y que además es un factor de riesgo para la salud de las personas que la padecen o están expuestas a ella. Hay dudas sobre como abordar este problema por sus características y complejidad. La evidencia científica respecto a la efectividad de intervenciones en Violencia de Género, tanto con mujeres, hijos e hijas y maltratadores es escasa. A veces esta carencia puede ser un argumento para los y las profesionales para no adoptar medidas mas activas frente al maltrato tanto en la detección como en la atención a victimas con un enfoque integral.

Por ello nos planteamos realizar una revisión sistemática de la evidencia empírica sobre intervenciones que hayan mostrado efectividad.

Métodos: Revisión sistemática. Bases de datos: Medline a través de Pubmed, CINAHL, CUIDEN y DARE (2005- 2011). Se incluyeron los artículos empíricos con intervenciones que hubiesen demostrado ser efectivas en el abordaje del problema de la violencia de género.

Resultados: Se localizaron 566 estudios. Sólo 19 cumplieron los criterios de inclusión y de calidad. Se incluyeron 14 ensayos clínicos y 5 estudios cuasiexperimentales.

Conclusiones: El simple hecho de detectar a las mujeres víctimas de violencia de género y entregarles información escrita con datos de contacto y recursos disponibles, reduce el tiempo de recurrencia de violencia de género y el trastorno de estrés postraumático. Las intervenciones cognitivas y psicoconductuales en comportamientos de seguridad en la violencia de género en mujeres embarazadas, reduce el número de recién nacidos prematuros. Los hombres acuden a terapia por el problema de la violencia de género no son homogéneos en la disposición a modificar su comportamiento abusivo, y el uso de los procesos de cambio. El asistir a la terapia no garantiza cambios en el comportamiento. Es necesario que se impliquen y participen, para ello es fundamental valorar la etapa del cambio.

Son necesarias la formación y la sensibilización de los profesionales sanitarios en el problema de la violencia de género tanto en el periodo pregrado como en el postgrado.

Se requiere más investigación, y de mayor calidad, que permita establecer resultados concluyentes sobre intervenciones efectivas en violencia de género.

Palabras clave: Violencia de género, violencia doméstica, violencia contra las mujeres, hombres maltratadores, compañero íntimo, modelo transteórico, etapas del cambio.

RECOMENDACIONES

1º- MUJERES

Una intervención de capacitación diseñada para mujeres embarazadas puede ser eficaz para disminuir la violencia de género. La intervención es un programa de capacitación diseñado para mejorar la independencia de la mujer, consejo en las áreas de toma de decisión con seguridad, y resolución de problemas con una duración de 30 minutos y entrega de un folleto. [Nivel de Evidencia II. Grado de recomendación B.](#)

Un programa de intervención de apoyo social intensivo en mujeres maltratadas que han pasado por un refugio puede ser eficaz para mejorar su estado de salud inmediatamente después de la intervención. [NE II. GR B.](#)

Las intervenciones enfermeras para promoción de los comportamientos de seguridad en mujeres maltratadas a través de contactos telefónicos periódicos, pueden ser una herramienta útil y de bajo costo para prevención del abuso. [NE III. GR C.](#)

Una intervención de procesamiento cognitivo, terapia cognitiva ó informe escrito aplicado en pacientes con trastorno de estrés postraumático y/ó depresión, mejora su situación con cualquiera de los tres métodos en sesiones semanales de 2 horas durante 6 meses. [NE II. GR B.](#)

Una intervención con visitas domiciliarias por parte de profesionales de apoyo no sanitario (mentores) formados previamente, mejora la salud psíquica de los pacientes y disminuye la incidencia de violencia de género. [NE II. GR B.](#)

Una intervención de apoyo social por parte de personal sanitario y no sanitario con formación previa actuando como defensores de las madres en la comunidad reduce la violencia de género y mejora la salud psíquica. [NE II. GR B.](#)

Una intervención cognitiva, que actúa sobre el comportamiento durante el embarazo y postparto, tiene eficacia demostrada en violencia de género para disminuir la recurrencia y los partos prematuros. [NE II. GR B.](#)

Una intervención psicoconductual con hincapié en los comportamientos de seguridad en la violencia de género en mujeres embarazadas, reduce el número de niños prematuros y disminuye su incidencia. [NE II. GR B.](#)

Una simple detección de los casos de violencia de género, dando información por escrito sobre datos de contacto y recursos disponibles, reduce el tiempo de recurrencia de violencia de género y trastorno de estrés postraumático. [NE II. GR B.](#)

Una intervención psicoterapéutica de enfoque cognitivo-conductual en grupo, produce un descenso en los síntomas postraumáticos, depresivos y de ansiedad; ya sea aplicado mediante técnica de exposición ó con habilidades de comunicación. [NE II. GR B.](#)

Una intervención psicoterapéutica de grupo con apoyo psicoeducativo en violencia de género reducen los factores de riesgo y mejoran los factores de protección. [NE III. GR C.](#)

Es una buena oportunidad para hacer una intervención educativa llevada a cabo por enfermeras, en las mujeres que se encuentran en un refugio (llámese piso de acogida en nuestro ámbito) consistente en 8 sesiones de 90 minutos organizadas así:

(1) Evaluar el trauma, (2) Identificar los principales problemas, (3) Lidar con los sentimientos, (4) Entiendo yo (explorar, identificar los métodos de afrontamiento), (5)

Identificar las características del agresor, (6) Mejorar las estrategias para la gestión del estrés, (7) Desarrollar un plan de acción (8) Promover el empoderamiento. [NE II. GR B.](#)

Una intervención educativa llevada a cabo por informantes clave de la comunidad, mediante un programa de desarrollo de económico y de habilidades mejora la capacidad la autoeficacia y la capacidad para encontrar empleo en las mujeres víctimas de maltrato. [NE II. GR B.](#)

2º- MALTRATADORES

Los hombres que están en tratamiento por el problema de la violencia de género no son homogéneos en la disposición a modificar su comportamiento abusivo, y el uso de los procesos de cambio. El asistir a la terapia no garantiza cambios en el comportamiento. Es necesario que se impliquen y participen, para ello es fundamental valorar la etapa del cambio. [NE II. GR B.](#)

Los maltratadores que se encuentran en una etapa más avanzada del modelo transteórico del cambio parece ser que toman mayor conciencia del problema que los que están en etapas anteriores. [NE II. GR B.](#)

La entrevista motivacional es efectiva para aumentar la motivación de los maltratadores al cambio, haciéndoles progresar en las distintas etapas del proceso del cambio y reduciendo la tendencia a culpabilizar a agentes externos de su actuación violenta. [NE II. GR B.](#)

3º- PROFESIONALES

La formación de los profesionales en grupos estructurados mejora el conocimiento y la actitud de los mismos frente a la violencia de género en el periodo posterior a la formación. [NE II. GR B.](#)

Mejorar el plan de estudios tradicional de los residentes de medicina con la experiencia en un refugio de mujeres maltratadas, puede producir pequeñas mejoras en el conocimiento sobre violencia de género. [NE II. GR B.](#)

La visualización del documental “Las voces de los supervivientes” parece ser una herramienta útil para mejorar el conocimiento y las actitudes de los profesionales frente a la violencia de género. [NE III. GR C.](#)

INTRODUCCIÓN

La violencia contra la mujer es un fenómeno constatado históricamente desde la antigüedad, pero solo ha sido identificado como problema social hasta hace poco más de un siglo, y reconocido como problema de salud hace tan solo algunas décadas.

La violencia contra las mujeres es una expresión del poder y dominio de los hombres sobre las mujeres, fruto de la estructura social patriarcal que asigna roles de desigual valor a hombres y mujeres, y que se traducen en determinados estereotipos de masculinidad y feminidad, con sus correspondientes mandatos de género, para cumplir adecuadamente lo que la sociedad patriarcal espera de unos y otras.¹

La atención a la violencia de género no se ha incorporado a la práctica de los y las profesionales sanitarios, a pesar de que hoy se sabe que la violencia es una causa significativa de morbilidad y mortalidad femenina, razón por la cual cuando se atiende a una mujer que padece violencia sólo se tienen en cuenta sus síntomas y signos, sin buscar las causas que subyacen a las lesiones y/o a la situación vivida.²

La OMS, también en su “Informe Mundial de Violencia y Salud” (2002), **señala las siguientes consecuencias psicológicas como los más frecuentes:**³ abuso de tabaco, alcohol y otras drogas, depresión, ansiedad, trastornos alimentarios, trastornos del sueño, sentimientos de vergüenza y culpa, fobias y trastorno de pánico, inactividad física, baja autoestima, trastorno de estrés postraumático, trastornos psicosomáticos, problemas en la conducta sexual y disfunciones sexuales.

La violencia de género es una problemática que afecta a un elevado número de mujeres, aunque se desconozcan los datos reales, cada vez disponemos de mas estudios que nos acercan a la magnitud de este problema.⁴ Además sabemos que repercute gravemente sobre la salud de las personas afectadas, las mujeres y sus hijos e hijas⁵. Por estas razones hoy es considerado un problema de salud un problema de prioritario de salud pública.⁶

En un estudio cuanti-cualitativo, realizado en Buenos Aires en 1998, sobre los Servicios de atención en violencia familiar contra las mujeres, se evidencia que la falta de conocimientos y sensibilidad en el tema entre los profesionales de la salud constituye uno de los obstáculos para el logro de una adecuada atención a mujeres que padecen violencia ⁷. Esta falta de habilidades para abordar el problema ha contribuido en ocasiones a lo que se ha denominado doble victimización de las mujeres víctimas de VG, como resultado de la deriva institucional de la que a veces son objeto. Hasta un 20% de las mujeres que consultan en los servicios sanitarios padece esta situación según algunos estudios ^{8,9}.

Los servicios de salud en general, y particularmente la Atención Primaria ocupa un lugar estratégico para identificar y tratar a las víctimas de violencia. Es la única institución pública que probablemente interactúe con todas las mujeres, en algún momento de sus vidas. La experiencia ha mostrado la importancia de dicho acceso. Las mujeres que no pueden o no quieren pedir ayuda a otros medios pueden, sin embargo, admitir el abuso cuando son entrevistadas con cordialidad y en privado por un proveedor de salud sensible. La atención primaria de salud tiene un papel clave en la actuación contra la violencia hacia la mujer en el ámbito de la pareja.^{10,11}

Desde la atención primaria se puede y se debe llevar a cabo un abordaje integral de las víctimas y se pueden detectar potenciales situaciones de maltrato de forma precoz.

Hay numerosos estudios que han evidenciado la necesidad de implicación del personal de enfermería para un abordaje adecuado en la atención a las mujeres que sufren violencia de género y concretamente las de atención primaria y servicios de urgencias o emergencias. En los resultados de algunos de ellos se reflejaba la necesidad de formación y entrenamiento para que las enfermeras llevaran a cabo una práctica de cuidados adecuada.¹²

Para evaluar el grado de conciencia ante una situación de abuso, y para orientar la intervención en los distintos momentos de este proceso, puede resultar útil el modelo de Fases de Cambio de Prochaska y Di Clemente.¹³ Antes de exponer los fundamentos de este modelo se debe resaltar que su utilización en este campo es limitada, ya que no es lo mismo realizar cambios en el hábito de fumar, por ejemplo, que supone una decisión individual circunscrita a un hábito particular, que realizar cambios con respecto a una relación de abuso, en la que influyen factores internos, externos y estructurales de gran complejidad, y que en muchas ocasiones se oponen a la propia dirección del cambio.¹⁴

La utilización de este modelo puede resultar útil para considerar el proceso de cambio y la posición de la mujer ante la toma de conciencia. Sin embargo es preciso hacer algunas consideraciones.

El modelo de las Fases de Cambio propone un modelo de análisis de cómo las víctimas describen sus relaciones abusivas.¹⁵ Parten de la idea de que pedir ayuda es un proceso y en él influyen distintos factores, siendo uno de ellos la identificación de una relación como abusiva. Este se utiliza en el ámbito sanitario para ayudar a los pacientes a cambiar de conducta, modificar actitudes y comportamientos con herramientas utilizadas por el propio individuo. Se trata de herramientas de tipo cognitivo- afectivo y conductuales. Las fases de cambio que propone este modelo son unas fases emocionales por las que atraviesa la mujer con respecto a la toma de conciencia de su situación de violencia (calificar su relación como abusiva), y el establecimiento y mantenimiento de los cambios que realiza para acabar con esa situación (Zinc, Elder, Jacobson, Klosterman, 2004). Se debe tener en cuenta que el progreso a lo largo de estas fases no es lineal, ya que pueden existir múltiples avances y retrocesos y, por otro lado, que estas fases se desarrollan en un amplio espectro de conductas, emociones, dimensiones vitales, lo que añade una enorme complejidad a un concepto como *el cambio*.¹⁴

Un estudio llevado cabo en Atlanta con 121 mujeres afroamericanas, se planteó como uno de sus objetivos valorar mediante la herramienta URICA (McConnaughy et al., 1983), la etapa del cambio en la que se encontraban una muestra de mujeres que acudían a un servicio de urgencias hospitalario. Los resultados revelaron que el 69,4% (n = 84) se encontraba en la etapa de precontemplación, el 25,6% (n = 31) estaban en contemplación, 5% (n = 6) en la categoría de acción, y ninguna (0%) se encontraban en la etapa de mantenimiento. Encontraron más mujeres en las etapas de precontemplación y la contemplación, en comparación con la acción y las fases de mantenimiento diferencias estadísticamente significativas (prueba exacta de Fisher, n = 121, gl = 1, p <.001). Considerando que se predijo que el 75% de las mujeres estaría en las primeras etapas del proceso de cambio, los resultados indicaron que 95% de las mujeres en estas primeras etapas del cambio.¹⁶

Este modelo no sólo sirve para ayudar a las mujeres víctimas del maltrato también se ha utilizado en los maltratadores para obtener modificaciones en su conducta con las mujeres.

En esta revisión se ha introducido esta teoría para encontrar intervenciones que incluyan el modelo transteórico de Fases de Cambio de Prochaska y Di Clemente.

Existen muchas formas de definir lo que es el maltrato a las mujeres en las relaciones de pareja. De acuerdo con el objetivo de este informe de cuidados basados en la evidencia, se ha optado por elegir la siguiente definición la realizaron Reynolds y Schweitzer (1998) para The London Abused Women's Centre:

El maltrato a las mujeres consiste en el uso intencionado y sistemático de tácticas para ejercer de manera continuada el control sobre los pensamientos, las creencias y la conducta de una mujer, mediante el miedo o la dependencia.

Esas tácticas incluyen, entre otras cosas, maltrato emocional, económico, físico y sexual y, por otro lado, el uso del estatus social privilegiado y de los hijos para intimidar, aislar y amenazar. (...) El maltrato a las mujeres incluye la suma de todos los actos violentos ya consumados y la promesa de futuros actos, lo cual aumenta el poder y el control del maltratador sobre su pareja. (...) El comportamiento abusivo no es fruto de un déficit moral, personal o individual, ni de una discapacidad psíquica, una enfermedad física o mental, la pobreza, el comportamiento de la otra persona u otros factores externos.

OBJETIVO

Encontrar evidencia sobre intervenciones efectivas en el abordaje de la violencia de género:

Intervenciones en las mujeres.

Intervenciones en los profesionales.

Intervenciones en los maltratadores.

MÉTODO

Se ha llevado a cabo una revisión sistemática. La búsqueda se llevó a cabo durante el año 2011, entre los meses de abril a septiembre.

La estrategia de búsqueda comienza con la cuestión: “**Intervenciones efectivas en el abordaje de la violencia de género que puedan llevarse a cabo en atención primaria por enfermeras**”, formulada en base a las cuatro pistas de Sackett, formato Paciente, Intervención, Comparador, Objetivos-Resultados (PICO).

Las palabras clave utilizadas para la búsqueda en las bases de datos mencionadas fueron:

| BASE DE DATOS | FECHA BÚSQUEDA | DESCRIPTORES |
|---------------|----------------|---|
| CINALH | 18-7-2011 | SPOUSE ABUSE or BATTERERS WOMEN |
| CINALH | 18-7-2011 | BATTERED WOMEN and INTERVENTIONS |
| CINALH | 25-8-2011 | VIOLENCE AGAINST WOMEN |
| CINALH | 19-8-2011 | STAGE OF CHANGE AND VIOLENCE |
| MEDLINE | 30-8-2011 | BATTERED WOMEN Or SPOUSE ABUSE |
| MEDLINE | 31-8-2011 | PROCESS OF CHANGE IN BATTERED WOMEN |
| MEDLINE | 6-9-2011 | (BATTERED WOMEN or SPOUSAL ABUSE) AND TRANSTEORETICAL MODEL |
| CUIDEN | 20-7-2011 | INTERVENCIÓN VIOLENCIA MUJER |
| CUIDEN | 10-9-2011 | INTERVENCIÓN VIOLENCIA MUJER |
| SCIELO | 21-9-2011 | MUJERES MALTRATADAS |
| INHATA | 29-9-2011 | BATTERED WOMEN |
| HTA Database | 29-9-2011 | BATTERED WOMEN |

Para la elección de estos términos se utilizó el tesoro de cada base de datos consultadas o, en su defecto, los listados de vocabulario controlado. En el caso de CUIDEN, además se utilizaron las palabras clave en español que aparecían en los listados de vocabulario controlado.

Criterios de inclusión y exclusión

Se seleccionaron los estudios analíticos y experimentales publicados en revistas científicas, que plantean entre sus objetivos de investigación intervenciones efectivas en violencia de género y que pudiesen ser aplicadas por profesionales sanitarios en el ámbito de la Atención Primaria. Se incluyeron los estudios con resúmenes disponibles y publicados en inglés, español, portugués o francés. Se utilizaron limitadores temporales, excluyéndose los artículos publicados con fecha anterior al 2000.

Se excluyeron de la selección inicial los estudios centrados en intervenciones farmacológicas, en screening (cribado) o herramientas diagnósticas, los estudios con objetivos diferentes al objetivo de esta revisión, y las investigaciones sobre otros tipos de violencia u otro tipo de víctimas y maltratadores (violencia familiar contra menores, ancianos, hombres). Se excluyeron así mismo estudios que se ocupen de violencia sexual que no fuese perpetrada por su pareja.

Se excluyen igualmente, todos los estudios de investigación cualitativa y las cartas editoriales de revistas científicas y los artículos de revisión sobre el tema.

Análisis: revisión sistemática.

Se llevó a cabo una lectura crítica por pares de todos los artículos, se utilizó el consenso para las discrepancias.

De los artículos que se incluyeron en la revisión sistemática se recabó información sobre: nombre de la revista, año de publicación, país donde se ha realizado el estudio, tamaño de la muestra estudiada, contexto o medio de procedencia de los sujetos estudiados, diseño de los estudios, tipo de datos analizados, variable de resultados, calidad del estudio, empleo de métodos estadísticos y medidas de las variable de resultado.

RESULTADOS

Una vez eliminadas las repeticiones, se identificaron 566. Tras una primera lectura de título y resumen se seleccionaron 81. Finalmente se incluyeron 19 artículos que pasaron los criterios de calidad.

Los 19 analizan datos primarios. De los cuales 14 son ensayos clínicos y 5 son estudios de diseño cuasiexperimental. Varios se llevaron a cabo en EEUU pero se han encontrado estudios llevados a cabo en Europa, Australia, Asia, Oriente etc.

Tiwari A et al. A randomised controlled trial of empowerment training for Chinese abused pregnant women in Hong Kong.¹⁷

Ensayo clínico aleatorio realizado en un Hospital Público en Hong Kong con una muestra de 110 mujeres embarazadas (55 grupo de intervención, 55 grupo control).

Intervención/variable: protocolo de capacitación diseñado para mejorar independencia de la mujer, realizado por una matrona vs tarjeta con información sobre recursos comunitarios para las mujeres maltratadas.

Variable de resultado Principal: repetición de episodios de violencia de pareja.

Variables secundarias: autopercepción salud, calidad de vida y depresión postnatal.

Para comparar las características de ambos grupos se utilizaron las Diferencias de Medias y Riesgo Relativo con un intervalo de confianza del 95%.

Resultados: Diferencias significativas a los 6 meses de intervención para el abuso psicológico (RR -1.1), el abuso a menores (RR -1.0), mejoría en el funcionamiento físico y las medidas de las limitaciones de roles físicos y emocionales. Se reduce la depresión posparto en el grupo de intervención.

Conclusiones: Una intervención de capacitación especialmente diseñada para las mujeres embarazadas de China fue eficaz en la reducción de IPV (tanto física como psicológica) y mejorar el estado de salud de las mujeres.

Constantino R et al. Effects of a social support intervention on health outcomes in residents of a domestic violence shelter: a pilot study.¹⁸

Estudio piloto usando un diseño de Ensayo Clínico Aleatorio. Realizado en Pennsylvania, Estado Unidos a 24 mujeres que residen por primera vez en un refugio para violencia doméstica.

Intervención/variable: Programa de Intervención de Apoyo Social dirigido por una enfermera entrenada (90 minutos, 8 semanas) vs. sesión de charla de flujo libre sin estructura.

Variable de Resultado Principal: mejoría psicológica de síntomas de angustia.

Variables secundarias: disponibilidad percibida de apoyo social, utilización de la atención de la salud.

Para hacer la comparación entre grupos se utilizó el test de chi cuadrado. las variables continuas que seguían una distribución normal se compararon mediante la prueba t de Student. Los datos que no seguían una distribución normal se compararon mediante la U de Mann-Whitney.

Resultados: Los resultados mostraron que el grupo intervención mayor mejoría psicológica de síntomas de angustia ($p = 0,013$), mayor mejoría en el apoyo social ($p = 0,016$) y menos utilización de los servicios de salud ($P = 0,032$).

Conclusiones: Intervenciones de apoyo social para las mujeres en refugios son eficaces para mejorar los resultados de salud.

McFarlane J et al. Increasing the safety-promoting behaviors of abused women.¹⁹

Ensayo Clínico en 154 mujeres de Houston, EEUU, de habla inglesa o española de un bufete de abogados de una unidad especial de violencia de familia que solicitaron y a las que se aplicó una orden de protección.

Intervención/variable: 6 llamadas telefónicas de intervenciones de seguridad en las que se discuten comportamientos de promoción de la seguridad con los participantes y se hacen sugerencias (media de 9 minutos, 8 semanas), realizado por enfermeras vs sesión de consejo y referencias de 1 hora realizado por trabajadora social.

Variable de Resultado Principal: realización de conductas de promoción de la seguridad.

Se comparan los datos mediante Análisis de la varianza (ANOVA).

Resultados: El número de comportamientos de seguridad aumentó de manera significativa en el grupo de intervención ($F_{1,147}=23.72p<0.001$). Además se mantienen en el tiempo de manera significativa ($F_{4,144}=5.45, p>0.001$).

Conclusiones: La intervención enfermera es una herramienta útil en promoción de comportamientos de seguridad en pacientes víctimas de IPV que requiere solo de 54 minutos en total siendo posible integrarla en los cuidados de salud habituales. El coste de la intervención es mínimo.

Bybee D et al. Predicting re-victimization of battered women 3 years after exiting a shelter program.²⁰

Estudio cuasiexperimental de intervención pre y post realizado en 141 mujeres que pasan al menos 1 noche en un refugio para violencia domestica de Michigan, EEUU.

Intervención/variable: Después de la salida de la vivienda las mujeres reciben gratis servicios de defensa las primeras 10 semanas posteriores a la salida de la vivienda, 4-6 horas por semana. Posteriormente se las entrevista cara a cara 6 veces en un periodo de dos años. Una nueva recaptación a los 3 años.

Variable de resultado principal: riesgo de abuso.

Variables secundarias: acceso a los recursos de la comunidad, soporte social, calidad de vida.

Se realiza un análisis multivariado de sentido único de la varianza (MANOVA).

Resultados: el análisis entre las condiciones de las cuatro variables de resultado (abuso físico, la calidad de vida, apoyo social y dificultades para acceder a los recursos) fue significativo en $p < 0,10$ a los 3 años de seguimiento. Para cada variable dependiente individual efecto significativo en el apoyo social ($F(1, 122) = 4.69, p = 0.016, \eta^2 = 0,04$), lo que representa 4% de la varianza. Medias estimadas para el apoyo social fueron 5.48

(experimental) y 5,09 (control), con SE = 0.13. La calidad de vida también mostró una significativa ($F(1, 122) = 2.51, p = 0,058, \eta^2 = 0.02$), que representan el 2% de la varianza. Medias para la calidad de vida fueron 5,07 (experimental) y 4,77 (control), con SE = 13. Resultados no significativos para el reabuso.

Conclusiones: El efecto directo del programa de promoción sobre el riesgo de la re-victimización no continuó 3 años después de la intervención. A pesar de ello, el haber trabajado con un abogado seguía teniendo un impacto positivo en las mujeres en su calidad de vida y nivel de apoyo social.

Kim S et al. The effects of group intervention for battered women in Korea.²¹

Estudio cuasiexperimental (pre-post) realizado en 60 mujeres de dos refugios de Seul (Corea).

Intervención/variable: 8 sesiones, 1 por semana, 90 minutos cada una realizadas por enfermeras. Basado en The Roberts's Seven-Step Crisis Intervention Model.

Variable de resultado principal: niveles de ansiedad, autoestima y depresión.

Se utiliza la T Student para analizar las diferencias entre los dos grupos.

Resultados: El pretest de los participantes en el grupo experimental mostró significativamente niveles más altos de rasgos de ansiedad en comparación con el grupo control ($t = 2.264, p = .031$). Nivel en el estado de ansiedad significativamente más bajas en el posttest que en el pretest en ambos grupos ($t = 2.50, p = .025$; $t = 3.52, p = .00$). Rasgos de ansiedad significativamente menores en el posttest que en el pretest en el grupo experimental ($t = 4.30, p = .00$). El cambio en los niveles de los rasgos de ansiedad en el tiempo en el grupo experimental fue significativamente diferente a los del grupo control

($t = -3.20, p = .00$). No hubo diferencias significativas entre los grupos en el estado de ansiedad, autoestima, y la depresión.

Conclusiones: las puntuaciones de rasgos de ansiedad de las mujeres maltratadas se redujeron significativamente después de la intervención.

Angela J Taft et al. Mothers' Advocates In the Community (MOSAIC)- non-professional mentor support to reduce intimate partner violence and depression in mothers: a cluster randomised trial in primary care.²²

Ensayo clínico aleatorizado llevado a cabo en 106 centros de atención primaria en Melbourne, Australia con una muestra de 258 mujeres entre enero del 2006 y diciembre del 2007 (167 grupo de intervención y 91 en el grupo control) completaron el estudio 133 mujeres (90 grupo intervención y 43 en el grupo control). **Objetivo:** Fortalecer la salud, bienestar y la unión madre-hijo en mujeres maltratadas ó en riesgo y disminuir la IPV y/o depresión entre mujeres embarazadas o con niños menores de 5 años.

Intervención: Se capacitó a médicos y enfermeras. Se asignaron los pacientes al azar. Se llevó así mismo a cabo un programa de formación para mentores (grupo de personas no sanitarias). Se escogieron aquellos con habilidades para la escucha, enfoque abierto y sin prejuicios. Los mentores hicieron visitas domiciliarias cada 15 días, durante 12 meses. **Variable de resultado:** Se midió la violencia de género (IPV) mediante la escala de Abuso compuesto (CAS). La intervención se midió mediante encuesta por los mentores.

Resultados: Se apreció una falta de seguridad en los profesionales sanitarios para preguntar sobre violencia de género. Se objetivó un beneficio de las visitas domiciliarias a madres

vulnerables por profesionales de apoyo no sanitario. La probabilidad de sufrir violencia durante el periodo de seguimiento fue 0,47 (IC 95% ENTRE 0,21-1,05).

Conclusiones: Una intervención con visitas domiciliarias por parte de profesionales no sanitarios de apoyo (mentores) formados previamente, mejora la salud psíquica de los pacientes y disminuye la incidencia de violencia de género.

Crespo M, Arinero M. Assessment of the efficacy of a psychological treatment for women victims of violence by their intimate male partner.²³

Ensayo clínico aleatorizado realizado en Madrid en 2010 con un total de 53 mujeres que presentaron trastorno de estrés postraumático utilizando las escalas: Echevarria, Corral, Amo, Zubizarreta y Sarasúa.

28 se aplica programa con técnicas de exposición y 25 se aplica programa con habilidades de comunicación.

Objetivo: Aplicar dos programas distintos de terapia y comparar su efectividad.

Intervención: Aplicación de una batería de evaluación antes del tratamiento y postratamiento. Se realiza un seguimiento en sesiones individuales de 90 minutos. El tratamiento psicológico en mujeres maltratadas, consiste en un multicomponente cognitivo-conductual del programa que incluye los siguientes módulos: a) Ejercicios para controlar la excitación de la respiración diafragmática. b) Mejorar el estado de ánimo. c) Mejorar la autoestima. d) Aumento de las habilidades para una vida independiente. e) Psicoeducación. Se aplica mediante 8 sesiones de 90 minutos semanales: 2 meses en grupos de 3-5 liderado por una mujer terapeuta terminando con 5' de respiración diafragmática.

Resultados: Mostraron descenso de los síntomas postraumáticos, depresión y ansiedad, con escasa diferencia en los dos programas. Alcanzó la significación estadística de la sintomatología postraumática general, en el 1-meses de seguimiento, $F(1, 36) = 4,41, p < .05$; para volver a experimentar en la evaluación post-tratamiento, $F(1, 37) = 8.84, p < .01$; para evitar a 1 -, 3 -, ya los 6 meses de seguimiento, $F(1, 36) = 4,62, p < .05$; $F(1, 36) = 11.54, p < .01$, y $F(1, 36) = 9,39, p < .01$, respectivamente, y de hiper-alerta en el postratamiento, $F(1, 37) = 3.37, p < 0.05$. Los valores para la depresión, $F(1, 37) = 7.12, p < 0.01$ y $F(1, 36) = 7.81, p < .01$, respectivamente, en los valores después del tratamiento de la ansiedad, $F(1, 37) = 4.52, p < .05$, y en los cinco tiempos de medición de los valores de expresión de la ira, $F(1, 37) = 4.08, p < .05$, $F(1, 36) = 5.30, p < .05$, $F(1, 36) = 3,85, p < .05$, $F(1, 36) = 5,08, p < .05$, y $F(1, 36) = 5.49, p < .01$, respectivamente. En todos los casos, las puntuaciones fueron inferiores en el grupo de intervención de la exposición. En ningún momento hubo diferencias entre los grupos en la medida de la autoestima. Todos los tratamientos fueron aplicados por la misma terapeuta.

Conclusión: Una intervención psicoterapéutica de enfoque cognitivo-conductual en grupo, produce un descenso en los síntomas postraumáticos, depresivos y de ansiedad; ya sea aplicado con técnica de Kiely, exposición ó con habilidades de comunicación.

Michele DrPh, et al. An integrated intervention to reduce intimate partner violence in pregnancy: a randomized trial.²⁴

Ensayo clínico aleatorizado llevado a cabo en Washington mediante una intervención cognitivo-conductual ó psicoconductual por trabajadores sociales ó psicólogos sobre una población de 1044 mujeres afroamericanas durante la atención prenatal (521 grupo intervención y 523 grupo control) donde finalizaron el estudio 306 (150 grupo intervención y 156 grupo control).

Objetivo: Reducir la recurrencia de violencia de género (IPV) durante el embarazo y mejorar los resultados en el parto (bajo peso al nacer y parto prematuro).

Intervención: Se interviene sobre 4 factores de riesgo: IPV, tabaco, depresión y enfermedades de transmisión sexual. La intervención IPV hizo hincapié en los comportamientos de seguridad. Teoría del emponderamiento: Información sobre tipos de abusos, ciclo de la violencia, evaluación del peligro y plan de seguridad. La clasificación de la IPV fue basada en las escalas de tácticas de conflicto (CTS).

Resultados: Las mujeres asignadas al azar en la intervención fueron menos propensas a tener episodios recurrentes (OR 0,48 IC95% 0,29-0,80). La mujer de la intervención tuvo menor nº de recién nacidos prematuros ($p=0,03$). Durante el embarazo la violencia fue significativamente menor (OR=0,48 95%IC=0,26-0,86).

Conclusiones: Demostrada la eficacia de una intervención conductual integrada. Una intervención psicoconductual con hincapié en los comportamientos de seguridad en la violencia de género en mujeres embarazadas, reduce el número de niños prematuros y disminuye su incidencia.

El-Mohandes A, El-khorazaty et al **Very preterm birth is reduced in women receiving an integrated behavioral intervention: a randomized controlled trial.**²⁵

Ensayo clínico aleatorizado, llevado a cabo en Columbia (2010) sobre una población de mujeres afroamericanas con un muestra de 819 madres que representan el 94% de las mujeres con un nacimiento vivo de 870 (403 grupo intervención y 416 grupo control). **Objetivo:** Reducción de la prematuridad y bajo peso al nacer.

Intervención: Teleentrevista telefónica con gestantes de 19 semanas. Estudio multifactorial entre los que incluye como causa la violencia de género (IPV), en partos prematuros (PTB) con valor de 1,64 /95% CI 1,07-2,57 y partos muy prematuros (VPTB) con valor de 2,94/95% CI1,40-6,16. La IPV se considera como factor de riesgo junto con tabaco y depresión. Hizo hincapié en las conductas de seguridad, adaptados para la intervención IPV. Folleto basado en la información sobre los tipos de abuso, el ciclo de la violencia, evaluación del peligro y desarrollo de un plan de seguridad individualizado.

Resultado: Intervención de terapia cognitiva actuando sobre el comportamiento con eficacia demostrada en hacer frente a los múltiples factores de riesgo al mismo tiempo. La recurrencia de la IPV en el grupo intervención fue de 7,9 frente al 21,6 % en el grupo control para mujeres que refirieron IPV en el embarazo de años anteriores.

Conclusión: Una intervención cognitiva actuando sobre el comportamiento durante el embarazo y postparto tiene eficacia demostrada en violencia de género para disminuir su recurrencia y partos prematuros.

Ilardi, Kaslow NJ et al. **Social difficulties influence group psychotherapy adherence in abused, suicidal african-american women.**²⁶

Ensayo clínico llevado a cabo en Atlanta en 2009 sobre una población de 112 mujeres afroamericanas de las que quedaron 51 por historial de violencia de género (IPV) y un intento de suicidio en los últimos años.

Objetivo: Conocer los factores que influyen en la adherencia al tratamiento.

Intervención: Hay 4 modelos para explicar los problemas de adherencia (Wamboldt,2005): bala de plata, lista de control de síntoma del DSM, el cerebro biopsicosocial y el cerebro social. El estudio se basa en la última teoría del modelo de cerebro social (hace hincapié en la mejora de nuestra comprensión de los factores relacionados que influyen en la adherencia

al tratamiento). Se hicieron grupos de 10 sesiones semanales de psicoterapia donde la intervención a la violencia de género (IPV) fue de apoyo psicoeducativo para reducir los factores de riesgo y mejorar los factores de protección en tres ámbitos: interpersonal, social y situacional. Variable de resultado: La variable dependiente fue la psicoterapia de grupo y se aplicaron cuestionarios de estilos de relación (RSQ, Griffin y Bartholomew 1994).

Resultados: La mayoría de las mujeres maltratadas tienen miedo o preocupación por estilos de apego inseguro, problemas interpersonales y bajo nivel de apoyo social, que junto con la dependencia emocional hace que la separación de su agresor sea bastante difícil. Los factores que influyen en la adherencia al tratamiento son dinámicos y complejos. Los resultados indican estilo de miedo $F=3,497$ p menor 0,5 y problemas sociales $F=2,878$ y p menor 0,05 pero no en el de ayuda social $F=1,61$ y p mayor 0,05.

Conclusión: Una intervención psicoterapéutica de grupo con apoyo psicoeducativo en violencia de género reducen los factores de riesgo y mejoran los factores de protección.

MacMillan, Harriet L et al. Screening for intimate partner violence in health care settings.²⁷

Ensayo clínico aleatorizado llevado a cabo en Ontario (Canadá) en una población de mujeres entre 18 a 64 años captadas entre julio del 2005 y diciembre del 2006 (347 grupo experimental y 360 grupo control).

Objetivo: Determinar la eficacia del cribado de violencia de género (IPV) y de la comunicación de resultados positivos para los médicos.

Intervención: Las herramientas utilizadas fueron:-Detección del abuso (WAST-Woman Abuse Screening Tool) donde 4 ó más indica exposición a IPV. -Escala de abuso compuesto (CAS) Criterio para la recurrencia (7 ó más indica exposición IPV)-Calidad de vida (WHOQOL)-Estrés postraumático (PTSD). Con un seguimiento llevado durante 18 meses y cada 6 meses. Todas las mujeres en ambos grupos se les dio una tarjeta informativa con datos de contacto y recursos disponibles para las mujeres expuestas a IPV.

Resultado: Presenta reducción con el tiempo de recurrencia de IPV, trastorno estrés postraumático y mejora la calidad de vida, depresión y salud mental. A los 18 meses intervalo de confianza del 95% (0,32-2,12).

Conclusión: Una simple detección de los casos de violencia de género, dando información por escrito sobre datos de contacto y recursos disponibles, reduce el tiempo de recurrencia de violencia de género y trastorno de estrés postraumático.

Taft AJ, Small R et al. MOSAIC (Mothers' Advocates In the Community): protocol and sample description of a cluster randomised trial of mentor mother support to reduce intimate partner violence among pregnant or recent mothers.²⁸

Ensayo clínico aleatorizado llevado a cabo en Melbourne (Australia) en una muestra de 174 mujeres embarazadas y/o con niños menores de 5 años (114 grupo intervención y 60 grupo control).

Objetivos: 1-Reducir la violencia de género (IPV) en las mujeres embarazadas y/o con niños menores de 5 años.(Escala de abuso compuesto/CAS ≥ 7).2-Reducir la depresión.(EPDS ≥ 13).3-Fortalecer la salud y bienestar con unión madre-hijo en mujeres maltratadas o en riesgo.(SF-36).

Intervención: Las mujeres embarazadas o con bebés, identificado como víctima de abuso o síntomas de abuso, fueron referidos por médicos entrenados IPV y enfermeras de salud materno-infantil de 24 consultas de medicina general y ocho equipos de enfermería de enero 2006 a diciembre de 2007. Mujeres en el grupo de intervención recibieron el apoyo de hasta 12 meses a partir de madres mentoras capacitación y apoyo no profesional. Las encuestas de referencia y el seguimiento a los 12 meses medidos IPV (CAS), depresión (EPDS), salud general (SF-36), el apoyo social (MOS-SF) y el apego a los niños (PSI-SF). Donde profesionales sanitarios detectan y derivan la IPV hacia una intervención con mentores (personal no profesional) con visitas domiciliarias y llamada telefónica con preparación previa con un programa de entrenamiento para los mentores.

Resultado: Modelo probado de estudio combinado evidencia beneficios del apoyo social, de defensa y la atención prenatal con mentores para reducir la violencia de género y mejorar la salud física y mental de las mujeres maltratadas. Para violencia de pareja intervalo de confianza del 95%, entre 0,21-1,05. Para escala depresión postnatal de Edimburgo EPDS-IC 95% ENTRE 0,17-1,06. Primer ensayo aleatorio de las madres mentoras de apoyo a la mujer maltratada en todo el mundo y el primer ensayo aleatorizado de una intervención IPV en Australia con 12 meses de apoyo.

Conclusión: Una intervención de apoyo social por parte de personal formado previamente y no sanitario que actúan como defensores de las madres en la comunidad reducen la violencia de género y mejoran la salud psíquica.

Resick PA, Galovski TE et al. A randomized clinical trial to dismantle components of cognitive processing therapy for posttraumatic stress disorder in female victims of interpersonal violence.²⁹

Ensayo clínico aleatorizado llevado a cabo en St. Louis en una muestra de 150 mujeres con trastorno de estrés postraumático por lo menos tres meses después del traumatismo.

Objetivo: Constituir como única terapia la de procesamiento cognitivo (CPT) para el trastorno de estrés postraumático (TEPT) por separado y en comparación con el protocolo completo. La hipótesis del protocolo original CPT sería más eficaz que la terapia cognitiva solamente (CPT-Co) ó el informe escrito (WA) administrado solo.

Intervención: La muestra incluyó a 150 mujeres adultas con trastorno de estrés postraumático, que fueron distribuidos aleatoriamente en una de las tres condiciones. Cada condición consistía en dos horas de terapia por semana durante 6 semanas, se llevaron a cabo las evaluaciones a ciegas antes del tratamiento, 2 semanas después de la última sesión, y 6 meses después del tratamiento. Medidas de TEPT y la depresión fueron colectadas semanalmente para examinar el curso de la recuperación durante el tratamiento, así como antes y después del tratamiento. Las medidas secundarias evaluadas fueron: ansiedad, ira, vergüenza, culpa, y las cogniciones disfuncionales.

Resultado: En la escala del diagnóstico postraumático (PDS) se observó mejoría en la semana 2 grupo CPT-C ($p=0,001$) en la semana 3 en el grupo CPT ($p=0,02$) y en la semana 5 por el grupo WA ($p=0,005$). En la escala de depresión de Beck (BDI-II) no fue significativa la mejoría a la semana 3 para el grupo CPT-C ($p=0,006$) en la semana 4 en el grupo CPT ($p=0,005$) y en la semana 6 para el grupo WA ($p=0,04$). Los participantes mejoran el trastorno de estrés postraumático y la depresión a través de las tres condiciones.

Conclusión: Una intervención de procesamiento cognitivo, terapia cognitiva ó informe escrito aplicado en pacientes con trastorno de estrés postraumático y/ó depresión, mejora su situación con cualquiera de los tres métodos en sesiones semanales de 2 horas durante 6 meses. Sin embargo, hubo diferencias significativas entre los grupos en la reducción de los

síntomas durante el curso del tratamiento mediante el cual la condición CPT-C reportó una mejoría mayor en el trastorno de estrés postraumático que la condición WA.

Hirani SS, Karmaliani R et al. Testing a Community Derived Intervention to Promote Women's Health: Preliminary Results of a 3-ARM Randomized Control Trial in Karachi, Pakistán.³⁰

ECA de tres brazos.

Un grupo recibió una intervención cuyos principales componentes del módulo incluían: el estrés y el manejo de la ira, la comunicación efectiva en escucha activa y de apoyo para resolver problemas. El módulo de orientación se realizó durante ocho semanas.

Las intervenciones de desarrollo económico y el desarrollo de habilidades de asesoramiento fueron entregados a través de los trabajadores de salud capacitados de la comunidad durante 8 semanas, una sesión por semana en los centros de alfabetización de adultos seleccionados al azar para estas intervenciones. La intervención en el desarrollo de habilidades económicas se desarrolló con la ayuda de informantes clave de la comunidad y una revisión exhaustiva de la literatura. La intervención en el desarrollo de habilidades económicas incluía habilidades para la consecución de empleo y la retención, la comunicación efectiva, la conciliación entre vida personal y laboral y la gestión del tiempo, resolución de conflictos, tratar con el abuso y el acoso, la mejora de la autoeficacia, la paternidad efectiva y la higiene personal y aseo.

El grupo control no recibió ninguna intervención. Para llevar a cabo las intervenciones, la formación de los trabajadores comunitarios de salud se llevó a cabo por el equipo de investigación por un período de veintinueve horas que incluyó el desarrollo de habilidades en los componentes de la intervención, así como ética de la investigación de la privacidad y confidencialidad.

Variables independientes: Intervención en el manejo de habilidades para mejorar el estrés, manejo de la ira, escucha activa y de apoyo para resolver problemas e Intervención de desarrollo económico.

Variables dependientes (variables de resultado): Diferencia en el nivel de depresión, violencia doméstica, la autoeficacia y el empleo.

Resultados: En el grupo de mujeres que recibieron la intervención de desarrollo de habilidades económicas hubo una ganancia de 22% en el empleo y en la autoeficacia significativamente mayor ($p < 0.05$). Se registraron menos depresión y abuso en este mismo grupo de mujeres pero las diferencias no fueron estadísticamente significativas.

Alexander PC et al. Stages of Change in Batterers and Their Response to Treatment.³¹

Estudio cuasiexperimental realizado en 210 hombres maltratadores que fueron incluidos en el programa por orden judicial. Condado de Montgomery, Maryland. EEUU.

Intervención/variable: programa de reeducación cognitivo-conductual de género (elementos del modelo de Duluth y enfoque cognitivo-conductual), en grupos cerrados de 8 a 12 hombres, durante 26 semanas. Se necesitaba determinar la etapa de cambio del maltratador, mediante la escala URICA (University of Rhode Island Change Assessment scale) para ser asignado a uno de los dos grupos uno de etapa de cambio más avanzada en el tiempo que el otro.

Variable de resultado principal: autoinforme de reconocimiento violencia perpetrada contra su pareja y violencia informada por la pareja.

Variabes secundarias: auto-informes de la angustia y la ira, síntomas de depresión y alcoholismo, respuesta al tratamiento.

Se aplica t student y un análisis multivariante de la varianza (MANOVA).

Resultados: El grupo en etapas más avanzadas de cambio reconoce tasas más alta de violencia contra sus parejas que grupo 2 ($F [4, 194] = 2,39, p = 0,052$. También percepción significativamente mayor de las tasas de prevalencia de la violencia que grupo 2 ($F [4, 194] = 8,14, p <.001$). No hubo diferencias significativas entre los grupos en la violencia informada por la pareja. Hubo más discrepancia entre los informes del los hombres y los de sus parejas en el grupo menos avanzado en la etapa del cambio. Mejores resultados en el resto de variables en el grupo de maltratadores más avanzados en la etapa del cambio.

Conclusiones: es posible utilizar el estándar URICA (con referencia al comportamiento específico de la violencia de pareja) para obtener las respuestas aparentemente válidas de los hombres con respecto a su etapa de cambio en la forma de ver su comportamiento violento.

Eckhardt C et al. Stages and Processes of Change and Associated Treatment Outcomes in Partner Assaultive Men, Final Report.³²

Estudio cuasiexperimental llevado a cabo con 199 hombres en USA.

Se realiza un análisis pre intervención valorando la fase del cambio de los maltratadores, se realiza un programa de intervenciones para conseguir disminuir los episodios de violencia y la posición de los maltratadores frente a la VG. Se realizan otros cortes para valorar de nuevo la fase del cambio de los maltratadotes.

Variable de resultados principal: Etapa del cambio y Puntuación en las escalas: URICA-DV

Todas las mediciones se realizaron con un programa de entrevistas asistidas por ordenador diseñado específicamente para este estudio. La entrevista inicial (pre-BIP) se llevó a cabo aproximadamente dos semanas antes del comienzo de la del participante programa de tratamiento y se llevó aproximadamente 60 minutos. Los participantes masculinos fueron entrevistados tres veces durante sus horarios de programa BIP: una vez en las primeras tres semanas (a principios de BIP), una segunda vez durante el BIP punto medio (mid-BIP, semanas 10-14) y una tercera vez diseñados para corresponder con la realización BIP (post-BIP; semanas. 22-26). Los participantes fueron entrevistados seis meses después de su finalización programada BIP (6 meses FU).

A los varones se les administraron dos instrumentos de las etapas del cambio, uno que evalúa específicamente las etapas de cambio relacionadas con la violencia (**University of Rhode Island Chanpe Assessment Scale- Domestic Violence (URICA-DV)**. Levesque et al, 2000) y una escala de Procesos de Cambio que las particiones de los procesos de cambio de comportamiento en los procesos experienciales y de comportamiento. Se evaluaron además gran cantidad de variables cognitivas (aceptación de la violencia, la hostilidad hacia las mujeres), emocional (una pantalla de psicopatología general, rasgo de la ira), relacionados con sustancias (problemas con el alcohol, el abuso de drogas) y medidas conductuales (tácticas de relaciones de conflicto, el abuso emocional).

En las mujeres se midieron, un proceso breve de etapas del cambio y las medidas de las tácticas de conflicto y abuso emocional.

En términos de frecuencias, entre un 25-35% de los hombres a partir BIP parecen suficientemente preparados para iniciar los intentos de cambio. Otro 30-40% de los hombres están pensando en cambiar, pero tendrá dificultades para mantener el cambio de comportamiento. Por último, un 20-25% de los hombres a partir BIP parecen estar dispuestos a cambiar.

La disposición para cambiar medida por el URICA-DV y la SHA. Las correlaciones significativas que surgieron fueron en gran medida de los autoinformes de hombre autoinforme de las variables de IPV. Como puede verse, las puntuaciones más altas tanto en el URICA-DV y las escalas de la SHA son que la precontemplación se asocia significativamente las actitudes más negativas hacia las mujeres. La contemplación se relaciona con problemas de alcohol en el AUDIT ($r = 0.25$, $p < .01$) y el aumento de los niveles de ira de la TAS ($r = 0.24$). La contemplación SHA se relacionó con una amplia gama de variables, incluyendo el consumo de alcohol ($r = 0.25$), el consumo de drogas ($r = 0.39$), los síntomas de salud mental ($r = 0.22$), ira rasgo ($r = 0.44$), y la hostilidad hacia las mujeres ($r = 0.32$). Ambas escalas con respecto a la acción casi no mostraron relaciones bivariadas con las diversas medidas psicológicas de interés.

Los resultados sugieren que los hombres en tratamiento por violencia a su pareja no son uniformes en su la disposición a cambiar su comportamiento abusivo, y el uso de los procesos de cambio. El asistir a la terapia no garantiza cambios en el comportamiento. Es necesario que se impliquen y participen, para ello es fundamental valorar la etapa del cambio.

Kistenmacher B, Weiss R . Motivational Interviewing as a Mechanism for Change in Men Who Batter: A Randomized Controlled Trial.³³

Ensayo clínico aleatorio con hombres maltratados en EEUU. El grupo intervención recibió una intervención motivacional mediante entrevistas motivacionales, en el grupo control no se intervino de ninguna manera.

Utilizaron diversas escalas **Conflict Tactics Scale Form N (CTS)**. (Straus, 1979) **Revised Gudjonsson Blame Attribution Inventory (BAI-R)**. The BAI-R (Gudjonsson & Singh, 1989) **Stages of Change Questionnaire (SOCQ)**. The SOCQ (McConaughy, Prochaska, & Velicer, 1983). Se procedió a una formación exhaustiva de los y las terapeutas supervisado por pares en la cual, además de realizar la formación teórica debían participar en sesiones de rol-playing.

Se inicia el estudio pasando los cuestionarios a ambos grupos.

Grupo intervención: Se utilizaron estrategias para involucrar al participante en una discusión acerca de su comportamiento y el maltrato necesario en el tratamiento. La sesión se centró en desenterrar la ambivalencia del cliente acerca de su comportamiento violento, utilizando técnicas de OARS (es decir, las preguntas abiertas, afirmaciones, reflexiones y resúmenes), las estrategias para la resistencia a la manipulación (por ejemplo, la reflexión), y estrategias para hablar provocar el cambio (por ejemplo, evocadora de preguntas abiertas, invitando a la elaboración de hablar el cambio, mirando hacia adelante, la exploración de objetivos y valores, etc.) el objetivo de la reunión era proporcionar un ambiente de colaboración en la que el terapeuta puede invitar al paciente a hacer sus propios argumentos para el cambio y, finalmente, aumenta la motivación para reducir o poner fin a la conducta maltrato.

Evaluación: se pasan de nuevo los cuestionarios a ambos grupos.

Variables dependientes (variables de resultado): las etapas de Precontemplación, Contemplación y las puntuaciones de la acción de la diferencia SOCQ.

Los resultados del estudio indican que la intervención ha sido útil en el avance de los participantes en las etapas del modelo hacia una mayor acción en el cambio de su comportamiento violento. Los participantes del grupo intervención tendían a culpar menos a factores externos de su violencia.

Los análisis revelaron que la acción fue la variable que maximiza las diferencias entre grupos. Esto fue consistente con las predicciones, el grupo intervención demostró un aumento de pre-a-post en la acción, y el grupo control mostró una disminución en la acción ($p=0,03$) medido con la escala SOCQ. Se obtuvieron diferencias significativas igualmente en las atribuciones externas $p=0,04$

No se obtuvieron diferencias significativas en las fases de precontemplación y contemplación pre-post entre ambos grupos. $p=0,06$ y $p=0,11$.

PROFESIONALES

Brienza RS et al. Evaluation of a women's safe shelter experience to teach internal medicine residents about intimate partner violence. A randomized controlled trial.³⁴

Ensayo clínico aleatorio realizado en Estados Unidos con 36 residentes en medicina interna de atención primaria de un Hospital.

Intervención/variable: todos los participantes realizan un Seminario-Taller, pero el grupo intervención además participa de una experiencia en un refugio de mujeres, con una reunión semanal con las supervivientes de IPV (2-3 horas).

Variable de Resultado Principal: cambios en el conocimiento, habilidades y actitudes sobre IPV.

Variables secundarias: conciencia de los recursos.

Se comparó la media pre-post de los cambios entre el grupo intervención y el grupo control mediante el test de Mann-Whitney. G. Intervención y G. control por separado mediante el Test de Wilcoxon. Auto-informe de evaluación, documentación y experiencia personal con elementos IPV mediante Chi cuadrado.

Resultados: Solamente fue significativa ($p 0.04$), la mejora en la escala de conocimiento pre-post de los casos (0.69) o frente a controles (0.40).

Conclusión: La mejora del plan de estudios tradicional en IPV, de los residentes de medicina, con la experiencia educativa en un refugio puede dar lugar a pequeñas mejoras en el conocimiento de los residentes sobre IPV.

Lo Fo Wong S et al. Increased awareness of intimate partner abuse after training: a randomised controlled trial.³⁵

Ensayo clínico aleatorio realizado 54 médicos de familia de Rotterdam y sus alrededores. Intervención/variable: Se hicieron tres grupos: grupo de entrenamiento completo que participa en un grupo de discusión (seis debates en grupo, liderado por un científico social calificado) y sesión de capacitación de 1.5 días, grupo de discusión (igual a la del grupo de entrenamiento) y grupo control que recibe instrucción personal.

Variable de Resultado Principal: número de mujeres informadas.

Variables secundarias: número de mujeres de los que no había razones obvias para sospechar abuso.

Se compararon los grupos mediante el uso de un análisis de regresión de Poisson.

Resultados: La comparación entre el grupo de formación completa y control: razón de tasas 4,54 (IC del 95% intervalo de confianza [IC] = 2,5 a 8,09, $P < 0,001$), efecto significativo de la formación. Grupo discusión y grupo control resultó en una razón de tasas de 2,20 (IC 95% = 1,4 a 4,26, $P = 0,019$). Grupo formación y el grupo de discusión razón de tasas de 2,19 (IC 95% = 1,36 a 3,52, $P < 0,001$). No razones obvias de sospecha: 5.92 (IC 95% = 2,25 a 15.62, $P < 0,01$) en el grupo de entrenamiento completo (significativo).

Conclusiones: una formación de 1,5 días de sesiones para médicos de familia aumenta la conciencia y la identificación del abuso de pareja en mujeres hasta 4,5 veces. La formación tiene éxito en la superación de las barreras existentes en la actitud y la falta de del conocimiento.

Nicolaidis C et al. Measuring the impact of the Voices of Survivors program on health care workers' attitudes toward survivors of intimate partner violence.³⁶

Estudio cuasiexperimental de intervención pre y post llevado a cabo en Oregon. EEUU con 284 profesionales de la salud de atención primaria de 31 centros (médicos, enfermeras, asistentes, personal administrativo, en prácticas).

Intervención/variable: taller de 2 horas basada en el documental Voices of Survivors y su guía, 1ª hora 30 min video y discusión, en la segunda hora, un abogado de violencia doméstica guía un debate.

Variable de resultado principal: cambio en las actitudes hacia las mujeres supervivientes de violencia de género.

Variables secundarias: responsabilidad para valorar la violencia de género, respeto por la autonomía de la paciente, confianza, conocimientos, autoinforme de evaluación de la conducta.

Se compararon las respuestas antes y después de la intervención con una prueba de dos colas t de Student pareada.

Resultados: 94% completaron las evaluaciones de los talleres y 66% completaron el pre y post-intervención. Responsabilidad para valorar la violencia de género 3,96 vs 3,64; $P < .0001$, respeto por la autonomía del paciente 2,78 vs 2,41; $P < .0001$, empatía 3,24 vs 2,99; $P = .002$, confianza 2,33 vs 2,07; $P < .0001$, conocimientos 2.08 vs 1.64; $P < .0001$, autoinforme de evaluación de la conducta 3,08 vs 2,53 $P = .0001$.

Conclusiones: El documental Voices of Survivors, junto con un taller sobre la base de su guía, mejora el conocimiento de los trabajadores, las actitudes, la empatía y el auto-reporte de conductas de evaluación sobre violencia de género.

| BASE DE DATOS | FECHA BÚSQUEDA | DESCRIPTORES | ESTUDIOS ENCONTRADOS | PRE-SELECCIÓN | ESTUDIOS SELECCIONADOS |
|---------------|----------------|---|----------------------|---------------|------------------------|
| CINALH | 18-7-2011 | SPOUSE ABUSE or BATTERERS WOMEN | 15 | 2 | 0 |
| CINALH | 18-7-2011 | BATTERED WOMEN and INTERVENTIONS | 60 | 11 | 1 |
| CINALH | 25-8-2011 | VIOLENCE AGAINST WOMEN | 269 | 24 | 1 |
| CINALH | 19-8-2011 | STAGE OF CHANGE AND VIOLENCE | 2 | 2 | 1 |
| MEDLINE | 30-8-2011 | BATTERED WOMEN Or SPOUSE ABUSE | 163 | 36 | 16 |
| MEDLINE | 31-8-2011 | PROCESS OF CHANGE IN BATTERED WOMEN | 23 | 6 | 1 |
| MEDLINE | 6-9-2011 | (BATTERED WOMEN or SPOUSAL ABUSE) and TRANSTEORETICAL MODEL | 14 | 6 | 0 |
| CUIDEN | 10-9-2011 | INTERVENCIÓN VIOLENCIA MUJER | 20 | 5 | 0 |
| SCIELO | 21-9-2011 | MUJERES MALTRATADAS | 11 | 4 | 0 |
| INHATA | 29-9-2011 | BATTERED WOMEN | 96 | 9 | 0 |
| HTA Database | 29-9-2011 | BATTERED WOMEN | 8 | 3 | 0 |

Con respecto a los aspectos contemplados para analizar la calidad de los estudios, se ha utilizado la escala de Jadad para ensayos clínicos y CASPe para el resto de los diseños.

Se incluyen además las recomendaciones llevadas a cabo por la RNAO. Esta organización de enfermeras de Ontario llevó a cabo una exhaustiva revisión sistemática en el año 2004 y son recomendaciones que siguen estando vigentes, si bien están dirigidas en cierto modo al cribado, consideramos adecuada su inclusión para ser aplicadas por las enfermeras. Anexo I

DISCUSIÓN

La evidencia empírica hallada no permite establecer grados de recomendación de primer nivel al no encontrar estudios cuya calidad sea la exigible para poder establecer niveles de evidencia I. Los estudios científicos hallados son escasos, y utilizan diseños epidemiológicos que no tienen suficiente poder explicativo para establecer relaciones causales. La escasez de estudios con diseños apropiados para analizar las relaciones causales y la heterogeneidad de criterios utilizados para poder llevar a cabo un metaanálisis son parte de las limitaciones observadas en la publicación de artículos científicos sobre Violencia de Género. A esto hay que añadirle las limitaciones derivadas de los tipos de muestreo y de los tamaños muestrales de algunos de los artículos publicados.

Los tamaños muestrales en general han sido pequeños. En algunos casos esto ha condicionado el nivel de evidencia y consecuente grado de recomendación de algunas de las recomendaciones extraídas de los estudios.

La heterogeneidad de los estudios, refleja la necesidad de realizar más investigación primaria y de más calidad que permita establecer resultados concluyentes sobre las intervenciones que se puedan llevar a cabo en este grave problema de salud.

Los estudios que se incluyen finalmente en esta revisión concluyen que las intervenciones cognitivas mediante entrevistas motivacionales son efectivas tanto en las mujeres como en los maltratadores. El simple hecho de detectar a las mujeres víctimas de violencia de género y entregarles información escrita con datos de contacto y recursos disponibles, reduce el tiempo de recurrencia de violencia de género y el trastorno de estrés postraumático. Las intervenciones cognitivas y psicoconductuales en comportamientos de seguridad en la violencia de género en mujeres embarazadas, reduce el número de recién nacidos prematuros. Los hombres acuden a terapia por el problema de la violencia de género no son homogéneos en la disposición a modificar su comportamiento abusivo, y el uso de los procesos de cambio. El asistir a la terapia no garantiza cambios en el comportamiento. Es necesario que se impliquen y participen, para ello es fundamental valorar la etapa del cambio.

Son necesarias la formación y la sensibilización de los profesionales sanitarios en el problema de la violencia de género tanto en el periodo pregrado como en el postgrado.

Sería preciso diseñar planes de cuidados con intervenciones específicas, adaptadas a distintas mujeres, en las distintas del proceso del cambio, con el fin de conseguir un alto grado de eficacia en la tarea de ayudar a las mujeres víctimas de la violencia de género para conseguir su total recuperación y inserción a una vida plena y sana. Se necesitan estudios de investigación con diseños adecuados en nuestro ámbito que demuestren la efectividad de estos planes de cuidados, teniendo en cuenta las fases del cambio.

ANEXO I

Recomendaciones en entornos de atención sanitaria.

- 1.- En todos los ámbitos de la salud, los profesionales de enfermería llevan a cabo de forma rutinaria actividades para el despistaje generalizado de la violencia contra las mujeres. **IIb**
- 2.- Se aplicará un despistaje universal de forma rutinaria a todas las mujeres de 12 o más años. **IV**
- 3.- Los profesionales de enfermería perfeccionan competencias para la creación de un entorno que facilite la verbalización del problema: **IV**

Para ello es necesario que las enfermeras sepan:

- Cómo hacer la pregunta y
 - Cómo reaccionar.
- 4.- Los profesionales de enfermería perfeccionan los métodos de despistaje y las intervenciones iniciales que respondan a las necesidades de todas las mujeres, teniendo en cuenta las diferencias por motivos etnia, clase, religión y las creencias espirituales, edad, capacidad o la orientación sexual. **III**
 - 5.- Los profesionales de enfermería reflexionan como influyen sus propias creencias, valores y experiencias en las prácticas de cribado. **IIa**
 - 6.- Las enfermeras saben qué elementos deben ser documentados durante la detección de violencia y las intervenciones derivadas de la respuesta. **IV**
 - 7.- Las enfermeras saben sus obligaciones legales en el caso de denuncia de la violencia. **IV**

Recomendaciones formación

- 8.- Programas de formación necesaria en el lugar de trabajo elaborados para:
 - Mejorar los conocimientos y habilidades de las enfermeras y
 - Promover la educación sobre la violencia contra las mujeres y la inclusión de esta realidad. **Ib**
- 9.- Todos los planes de estudios de enfermería incorporar contenidos sobre la violencia de género de forma sistemática **II**

Recomendaciones para el establecimiento y los reglamentos.

- 10.- Los centros sanitarios desarrollan normas y procedimientos que promuevan la eficacia de la detección generalizada de la violencia contra las mujeres y las intervenciones iniciales que den respuesta a ésta. **IV**
- 11.- Los centros sanitarios involucran a la comunidad en sus planes para mejorar la colaboración e integración de servicios entre los diferentes sectores. **Ib**
- 12.- Estas directrices sobre las mejores prácticas en enfermería no pueden aplicarse con éxito si no se cumplen las condiciones siguientes: planificación, recursos y un adecuado soporte organizativo y administrativo así como una ayuda adecuada para la puesta en marcha que comprenda los siguientes elementos: **IV**



- Evaluación del nivel de preparación y conocimiento de las barreras para la formación.
- La participación de todos los miembros (ya sea en un apoyo directo o indirecto) que contribuirán al proceso de aplicación.
- Dedicación de una persona cualificada para brindar el apoyo necesario para la formación y el proceso de aplicación.
- Oportunidades para el diálogo permanente y la formación con el fin de reforzar la importancia de implantar las mejores prácticas.
- Oportunidades para la reflexión sobre la experiencia individual y de la institución de las directrices de la puesta en marcha.

En este sentido, RNAO (a través de un panel de enfermeras, investigadores y administradores) ha desarrollado la Guía Práctica: directrices para la aplicación de práctica clínica, basado en la evidencia disponible, las perspectivas teóricas y de consenso. RNAO recomienda el uso de este conjunto de herramientas para guiar la implementación de las Directrices prácticas de enfermería titulada Violencia contra la Mujer: Detección, identificación y respuesta inicial.

| AUTOR/NOMBRE DEL ESTUDIO AÑO/TIPO DE ESTUDIO | POBLACION | INTERVENCION/VARIABLES DE ESTUDIO | RESULTADOS | COMENTARIOS | CALIDAD |
|---|---|---|---|---|---------|
| <p>Resick PA, Galovski TE, O'Brien Uhlmansiek M, Scher CD, Clum GA, Young-Xu Y. A randomized clinical trial to dismantle components of cognitive processing therapy for posttraumatic stress disorder in female victims of interpersonal violence. J Consult Clin Psychol. 2008 Apr;76(2):243-58. Ensayo clínico aleatorizado</p> | <p>n= 150 mujeres con trastorno de stres postraumático po lo menos tres meses después del traumatismo.</p> <p>St. Louis</p> | <p>Objetivo: Constituir como única terapia la de procesamiento cognitivo (CPT) para el trastorno de estrés postraumático (TEPT) por separado y en comparación con el protocolo completo.</p> <p>La hipótesis del protocolo original CPT sería más eficaz que la terapia cognitiva solamente (CPT-Co) ó el informe escrito (WA) administrado solo.</p> <p>Método con 2 horas de terapia semanal durante 6 semanas y evaluación a las 2 semanas y a los 6 meses.</p> <p>Utiliza distintos instrumentos y escalas.</p> | <p>En la escala del diagnóstico postraumático (PDS) se observó mejoría en la semana 2 grupo CPT-C (p=0,001) en la semana 3 en el grupo CPT (p=0,02) y en la semana 5 por el grupo WA (p=0,005).</p> <p>En la escala de depresión de Beck (BDI-II) no fue significativa la mejoría a la semana 3 para el grupo CPT-C (p=0,006) en la semana 4 en el grupo CPT (p=0,005) y en la semana 6 para el grupo WA (p=0,04).</p> <p>Los participantes mejoran el trastorno de estrés postraumático y la depresión a través de las tres condiciones.</p> | <p>Tamaño de la muestra no es suficientemente grande.</p> | JADAD 4 |
| <p>Taft AJ, Small R, Hegarty KL, Watson LF, Gold L, Lumley JA. Mothers' AdvocateS In the Community (MOSAIC)--non-professional mentor support to reduce intimate partner violence and depression in mothers: a cluster randomised trial in primary care. BMC Public Health. 2011 Mar 23;11:178. Ensayo clínico aleatorizado</p> | <p>n=258 (intervención/167-control/91)</p> <p>n=133 (intervención /90-control/43)</p> <p>en 106 centros de atención primaria en Melbourne, Australia.</p> | <p>Capacitación a médicos y enfermeras. Historias asignadas al azar.</p> <p>Programa de mentores con selección de habilidades para escuchar y un enfoque abierto, comprensivo y sin prejuicios. Con 5 días de formación.</p> <p>IPV (violencia de género) medida con escala de Abuso compuesto (CAS).</p> <p>Objetivo; fortalecer la salud, bienestar y la union madre-hijo en mujeres maltratadas ó en riesgo y disminuir laIPV y/o depresión entre mujeres embarazadas o con niños menores de 5 años.</p> <p>Encuesta y mentores con visitas cada 15 días y hasta 12 meses.</p> | <p>Falta de seguridad para los profesionales sanitarios para preguntar sobre violencia de género.</p> <p>Beneficio de las visitas domiciliarias a madres vulnerables por profesionales de apoyo no sanitario.</p> <p>Probabilidad de sufrir violencia durante el periodo de seguimiento fue 0,47 (IC 95% ENTRE 0,21-1,05)</p> | <p>Mayor amenaza para la validez fue ensayo clínico no ciego.</p> | JADAD 3 |

| AUTOR/NOMBRE DEL ESTUDIO AÑO/TIPO DE ESTUDIO | POBLACION | INTERVENCION/VARIABLES DE ESTUDIO | RESULTADOS | COMENTARIOS | CALIDAD |
|---|---|---|--|--|---------|
| <p>Taft AJ, Small R, Hegarty KL, Lumley J, Watson LF, Gold L. MOSAIC (MOthers' Advocates In the Community): protocol and sample description of a cluster randomised trial of mentor mother support to reduce intimate partner violence among pregnant or recent mothers. BMC Public Health. 2009 May 27;9:159.</p> <p>Ensayo clínico aleatorizado</p> | <p>n=174(intervención/114-control/60)</p> <p>Melbourne, Australia.</p> | <p>Intervención de tres años (01-03) donde profesionales sanitarios detectan y derivan la IPV hacia una intervención con mentores (personal no profesional) con visitas domiciliarias y llamada telefónica con preparación previa con un programa de entrenamiento para los mentores.</p> <p>Objetivos: 1-Reducir IPV en las mujeres embarazadas y/o con niños menores de 5 años.(Escala de abuso compuesto/CAS >=7). 2-Reducir la depresión.(EPDS>=13). 3-Fortalecer la salud y bienestar con unión madre-hijo en mujeres maltratadas o en riesgo.(SF-36).</p> | <p>Modelo probado de estudio combinado evidencia beneficios del apoyo social, de defensa y la atención prenatal con mentores para reducir la violencia de género y mejorar la salud física y mental de las mujeres maltratadas.</p> <p>Para violencia de pareja intervalo de confianza del 95%, entre 0,21-1,05.</p> <p>Para escala depresión postnatal de Edimburgo EPDS- IC 95% ENTRE 0,17-1,06.</p> | <p>Primer ensayo aleatorio de las madres mentores de apoyo a la mujer maltratada en todo el mundo y el primer ensayo aleatorizado de una intervención IPV en Australia con 12 meses de apoyo.</p> <p>Mayor amenaza para la validez fue ensayo clínico no ciego por los profesionales sanitarios.</p> | JADAD 3 |
| <p>El-Mohandes AA, Kiely M, Gantz MG, El-Khorazaty MN. Very preterm birth is reduced in women receiving an integrated behavioral intervention: a randomized controlled trial. Matern Child Health J. 2011 Jan;15(1):19-28.</p> <p>Ensayo clínico aleatorizado</p> | <p>n=819, 94% de las madres con un nacimiento vivo de 870.</p> <p>(Intervención/403-control/416)</p> <p>Columbia.</p> | <p>Método teleentrevista telefónica con gestantes de 19 semanas.</p> <p>Objetivo: Reducción de la prematuridad y bajo peso al nacer.</p> <p>Estudio multifactorial entre los que incluye como causa la IPV en partos prematuros (PTB) con valor de 1,64/95% CI 1,07-2,57. Y partos muy prematuros (VPTB) con valor de 2,94/95% CI 1,40-6,16.</p> | <p>Intervención de terapia cognitiva actuando sobre el comportamiento con eficacia demostrada en hacer frente a los múltiples factores de riesgo al mismo tiempo.</p> <p>Hizo hincapie en las conductas de seguridad, adaptados para la intervención IPV. Folleto basado en la información sobre lo tipos de abuso, el ciclo de la violencia, evaluación del peligro y desarrollo de un plan de seguridad individualizado.</p> | <p>La recurrencia de la IPV en el grupo intervención fue de 7,9 frente al 21,6 % en el grupo control para mujeres que refirieron IPV en el embarazo de años anteriores.</p> <p>Estudio realizado con mujeres afroamericanas.</p> | JADAD 3 |

| AUTOR/NOMBRE DEL ESTUDIO AÑO/TIPO DE ESTUDIO | POBLACION | INTERVENCION/VARIABLES DE ESTUDIO | RESULTADOS | COMENTARIOS | CALIDAD |
|--|--|--|---|--|---------|
| <p>MacMillan HL, Wathen CN, Jamieson E, Boyle MH, Shannon HS, Ford-Gilboe M, Worster A, Lent B, Coben JH, Campbell JC, McNutt LA; McMaster Violence Against Women Research Group.</p> <p>Screening for intimate partner violence in health care settings: a randomized trial.</p> <p>JAMA. 2009 Aug 5;302(5):493-501.</p> <p>Ensayo clínico aleatorizado</p> | <p>n=347 grupo experimental</p> <p>n=360 grupo control Ontario (Canadá)</p> | <p>Objetivo: Determinar la eficacia del cribado de IPV y de la comunicación de resultados positivos para los médicos.</p> <p>Herramientas:-Detección del abuso (WAST)(4 ó más indica exposición a IPV)-Escala de abuso compuesto (CAS) Criterio para la recurrencia(7 ó más indica exposición IPV)-Calidad de vida (WHOQOL)-Estrés posttraumático (PTSD)</p> | <p>Presenta reducción con el tiempo de recurrencia del IPV, trastorno estrés posttraumático y mejora la calidad de vida, depresión y salud mental.</p> <p>A los 18 meses intervalo de confianza del 95%, (0,32-2,12)</p> | <p>Edad de 18 a 64 años</p> | JADAD 4 |
| <p>Crespo M, Arinero M.</p> <p>Assessment of the efficacy of a psychological treatment for women victims of violence by their intimate male partner.</p> <p>Span J Psychol. 2010 Nov;13(2):849-63.</p> <p>Ensayo clínico aleatorizado.</p> | <p>n=53 total</p> <p>n=28 se aplica programa con técnicas de exposición</p> <p>n=25 se aplica programa con habilidades de comunicación</p> <p>Madrid</p> | <p>Intervención en los trastornos de los síntomas de estrés (escala Echebarria, Corral, Amo, Zubizarreta y Sarasua)</p> <p>Método con batería de evaluación antes de tto y postratamiento con seguimiento en sesiones individuales de 90 minutos.</p> <p>Tto psicológico en mujeres maltratadas. Consiste en un multicomponente cognitivo-conductual del programa que incluye los siguientes módulos:</p> <p>a)Ejercicios para controlar la excitación de la respiración diafragmática.</p> <p>b)Mejorar el estado de ánimo.</p> <p>c)Mejorar la autoestima.</p> <p>d)Aumento de las habilidades para una vida independiente</p> <p>.e) Psico educación.</p> | <p>Los resultados mostraron descenso de los síntomas postraumáticos, depresión y ansiedad, con escasa diferencia en los dos programas.</p> <p>Alcanzó la significación estadística de la sintomatología postraumática general, en el 1- meses de seguimiento, $F(1, 36) = 4,41, p < .05$; para volver a experimentar en la evaluación post-tratamiento, $F(1, 37) = 8.84, p < .01$; para evitar a 1 -, 3 -, ya los 6 meses de seguimiento, $F(1, 36) = 4,62, p < .05$; $F(1, 36) = 11.54, p < .01$, y $F(1, 36) = 9,39, p < .01$, respectivamente, y de ipher-alerta en el postratamiento, $F(1, 37) = 3.37, p < 0.05$.</p> <p>los valores para la depresión, $F(1, 37) = 7.12, p 0.01 <$ y $F(1, 36) = 7.81, p < .01$, respectivamente, en los valores después del tratamiento de la ansiedad, $F(1,3 7) = 4.52$,</p> | <p>Muestra pequeña.</p> <p>Todos los tratamientos fueron aplicados por la misma terapeuta.</p> | JADAD 3 |

| AUTOR/NOMBRE DEL ESTUDIO. REF BIBLIO. TIPO DE ESTUDIO | POBLACION | INTERVENCION/VARIABLES DE ESTUDIO | RESULTADOS | COMENTARIOS | CALIDAD |
|--|---|--|--|--|----------------|
| | | <p>8 sesiones de 90 minutos semanales: 2 meses en grupos de 3-5 liderado por una mujer terapeuta terminando con 5' de respiración diafragmática</p> | <p>p <.05, y en los cinco tiempos de medición de los valores de expresión de la ira, F (1, 37) = 4.08, p <.05, F (1, 36) = 5.30, p <.05, F (1, 36) = 3.85, p <.05, F (1, 36) = 5.08, p <.05, y F (1, 36) = 5.49, p <.01, respectivamente. En todos los casos, las puntuaciones fueron inferiores en el grupo de intervención de la exposición.</p> <p>En ningún momento hubo diferencias entre los grupos en la medida de la autoestima.</p> | | |
| <p>Kiely M, El-Mohandes AA, El-Khorazaty MN, Blake SM, Gantz MG.</p> <p>An integrated intervention to reduce intimate partner violence in pregnancy: a randomized controlled trial.</p> <p>Obstet Gynecol. 2010 Feb;115(2 Pt 1):273-83. Erratum in: Obstet Gynecol. 2011 May;117(5):1232. Blake, Susan M [added].</p> <p>Ensayo clínico aleatorizado</p> | <p>n=150 grupo intervención n=156 grupo control</p> <p>Washington</p> | <p>Intervención cognitivo-conductual ó psicoconductual por trabajadores sociales ó psicólogos.</p> <p>Objetivo reducir la recurrencia IPV durante el embarazo y mejorar los resultado en el parto (bajo peso al nacer y parto prematuro) Se realiza una intervención sobre 4 factores de riesgo: IPV, tabaco, depresión y ETSE.</p> <p>La intervención IPV hizo hincapie en los comportamientos de seguridad. Teoría del emponderamiento: Información sobre -tipos de abusos, ciclo de la violencia, evaluación del peligro y plan de seguridad.</p> | <p>Las mujeres asignadas al azar en la intervención fueron menos propensas a tener episodios recurrentes (OR 0,48 IC95% 0,29-0,80)</p> <p>La mujer de la intervención tuvo menor nº de recién nacidos prematuros (P=0,03)</p> <p>Durante el embarazo la violencia fue significativamente menor (OR=0,48 95%IC=0,26-0,86)</p> | <p>Mujeres afro-americanas.</p> <p>Se vio una eficacia de una intervención conductual integrada.</p> <p>La clasificación de la IPV fue basada en las escalas de tácticas de conflicto (CTS).</p> | <p>JADAD 3</p> |

| AUTOR/NOMBRE DEL ESTUDIO. REF BIBLIO. TIPO DE ESTUDIO | POBLACION | INTERVENCION/VARIABLES DE ESTUDIO | RESULTADOS | COMENTARIOS | CALIDAD |
|---|---|---|--|------------------------|----------------|
| <p>Ilardi DL, Kaslow NJ.</p> <p>Social difficulties influence group psychotherapy adherence in abused, suicidal African American women.</p> <p>J Clin Psychol. 2009 Dec;65(12):1300-11.</p> <p>Ensayo clínico</p> | <p>n= 112 de las que quedaron 51 por historial de IPV y un intento de suicidio en los últimos años.</p> | <p>Los factores que influyen en la adherencia al tto son dinámicos y complejos. Hay 4 modelos para explicar los problemas de adherencia (Wamboldt,2005): bala de plata, lista de control de sintoma del DSM, el cerebro biopsicosocial y el cerebro social.</p> <p>El estudio se basa en la última teoría del modelo de cerebro social (hace hincapié en la mejora de nuestra comprensión de los factores relacionados que influyen en la adherencia al tratamiento). La mayoría de las mujeres maltratadas tienen miedo o preocupación por estilos de apego inseguro, problemas interpersonales y bajo nivel de apoyo social, que junto con dependencia emocional hace que la separación de su agresor sea bastante difícil.</p> <p>Se hicieron grupos de 10 sesiones semanales de psicoterapia donde la intervención al IPV fue de apoyo psicoeducativo para reducir los factores de riesgo y mejorar los factores de protección en tres ámbitos: interpersonal, social y situacional.</p> <p>Variable dependiente la psicoterapia de grupo y se aplicó cuestionarios de estilos de relación (RSQ, Griffin y Bartholomew 1994).</p> | <p>Los resultados indican estilo de miedo $F=3,497$ p menor 0,5 y problemas sociales $F=2,878$ y p menor 0,05 pero no en el de ayuda social $F=1,61$ y p mayor 0,05.</p> | <p>Muestra pequeña</p> | <p>JADAD 4</p> |

| AUTOR/NOMBRE DEL ESTUDIO AÑO/TIPO DE ESTUDIO | POBLACION | INTERVENCION/VARIABLES DE ESTUDIO | RESULTADOS | COMENTARIOS | CALIDAD |
|---|---|--|---|--|---------|
| <p>Tiwari A, Leung WC, Leung TW, Humphreys J, Parker B, Ho PC</p> <p>A randomised controlled trial of empowerment training for Chinese abused pregnant women in Hong Kong.</p> <p>BJOG. 2005 Sep;112(9):1249-56.</p> <p>ECA</p> | <p>Mujeres embarazadas más de 18 años y menos de 30 semanas de gestación que asisten a su primera cita prenatal en un Hospital Público en Hong Kong.</p> <p>Muestra: 110 mujeres embarazadas con IPV (55 interv. 55 control).</p> | <p>Intervención: protocolo de capacitación diseñado para mejorar independencia de la mujer, consejo en las áreas de toma de decisión de seguridad, y la resolución de problemas. 30 min y folleto. Realizado por una matrona. Controles: tarjeta con información sobre recursos comunitarios para las mujeres maltratadas.</p> <p>Variables de resultado primaria: repetición de episodios de violencia de pareja.</p> <p>Variables secundarias: autopercepción salud, calidad de vida y depresión postnatal.</p> <p>Seguimiento: 6 semanas postnatal entrevista telefónica.</p> <p>Medidas de resultados: Escala de Tácticas de Conflicto (CTS) resultados de violencia de pareja, Short Form Health Survey (SF-36) salud y calidad de vida, Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) para la depresión postnatal.</p> | <p>Diferencias significativas (95% CI) a los 6 meses de intervención para el abuso psicológico (RR - 1.1), el abuso a menores (RR -1.0), funcionamiento físico medidas de las limitaciones de roles físicos y emocionales.</p> <p>Se reduce la depresión en el grupo de intervención.</p> | <p>Triple ciego.</p> <p>Muestra pequeña, poco tiempo de seguimiento, herramientas no correctamente validadas para la población estudiada.</p> <p>Conclusiones: Una intervención de capacitación especialmente diseñada para las mujeres embarazadas de China fue eficaz en la reducción de IPV (tanto física como psicológica) y mejorar el estado de salud de las mujeres.</p> <p>El componente de la comprensión empática fue muy importante.</p> <p>La capacidad de poder reflexionar sobre sus propios sentimientos también ha ayudado a las mujeres a identificar y explorar sus percepciones distorsionadas acerca de IPV.</p> <p>Necesidad de la intervención de mujeres maltratadas embarazadas, pero también de vigilancia para detectar signos de violencia de pareja.</p> <p>Los estudios futuros deben considerar el uso de una población más grande y más diversa de las mujeres y la inclusión de los hombres en programas voluntarios para los agresores.</p> | JADAD 4 |

| AUTOR/NOMBRE DEL ESTUDIO AÑO/TIPO DE ESTUDIO | POBLACION | INTERVENCION/VARIABLES DE ESTUDIO | RESULTADOS | COMENTARIOS | CALIDAD |
|--|---|--|---|--|---------|
| <p>Constantino R, Kim Y, Crane PA. Effects of a social support intervention on health outcomes in residents of a domestic violence shelter: a pilot study. Issues Ment Health Nurs. 2005 Jul;26(6):575-90. Estudio piloto para posterior ECA</p> | <p>Las mujeres residentes por primera vez de un refugio de violencia doméstica para mujeres maltratadas en el oeste de Pennsylvania. n=24</p> | <p>Intervención de Apoyo Social durante ocho semanas, una vez por semana un Programa de 90 minutos dirigido por una enfermera entrenada. Proporcionar recursos a las mujeres y la información incluida en los recursos, tiempo para acceder a los recursos cuando estén disponibles, y el medio ambiente para charlar con consejero y amigo. El concepto BEST se abordó en la modalidad de apoyo al tratamiento social (belonging, evaluation, self-esteem, and tangible support). Control: sesión de charla de flujo libre sin estructura. Variables: valoración psicológica de síntomas de angustia (Brief Symptom Inventory (BSI)), disponibilidad percibida de apoyo social (Interpersonal Self Evaluation List (ISEL)), utilización de la atención de la salud (Health Screening Questionnaire (HSQ)).</p> | <p>Test U de Mann-Whitney. Mejoría psicológica de la angustia : Grupo intervención: media 152,15 pre a 108,38 post. Control: media 159,73 pre 151,36 post. p 0.013. Mejoría en el apoyo social: Grupo intervención: media 4,54 pre 7,54 post. Control: media 6,00 pre 4,82 Post. p 0.016. Menos utilización de los servicios de salud: Intervención: media 0,82 pre 0,21 post. Control: media 0,36 pre 0,29 post. p 0.032.</p> | <p>Grupos pareados. Muestra pequeña. Los dos grupos eran pequeños y desiguales. No hay seguimiento después de la intervención. Conclusiones: Intervenciones de apoyo social para las mujeres en refugios son eficaces para mejorar los resultados de salud. Los grupos pueden validar la experiencia del IPV, reducir el estrés asociado, mejorar la salud, y contribuir al proceso de adaptación. Además la investigación debe estar dirigida a probar la eficacia de diferentes tipos de intervenciones y resultados sobre la salud y el abuso en las mujeres que sufren violencia interpersonal.</p> | JADAD 3 |
| <p>Bybee D, Sullivan CM. Predicting re-victimization of battered women 3 years after exiting a shelter program. Am J Community Psychol. 2005 Sep;36(1-2):85-96. <i>Estudio cuasi exp (intervención pre-post)</i></p> | <p>n: 141 mujeres que pasan al menos 1 noche en un refugio para violencia domestica Michigan. EEUU.</p> | <p>Recibir gratis servicios de defensa las primeras 10 semanas posteriores a la salida de la vivienda, 4-6 horas por semana. Se las entrevista cara a cara 6 veces en un periodo de dos años. Una nueva recaptación a los 3 años. Variables: riesgo de abuso, acceso a los recursos de la comunidad, soporte social, calidad de vida. Herramientas: versión modificada de Conflict Tactics Scale para violencia, escala adaptada de Andrews and Withey para calidad de vida, para soporte social escala de siete puntos (Bogat, Chin, Sabbath, &</p> | <p>Análisis multivariado de sentido único de la varianza (MANOVA). El MANOVA unidireccional entre las condiciones de cuatro variables de resultado (abuso físico, la calidad de vida, apoyo social y dificultades para acceder a los recursos) fue significativo en $p < 0,10$ F (multivariable (4, 119) = 1,57, $p = 0,089$ a los 3 años de seguimiento. ANOVA univariado para cada variable dependiente individual efecto significativo en el apoyo social (F (1, 122) = 4.69, $p = 0.016$, $\eta^2 = 0,04$), lo que representa</p> | <p>Nada claro la aleatorización de los grupos. Se centra en predecir los factores de revictimización y no describe bien como se hizo la intervención. Por un lado hace un estudio descriptivo, y por otro el experimental. Conclusiones: El efecto directo del programa de promoción sobre el riesgo de la re-victimización no continuó 3 años después de la intervención. A pesar de ello, el haber trabajado con un defensor 3 años antes seguía teniendo un impacto positivo en las mujeres en</p> | JADAD 3 |

| AUTOR/NOMBRE DEL ESTUDIO AÑO/TIPO DE ESTUDIO | POBLACION | INTERVENCION/VARIABLES DE ESTUDIO | RESULTADOS | COMENTARIOS | CALIDAD |
|--|---|---|--|---|---------|
| | | Schwartz, 1983). | <p>4% de la varianza. Medias estimadas para el apoyo social fueron 5.48 (experimental) y 5,09 (control), con SE = 0.13. La calidad de vida también mostró una significativa efecto de la condición ($F(1, 122) = 2.51, p = 0,058, \eta^2 = 0.02$), que representan el 2% de la varianza.</p> <p>Estimado medios para la calidad de vida fueron 5,07 (experimental) y 4,77 (control), con SE = 13. No significativo para reabuso.</p> | <p>calidad de vida y nivel de apoyo social. Periódicamente recibir una "vacuna de refuerzo" podría ser un medio de bajo costo para proteger a las mujeres de reabuso.</p> <p>Estos resultados deben ser replicados a mayor, más diversa muestras. Aumentar oportunidades sociales y económicas para las mujeres es un medio para prevenir y disuadir la violencia en la pareja.</p> | |
| <p>Sunah K and Joohyung K</p> <p>The Effects of Group Intervention for Battered Women in Korea.</p> <p>Archives of Psychiatric Nursing, Vol. XV, No. 6 (December), 2001</p> <p>Cuasiexperimental</p> | <p>n: 60 mujeres de dos refugios de Seul (Corea). 30 de un refugio control y 30 de otro refugio intervención.</p> | <p>Intervención consistió en 8 sesiones, 1 por semana, 90 minutos cada una (enfermeras). Basado en The Roberts's Seven-Step Crisis Intervention Model (Roberts & Burman, 1998).</p> <p>Variables: autoestima, depresión, y ansiedad.</p> <p>Herramientas: Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D) para medir síntomas de depresión, Spielberger's State-Trait Anxiety Inventory (STAI) para la ansiedad, Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES) para la autoestima.</p> | <p>T Student.No hubo diferencias significativas entre los grupos en el estado de ansiedad, autoestima, y la depresión.</p> <p>El pretest de los participantes en el grupo experimental mostró significativamente niveles más altos de rasgos de ansiedad en comparación con el grupo control ($t5\ 2.264, p5\ .031$).</p> <p>Scores en el estado de ansiedad significativamente más bajas en el postest que en el pretest en ambos grupos ($t\ 5\ 2.50, p\ 5\ .025 ; t\ 5\ 3.52, p\ 5\ .00$, respectivamente).</p> <p>Los scores de los rasgos de ansiedad fueron significativamente menores en el postest que en el pretest en el grupo experimental ($t\ 5\ 4.30, p\ 5\ .00$).</p> <p>El cambio en los niveles de los rasgos de ansiedad en el tiempo en el grupo xperimental fue significativamente diferente a los del grupo control ($t\ 5\ -3.20, p\ 5\ .00$).</p> | <p>Muestra pequeña. No hay aleatorización. El porcentaje de abandono es muy alto 45%.</p> <p>Conclusiones: las puntuaciones de rasgos de ansiedad de las mujeres maltratadas se redujeron significativamente después de la intervención., el contenido de la intervención del grupo en este estudio debe centrarse más en las estrategias de resolver la capacitación y la superación del dolor y las amenazas internas.</p> <p>Es esencial que las enfermeras sean capaces de desarrollar y aplicar las intervenciones profesionales para mujeres maltratadas en los refugios, en entorno de la comunidad, no sólo en el ámbito hospitalario en Corea.</p> | JADAD 3 |

| AUTOR/NOMBRE DEL ESTUDIO AÑO/TIPO DE ESTUDIO | POBLACION | INTERVENCION/VARIABLES DE ESTUDIO | RESULTADOS | COMENTARIOS | CALIDAD |
|---|--|--|--|---|---------|
| <p>McFarlane J, Malecha A, Gist J, Watson K, Batten E, Hall I, Smith S.</p> <p>Increasing the safety-promoting behaviors of abused women.</p> <p>Am J Nurs. 2004 Mar;104(3)</p> <p>Ensayo clínico</p> | <p>n=154 mujeres de habla inglesa o española de una oficina de abogados de una unidad especial de violencia de familia de un gran distrito urbano que solicitaron y se aplicó una orden de protección. Condado de Harris, Houston.EEUU.</p> <p>75 grupo de tratamiento y 75 grupo control.</p> | <p>Grupo intervención: 6 llamadas telefónicas de intervenciones de seguridad usando el protocolo de prevención de abuso de McFarlane y Parker.Se discuten comportamientos de promoción de la seguridad con los participantes y se hacen sugerencias. De 3-25 min por sesión una media de 9 min. Termina 8 semanas después de la entrada en el estudio.</p> <p>Grupo control: Sesión de consejo y referencias de 1 hora por trabajadora social. Ambos grupos reciben los servicios habituales de la oficina en el momento de la captación y llamadas telefónicas de seguimiento a los 3,6, 12 y 18 meses. Realizada por enfermeras y trabajadora social.</p> <p>VARIABLES: realización de conductas de promoción de la seguridad.</p> <p>HERRAMIENTAS: Safety-Promoting Behavior Checklist.</p> | <p>Análisis de la varianza (RM ANOVA).</p> <p>El número de comportamientos de seguridad aumentó de manera significativa en el grupo de intervención (F1,147=23.72p<0.001).</p> <p>Significativo mantenimiento de los comportamientos en el tiempo en el grupo de intervención(F4,144=5.45, p>0.001)</p> <p>Los cambios realizados en el número de comportamientos de seguridad a lo largo del tiempo en los dos grupos fueron significativamente diferentes (F4,144=2.81, p> 0.028)</p> | <p>La muestra se obtuvo de todas las mujeres que acudieron a la oficina y se asignaron a uno u otro grupo según la semana de reclutamiento(4 mujeres rehusaron).</p> <p>La aleatorización de los grupos no parece la mas adecuada. La muestra es pequeña.</p> <p>Conclusiones:</p> <p>La intervención enfermera requiere solo de 54 minutos en total siendo posible integrarla en los cuidados de salud habituales. El coste de la intervención es mínimo. Futuros estudios deben determinar si la promoción se comportamientos de seguridad en mujeres maltratadas evita traumas y los subsiguientes costes de los cuidados de salud.</p> | JADAD 3 |
| <p>Alexander PC, Morris E.</p> <p>Stages of Change in Batterers and Their Response to Treatment.</p> <p>Violence Vict. 2008;23(4).</p> <p>Cuasiexperimental</p> | <p>n=210 hombres maltratadores que fueron incluidos en el programa por orden judicial.</p> <p>Condado de Montgomery, Maryland. EEUU.</p> <p>Hombres que tenían datos completos sobre la URICA (University of Rhode Island Change Assessment scale) para</p> | <p>Intervención: programa de reeducación cognitivo-conductual de género (elementos del modelo de Duluth y enfoque cognitivo-conductual), en grupos cerrados de 8 a 12 hombres. durante 26 semanas (39 horas).</p> <p>Cuestionarios antes de la intervención y seguimiento a los 6 meses. La pareja se pone en contacto por teléfono cuando el agresor fue inscrito en el programa para completar cuestionario con respecto a la prevalencia del comportamiento violento de su pareja hacia ella, así como en los anteriores 6 meses.</p> | <p>Pruebas t student y un análisis multivariante de la varianza (MANOVA).</p> <p>-Auto- informe de violencia contra la pareja: 6 meses previos: grupo 1 reconoce tasas más alta de violencia contra sus parejas que grupo 2 (F [4, 194] = 2,39, p = 0,052). Toda la vida de pareja: grupo 1 percepción significativamente mayor las tasas de prevalencia de la violencia que grupo 2 (F [4, 194] = 8,14, p <.001).</p> <p>- Violencia informada por la pareja: miembros de los grupos 1 y 2</p> | <p>No se pueden dar datos definitivos a los 6 meses por problemas para la realización del seguimiento muchas pérdidas n= 15. Se sugiere una disminución de los niveles de violencia en las personas que estaban en una etapa del cambio más avanzada (grupo 1).</p> <p>Muestra pequeña y muchas pérdidas.</p> <p>Selección no aleatoria de la muestra.</p> <p>Conclusiones: es posible utilizar el estándar URICA (con referencia a</p> | JADAD 3 |

| AUTOR/NOMBRE DEL ESTUDIO AÑO/TIPO DE ESTUDIO | POBLACION | INTERVENCION/VARIABLES DE ESTUDIO | RESULTADOS | COMENTARIOS | CALIDAD |
|---|--|---|---|--|---------|
| | <p>Determinar la etapa de cambio y ser asignado a uno de los dos grupos.</p> <p>Grupo 1 n=108 (en una etapa de cambio más avanzada), grupo2 n=102 (etapas de cambio anteriores).</p> | <p>Variables: autoinforme de reconocimiento violencia perpetrada contra su pareja, violencia informada por la pareja, comparación entre ambas, auto-informes de la angustia y la ira, síntomas de depresión y alcoholismo, respuesta al tratamiento.</p> <p>Herramientas: URICA etapas de cambio, Beck Depression Inventory–Revised (BDII), depresión, State-Trait Anxiety Inventory–Trait Anxiety (STAI) ansiedad, State-Trait Anger Expression Inventory (STAXI) ira, Short Michigan Alcohol Screening Test (SMAST) problemas de alcoholismo.</p> | <p>no hubo diferencias en el nivel de violencia en los últimos 6 meses (F [4, 133] = 0,71, ns) o en la prevalencia de la violencia (F [4, 133] = 0,41, ns).</p> <p>-Discrepancia entre informes de hombres y mujeres: grupo 2 significativamente más propensos a subestimar perpetración de violencia en comparación con el informe de su pareja que grupo 1 (F [4, 129] = 4,54, p = 0,002).</p> <p>- Auto-informe de la angustia y problemas con la ira. alcohol y depresión: grupo 1 significativamente más propensos que grupo 2 a describir angustia(F [3, 164] = 5,72, p = 0,001). mayores niveles de depresión (F [1, 166] = 6,15, p = 0,014), ansiedad (F [1, 166] = 10,10, p = 0,002), y problemas con el alcohol (F [1, 166] = 7,29, p = 0,008) y más problemas con la ira (F [4, 194] = 5,30, p <.001).</p> <p>-Respuesta al tratamiento: depresión, grupo 1 significativamente más mejora (F [1, 112] = 23,10, p <0,001) que grupo 2. Grupo 1 registró un descenso significativamente mayor en la ansiedad (F [1, 114] = 9,38, p = 0,003) y un aumento significativamente mayor en el control sobre su ira (F [1, 112] = 5,70, p = 0,019) que grupo 2.</p> | <p>el comportamiento específico de la violencia de pareja) para obtener las respuestas aparentemente válidas de los hombres con respecto a su etapa de cambio en la forma de ver su comportamiento violento.</p> <p>Los resultados de este estudio sugieren que el modelo transteórico es verdaderamente relevante para las perspectivas, experiencias y comportamientos de los maltratadores.</p> | |

| AUTOR/NOMBRE DEL ESTUDIO AÑO/TIPO DE ESTUDIO | POBLACION | INTERVENCION/VARIABLES DE ESTUDIO | RESULTADOS | COMENTARIOS | CALIDAD |
|---|--|--|--|--|---------|
| <p>Lo Fo Wong S, Wester F, Mol SS, Lagro-Janssen TL.</p> <p>Increased awareness of intimate partner abuse after training: a randomised controlled trial.</p> <p>Br J Gen Pract. 2006 Apr;56(525)</p> <p>ECA</p> | <p>n = 54 médicos de familia de Rotterdam y sus alrededores (23 con entrenamiento completo, 14 grupo de discusión y 17 control).</p> <p>Muestra aleatoria estratificada por sexo / ciudad, distrito / tipo de práctica (solo, en grupo, en centro de salud),</p> | <p>Variable principal: número de pacientes. Variable secundaria: número de pacientes de los que no había razones obvias para sospechar abuso. Seguimiento 6 meses.</p> <p>Intervenciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Grupo de discusión que precedió a la formación (intervención de bajo grado) (seis debates en grupo, liderado por un científico social calificado). - Formación completa 1.5 días de sesión de entrenamiento de abuso en la pareja (Los temas que surgieron de los grupos de enfoque se aplican en la formación) (nueve créditos CME). | <p>Análisis de regresión de Poisson.</p> <p>131 casos en los 6 meses. Grupo de formación (23) 87 casos (media 3,78). Grupo de discusión solo (14) 30 casos (media 2,14). Grupo de control (17) 14 casos (media 0,82).</p> <p>Comparación formación completa y control: razón de tasas 4,54 (IC del 95% intervalo de confianza [IC] = 2,5 a 8,09, P <0,001), efecto significativo de la formación.</p> <p>Grupo discusión y grupo control resultó en una razón la tasa de 2,20 (IC 95% = 1,4 a 4,26, P = 0,019). Grupo formación y el grupo de discusión razón de tasas de 2,19 (IC 95% = 1,36 a 3,52, P <0,001).</p> <p>No razones obvias de sospecha: 5.92 (IC 95% = 2,25 a 15.62, P <0,01) en el grupo de entrenamiento completo (significativo).</p> | <p>Ciego. Muestra pequeña. Poco tiempo de seguimiento.</p> <p>Conclusiones: El entrenamiento fue el factor determinante más importante para mejorar conocimiento e identificación del abuso de su pareja. Hay un cuestionamiento activo mayor, especialmente cuando no eran evidentes los signos de maltrato. La formación tiene éxito en la superación de las barreras existentes en la actitud y la falta de del conocimiento.</p> | JADAD 4 |
| <p>Brienza RS, Whitman L, Ladouceur L, Green ML.</p> <p>Evaluation of a women's safe shelter experience to teach internal medicine residents about intimate partner violence. A randomized controlled trial.</p> <p>J Gen Intern Med. 2005 Jun;20(6)</p> <p>ECA</p> | <p>Residentes del programa medicina interna de atención primaria de un Hospital de EEUU.</p> <p>n=36</p> | <p>Intervenciones educativas: Seminario-Taller (todos los participantes) sesión didáctica, video, "Voices of Survivors.", grupo de discusión, juego de rol. 90 min, con 10-15 residentes por sesión.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Grupo caso: experiencia en un refugio seguro de mujeres, reunión semanal con las supervivientes de IPV, duración aproximada de 2-3 horas. <p>Variables: conocimientos, habilidades, actitudes, la conciencia de los recursos</p> <p>Seguimiento: encuestas antes inmediatamente después y 6-12 meses de la intervención.</p> <p>Herramientas: preguntas adaptadas de Health Care Provider Survey for Domestic Violence.</p> | <p>Frecuencias y medias para cada variable. Se comparó la media pre-post los cambios entre el control y los casos con la estadística de Mann-Whitney. casos y los controles por separado Test de Wilcoxon. Auto-reporte de evaluación, documentación y personal experiencia con elementos IPV con chi cuadrado. Mejora en la escala de conocimiento pre-post de los casos (0.69) o frente a controles (0.40) estadísticamente significativa (p0.04). No significativo en el resto de variables.</p> | <p>Doble ciego.</p> <p>Los controles recibieron también una importante intervención educativa. Muestra pequeña.</p> <p>Conclusiones: La mejora del plan de estudios tradicional en IPV con la experiencia educativa en un refugio puede dar lugar a pequeñas mejoras en el conocimiento de los residentes sobre IPV. Los controles recibieron una intervención educativa importante, que podría eclipsar las diferencias entre los grupos.</p> | JADAD 3 |

| AUTOR/NOMBRE DEL ESTUDIO AÑO/TIPO DE ESTUDIO | POBLACION | INTERVENCION/VARIABLES DE ESTUDIO | RESULTADOS | COMENTARIOS | CALIDAD |
|--|--|---|---|--|------------|
| <p>Nicolaidis C, Curry M, Gerrity M.</p> <p>Measuring the impact of the Voices of Survivors program on health care workers' attitudes toward survivors of intimate partner violence.</p> <p>J Gen Intern Med. 2005 Aug;20(8).</p> <p>Cuasiexperimental (intervención pre-post)</p> | <p>Trabajadores de la salud de atención primaria (médicos, enfermeras, asistentes, personal administrativo, en prácticas) de 31 centros en el Condado de Washington, Oregon. EEUU.</p> <p>n= 284</p> | <p>Taller de 2 horas en cada práctica basada en el documental Voices of Survivors y su guía. 1ª hora 30 min video y discusión. 2ª hora En la segunda hora, un abogado de violencia doméstica, entrenado por el investigador principal, guió un debate sobre aspectos clínicos de la atención de los pacientes abusados, incluyendo evaluación, estrategias, indicadores clínicos de IPV, respuestas recomendadas, recursos disponibles, y problemas de documentación. Las clínicas reciben material de apoyo. Créditos a los participantes.</p> <p>Herramientas: Attitudes Toward Survivors of IPV (ATSI).</p> <p>Variables: responsabilidad para valorar la IPV, respeto por la autonomía del paciente, confianza, conocimientos, auto-reporte de evaluación de la conducta.</p> | <p>267 (94%) completaron evaluaciones de los talleres y 187 (66%) completaron el pre y post-intervención.</p> <p>α de Cronbach para todas las escalas varió de 0,68 a 0,92.</p> <p>Se compararon las respuestas antes y después de la intervención con una prueba de dos colas t de Student pareada.</p> <p>Responsabilidad para valorar la IPV (3,96 vs 3,64; P<.0001), respeto por la autonomía del paciente (2,78 vs 2,41; P<.0001), empatía (3,24 vs 2,99; P=. 002), confianza (2,33 vs 2,07; P<.0001), conocimientos (2,08 vs 1,64; P<.0001), auto-reporte de evaluación de la conducta (3,08 vs 2,53 P =. 0001)</p> | <p>Sesgo de selección. Selección oportunística de la misma. Muestra pequeña. Grupo muy heterogéneo.</p> <p>Conclusiones: El documental "Las voces de los supervivientes", junto con un taller sobre la base de su guía, mejora el conocimiento de los empleados, actitudes, empatía y auto-reporte de conductas de evaluación sobre IPV.</p> | CASPE 8/10 |
| <p>Eckhardt CI</p> <p>Stages and Processes of Change and Associated Treatment Outcomes in Partner Assaultive Men, Final Report</p> <p>NCJRS. Dept. of Justice, National Institute of Justice, 2004. Washington, D.C</p> <p>Cuasiexperimental</p> | <p>EE.UU</p> <p>n=199 Hombres</p> | <p>Se realiza un análisis pre intervención valorando la fase del cambio de los maltratadores, se realiza un programa de intervenciones para conseguir disminuir los episodios de violencia y la posición de los maltratadores frente a la VG. Se realizan otros cortes para valorar de nuevo la fase del cambio de los maltratadores</p> | <p>Los resultados sugieren que los hombres en tratamiento por violencia a su pareja no son uniformes en su disposición a cambiar su comportamiento abusivo, y el uso de los procesos de cambio. El asistir a la terapia no garantiza cambios en el comportamiento. Es necesario que se impliquen y participen, para ello es fundamental valorar la etapa del cambio.</p> | <p>Bien realizado a pesar de la dificultad para realizar la valoración</p> | CASPE 7 |

| AUTOR/NOMBRE DEL ESTUDIO AÑO/TIPO DE ESTUDIO | POBLACION | INTERVENCION/VARIABLES DE ESTUDIO | RESULTADOS | COMENTARIOS | CALIDAD |
|--|----------------------------------|---|---|--|----------------|
| <p>Trial BR, Kistenmacher, Robert L. Weiss, PhD</p> <p>Motivational Interviewing as a Mechanism for Change in Men Who Batter: A Randomized Controlled Violence and Victims.</p> <p>Violence and Victims. 2008. 23(5):558-570.</p> <p>ECA</p> | <p>n=33 hombres</p> <p>EE.UU</p> | <p>Intervención motivacional con los maltratadores, mediante entrevistas motivacionales.</p> <p>Se entrenó a todos los terapeutas en el modelo de Intervención motivacional en la cual se MI estrategias para involucrar al participante en una discusión acerca de su comportamiento y el maltrato necesario en el tratamiento.</p> <p>La sesión se centró en desenterrar la ambivalencia del cliente acerca de su comportamiento violento, utilizando técnicas de OARS (es decir, las preguntas abiertas, afirmaciones, reflexiones y resúmenes), las estrategias para la resistencia a la manipulación (por ejemplo, la reflexión), y estrategias para hablar provocar el cambio (por ejemplo, evocadora de preguntas abiertas, invitando a elaboración de hablar el cambio, mirando hacia adelante, la exploración de objetivos y valores, etc.).</p> <p>El objetivo de la reunión era proporcionar un ambiente de colaboración e imparcial en la que el terapeuta puede invitar al cliente a hacer sus propios argumentos para el cambio y, finalmente, aumenta la motivación para reducir o poner fin a la conducta maltrato.</p> | <p>Utilizaron las escalas <i>Conflict Tactics Scale Form N (CTS)</i>. (Straus, 1979) <i>Revised Gudjonsson Blame Attribution Inventory (BAI-R)</i>. The BAI-R (Gudjonsson & Singh, 1989) <i>Stages of Change Questionnaire (SOCQ)</i>. The SOCQ (McConaughy, Prochaska, & Velicer, 1983)</p> <p>Los resultados del estudio indican que la EM ha sido útil en el movimiento los participantes hacia una mayor acción sobre el cambio de su comportamiento violento. Los participantes recepción de MI, en comparación con los que no, también tendían a culpar a factores externos para su violencia menos.</p> <p>Los análisis revelaron que la acción fue la variable que maximiza las diferencias entre grupos. esto fue consistentes con las predicciones, como el grupo de MI demostrado un aumento de pre-a-post en la acción, y el grupo control mostraron una disminución en la acción (p=0,03) medido con la escala SOCQ. Se obtuvieron diferencias significativas igualmente en las atribuciones externas p=0,04.</p> <p>No se obtuvieron diferencias significativas en las fases de precontemplación y contemplación pre-post entre ambos grupos. p=0,06 y p=0,11</p> | <p>Aleatorizado, cegado.</p> <p>Bien explicada la intervención</p> | <p>JADAD 4</p> |

| AUTOR/NOMBRE DEL ESTUDIO AÑO/TIPO DE ESTUDIO | POBLACION | INTERVENCION/VARIABLES DE ESTUDIO | RESULTADOS | COMENTARIOS | CALIDAD |
|--|-------------------------------------|---|---|---|----------------|
| <p>Hirani SS, Karmaliani R, McFarlane J, Asad N, Madhani F, Shehzad S.</p> <p>Testing a Community Derived Intervention to Promote Women's Health: Preliminary Results of a 3-ARM Randomized Control Trial in Karachi, Pakistan.</p> <p>SOJNR. 2010; 10(3).</p> <p>ECA de tres brazos</p> | <p>n=24 mujeres</p> <p>Pakistán</p> | <p>Un grupo recibió una intervención para el manejo del estrés y de la ira mediante comunicación efectiva, escucha activa y apoyo para resolver problemas.</p> <p>Otro grupo recibió una intervención que consistía en un programa de desarrollo económico y de habilidades llevado a cabo por informantes clave de la comunidad.</p> <p>El grupo control no recibió ninguna intervención.</p> <p>Para llevar a cabo las intervenciones, la formación de los trabajadores comunitarios de salud se llevó a cabo por el equipo de investigación por un período de veintiún horas que incluyó el desarrollo de habilidades en los componentes de la intervención, así como ética de la investigación de la privacidad y confidencialidad.</p> | <p>El grupo de mujeres que recibieron la intervención para el desarrollo de habilidades económicas se obtuvo una ganancia de 22% en el empleo significativamente mayor ($p < 0.05$) en la auto-eficacia.</p> <p>Menos depresión y abuso se registraron entre las mujeres que recibieron la vida económica de construcción de habilidades en comparación con el asesoramiento pero las diferencias no fueron estadísticamente significativas</p> | <p>Muestra muy pequeña. Los propios autores recomiendan cautela</p> | <p>JADAD 3</p> |

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Dio Bleichmar, E. (1991). *La depresión en la mujer*. Madrid: Temas de Hoy.
- 2.- Jaramillo D. Uribe T. El rol del personal de salud en la atención de las mujeres maltratadas, Investigación y educación en Enfermería, 2001, Vol. XIX, N 1. [Consultado 10 de julio 2011] Disponible en <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/1052/105218125003>.
- 3.- Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R (eds). World report on violence and health. Ginebra 2002. World Health Organization.
- 4.- Organización Mundial de la Salud. Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica [Internet]. Ginebra: OMS; 2005 [Consultado 16 agosto 2011]. Disponible en: http://www.who.int/gender/violencia/who_multicountry_study/summary_report/summaryreportSpanishlow.pdf
- 5.- 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.
- 6.- Heise L, Pitanguy J, Germain A. Violencia contra la mujer: la carga oculta sobre la salud. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, 1994:1-48.
- 7.- Ynoub R. Caracterización de los Servicios de Atención en Violencia Familiar del área metropolitana de Buenos Aires, Argentina. Cad. Saúde Pública [online]. 1998;vol.14, n.1:71-83. [Consultado 10 de agosto 2011] <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1998000100015>.
- 8.- Blanco P, Ruiz-Jarabo C, García de Vinuesa L, Martín-García M. La violencia de pareja y la salud de las mujeres. Gac Sanit. 2004;18 Supl 1:182-8.
- 9.- Larizgoitia I. La violencia también es un problema de salud pública. Gac Sanit. 2006;20 Supl 1:63-70.
- 10.- Fernández-Alonso MC, Herrero-Velázquez S. De la evidencia científica a la práctica clínica (I). Prevención primaria y secundaria de la violencia doméstica. Revista Clínica Electrónica en Atención Primaria. 2007(12).[Consultado 18 de abril 2011] Disponible en <http://www.fbjoseplaporte.org/rceap/articulo2.php?idnum=12&art=01>
- 11.- Garcia Moreno C. Dilemmas and opportunities for an appropriate health-service response to violence against women. Lancet. 2002;359:1509-14.
- 12.- Häggblom, Hallberg, Möller. Nurses' attitudes and practices towards abused women. Nursing and Health Sciences. 2005; 7:235-242
- 13.- Prochaska, J., Di Clemente C., Norcross J. (1994). Cómo cambia la gente. Aplicaciones en comportamientos adictivos. Revista de Toxicomanías, 1, 1-12.
- 14.- Romero Inmaculada. Intervención en Violencia de Género: Consideraciones en Torno al Tratamiento. Intervención Psicosocial [revista en la Internet]. 2010 Jul [citado 2011 Dic 28]; 19(2): 191-199. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592010000200010&Ing=es.
- 15.- Zinc T., Elder N., Jacobson J., Klostermann, B. (2004). Medical management of intimate partner violence considering the stages of change: precontemplation and contemplation. Annals of Family Medicine, 2, 231-239.

- 16.-** Edwards TA, Houry D, Kemball RS, Harp SE, McNutt LA, Straus H, Rhodes KV, Cerulli C, Kaslow NJ. Stages of Change as a Correlate of Mental Health Symptoms in Abused, Low-Income African American Women. *J Clin Psychol.* 2006 Dec;62(12):1531-43.
- 17.-** Tiwari A, Leung WC, Leung TW, Humphreys J, Parker B, Ho PC. A randomised controlled trial of empowerment training for Chinese abused pregnant women in Hong Kong. *BJOG.* 2005 Sep;112(9):1249-56.
- 18.-** Constantino R, Kim Y, Crane PA. Effects of a social support intervention on health outcomes in residents of a domestic violence shelter: a pilot study. *Issues Ment Health Nurs.* 2005 Jul;26(6):575-90.
- 19.-** McFarlane J, Malecha A, Gist J, Watson K, Batten E, Hall I, Smith S. Increasing the safety-promoting behaviors of abused women. *Am J Nurs.* 2004 Mar;104(3):40-50; quiz 50-1.
- 20.-** Bybee D, Sullivan CM. Predicting re-victimization of battered women 3 years after exiting a shelter program. *Am J Community Psychol.* 2005 Sep;36(1-2):85-96.
- 21.-** Kim S, Kim J. The effects of group intervention for battered women in Korea. *Arch Psychiatr Nurs.* 2001 Dec;15(6):257-64.
- 22.-** Taft AJ, Small R, Hegarty KL, Watson LF, Gold L, Lumley JA. Mothers' Advocates In the Community (MOSAIC)--non-professional mentor support to reduce intimate partner violence and depression in mothers: a cluster randomised trial in primary care. *BMC Public Health.* 2011 Mar 23;11:178.
- 23.-** Crespo M, Arinero M. Assessment of the efficacy of a psychological treatment for women victims of violence by their intimate male partner. *Span J Psychol.* 2010 Nov;13(2):849-63.
- 24.-** Kiely M, El-Mohandes AA, El-Khorazaty MN, Blake SM, Gantz MG. **An** integrated intervention to reduce intimate partner violence in pregnancy: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol.* 2010 Feb;115(2 Pt 1):273-83. Erratum in: *Obstet Gynecol.* 2011 May;117(5):1232. Blake, Susan M [added].
- 25.-** El-Mohandes AA, Kiely M, Gantz MG, El-Khorazaty MN. Very preterm birth is reduced in women receiving an integrated behavioral intervention: a randomized controlled trial. *Matern Child Health J.* 2011 Jan;15(1):19-28.
- 26.-** Ilardi DL, Kaslow NJ. Social difficulties influence group psychotherapy adherence in abused, suicidal African American women. *J Clin Psychol.* 2009 Dec;65(12):1300-11.
- 27.-** MacMillan HL, Wathen CN, Jamieson E, Boyle MH, Shannon HS, Ford-Gilboe M, Worster A, Lent B, Coben JH, Campbell JC, McNutt LA; McMaster Violence Against Women Research Group. Screening for intimate partner violence in health care settings: a randomized trial. *JAMA.* 2009 Aug 5;302(5):493-501.
- 28.-** Taft AJ, Small R, Hegarty KL, Lumley J, Watson LF, Gold L. MOSAIC (MOthers' Advocates In the Community): protocol and sample description of a cluster randomised trial of mentor mother support to reduce intimate partner violence among pregnant or recent mothers. *BMC Public Health.* 2009 May 27;9:159.

- 29.-** Resick PA, Galovski TE, O'Brien Uhlmansiek M, Scher CD, Clum GA, Young-Xu Y. A randomized clinical trial to dismantle components of cognitive processing therapy for posttraumatic stress disorder in female victims of interpersonal violence. *J Consult Clin Psychol.* 2008 Apr;76(2):243-58.
- 30.-** Hirani SS, Karmaliani R, McFarlane J, Asad N, Madhani F, Shehzad S. Testing a Community Derived Intervention to Promote Women's Health: Preliminary Results of a 3-ARM Randomized Control Trial in Karachi, Pakistan. *SOJNR.* 2010; 10(3).
- 31.-** Alexander PC, Morris E. Stages of Change in Batterers and Their Response to Treatment.. *Violence Vict.* 2008;23(4):476-92.
- 32.-** Eckhardt C. Stages and Processes of Change and Associated Treatment Outcomes in Partner Assaultive Men, Final Report. *NCJRS. Dept. of Justice, National Institute of Justice,* 2004. Washington, D.C
- 33.-** Kistenmacher B, Weiss R. Motivational Interviewing as a Mechanism for Change in Men Who Batter: A Randomized Controlled Trial. *Violence and Victims.* 2008. 23(5):558-570.
- 34.-** Brienza RS, Whitman L, Ladouceur L, Green ML.J Evaluation of a women's safe shelter experience to teach internal medicine residents about intimate partner violence. A randomized controlled trial. *Gen Intern Med.* 2005 Jun;20(6):536-40.
- 35.-** Lo Fo Wong S, Wester F, Mol SS, Lagro-Janssen TL.Increased awareness of intimate partner abuse after training: a randomised controlled trial..*Br J Gen Pract.* 2006 Apr;56(525):249-57.
- 36.-** Nicolaidis C, Curry M, Gerrity M.J. Measuring the impact of the Voices of Survivors program on health care workers' attitudes toward survivors of intimate partner violence. *Gen Intern Med.* 2005 Aug;20(8):731-7.