

Validación de la versión corta del Woman Abuse Screening Tool para su uso en atención primaria en España

Juncal Plazaola-Castaño^a / Isabel Ruiz-Pérez^a / Elisa Hernández-Torres^b

^aEscuela Andaluza de Salud Pública, Granada, España, y CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP);

^bHospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España.

(Validation of the short version of the Woman Abuse Screening Tool for use in primary care in Spain)

Resumen

Objetivo: Examinar la validez de criterio de la versión corta en español del Woman Abuse Screening Tool (WAST) para identificar a las mujeres maltratadas entre las que acuden a los servicios de atención primaria en España.

Material y métodos: Estudio transversal en dos centros de atención primaria de Granada. Se estudiaron 390 mujeres entre 18 y 70 años de edad asistentes a estos centros. Se utilizó el Index of Spouse Abuse (ISA) como patrón de referencia.

Resultados: Se utilizaron dos criterios de puntuación. Según el primero, cabe destacar que 132 mujeres (33,8%) dieron positivo en el cribado. La sensibilidad fue del 91,4%, la especificidad del 76,2%, el valor predictivo positivo del 40,2% y el negativo del 98,1%. Cinco mujeres con una puntuación negativa en el cribado obtuvieron una puntuación positiva en el ISA (falsos negativos). Setenta y nueve mujeres obtuvieron una puntuación positiva en el WAST, con una puntuación negativa en el ISA (falsos positivos).

Conclusiones: Estos resultados coinciden con los valores de sensibilidad y especificidad obtenidos en la validación del instrumento en mujeres hispanohablantes de Estados Unidos, que también recomiendan la utilización del primer criterio de puntuación. La versión corta en español del WAST es un instrumento adecuado para los profesionales en la detección temprana de la violencia de género en el ámbito sanitario español, aunque la baja especificidad hace que deba utilizarse con cautela.

Palabras clave: Maltrato conyugal. Cribado. Atención primaria.

Abstract

Objective: To examine the criterion validity of the Spanish short version of the Woman Abuse Screening Tool (WAST) to identify battered women among those attending primary health care services in Spain.

Material and methods: We performed a cross-sectional study in two primary care centers in Granada. A total of 390 women between 18 and 70 years old were studied. The Index of Spouse Abuse (ISA) was used as the gold standard.

Results: Two score criteria were used. Using the first criterion, 132 women (33.8%) scored positively. The sensitivity was 91.4%, specificity was 76.2%, positive predictive value 40.2% and negative predictive value was 98.1%. Five women with a negative WAST score obtained a positive ISA score (false negatives). Seventy-nine women obtained a positive score in the WAST, with a negative score in the ISA (false positives).

Conclusions: These results coincide with the sensitivity and specificity values obtained in the validation of the instrument in Spanish-speaking women in the USA, which also recommend the use of the first criterion. The Spanish short version of the WAST is a suitable instrument to be used by health professionals for the early detection of gender violence in the healthcare context of Spain. However, because of its low specificity, this instrument should be used with caution.

Key words: Spouse abuse. Screening. Primary health care.

Correspondencia: Isabel Ruiz Pérez.

Escuela Andaluza de Salud Pública, Campus Universitario de Cartuja, Apartado de Correos 2070. 18080 Granada. España.
Correo electrónico: isabel.ruiz.easp@juntadeandalucia.es

Recibido: 11 de julio de 2007.

Aceptado: 17 de marzo de 2008.

Introducción

La violencia contra la mujer en la pareja constituye un importante factor de riesgo para la salud, tanto física como mental¹⁻⁴, por lo que muchas de las víctimas buscan asistencia sanitaria para los problemas derivados de la violencia que sufren. Además, considerando que prácticamente todas las mujeres entran en contacto con los servicios de salud en algún momento de su vida, ya sea para una revisión, por motivos relacionados con la maternidad o para acompañar a algún familiar, el ámbito sanitario se convierte en un contexto privilegiado para identificar a las

mujeres que sufren abusos por parte de sus parejas⁵. Hoy se considera una prioridad la detección precoz: adelantar el diagnóstico y la intervención temprana son quizás las claves del papel del personal sanitario⁶.

Esta detección precoz se puede realizar mediante el método de cribado o aplicación de una prueba estandarizada, o mediante un método de preguntas, que se considera más flexible pero que también tiene algunas objeciones. Uno de los inconvenientes es el posible riesgo para las mujeres al preguntarles directamente por los malos tratos, teniendo en cuenta que los estudios basados en entrevistas han demostrado que a las mujeres les preocupa el hecho de que pueda romperse el principio de confidencialidad⁷. Además, la utilización de un método estandarizado también permite la comparabilidad de resultados en contextos diferentes.

Existe una gran controversia acerca de la aplicación de la detección sistemática (cribado universal) de la violencia en el contexto sanitario, ya que no hay evidencia científica que la sustente^{8,9}. Así, aunque el problema de la violencia contra las mujeres en la pareja cumple con algunos de los requisitos de la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹⁰ para recomendar un programa de cribado poblacional (problema de salud pública importante, altos índices de morbilidad, conocimiento de la historia natural del problema), los criterios para su diagnóstico no están aún bien establecidos, se desconoce el balance entre riesgo y beneficio de esta actuación y no hay evidencias de que el cribado disminuya la morbilidad por violencia, pues los recursos asistenciales y de tratamiento del problema son aún escasos en nuestro país. Sin embargo, hay acuerdo para recomendar al personal sanitario permanecer alerta y ser capaces de identificar los síntomas o las señales que puedan orientar hacia la existencia de maltrato. En España, la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, a través del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS)¹¹, no recomienda el cribado poblacional, pero sí una postura activa, y da pautas básicas de actuación.

En cualquier caso, si se opta por el método de cribado, tanto si se realiza únicamente con fines asistenciales como con fines de investigación, se requieren instrumentos fiables y válidos, además de breves.

En los últimos años se han desarrollado varios instrumentos de cribado para detectar «casos probables» de violencia contra la mujer en la pareja¹²⁻¹⁶, la mayoría de ellos en inglés.

Woman Abuse Screening Tool

El Woman Abuse Screening Tool (WAST) fue desarrollado originalmente en lengua inglesa, en Estados

Unidos (1996), para identificar y valorar en las mujeres usuarias de los servicios de atención primaria si han sufrido abuso emocional o físico por parte de su pareja¹³. Consta de 7 ítems, que preguntan por el grado de tensión y de dificultad existente en la relación de pareja, así como por la presencia de episodios violentos, tanto físicos como sexuales y emocionales. La mujer ha de indicar la intensidad o la frecuencia de cada una de las cuestiones en una escala tipo Likert, de 1 a 3, siendo 1 la opción de menor intensidad o frecuencia. Los autores evaluaron también la comodidad de estas mismas mujeres con cada uno de los ítems del instrumento, y desarrollaron así una versión corta del WAST que incluía únicamente los 2 ítems con que las mujeres afirmaron sentirse más cómodas. El instrumento fue traducido al español (tabla 1) y validado por Fogarty y Brown¹⁷ en pacientes hispanohablantes de Estados Unidos, en el año 2002. Esta versión mostró igualmente unas buenas propiedades psicométricas.

El objetivo de este trabajo es examinar la validez de criterio de la versión corta en español del WAST para identificar a las mujeres maltratadas entre las que acuden a los servicios de atención primaria en España.

Metodología

Se realizó un estudio transversal en dos centros de atención primaria de la ciudad de Granada. La muestra estuvo constituida por mujeres de 18-70 años de edad que asistieron a estos centros de salud. Considerando la metodología del estudio (cuestionario autoadministrado), se establecieron como criterios de exclusión ser analfabeta, no entender el español, presentar un grave deterioro cognitivo y acudir acompañada de su pareja. También, considerando la ventana temporal del instrumento utilizado como patrón de referencia (descrito posteriormente), quedaron excluidas las mujeres que no habían tenido pareja en el último año.

Para un intervalo de confianza del 95%, una prevalencia de violencia esperada en el último año del 20% y un error muestral de $\pm 4\%$, se estimó un tamaño mues-

Tabla 1. Versión corta del Woman Abuse Screening Tool (WAST)

1. In general, how would you describe your relationship? <i>En general, ¿cómo describiría usted su relación con su pareja?</i>		
A lot of tension <i>Mucha tensión</i>	Some tension <i>Alguna tensión</i>	No tension <i>Sin tensión</i>
2. Do you and your partner work out arguments with: <i>Usted y su pareja resuelven sus discusiones con:</i>		
Great difficulty <i>Mucha dificultad</i>	Some difficulty <i>Alguna dificultad</i>	No difficulty <i>Sin dificultad</i>

tral de 384 mujeres. La selección de las mujeres se realizó hasta obtener el tamaño muestral requerido (el procedimiento de selección se describe con detalle más adelante).

El cuestionario WAST

Los autores de la versión original en inglés consideraron dos formas de puntuar la versión corta. La primera consistía en dar una puntuación de 1 a todas las respuestas positivas (alguna o mucha tensión y alguna o mucha dificultad) y una puntuación de 0 a todas las respuestas negativas. Así, la puntuación final oscila entre 0 y 2, y 2 se considera como resultado positivo en el cribado. La segunda forma de puntuar asigna un 1 a las respuestas más extremas (mucha tensión y mucha dificultad) y un 0 a las demás opciones de respuesta. La puntuación final oscila igualmente entre 0 y 2, y tanto 1 como 2 se consideran resultados positivos en el cribado. Los autores de la versión original observaron que la segunda forma de puntuar clasificaba mejor que la primera a las mujeres maltratadas y no maltratadas, con una sensibilidad del 91,7%¹³.

Respecto a la versión corta en español, contrariamente a la original en inglés, la primera forma de puntuación clasificó más correctamente a las mujeres maltratadas y no maltratadas, con una sensibilidad del 93% y una especificidad del 68%¹⁷.

Procedimiento

El reclutamiento lo realizaron 3 investigadoras durante el mes de agosto de 2005, que habían sido entrenadas por el equipo investigador y habían recibido un «manual de instrucciones» para estandarizar el procedimiento de recogida de información. Las investigadoras seleccionaron a las pacientes al azar entre las que no iban acompañadas de su pareja, mientras esperaban a ser atendidas o bien a la salida de la consulta.

Tras comprobar si la mujer cumplía los criterios de inclusión, se solicitaba su colaboración. Si la paciente accedía a participar, se le ofrecía la posibilidad de completar los cuestionarios en una sala reservada, garantizando así su comodidad y privacidad. Se indicó claramente a todas las mujeres que su participación era voluntaria y que se respetarían la confidencialidad y el anonimato de sus respuestas. Una vez completado el cuestionario, la investigadora seleccionaba a otra mujer mediante el mismo procedimiento.

Para el estudio de la validez de criterio, se pidió a las mujeres que además del WAST completaran la versión en español del Index of Spouse Abuse (ISA), instrumento diagnóstico de violencia en la pareja elabo-

rado originalmente para su uso en contextos clínicos, y que evalúa el grado de maltrato físico y no físico sufrido por la mujer en el último año. Esta escala tiene 30 ítems que se subdividen en 2 subescalas: una referida al abuso físico, integrada por 8 ítems, y otra relativa al abuso no físico, con 22 ítems. Las opciones de respuesta se sitúan en una escala de frecuencia tipo Likert de 1 a 5, donde 1 equivale a «nunca» y 5 a «muy frecuentemente». Ya que la versión española del ISA ha demostrado ser una escala fiable y válida para identificar en el ámbito sanitario español a las mujeres que sufren violencia de sus parejas¹⁸, esta escala se utilizó como patrón de referencia para examinar la validez de criterio de la versión corta del WAST.

Debe mencionarse que no se consideró necesario hacer ninguna adaptación lingüística de la versión española del WAST desarrollada en Estados Unidos, pues se consideró que el lenguaje utilizado era perfectamente comprensible y natural en España.

Análisis estadístico

Se determinó la frecuencia de mujeres clasificadas como maltratadas por la versión española del ISA y por la versión corta del WAST. Respecto al ISA, las mujeres con puntuaciones ≥ 6 en la subescala de violencia física, o con puntuaciones ≥ 14 en la subescala de violencia no física, se consideraron «maltratadas» (estos puntos de corte se obtuvieron en el proceso de adaptación de la escala a nuestro medio)¹⁸. En cuanto a la versión corta del WAST, se utilizaron las 2 formas de puntuación ya comentadas.

Finalmente, se determinaron la sensibilidad, la especificidad, el valor predictivo positivo, el valor predictivo negativo, el cociente de probabilidades positivo y el cociente de probabilidades negativo de la versión corta del WAST, mediante una tabla 2 por 2. Al igual que hicieron los autores de la escala original, se evaluaron las 2 formas de puntuación para determinar cuál de ellas clasificaba de manera más correcta a las mujeres como «maltratadas» o «no maltratadas».

Resultados

Se identificaron 528 mujeres elegibles que cumplían los criterios de inclusión, de las cuales 138 afirmaron expresamente no querer colaborar en el estudio (tasa de respuesta del 74%), quedando la muestra final constituida por 390 mujeres. Todas ellas respondieron a los 2 ítems del WAST. En el ISA, sin embargo, algunas dejaron algunos ítems en blanco, pero esto no impidió puntuar ninguno de los cuestionarios, por lo que se obtuvieron puntuaciones en ambas escalas en el 100% de

Tabla 2. Características sociodemográficas de la muestra y puntuaciones en el Index of Spouse Abuse (ISA) y en el Woman Abuse Screening Tool (WAST)

Variable (n) ^a	Muestra total n (%)	Mujeres maltratadas ^b n (%)	Mujeres no maltratadas ^b n (%)
Nacionalidad (389)			
Española	366 (94,1)	122 (92,4)	244 (94,9)
Ecuatoriana	5 (1,3)	3 (2,3)	2 (0,8)
Colombiana	5 (1,3)	1 (0,8)	4 (1,6)
Otra	13 (3,3)	6 (4,5)	7 (2,7)
Estado civil (389)			
Casada o conviviente	305 (78,4)	97 (73,5)	208 (80,9)
Soltera y no conviviente	70 (18)	27 (20,5)	43 (16,7)
Separada/divorciada	13 (3,3)	8 (6,1)	5 (1,9)
Viuda	1 (0,3)	0 (0)	1 (0,4)
Situación laboral (389)			
Ama de casa	104 (26,7)	34 (25,8)	70 (27,2)
Empleada	217 (55,8)	75 (56,8)	142 (55,3)
Estudiante	36 (9,3)	11 (8,3)	25 (9,7)
Desempleada	32 (8,2)	12 (9,1)	20 (7,8)
Nivel académico (386)			
Ningún estudio	19 (4,9)	12 (9,2)	7 (2,7)
Primarios	125 (32,4)	41 (31,5)	84 (32,8)
FP/BUP/COU	95 (24,6)	26 (20)	69 (27)
Titulación media	55 (14,2)	21 (16,2)	34 (13,3)
Titulación universitaria	92 (23,8)	30 (23,1)	62 (24,2)
Nivel de ingresos (362)			
< 600 €	27 (7,5)	12 (9,6)	15 (6,3)
600-900 €	81 (22,4)	32 (25,6)	49 (20,7)
900-1.200 €	94 (26)	31 (24,8)	63 (26,6)
> 1.200 €	160 (44,2)	50 (40)	110 (46,4)
Apoyo social (389)			
Sí	341 (87,7)	100 (75,8)	241 (93,8)
No	48 (12,3)	32 (24,2)	16 (6,2)
WAST ítem 1 (390)			
Mucha tensión	29 (7,4)	28 (21,2)	1 (0,4)
Alguna tensión	161 (41,3)	104 (78,8)	57 (22,1)
Sin tensión	200 (51,3)	0 (0)	200 (77,5)
WAST ítem 2 (390)			
Mucha dificultad	27 (6,9)	25 (18,9)	2 (0,8)
Alguna dificultad	135 (34,6)	107 (81,1)	28 (10,9)
Sin dificultad	228 (58,5)	0 (0)	228 (88,4)
	Media DT (rango)	Media DT (rango)	Media DT (rango)
Edad, años (388)	36,27 11,27 (18-65)	37,47 11,64 (18-65)	35,67 11,04 (18-65)
Número de hijos (386)	1,37 1,36 (0-8)	1,57 1,46 (0-8)	1,27 1,30 (0-6)
ISA no física (390)	6,40 12,41 (0-90)	14,52 17,30 (0-90)	2,25 5,42 (0-55)
ISA física (390)	1,62 6,38 (0-77)	4,26 10,43 (0-77)	0,27 0,92 (0-6)

^aIndica el número de mujeres de la muestra total que proporcionaron información sobre cada una de las variables.

^bMujeres clasificadas como maltratadas y no maltratadas según el primer criterio de puntuación del WAST corto en español validado en España. DT: desviación típica.

los casos. Las características sociodemográficas de la muestra, así como las puntuaciones en el ISA y el WAST, se muestran en la tabla 2. Igualmente se encuentran en la tabla estas mismas características y puntuaciones en los dos subgrupos de mujeres (maltratadas y no maltratadas) creados con el instrumento evaluado (WAST corto). Según la versión corta del WAST, el 7,4% de las mujeres (n = 29) refirió mucha tensión en su relación de pareja y el 41,3% (n = 161) alguna tensión. El 6,9% de la muestra afirmó resolver las discusiones con su pareja con mucha dificultad (n = 27) y el 34,6% (n = 135) con alguna dificultad. Así, según el primer criterio de puntuación, se identificaron 132 mujeres (33,8%) que dieron positivo en el cribado de violencia contra la mujer en la pareja; según el segundo criterio, dieron positivo 39 mujeres (10%).

Considerando el ISA, el 5,9% de las mujeres del estudio (n = 23) eran clasificadas como maltratadas físicamente y el 13,6% (n = 53) como maltratadas no físicamente. En total, incluyendo las subescalas de violencia física y no física, 58 mujeres fueron clasificadas como maltratadas (14,9%).

En la tabla 3 se muestra la sensibilidad, la especificidad, el valor predictivo positivo, el valor predictivo negativo, el cociente de probabilidades positivo y el cociente de probabilidades negativo de la versión corta del WAST, según los 2 criterios de puntuación definidos y utilizando como patrón de referencia la versión española del ISA. El segundo criterio de puntuación clasifica como maltratadas únicamente al 44,8% de las mujeres clasificadas como maltratadas por el ISA. Sin embargo, utilizando el primer criterio, el cribado clasifica como maltratadas al 91,4% de las mujeres clasificadas como tales por el ISA, y como no maltratadas al 76,2% de las clasificadas como tales por el ISA.

Con una prevalencia de violencia contra la mujer en la pareja del 14,9%, el valor predictivo positivo fue del 40,2% y el valor predictivo negativo del 98,1%. Las mujeres clasificadas como maltratadas por el ISA, en comparación con las clasificadas como no maltratadas, tenían una probabilidad 3,84 veces mayor de obtener una puntuación positiva en la versión corta del WAST. Igualmente, la probabilidad de obtener un resultado negativo en el cribado fue un 89% menor en las mujeres clasificadas como maltratadas por el ISA que en las clasificadas como no maltratadas con esta escala.

Utilizando el primer criterio de puntuación, 5 mujeres con una puntuación negativa en el cribado obtuvieron una puntuación positiva en el ISA (falsos negativos). Cuatro de estas mujeres obtuvieron una puntuación positiva únicamente en la subescala de violencia no física, y una obtuvo una puntuación positiva sólo en la subescala de violencia física. Por otro lado, 79 mujeres obtuvieron una puntuación positiva en la versión corta del WAST, habiendo obtenido una puntuación negati-

Tabla 3. Validez de criterio de la versión corta del Woman Abuse Screening Tool

Puntuación	Sensibilidad (%)	Especificidad (%)	VPP (%)	VPN (%)	CPP (%)	CPN (%)
Criterio 1	91,4	76,2	40,2	98,1	3,84	0,11
Criterio 2	44,8	96,1	66,7	90,9	11,48	0,57

VPP: valor predictivo positivo; VPN: valor predictivo negativo; CPP: cociente de probabilidades positivo; CPN: cociente de probabilidades negativo.

va en el ISA (falsos positivos). Tan sólo el 10,1% de estas mujeres refirió mucha tensión en su relación de pareja, e igualmente tan sólo el 10,1% de estas 79 mujeres refirió mucha dificultad a la hora de resolver las discusiones con su pareja.

Discusión

Este trabajo aborda el estudio de la validez de criterio de la versión corta en español del WAST para identificar, en los servicios de atención primaria de España, a las mujeres maltratadas por sus parejas.

El estudio presenta ciertas limitaciones, que convendría comentar. En cuanto a la no respuesta, cuando ésta se produjo, no estaba relacionada con el contenido de las escalas y se debió fundamentalmente al poco tiempo de que disponían algunas mujeres. Respecto a la diferencia entre la prevalencia estimada para el tamaño muestral y la finalmente conseguida, consideramos que ésta afectaría a la precisión del estudio, aunque no lo creemos dado el tamaño muestral, pero no se afectarían el valor predictivo positivo, el valor predictivo negativo, la sensibilidad ni la especificidad. Por último, la validación de este instrumento se ha realizado en un entorno urbano (ciudad de Granada), por lo que los resultados pudieran no ser generalizables a la población de mujeres del entorno rural.

Se han evaluado las 2 formas de puntuar el instrumento propuestas por los autores de la versión original. El segundo criterio de puntuación muestra una sensibilidad muy baja (44,8%), de tal forma que fracasa en identificar como maltratadas a un gran número de mujeres que en realidad están sufriendo violencia de sus parejas. Por su parte, el primer criterio de puntuación muestra una adecuada sensibilidad (91,4%), similar a la de la versión original en inglés y a la de la versión española validada en mujeres hispanohablantes de Estados Unidos (el 91,7 y el 93%, respectivamente). Sin embargo, conlleva un elevado número de falsos positivos (especificidad del 76,2%), es decir, mujeres que darán positivo en el cribado sin ser maltratadas, aunque ha de destacarse que la especificidad es mayor que en la versión española desarrollada en mujeres hispanohablantes (68%), pero menor que en la versión original en inglés (100%).

Estos resultados contrastan con los obtenidos por la validación del instrumento original¹³, que indican como más adecuado el segundo criterio de puntuación y coinciden con los valores de sensibilidad y especificidad obtenidos en la validación en las mujeres hispanohablantes de Estados Unidos¹⁷, que señalan el primer criterio como de mayor sensibilidad que el segundo, aunque también con menor especificidad.

Esta baja especificidad hace que el instrumento deba utilizarse con cautela. Evaluar la efectividad de un cribado en violencia es siempre complejo. No consiste sólo en incrementar los diagnósticos de casos ocultos y constatar la disminución de la mortalidad por esta causa; también se debería medir la disminución de la enfermedad física y mental secundaria al maltrato, lo cual es más complejo, y no sólo de la víctima sino también de esas otras víctimas «colaterales»: los hijos. Asimismo, se deberían valorar los cambios en la calidad de vida de esas familias, los costes de la prevención en relación con los costes del tratamiento, los años de vida perdidos, las secuelas, el absentismo laboral, la utilización de los servicios sanitarios, etc⁶.

Debe tenerse en cuenta que los instrumentos de cribado están diseñados para una rápida identificación de «posibles casos» o «casos sospechosos» de maltrato en la consulta, y que siempre requieren una confirmación de esa sospecha mediante un examen más cuidadoso con instrumentos diagnósticos fiables y válidos. Así, si una mujer responde afirmativamente a estas dos preguntas, se puede aplicar la versión larga del WAST u otros instrumentos disponibles para obtener información adicional sobre la experiencia de violencia en la paciente.

Pese a la sencillez de aplicación del instrumento validado y la aceptabilidad por parte de las mujeres, su aplicación debe realizarse por personal capacitado en casos de violencia de género. En este sentido, la Ley Integral de Violencia de Género¹⁹ prevé un plan de formación y sensibilización dirigido a promover la participación del personal sanitario en este sentido. Además, la actitud del personal de salud parece estar cambiando por la creciente concienciación social sobre este problema y por el hecho de que la detección temprana de la violencia doméstica se haya formalizado en esta ley²⁰.

Aunque estamos hablando de cribado, la evidencia empírica disponible hasta la fecha no justifica la aplicación masiva de instrumentos para la detección tem-

prana de la violencia doméstica en los servicios sanitarios españoles²¹, aunque algunas organizaciones profesionales recomiendan su utilización²².

Debe considerarse que la violencia contra las mujeres ejercida por sus parejas (o ex parejas) da lugar a importantes problemas de salud en ellas, a corto y largo plazo. En muchas ocasiones el personal sanitario no identifica el origen de estos problemas, por lo que las mujeres no suelen recibir la atención adecuada.

La versión corta en español del WAST es un instrumento adecuado para los profesionales con el fin de detectar la violencia de género en el ámbito sanitario de la atención primaria en España. Sin embargo, no debemos olvidar que el uso de instrumentos fiables y válidos, y de fácil y rápida aplicación, como el WAST, no es la única manera de realizar una detección precoz del maltrato en la pareja en la consulta, sino que hay una amplia y consensuada descripción de los signos y síntomas ante los cuales los profesionales deben estar alerta²³. De esta manera, se mejorará la asistencia y el tratamiento de las víctimas.

Agradecimientos

Este estudio ha sido posible gracias a la financiación del Observatorio de Salud de la Mujer del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Bibliografía

1. Coker AL, Davis KE, Arias I, Desai S, Sanderson M, Brandt HM, et al. Physical and mental health effects of intimate partner violence for men and women. *Am J Prev Med.* 2002;23:260-8.
2. Raya Ortega L, Ruiz Pérez I, Plazaola Castaño J, Brun López-Abisab S, Rueda Lozano D, García de Vinuesa L, et al. La violencia contra la mujer en la pareja como factor asociado a una mala salud física y psíquica. *Aten Primaria.* 2004;34:117-27.
3. Plazaola-Castaño J, Ruiz-Pérez I. Violencia contra la mujer en la pareja y consecuencias en la salud física y psíquica. *Med Clin (Barc).* 2004;122:461-7.
4. Ruiz-Pérez I, Plazaola-Castaño J. Intimate partner violence and mental health consequences in women attending family practice in Spain. *Psychosom Med.* 2005;67:791-7.
5. Ruiz-Pérez I, Blanco-Prieto P, Vives-Cases C. Violencia contra la mujer en la pareja: determinantes y respuestas socio-sanitarias. *Gac Sanit.* 2004;18 Supl:4-12.
6. Fernández Alonso C, Herrero Velásquez S. De la evidencia científica a la práctica clínica (I). Prevención primaria y secundaria de la violencia doméstica. *Revista Clínica Electrónica en Atención Primaria [revista electrónica].* 2007 [citado 20 Dic 2007]. Disponible en: <http://www.fbjoseplaporte.org/rceap/articulo2.php?idnum=12&art=01>
7. Taket A, Nurse J, Smith K, Watson J, Shakespeare J, Lavis V, et al. Routinely asking women about domestic violence in health settings. *BMJ.* 2003;327:673-6.
8. US Preventive Services Task Force. Screening for family and intimate partner violence: recommendation statement. *Ann Fam Med.* 2004;2:156-60.
9. Wathen CN, MacMillan HL; Canadian Task Force on Preventive Health Care. Prevention of violence against women: recommendation statement from the Canadian Task Force on Preventive Health Care. *CMAJ.* 2003;169:582-4.
10. Wilson JMG, Jungner G. Principios y métodos del examen colectivo para identificar enfermedades. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1969. Cuadernos de Salud Pública, n.º 34.
11. Fernández Alonso MC, Herrero Velásquez S, Buitrago Ramírez F, Ciurana Misol R, Chocrón Bentata L, García Campayo J, et al; Grupo de Salud Mental del PAPPs. Violencia doméstica. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2003.
12. Smith PH, Earp JA, DeVellis R. Measuring battering: development of the Women's Experience with Battering (WEB) scale. *Womens Health.* 1995;1:273-88.
13. Brown JB, Lent B, Brett PJ, Sas G, Pederson LL. Development of the Woman Abuse Screening Tool for use in family practice. *Fam Med.* 1996;28:422-8.
14. Pan HS, Ehrensaft MK, Heyneman RE, O'Leary KD, Schwartz R. Evaluating domestic partner abuse in family practice clinic. *Fam Med.* 1997;29:492-5.
15. Sherin KM, Sinacore JM, Li XQ, Zitter RE, Shakil A. HITS: a short domestic violence screening tool for use in a family practice setting. *Fam Med.* 1998;30:508-12.
16. Majdalani M, Alemán M, Fayanás R, Guedes A, Mejía RM. Validación de un cuestionario breve para detectar situaciones de violencia de género en las consultas clínicas. *Rev Panam Salud Publica.* 2005;17:79-83.
17. Fogarty CT, Brown JB. Screening for abuse in Spanish-speaking women. *J Am Board Fam Med.* 2002;15:101-11.
18. Plazaola Castaño J, Ruiz Pérez I, Escribá Agüir V, Jiménez Martín JM. Adaptación española de un instrumento de diagnóstico y otro de cribado para detectar la violencia contra la mujer en la pareja desde el ámbito sanitario. Madrid: Observatorio de Salud de la Mujer; 2006. Disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/genero_vg_01.pdf
19. Ley Orgánica de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, n.º 1/2004, de 28 diciembre de 2004.
20. Varjavand N, Cohen DG, Gracely EJ, Novack DH. A survey of residents' attitudes and practices in screening for, managing, and documenting domestic violence. *J Am Med Womens Assoc.* 2004;59:48-53.
21. Vives Cases C, Gil González D, Carrasco Portiño M, Álvarez Dardet A. Detección temprana de la violencia del compañero íntimo en el sector sanitario. ¿Una intervención basada en la evidencia? *Med Clin (Barc).* 2006;126:101-4.
22. MacMillan HL, Wathen CN, Jamieson E, Boyle M, McNutt LA, Worster A, et al; McMaster Violence Against Women Research Group. Approaches to screening for intimate partner violence in health care settings: a randomized trial. *JAMA.* 2006;296:530-6.
23. Comisión contra la Violencia de Género; Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/protocoloComun.pdf>