

SERIE SALUD
Y BUEN TRATO
A LA INFANCIA Y
ADOLESCENCIA
EN ANDALUCÍA

Cuadernos
de Trabajo

CUADERNO IV
MANEJO DE LA VIOLENCIA PSICOLÓGICA:
UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

CUADERNO IV

MANEJO DE LA VIOLENCIA PSICOLÓGICA:
UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Serie CUADERNOS DE TRABAJO



CALZÓN FERNÁNDEZ, Silvia

Manejo de la violencia psicológica [Recurso electrónico] : una revisión bibliográfica / autoras, Silvia Calzón Fernández, Manuela Prieto Uceda. -- [Sevilla] : Consejería de Salud y Bienestar Social, 2013

Texto electrónico (pdf), 69 p.. -- (Salud y buen trato a la infancia y adolescencia en Andalucía) (Cuadernos de trabajo ; IV)

1. Violencia-Prevención y control 2. Maltrato a los niños 3. Maltrato al anciano 4. Violencia contra la mujer 5. Andalucía I. Prieto Uceda, Manuela II. Andalucía. Consejería de Salud y Bienestar Social III. Título IV. Serie
WA 300

Manejo de la violencia psicológica: una revisión bibliográfica

Autoras:

Silvia Calzón Fernández

Manuela Prieto Uceda

Revisoras:

Soledad Márquez Calderón

Ifigenia Frías Oncina

Syra Borrás Pruneda

Amalia Suárez Ramos

M^a Victoria Llamas Martínez

Dibujo de la portada: Jesús Manuel Cabrera Llamas



Esta obra está bajo una licencia Creative Commons [Reconocimiento-NoComercial-Sin obras derivadas 3.0 España](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/es/)

Edita

Junta de Andalucía. Consejería de Salud y Bienestar Social. 2013

Diseño y maquetación:

Mónica Padial Espinosa, Subdirección de Promoción de la Salud y Participación.

INDICE

| | |
|---|----|
| PRESENTACIÓN..... | 5 |
| INTRODUCCIÓN..... | 8 |
| OBJETIVO..... | 13 |
| MÉTODO..... | 15 |
| 1. FUENTES DE BÚSQUEDA..... | 15 |
| 2. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA..... | 15 |
| 3. PROCESO DE SELECCIÓN DE DOCUMENTOS..... | 16 |
| RESULTADOS..... | 18 |
| 1. VIOLENCIA ESCOLAR HACIA NIÑOS Y ADOLESCENTES..... | 19 |
| 1.1. ACOSO ESCOLAR (BULLYING)..... | 19 |
| 1.2. VIOLENCIA HACIA MENORES EN EL ÁMBITO FAMILIAR..... | 26 |
| 1.3. MEDIOS ELECTRÓNICOS Y VIOLENCIA JUVENIL..... | 35 |
| 2. VIOLENCIA HACIA LAS PERSONAS MAYORES..... | 37 |
| 2.1. DESCRIPCIÓN DE LOS ESTUDIOS..... | 37 |
| 2.2. PRINCIPALES RESULTADOS..... | 37 |
| 3. VIOLENCIA DE GÉNERO..... | 42 |
| 3.1. DESCRIPCIÓN DE LOS ESTUDIOS..... | 42 |
| 3.2. RESULTADOS PRINCIPALES..... | 43 |
| DISCUSIÓN..... | 61 |
| CONCLUSIONES..... | 64 |
| BIBLIOGRAFÍA..... | 66 |

PRESENTACIÓN

PRESENTACIÓN

Desde la responsabilidad que tiene encomendada la Secretaría General de Salud Pública, Calidad de Vida e Inclusión Social, trabajamos en la lucha contra la violencia desde un enfoque de salud pública. Partimos del convencimiento de que toda violencia es prevenible y es necesario aunar muchos esfuerzos para que las personas de todas las edades que residen en Andalucía puedan disfrutar de una vida en entornos de paz.

Los pasos fundamentales para promover la lucha contra la violencia desde un enfoque de salud pública son: describir la magnitud del problema, su alcance, características y consecuencias; investigar sobre las causas de la violencia; diseñar, ejecutar y evaluar intervenciones para prevenir la violencia; así como para actuar de forma efectiva cuando esta se produce. Toda esta actividad debe ir acompañada de vigilancia y evaluación, incluyendo la relación entre la eficacia y los costes de las intervenciones y programas.

Con este enfoque, se han logrado avances en la lucha contra la violencia, especialmente en la violencia de género. Asimismo, se ha progresado también en la perspectiva del buen trato a la infancia y, de manera muy prioritaria en la prevención, detección y atención de situaciones de maltrato. En este sentido, me siento orgullosa de las redes de salud profesionales instauradas para mejorar las competencias en la prevención y atención de la violencia en el ámbito sanitario, como son la Red Formma y la Red Sabia.

Sin dejar de reconocer los avances obtenidos y la necesidad de continuar y fortalecer el trabajo en estos ámbitos, se plantean otros retos, como el maltrato hacia las personas mayores, en el que ya se está trabajando dentro de una línea de promoción del envejecimiento activo y saludable.

Este IV Cuaderno de la Serie Salud y Buen trato a la Infancia y Adolescencia, se ha dedicado a la violencia psicológica, que está presente en todas las formas de violencia. En él se ha tratado de identificar las características de las intervenciones en prevención, detección y atención a la violencia psicológica en diversos ámbitos y poblaciones, así como sus resultados.

Todos los cuadernos están disponibles en la web de la Consejería de Salud y Bienestar Social (www.juntadeandalucia.es/salud) y en la Plataforma de la Red Sabia (www.redsabria.org)

Agradezco públicamente a todas las personas que han colaborado en la elaboración de este documento por su implicación, profesionalidad y empeño en contribuir a un mundo sin violencia.

Josefa Ruiz Fernández
Secretaria General de Salud Pública, Inclusión Social y Calidad de Vida

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en su informe mundial sobre la violencia y la salud, define la violencia como “el uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones”.

La OMS utiliza una clasificación de la violencia para caracterizar sus diferentes tipos y los vínculos entre ellos (OPS, 2002). Divide la violencia en tres categorías generales según las características de las personas que la cometen: autoinfligida, interpersonal y colectiva. Estas tres categorías generales se subdividen a su vez para reflejar tipos de violencia más específicos. También tiene en cuenta la naturaleza de los actos de violencia, diferenciándose entre física, sexual, psíquica y la que incluye privaciones o descuido (negligencia). Estos tipos de actos de violencia, con excepción de la autoinfligida, pueden suceder en cada una de las categorías generales y sus subcategorías.

En cuanto a violencia psicológica se refiere, es complejo realizar una definición única y genérica. Por el contrario, en función del ámbito en el que se produce la violencia y/o las características de la víctima, se pueden encontrar en la literatura numerosas definiciones, algunas específicas de violencia psicológica y otras más genéricas, relacionadas con conceptos generales de maltrato, pero que hacen alusión al componente psicológico de forma aislada o en combinación con actos de otra naturaleza.

De esta forma, en el ámbito de la violencia de género, cuando se habla de maltrato psicológico, se alude a cualquier conducta física o verbal, activa o pasiva, que atenta contra la integridad emocional de la víctima en un proceso continuo y sistemático (Loring, 1994) a fin de producir en ella intimidación, desvalorización, sentimientos de culpa o sufrimiento (McAllister, 2000; Villavencio, 1999). Pese a que se considera que la violencia psicológica es la forma de violencia más común (Instituto de la Mujer, 2002), que subyace a todo tipo de violencia, en la revisión de las distintas propuestas teóricas, el maltrato físico suele ser el principal objeto de análisis en la violencia de género y se puede concluir que existe una ausencia de modelos que hagan referencia

directa al rol que desempeña la violencia psicológica como una fase previa al maltrato físico en la pareja (Blázquez, 2010).

También en los casos en los que las víctimas son menores y adolescentes en el ámbito familiar, se encuentra esta dificultad para definir el maltrato psicológico. Pese a que se trata de una de las tipologías principales, y potencialmente más dañinas de desprotección infantil, continúan existiendo grandes dificultades para su identificación y abordaje. Este hecho se relaciona con que la atención prestada por parte de investigadores y profesionales ha sido menor que para otras tipologías de maltrato infantil, como el abuso sexual, el maltrato físico o la negligencia (Arruabarrena, 2011).

Existen distintas definiciones de maltrato psicológico a menores elaboradas por diversas organizaciones y asociaciones profesionales. De esta forma, la International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect (1999) lo define como “El fracaso en proporcionar al niño un entorno evolutivamente apropiado y de apoyo, incluyendo la disponibilidad de una figura primaria de apego, de forma que pueda desarrollar un conjunto estable y completo de competencias emocionales y sociales que corresponden con sus potencialidades personales en el contexto de la sociedad en la que vive. Puede consistir también en actos hacia el niño que le provocan o tienen una alta probabilidad de provocarle daño en su salud o en su desarrollo físico, mental, espiritual, moral o social. Estos actos deben estar razonablemente bajo el control de los padres o personas que mantengan con él una relación de responsabilidad, confianza o poder. Los actos incluyen restricción del movimiento, patrones de rechazo, denigración, culpabilización, amenazas, inducción de miedo, discriminación, ridiculización u otras formas no físicas de tratamiento hostil o rechazante”.

Por otro lado, debe tenerse en cuenta que ni siquiera hay consenso en torno a la propia denominación, de forma que en la bibliografía se utilizan distintos términos como emotional abuse, emotional neglect, emotional maltreatment, psychological abuse, psychological battering, o psychological maltreatment (Baker, 2009), en función de si se refieren más a actos hostiles o de omisión.

Por otra parte, debemos recordar que los menores pueden ser víctimas de violencia fuera del seno familiar. En este contexto, viene cobrando especial relevancia el fenómeno del acoso escolar o bullying, definido como “un comportamiento prolongado de insulto verbal, rechazo social, intimidación psicológica y agresividad física de unos

niños hacia otros que se convierten, de esta forma, en víctimas de sus compañeros“(Olweus, 1993).

En relación con la violencia ejercida contra las personas mayores, la II Asamblea Mundial sobre Envejecimiento definió el maltrato a personas mayores como “la acción única o repetida, o la falta de la respuesta apropiada, que causa daño o angustia a una persona mayor y que ocurre dentro de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza” (Toronto, 2002).

La violencia psicológica, por tanto, de forma aislada o en combinación con acciones de otra naturaleza, puede afectar a distintos ámbitos, estando presente en el fenómeno de acoso laboral o la prostitución, y a colectivos especialmente vulnerables, como las personas con discapacidad. A este complejo universo, habría que sumar la aparición de nuevos espacios que pueden servir de vehículos para el ejercicio de este tipo de violencia, tal es el caso de las tecnologías de la información y el conocimiento, que como recientes formas de socialización y relación, se convierten en un nuevo reto.

Contrasta la falta de material de investigación específico sobre violencia psicológica con las altas cifras de prevalencia que reflejan numerosos estudios, y que la convierte en un problema de salud pública.

De esta forma, por ejemplo, en relación a la violencia hacia los/as menores en el ámbito familiar, el Centro Reina Sofía (2002) realizó un estudio epidemiológico a escala nacional sobre los expedientes de menores incoados por los Servicio Sociales entre 1997 y 1998. Según los resultados del citado estudio, de los 11.148 menores víctimas de maltrato en el ámbito familiar, un 35,38% había recibido maltrato psicológico (frente al 19,91% de maltrato físico). En la misma línea, se considera que el maltrato psicológico puede encontrarse presente como tipología única o asociada en un 25-45% de los casos de desprotección, constituyendo la segunda tipología más frecuente tras la negligencia (Federación de Asociaciones para la Prevención del Maltrato Infantil, 2010; Palacios, 1995).

En cuanto a la violencia en el ámbito escolar, Oñate y Piñuel (2007) encuestaron a 24.990 niños/as de 14 comunidades autónomas, de entre 7 y 17 años, concluyendo que la tasa global de acoso (intenso y muy intenso) rondaba el 23,3%. El estudio

incluye tanto violencia física como psicológica e incorpora escalas clínicas que evalúan el daño psicológico consecuente.

En el ámbito de la violencia de género, el estudio de Blaquez (2009) sobre relaciones de pareja en jóvenes universitarios/as afirma que los/as estudiantes con edades entre los 17 y los 23 años describen patrones de interacción coactiva en sus relaciones de noviazgo. También en el ámbito universitario, el estudio de Vázquez (2010) pone de manifiesto que el 51,6% de las jóvenes maltratadas en algún momento de su vida sufrieron maltrato psicológico. La violencia psicológica fue la más frecuente en las jóvenes maltratadas por su pareja, mientras que la física lo fue en las maltratadas por otras personas del sexo opuesto distintas a la pareja.

En relación con las situaciones de maltrato a las personas mayores en España, Bazo (2001) consideraba que tras la negligencia en el cuidado físico, la forma de maltrato más frecuente era la negligencia en el cuidado psicoafectivo, el maltrato psicológico y emocional. Según los resultados del citado estudio, el maltrato psicológico y emocional se daba entre las mujeres en una proporción más del doble que entre los hombres (36% frente a 15% respectivamente).

La consideración de la violencia psicológica como un auténtico problema de salud pública, y el contraste con la escasez de datos específicos sobre la misma en comparación con otros tipos de violencia, justifican la necesidad de realizar una revisión del estado de la cuestión, que permita una aproximación a la magnitud real de este fenómeno así como al conocimiento de aquellas intervenciones que para su prevención y manejo se vienen implementando.

OBJETIVO

OBJETIVO

El objetivo del presente trabajo es identificar las características de las intervenciones en prevención, detección y atención a la violencia psicológica en diversos ámbitos y poblaciones, así como sus resultados.

MÉTODO

MÉTODO

Se realizó una revisión basada en la búsqueda en diferentes fuentes bibliográficas, lectura de la literatura localizada, síntesis de los resultados y valoración de los mismos en relación al objetivo de este trabajo.

1. FUENTES DE BÚSQUEDA

Las fuentes de búsqueda fueron:

1. Bases de datos referenciales: PubMed, Campbell Library y Cochrane Library Plus.
2. Búsqueda en internet con la finalidad de encontrar guías u otros documentos afines al objetivo. Se consultaron páginas webs de diversos Organismos e Instituciones oficiales:
 - Organización Mundial de la Salud (OMS) y Organización Panamericana de la Salud (OPS)
 - National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)
 - Observatorio de Salud de la Mujer. Ministerio de Sanidad y Consumo
 - Centre for Disease Control and Prevention (CDC)
 - U.S Preventive Services Task Force
 - Health Evidence Canada
 - UpToDate
 - Guía Salud.es

2. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA

La búsqueda estructurada se realizó en julio del 2012 y se limitó a revisiones sistemáticas de los últimos 5 años.

La estrategia fue la siguiente:

A. En PubMed:

- # 1 "Violence /diagnosis" [Mesh] OR "Violence/economics" [Mesh] OR "Violence/ethics"[Mesh] OR "Violence/legislation and jurisprudence"[Mesh] OR "Violence/prevention and control"[Mesh] OR "Violence/psychology"[Mesh] OR "Violence/therapy"[Mesh]
- #2 "Aggression/diagnosis"[Mesh] OR "Aggression/ethics"[Mesh] OR "Aggression/prevention and control"[Mesh] OR "Aggression/psychology"[Mesh] OR "Aggression/therapy"[Mesh]
- #3 #1 OR #2
- #4 psicolog* OR psychologist* OR emotion
- #5 #3 AND #4 Filters: Systematic Reviews

B. En Campbell Library y Cochrane Library Plus se siguió una estrategia similar:

(Abuse OR violence OR aggression) AND (psycholog* OR psychologist* OR emotion*)

Posteriormente, se realizó una búsqueda secundaria a través de las referencias de algunos documentos seleccionados.

3. PROCESO DE SELECCIÓN DE DOCUMENTOS

Se leyeron en primer lugar los títulos y resúmenes de los documentos localizados para identificar su relación con el objetivo de este informe. Los documentos seleccionados en esta primera fase, se leyeron en profundidad, descartando de nuevo aquellos que no respondían al objetivo.

En un principio se localizaron 255 referencias en PubMed, que tras una primera lectura, se redujeron a 27. Tras una segunda revisión se limitaron a 5. Los documentos encontrados en las otras dos bases fueron 8, de los que se seleccionaron 5. A partir de las referencias de estos documentos se localizaron otros, quedando finalmente un total de 21 documentos incluidos: 15 revisiones sistemáticas, 5 revisiones narrativas y 1 guía clínica.

Los principales motivos de exclusión fueron que no se hacía referencia a la violencia psicológica (bien sola o junto a otro tipo de violencia) ni se evaluaban intervenciones (de prevención primaria, detección ni intervención una vez diagnosticado un caso de maltrato).

Tabla 1: Fuentes de información y tipo de estudios evaluados.

| FUENTE | TIPO ESTUDIO | ÁMBITO/POBLACIÓN |
|---------------------------------------|-----------------------|------------------|
| NICE | Revisión sistemática | Escolar |
| NICE | Revisión sistemática | |
| Campbell Library | Revisión sistemática | |
| Campbell Library | Revisión sistemática | |
| Campbell Library | Revisión sistemática | |
| Campbell Library | Revisión sistemática | |
| US Preventive Services Task Force | Revisión sistemática | Familiar |
| PubMed | Revisión narrativa | |
| PubMed | Revisión sistemática | |
| UpToDate | Revisión narrativa | |
| PubMed | Revisión sistemática | |
| UpToDate | Revisión narrativa | Mayores |
| US Preventive Services Task Force | Revisión narrativa | |
| Biblioteca Guías Práctica Clínica SNS | Guía Práctica Clínica | |
| PubMed | Revisión sistemática | Mujeres |
| Health Evidence Canada | Revisión sistemática | |
| PubMed | Revisión sistemática | |
| Observatorio Salud de la Mujer | Revisión sistemática | |
| UpToDate | Revisión sistemática | |
| US Preventive Services Task Force | Revisión narrativa | |
| Campbell Library | Revisión sistemática | |

RESULTADOS

1. VIOLENCIA ESCOLAR HACIA NIÑOS Y ADOLESCENTES

1.1 ACOSO ESCOLAR (BULLYING)

Descripción de los estudios

Se localizaron un total de 6 revisiones sistemáticas, tres de ellas referidas a prevención de bullying (Adi, 2007; Black, 2009; Farrington, 2009) y el resto a comportamiento agresivo (Oliver 2011, Wilson 2006). En estas últimas no se recoge una definición clara del concepto de comportamiento agresivo/disruptivo ni de impacto en lo psíquico y lo físico.

En el caso de las revisiones sobre intervenciones sobre el bullying, dos de ellas fueron elaboradas para servir de soporte a sendas guías del National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). El resto de revisiones incluidas están vinculadas a la institución Campbell Collaboration (Tabla 2).

Principales resultados

En relación con los documentos incluidos cuyo objetivo es la prevención o manejo del bullying, es destacable que las intervenciones con mayor efectividad demostrada son aquellas basadas en programas multicomponente, hasta el punto de que existe relación directa entre el número de componentes de una intervención y el éxito en cuanto a resultados de la misma. Las revisiones vinculadas al NICE (dedicadas a la educación primaria y secundaria respectivamente), ofrecen de forma detallada el grado de evidencia de la efectividad de las intervenciones de forma aislada, así como la duración en el tiempo del efecto de las mismas. Por su parte, la revisión Campbell sobre este tema identifica los componentes de los programas que se han asociado a mejores resultados.

Por otro lado, en relación con las revisiones sobre intervenciones para la prevención y manejo del comportamiento agresivo, se describen distintos programas que han demostrado la consecución de buenos resultados (Tabla 3).

Tabla 2: Descripción estudios incluidos sobre acoso escolar (método, tipo de intervención, objetivo y población diana)

| REFERENCIA | MÉTODO | TIPO INTERVENCIÓN | OBJETIVO ESPECÍFICO | POBLACIÓN DIANA |
|--|----------------------|---|-------------------------|--|
| Adi Y <i>et al</i> (2007) | Revisión sistemática | Prevención Primaria | Bullying | Niños/as educación primaria |
| Black L <i>et al</i> (2009) | Revisión sistemática | Prevención Primaria | | Adolescentes educación secundaria |
| Farrington DP <i>et al</i> (2009) | Revisión sistemática | Prevención Primaria Intervención una vez detectada | | Niños/as escolarizados/as |
| Oliver RM <i>et al</i> (2011) | Revisión sistemática | Prevención Primaria | Comportamiento agresivo | Niños/as escolarizados/as |
| Wilson JW <i>et al</i> (2006) Part I | Revisión sistemática | Intervención una vez detectada | | Niños/as escolarizados/as |
| Wilson JW <i>et al</i> (2006) Part II | Revisión sistemática | Intervención una vez detectada | | Niños/as seleccionados con comportamiento agresivo |

Tabla 3: Descripción de las intervenciones y principales resultados de los estudios incluidos sobre acoso escolar

| REFERENCIA | DESCRIPCIÓN INTERVENCIÓN/ES | RESULTADOS/RECOMENDACIONES |
|---------------------------|--|---|
| Adi Y <i>et al</i> (2007) | Programas multicomponente que combinan el desarrollo de competencias/habilidades sociales, formación del profesorado en la gestión del comportamiento y educación de los padres. | Existe evidencia moderada de su efectividad. |
| | Programa "PeaceBuilders". Este programa se centra en el cambio de ambiente y valores en la escuela. Su objetivo es incorporar valores y formas de comportamiento pro-sociales en los/las niños/as y el personal en todos los aspectos de la vida escolar. El programa también incluye tutoría entre pares, consejos a los padres y manejo de la conducta por los profesores. | Existe evidencia sobre su efectividad, si bien no existen estudios a largo plazo, si hay constancia de los efectos en los dos años posteriores a su aplicación. |
| | Programas aislados sobre plan de estudios (curriculum) que tienen como objetivo reducir el comportamiento agresivo e incrementar la conducta prosocial, como "Second Step". | Su evaluación sugiere una posible efectividad a corto plazo pero no a largo plazo. |
| | Programa Good Behaviour Game (GBG). Este programa consistió en la formación de profesores en la implementación de un juego para mejorar el comportamiento de los/las niños/as, que se pueden reproducir en el aula, patio de recreo y otras zonas de la escuela. | No mostró eficacia global a largo plazo de seguimiento (a los 2 y 6 años), pero había indicios de que podría reducir la violencia en los niños con más altos niveles de comportamiento agresivo basal. Este programa puede ser útil en combinación con otros. |

| REFERENCIA | DESCRIPCIÓN INTERVENCIÓN/ES | RESULTADOS/RECOMENDACIONES |
|-----------------------------|---|--|
| Black L <i>et al</i> (2009) | Enfoques integrales en la escuela, con el objetivo de promover conductas sociales y habilidades, incluye medidas como el entrenamiento en la resolución de conflictos y el uso de mediadores entre pares. | La evidencia sugiere que el entrenamiento en la resolución de conflictos tiene éxito en la promoción de conductas prosociales en el corto plazo y que el uso de mediadores entre pares puede ser eficaz para resultados a largo plazo. |
| | Formación del profesorado en intervenciones universales para prevenir el acoso y el comportamiento perturbador. | No existe una evidencia clara sobre el papel beneficioso, si bien es importante reconocer que muchas otras intervenciones se basan en gran medida en la participación y formación de docentes, por lo que este resultado debe ser tratado con precaución. |
| | Mediación por pares. | La evidencia sugiere que es una vía efectiva para promover habilidades y comportamientos prosociales a largo plazo. Por otro lado, aunque puede ser efectiva para reducir el bullying y el comportamiento disruptivo no siempre lo es. |
| | Participación de organismos externos (policía, psicólogos clínicos, etc.). | La evidencia sugiere que es más beneficiosa la participación de organismos cuya función principal es hacer frente a las conductas disruptivas en lugar de otros genéricos como la policía o psicólogos clínicos. |
| | Intervenciones basadas en la participación de los padres. | A partir de la evidencia localizada, es difícil juzgar la eficacia de la participación de los padres, ya que ninguno de los estudios incluidos había puesto énfasis en los resultados relacionados con los adultos o las percepciones del programa. Sin embargo, se observaron algunos resultados positivos para los niños, lo que sugiere que la participación de los padres puede ser beneficiosa. |

| REFERENCIA | DESCRIPCIÓN INTERVENCIÓN/ES | RESULTADOS/RECOMENDACIONES |
|-----------------------------------|--|--|
| Farrington DP <i>et al</i> (2009) | Programas basados en la escuela, que incluyen, de forma aislada o en combinación, medidas como: capacitación y reuniones con padres, métodos disciplinarios, técnicas educativas (actividades teatrales, capacitación, etc.), visionado de video anti -bullying, intervención por pares, mejora de habilidades sociales en niños, etc. | <p>Los programas basados en la escuela fueron efectivos en términos generales. En promedio, la intimidación disminuyó en un 20% - 23% y la victimización disminuyó en un 17% - 20%. Los efectos son mayores en los diseños con niños de mayor edad al contrario de lo descrito por otros autores.</p> <p>Los elementos del programa que más se asociaron con una reducción del bullying y victimización fueron la capacitación y reuniones con los padres, los métodos disciplinarios, así como la duración e intensidad de los programas dirigidos a niños y profesores.</p> <p>Los autores también encontraron una relación “dosis-respuesta” entre el número de componentes de un programa y su efecto sobre el bullying.</p> <p>Por último, los autores proponen la creación de un sistema de acreditación para este tipo de programas que pudiera ser supervisado por algún organismo internacional como el International Observatory on Violence in Schools.</p> |

| REFERENCIA | DESCRIPCIÓN INTERVENCIÓN/ES | RESULTADOS/RECOMENDACIONES |
|-------------------------------|--|--|
| Oliver RM <i>et al</i> (2011) | <p>Utilización de la “gestión eficaz del aula”, entendiéndose como tal cualquier acción para crear un entorno que apoya y facilita tanto el aprendizaje académico como socio-emocional.</p> <p>Un ejemplo de enfoque de gestión el aula es el Classroom Organization and Management Program (COMP) cuyos principales componentes son:</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) la organización de la clase (2) planificación y las normas y procedimientos de enseñanza (3) el trabajo de gestión estudiantil y mejorar la rendición de cuentas del estudiante (4) el mantenimiento de la conducta del estudiante bueno (5) la planificación y organización (6) llevar a cabo la instrucción y mantener el impulso (7) recibiendo el año con una buena estrella | Los/las maestros/as que utilizan la gestión eficaz en el aula pueden llegar a tener mejoras en el comportamiento del estudiante. |

| REFERENCIA | DESCRIPCIÓN INTERVENCIÓN/ES | RESULTADOS/RECOMENDACIONES |
|---------------------------------------|---|--|
| Wilson JW <i>et al</i> (2006) Part I | Se trata de intervenciones universales desarrolladas en el ámbito educativo, y que están basadas en el desarrollo de habilidades cognitivas (resolución de problemas, generación de respuesta alternativa, pensamiento razonado, etc.). | <p>Los/las estudiantes participantes en este tipo de programas presentan un comportamiento menos agresivo tras la intervención que aquellos que no la reciben (con diferencias estadísticamente significativas, aunque no amplias).</p> <p>La duración de los programas esta relacionada directamente con sus resultados.</p> |
| Wilson JW <i>et al</i> (2006) Part II | Se trata de intervenciones selectivas dirigidas a niños/as con comportamiento agresivo desarrolladas en el ámbito educativo, y que están basadas en el “modelo de procesamiento de información social”, a través del desarrollo de habilidades cognitivas (resolución de problemas, generación de respuesta alternativa, pensamiento razonado, etc.). | <p>Los/as participantes en este tipo de programas presentaron un comportamiento menos agresivo tras la intervención que aquellos que no la recibieron, con diferencias estadísticamente significativas.</p> <p>Este tipo de programa parece menos efectivo en niños/as de educación especial.</p> <p>No se aprecian diferencias en la evaluación por separado de diferentes componentes de los programas (control de la ira, resolución de problemas o toma de perspectiva).</p> |

1.2 VIOLENCIA HACIA MENORES EN EL ÁMBITO FAMILIAR

Descripción de los estudios

Se identificaron cinco publicaciones relacionadas con intervenciones frente a la violencia infanto-juvenil en el ámbito familiar (Tabla 4).

Tan sólo en uno de los casos se abordan intervenciones específicamente diseñadas frente al maltrato psicológico (Tonmyr, 2011), tratándose de una revisión narrativa en la que se describen distintos instrumentos encaminados, no sólo a la identificación de estos eventos, sino también a la medida de las consecuencias e intensidad de los mismos.

Por otro lado, existen dos publicaciones relacionadas con intervenciones dirigidas a niños/as y adolescentes expuestos a violencia de género. En uno de los casos (Rizo, 2011) se trata de una revisión crítica de la literatura sobre intervenciones que directa o indirectamente se dirigen a niños/as que han sido expuestos a violencia de género. El otro trabajo (Franchek-Ro, 2012) dirigido a este tipo de víctimas está enmarcado en el recurso de información clínica UpToDate.

En relación con la detección de casos de maltrato por parte de los/as profesionales de Atención Primaria, la revisión de Nelson (2004), realizada para el U. S. Preventive Services Task Force, desarrolla en uno de sus apartados intervenciones sobre maltrato infantil, si bien no son específicas de maltrato psicológico.

Por último, se ha incluido un metanálisis (Rosa-Alcázar, 2010) sobre la efectividad del tratamiento psicológico en los niños/as que han sido víctimas de maltrato físico y/o negligencia. Este trabajo de la Universidad de Murcia reconoce como principal limitación que casi todos los estudios incluidos se llevaron a cabo en Estados Unidos, limitándose por tanto, la capacidad de generalización de los resultados y pudiendo existir diferencias en la eficacia debidas a factores culturales.

Principales resultados

En primer lugar, es preciso comentar que no se han localizado evaluaciones sobre intervenciones destinadas a la prevención primaria del maltrato a niños/as y adolescentes en el ámbito familiar.

Por el contrario, sí se recogen datos relacionados con programas de cribado o identificación de la violencia hacia los/as menores, si bien se encuentran serias limitaciones a la hora de definir cuales son los más recomendables, debido a la dificultad de establecer comparaciones (por el propio diseño, población a la que se dirige, etc.). En este apartado resulta especialmente interesante el trabajo de Tonmyr, por tratarse del único que evalúa instrumentos específicos de violencia psicológica.

En relación con las intervenciones dirigidas a niños/as expuestos a violencia de género, el trabajo de Rizo, aunque no permite extraer conclusiones firmes sobre el manejo de estos casos, sí que orienta hacia un enfoque multicomponente como el abordaje más recomendable.

En cuanto a los resultados de las intervenciones de tratamiento psicológico, es importante tener en cuenta que en el estudio de Rosa-Alcázar, el tipo de maltrato sufrido por los menores incluía solo maltrato físico, negligencia, mezcla de ambos y maltrato en general. Los autores de este estudio realizan una definición de abandono o negligencia como “aquella situación donde las necesidades físicas y cognitivas básicas del menor no son atendidas temporal o permanentemente por ningún miembro del grupo que convive con el niño”. De esta forma, no es posible discriminar la utilidad de estas intervenciones específicamente en el maltrato psicológico (Tabla 5).

Tabla 4: Descripción estudios incluidos sobre violencia familiar hacia menores (método, tipo de intervención, objetivo y población diana)

| REFERENCIA | MÉTODO | TIPO INTERVENCIÓN | OBJETIVO ESPECÍFICO | POBLACIÓN DIANA |
|--|----------------------|---|---|--|
| Nelson H <i>et al</i> (2004) Task Force | Revisión sistemática | Detección/Cribado Intervención una vez detectado | Identificación de riesgo y casos en el ámbito de la atención sanitaria. | Niños/as que acuden a centros sanitarios |
| Tonmyr L <i>et al</i> (2011) | Revisión narrativa | Detección Medida de las consecuencias | Describir instrumentos de identificación del maltrato psicológico y sus consecuencias de medida utilizables en distintos ámbitos | Niños/as y jóvenes |
| Rizo CF <i>et al</i> (2011) | Revisión sistemática | Intervención una vez detectada | Revisión de artículos publicados en los 10 últimos años sobre intervenciones centradas en niños/as expuestos a violencia de género. | Niños/as expuestos a violencia de género |
| Franchek-Roa (2012) UpToDate | Revisión narrativa | Detección Intervención ante sospecha | Estrategia de cribado y manejo de la sospecha en AP | Niños/as expuestos a violencia de género |
| Rosa-Alcázar <i>et al</i> (2010) | Revisión sistemática | Intervención (tratamiento psicológico) | Eficacia de los tratamientos psicológicos de los/as menores víctimas. | Niños/as y adolescentes que han sido víctimas de maltrato físico y negligencia |

Tabla 5: Descripción de las intervenciones y principales resultados de los estudios incluidos sobre violencia hacia menores en el ámbito familiar.

| REFERENCIA | DESCRIPCIÓN INTERVENCIÓN/ES | RESULTADOS/RECOMENDACIONES |
|--|---|--|
| <p>Nelson H <i>et al</i> (2004) Task Force</p> | <p>Se describen distintos estudios sobre cribado diferenciándose entre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuestionarios auto-administrados: Kempe Family Stress Inventory (KFI). • Cuestionarios administrados por personal sanitario: Parenting Profile Assesment (PPA). • Otras técnicas: observación clínica | <p>La mayoría de los instrumentos son aplicados a las madres, no encontrándose estudios de instrumentos que evaluaran de forma directa a los niños/as.</p> <p>No existe información suficiente sobre la sensibilidad y especificidad, dependiendo además éstas de la población en la que se aplique.</p> |
| | <p>Se describen 9 ensayos clínicos controlados aleatorizados (ECA) de distinta calidad que evaluaran intervenciones en mujeres embarazadas y puérperas y sus hijos.</p> | <p>Un ECA de buena calidad ha relacionado las visitas domiciliarias de enfermería durante los 2 primeros años de vida con menores niveles de maltrato infantil, persistiendo el efecto positivo hasta 15 años tras la intervención.</p> <p>Los resultados más positivos se encontraron en madres solteras y en los hogares con menores ingresos.</p> |

| REFERENCIA | DESCRIPCIÓN INTERVENCIÓN/ES | RESULTADOS/RECOMENDACIONES |
|-------------------------------------|---|--|
| <p>Tonmyr L <i>et al</i> (2011)</p> | <p>Los autores identifican 33 instrumentos para la identificación y medida del maltrato emocional/psicológico en niños, especificando en cada uno ellos los modos de administración, tipos de escala utilizadas, nº de ítems empleados y validez del cuestionario.</p> <p>Algunos de los incluidos en esta revisión son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sri Lanka Questionnaire • Childhood Experience of care and abuse questionnaire • Conflict Tactics Scale (CTS) • Juvenile victimization questionnaire (JVQ) • Mother-child neglect scale (MCNS) | <p>La falta de “gold standard” dificulta la comparación de los distintos instrumentos.</p> <p>Asimismo suponen una limitación la variabilidad en el diseño de los cuestionarios, características socio-demográficas de la población en la que se aplican, tamaño de la muestra, etc.</p> <p>Los autores también consideran necesario la evaluación diferenciada entre abuso y negligencia emocional.</p> |

| REFERENCIA | DESCRIPCIÓN INTERVENCIÓN/ES | RESULTADOS/RECOMENDACIONES |
|------------------------------------|--|---|
| <p>Rizo CF <i>et al</i> (2011)</p> | <p>Las intervenciones localizadas fueron clasificadas en 4 tipos de enfoque diferentes: asesoramiento / terapia, la crisis / divulgación, paternidad, y programas de intervención multicomponente.</p> <p>En todos los estudios de investigación, los objetivos de la intervención para los niños incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • desarrollar y reforzar habilidades de afrontamiento • el desarrollo y la mejora de las habilidades de comunicación • el desarrollo y la mejora de los conflictos resolución y capacidad para resolver problemas • explorar las actitudes y creencias sobre la violencia familiar • el aumento de la seguridad personal • mejorar la síntomas de trauma psicológico y el bienestar general • el aumento de la autoestima y la autoeficacia • el aumento de las habilidades sociales y sociales apoyo • la disminución de auto-censura • la comprensión y expresión sentimientos • la mejora de la regulación de emociones | <p>Dada la escasez de investigación, así como el número limitado de estudios dentro de cada una de estas cuatro categorías, aún no es posible determinar cuál de estos cuatro enfoques tiene un futuro más prometedor.</p> <p>Los autores consideran que teniendo en cuenta las muchas necesidades de este tipo de familias, el enfoque multicomponente puede ser el más acertado.</p> <p>Ahora bien, teniendo en cuenta que a menudo incluyen estrategias de intervención de las otras tres categorías, y dado el importante consumo de recursos que originan, es preciso seguir investigando sobre la eficacia de cada uno de los enfoques, así como en la efectividad de cada uno de los elementos que las integran.</p> |

| REFERENCIA | DESCRIPCIÓN INTERVENCIÓN/ES | RESULTADOS/RECOMENDACIONES |
|------------|--|----------------------------|
| | <p>Asimismo, los objetivos de la intervención para los cuidadores y padres a través de todos estudios de investigación incluyeron:</p> <ul style="list-style-type: none"> • desarrollar y reforzar sus conocimientos del desarrollo del niño y el impacto de la IPV en los niños • desarrollar y mejorar la crianza de los hijos y las habilidades de disciplina • la disminución estrés de los padres • el aumento de la autoestima y la auto-eficacia • aumento emocional y bienestar psicológico • ayudar a los cuidadores/padres a desarrollar planes de seguridad • desarrollar y reforzar apoyo social • desarrollar y reforzar habilidades de autodefensa • desarrollar y reforzar la comunicación y la resolución de problemas • el desarrollo por parte de los cuidadores / padres del conocimiento y las conexiones con recursos de la comunidad • mejora del cuidador o interacciones padre-hijo | |

| REFERENCIA | DESCRIPCIÓN INTERVENCIÓN/ES | RESULTADOS/RECOMENDACIONES |
|--|--|--|
| <p>Franchek-Roa KM (2012) UpToDate</p> | <p>Se plantea estrategia de la Massachussets Medical Society denominada RADAR, para la realización de cribado por parte de pediatras de AP (cribado rutinario, preguntas directas, documentación de los hallazgos, asesoramiento sobre seguridad a víctimas y niños/as y revisión de las distintas opciones)</p> | <p>Se recomienda cribado a madres (para identificar víctimas de violencia de género) y adolescentes (para identificar exposición a violencia en el hogar).</p> <p>No se recomienda el cribado a mujeres en presencia de su pareja u otros adultos.</p> <p>Si están presentes niños mayores de 2-3 años se debe realizarse con cautela. Igualmente el cribado de adolescentes debe realizarse en ausencia de padres o cuidadores.</p> |
| | <p>Se plantean recomendaciones ante la sospecha por parte del pediatra de AP de exposición a violencia de género, que incluyen : información, derivación a salud mental infantil, notificación obligatoria, etc.</p> | <p>El pediatra debe facilitar el acceso a recursos locales y legales en estos casos.</p> |

| REFERENCIA | DESCRIPCIÓN INTERVENCIÓN/ES | RESULTADOS/RECOMENDACIONES |
|------------------------|---|--|
| Rosa-Alcázar AI (2010) | Los tratamientos psicológicos comparados en este estudio incluían: tratamiento conductual, no conductual y combinado. Se tenían en cuenta también otras variables como el foco del tratamiento (dirigido sólo al menor , a la díada menor-tutor o a la familia), el modo de tratamiento (individual, grupal, mixto), duración del tratamiento, etc. | <p>La comparación entre los distintos tipos de tratamiento no permite establecer diferencias tangibles en eficacia entre ellos, salvo en el caso de los problemas de conducta del menor en el que se observan mejores resultados con los tratamientos conductuales.</p> <p>Los tratamientos son más efectivos conforme mayor es su duración, cuando el maltrato sufrido ha sido la negligencia y cuando los menores están ya padeciendo el maltrato en comparación con los que están en riesgo de padecerlo.</p> |

1.3 MEDIOS ELECTRÓNICOS Y VIOLENCIA JUVENIL

Se ha localizado una guía con recomendaciones elaborada por el Center for Disease Control and Prevention (CDC) en la que se realizan recomendaciones a educadores/as y cuidadores/as sobre como evitar los riesgos potenciales de las nuevas tecnologías como fuente de violencia a los/as jóvenes. Debe tenerse en cuenta que se trata de un fenómeno emergente (en EEUU entre un 9-35% de los/as jóvenes refieren haberla sufrido) (Tablas 6 y 7).

Tabla 6: Descripción estudio incluido sobre violencia juvenil y medios electrónicos (método, tipo de intervención, objetivo y población diana)

| REFERENCIA | MÉTODO | TIPO INTERVENCIÓN | OBJETIVO ESPECÍFICO | POBLACIÓN DIANA |
|-------------------------------------|-------------------|---------------------|---|-----------------|
| Hertz MF <i>et al</i> (2008) CDC | Panel de expertos | Prevención primaria | Recomendaciones genéricas para evitar la violencia a través de medios electrónicos. | Jóvenes |

Tabla 7: Descripción de las intervenciones y principales resultados del estudio incluido sobre violencia juvenil y medios electrónicos

| REFERENCIA | DESCRIPCIÓN INTERVENCIÓN/ES | RESULTADOS/RECOMENDACIONES |
|--|--|--|
| Hertz MF <i>et al</i> (2008) CDC | En el documento no se realiza descripción detallada de ninguna intervención sino que se realizan recomendaciones de tipo genérico. | El Grupo de expertos subrayó la necesidad de soluciones integrales. Por ejemplo, una combinación de bloqueo de software, clases de educación sobre el comportamiento de medios electrónicos para estudiantes y padres de familia, y la comunicación regular entre adultos y jóvenes sobre sus experiencias con la tecnología, sería preferible a cualquiera de estas estrategias por separado. |

2. VIOLENCIA HACIA LAS PERSONAS MAYORES

2.1 DESCRIPCIÓN DE LOS ESTUDIOS

Se seleccionaron dos documentos (revisiones narrativas) sobre el maltrato en personas mayores; los dos hacen referencia al maltrato en general, no específicos del maltrato psicológico (Tabla 8).

El primero (Halphen, 2012) que corresponde al recurso de información clínica UpToDate, menciona estrategias para la prevención del maltrato en esta población así como diferentes instrumentos de detección con preguntas dirigidas a obtener información de la propia persona mayor y de su cuidador/a. Además se describen intervenciones por parte del clínico y del trabajador/a social, una vez detectado el caso, dirigidas a la seguridad de la persona mayor en riesgo, la provisión de medicación pertinente, el acceso a los diferentes servicios sociales y las medidas legales necesarias.

La segunda revisión (AHRQ, 2004) describe intervenciones para la detección de maltrato a una persona mayor mediante 3 instrumentos que evalúan al interesado/a y a su cuidador/a.

2.2 PRINCIPALES RESULTADOS

De estos documentos, cabe destacar dos ideas fundamentales: la importancia de consensuar los términos de definición e instrumentos a utilizar para reconocer la realidad de este problema y la necesidad de más estudios de procedimientos efectivos sobre el abuso y negligencia hacia las personas mayores (Tabla 9).

Tabla 8: Descripción de los estudios incluidos sobre violencia hacia personas mayores (método, tipo de intervención, objetivo y población diana)

| REFERENCIA | MÉTODO | TIPO INTERVENCIÓN | OBJETIVO ESPECÍFICO | POBLACIÓN DIANA |
|---|--------------------|--|---|---|
| Halphen J. and Dyer C. (2012) | Revisión narrativa | Prevención primaria Detección Intervención una vez detectada | Detectar el riesgo sobre maltrato en personas mayores de cara a la implementación de mecanismos de apoyo por parte de los profesionales sanitarios. | Mayores, cuidadores, profesionales sanitarios y no sanitarios |
| Agency for Healthcare Research and Quality. (AHRQ) (2004) | Revisión narrativa | Detección | Describir herramientas de cribado y diagnóstico de maltrato en la población mayor desde el ámbito sanitario. | Mayores |

Tabla 9: Descripción de las intervenciones y principales resultados de los estudios incluidos sobre violencia hacia personas mayores

| REFERENCIA | DESCRIPCIÓN INTERVENCIÓN/ES | RESULTADOS/RECOMENDACIONES |
|------------------------------|--|--|
| Halphen J and Dyer C. (2012) | <p>Propuestas dirigidas a diferentes colectivos y con una variedad de estrategias encaminadas a la prevención del maltrato hacia esta población.</p> <p>Múltiples intervenciones que van desde cursos dirigidos a profesionales para aumentar la conciencia del maltrato de ancianos o de los programas de apoyo jurídico, psicológico y educativo para las personas mayores y sus cuidadores/as.</p> <p>Programas de educación a profesionales no sanitarios, a todos aquellos grupos que estén relacionados de una u otra forma con las personas mayores.</p> <p>Intervenciones educativas y administrativas para hacer frente a las instituciones que puedan promover el buen trato de personas mayores residentes por parte de su personal.</p> <p>Material educativo para los pacientes: “Básico” y “Más allá del</p> | Faltan estudios de calidad sobre intervenciones diseñadas para reducir o prevenir el maltrato en personas mayores. |

| REFERENCIA | DESCRIPCIÓN INTERVENCIÓN/ES | RESULTADOS/RECOMENDACIONES |
|------------|--|--|
| | <p>básico” escritos en un lenguaje sencillo y comprensible.</p> <p>Se describen diversos instrumentos no específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • CTS (Conflict Tactics Scale) (no específico de maltrato a mayores pero sí es el mas adecuado para saber si alguien ha sido asaltado o amenazado) (abuso físico y verbal) • BASE (Brief Abuse Screen for the Elderly) • EAI (Elder Assessment Instrument) | <p>Se debe consensuar la definición y los instrumentos para medir este tipo de violencia.</p> <p>Realizar cribado a las personas mayores con riesgo mediante 3 preguntas básicas.</p> |
| | <p>Las intervenciones van dirigidas a la atención médica, social y asesoría legal correspondiente según el caso.</p> | <p>Los servicios sanitarios y sociales deben asegurar la seguridad de una persona mayor en riesgo de abuso.</p> <p>Ante sospecha, el sanitario debe poner en marcha todos los mecanismos legales a su alcance.</p> |

| REFERENCIA | DESCRIPCIÓN INTERVENCIÓN/ES | RESULTADOS/RECOMENDACIONES |
|---|---|--|
| <p>Agency for Healthcare Research and Quality. (2004)</p> | <p>Se enumeran 3 instrumentos que evalúan a la persona mayor y a su cuidador/a</p> <ul style="list-style-type: none"> • BASE (Brief Abuse Screen for the Elderly) • HSEAST (H-S Elder Abuse Screening Test) • CASE (Caregiver Abuse Screen) | <p>Hay pocos instrumentos para la identificación de potenciales víctimas mayores de abuso por sus cuidadores/as y no han sido probados en AP.</p> <p>La denuncia por parte de la persona mayor puede verse limitada por el deterioro cognitivo u otros problemas de salud que presente.</p> <p>Se requieren más estudios para probar e implantar procedimientos efectivos en relación a abuso y negligencia a personas mayores.</p> <p>No hay suficientes pruebas para incluir o excluir la búsqueda de casos de maltrato a personas mayores como parte del examen periódico de salud, pero se recomienda que los médicos estén atentos ante las señales de abuso para instaurar las medidas necesarias.</p> |

3. VIOLENCIA DE GÉNERO

3.1 DESCRIPCIÓN DE LOS ESTUDIOS

Se eligieron 8 documentos que correspondían a seis revisiones sistemáticas, una guía clínica y una revisión narrativa. Una de las revisiones sistemáticas hace referencia a la prevención primaria de la violencia de pareja dirigida a adolescentes; los otros documentos son de estrategias de detección e intervención en casos de violencia contra la mujer (Tabla 10).

La “Guía de Práctica Clínica de detección y actuación en salud mental ante las mujeres maltratadas por su pareja” fue elaborada por un equipo multidisciplinar de los distintos dispositivos de salud mental de la Región de Murcia. Sus intervenciones en violencia contra las mujeres se basan en el modelo RADAR, que se inicia en cuanto la mujer llega a la consulta (comprende desde la detección en la recogida de datos, la realización de una adecuada entrevista y exploración, la confirmación de la situación de violencia, la valoración de los riesgos para la vida de la mujer) y termina con la oferta de los recursos pertinentes.

Sus autores destacan la importancia de aprovechar toda ocasión de contacto con los hombres que acuden a sus servicios, bien por malestar psicológico o incluso para resolver una situación de violencia en el ámbito de la pareja. Consideran que el personal de salud mental tiene un lugar privilegiado para poder llevar a cabo diferentes estrategias de prevención de la violencia de género, para la detección de hombres maltratadores o en riesgo de serlo, y de intervención con hombres que se consideren en riesgo de ser maltratadores o presenten ciertas conductas de abuso.

La revisión sistemática dedicada a la prevención primaria (Whitaker, 2008) contra la violencia de pareja, va dirigida a adolescentes en centros escolares y comunitarios. Su intención es aportar información y conocimientos que les haga reflexionar sobre sus actitudes y comportamientos hacia este problema.

El documento perteneciente al Observatorio de Salud de la Mujer (EASP) ofrece un catálogo de instrumentos de cribado y diagnóstico para la violencia contra la mujer en la pareja, tras una búsqueda sistemática en diversas fuentes y bases de datos nacionales e internacionales. De todos ellos, pocos son específicos para detectar

violencia psicológica. En España, no se han encontrado instrumentos originales validados, pero sí algunos que han sido traducidos y adaptados al contexto sociocultural. La mayoría de las herramientas de detección están diseñadas para su aplicación en contextos clínicos (urgencias, atención primaria o servicios prenatales) y tan solo unos pocos, elaborados para usarlos en otros contextos asistenciales.

La revisión sistemática (Ramsay, 2009) perteneciente a la Institución Campbell, describe las intervenciones de apoyo a mujeres que han sufrido violencia de pareja, y diferencia entre las que viven en un albergue o refugio o convivan con su agresor/a.

Este programa “Advocacy interventions” abarca diferentes componentes, desde el asesoramiento legal y financiero hasta la accesibilidad a los recursos disponibles en la comunidad. Se ha demostrado mayor eficacia de las intervenciones multicomponente que las que manejan uno solo. Todas ellas se basan en el “empoderamiento” de la mujer.

3.2 RESULTADOS PRINCIPALES

Se pueden señalar como resultados más importantes según el tipo de intervención realizada, los siguientes (Tabla 11):

En Prevención Primaria:

- Los/as diferentes profesionales deben estar sensibilizados/as, informados/as y formados/as adecuadamente en violencia contra la mujer en la pareja.
- Los resultados del estudio realizado con los/as jóvenes consiguen cambiar los conocimientos que éstos tienen sobre la violencia de pareja, pero no son tan satisfactorios en cuanto al cambio de comportamientos y actitudes al respecto.

En Detección:

- Se describen innumerables instrumentos de cribado y diagnóstico de la violencia de género. No hay ninguno “ideal” y son pocos los específicos para medir por separado uno u otro tipo de violencia.

- Hay una importante variabilidad en las definiciones utilizadas en los diferentes documentos revisados.
- Se requiere su validación a otros idiomas y contextos socio-sanitarios.
- No hay evidencia para recomendar un cribado universal para detectar la violencia de pareja. Se aconseja realizarlo en caso de signos o síntomas asociados a riesgo de sufrirlo o ante determinados factores de riesgo (embarazo, asistencia a salud mental, etc.)
- La aceptación del cribado por parte de la mujer, no significa prestar una menor atención a la posible estigmatización o ruptura de la confidencialidad que se pueda producir.
- La realización de una valoración sencilla del abuso y explicar la oferta de recursos disponibles, puede interrumpir y prevenir la recurrencia de la violencia y el trauma asociado.
- Existe una importante escasez de estudios de evaluaciones de eficiencia de los programas de cribado.

En Intervención una vez detectada:

- Hay pocos estudios que evalúen la efectividad de las intervenciones ante un caso de violencia de pareja.
- Las intervenciones son más efectivas si son más largas/ intensas en el tiempo.
- Los programas de terapia cognitivo-conductual parecen ser el abordaje más indicado en el tratamiento dirigido a las secuelas psicológicas de una mujer que sufre violencia de pareja.
- Se deben realizar intervenciones específicas según la etapa en la que la mujer maltratada se encuentre.

- Se requiere de un seguimiento a largo plazo de las diferentes intervenciones así como que éstas vayan dirigidas a mujeres de diferentes entornos o características sociales y en distintos contextos.
- Se debe tener en cuenta las posibles limitaciones de los resultados de las diferentes intervenciones (el tamaño muestral o la metodología empleada) así como la influencia de condicionantes específicos de la población diana (consumo tóxicos o estado laboral) en el momento de la intervención.
- Resulta una limitación importante a la hora de medir la efectividad de una intervención aquellos casos en que la víctima no acepta dicha intervención, ya sea por uno u otro motivo.
- Falta investigación en diferentes niveles de atención, con diferentes poblaciones atendiendo a factores como clase social, etnia o edad.
- Se necesitan evaluaciones sobre la eficiencia de los programas de intervención.

Tabla 10: Descripción de los estudios incluidos sobre violencia de género (método, tipo de intervención, objetivo y población diana)

| REFERENCIA | MÉTODO | TIPO INTERVENCIÓN | OBJETIVO ESPECÍFICO | POBLACIÓN DIANA |
|---|-----------------------------|---|--|--|
| Balanza P <i>et al</i> (2010) | Guía de Práctica Clínica | Detección e intervención para mujeres | Detectar e identificar casos de mujeres que sufren o están en riesgo de sufrir violencia por su pareja en los servicios de salud mental y describir diferentes programas de intervención para ellas. | Mujeres maltratadas por su pareja y hombres que acuden a los servicios de salud mental y/o drogodependencias |
| | | Prevención primaria, detección e intervención para hombres que son o están en riesgo de ser maltratadores | Intervenir en los 3 niveles de prevención en la violencia hacia la mujer aprovechando la asistencia de hombres a este tipo de servicios. | |
| Feder G <i>et al</i> (2009) | Revisión sistemática | Detección | Detectar de forma global la violencia de género a nivel sanitario. | Mujeres |
| Whitaker DJ <i>et al</i> (2008) | Revisión sistemática | Prevención Primaria | Determinar la efectividad de programas de prevención primaria sobre violencia contra la mujer en la pareja. | Adolescentes que no tenían antecedentes de violencia de pareja |
| O`Reilly R, Beale B and Gillies D. (2010) | Revisión sistemática | Detección Intervención | Describir herramientas de cribado e intervenciones específicas para embarazadas que sufren o han sufrido violencia de pareja. | Embarazadas que han experimentado violencia de pareja |

| REFERENCIA | MÉTODO | TIPO INTERVENCIÓN | OBJETIVO ESPECÍFICO | POBLACIÓN DIANA |
|--|----------------------|---------------------------|--|---|
| EASP. Observatorio de Salud de las Mujeres | Revisión sistemática | Detección | Describir las diferentes herramientas de cribado para detectar violencia psicológica sobre las mujeres por parte de su pareja en el ámbito sanitario y social. | Mujeres |
| Sillman J. (2012) | Revisión sistemática | Detección Intervención | Narrar las diferentes herramientas de cribado e intervenciones para las mujeres que sufren o están en riesgo de sufrir violencia de pareja desde los servicios sanitarios. | Mujeres |
| Agency for Healthcare Research and Quality.(2004) | Revisión narrativa | Detección Intervención | Disponer de herramientas de cribado de violencia de pareja contra las mujeres y ofrecer diferentes intervenciones a mujeres (también embarazadas) desde el ámbito sanitario. | Mujeres en general y embarazadas |
| Ramsay J et al. (2009) | Revisión sistemática | Intervención | Ofrecer programas para mejorar las consecuencias para la salud de las mujeres que sufren o han sufrido violencia de pareja con enfoque multidisciplinar. | Mujeres que están o han experimentado violencia de pareja |

Tabla 11: Descripción de las intervenciones y principales resultados de los estudios incluidos sobre violencia de género

| REFERENCIA | DESCRIPCIÓN INTERVENCIÓN/ES | | RESULTADOS/RECOMENDACIONES |
|-------------------------------|-----------------------------|---|---|
| Balanza P <i>et al</i> (2010) | Con mujeres: | Instrumentos de cribado: <ul style="list-style-type: none"> • WAST corto (Woman Abuse Screening Tool) • Entrevista de acogida Instrumento de diagnóstico: <ul style="list-style-type: none"> • ISA (Index of Spouse Abuse) para confirmar • Entrevista personalizada • Cuestionario de Soria para facilitar la detección de estrategias de abuso por parte del maltratador | <p>No existe suficiente evidencia para hacer cribado universal para detectar violencia doméstica, ahora bien, en el caso de las usuarias de salud mental y drogodependencias, consideradas población de riesgo, se recomienda preguntar sistemáticamente a todas de forma rutinaria, a través del personal de enfermería.</p> <p>Si no se pregunta específicamente, el relato se retrasa hasta 16 meses de media, por lo que el cribado en estos casos puede contribuir a la detección precoz, evitando la revictimización, la cronificación y la yatrogenia.</p> <p>Una valoración sencilla del abuso y explicar la oferta de recursos disponibles puede interrumpir y prevenir la recurrencia de la violencia y el trauma asociado.</p> |
| | | <p>Las intervenciones descritas una vez detectado el caso de violencia pueden ser:</p> <p>Intervenciones de defensa: cuyo fin es fortalecer a las mujeres (hablar con ellas</p> | <p>Existe evidencia de que la intervención de defensa intensiva en casas de acogida, reduce el abuso físico hasta dos años. Se desconoce su efecto sobre la calidad de vida y la salud mental de dichas mujeres. Para las mujeres que todavía viven con los</p> |

| REFERENCIA | DESCRIPCIÓN INTERVENCIÓN/ES | RESULTADOS/RECOMENDACIONES |
|------------|--|--|
| | <p>sobre posibles soluciones), ayudarlas a alcanzar las metas que se han fijado y a comprender y encontrarle sentido a la situación y sus respuestas a ella. Dirigidas tanto a mujeres que viven en casas de acogida o con su agresor.</p> <p>Intervenciones psicoterapéuticas: de corta duración, en grupo, generalmente ambulatorias, con uno o dos terapeutas. El más frecuente es el “grupo de trabajo”.</p> <p>Tienen un doble objetivo: la mejora de los niveles de salud física y psicológica y la readaptación de las mujeres a su ámbito de vida cotidiano.</p> | <p>agresores no hay pruebas suficientes para determinar si son efectivas las intervenciones menos intensivas realizadas en ámbitos sanitarios.</p> <p>Insuficiente evidencia para recomendar o no intervenciones específicas para mujeres expuestas a la violencia machista fuera de las de defensa en casas de acogida.</p> <p>Se dispone de poca investigación controlada sobre la eficacia de las intervenciones terapéuticas, pero no se duda de su utilidad. La terapia cognitivo-conductual parece la más adecuada para tratar las secuelas psicológicas ante violencia de pareja.</p> <p>Las intervenciones deben tratar los síntomas sin olvidar la dimensión psicosocial implicada, teniendo en cuenta otros aspectos como la integración en el mundo laboral, mejora de la autonomía, capacidad de resolución de problemas o adaptación a la vida cotidiana.</p> |
| | <p>Con hombres:</p> <p>Prevención: Mediante intervenciones psicoeducativas</p> | <p>Plantean la necesidad de realizar cursos de sensibilización y formación para todo el personal sanitario de salud mental y así</p> |

| REFERENCIA | DESCRIPCIÓN INTERVENCIÓN/ES | RESULTADOS/RECOMENDACIONES |
|------------|---|--|
| | <p>dirigidas a transmitir mensajes sobre la igualdad y desmontar los estereotipos de género desajustados y mantenedores de las estrategias de control y dominio del hombre sobre la mujer.</p> | <p>aprovechar las oportunidades que surjan con pacientes varones para transmitir valores de igualdad y respeto a la mujer.</p> |
| | <p>Detección:</p> <p>Existen entrevistas estructuradas y cuestionarios, que evalúan conductas del maltrato y permiten planificar mejor el tratamiento.</p> | <p>A pesar de que no existe un perfil definido de maltratador ni psicopatología asociada que pueda servir de indicador de sospecha, la presencia de determinados factores pueden alertar de cara a la detección.</p> |
| | <p>Intervención:</p> <p>Con diferentes estrategias psicosociales, sanitarias y educativas precoces y eficaces para hombres que se consideren en riesgo de ser maltratadores o presenten ciertas conductas de abuso.</p> | <p>La terapia cognitivo-conductual es la mas utilizada.</p> <p>Existen muy pocas evaluaciones adecuadas de los efectos de este tipo de terapia en maltratadores para establecer conclusiones.</p> |

| REFERENCIA | DESCRIPCIÓN INTERVENCIÓN/ES | RESULTADOS/RECOMENDACIONES |
|------------------------------------|--|---|
| <p>Feder G <i>et al</i> (2009)</p> | <p>Instrumentos de cribado: entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Escala de HITS (Hurts, Insults, Threatens y Scream) • WEB • ISA • OVAT | <p>Varias herramientas de detección cortas son relativamente válidas y fiables para su uso en la salud. La escala de HITS muestra mayor exactitud diagnóstica.</p> <p>La mayoría de mujeres consideraron aceptable la estrategia de cribado, aunque se identificaron posibles efectos negativos como la posibilidad de estigmatización o la ruptura de la confidencialidad.</p> <p>No se encontraron ensayos que evaluaran la capacidad de los programas de cribado para reducir la morbi-mortalidad por esta causa. La aceptabilidad por parte de los profesionales sanitarios de este tipo de programas varía ampliamente.</p> <p>No existen muchos estudios sobre coste-efectividad de los programas de cribado. Como conclusión final los autores consideran que actualmente no hay pruebas suficientes para implementar un programa de cribado de violencia contra las mujeres, ya sea en los servicios de salud en general o en situaciones clínicas específicas.</p> |

| REFERENCIA | DESCRIPCIÓN INTERVENCIÓN/ES | RESULTADOS/RECOMENDACIONES |
|---------------------------------|--|---|
| Whitaker DJ <i>et al</i> (2008) | <p>Prevención primaria:</p> <p>Programas de prevención primaria sobre la violencia de pareja dirigida a jóvenes.</p> <p>Son intervenciones realizadas desde las escuelas (por profesores) y asociaciones comunitarias (agentes sociales).</p> <p>Comprenden diferentes actividades como grupos de discusión, concurso de un cartel, organización de un teatro...</p> <p>Se miden diferentes parámetros: conocimientos sobre prevalencia, causas y consecuencias del problema, recursos disponibles y actitudes pro o antiviolencia de los jóvenes.</p> | <p>Las conclusiones de este estudio están en relación con la detección de violencia de género (de pareja), de forma global, no es específico de violencia psicológica.</p> <p>Las intervenciones dirigidas a la prevención primaria de la violencia de pareja son efectivas en el cambio de los conocimientos relativos a la prevalencia, las causas y consecuencias de la violencia de pareja, los recursos disponibles y la agresión sexual.</p> <p>No está claro que sean efectivas para el cambio de actitudes.</p> <p>Pueden ser efectivas para cambios de comportamiento.</p> <p>Se deben realizar investigaciones que evalúen programas dirigidos a poblaciones específicas.</p> <p>Se deben hacer estudios con seguimiento a largo plazo.</p> |

| REFERENCIA | DESCRIPCIÓN INTERVENCIÓN/ES | RESULTADOS/RECOMENDACIONES |
|--|---|--|
| <p>O`Reilly R, Beale B and Gillies D. (2010)</p> | <p>Instrumentos de cribado:</p> <ul style="list-style-type: none"> • AAS (Abuse Assesment Screen) (diferentes tipos de abuso) • VAWS (Violence Against Women Screen) (diferentes tipos) | <p>El uso de herramientas de cribado en consultas prenatales aumenta la identificación de violencia de pareja.</p> <p>La efectividad del uso de cribado parece estar relacionado con el mayor uso de los servicios sanitarios que hacen las embarazadas.</p> <p>Las consultas de atención prenatal son una oportunidad tanto para los prestadores como para las embarazadas para que éstas se sientan seguras para “confesar” un caso de violencia de pareja.</p> <p>Los prestadores deberían implementar como rutina el cribado en embarazadas que permitan desarrollar estrategias que las proteja a ellas, al bebe y a otros hijos.</p> |
| | <p>Intervención:</p> <p>Se mencionan dos instrumentos para medir la efectividad de las diferentes intervenciones tras 6 y 12 meses del mismo: ISA (Index of Spouse Abuse) y escala SVAWS (Severity Violence Against Women Scale)</p> <p>Se describen 3 tipos de intervenciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> A. tarjeta con información de recursos (resource card) B. asesoramiento por enfermera preparada C. asesoria por mentora/consejera (madre de la zona) | <p>No hay evidencias de que un tipo de intervención sea mejor que otra.</p> <p>Insuficiente evidencia de la efectividad de las intervenciones en las mujeres embarazadas.</p> <p>Los resultados pueden verse influenciados por el consumo de alcohol, drogas o situación laboral de las mujeres en el momento de la intervención.</p> <p>No se encontraron diferencias de resultados entre los diferentes grupos étnicos.</p> <p>Limitación de los resultados por tamaño muestral y metodología.</p> <p>Se recomienda desarrollar estudios que evalúen las intervenciones para reducir este tipo de violencia en embarazadas.</p> |

| REFERENCIA | DESCRIPCIÓN INTERVENCIÓN/ES | RESULTADOS/RECOMENDACIONES |
|---|--|--|
| <p>EASP. Observatorio de salud de las Mujeres</p> | <p>Instrumentos de cribado: se describen 26 instrumentos diferentes, de los cuales encontramos 2 específicos de violencia psicológica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Psychological Violence Inventory • Scale WEB (Women's Experience with Battering) <p>Instrumentos de diagnóstico: entre 14 diferentes, se enumeran 2 específicas del maltrato psicológico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • PAS (Propensity for Abusiveness Scale) • PMWI (Psychological Maltreatment of Women Inventory) | <p>La mayoría de los instrumentos de cribado y de diagnóstico se ha elaborado y validado fundamentalmente en EE.UU.</p> <p>En España, no se han encontrado instrumentos originales validados que hayan sido publicados, aunque sí se han identificado unos pocos que han sido adaptados sociocultural y lingüísticamente. La mayoría de ellos han sido diseñados para ser aplicados en contextos sanitarios sobretodo en AP, prenatal y urgencias.</p> <p>La mayoría de los instrumentos de cribado conceptualizan la violencia contra la mujer como la confluencia de tres dimensiones básicas: física, psicológica y sexual. Sólo unos pocos limitan la violencia a la física o la psicológica.</p> <p>Los instrumentos de diagnóstico, también en su mayoría, abordan los niveles psicológico, físico y sexual.</p> <p>Muestran una alta versatilidad para su utilización en otras situaciones y por otros profesionales implicados en la asistencia a las mujeres víctimas de maltrato, como trabajadores/as sociales, abogados/as, psicólogos/as y otros trabajadores/as de centros de acogida y programas de intervención.</p> |

| REFERENCIA | DESCRIPCIÓN INTERVENCIÓN/ES | RESULTADOS/RECOMENDACIONES |
|-------------------|---|---|
| Sillman J. (2012) | Instrumentos de cribado: <ul style="list-style-type: none"> • “SAFE” questions | <p>Los médicos deben estar alerta ante la posibilidad de este tipo de maltrato, particularmente en determinadas situaciones.</p> <p>No se ha encontrado evidencias suficientes para hacer cribado de forma general a las mujeres por violencia de pareja.</p> <p>Se recomienda el uso de protocolos en los servicios de urgencia para aumentar el diagnóstico.</p> <p>Es recomendable que los sanitarios evalúen a las embarazadas en busca de abuso de pareja.</p> <p>Falta consenso entre organizaciones gubernamentales y asociaciones de profesionales respecto a este tipo de cribado.</p> <p>Toda mujer con signos o síntomas asociados a riesgo de sufrir abuso debe ser preguntada.</p> <p>Se sugiere que los profesionales de AP, los ginecólogos y otros especialistas realicen a las mujeres y adolescentes en la 1º visita y de forma periódica esta pregunta: ¿alguna vez tu pareja te ha golpeado, lastimado o amenazado?</p> |

| REFERENCIA | DESCRIPCIÓN INTERVENCIÓN/ES | RESULTADOS/RECOMENDACIONES |
|---|---|--|
| | <p>Intervención:</p> <p>Se basa fundamentalmente en el “Asesoramiento” sobre reforzar autoestima, valorar grado de peligro para ella y sus hijos, ayudarla a desarrollar un plan si decide abandonar al agresor y proporcionarles apoyo continuo.</p> | <p>La efectividad de las intervenciones son difíciles de evaluar porque las víctimas no siempre la aceptan por diferentes motivos: temor a represalias, consecuencias económicas y familiares. La intervención en caso de abuso requiere equipo multidisciplinar y recursos institucionales y comunitarios.</p> |
| <p>Agency for Healthcare Research and Quality. (2004)</p> | <p>Instrumentos de cribado, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • WEB Scale • WAST • HITS • AAS • ISA | <p>Ningún instrumento de cribado tiene 100% sensibilidad y especificidad.</p> <p>No hay evidencias ni a favor ni en contra de realizar cribado de forma general para la violencia de pareja.</p> <p>Se obtienen mejores resultados respecto a la detección con unos instrumentos que con otros.</p> <p>Hay muchas lagunas respecto a la evidencia de cribado desde AP.</p> <p>Faltan estudios de intervención desde el nivel AP para mujeres no embarazadas.</p> <p>Se requiere validar los instrumentos a idiomas diferentes al inglés.</p> |

| REFERENCIA | DESCRIPCIÓN INTERVENCIÓN/ES | RESULTADOS/RECOMENDACIONES |
|------------|---|--|
| | <p>Intervención:</p> <p>Se describen 3 tipos de intervenciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> A. tarjeta con información de recursos (resource card) B. asesoramiento por enfermera preparada C. asesoría por mentora/consejera <p>Los resultados son medidos con dos herramientas: ISA y SVAWS</p> | <p>Hay instrumentos que requieren ser validados y modificados para su uso en los servicios sanitarios.</p> <p>Se debe consensuar definiciones y medidas en los estudios.</p> <p>Hay pocos estudios de intervención, y éstos estaban centrados en embarazadas.</p> <p>Faltan estudios de intervención desde el nivel AP para mujeres no embarazadas.</p> <p>El abuso decrece en los tres grupos de intervención pero sin diferencias significativas entre ellos.</p> <p>Mejores las intervenciones con una duración mas larga: de 6-12 meses.</p> <p>Los estudios de detección y la intervención se limitan actualmente a la población de alto riesgo. No se sabe si los resultados se pueden generalizar.</p> <p>Los resultados deberían incluir no solo medidas para reducir la violencia sino también para mejorar la calidad de vida, la salud mental, autoestima, etc.</p> |

| REFERENCIA | DESCRIPCIÓN INTERVENCIÓN/ES | RESULTADOS/RECOMENDACIONES |
|-------------------------------------|---|--|
| <p>Ramsay J <i>et al</i> (2009)</p> | <p>Intervención:</p> <p>Una forma de intervención a las mujeres que sufren violencia de pareja y presentan problemas psicológicos es a través de la "Advocacy".</p> <p>Mediante este programa se les facilita el uso de los diferentes servicios o recursos comunitarios disponibles en su entorno: asesoramiento legal, financiero y sobre vivienda, búsqueda de refugio o intervenciones psicológicas, entre otras.</p> <p>Diferencia entre intervenciones mas o menos intensivas (> de 12 horas) según las necesidades de la mujer.</p> | <p>Se demuestra la mejora de la salud psicológica con este tipo de intervención pero no hay evidencias claras de que disminuya este tipo de violencia.</p> <p>La intervención de larga duración parece reducir, entre las mujeres que vivían en las casas de acogida, el maltrato físico hasta 1-2 años después de la intervención, pero se desconoce si es beneficioso para su salud mental y calidad de vida.</p> <p>No hay pruebas suficientes que demuestren si las intervenciones menos intensivas dirigidas desde los centros sanitarios para las mujeres que todavía viven con sus agresores son eficaces.</p> <p>Se requieren más estudios de intervenciones en diferentes contextos sanitarios.</p> <p>Se requiere un consenso entre investigadores para elegir qué se mide y los instrumentos a utilizar tras la intervención.</p> <p>Es necesario un seguimiento en el tiempo, a mas largo plazo (puede que algunos efectos no aparezcan hasta algún tiempo después de finalizada la intervención).</p> |

| REFERENCIA | DESCRIPCIÓN INTERVENCIÓN/ES | RESULTADOS/RECOMENDACIONES |
|------------|-----------------------------|--|
| | | <p>Se deben realizar intervenciones específicas según la etapa en la que la mujer maltratada se encuentre.</p> <p>Las actividades de promoción deben ser adaptadas según diferencias culturales y grupos étnicos.</p> <p>Se requieren análisis económicos para evaluar si estos programas son costo-efectivos.</p> |

DISCUSIÓN

DISCUSIÓN

En primer lugar, es necesario precisar que no ha sido posible localizar publicaciones que abordasen intervenciones de prevención y manejo de la violencia psicológica en determinados ámbitos y colectivos que hubiesen sido de interés por la especial vulnerabilidad de las potenciales víctimas. Tal es el caso de las personas con discapacidad o las personas que ejercen la prostitución, habiéndose localizado artículos sobre maltrato que fueron finalmente descartados por no abordar de forma específica o desagregada la cuestión de la violencia psicológica. En los mismos términos, se ha detectado ausencia de trabajos específicos sobre intervenciones en el caso del acoso laboral.

Es importante tener en cuenta la limitación que supone la imposibilidad de haber ampliado la estrategia de búsqueda bibliográfica a bases de datos de contenido psico-sociológico. A esto hay que añadir que existe una seria dificultad para trabajar sobre violencia psicológica, pues en los trabajos localizados se elude la subjetividad. De esta forma, no se mencionan los afectos, valores, creencias y actitudes que subyacen a los comportamientos de los sujetos. Hecho especialmente palpable en el caso de las personas mayores o el de los menores a los que, en términos generales, no se les pregunta ni se les reconoce un discurso propio. En los documentos analizados se percibe una preocupación por informar y educar, pero sin tener en cuenta la realidad psíquica de las personas víctimas de violencia.

En relación con la violencia en el ámbito intrafamiliar y menores, los trabajos que han sido incluidos sitúan a la/él menor en el rol de víctima, no habiéndose localizado trabajos que abordaran conflictos intrafamiliares de otra naturaleza invirtiéndose los papeles de víctima/agresor.

En la misma línea, en el caso de maltrato a personas mayores, no ha sido posible incluir estudios sobre intervenciones dirigidas a personas mayores institucionalizadas, sino que los incluidos hacen referencia tan solo al ámbito familiar.

Es común a todos los ámbitos de estudios incluidos, la escasez de trabajos que aborden específicamente la violencia psicológica, de forma que tan sólo en el ámbito del maltrato a menores ha sido posible localizar un estudio que valoraba intervenciones específicamente diseñadas para este tipo de maltrato. Esta falta de hallazgos de investigaciones y publicaciones específicas se encuentra en consonancia con lo descrito en la literatura (Arruaburrena, 2011; Blázquez, 2010).

En algunos de los apartados reseñados, como el acoso escolar, existen evaluaciones sobre intervenciones de prevención primaria realizadas al efecto, aunque no se haya localizado información relativa a la eficiencia de las mismas a través de evaluaciones económicas.

En los estudios sobre intervenciones en menores víctimas de maltrato en el ámbito familiar, que incluyen distintos tipos de violencia, resulta imposible discriminar la utilidad de las intervenciones específicamente en el maltrato psicológico.

En otro orden de ideas, resulta especialmente interesante la aportación del CDC en cuanto a violencia juvenil y medios electrónicos, pues si bien se proponen intervenciones aún no evaluadas, no cabe duda de que se trata éste de un tema novedoso del que sería necesario realizar seguimiento, dada la expansión del uso de las nuevas tecnologías entre adolescentes y jóvenes como vehículo de socialización.

Por último, en el ámbito de la violencia de género, se ha reseñado que la intervención una vez detectada debe realizarse de forma específica según la etapa en la que la mujer maltratada se encuentre. Esta premisa debería ser tenida en cuenta también a la información, de forma que la cantidad y tipo de la misma esté conectada a la realidad particular de cada sujeto para que pueda sentirse concernido/a por ella.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

Pese a la escasez de estudios que describan y evalúen intervenciones específicamente diseñadas para el manejo de la violencia psicológica, en términos generales, se puede destacar lo siguiente:

- En todos los ámbitos, las intervenciones multicomponente parecen ser las más efectivas y útiles.
- Igualmente las intervenciones más prolongadas en el tiempo se relacionan con mejores resultados.
- Pese a que se describen numerosos instrumentos de detección de la violencia, al igual que en el resto de intervenciones, debe tenerse en cuenta el contexto socio-económico, cultural, etc., para decidir cual de ellos debe aplicarse.
- En los casos de violencia de género, no se recomienda hacer cribados de forma universal. Se aconseja realizarlo ante signos o síntomas de alerta o ante determinados factores de riesgo (embarazo, asistencia a salud mental, etc.).
- En el caso de menores y adolescentes, la violencia psicológica es considerada una de las tipologías potencialmente más dañinas de desprotección infantil, pese a lo que continúan existiendo grandes dificultades para su identificación y abordaje.
- Es importante destacar la dificultad de las personas maltratadas en aceptar las intervenciones por temor a las represalias, consecuencias económicas y familiares. Se trata en muchos casos de temores fundados y reales que apuntan a la responsabilidad social y política, puesto que la realidad actual favorece el silenciamiento, la invisibilidad y, por tanto, la perpetuación.

Por último, es necesario subrayar la necesidad de nuevas investigaciones para diseñar y evaluar intervenciones que tengan en cuenta la complejidad del problema de la violencia psicológica y el contexto en el que se produce.

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

Adi, Y et al. 2007, "Systematic review of the effectiveness of interventions to promote mental wellbeing in primary schools, Report 3: Universal Approaches with focus on prevention of violence and bullying". <http://www.guidance.nice.org.uk>

Agency for Healthcare Research and Quality 2004, "Screening for Family and Intimate Partner Violence", Systematic Evidence Review. Disponible en www.ahrq.gov

Agency for Healthcare Research and Quality 2004, "Screening Women and elderly Adults for Family and Intimate Partner Violence: A Review of the Evidence for the U.S. Preventive Services Task Force". Systematic Evidence Review. Disponible en www.ahrq.gov.

Arruabarrena, MI 2011, "Maltrato psicológico a los niños, niñas y adolescentes en la familia: definición y valoración de su gravedad", *Psychosocial Intervention*, vol. 20, no.1, pp. 25-44.

Balanza, Pilar et al. 2010, *Guía de Práctica Clínica. Actuación en salud mental con mujeres maltratadas por su pareja. Guía de Práctica Clínica. Biblioteca de Prácticas Clínicas del Sistema Nacional de Salud. Servicio Murciano de Salud.*

Baker, A. J. L 2009, Adult recall of childhood psychological maltreatment: Definitional strategies and challenges. *Children and Youth Services Review*, no.31, pp. 703-714.

Bazo, MT 2001, Negligencia y malos tratos a las personas mayores en España. *Rev Esp Geriatr*, vol. 36, no. 1, pp. 8-14.

Black, R et al. 2009, Systematic review of the effectiveness of universal interventions which aim to promote emotional and social wellbeing in secondary schools. <http://guidance.nice.org.uk>

Blázquez M, Moreno JM, García ME, 2009. Estudio del maltrato psicológico en las relaciones de pareja en jóvenes universitarios. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, vol 7, no.2, pp.691-714. ISSN: 1696-2095.

Blázquez M, Moreno M, García-Baamonde ME, 2010. Revisión teórica del maltrato psicológico en la violencia conyugal. *Psicología y Salud*, vol. 20, Nno. 1, pp 65-75.

Centro Reina Sofía 2002, Maltrato infantil en la familia: España (1997/1998), Valencia, Serie Documentos no 4, informe coordinado por Esteban Requena.

EASP. Catálogo de instrumentos para cribado y frecuencia del maltrato físico, psicológico y sexual. Disponible en web del Observatorio de Salud de la Mujer.

Farrington, DP et al. 2009, "School-based programs to reduce bullying and victimization", Campbell Systematic Reviews 2009:6

Feder, G et al. 2009, "How far does screening women for domestic (partner) violence in different health-care settings meet criteria for a screening programme? Systematic reviews of nine UK National Screening Committee criteria", Health Technology Assessment, vol. 13, no. 16.

Federación de Asociaciones para la Prevención del Maltrato Infantil 2010, Datos disponibles sobre maltrato infantil. 2008. Cuadernos de Bienestar y Protección Infantil, 5. Disponible en: http://www.fapmi.es/imagenes/subsecciones1/Cuadernos_05_Datos%202008.pdf

Franchek-Roa, KM 2012, Childhood exposure to intimate partner violence. Disponible en: www.uptodate.com

Halphen, J & Dyer, C 2012, "Elder mistreatment: Abuse, neglect, and financial exploitation", UpToDate.

Instituto de la Mujer 2002, Macroencuesta sobre violencia contra las mujeres. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect 1999, Definition of CAN. Disponible en: <http://www.ispcan.org/CAN-facts/definition.html>

Loring, M.T 1994, Emotional abuse. New York: Macmillan, Inc.

McAllister, M 2000, Domestic violence: A life-span approach to assessment and intervention. Lippincott's Primary Care Practice, vol. 4, no.2, pp. 174-189.

Nelson, H et al. 2004, "Screening Children for family violence: A review of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force", Systematic Evidence Review. Disponible en www.ahrq.gov.

Oliver, RM et al. 2011, "Teacher classroom management practices: Effects on disruptive or aggressive student behaviour", Campbell Systematic Reviews 2011:4

Olweus, D 1993. «Bullying at school: what we know and what we can do». NY. Blackwell.

Oñate Cantero, A, Piñuel Zabal, I 2007, Informe Cisneros X. Violencia y acoso escolar en España. Instituto de Innovación educativa y desarrollo directivo.[en línea]. Parcialmente disponible en www.fapacne.com/publicaciones/acoso-escolar/acoso-escolar.pdf

OPS, 2002. Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud.

O'Reilly, R, Beale, B & Gillies, D 2010, Screening and Intervention for domestic Violence During pregnancy care: A Systematic Review. Trauma, Violence & Abuse, vol. 11, no.4, pp. 190-201.

Palacios, J 1995, Los datos del maltrato infantil en España: Una visión de conjunto. Infancia y Aprendizaje, 71, 69-76.

Ramsay J et al. 2009, "Advocacy interventions to reduce or eliminate violence and promote the physical and psychosocial well-being of women who experience intimate partner abuse", Biblioteca Cochrane Plus Número 3. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>.

Rizo CF et al. 2011, "A review of family interventions for intimate partner violence with a child focus or child component", Aggression and Violent behaviour, vol.16, pp144-166.

Rosa-Alcázar, AI et al. 2010, "Tratamiento psicológico del maltrato físico y la negligencia en niños y adolescentes: un meta-análisis", Psicotherma, vol. 22, no 4, pp. 627-633.

Sillman, J 2012, Diagnosing, screening, and counseling for domestic violence. En UpToDate.

Tommyr, L et al. 2011, "Measurement of emocional/psychological child maltreatment: A review", Child, Abuse & Neglect, vol.3, pp. 767-782.

Toronto, 2002, Observatorio de las personas mayores, 2005 IMSERSO, Malos tratos a personas mayores: guía de actuación.

Vázquez, F, Torres, A, Otero, P, Blanco, V, López, M 2010, Prevalencia y factores de riesgo de la violencia contra la mujer en estudiantes universitarias. Psicothema. vol. 22; pp 196-201. ISSN 0214-9915.

Villavicencio, P. y Sebastián, J 1999, Violencia doméstica: su impacto en la salud física y mental de las mujeres. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales/Instituto de la Mujer.

Wilson, SJ et al. 2006, "The effects of school-based social information processing interventions on aggressive behaviour, part I: Universal Programs", Campbell Systematic Reviews 2006:5

Wilson, SJ et al. 2006, "The effects of school-based social information processing interventions on aggressive behaviour, part II: Selected/Indicated Pull-out Programs", Campbell Systematic Reviews 2006:6

Whitaker, DJ et al. 2008, "Primary prevention of perpetration of partner violence: Evidence and implications for public health", Health –Evidence Canadá.

Wolf R 1989, Testimony before the Subcommittee of Human Services: Select Committee on Aging. US House of Representatives Hearings on Elder Abuse.

