

PERLAS PARA URGENCIÓLOGOS

Entrenando al personal sanitario para responder ante situaciones de violencia contra las mujeres dentro de la pareja*Training healthcare providers to respond to intimate partner violence against women*Naira Kalra¹, Leesa Hooker^{2,3}, Sonia Reisenhofer⁴, Gian Luca Di Tanna⁵, Claudia García-Moreno⁶**Fundamento**

La violencia en la pareja, también considerada violencia de género, incluye cualquier tipo de violencia (física, sexual o psicológica o emocional) ejercida por una pareja actual o anterior. Esta revisión refleja la comprensión actual de la violencia en la pareja como un problema profundamente relacionado con el género, perpetrado en la mayoría de los casos por hombres contra mujeres. La violencia de género puede tener importantes consecuencias para la salud física y mental de los supervivientes. Las mujeres que sufren violencia de género tienen más probabilidades de entrar en contacto con profesionales sanitarios (por ejemplo, enfermeros, médicos, comadronas), aunque a menudo no revelen la violencia. La formación del personal sanitario sobre la violencia en la pareja, incluida la forma de responder a las supervivientes de la violencia en la pareja, es una intervención importante para mejorar los conocimientos, las actitudes y la práctica del personal sanitario y, en consecuencia, la atención y los resultados sanitarios de las supervivientes de la violencia en la pareja.

Objetivos

Evaluar la eficacia de los programas de formación que pretenden mejorar la identificación y la respuesta del personal sanitario ante la violencia de género, en comparación con la no intervención, la lista de espera, el placebo o la formación habitual.

Métodos de búsqueda

Se realizaron búsquedas en CENTRAL, MEDLINE, Embase y otras siete bases de datos hasta junio de 2020. También se realizaron búsquedas en dos registros de ensayos clínicos y en sitios web pertinentes. Además, se estableció contacto con los autores principales de los estudios incluidos para preguntarles si conocían algún estudio relevante no encontrado en la búsqueda. Se

evaluaron las listas de referencias de todos los estudios incluidos y las revisiones sistemáticas para su posible incorporación. No se aplicaron restricciones por fechas de búsqueda o idioma.

Criterios de selección

Todos los ensayos controlados aleatorizados y casi aleatorizados que compararon la formación en violencia de género o los programas educativos para personal sanitario con la ausencia de formación, la lista de espera, la formación habitual, el placebo o un subcomponente de la intervención.

Extracción de datos y análisis

Se utilizaron los procedimientos metodológicos estándar descritos por Cochrane. Dos revisores evaluaron de forma independiente la elegibilidad de los estudios, extrajeron los datos y evaluaron los riesgos de sesgo. En los casos en que fue posible, se sintetizaron los efectos del entrenamiento en violencia de género en un meta-análisis. Otros análisis se sintetizaron de forma narrativa. Se evaluó la certeza de las pruebas mediante la metodología GRADE.

Resultados principales

Se incluyeron 19 ensayos con 1.662 participantes. Tres cuartas partes de todos los estudios se realizaron en EE.UU., con estudios únicos de Australia, Irán, México, Turquía y Países Bajos. Doce ensayos analizaron el entrenamiento en violencia de género comparado con ningún entrenamiento, y 7 ensayos compararon los efectos del entrenamiento en violencia contra la pareja con el entrenamiento habitual o un subcomponente de la intervención en el grupo de comparación, o ambos.

Los participantes en los estudios fueron 618 médicos/estudiantes, 460 enfermeros/estudiantes, 348 dentistas/estudiantes, 161 asesores o psicólogos/estudiantes, 70 comadronas y 5 trabajadores sociales. Los estudios fue-

Filiación de los autores: ¹Gender Innovation Lab, Office of the Chief Economist, Africa Region, World Bank, Washington, DC, Estados Unidos. ²Judith Lumley Centre, School of Nursing and Midwifery, La Trobe University, Bundoora, Australia. ³La Trobe Rural Health School, La Trobe University, Bendigo, Australia. ⁴College of Science, Health & Engineering, La Trobe University, Bundoora, Australia. ⁵Statistics Division, The George Institute for Global Health, University of New South Wales, Sydney, Australia. ⁶UNDP-UNFPA-UNICEF-WHO-World Bank Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction (HRP) Department of Sexual and Reproductive Health and Research, World Health Organization, Geneva, Suiza.

Autor para correspondencia: Claudia García-Moreno.

Correo electrónico: garciamoreno@who.int

Información del artículo: Esta sección reproduce artículos previamente publicados por Cochrane Database of Systematic Reviews y se realiza en coordinación con Patricia Jabre, Sebastien Beroud, Julie Dumouchel, Virginie-Eve Lvovschi, Kirk Magee, Daniel Meyran, Nordine Nekhili y Youri Yordanov del grupo Cochrane Pre-hospital and Emergency Care. El artículo corresponde a la traducción al español por parte del equipo editorial de EMERGENCIAS de una parte del artículo publicado en Cochrane Database of Systematic Reviews, número 5, 2021. Art. No.: CD012423. DOI: 10.1002/14651858.CD012423.pub2. (ver <https://www.cochranelibrary.com/> para mayor información). Las revisiones Cochrane se actualizan regularmente a medida que aparece nueva evidencia y en respuesta a solicitudes, por lo que Cochrane Database of Systematic Reviews debe consultarse para obtener la versión más reciente de la revisión.

Editor responsable: Óscar Miró.

DOI:10.56633/s3me/E065.2023

ron heterogéneos y variaron en cuanto al contenido de la formación impartida, la pedagogía y el tiempo de seguimiento (desde inmediatamente después de la formación hasta 24 meses). La evaluación del riesgo de sesgo puso de manifiesto una información poco clara en muchas áreas de sesgo. La evaluación GRADE de los estudios halló que la certeza de la evidencia para los resultados primarios era de baja a muy baja, con estudios que a menudo informaban sobre los resultados percibidos o autoinformados en lugar de las prácticas reales del personal sanitario o los resultados para las mujeres. Once de los 19 estudios incluidos recibieron algún tipo de subvención para completar la investigación.

Dentro de los 12 meses posteriores a la intervención, las pruebas indican que, en comparación con ninguna intervención, lista de espera o placebo, el entrenamiento en violencia de género:

- puede mejorar las actitudes de los profesionales sanitarios hacia las supervivientes de violencia de género [diferencia de medias estandarizada (DME) 0,71; intervalo de confianza (IC) del 95%: 0,39 a 1,03; 8 estudios, 641 participantes; evidencia de baja certeza];

- puede tener un gran efecto en la predisposición autopercibida del personal sanitario para responder a las supervivientes de violencia de género, aunque la evidencia era incierta (DME 2,44; IC 95%: 1,51 a 3,37; 6 estudios, 487 participantes; evidencia de muy baja certeza);

- puede tener un gran efecto en el conocimiento de la violencia de género por parte del personal sanitario, aunque la evidencia era incierta (DME 6,56; IC 95%: 2,49 a 10,63; 3 estudios, 239 participantes; evidencia de muy baja certeza);

- puede tener una influencia escasa o nula en las prácticas de derivación de mujeres a organismos de apoyo por parte de los profesionales sanitarios, aunque esto se basa en un solo estudio (con 49 clínicas) evaluado con una certeza muy baja;

- tiene un efecto incierto en los comportamientos de respuesta del personal sanitario (basado en dos estudios de certeza muy baja), con un ensayo (con 27 participantes) que informó de que los profesionales sanitarios formados tenían más probabilidades de proporcionar con éxito asesoramiento sobre planificación de la seguridad durante sus interacciones con pacientes estandarizadas, y el otro estudio (con 49 participantes) que no informó de ningún impacto claro en las prácticas de planificación de la seguridad;

- puede mejorar la identificación de la violencia de género a los 6 meses después de la formación (RR 4,54; IC 95%: 2,5 a 8,09), como en un estudio (con 54 participantes), aunque 3 estudios (con 48 participantes) informaron de pocos o ningún efecto de la formación so-

bre la identificación o la documentación de la violencia de género, o ambas.

Ningún estudio evaluó el impacto de la formación de los profesionales sanitarios sobre la salud mental de las mujeres supervivientes de la violencia de género en comparación con ninguna intervención, lista de espera o placebo.

Cuando la formación en violencia de género se comparó con la formación habitual o con un subcomponente de la intervención, o con ambos, no se observaron efectos claros sobre las actitudes/creencias del personal sanitario, la planificación de la seguridad y la derivación a los servicios o los resultados de salud mental para las mujeres. Se observaron resultados inconsistentes en la predisposición de los profesionales sanitarios a responder (con mejoras en 2 de 3 estudios) y en el conocimiento de la violencia de género por parte de los profesionales sanitarios (con mejoras en 2 de 4 estudios). Un estudio descubrió que la formación en violencia de género mejoraba las respuestas de validación de los profesionales sanitarios.

No se informaron eventos adversos relacionados con la violencia de género en ninguno de los estudios identificados en esta revisión.

Conclusión

En general, la formación en violencia de género para profesionales sanitarios puede ser eficaz para los resultados precursores del cambio de conducta. Hay algunas pruebas, aunque débiles, de que la formación en violencia de género puede mejorar las actitudes del personal sanitario hacia la violencia de género. La formación también puede mejorar los conocimientos sobre la violencia de género y la preparación autopercibida de los profesionales sanitarios para responder a las personas afectadas por la violencia de género, aunque no estamos seguros de estas pruebas. Aunque las pruebas de apoyo son débiles e inconsistentes, la formación puede mejorar las respuestas reales de los profesionales sanitarios, incluido el uso de la planificación de la seguridad, la identificación y la documentación de la violencia de género en las historias clínicas de las mujeres. El efecto sostenido de la formación sobre estos resultados más allá de los 12 meses es indeterminado. La confianza en estos resultados se ve reducida por el nivel sustancial de heterogeneidad entre los estudios y el riesgo poco claro de sesgo en torno a la asignación al azar y el cegamiento de los participantes, así como el alto riesgo de sesgo por desgaste en muchos estudios. Se necesitan más investigaciones que superen estas limitaciones y que evalúen el impacto de la formación en violencia de género sobre los resultados conductuales de los profesionales sanitarios y el bienestar de las mujeres supervivientes de violencia de género.

Resumen simplificado

Título: Entrenando al personal sanitario para responder ante situaciones de violencia contra las mujeres dentro de la pareja

Pregunta. ¿La formación en violencia de género del personal sanitario mejora sus:

- actitudes o creencias, o ambas, hacia la violencia de género,
- su preparación para responder a las personas afectadas por la violencia de género,
- el conocimiento de la violencia de género,
- la derivación de las mujeres víctimas de violencia de género a servicios especializados,
- la respuesta real a las mujeres víctimas de violencia de género (como la validación o la planificación de la seguridad),
- identificación y documentación de la violencia de género, y
- la salud mental de las supervivientes de la violencia de género?

Fundamento. La violencia de género se asocia a una amplia gama de problemas de salud física y mental a corto y largo plazo. Entre ellos, lesiones y muerte, depresión, ansiedad, trastorno de estrés postraumático, embarazos no deseados o no planificados y problemas ginecológicos, por nombrar algunos. Los problemas de salud pueden durar más allá de la duración de la violencia y las mujeres que han sufrido violencia tienen más probabilidades de buscar atención sanitaria en comparación con las mujeres que nunca han sufrido violencia. Es probable que las mujeres confíen precisamente en el personal sanitario para revelar haber sufrido violencia. Para algunas mujeres, un centro sanitario puede ser uno de los pocos lugares a los que pueden acudir solas. El personal sanitario (enfermeros, médicos, comadronas, etc.) se encuentra, por tanto, en una situación ideal para identificar a las mujeres afectadas por la violencia de género y prestarles apoyo. Muchos centros sanitarios ofrecen directrices clínicas o formación, o ambas cosas, sobre cómo identificar y responder a la violencia de género. Queríamos averiguar qué influencia tiene la formación en las actitudes, los conocimientos y la respuesta del personal sanitario en relación con la violencia de género, incluida la atención prestada a las mujeres afectadas por la violencia de género, y si mejoraba sus resultados sanitarios, incluida su salud mental, o si influía en su exposición a la violencia de género.

Características del estudio. Se encontraron 19 ensayos que comparaban el entrenamiento en violencia de género con ningún entrenamiento, con el entrenamiento habitual o con otros entrenamientos los cuales se incluyeron en esta revisión, y en los que 1.662 participantes eran médicos, enfermeros, parteras, dentistas, trabajadores sociales y psicólogos/consejeros en ejercicio o estudiantes/en formación. Tres cuartas partes de todos los estudios se realizaron en EE.UU., con estudios aislados de Australia, Irán, México, Turquía y Países Bajos. La mayoría de los estudios recibieron algún tipo de ayuda financiera de la universidad o del gobierno para completar la investigación. Los estudios variaron enormemente en cuanto al tipo de formación sobre violencia de género impartida, tanto en contenido como en método de entrega. Los estudios diferían en la forma de medir los resultados de la formación y los puntos temporales de seguimiento. La mayoría de los cursos de formación sobre violencia de género incluían la definición y los tipos y de violencia de género, su prevalencia y factores de riesgo, y trataban de cuestionar los mitos comunes y la información errónea. Con frecuencia se utilizaron escenarios clínicos como herramientas de aprendizaje, en los que se describían las presentaciones típicas de los pacientes, y la formación en habilidades incluía aprender a preguntar a las mujeres sobre la violencia de género, a responder validando sus experiencias, a documentar con precisión, a hablar sobre la planificación de la seguridad y a derivar a las mujeres a los servicios de apoyo.

Resultados clave y certeza de la evidencia. En comparación con la ausencia de formación, el placebo o la lista de espera, la formación en violencia de género puede tener efectos positivos en las actitudes de los profesionales sanitarios hacia las supervivientes de violencia de género. La formación puede mejorar sus conocimientos y su preparación para responder a las supervivientes de violencia de género, pero las pruebas son muy inciertas. Hay pruebas limitadas de que algunos tipos de formación sobre la violencia de género pueden mejorar la identificación, la planificación de la seguridad y la documentación de la violencia de género, pero los resultados son inconsistentes y la mayoría de los estudios informan de un impacto escaso o nulo de la formación en estos resultados. Es posible que la formación apenas influya en las prácticas de derivación. Ningún estudio que no incluyera formación, placebo o lista de espera en el grupo de comparación, evaluó los resultados de salud mental de los supervivientes de violencia de género. En ninguno de estos estudios se notificaron efectos adversos de la formación en violencia de género. Los estudios que compararon la formación de los profesionales sanitarios con la formación habitual o con un subcomponente de la formación no encontraron diferencias en las actitudes de los profesionales sanitarios, la planificación de la seguridad y la derivación a los servicios o los resultados de salud mental de las mujeres. Las pruebas fueron inconsistentes en cuanto a la disposición de los proveedores a responder, su respuesta real y los cambios en los conocimientos sobre violencia de género. En general, la certeza de las pruebas de la efectividad de la formación de los profesionales sanitarios sobre cómo responder a la violencia de género es de baja a muy baja. La investigación futura debe incluir ensayos de mayor calidad, con mayor claridad de los métodos que miden objetivamente los resultados (reales en lugar de percibidos), con énfasis en el cambio de conducta en los profesionales sanitarios y el bienestar de las mujeres supervivientes de violencia de género.

Fecha de revisión. Las evidencias de este estudio están actualizadas hasta junio de 2020.