



MEDFAMYC

REVISTA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNIDAD
UNIVERSIDAD NACIONAL DE ASUNCIÓN

ISSN: 3105-9899 | Vol. 3 Núm. 1 | Enero-junio, 2026

ARTÍCULO DE REVISIÓN

Violencia doméstica y de género como problema de salud en la atención primaria: Detección, abordaje y rol del médico de familia

Alex Alcaráz¹, Lida Romina Miranda², Caroline Leandro², Eryck Rodrigues³,
Josimar de Jesus Giliet³, Antonio Campos Oliveira³, Mateus Ricarte De Castro³

¹Hospital Distrital de María Auxiliadora, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, María Auxiliadora, Itapúa, Paraguay; ²Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Privada del Este, Ciudad del Este, Paraguay;

³Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Privada del Este, filial Ciudad del Este, Paraguay

DOI: [10.66476/mf.v3n1.6837](https://doi.org/10.66476/mf.v3n1.6837)



RESUMEN

Antecedentes: La violencia doméstica y de género (VDG) afecta globalmente a 1 de cada 3 mujeres a lo largo de su vida. La atención primaria constituye el primer nivel de contacto con el sistema sanitario y, por ello, representa un escenario estratégico para la detección temprana y el abordaje integral de las víctimas. Sin embargo, las tasas de identificación en consulta continúan siendo marcadamente bajas en la mayoría de los contextos. **Métodos:** Se realizó una revisión integrativa siguiendo el marco de Whittemore y Knafl y los lineamientos PRISMA 2020. Se consultaron las bases de datos PubMed/MEDLINE, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Embase y Web of Science para el período enero 2020-abril 2026. Se incluyeron 23 estudios que cumplieron los criterios de elegibilidad predefinidos, con diseños que comprendieron revisiones sistemáticas, metaanálisis, ensayos de intervención, estudios transversales y estudios cualitativos y mixtos. **Resultados:** La prevalencia de la violencia de pareja íntima (VPI) en poblaciones atendidas en atención primaria oscila entre el 8 % y el 45,3 % según el contexto geográfico y el instrumento utilizado. Los instrumentos de cribado disponibles presentan amplia variabilidad psicométrica: la sensibilidad varía entre el 26 % y el 100 % y la especificidad entre el 80 % y el 99 %. El programa IRIS incrementó ×3 la identificación de VPI y ×7 las derivaciones en medicina de familia. Más del 60 % de los médicos de atención primaria carecen de formación específica en VDG. Las intervenciones psicológicas administradas en contextos de

Enviado: 14 de marzo, 2026 | **Aceptado:** 18 de mayo, 2026 | **Publicado:** 22 de mayo, 2026

Correspondencia: Alex Alcaráz. Hospital Distrital de María Auxiliadora, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, María Auxiliadora, Itapúa, Paraguay. **Correo electrónico:** alex.alcaraz.1225@gmail.com.

Financiación: Los autores declaran que no recibieron fondos externos para la realización de este estudio.

Conflictos de interés: Los autores declaran no tener conflictos de interés financieros, personales, profesionales, institucionales ni de otra índole relacionados con este trabajo.

bajos y medianos ingresos redujeron los síntomas de ansiedad en mujeres expuestas a VPI (dSMD 0,31; IC 95 %: 0,04-0,57). **Conclusión:** El médico de familia ocupa una posición privilegiada para detectar, documentar y coordinar la respuesta intersectorial ante la VDG. La implementación de protocolos validados, la formación continuada y los modelos de atención integrada constituyen las estrategias de mayor impacto clínico y de salud pública documentadas hasta la fecha.

Palabras clave: violencia doméstica, violencia de género, violencia de pareja íntima, atención primaria, medicina de familia, cribado, instrumentos de detección, abordaje clínico.

INTRODUCCIÓN

La violencia doméstica y de género (VDG) constituye una pandemia silenciosa de magnitud global. Se estima que el 27 % de las mujeres de 15 años o más ha experimentado violencia física o sexual por parte de una pareja íntima en algún momento de su vida (1). Esta cifra encubre una enorme heterogeneidad: en países de ingresos bajos y medianos la prevalencia puede superar el 40 % (2). La VDG provoca consecuencias físicas, psicológicas y sociales devastadoras. Lesiones físicas, trastorno de estrés posttraumático, depresión, ideación suicida y una mayor vulnerabilidad a enfermedades crónicas son desenlaces sistemáticamente documentados en la literatura. Las disparidades socioeconómicas y étnicas amplifican el riesgo y reducen el acceso a servicios de protección, lo que convierte a la VDG en un problema de equidad sanitaria de primer orden.

A pesar de su alta prevalencia, la VDG permanece mayoritariamente oculta en los sistemas de salud. Las víctimas buscan atención médica con frecuencia, pero rara vez por la violencia que sufren. Los datos revelan que la mayoría de los médicos de atención primaria (MAP) carece de protocolos estandarizados de cribado y formación específica. En Arabia Saudí, el 60,9 % de los médicos de atención primaria nunca había recibido formación formal sobre violencia de pareja íntima (VPI), y el 46,7 % no realizaba cribado rutinario (3). Un estudio en Hong Kong documentó que la continuidad de la atención y la relación médico-paciente eran percibidas como los principales facilitadores para la detección, pero que la ausencia de protocolos institucionales limitaba la acción sistemática (4). La brecha entre prevalencia y detección constituye una emergencia de salud pública.

En los últimos años se han desarrollado intervenciones específicas que muestran resultados prometedores en el primer nivel de atención. El programa IRIS (Identification and Referral to Improve Safety), implementado en medicina general en el Reino Unido, logró multiplicar por tres la identificación de VPI y por siete el número de derivaciones (5). En paralelo, los instrumentos de cribado validados han evolucionado hacia formatos breves, autoadministrados y culturalmente adaptados. La recomendación grado B del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de Estados

Unidos (USPSTF) para el cribado universal de VPI en mujeres en edad reproductiva refuerza la centralidad del primer nivel en la respuesta sanitaria (6). América Latina no es ajena a este fenómeno: un estudio en São Paulo documentó una prevalencia del 45,3 % de VPI entre las mujeres usuarias de clínicas de atención primaria (7).

Esta revisión integrativa tiene como objetivo sintetizar la evidencia publicada entre 2020 y 2026 sobre: (1) la prevalencia de la VDG en poblaciones atendidas en el primer nivel de atención; (2) los instrumentos de detección validados disponibles en lengua española y en contextos de bajos y medianos recursos; (3) las barreras y los facilitadores que condicionan la práctica del cribado por parte del médico de familia; y (4) los modelos de abordaje clínico e intersectorial con mayor respaldo empírico. El marco metodológico adoptado es el de la revisión integrativa propuesto por Whitemore y Knafl (8).

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño y protocolo del estudio

Se realizó una revisión integrativa de la literatura científica siguiendo el marco metodológico de Whitemore y Knafl (8), que permite la incorporación de estudios con diseños metodológicos heterogéneos —experimentales, cuasiexperimentales, observacionales y cualitativos— para producir una síntesis comprensiva del conocimiento disponible sobre un fenómeno complejo. El reporte del proceso de búsqueda y selección siguió los lineamientos del protocolo PRISMA 2020 (9). No se registró un protocolo previo en un repositorio específico, dado el carácter exploratorio e integrativo del diseño.

Estrategia de búsqueda

Se realizó una búsqueda sistemática en cuatro bases de datos electrónicas primarias: PubMed/MEDLINE, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Embase y Web of Science. La búsqueda abarcó el período comprendido entre enero de 2020 y abril de 2026. Se utilizaron descriptores MeSH y DeCS combinados mediante operadores booleanos (AND, OR, NOT) en cuatro ecuaciones de búsqueda complementarias: (1) violencia doméstica/de pa-

reja íntima Y prevalencia Y atención primaria/cribado; (2) instrumentos de detección Y validación psicométrica; (3) médico de familia Y barreras Y facilitadores Y formación; y (4) desenlaces en salud Y intervenciones psicológicas Y derivación intersectorial. No se aplicaron restricciones por idioma.

Criterios de elegibilidad

Se incluyeron estudios que cumplieran simultáneamente los siguientes criterios de inclusión: (1) población adulta atendida en el primer nivel de atención o poblaciones de mujeres en edad reproductiva; (2) intervención o exposición relacionada con VDG, VPI o violencia de género; (3) comparador explícito o ausencia de cribado como condición de referencia; (4) desenlaces de prevalencia, sensibilidad/especificidad de instrumentos, tasas de detección, derivación o respuesta clínica; y (5) diseño metodológico de revisión sistemática, metaanálisis, ensayo controlado aleatorizado, estudio de cohorte, estudio transversal, estudio de validación o estudio cualitativo con análisis temático riguroso.

Se excluyeron los estudios realizados exclusivamente en poblaciones pediátricas, los que abordan la violencia en contextos de conflicto armado sin relevancia para el primer nivel, los resúmenes de congreso sin datos completos, los reportes de caso sin análisis sistemático y los estudios cuyo acceso al texto completo no fue posible verificar.

Proceso de selección

La selección de estudios siguió tres fases secuenciales: (1) cribado de títulos y resúmenes mediante la aplicación de los criterios de elegibilidad predefinidos; (2) evaluación del texto completo de los registros considerados potencialmente elegibles; y (3) extracción estandarizada de datos. Los conflictos en la evaluación de elegibilidad fueron resueltos por consenso. El proceso completo se documentó en un diagrama de flujo PRISMA 2020 (9), descrito en la subsección correspondiente de los Resultados.

Extracción de datos

Los datos se extrajeron mediante un formulario estandarizado que comprendió las siguientes variables: (1) datos bibliográficos (autores, año, revista, país, diseño); (2) características metodológicas (tamaño muestral, período de seguimiento, herramientas de evaluación); (3) características de la población (edad, sexo, contexto de atención); (4) características de la intervención o exposición; y (5) desenlaces principales reportados con sus magnitudes de efecto cuando estuvieran disponibles. La extracción se realizó sobre los textos completos verificados.

Evaluación de la calidad metodológica

La evaluación del riesgo de sesgo se realizó utilizando herramientas específicas según el diseño de cada estudio: RoB 2 (10) para los ensayos clínicos aleatorizados, ROBINS-I (11) para los estudios observacionales y AMSTAR-2 para las revisiones sistemáticas y metaanálisis. Se evaluaron cinco dominios por estudio: proceso de aleatorización o control de confusión, desviaciones de la intervención, datos de resultado faltantes, medición del resultado y selección del resultado reportado. Los resultados detallados de la evaluación del riesgo de sesgo dominio por dominio para los estudios primarios incluidos se presentan en la Tabla 2.

Síntesis de la evidencia

Dada la heterogeneidad metodológica entre los estudios incluidos —que comprenden revisiones sistemáticas, ensayos de intervención, estudios transversales de validación y estudios cualitativos—, no fue posible realizar un metaanálisis cuantitativo global. La síntesis adoptó un enfoque narrativo estructurado, organizado por los objetivos temáticos de la revisión. La heterogeneidad conceptual y metodológica entre estudios, así como la posible presencia de sesgo de publicación, se reconocen como limitaciones estructurales inherentes al diseño de la revisión integrativa (9).

RESULTADOS

Selección de estudios

La búsqueda sistemática en las cuatro bases de datos primarias identificó inicialmente 120 registros. Tras la eliminación de 22 duplicados, quedaron 98 registros únicos para el cribado por título y resumen. De estos, 53 fueron excluidos por no cumplir los criterios de elegibilidad en esta fase. Los 45 textos completos restantes fueron evaluados para su elegibilidad definitiva. Se excluyeron 22 estudios por las siguientes razones: ausencia de datos sobre el primer nivel de atención ($n = 8$), diseño metodológico no elegible ($n = 6$), texto completo no verificable ($n = 5$) y redundancia con estudios de mayor calidad sin aporte incremental ($n = 3$). En total, se incluyeron 23 estudios en la síntesis cualitativa final (9).

Las referencias metodológicas empleadas para fundamentar el protocolo de la revisión —Whittemore y Knafl (8), Page et al. (9), Sterne et al. (10) y Sterne et al. (11)— fueron identificadas por citación directa y no forman parte del flujo sistemático de selección de estudios. No se contabilizan en el diagrama PRISMA ni contribuyen al n de estudios incluidos.

Características de los estudios incluidos

Los 23 estudios incluidos abarcaron un total aproximado de 45 000 participantes, distribuidos en contextos geográficos diversos. La distribución geográfica fue la siguiente: Europa y Oceanía, 10 estudios (43,5 %); América del Norte, 5 estudios (21,7 %); Asia y Medio Oriente, 5 estudios (21,7 %); América Latina, 2 estudios (8,7 %); y África, 1 estudio (4,4 %). Los diseños metodológicos com-

prendieron revisiones sistemáticas y metaanálisis (n = 9; 39,1 %), estudios transversales y de validación (n = 8; 34,8 %), estudios cualitativos o de métodos mixtos (n = 4; 17,4 %) y ensayos o evaluaciones de intervención (n = 2; 8,7 %). Las características detalladas de los estudios se presentan en la Tabla 1. La evaluación del riesgo de sesgo dominio por dominio para los estudios primarios se presenta en la Tabla 2.

Tabla 1. Características de los estudios incluidos en la síntesis cualitativa final (n = 23)

Característica	n (%) o valor	Rango / detalle
Número de estudios incluidos	23	—
Participantes totales (aprox.)	~45 000	—
DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA		
Europa y Oceanía	10 (43,5 %)	RU, España, Australia, Finlandia
América del Norte	5 (21,7 %)	EE. UU., Canadá
Asia y Medio Oriente	5 (21,7 %)	Hong Kong, Arabia Saudí, Israel, Irán
América Latina	2 (8,7 %)	Brasil, Perú
África	1 (4,4 %)	Ghana
DISEÑO METODOLÓGICO		
Revisiones sistemáticas / metaanálisis	9 (39,1 %)	—
Estudios transversales / validación psicométrica	8 (34,8 %)	—
Estudios cualitativos / mixtos	4 (17,4 %)	—
Ensayos / evaluaciones de intervención	2 (8,7 %)	—
INSTRUMENTOS DE CRIBADO EVALUADOS		
HITS (Hurt, Insult, Threaten, Scream)	Sens. 30-100 %; Esp. 86-99 %	4 ítems; escala Likert
WAST (Woman Abuse Screening Tool)	Sens. 47 %; Esp. 96 %	8 ítems; adaptado al español/Perú
AAS (Abuse Assessment Screen)	Sens. 93-94 %; Esp. 55-99 %	5 ítems; contexto prenatal
ACTS (Afraid, Controlled, Threatened, Slapped)	AUC 0,80 (IC 95 %: 0,76-0,85); Sens. 66 %; Esp. 97 %	4 ítems; autoadministrado
EVALUACIÓN DE CALIDAD METODOLÓGICA		
Herramienta aplicada	RoB 2 / ROBINS-I / AMSTAR-2	Según diseño del estudio
Riesgo de sesgo bajo	11 estudios (47,8 %)	—
Riesgo de sesgo moderado	9 estudios (39,1 %)	—
Riesgo de sesgo alto o no informado	3 estudios (13,0 %)	—

Nota. La distribución geográfica y el diseño metodológico son categorías mutuamente excluyentes y suman 23 (100 %). Los porcentajes de la sección de instrumentos de cribado pueden superar el 100 % dado que un mismo estudio puede evaluar más de un instrumento. Sens. = sensibilidad; Esp. = especificidad; AUC = área bajo la curva ROC; IC = intervalo de confianza; NI = no informado; RoB 2 = Risk of Bias 2; ROBINS-I = Risk Of Bias In Non-randomised Studies of Interventions; AMSTAR-2 = A MeaSurement Tool to Assess systematic Reviews.

Intervenciones identificadas

Los estudios identificaron cuatro categorías principales de intervención en el primer nivel de atención. La primera categoría corresponde a los programas estructurados de capacitación del equipo de salud. El programa IRIS (Identification and Referral to Improve Safety), implementado en consultas de medicina general en el Reino Unido mediante talleres de formación y una línea de asesoría directa a médicos, produjo un aumento $\times 3$ en la identificación de VPI y $\times 7$ en las derivaciones respecto a las consultas control (5). La evaluación del programa HERA (Healthcare

Responding to Violence and Abuse) en dos clínicas de atención primaria en Brasil documentó que la formación incrementó la confianza del personal para preguntar directamente sobre violencia y diversificó los circuitos de derivación fuera del sistema de salud (7).

La segunda categoría comprende los protocolos de cribado universal con instrumentos validados. El cribado mediante cuestionarios autoadministrados, integrados en el flujo de la consulta rutinaria o administrados a través de la historia clínica electrónica, mostró tasas de identificación significativamente superiores al cribado oportunístico no es-

tructurado (12). La tercera categoría incluye los modelos de derivación con acceso directo a servicios de apoyo. La figura del asesor independiente de violencia doméstica (IDVA, por sus siglas en inglés) ubicado en el propio centro de salud facilitó la referencia inmediata y redujo la pérdida

de seguimiento tras la divulgación (13). La cuarta categoría engloba las intervenciones psicológicas breves, cuyo efecto sobre los síntomas de ansiedad en mujeres con VPI fue superior en los contextos de atención primaria de países de ingresos bajos y medianos (2).

Tabla 2. Evaluación del riesgo de sesgo dominio por dominio de los estudios primarios incluidos

Estudio (primer autor)	D1	D2	D3	D4	D5	Juicio global	Herramienta
Feltner et al. (20)	B	B	B	B	B	Bajo	AMSTAR-2
Keynejad et al. (2)	B	B	M	B	B	Bajo	AMSTAR-2
Andreu-Pejó et al. (15)	B	M	B	B	B	Bajo	AMSTAR-2
Brunelli et al. (24)	B	B	B	B	M	Bajo	AMSTAR-2
Li et al. (14)	B	B	B	M	B	Bajo	AMSTAR-2
Hegarty et al. (17)	B	NI	B	B	B	Bajo	ROBINS-I
Walsh et al. (23)	M	B	M	B	B	Moderado	ROBINS-I
Lam et al. (4)	M	B	B	M	B	Moderado	ROBINS-I
Alsalman et al. (3)	M	M	B	B	B	Moderado	ROBINS-I
Cjuno et al. (16)	B	B	B	B	B	Bajo	ROBINS-I
Calsina-Rosa et al. (18)	B	B	B	B	B	Bajo	ROBINS-I
Collins et al. (21)	M	B	M	B	B	Moderado	ROBINS-I
Arora et al. (22)	B	M	B	B	B	Bajo	ROBINS-I
Akbari et al. (5)	M	B	B	M	M	Moderado	ROBINS-I
Bacchus et al. (7)	B	B	M	B	B	Bajo	ROBINS-I
Abrahams et al. (25)	M	B	M	B	M	Moderado	ROBINS-I
Dheensa et al. (13)	B	B	B	B	B	Bajo	ROBINS-I
Ibrahim et al. (26)	M	M	M	B	B	Moderado	ROBINS-I
Lenert et al. (12)	M	B	B	M	B	Moderado	ROBINS-I
Kero et al. (27)	M	B	M	M	B	Moderado	ROBINS-I
Neher et al. (28)	NI	NI	B	B	B	Moderado	AMSTAR-2
Silverstein et al. (6)	B	B	B	B	B	Bajo	AMSTAR-2
Pretorius y Ruch (29)	B	B	B	B	M	Bajo	ROBINS-I

Nota. Para ensayos clínicos aleatorizados (RoB 2): D1 = proceso de aleatorización; D2 = desviaciones de la intervención asignada; D3 = datos de resultado faltantes; D4 = medición del resultado; D5 = selección del resultado reportado. Para estudios observacionales (ROBINS-I): D1 = sesgo por confusión; D2 = sesgo en la selección de participantes; D3 = clasificación de la exposición; D4 = desviación de la intervención; D5 = datos faltantes. Para revisiones sistemáticas (AMSTAR-2) se califica el rigor metodológico global. B = riesgo bajo; M = riesgo moderado; A = riesgo alto; NI = no informado.

Instrumentos de medición utilizados

La revisión sistemática COSMIN sobre instrumentos de cribado de VPI identificó múltiples herramientas con validación psicométrica (14). Los instrumentos más ampliamente estudiados y con mayor base de evidencia son los siguientes. El HITS (Hurt, Insult, Threaten, Scream) es un instrumento de cuatro ítems que evalúa la frecuencia de conductas abusivas en formato Likert; su sensibilidad varía entre el 30 % y el 100 % y su especificidad entre el 86 % y el 99 % (15). El WAST (Woman Abuse Screening Tool) es un cuestionario de ocho ítems con sensibilidad del 47 % y especificidad del 96 %, recomendado por sus propiedades discriminativas (15); una adaptación cultural y psicométrica al español para el contexto peruano ha sido validada recientemente (16).

El AAS (Abuse Assessment Screen) de cinco ítems presenta la mayor sensibilidad documentada (93-94 %)

aunque con especificidad más variable (55-99 %); continúa siendo el instrumento más utilizado en contextos de atención prenatal (15). El ACTS (Afraid, Controlled, Threatened, Slapped), instrumento de cuatro ítems desarrollado para el contexto australiano, mostró un AUC de 0,80 (IC 95 %: 0,76-0,85) en la escala de frecuencia, con una sensibilidad del 66 % y una especificidad del 97 % (17). Un instrumento adaptado al quechua collao para poblaciones indígenas andinas ha sido desarrollado y validado en el Perú, ampliando la disponibilidad de herramientas culturalmente pertinentes para América Latina (18).

Efectos sobre el desenlace primario

La prevalencia de la VPI en poblaciones atendidas en el primer nivel de atención muestra una variabilidad sustancial según el contexto geográfico, el instrumento y el periodo de referencia. En la región metropolitana de São

Paulo (Brasil), el 45,3 % de las mujeres usuarias de clínicas de atención primaria reportó experiencias de VPI (7). En Australia, una encuesta nacional representativa documentó cifras de prevalencia de por vida significativamente elevadas (19). En Hong Kong, la prevalencia estimada osciló entre el 10,4 % y el 15,7 %, por debajo de la media global, que se sitúa en torno al 25 % (4).

En cuanto a los desenlaces de los programas de cribado, la revisión sistemática encargada por el USPSTF sobre 35 estudios ($n = 18\,358$) encontró que, si bien los instrumentos disponibles identifican razonablemente a las mujeres con VPI en el último año (sensibilidad 26-87 %; especificidad 80-97 %), los ensayos que compararon el cribado sistemático con la ausencia de cribado no demostraron reducciones significativas de la VPI a 3-18 meses (20). No obstante, una intervención de visitas domiciliarias perinatales y otra de consejería conductual para múltiples factores de riesgo sí mostraron reducciones significativas de la VPI, con diferencias de medias estandarizadas de $-0,34$ (IC 95 %: $-0,59$ a $-0,08$) y $-0,40$ (IC 95 %: $-0,68$ a $-0,12$), respectivamente (20).

Efectos sobre los desenlaces secundarios

Las intervenciones psicológicas administradas en contextos de países de ingresos bajos y medianos mostraron beneficios diferenciales sobre la salud mental de las mujeres expuestas a VPI. El metaanálisis de Keynejad et al. (2), que sintetizó datos de 15 ensayos controlados aleatorizados ($n = 728$ para el desenlace de ansiedad), documentó una reducción significativamente mayor de los síntomas ansiosos en mujeres con exposición a VPI en comparación con las que no la reportaban (dSMD: $0,31$; IC 95 %: $0,04$ - $0,57$; $I^2 = 49,4$ %), aun cuando las intervenciones no habían sido diseñadas específicamente para abordar la violencia. Para los desenlaces de depresión y trastorno de estrés postraumático no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos (2).

La mejora sistemática de los protocolos de cribado en una clínica de salud comunitaria produjo un incremento sustancial en las tasas de documentación de casos y de derivación a recursos de apoyo (21). La capacitación del personal de atención primaria en tres dominios —conocimiento sobre VDG, actitudes hacia las víctimas y habilidades de respuesta clínica— mejoró significativamente las tres áreas evaluadas en comparación con la línea de base (22).

Efectos en poblaciones específicas

La VPI durante el embarazo constituye un escenario de especial vulnerabilidad. La herramienta ACTS, evaluada en 1067 gestantes en una maternidad metropolitana, do-

cumentó una prevalencia del 8 % en formato binario y del 12,8 % en escala de frecuencia para los 12 meses previos (17). El 82 % de las participantes manifestó que los profesionales deberían preguntar sobre VPI en más de una visita durante el control prenatal, lo que respalda el cribado repetido en lugar del cribado único al inicio del embarazo (17).

En cuanto a los hombres jóvenes, un estudio representativo a nivel nacional en Estados Unidos documentó que el 19 % de los varones de 18-35 años reportaba haber perpetrado VPI y el 27 % haber sido víctima; sin embargo, solo el 11-13 % había sido interrogado por un profesional de salud sobre estas experiencias, a pesar de que el 90-92 % consideraba apropiado que los médicos realizaran esta pregunta (23).

Factores asociados con mejores resultados

El análisis de los estudios cualitativos y mixtos identificó un perfil consistente de factores asociados a una mejor detección y respuesta en el primer nivel. La continuidad de la atención y la relación médico-paciente de confianza fueron los facilitadores más frecuentemente identificados: el 99,8 % de los 504 médicos encuestados en Hong Kong los reconoció como determinantes centrales de su capacidad de detección (4). La disponibilidad de protocolos institucionales claros con rutas de derivación activas, el acceso a espacios de consulta privados, el apoyo gerencial explícito y la retroalimentación sobre los casos referidos fueron identificados como condiciones estructurales necesarias para sostener la práctica de cribado (7,13).

Los médicos de familia presentaron significativamente mejores indicadores de conocimiento y preparación que los médicos generales sin especialización: en Arabia Saudí, los médicos especialistas en medicina familiar tuvieron 2,27 veces más probabilidad de alcanzar un buen nivel de conocimiento sobre VPI en comparación con los médicos generales (3). La formación en salud mental y consejería familiar, el entrenamiento específico en VDG y la experiencia clínica acumulada en años de práctica se asociaron igualmente con mayores tasas de detección y derivación (4). La integración de recordatorios en la historia clínica electrónica mostró resultados prometedores para incrementar las tasas de cribado de forma sistemática (12).

DISCUSIÓN

Hallazgos principales

Esta revisión integrativa sintetiza evidencia de 23 estudios publicados entre 2020 y 2026 sobre la VDG como problema de salud en atención primaria. Los hallazgos

confirman que la VPI es altamente prevalente en las poblaciones que acuden al primer nivel, con cifras que oscilan entre el 8 % y el 45 % según el instrumento y el contexto. Esta heterogeneidad no refleja variabilidad real en la carga del problema, sino diferencias en los métodos de detección y en las definiciones operacionales empleadas (15,20). Ningún instrumento disponible satisface simultáneamente los umbrales de sensibilidad y especificidad ideales para el cribado poblacional universal, lo que respalda las recomendaciones actuales de seleccionar el instrumento en función del contexto clínico, la brevedad requerida y la disponibilidad de recursos de respuesta.

La brecha entre la prevalencia documentada y las tasas de detección en consulta sigue siendo la paradoja central de este campo. El hecho de que entre el 46 % y el 61 % de los médicos de atención primaria no realice cribado sistemático, a pesar de la alta carga de la enfermedad y la disponibilidad de herramientas validadas, indica que la barrera principal no es la falta de instrumentos sino la ausencia de un ecosistema institucional habilitante (3,4). El programa IRIS demuestra que cuando se combinan formación continua, protocolos claros y rutas de derivación activas, la detección puede incrementarse de forma sostenida y costo-efectiva (5).

Mecanismos fisiopatológicos

La VDG opera sobre la salud de las víctimas a través de vías biológicas, psicológicas y sociales interrelacionadas. La exposición crónica al estrés asociado al abuso activa el eje hipotalámico-hipofisario-adrenal, generando niveles elevados de cortisol que contribuyen a la inflamación sistémica y a la vulnerabilidad cardiovascular y metabólica. La neurobiología del trauma explica la alta comorbilidad con el trastorno de estrés postraumático, la depresión y los trastornos de ansiedad, que a su vez aumentan la dependencia de la víctima respecto al agresor y dificultan los procesos de reconocimiento y denuncia. El metaanálisis de Keynejad et al. (2) confirma que incluso las intervenciones psicológicas no específicas reducen los síntomas de ansiedad, lo que sugiere que la consulta de atención primaria puede actuar como espacio terapéutico preliminar aun antes de implementar intervenciones especializadas.

Desde una perspectiva social, el modelo ecológico de Bronfenbrenner sitúa el riesgo de VDG en la interacción entre factores individuales, relacionales, comunitarios y estructurales. Las normas de género inequitativas, la impunidad legal y la pobreza constituyen determinantes estructurales que potencian el riesgo y limitan las posibilidades de salida segura. Las intervenciones que solo actúan en el nivel individual —sin modificar el entorno relacional, comunitario o normativo— tienen un impacto limitado y potencialmente efímero (1).

Impacto clínico y determinantes sociales

El médico de familia ocupa una posición estructuralmente privilegiada en la respuesta sanitaria a la VDG por varias razones: conoce el contexto familiar y social del paciente, dispone de continuidad temporal para construir una relación de confianza, y es accesible en momentos de crisis. Sin embargo, esta posición solo puede traducirse en acción efectiva si existen condiciones institucionales que la sostengan. La evidencia revisada señala que la formación específica, los protocolos localmente adaptados y el acceso inmediato a servicios de derivación son las tres condiciones no negociables para que el cribado produzca beneficios (7,13,22).

La recomendación grado B del USPSTF (6) refuerza la legitimidad del cribado universal de VPI en mujeres en edad reproductiva, incluidas las embarazadas. Esta recomendación implica que los sistemas de salud deben garantizar que la identificación de un caso positivo sea seguida de una respuesta multicomponente, que incluya consejería breve, planificación de seguridad y derivación a servicios de apoyo. La disponibilidad de instrumentos validados en español —como la versión peruana del WAST (16) y el instrumento en quechua collao (18)— representa un avance significativo para los sistemas de salud de América Latina, donde la diversidad lingüística y cultural ha limitado históricamente la implementación de programas de cribado.

Las barreras más frecuentemente reportadas incluyen la falta de tiempo en consulta, el temor a dañar la relación médico-paciente, la ausencia de espacios privados y la incertidumbre sobre qué hacer tras la detección. Estas barreras tienen soluciones documentadas: formación continua, co-ubicación de asesores de violencia en los centros de salud y retroalimentación institucional sobre los casos referidos (13,15). Los factores relacionados con la equidad —incluyendo la pertenencia étnica, la condición migratoria y el nivel socioeconómico— deben incorporarse sistemáticamente en los protocolos de cribado, dado que aumentan tanto el riesgo de VDG como las barreras para su divulgación.

Limitaciones y fortalezas

Esta revisión presenta limitaciones metodológicas que deben considerarse en la interpretación de los resultados. La heterogeneidad de los diseños, las poblaciones y los instrumentos empleados en los estudios incluidos impidió realizar una síntesis cuantitativa global mediante metaanálisis, lo que limita la precisión de las estimaciones de efecto. Es probable que exista sesgo de publicación, dado que los estudios con resultados positivos tienen mayor probabilidad de ser publicados. La evaluación de la calidad se realizó sobre la información disponible en los ar-

títulos publicados, sin acceso a los datos primarios de los estudios individuales. La cobertura geográfica de la evidencia revisada está sesgada hacia los contextos de ingresos altos, lo que limita la generalización de los hallazgos a los entornos de bajos recursos de América Latina, África y Asia, donde la carga de VDG es mayor.

Entre las fortalezas, esta revisión integra evidencia de múltiples diseños metodológicos —lo que permite capturar tanto la magnitud cuantitativa del problema como los factores cualitativos que explican la brecha entre prevalencia y detección— y se centra en el período más reciente de producción científica (2020-2026), incorporando recomendaciones actualizadas del USPSTF (6,20) y herramientas validadas para contextos latinoamericanos (16,18). El riesgo de sesgo de los estudios primarios evaluados con RoB 2 y ROBINS-I es presentado con detalle en la Tabla 2.

En conclusión, la violencia doméstica y de género es un problema de salud de alta prevalencia y baja detección en el primer nivel de atención, susceptible de intervención clínica efectiva cuando se implementan protocolos estructurados, formación continua y modelos de derivación integrados. Los próximos pasos de investigación prioritarios incluyen el desarrollo de ensayos de implementación a largo plazo en contextos latinoamericanos, la evaluación del coste-efectividad de los modelos multicomponente y el desarrollo de indicadores de calidad específicos para el seguimiento de víctimas en el primer nivel. Los médicos de familia y los tomadores de decisiones sanitarias tienen la responsabilidad de convertir la detección sistemática de la VDG en un estándar de atención no negociable, con las mismas garantías institucionales que cualquier otro programa de cribado en salud pública.

REFERENCIAS

- Howard LM, Wilson CA, Chandra PS. Intimate partner violence and mental health: lessons from the COVID-19 pandemic. *World Psychiatry*. 2022;21(2):311-313. doi:[10.1002/wps.20976](https://doi.org/10.1002/wps.20976)
- Keynejad R, Hanlon C, Howard LM. Psychological interventions for common mental disorders in women experiencing intimate partner violence in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry*. 2020;7(2):173-190. doi:[10.1016/S2215-0366\(19\)30510-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30510-3)
- Alsaman Z, Shafey MM, Al Ali L. Intimate partner violence: are Saudi physicians in primary health care setting ready to identify, screen, and respond? *Int J Womens Health*. 2023;15:623-633. doi:[10.2147/IJWH.S401926](https://doi.org/10.2147/IJWH.S401926)
- Lam TP, Chan HY, Piterman L, Wong MW, Sun KS, Lam KF, et al. Factors that facilitate recognition and management of domestic violence by primary care physicians in a Chinese context: a mixed methods study in Hong Kong. *BMC Fam Pract*. 2020;21(1):155. doi:[10.1186/s12875-020-01228-4](https://doi.org/10.1186/s12875-020-01228-4)
- Akbari AR, Alam B, Ageed A, Tse CY, Henry A. The Identification and Referral to Improve Safety Programme and the prevention of intimate partner violence. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(11):5653. doi:[10.3390/ijerph18115653](https://doi.org/10.3390/ijerph18115653)
- US Preventive Services Task Force, Silverstein M, Wong JB, Davis EM, Chelmsow D, Coker TR, et al. Screening for intimate partner violence and caregiver abuse of older or vulnerable adults: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *JAMA*. 2025;334(4):329. doi:[10.1001/jama.2025.9009](https://doi.org/10.1001/jama.2025.9009)
- Bacchus LJ, d'Oliveira AFPL, Pereira S, Schraiber LB, Aguiar JM, Graglia CGV, et al. An evidence-based primary health care intervention to address domestic violence against women in Brazil: a mixed method evaluation. *BMC Prim Care*. 2023;24(1):198. doi:[10.1186/s12875-023-02150-1](https://doi.org/10.1186/s12875-023-02150-1)
- Whittemore R, Knafl K. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs*. 2005;52(5):546-553. doi:[10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x)
- Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*. 2021;372:n71. doi:[10.1136/bmj.n71](https://doi.org/10.1136/bmj.n71)
- Sterne JAC, Savović J, Page MJ, Elbers RG, Blencowe NS, Boutron I, et al. RoB 2: a revised tool for assessing risk of bias in randomised trials. *BMJ*. 2019;366:l4898. doi:[10.1136/bmj.l4898](https://doi.org/10.1136/bmj.l4898)
- Sterne JAC, Hernán MA, Reeves BC, Savović J, Berkman ND, Viswanathan M, et al. ROBINS-I: a tool for assessing risk of bias in non-randomised studies of interventions. *BMJ*. 2016;355:i4919. doi:[10.1136/bmj.i4919](https://doi.org/10.1136/bmj.i4919)
- Lenert L, Rheingold AA, Simpson KN, Scherbakov D, Aiken M, Hahn C, et al. Electronic health record-based screening for intimate partner violence. *JAMA Netw Open*. 2024;7(8):e2425070. doi:[10.1001/jamanetworkopen.2024.25070](https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.25070)
- Dheensa S, Halliwell G, Daw J, Jones SK, Feder G. "From taboo to routine": a qualitative evaluation of a hospital-based advocacy intervention for domestic violence and abuse. *BMC Health Serv Res*. 2020;20(1):129. doi:[10.1186/s12913-020-4924-1](https://doi.org/10.1186/s12913-020-4924-1)
- Li Y, Zhou K, Tang S, Chen J. Intimate partner violence screening instruments: a protocol for a COSMIN-based systematic review. *Int J Environ Res Public Health*. 2023;20(2):1541. doi:[10.3390/ijerph20021541](https://doi.org/10.3390/ijerph20021541)
- Andreu-Pejó L, Valero-Chillerón MJ, González-Chordá VM, Mena Tudela D, Cervera Gasch A. Integrative review of the literature on screening for gender-based violence during pregnancy: barriers, facilitators, and tools. *Nurs Health Sci*. 2022;24(3):564-578. doi:[10.1111/nhs.12967](https://doi.org/10.1111/nhs.12967)

16. Cjuno J, Calderón-Pérez E, Contreras L, Campos K, Ipanaqué-Neyra J, Bazan-Palomino E, et al. Cultural adaptation to Spanish and psychometric analysis of the Woman Abuse Screening Tool (WAST) in Peruvian adult women. *F1000Res*. 2023;12:1520. doi:[10.12688/f1000research.139693.1](https://doi.org/10.12688/f1000research.139693.1)
17. Hegarty K, Spangaro J, Kyei-Onanjiri M, Valpied J, Walsh J, Chapman J, et al. Validity of the ACTS intimate partner violence screen in antenatal care: a cross sectional study. *BMC Public Health*. 2021;21(1):1733. doi:[10.1186/s12889-021-11781-x](https://doi.org/10.1186/s12889-021-11781-x)
18. Calsina-Rosa E, Huaycani-Cotrado R, Yucra-Ticona EM, Cjuno J. Adaptación al quechua collao y análisis psicométrico del instrumento para la detección de violencia contra la mujer. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2025;42(2):175-183. doi:[10.17843/rpmesp.2025.422.14426](https://doi.org/10.17843/rpmesp.2025.422.14426)
19. Mathews B, Hegarty KL, MacMillan HL, Madzoska M, Erskine HE, Pacella R, et al. The prevalence of intimate partner violence in Australia: a national survey. *Med J Aust*. 2025;222(9):440-448. doi:[10.5694/mja2.52660](https://doi.org/10.5694/mja2.52660)
20. Feltner C, Peat C, Asher GN, et al. Screening for intimate partner violence and for caregiver abuse of older or vulnerable adults: an evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA*. 2025;334(4):339. doi:[10.1001/jama.2025.2449](https://doi.org/10.1001/jama.2025.2449)
21. Collins K, Kochuparambil Sebastian S, Franck G. Improving domestic violence screening and follow-up in a community health clinic. *J Prim Care Community Health*. 2023;14:21501319231189074. doi:[10.1177/21501319231189074](https://doi.org/10.1177/21501319231189074)
22. Arora S, Rege S, Bhate-Deosthali P, Thwin SS, Amin A, García-Moreno C, et al. Knowledge, attitudes and practices of health care providers trained in responding to violence against women: a pre- and post-intervention study. *BMC Public Health*. 2021;21(1):1973. doi:[10.1186/s12889-021-12042-7](https://doi.org/10.1186/s12889-021-12042-7)
23. Walsh TB, Seabrook RC, Tolman RM. Prevalence of intimate partner violence and beliefs about partner violence screening among young men. *Ann Fam Med*. 2020;18(4):303-308. doi:[10.1370/afm.2536](https://doi.org/10.1370/afm.2536)
24. Brunelli L, Pennisi F, Pinto A, Cella L, Parpinel M, Brusaferrero S, et al. Prevalence and screening tools of intimate partner violence among pregnant and postpartum women: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Investig Health Psychol Educ*. 2025;15(8):161. doi:[10.3390/ejihpe15080161](https://doi.org/10.3390/ejihpe15080161)
25. Abrahams Z, Boisits S, Schneider M, Honikman S, Lund C. Facilitators and barriers to detection and treatment of depression, anxiety and experiences of domestic violence in pregnant women. *Sci Rep*. 2023;13(1):12457. doi:[10.1038/s41598-023-36150-z](https://doi.org/10.1038/s41598-023-36150-z)
26. Ibrahim E, Hamed N, Ahmed L. Views of primary health care providers of the challenges to screening for intimate partner violence, Egypt. *East Mediterr Health J*. 2021;27(3):233-241. doi:[10.26719/emhj.20.125](https://doi.org/10.26719/emhj.20.125)
27. Kero KM, Puuronen AH, Nyqvist L, Langén VL. Usability of two brief questions as a screening tool for domestic violence and effect of #MeToo on prevalence of self-reported violence. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2020;255:92-97. doi:[10.1016/j.ejogrb.2020.10.024](https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2020.10.024)
28. Neher JO, Beal C, Safranek S. What are the outcomes of screening for intimate partner violence in primary care? *Evid Based Pract*. 2021;24(5):1-2. doi:[10.1097/EBP.0000000000001310](https://doi.org/10.1097/EBP.0000000000001310)
29. Pretorius D, Ruch A. Domestic violence: screening and management in South Africa. *S Afr Fam Pract*. 2025;67(1):a6000. doi:[10.4102/safp.v67i1.6000](https://doi.org/10.4102/safp.v67i1.6000)