



INVESTIGACIÓN ORIGINAL

VIOLENCIA CONTRA LA MUJER. ANÁLISIS EN EL INSTITUTO MATERNO INFANTIL DE BOGOTÁ, COLOMBIA, 2005. ESTUDIO DE CORTE TRANSVERSAL*

Violence against women. Analysis at the Instituto Materno Infantil in Bogotá, Colombia, 2005.
A cross-sectional study

Sandra Milena López, M.D.**, Pío Iván Gómez-Sánchez, M.D.***,
Ingrid Arevalo-Rodríguez****

Recibido: agosto 25/07- Aceptado: marzo 3/08

RESUMEN

Introducción: la violencia contra la mujer ocurre en todos los países y en todos los grupos sociales, culturales, económicos y religiosos. En nuestro país la violencia de pareja que afecta a la mujer ha venido aumentando, pero debido al alto subregistro las cifras oficiales no reflejan la magnitud real del problema.

Objetivos: estimar la prevalencia de violencia conyugal (física, psicológica y sexual) en mujeres atendidas en el Instituto Materno Infantil de Bogotá (IMI), así como examinar los factores relacionados con dicha problemática.

Método: estudio de corte transversal de 215 mujeres hospitalizadas y encuestadas de forma consecutiva desde el 1º de febrero hasta el 31 de agosto del 2005.

Criterios de inclusión: mujeres mayores de 18 años. Se excluyeron mujeres que no supieran leer y/o escribir, que no aceptaran ser parte de la investigación, o que por sus condiciones médicas no estuvieran en capacidad de contestar la encuesta. Se tuvieron en cuenta variables sociodemográficas, hallazgos clínicos y aspectos relacionados con la violencia, causas, expresiones y actitudes de denuncia. Para el procesamiento y el análisis se emplearon los programas Stata 8.0 y SPAD-N 4.5.

Resultados: la prevalencia de violencia física, psicológica y sexual fue de 22, 33 y 3%, respectivamente. Los seis diferentes grupos de pacientes obtenidos en el análisis muestran la aparición de la violencia física con la psicológica, por una parte, y la relación entre la violencia psicológica con la sexual. El consumo de alcohol es el factor más relacionado con la aparición de estos tipos de violencia. Mujeres que no han experimentado episodios de violencia tienen un porcentaje más bajo de amenaza de parto pretérmino que el promedio general.

Conclusiones: las diferentes clases de violencia contra la mujer, reportadas por las pacientes, presentan la complejidad de la problemática e invitan a evaluar los programas de atención que la combaten.

* Trabajo presentado en el XXVIII CONGRESO MUNDIAL DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA. Federación Internacional de Obstetricia y Ginecología. Kuala Lumpur, Malasia. Noviembre 7 del 2006.

** Especialista en Obstetricia y Ginecología. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia.

*** Ginecólogo-Epidemiólogo. Profesor titular. Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Colombia. Correspondencia: Calle 44 # 45-67. Unidad Camilo Torres. Módulo 4. Piso 7. Tel.: 571-3165000 Ext. 10943. Bogotá, Colombia. Correo electrónico: gespro_fm bog@unal.edu.co

**** Psicóloga, Máster en Epidemiología Clínica. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia.

Palabras clave: violencia contra la mujer, prevalencia, análisis de correspondencias múltiples, clasificación mixta.

SUMMARY

Introduction: violence against women happens in all countries and in every social, cultural, economic and religious group. Violence occurring between couples in Colombia, mainly affecting women, has been on the increase; however, due to most cases not leading to an official complaint being made, the statistics do not reflect the problem's real magnitude.

Objectives: estimating the prevalence of violence between couples mainly affecting women at the "Instituto Materno Infantil" of Bogotá (IMI), as well as examining the factors related to this problem.

Method: this was a cross-sectional study involving 215 women surveyed from February 1st to August 31st 2005. Inclusion criteria: women older than 18. Exclusion criteria: being illiterate, those who did not accept being part of the investigation and those who were unable to answer the survey due to their medical condition. The variables studied concerned socio-demographic aspects, clinical diagnoses and those related to violence (i.e. causes, expression and attitudes towards making a legal complaint). Stata 8.0 and SPAD-N 4.5 were used for analysing the data.

Results: the prevalence of physical, psychological and sexual violence was 22, 33 and 3.3%, respectively. The six groups obtained from the analysis presented a relationship between physical and psychological violence on the one hand and a relationship between psychological and sexual violence on the other. Alcohol consumption was the factor most associated with these kinds of violence. Women who had not experienced episodes of violence had a lower percentage of a threat of preterm childbirth.

Conclusions: different types of violence against women as reported by the patients being studied revealed the problem's complexity and suggested that violence prevention programmes should be evaluated.

Key words: violence against women, prevalence, multiple correspondence analysis, mixed classification.

INTRODUCCIÓN

La violencia intrafamiliar y dentro de esta, la violencia contra la mujer, ha estado presente en toda la historia de la humanidad, pero solamente se consideró como un problema colectivo desde hace cerca de tres décadas.¹ En 1993, las Naciones Unidas adoptaron la primera definición internacional de violencia en contra de la mujer, la cual incluye "cualquier acto de violencia basada en género que tenga como consecuencia o que tenga posibilidades de tener como consecuencia, perjuicio o sufrimiento en la salud física, sexual o psicológica de la mujer, incluyendo amenazas de dichos actos, coerción o privaciones arbitrarias de su libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada".²

Se estima que la prevalencia mundial de maltrato a la mujer oscila entre el 16 y 30%. En Canadá 29% de las mujeres de 18 a 40 años afirman haber sido agredidas físicamente por su compañero actual o anterior desde los 16 años de edad.² En América Latina hay datos de maltrato conyugal, como en Chile donde el 26% de las mujeres entre 22 a 55 años manifestaron ser víctimas de al menos un episodio de violencia por parte de su compañero, y el 15% informaron un episodio de violencia de mayor gravedad. Así mismo, en Nicaragua, la tasa de violencia conyugal asciende al 52%.³⁻⁵

En Colombia, según cifras del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, en el 2003 se presentaron 8.677 casos de violencia contra la mujer y 2.580 delitos sexuales.⁶ Para el año 2005, se reportó en Colombia que el 39% de las mujeres, alguna vez unida, sufrieron agresiones físicas por parte de su compañero; el 85% de las mujeres que alguna vez recibieron violencia física se quejaron de secuelas físicas o psicológicas.⁷

En la actualidad, la violencia contra las mujeres ocurre en todos los países y en todos los grupos

sociales, culturales, económicos y religiosos. Según un informe del Banco Mundial, las violaciones y la violencia contra las mujeres suponen una pérdida del 5% de los años de vida saludables en edad reproductiva. En Canadá, este tipo de violencia conlleva un gasto de 1.600 millones de dólares anuales, incluyendo atención médica de las víctimas y pérdida de la productividad. En Estados Unidos se han calculado pérdidas anuales entre 10.000 y 67.000 millones de dólares por estas mismas razones.³

La violencia contra las mujeres se caracteriza por su grave impacto en el corto y largo plazo sobre su salud y su bienestar.^{8,9} Las mujeres que sufren abusos tienen una peor salud mental y física, más lesiones y mayor necesidad de recursos médicos que las mujeres no abusadas.⁹ Las sobrevivientes de abuso suelen exhibir conductas de salud negativas, incluyendo el consumo de alcohol y drogas. Los problemas crónicos de salud a causa del abuso incluyen dolor crónico (cefalea, lumbalgia, dolor pélvico crónico, trastornos neurológicos, gastrointestinales y cardíacos).^{8,10}

La violencia durante el embarazo ha sido asociada a demoras en la obtención de atención prenatal, mayor consumo de tabaco, drogas y alcohol durante el embarazo, insuficiente aumento de peso materno, abortos en condiciones de riesgo, abortos espontáneos, mortinatos, bajo peso al nacer, mortalidad neonatal, y en el futuro, dolor pélvico, infección vaginal, dismenorrea, disfunciones sexuales, fibromas, enfermedad pélvica inflamatoria, dispareunia, infección del trato urinario, infertilidad y depresión.¹⁰⁻¹³

La literatura previa ha reportado que los determinantes más relevantes de la violencia intrafamiliar son haber sido víctima o testigo de violencia en el hogar materno y estar casada o unida con un hombre que consume alcohol de manera frecuente y elevada.¹⁴

En Colombia la prevalencia nacional de violencia se ha estimado con base en las encuestas nacionales de demografía y salud que se realizan cada cinco años, pero en el Instituto Materno Infantil, centro de referencia de tercer nivel, aún no se ha estudiado

este fenómeno, razón por la cual, como un primer abordaje para conocer esta problemática, es necesario conocer su prevalencia, modalidades de agresión más frecuentes y factores asociados a la misma.

La pregunta de investigación de este estudio fue: ¿Cuál es la prevalencia de violencia de pareja contra la mujer, y cuáles son las modalidades de agresión y factores asociados en mujeres atendidas en los servicios de alto riesgo, toxemias y puerperio del Instituto Materno Infantil de la ciudad de Bogotá, D.C., Colombia?

MÉTODOS

Se llevó a cabo un estudio de corte transversal en las pacientes del Instituto Materno Infantil de la ciudad de Bogotá (IMI), durante los meses de febrero y noviembre del 2005. Esta institución es centro de referencia de atención materno perinatal, ubicado en la ciudad de Bogotá, Colombia, que atiende población de bajo nivel económico, mediante convenio con la Secretaría de Salud de la misma ciudad.

La muestra se conformó por conveniencia con las pacientes que en forma consecutiva, ingresaron a los servicios de alto riesgo, toxemias y puerperio, desde el primero de febrero del 2005 hasta obtener el total del tamaño muestral (215 casos). El tamaño de la muestra se calculó con un intervalo de confianza del 95% y una prevalencia estimada del 30% de cualquier tipo de violencia, aceptando un margen de error de 0,06. El estudio fue aprobado por el comité de investigaciones institucional.

Los criterios de inclusión fueron: mujeres mayores de 18 años hospitalizadas en los servicios de alto riesgo, toxemias y puerperio del Instituto Materno Infantil, independiente de su diagnóstico, dentro del marco temporal del estudio. Se excluyeron de este estudio mujeres que no supieran leer y/o escribir, que no aceptaran ser parte de la investigación, que por su estado crítico no estuvieran en capacidad de hacer parte del estudio o pacientes que estuvieran recibiendo fármacos que alteraran su estado de conciencia y mujeres con antecedente de enfermedad psiquiátrica o neurológica de base, que limitara su

capacidad de participar en el estudio. Así mismo, se diligenció un consentimiento informado verbal que contenía información de la importancia y el objetivo del estudio, así como de sus aspectos éticos y los relativos a su propia seguridad, se garantizó la absoluta confidencialidad de los datos recolectados. Posterior a esta información la paciente decidió si voluntariamente deseaba o no ingresar al estudio.

La información se recogió mediante un cuestionario estructurado, el cual fue diligenciado una parte por la paciente y otra por el investigador. El cuestionario contiene información relacionada con 80 variables, las cuales se dividen en dos grupos: a) variables relacionadas con la violencia, causas, expresiones y actitudes de denuncia; b) variables relacionadas con características sociales, demográficas y de diagnóstico de la paciente. Estas variables pueden revisarse en el **anexo 1**.

El cuestionario se entregó a la paciente por parte del jefe de enfermería encargado del servicio correspondiente, capacitado previamente para este estudio, en horas fuera de la hora de visita; se solicitó al personal alejarse de la entrevistada para garantizar privacidad. Se le explicó a la paciente la posibilidad de depositarlo en un buzón dispuesto en cada servicio en el momento que deseara hacerlo durante su estancia hospitalaria. Los formularios diligenciados se recogieron cada semana por el investigador y se incluyeron en una base de datos para posterior análisis. En la prueba piloto de este estudio, el cuestionario fue contestado por 25 pacientes que en promedio demoraron 30 minutos en responderlo y dieron sugerencias de la presentación del mismo que se tuvieron en cuenta para el formato final.

Para el análisis de la información, se emplearon métodos univariados (proporciones, medias y desviaciones estándar, en cada caso) y multivariados. En el caso de los métodos multivariados, y con el fin de explorar las relaciones entre los diferentes grupos de variables y la prevalencia de la violencia (física, psicológica y sexual), se realizó una clasificación de las pacientes y sus características. Para realizar dicha clasificación, fue necesario iniciar

con un análisis multivariado denominado análisis factorial de correspondencias múltiples (procedimiento exploratorio que permite ver las asociaciones entre múltiples variables cualitativas basadas en distancias geométricas y representaciones gráficas de la información¹⁵). Este tipo de análisis resume la información derivada de encuestas o cuestionarios con múltiples variables en ejes o vectores, los cuales representan la información recolectada y las relaciones entre las diferentes variables evaluadas.¹⁵

Basándose en la información proporcionada por el anterior procedimiento (ejes, distancias y coordenadas), se realizó una clasificación mixta (método de clasificación derivado de la estadística exploratoria multidimensional, que combina los métodos de centros móviles y de clasificación de Ward para obtener grupos de individuos con características diferenciales)¹⁵ en dos pasos; en primer lugar se realizó una clasificación jerárquica ascendente con el método de Ward (une en cada paso de la clasificación jerárquica los dos grupos que incrementen lo menos posible la inercia intragrupos, criterio base para la clasificación mixta); los resultados de esta clasificación, que privilegia el criterio de minimización de la inercia intraclase (en cada unión de dos clases o sujetos en una nueva clase, se deben unir aquellos con distancia mínima entre los disponibles, repitiendo el proceso hasta que solo quede una sola clase), fueron analizados y consolidados por medio de una clasificación alrededor de centros móviles (*k-means*) (requiere conocer el número de clases de la clasificación, construyendo una primera partición de los datos y calculando los centros de gravedad de cada clase). Este método multivariado permite la conformación y caracterización de grupos de individuos, los cuales se reúnen en una misma clase por su similitud en las variables encuestadas; de la misma manera, dos grupos se mantienen separados por poseer características diferentes uno del otro.

Para el procesamiento y el análisis univariado se empleó el programa informático Stata 8.0; para el análisis multivariado de la información fue utilizado el programa estadístico SPAD-N v. 4.5.

RESULTADOS

El tipo de violencia contra la mujer más frecuente en este estudio fue el maltrato psicológico, con una prevalencia de 33% (IC 95%: 26 - 39), mientras que para la violencia física fue del 23% (IC 95%: 17-28) y de violencia sexual de 3,3% (IC 95%: 2,5-3,7).

El rango de edad de las mujeres fue de 18 a 43 años (promedio = 24,47 años; DE = 6). Las dos terceras partes de las mujeres estaban en el rango de 18 a 25 años. La amenaza de parto pretérmino fue el diagnóstico más común en estas pacientes (64%), seguido de la preeclampsia (24%), trabajo de parto pretérmino (12%) e infección urinaria (6%). Las características sociodemográficas más relevantes pueden verse en la **tabla 1**.

La información más importante sobre las variables relacionadas con violencia se puede ver en la **tabla 2**.

Como se deseaba ver si existía algún tipo de asociación entre las diferentes variables sociodemográficas, hallazgos clínicos e indicadores de violencia, se realizó un análisis multivariado de correspondencias múltiples, el cual nos permitió

Tabla 1. Características sociodemográficas.

Variable	n	%
Pacientes con estudios completos de bachillerato	160	74,4
Compañeros de la paciente con estudios completos de bachillerato	129	60,0
Vivienda rural	170	79,0
Solo una pareja a la fecha	112	52,0
Más de 1 año de convivencia con la pareja actual	93	43,3
Un solo hijo	82	38,0
Viven solo con la pareja e hijos propios	86	40,0
Trabajan actualmente	57	26,5
Compañero trabaja actualmente	189	88,0
Ingresos familiares: un salario mínimo	76	35,3

Tabla 2. Variables relacionadas con violencia a la mujer, IMI 2005.

Variable	n	%
Consumo de alcohol de la paciente	62	28,8
Frecuencia de consumo de alcohol de la paciente: una vez al mes	11	5,1
Consumo de alcohol del compañero de la paciente	116	53,9
Frecuencia de consumo de alcohol del compañero de la paciente: una vez a la semana	23	10,7
Uso de sustancias psicoactivas en la paciente	10	4,7
Uso de sustancias psicoactivas en el compañero	9	4,2
Conocimiento adecuado respecto de la violencia física	133	61,7
Considerar la violencia física como delito	194	90,2
Creencia de la causa del maltrato físico		
• Mal genio de la pareja	29	13,5
• Mal genio de la paciente	20	9,3
• Infidelidad de la pareja	13	6,0
No denuncia de violencia física	39	18,1
Creencia de la causa del maltrato psicológico		
• Mal genio de la pareja	43	20,0
• Mal genio de la paciente	23	10,7
• Ingesta de alcohol en la pareja	19	8,9
No denuncia de violencia psicológica	64	29,8

resumir la información en 18 ejes factoriales. Estos ejes expresan el 100% de la información derivada de las variables incluidas.

Teniendo en cuenta las dificultades asociadas a la interpretación de los diferentes pares de ejes, las cuales son intrínsecas al análisis por dicho método,¹⁶ se realizó una clasificación jerárquica mixta basada en las coordenadas factoriales y ejes derivados de este análisis de correspondencias. En el primer paso de la clasificación jerárquica, se generaron 214 clases bien diferenciadas. Un análisis de dichos

agrupamientos indicó un buen nivel de corte en seis clases de las 214 propuestas.

Las clases resultado del primer método fueron nuevamente evaluadas por medio de la clasificación por centros móviles. El número de elementos en las clases permaneció relativamente constante; al final del método de centros móviles, el número de elementos en cada clase fue para el grupo 1, 25 pacientes; para el grupo 2, 16 pacientes; para el grupo 3, 7 pacientes; para el grupo 4, 31 pacientes; para el grupo 5, 121 pacientes y para el grupo 6, 15 pacientes. El árbol de clasificación final para este grupo de pacientes puede verse en la **figura 1**.

Después de la clasificación se procedió a caracterizarlas por medio de las variables que las distinguían del resto de grupos.

La caracterización de las clases obtenidas por el método multivariado empleado puede verse a continuación:

- La clase 1 se caracteriza por mujeres que en su mayoría han sufrido violencia física (96%) y violencia psicológica (84%) a la vez. Las creencias más frecuentes que dan origen a sus episodios de violencia física son el mal genio de la pareja (92%) y el mal genio de la paciente (60%). Las causas más relacionadas con los eventos de violencia psicológica son los mismos motivos (68 y 44%, respectivamente), junto con el consumo

de alcohol de la pareja (28%). Las características más predominantes demográficas son el núcleo familiar compuesto por la pareja e hijos de otra relación.

- La clase 2 se caracteriza por ser un grupo que se compone de pacientes violentadas físicamente (100%) y de haber denunciado este hecho (43,8%). Aunque no se destacan por los eventos de violencia psicológica, las que lo sufren lo han denunciado (18,8%). Las causas más relacionadas con los eventos de abuso físico son la infidelidad de la pareja (56,3%) y el consumo de alcohol de ambos miembros (43,8 y 18,8%, respectivamente). Las mismas causas se registran para los eventos de violencia psicológica presentes (alcohol de la pareja, 31,3%; infidelidad de la pareja, 43,8%).
- La clase 3 se caracteriza por mujeres que han tenido violencia sexual (85,7%) y violencia psicológica (85,7%), la cual ha denunciado un 28,6% de estas pacientes. Los motivos más relacionados con sus eventos de abuso físico son el consumo de drogas (42,9%) y de alcohol (57,1%) en la pareja, así como la infidelidad del mismo (42,9%). Un 28,6% denunciaron los eventos de violencia psicológica. Entre los motivos más frecuentes se encuentran el consumo de alcohol de la pareja (85,7%) y el mal genio de la pareja (71,4%).

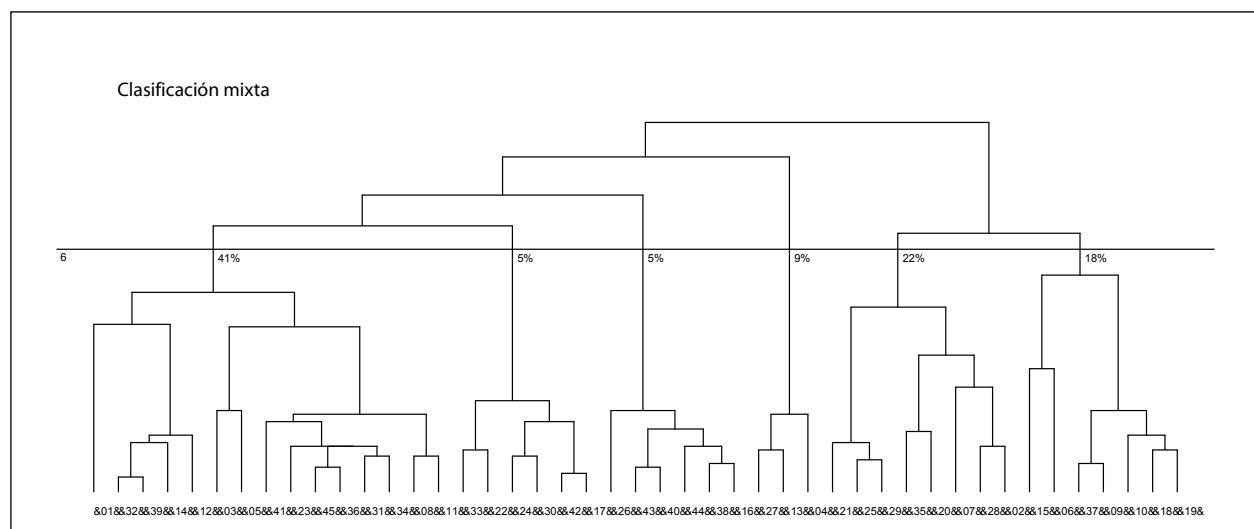


Figura 1. Árbol de clasificación. IMI-2005

- La clase 4 se ve caracterizada por mujeres que sufrieron algún tipo de violencia psicológica (100%), en su mayoría relacionada con el mal genio de la pareja (58%). Su pareja en 90,3% de los casos alcanzó a tener solo estudios de bachillerato.
- La clase 5, por su parte, se caracteriza por mujeres que no han tenido eventos de abuso físico ni psicológico ni sexual (0, 0,83, 0%, respectivamente), Estas mujeres piensan que la violencia física debe ser considerada un delito (96,7%). No tienen características demográficas diferentes al promedio, con excepción de una proporción más baja de mujeres con más de dos parejas (9,1%) y un porcentaje más bajo de amenaza de parto pretérmino (22,3%). No se presentan causas relacionadas con ningún tipo de violencia.
- Por su parte, la clase 6 tampoco tiene casos diferentes del promedio de violencia; estas pacientes consideran que la violencia física no debería ser considerada un delito (100%); el tiempo de convivencia con la pareja es en una buena proporción menor de un año (60%) y reportan el bajo consumo de alcohol de la pareja actual (13,33%).

DISCUSIÓN

En el grupo estudiado, una de cada cinco mujeres sufrió violencia física y una de cada tres violencia psicológica. La prevalencia de maltrato psicológico encontrada (33%) es más elevada que la reportada en la literatura mundial (16-30%), pero un poco menor que la registrada para Colombia (41%).^{2,7} La prevalencia de violencia sexual encontrada en este estudio fue de 3,3%, menor que la reportada en el ámbito nacional que es del 6%.⁷

Hay controversia mundial sobre las cifras con las que se cuenta, pues no reflejan la magnitud real de esta problemática contra las mujeres, ya que el subregistro de este fenómeno sigue siendo muy alto; en este estudio la mayoría de las pacientes ven la violencia física como un delito, pero muy pocas denuncian, similar a lo encontrado en otros

estudios.¹⁷ La falta de denuncia es un hallazgo lamentable y debe ser motivo de investigaciones cualitativas futuras.

La violencia se encuentra acompañada en parejas en las diferentes clases propuestas. Esta relación se sugería en el análisis del plano principal derivado del análisis de correspondencias múltiples. Es de destacar el surgimiento del grupo seis, el cual indica una actitud atípica ante la violencia física y sin embargo la sufre de manera similar al grupo en general, mientras que los otros grupos no tienen esta característica marcada. Las clases 2 y 3 son las clases que engloban a las mujeres que denuncian los eventos de abuso. Otra combinación interesante es la de violencia psicológica y sexual (clase 3); estas combinaciones permiten sugerir que los programas de prevención no deben desarrollar acciones aisladas a una violencia, sino que deben tratar a esta como un conjunto más o menos homogéneo que coexiste de múltiples formas a la vez.

Así mismo, el análisis de clasificación nos muestra un grupo ausente de violencia (grupo 5) que parece tener características socio-demográficas muy parecidas al grupo global. Este grupo de mujeres podría ser un buen grupo en otro tipo de diseños epidemiológicos (casos y controles, por ejemplo). Además, este grupo de mujeres es el único que tiene características destacadas de un diagnóstico, pues sus integrantes tienen menor promedio de amenaza de parto pretérmino que el resto de clases.

Con relación a las variables relacionadas con los diferentes tipos de violencia, se puede ver que las más prevalentes en el caso de la violencia física, son los cambios de humor en los integrantes de la pareja, la infidelidad, el alcoholismo y el abuso de drogas. La clasificación consolidada en la sección previa nos muestra las diferentes configuraciones de estas causas. Mujeres que no han sufrido ninguna de estas situaciones pueden no entender la dimensión del problema y generar respuestas atípicas con respecto a la tipificación del abuso físico como delito punible (clase 6). En relación

con las variables asociadas con el abuso psicológico, se destacan la infidelidad de algún miembro de la pareja, hecho que puede ser compartido también con la violencia física en algunas clases (clase 2).

En términos generales, según los resultados del cruce de variables de las pacientes con historia de violencia conyugal, no difieren mucho respecto del grupo general en sus datos demográficos, lo que contradice algunos hallazgos en la literatura, ya que son pacientes igualmente jóvenes, que viven en área urbana, la mayoría, que prefieren vivir en unión libre, con un grado de escolaridad y del conocimiento del tema, con situación emocional aparentemente estable, con poco consumo de alcohol y de drogas ilícitas, al contrario de su pareja quienes la mayoría toman alcohol hasta la embriaguez, que es uno de los factores mencionados en la literatura que predisponen a la violencia intrafamiliar.¹⁴

No varió con respecto a la población general el número de parejas, el tiempo de convivencia y el número de hijos. La patología más frecuente entre estas mujeres fue la amenaza de parto pretérmino, la cual se ha descrito como complicación del embarazo en pacientes violentadas.^{10,13} Es importante tener esto en mente para futuras investigaciones intentando encontrar relaciones de causalidad.

Así mismo, entre los principales motivantes para todo tipo de violencia que asumían las mujeres, se mencionaron los estados anímicos de la pareja, el alcohol y la infidelidad, hallazgos similares a lo reportado por otras investigaciones.¹⁴

Se evidenció en las clases conformadas, la presencia de menor proporción de mujeres con amenaza de parto pretérmino (APP), en el grupo de mujeres no violentadas. Es importante confirmar este hallazgo en cohortes de seguimiento para ver la verdadera relación de causalidad entre violencia y APP.

Como se indicó previamente, las variables demográficas encuestadas no presentan grandes diferencias entre los grupos de mujeres violentadas y las no violentadas. Solo algunas se destacan entre

las clases conformadas, como la presencia de núcleos formados con hijos de relaciones previas de la pareja (clase 1), estudios de bachillerato solamente para la pareja que violenta (clase 4) y bajo consumo de alcohol (clase 6). Es necesario realizar nuevos estudios para evaluar otras variables de interés (quizá de tipo situacional o de personalidad), con el fin de robustecer el análisis en este sentido.

Por último, es necesario examinar los resultados de las clases de manera independiente, ya que estos revelan diferentes tipos de pacientes que pueden responder a programas diferentes de intervención y requerir diversos servicios de atención en salud.

El presente estudio nos permite conocer la prevalencia en una institución de tercer nivel y conocer algunos aspectos relevantes que pueden ser punto de partida para otros diseños cuantitativos para establecer causalidad, como cohortes prospectivas, y diseños cualitativos para intentar dilucidar este fenómeno complejo que afecta gran proporción de las mujeres colombianas.

En temas tan sensibles como la violencia, a pesar de haber utilizado como instrumento de recolección una encuesta anónima, es posible que muchas mujeres no hayan contestado verazmente. Consideramos entonces como debilidad del estudio el abordaje por medio de una encuesta, en la cual no se tenía ningún tipo de control para la veracidad de las respuestas, por lo que se dependía de la honestidad de la persona al responder.

Los profesionales de la salud tenemos la obligación de identificar, tratar y educar a las mujeres que sufren violencia. A su vez, las instituciones de salud pueden hacer importantes contribuciones a la manera como se enfrenta la violencia contra las mujeres, brindando apoyo tanto al personal clínico como a las pacientes. Guiándose por una breve lista de preguntas, los(as) proveedores(as) pueden consultar a las pacientes sobre experiencias presentes y pasadas con abuso físico, emocional y sexual; al tener este conocimiento permite a un(a) proveedor(a) de salud otorgarle una mejor atención.

CONCLUSIONES

Las diferentes clases de violencia contra la mujer, reportadas por las pacientes, presentan la complejidad de la problemática e invitan a evaluar los programas de atención que la combaten.

REFERENCIAS

- Romero MN, Díaz MC. La maternidad como conflicto: una expresión de inequidad social y de género. *Colomb Med* 2001;32:25-31.
- Asamblea General de Naciones Unidas. Declaración sobre la eliminación de la violencia en contra de la mujer. Procedimientos de la 85 Reunión Plenaria; 1993, Dic. 20.
- Posada C. Mejoramiento de la calidad de atención: integralidad y conciencia de género en la aplicación de las normas. Colombia. Simposio 2001 "Violencia de género, salud y derechos en las Américas". 2001, Jun 4-7. México.
- Londoño ML. El problema es la norma, enfoques liberadores sobre sexualidad y humanismo. Cali: Ediciones Prensa Colombiana; 1989.
- Londoño ML. Prácticas de libertad en sexualidad y derechos reproductivos, Cali: Talleres Gráficos de la Impresora Feriva Ltda.; 1991.
- Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Estadísticas violencia intrafamiliar. Libro Forensis 2003. Visitado 2007, agosto 23. Disponible en: http://www.medicinalegal.gov.co/index.php?option=com_content&task=view&id=122&Itemid=167&limit=1&limitstart=3
- Encuesta Nacional de Demografía y Salud Profamilia 2005.
- Gómez PI. Dolor pélvico crónico en la mujer. En: Dolor y cuidados paliativos. Medellín: Corporación para Investigaciones Biológicas y Organización Panamericana de la Salud. Primera edición; 2005. p. 164-73.
- Londoño ML. Ética de la ilegalidad. Visión de género y valores reproductivos. Cali: Ediciones Prensa Colombiana; 1994.
- PATH. Violencia contra las mujeres, efectos sobre la salud reproductiva. *Outlook* 2002;20:1-8.
- Londoño ML. Derechos sexuales y reproductivos. Los más humanos de todos los derechos. Cali: Ediciones Prensa Colombiana; 1996.
- Bruyn M. La violencia, el embarazo y el aborto. Cuestiones de derechos de la mujer y de la salud pública. 2ª edición. Chapel Hill, Carolina del Norte. Ipas; 2003.
- Stewart CK, Stanton CK, Festin M, Jacobson N. Issues in measuring maternal morbidity: lessons from the Philippines Safe Motherhood Survey Project. *Stud Fam Plann* 1996;27:29-35.
- Monthly Bulletin "Gender-based violence". 2005;1:2-3. Visitado 2007 Ago 23. Disponible en <http://www.ops-oms.org/Spanish/AD/GE/ViolenciaBoletin6.pdf>
- Cabarcas G, Pardo CE. Métodos estadísticos multivariados en investigación social. En: Simposio de Estadística; 2001; Santa Marta.
- Lebart L, Morineau A, Piron M. Statistique exploratoire multidimensionnelle. Dunod, París;1995.
- Jewkes R. Intimate partner violence: causes and prevention. *Lancet* 2002;359:1423-9.

Conflicto de intereses: ninguno declarado.

Anexo 1. Cuestionario de recolección de datos.

CUESTIONARIO PAG. 1

Anexo No. 1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y PREVALENCIA DE MALTRATO FÍSICO EN 215 MUJERES HOSPITALIZADAS EN EL INSTITUTO MATERNO INFANTIL

1. Edad (años):
2. Estado civil
 Casada Unión libre Soltera
3. Hasta que año estudio
 Ninguna
 Primaria (años):
 Bachillerato (años):
 Universidad
4. Hasta que año estudio su pareja:
 Ninguna
 Primaria (años):
 Bachillerato (años):
 Universidad
5. En donde vive?
 Campo
 Ciudad
6. Con cuántas parejas ha convivido?
7. Hace cuanto convive con su pareja actual?
8. Cuantos hijos tiene usted (sean o no de su pareja actual):
9. Quienes componen su familia
 Pareja (hombre-mujer)
 Pareja y otros (parientes y no parientes)
 Pareja son hijos de esta unión
 Pareja, hijos y otros (parientes y no parientes).
 Pareja e hijos de otra unión (del hombre o de la mujer)
 De otra forma? Cual?
10. Ha consumido usted alcohol hasta emborracharse?
 SI NO
11. Que tan frecuente usted consume alcohol hasta emborracharse? (cuantas veces al día o la semana o al mes o al año):
12. Su pareja ha consumido alcohol hasta emborracharse?
 SI NO
13. Que tan frecuente su pareja consume alcohol hasta emborracharse? (cuantas veces al día o la semana o al mes o al año):
14. Ha consumido usted drogas ilícitas (bazuco, marihuana, cocaína...)?
 SI NO
15. Que tan frecuente lo hace? (cuantas veces al día o a la semana o al mes o al año):
16. Su pareja ha consumido drogas ilícitas?
 SI NO
17. Que tan frecuente lo hace? (cuantas veces al día o a la semana o al mes o al año):
18. A que se dedica usted? (explique) _____
19. A que se dedica su pareja? (explique) _____
20. Cuanta plata le ingresa a su casa mensualmente: _____

21. ¿Qué entiende usted como violencia contra la pareja?

22. ¿cree que la violencia física (golpes, arañazos, halones de pelo...), psicológica (humillaciones, insultos, aislamiento...) o sexual (acto o contactos sexuales obligados) contra la pareja es un delito?
 SI NO
23. ¿alguna vez su pareja actual le ha hecho daño físico? (Ejemplo: golpes, quemaduras, fracturas etc.)
 SI NO
- 23.1. ¿que tipo de daño físico fue? (puede señalar mas de una opción)
 Cachetadas
 Patadas
 Empujones
 Halar del pelo
 Golpes en el cuerpo
 Pinchazos
 Palizas
 Corrazos
 Trato cruel (arañazos, cortaduras, navajazos, mordeduras, tratar de ahogar, quemar o ahorcar, darle mordiscos, producir quemaduras)
- 23.2 ¿cuáles cree que fueron los motivos del maltrato físico? (puede señalar mas de una opción)
 Mal genio de él
 Mal genio suyo
 Borrachera de él
 Borrachera suya
 Ingestión de drogas ilícitas de él
 Ingestión de drogas ilícitas suyas
 Infidelidad de él
 Infidelidad suya
 La crianza de los hijos
 Otras causas, cual? _____
- 23.3 ¿hizo una denuncia ante alguna autoridad por esto?
 SI NO
- 23.4 Si hizo una denuncia ¿dónde la hizo?
- 23.5 Si no denunció, por que cree que no lo hizo? (puede señalar mas de una opción)
 Cree poder solucionarlo solo?
 Miedo de represalias por parte del marido?
 Cree que no volverá a ocurrir?
 Temor a no quedarse sola?
 No confía en las autoridades?
 Otras razones, cuales? _____

CUESTIONARIO PAG. 2

VIOLENCIA PSICOLÓGICA

24. ¿se ha sentido alguna vez dañada emocional o psicológicamente por parte de su pareja actual? (Ejemplo: insultos constantes, humillaciones, destrucción de objetos apreciados, ridiculizar, rechazar, aislar, etc.).
 SI NO
- 24.1 ¿cuáles cree que fueron los motivos del maltrato Psicológico?
 Mal genio de él
 Mal genio suyo
 Borrachera de él
 Borrachera suya
 Ingestión de drogas ilícitas de él
 Ingestión de drogas ilícitas suyas
 Infidelidad de él
 Infidelidad suya
 La crianza de los hijos
 Incumplimiento de los deberes del hogar
 Otras causas, cual? _____
- 24.2 ¿hizo una denuncia ante alguna autoridad por esto?
 SI NO
- 24.3 Si hizo una denuncia ¿dónde la hizo?
- 24.4 Si no denunció, por que cree que no lo hizo? (puede señalar mas de una opción)
 Cree poder solucionarlo solo?
 Miedo de represalias por parte del marido?
 Cree que no volverá a ocurrir?
 Temor a no quedarse sola?
 No confía en las autoridades?
 Otras razones, cual? _____

VIOLENCIA SEXUAL

26. ¿Alguna vez su compañero le ha obligado a tener contacto o relaciones sexuales cuando usted no lo desea?
 SI NO
- ¿Qué ocurre en estos casos?
