

Violencia de pareja en el Departamento del Quindío, Colombia

Intimate partner violence in the Quindio, Department of Colombia

Francisco F. Zapata-Giraldo

Universidad del Quindío. Armenia, Colombia. terapeio@gmail.com

Recibido 27 Enero 2012/Enviado para Modificación 3 Mayo 2012/Aceptado 7 Noviembre 2012

RESUMEN

Objetivo Identificar los factores de riesgo para violencia de pareja mediante análisis de los datos del sistema de vigilancia epidemiológica para violencia intrafamiliar (SIVIF) en el Quindío del año 2009.

Materiales y Métodos Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, sobre 1.906 notificaciones del (SIVIF) del departamento del Quindío, Colombia, del año 2009, donde 583 (n=583) corresponden a casos donde el agredido y agresor eran parejas.

Resultados Los principales municipios generaron la mayoría de los casos. Las mujeres, las más agredidas. Son frecuentes la violencia física, múltiple y sexual; la agresión con el propio cuerpo; la influencia de la ira, consumo de alcohol y drogas, celos, y problemas emocionales y psicológicos; agredidos y agresores ≤ 35 años; las mujeres agredidas amas de casa e informales; violencia psicológica, verbal o grave negligencia y las mujeres ≥ 35 años agredidas de forma reiterativa, y que no convivían en la misma residencia ni tampoco estaban casadas.

Conclusiones No existen muchos estudios ni antecedentes acerca del tema, es una necesidad regional imperiosa, contar con ulteriores estudios, pues éste es un fenómeno social urbano y repetitivo marcado por la violencia física, sexual o múltiple, con víctimas mujeres jóvenes, más frecuente en personas con educación superior.

Palabras Clave: Violencia doméstica, abuso conyugal, personas casadas, parejas, factor epidemiológico (*fuentes: DeCS, BIREME*).

ABSTRACT

Objective Identify risk factors for intimate partner violence by analyzing data from the surveillance system to domestic violence (SIVIF) in Quindio, 2009.

Materials and Methods We conducted a cross-sectional descriptive study, about 1,906 notifications SIVIF database in the department of Quindío, Colombia, in 2009, of which 583 (n=583) correspond to cases where the independent of marital relationship between the victim-offender was married, a number that was taken as sample size, analyzing 100 % of such cases as to the origin, receipt of notification, type of coexistence of the couple, circumstances through aggression also features assaulted/aggressor.

Results The two main municipalities generated most cases. Women, the most abused. More common types of physical violence, multiple sexual aggression with the body of the offender, the influence of anger, alcohol and drugs, jealousy, and emotional and psychological problems, the people attacked and attackers ≤ 35 years; battered women housewives and informal psychological violence, verbal or gross negligence and women ≥ 35 years so repeatedly assaulted, and who were not living in the same residence nor were married.

Conclusions There are many studies on the subject, even unprecedented in the region and in the national literature. It is imperative for the department of Quindío, further studies have to extend the present. Dating violence in Quindío, is a purely social phenomenon with chronicity of the city, marked by physical, sexual or multiple, with victims young women, more common in people with higher education, although the elderly were more often victimized so psychological, verbal and gross negligence

Key Words: Domestic violence, family violence, spouse abuse, partner abuse, wife abuse, married people, husband, domestic partner, epidemiological factor, epidemiological determinant, behaviour, risk factor surveillance system (*fuentes: DeCS, BIREME*).

La violencia de pareja, es un problema de interés en salud pública en Colombia por el impacto que ejerce sobre el sistema de salud y la intervención y análisis por diferentes entes públicos y privados (1-3). En diferentes países del mundo, se ha estudiado la violencia de pareja a partir de diversos instrumentos de notificación epidemiológica con el fin de identificar los posibles factores de riesgo para los eventos de agresión, similares al del Sistema de vigilancia epidemiológica de violencia intrafamiliar y sexual, SIVIF (4-13). Se define la violencia de pareja, como una conducta reiterativa violenta y deliberada hacia la pareja; cargada de coerción y manipulación; generadora de humillación en todas las áreas entre quienes han convivido en la misma residencia sin ser el matrimonio y la condición heterosexual condiciones “sine qua non”. Se han descrito tres fases: la tensión emocional, la descarga de la tensión y el arrepentimiento del agresor. El maltrato puede darse de muchas maneras, siendo la más frecuente la física; otras formas son la psicológica, la sexual, y la económica. El género femenino, es universalmente el más victimizado, lo cual ha generado una movilización a nivel mundial, encaminada a luchar contra la discriminación y el maltrato a la mujer (14-21).

Se han descrito una serie de factores de riesgo, para ser agredido como el estado civil soltero, separado, divorciado o haber contraído matrimonio en la adolescencia; ser gestante; tener un compañero sentimental celoso y posesivo, uso de caución judicial contra la pareja; haber padecido abuso sexual

o físico antes del matrimonio o en la niñez; haber sido criado(a) en un hogar monoparental; alta dependencia económica y emocional del compañero; vivir en áreas apartadas o rurales; ser inmigrante y no dominar el idioma; poseer discapacidad física o enfermedad crónica y para ser agresor. Los factores de riesgo para ser agresor son: trastornos depresivos mayores o antisocial de la personalidad, con sentimiento de impotencia y baja autoestima; haber padecido abuso emocional o físico, y haber presenciado las agresiones entre los padres en la infancia; laboralmente, desempleados o con grandes dificultades laborales; consumo de alcohol por parte del padre. Es muy frecuente la desensibilización social y aceptación cultural de la violencia de pareja (2,4,6,7,22-29).

Se ha denominado “síndrome de la mujer maltratada”, al conjunto de secuelas en la víctima de agresión tales como: sentimientos negativos en la estima, dependencia emocional, aislamiento social; drogadicción y alcoholismo; trastornos mentales, conducta suicida y síndromes de dolor crónico (14,17).

La identificación de los casos, es un proceso difícil, debido a aspectos socioculturales de cada área geográfica y a la configuración de cada instrumento usado para reportar los eventos. Se ha planteado el cuestionario de autocompletado, pero también se ha criticado ya que un mal manejo de datos puede generar un aumento del 75 % del riesgo de la víctima de ser asesinada por su agresor (4-8,12,13,30-32).

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, sobre la base de datos del SIVIF, del año 2009 en el Departamento del Quindío, Colombia. Las unidades de análisis fueron 1906 notificaciones que incluían una relación de cónyuges entre agredido y agresor, de las cuales se incluyeron 583 casos como tamaño muestral, con variables del evento, del agredido y del agresor. Se consideró un caso o evento, a todo caso reportado por medio de la ficha de notificación que denunciará agresión física, verbal, psicológica, sexual o económica en el departamento del Quindío, durante el año 2009. Se analizaron el municipio y el mes de ocurrencia, la institución y cargo del funcionario receptor; régimen de seguridad social del agredido y medidas al respecto; convivencia en la misma casa; circunstancias del agresor; área de procedencia, medio, tipo, frecuencia y sitio de la agresión. Tanto del agredido como del agresor se tuvo en cuenta la edad, el género, el estado civil, la escolaridad y la ocupación.

Para este fin, se utilizó el programa SPSS versión 14, además del StatCalc de Epiinfo software 6.04, realizándose análisis monovariado y bivariado, por medio de distribuciones de frecuencias, reagrupaciones de variables como la edad, el estado civil, la ocupación del agredido, escolaridad, tipo de violencia, circunstancias del agresor y la frecuencia de las agresiones. Adicionalmente, se realizaron tablas de cruces de variables y tablas de contingencia, para calcular el porcentaje de prevalencia, la razón de prevalencias (RP e IC95 %) y el Chi cuadrado con su valor ρ , para identificar los factores de riesgo para ser agredido, para violencia reiterativa y violencia física, sexual o múltiple, por medio de asociación estadística no causal.

RESULTADOS

Los dos principales municipios generaron la mayoría de los casos (Armenia, $n=336$; 57,6 %; Calarcá, $n=88$; 15,1 %. Total=72,7 %. Área urbana=95,8 % vs. Área rural=4,2 %). Las instituciones de Justicia y seguridad ($n=295$; 51,7 %) y entre los profesionales, los psicólogos ($n=151$; 27,6 %), los asistentes de fiscal ($n=106$; 19,3 %), los médicos ($n=95$; 17,3 %) y los comisarios de familia ($n=81$; 14,8 %) fueron quienes más reportaron. La denuncia penal ($n=229$; 40 %) y la atención médica ($n=160$; 28 %), fueron las medidas más frecuentes derivadas de la denuncia. Los tipos de violencia física, múltiple y sexual, agrupados, son más frecuentes ($n=535$; 91,9 %) que los tipos verbal, psicológico y grave negligencia ($n=47$; 8,1 %). La agresión, fue más frecuente con el propio cuerpo del agresor ($n=496$; 88,9 %), siendo el agresor, influenciado fundamentalmente por la ira, el consumo de alcohol y drogas, los celos, y los problemas emocionales y psicológicos ($n=478$; 96,4 %). El principal lugar donde se llevaron a cabo las agresiones, fue la residencia de la pareja ($n=449$; 86,3 % (Tabla 1).

La frecuencia con la que se había presentado la agresión fue predominantemente reiterativa (≥ 2 ocasiones, $n=423$; 77,2 %) (Tabla 1). La mayoría de las personas agredidas tenían una edad ≤ 35 años ($n=376$; 67,9 %) al igual que entre los agresores ($n=305$; 54,6 %). El género femenino fue el que más fue victimizado ($n=535$; 91,8 %), (Tabla 2). Los agredidos, frecuentemente no estaban casados ($n=455$; 39,77 %), y la agresión se relacionó con la convivencia en la misma residencia (85,5 %). Las personas agredidas, alcanzaron en su mayoría máximo el nivel de la educación secundaria ($n=271$; 50,8 %), mientras que los agresores, oscilaron entre la secundaria ($n=195$; 41,9 %) y la primaria ($n=193$; 41,5 %), (Tabla 2 y Tabla 3).

Tabla 1. Análisis monovariado

| Variable | Valores | Frec. | % |
|--|---|-------|-------|
| Tipo de violencia | Física, sexual y múltiple | 535 | 91,9 |
| | Psicológica, Verbal, grave negligencia | 47 | 8,1 |
| | Total | 582 | 100,0 |
| Lugar donde ocurrió la agresión | Casa | 449 | 86,3 |
| | Calle | 57 | 11,0 |
| | Demás lugares | 14 | 2,7 |
| Cargo de quien registra el evento | Total | 520 | 100,0 |
| | Psicóloga | 151 | 27,6 |
| | Asistente de fiscal | 106 | 19,3 |
| | Médico | 95 | 17,3 |
| | Comisarios | 81 | 14,8 |
| Elemento con el que se cometió la agresión | Demás funcionarios | 115 | 21,0 |
| | Total | 548 | 100,0 |
| Medidas al respecto | Propio cuerpo del agresor/a | | |
| | Arma blanca | | |
| | Correa/ objetos de uso familiar | | |
| | Demás elementos | | |
| Procedencia de la agresión | Total | 229 | 40,0 |
| | Denuncia penal | 160 | 28,0 |
| | Atención médica | 114 | 19,9 |
| | Atención psicológica | 69 | 12,1 |
| | Demás medidas | 572 | 100,0 |
| Procedencia de la agresión | Urbana | 229 | 58,9 |
| | Rural | 160 | 41,1 |
| | Total | 389 | 100 |

El género femenino fue el mayor agredido (92,9 % vs 7,1 %), y el más agresor fue el masculino (92,9 % vs 8,1 %); las mujeres son agredidas casi 12 veces con respecto a los hombres (RP 11,42 $p < 0,000$). Se encontraron más agredidos que agresores entre quienes tenían ≤ 35 años, y la frecuencia con la que son agredidas estas personas es 1,34 veces la frecuencia de agresión de los ≥ 35 años (RP 1,34 $p < 0,000$). Entre las personas con educación superior, fue mayor la frecuencia de agredidos que de agresores, al igual que para aquellos que no habían tenido ningún nivel de educación o máximo cursaron estudios de secundaria, por lo que la frecuencia de agresión contra el primer grupo es 1,42 veces la frecuencia con la que se agrede al segundo (RP 1,42 $p = 0,03$). Entre las mujeres ama de casa e informales, se encontraron más agredidos que agresores frente a las demás ocupaciones con una frecuencia de agresión casi tres veces a favor de los primeros (RP 2,9 $p < 0,000$), cosa similar a lo observado al parrear las amas de casa con todas las ocupaciones (RP 2,8; $p < 0,000$), Tabla 3.

Tabla 2. Frecuencia de las agresiones

| Frecuencia de las agresiones | Dos o más veces | % | Una sola vez | % | Total |
|--|--------------------|-------|-----------------|-------|-------|
| Física, sexual y múltiple | 383 | 90,5 | 122 | 97,6 | 505 |
| Psicológica, verbal y grave negligencia | 40 | 9,5 | 3 | 2,4 | 43 |
| Subtotal | 423 | 77,2 | 125 | 22,8 | 548 |
| Total | 423 | 100,0 | 125 | 100,0 | 548 |

Tabla 3. Frecuencia de las agresiones

| Frecuencia de las agresiones | | Agredido | % Prev. | Agresor | % Prev. |
|------------------------------|------------------------------|----------|---------|---------|---------|
| Edad | Edad menor o igual a 35 años | 376 | 67,9 | 305 | 54,6 |
| | Mayor de 35 años | 178 | 32,1 | 254 | 45,4 |
| | Total | 554 | 100,0 | 559 | 100,0 |
| Género | Femenino | 535 | 91,8 | 41 | 7,0 |
| | Masculino | 48 | 8,2 | 542 | 93,0 |
| | Total | 583 | 100,0 | 583 | 100,0 |
| Estado Civil | Unión Libre | 333 | 58,2 | 354 | 61,9 |
| | Otros | 240 | 41,8 | 218 | 38,1 |
| | Total | 573 | 100,0 | 572 | 100,0 |
| Escolaridad | Secundaria | 271 | 50,8 | 195 | 41,9 |
| | Primaria | 190 | 35,6 | 193 | 41,5 |
| | Otros | 72 | 13,6 | 77 | 16,6 |
| | Total | 533 | 100,0 | 465 | 100,0 |
| Ocupación | Ama de casa | 302 | 56,8 | - | - |
| | Trabajos Informales | 54 | 10,15 | 78 | 16,14 |
| | Otros | 176 | 33,05 | 405 | 83,86 |
| | Total | 532 | 100,00 | 483 | 100,0 |

Tabla 4. Factores de Riesgo

| Factores de riesgo relacionados con la agresión | Prevalencia % | RP (IC95 %) | CHI ² (p) |
|--|---------------|----------------|----------------------|
| Género femenino/masculino | 92,9/8,1 | 11,42 (8,7-15) | 837,3 (p<0,000) |
| Edad ≤35 años/>35 años | 55,2/41,2 | 1,34 (1,2-1,5) | 20,8 (p<0,000) |
| Ocupación ama de casa y trabajos informales/otras ocupaciones | 77,7/27 | 2,9 (2,4-3,4) | 223,8 (p<0,000) |
| Ocupación ama de casa/otras ocupaciones | 92,6/33,4 | 2,8 (2,5-3,1) | 311,5 (p<0,000) |
| Educación superior/sin escolaridad o máximo nivel alcanzado en la secundaria | 66,7/52,6 | 1,42 (1-2) | 4,51 (p=0,03) |
| Estado civil no casado/casado | 50,3/48,8 | 1,03 (0,9-1,2) | 0,2 (p=0,7) |
| Factor de riesgo violencia reiterativa | | | |
| No viven en la misma residencia/ viven en la misma residencia | 86,8/75,5 | 1,9 (1,02-3,4) | 4,73 (p=0,03) |
| Violencia psicológica, verbal y grave negligencia/violencia física, sexual y múltiple | 93/75,8 | 3,5 (1,2-10,4) | 6,64 (p=0,01) |
| Edad >35 años/edad ≤35 años | 85,7/74,2 | 1,8 (1,2-2,7) | 8,84 (p=0,003) |
| Factor de riesgo violencia física, sexual o múltiple | | | |
| Edad ≤35 años/edad >35 años | 94,1/88,8 | 1,06 (1-1,12) | 5 (p=0,03) |
| No estar casado/estar casado | 93,4/86,3 | 1,08 (1-1,17) | 6,27 (p=0,01) |

Hacia las personas agredidas de manera psicológica, verbal o por grave negligencia, hubo más agresiones reiterativas con una frecuencia de agresiones de este tipo, 3,5 veces la frecuencia de los eventos meramente físicos

(RP 3,5 p=0,01). Las personas ≥ 35 años, sufrieron más violencia reiterativa [≥ 2 ocasiones], casi el doble de veces que en los ≤ 35 años (RP 1,8 p=0,003). Los que no convivían en la misma residencia, tuvieron una frecuencia de agresiones casi el doble que los que convivían en la misma residencia (RP 1,9 p=0,03), Tabla 3.

Tener edad ≤ 35 años, fue más frecuente entre las víctimas de violencia física, sexual y múltiple, por lo que ésta forma de violencia fue más frecuente 1,1 veces que ≥ 35 años (RP 1,06 p=0,03). El no estar casado, aparece con una asociación estadística no causal con la aparición de violencia física, sexual o múltiple, con una frecuencia de estos eventos 1,1 veces la de ocurrencia de tales eventos entre los casados (RP 1,08 p=0,01. Tabla 4).

DISCUSIÓN

Aunque en varios estudios se hace énfasis en que la victimización ocurre en áreas apartadas o rurales, o por igual en lo urbano y rural, es preciso anotar que para el ámbito del estudio, los casos son un problema urbano casi exclusivo de los principales municipios del departamento, principalmente cuando hay agresión reiterativa y cuando hay violencia física, sexual o múltiple sin una relación causal. Este es un fenómeno influenciado por la incursión de la mujer en el mundo laboral y por situaciones como el desplazamiento, la violencia social, los cinturones de miseria, menor capacitación y escolaridad, desempleo y unas costumbres machistas que implican la tolerancia cultural del problema (18,22,33-36).

El subregistro es un problema generalizado en todos los estudios, por el miedo, la no denuncia, y la manipulación de la víctima por el agresor. En Colombia, sólo el 1,93 % de las denuncias de éste tipo se hace efectiva, y al igual que a nivel mundial, generan costos sociales y económicos. En el Quindío, no se toman medidas al respecto únicamente en un 2,1 % de los casos, pero se carece de actividades de diagnóstico y detección temprana y de información decalidad, principalmente en el sector salud. Los trastornos mentales y el consumo de drogas y alcohol, son las principales circunstancias que rodean al agresor para consumir la agresión, generalmente de manera reiterativa (9,11,14,17,18,30-32,35-42).

La violencia física con el propio cuerpo, fue lo más observado divergiendo de otros estudios, que describen el uso de elementos contundentes, corto contundentes y armas de fuego de fácil consecución. Ocurrieron más

agresiones a quienes tenían ≤ 35 años, dato concordante con varios estudios donde la edad oscila para unos entre 20-40 años y para otros 25-29 años, con promedio de edad de 37 años, mientras que presentaron alta prevalencia para la cronicidad de la agresión quienes tenían una edad ≥ 35 años. La violencia física, sexual o múltiple se vio más frecuente entre quienes no están casados, principalmente en unión libre, discordando con la literatura consultada que señala a las mujeres separadas o casadas como principales víctimas (17,18,35,36,41-45,47-49,50).

Quienes poseen un bajo nivel educativo, una situación laboral inestable o son amas de casa; las mujeres de clases más altas que las de su pareja, o con escasos recursos económicos poseen un factor de riesgo para ser agredidas al unísono con la literatura, aunque son agredidos más frecuentemente quienes tienen educación superior (36,42,50-51).

Es una necesidad para el Departamento del Quindío, contar con ulteriores estudios que amplíe el presente estudio. Las recomendaciones fundamentalmente están dirigidas a cambios específicos en la ficha de notificación del SIVIF, como añadir dos fechas, la de recepción y la de ocurrencia del evento, ya que es útil conocer el tiempo transcurrido entre la ocurrencia y la denuncia, para determinar objetivamente las causas por las cuales o no se denuncia o se hace el denuncia de manera tardía, cual es la influencia del agresor sobre el agredido y cuál debe ser la conducta al respecto. Sería importante modificar la modalidad de casillas de verificación, por espacio en blanco donde se especifique literalmente la respuesta, pues la ficha parece sesgar algunos aspectos de algunos ítems. Se debe indagar a través del proceso al agresor acerca de sus motivaciones. Los medios utilizados para agredir, deben incluir opciones para los demás tipos de violencia y no solo para la violencia física. Es importante que la persona agredida describa la forma de la agresión y como se realizó de manera abierta y espontánea. Adicionalmente deben introducirse un historial de antecedentes de agresión, incluso durante el último año, y el seguimiento de las agresiones. Deben aclararse las consecuencias, en que finalizó todo el proceso, si hubo muertes, discapacidades, trastornos mentales o físicos derivados de la agresión en quien es víctima de éste abuso y las consecuencias legales y el procedimiento sanitario en el agresor y en el hogar de ambos cuando hay hijos que pueden perpetuar el proceso ♣

REFERENCIAS

1. Gobernación del Quindío. Plan de Acción de los Derechos Humanos en el Departamento del Quindío 2008-2011. [Internet]. Disponible en: <http://www.quindio.gov.Co/home/docs/general/plan%20dh.doc>. Consultado Marzo de 2010.
2. República de Colombia. Ministerio de la Protección Social. Encuesta Nacional de Salud ENS 2007. Resultados por Departamento: Quindío.
3. Instituto Seccional de Salud del Quindío. Reporte del Periodo 2009. SIVIF 2009. [Internet]. Disponible en: http://www.cronicadelquindio.com/noticia-completa-titulo-breves_judicial-seccion-Judiciales-nota-6282.htm. Consultado Marzo de 2010.
4. Whitaker DJ, Morrison S, Lindquist C, Hawkins SR, O'Neil JA, Nesius AM, et al. A critical review of interventions for the primary prevention of perpetration of partner violence. *Aggress Violent Behav.* 2006; 11 (2): 151-166.
5. Paradis AD, Reinherz HZ, Giaconia RM, Beardslee WR, Ward K y Fitzmaurice GM. Long-Term Impact of Family Arguments and Physical Violence on Adult Functioning at Age 30 Years: Findings From the Simmons Longitudinal Study *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2009; 48(3): 290-298.
6. Zarza MJ, Froján MX. Estudio de la violencia doméstica en una muestra de mujeres latinas residentes en Estados Unidos. *Anales de Psicología.* 2005; 21(1): 18-26.
7. Plazaola J, Ruiz I, Montero MI. Apoyo social como factor protector frente a la violencia contra la mujer en la pareja. *GacSanit.* 2008; 22:527-33.
8. Ilgen MA, Chermack ST, Murray R, Walton MA, Barry KL, Wojnar M, et al. The association between partner and non-partner aggression and suicidal ideation in patients seeking substance use disorder treatment. *AddictBehav.* 2009; 34 (2): 180-186.
9. González JC, Tarazona Y, Jiménez J. Violencia Intrafamiliar y Violencia Sexual en Santander, año 2005. *Revista del Observatorio de Salud Pública de Santander.* 2006; 2(1): 3-16.
10. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. Dirección de Salud Pública. Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Violencia Intrafamiliar. [Internet]. Disponible en: <http://www.saludcapital.gov.co/ListasVsp/Protocolos/Protocolos%20Vigilancia%20en%20Salud%20P%3%BAblica/violencia%20intrafamiliar.pdf>. Consultado Marzo de 2010.
11. Secretaría Departamental de Salud del Tolima. Proyecto: Prevención de la violencia Intrafamiliar en 8 Municipios del Departamento del Tolima a partir del desarrollo de observatorios sociales y el fortalecimiento de redes interinstitucionales. Disponible en: grupocisalva.univalle.edu.co/proyectos/infomes/infjec_vif_tolima.pdf. Consultado Marzo de 2010.
12. MacMillan HL, Wathen CN, Jamieson E, Boyle M, McNutt LA, Worster A, et al. Approaches to Screening for Intimate Partner Violence in Health Care Settings: A Randomized Trial. *JAMA* 2006; 296(5): 530-536.
13. Ahmad F, Hogg-Johnson S, Stewart DE, Skinner HA, Glazier RH y Levinson W. Computer-Assisted Screening for Intimate Partner Violence and Control. A Randomized Trial. *Ann Intern Med.* 2009; 151: 93-102.
14. Beck BJ. Domestic Violence. En: Stern TA, Rosenbaum JF, Fava M, Bederman J, Rauch L. *Massachusetts General Hospital Comprehensive Clinical Psychiatry*, 1st ed. Philadelphia:Ed Mosby; 2008.
15. Kimberg LS. Addressing Intimate Partner Violence with Male Patients: A Review and Introduction of Pilot Guidelines. *J Gen Intern Med.* 2008; 23(12): 2071-8.
16. Meit SS. Intimate Partner Violence. En: Rakel: *Textbook of Family Medicine*, 7th ed. Philadelphia:Saunders-Elsevier; 2007.
17. Lentz G. Rape, Incest, and Domestic Violence: Discovery, Management, Counseling. En: Katz V, Lentz G, Lobo RA, Gershenson DM. *Katz: Comprehensive Gynecology*, 5th ed. Philadelphia. Ed MosbyElsevier; 2007.

18. Estudio ENDS 2005. Violencia contra las mujeres y los niños. [Internet]. Disponible en: http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/images/stories/ENDS-2005/general/capitulo_XIII.pdf. Consultado febrero de 2010.
19. Douglas JD. Nuevo Diccionario Bíblico Certeza. Ediciones Certeza. Barcelona. 2000.
20. Bandrés E. Propuesta Para el Tratamiento Eficaz de la Violencia de Género. IC-Revista Científica de Información y Comunicación. 2011; 8: 113-138.
21. República de Colombia. Ministerio de la Protección Social. Decreto 3039 de 2007.
22. Toohey JS. Domestic Violence and Rape. *MedClin N Am*. 2008; 92: 1239-1252.
23. Gunter J. Intimate Partner Violence. *ObstetGynecolClin N Am*. 2007; 34: 367-388.
24. Romans S, Forte T, Cohen MM, Du Mont J, Hyman I. Who Is Most at Risk for Intimate Partner Violence?: A Canadian Population-Based Study. *J Interpers Violence*. 2007; 22: 1495.
25. Stickley A, Timofeeva I, Sparén P. Risk Factors for Intimate Partner Violence Against Women in St. Petersburg, Russia. *Violence Against Women*. 2008; 14(4): 483-495.
26. VungND, Krantz G. Childhood Experiences of Interparental Violence as a Risk Factor for Intimate Partner Violence: A Population-Based Study From Northern Vietnam. *J Epidemiol Community Health*. 2009; 63: 708-714.
27. Gil-González D, Vives-Cases C, Ruiz MT, Carrasco-Portiño M, Álvarez-Dardet C. Childhood Experiences of Violence in Perpetrators as a Risk Factor of Intimate Partner Violence: A Systematic Review. *J Public Health*. 2008; 30(1): 14-22.
28. Papadakaki M, Tzamalouka GS, Chatzifotiou S, Chliaoutakis J. Seeking for Risk Factors of Intimate Partner Violence (IPV) in a Greek National Sample. *J Interpers Violence*. 2009; 24(5): 732-750.
29. Xu X, Zhu F, O'Campo P, Koenig MA, Mock V, Campbell J. Prevalence of and Risk Factors for Intimate Partner Violence in China. *Am J Public Health*. 2005; 95 (1): 78-85.
30. Rodriguez MA, Heilemann MV, Fielder E, Ang A, Nevarez F, Mangione CM. Intimate partner violence, depression, and PTSD among pregnant latina women. *Ann Fam Med*. 2008; 6: 44-52.
31. American Medical Association. National Advisory Council on Violence and Abuse. Policy Compendium; April 2008.
32. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar-ICBF. [Internet]. Disponible en: <http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/PortalICBF/RecursosMultimedia/Drechossexualesyreproductivos.pdf>. Consultado febrero de 2010.
33. Gobernación del Quindío. Organización del Departamento. [Internet]. Disponible en: http://www.quindio.gov.co/home/categoria.php?id_item=33&id_categoria=126. Consultado en diciembre de 2010.
34. Alcaldía de Armenia. Nuestro Municipio. [Internet]. Disponible en: <http://www.armenia.gov.co/index.php?controlador=moduloMenu&componente=municipio>. Consultado diciembre de 2010.
35. Castro R, Casique I. Violencia de pareja contra las mujeres en México: una comparación entre encuestas recientes. *Notas Poblacion*. 2009; 87: 35-62.
36. Cortés C, Soriano MI. Maltrato de Pareja. En: Cortés C y Soriano MI. *Violencia Intrafamiliar Colombia, 2006*. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Bogotá. 2006.
37. Logan TK, Walker R, Hoyt W, Faragher T. The Kentucky Civil Protective Order Study: A Rural and Urban Multiple Perspective Study of Protective Order Violation Consequences, Responses, & Costs. U.S. Department of Justice; Septiembre 2009.
38. República de Colombia. Procuraduría General de la Nación. Procuraduría General de la Nación revela preocupante situación de violencia intrafamiliar y violencia sexual en Colombia. [Internet]. Disponible en: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache: http://www.procuraduria.gov.co/html/noticias_2009/noticias_358.html. Consultado en Febrero de 2010.

39. Jordan CE, Nietzel MT, Walker R y Logan TK. Clinical Responses to Intimate Partner Violence Offenders. En: Jordan et al. Intimate Partner Violence: A Clinical Training Guide for Mental Health Professionals. New York: Springer Publishing Company, Inc.; 2004.
40. Fals-Stewart W, Golden J, Schumacher JA. Intimate partner violence and substance use: A longitudinal day- to-day examination. *Addict Behav* 2003; 28(9): 1555-1574
41. Schraiber LB, D'Oliveira AF, França-Junior I, Diniz S, Portella AP, Ludermir AB, et al. Prevalence of intimate partner violence against women in regions of Brazil. *Rev Saúde Publica* 2007; 41(5).
42. Rey C. Rasgos Sociodemográficos e Historia de Maltrato en la Familia de Origen de un Grupo de Hombres que han Ejercido Violencia hacia su Pareja y de un Grupo de Mujeres Víctimas de éste Tipo de Violencia. *Revista Colombiana de Psicología*. 2002; 11:81-90.
43. Catalano S. IntimatePartnerViolence In The U.S. [Internet]. Disponible en: <http://bjs.ojp.usdoj.gov/content/intimate/circumstances.cfm>. Consultado en diciembre de 2010.
44. Kelly JB, Johnson MP. Differentiation among types of intimate partner violence: Research Update and implications for interventions. *Fam Court Rev*. 2008;46(3): 476-499.
45. Garcia-Moreno C, Jansen H, Ellsberg M, Heise L y Watts CH. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *Lancet*. 2006; 368: 1260–69
46. Tjaden P, Thoennes N. Extent, Nature, and Consequences of Intimate Partner Violence Findings From the National Violence Against Women Survey. U.S NationalInstitute of Justice and CDC; Julio 2000.
47. López SM, Gómez PI, Arévalo I. Violencia Contra la Mujer, Análisis en el Instituto Materno infantil de Bogotá, Colombia, 2005. Estudio de Corte Transversal. *Rev. Colomb Obstet Ginecol*. 2008; 59(1):10-19.
48. Hotton T. Police-reported dating violence in Canada, 2008. [Internet]. Disponible en: <http://www.statcan.gc.ca/pub/85-002-x/2010002/article/11242-eng.htm>. Consultado en diciembre de 2010.
49. Lee J, Trauth D. Domestic Violence Assaults in the Workplace Study. *Peace at Work*. North Carolina. Octubre 2009.
50. González J, Hernández A. Identificación y Comparación de la Violencia Física en Mujeres por Grupo de Edad. *Revista electrónica de Psicología*. 2009; 8: 165-183.
51. Impact of Education on Domestic Violenceand Development of Women Through Education. [Internet]. Disponible en: <http://www.articlesbase.com/college-and-university-articles/impact-of-education-on-domestic-violence-and-development-of-women-through-education-522777.html>. Consultado en diciembre de 2010.