

**SITUACIÓN DE VIOLENCIA FAMILIAR (VF) Y SU RELACIÓN CON LA
SALUD EN TÉRMINOS DE CALIDAD DE VIDA Y DISCAPACIDAD, EN UN
GRUPO DE MUJERES VÍCTIMAS PERTENECIENTES A UNA INSTITUCIÓN DE
ATENCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA VF DEL MUNICIPIO DE SANTIAGO DE
CALI**

**GISSEL VIVIANA OSORIO CUÉLLAR 0629494
SARA GABRIELA PACICHANÁ QUINAYAS 0751962
MARYOLY MAKENZYE VALLEJOS VALDIVIESO 0638936**

**UNIVERSIDAD DEL VALLE
FACULTAD DE SALUD
ESCUELA DE REHABILITACIÓN HUMANA
PROGRAMA ACADÉMICO DE FISIOTERAPIA**

**SANTIAGO DE CALI
2012**

**SITUACIÓN DE VIOLENCIA FAMILIAR (VF) Y SU RELACIÓN CON LA
SALUD EN TÉRMINOS DE CALIDAD DE VIDA Y DISCAPACIDAD, EN UN
GRUPO DE MUJERES VÍCTIMAS PERTENECIENTES A UNA INSTITUCIÓN DE
ATENCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA VF DEL MUNICIPIO DE SANTIAGO DE
CALI**

Presentado por:

**GISEL VIVIANA OSORIO CUÉLLAR 0629494
SARA GABRIELA PACICHANÁ QUINAYAS 0751962
MARYOLY MAKENZY VALLEJOS VALDIVIESO 0638936**

**Proyecto de investigación como requisito para optar
al título de Fisioterapeuta**

**TUTORAS:
JENNY ELIZABETH ORDÓÑEZ BETANCOURTH
FISIOTERAPEUTA
MAGISTER EN EPIDEMIOLOGÍA**

**CELIA ESCOBAR HURTADO
FISIOTERAPEUTA
MAGISTER EN ADMINISTRACIÓN DE SALUD**

**UNIVERSIDAD DEL VALLE
FACULTAD DE SALUD
ESCUELA DE REHABILITACIÓN HUMANA
PROGRAMA ACADÉMICO DE FISIOTERAPIA
SANTIAGO DE CALI
2012**

NOTA DE ACEPTACIÓN

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

DEDICATORIA

A la familia, amigos, Escuela y maestros, así como a cada una de las mujeres que demuestran la fortaleza y el valor de ser protagonistas de sus vidas, en esos momentos en que se hacen necesario redescubrir aquellos valores humanos que hacen posible la convivencia

AGRADECIMIENTOS

Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali:

Al personal del área de Salud mental (Francia Helena Torres, Liliana Otálvaro, Fernando Acosta) y del Observatorio de Violencia Familiar - OVF (Nohora Acevedo) por su apoyo, disposición y colaboración durante todo el proceso de la investigación. Agradecimiento especial a Martha Espinosa por abrirnos inicialmente las puertas de la institución y creer en nosotras y en nuestra propuesta.

Hogar de Paso para víctimas de violencia física y/o sexual:

Al personal del hogar de acogida (Sonia Robles, Nicolás Nasrralan) por su apoyo y disposición para llevar a cabo la recolección de los datos.

Universidad del Valle:

A la docente Nasly Hernández por su orientación a lo largo de la fase inicial del proyecto. A la trabajadora social Ana Tamayo quien con su experiencia, mirada y sensibilidad en la problemática, aportó un valor agregado en el empoderamiento de esta realidad. A la docente Celia Escobar por su conocimiento, asesorías y disposición. Agradecimiento especial a la docente Jenny Ordóñez por el incondicional apoyo, dedicación y vocación; por sembrar en nosotras la pasión y el compromiso por la investigación.

A la comunidad y mujeres participantes del estudio, porque sin ellas éste no hubiese sido posible.

A nuestra familia y a todos nuestros compañeros y amigos por el apoyo, la comprensión y por las horas de relativa ausencia dedicadas a la culminación de nuestro trabajo.

CONTENIDO

pág.

INTRODUCCIÓN.....	12
1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	14
2. JUSTIFICACIÓN.....	16
3. MARCO TEÓRICO	18
3.1. VIOLENCIA: GENERALIDADES Y REFERENTES TEÓRICOS.....	18
3.1.1. Concepto de violencia.....	18
3.1.2. Violencia contra la mujer desde el ámbito familiar.....	19
3.1.3. Marco legal.....	21
3.1.4. Causas y factores asociados a la violencia familiar contra la mujer.....	23
3.1.5. Marco de referencia.....	24
3.2 DISCAPACIDAD EN MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA FAMILIAR.....	30
3.2.1 Relación fisioterapia y violencia contra la mujer.....	36
3.3 ESTADO DE ARTE	38
4. OBJETIVOS.....	41
5. METODOLOGÍA.....	42
5.1. Tipo de estudio.....	42
5.2. Área de estudio	42
5.3. Población y muestra	43
5.4. Materiales e instrumentos.....	50
5.5. Procedimientos.....	52
5.6. Aspectos éticos.....	56
6. RESULTADOS.....	58
6.1. Componente Cuantitativo.....	58
6.2. Componente Cualitativo.....	110
6.3. Algunas consideraciones adicionales de las entrevistas cuantitativas....	142
7. DISCUSIÓN.....	145
7.1 Hallazgos Principales.....	145
7.2. Debilidades y Fortalezas.....	160
7.3. Implicaciones.....	161
7.4. Futuros estudios.....	162
8. CONCLUSIONES.....	163
9. RECOMENDACIONES.....	164
10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	165
11. ANEXOS.....	171

Lista de Anexos

	Pág.
Anexo No. 1 (Modificación y ajuste de instrumentos).....	171
Anexo No. 2 (Consentimiento informado No.1).....	176
Anexo No. 3 (Consentimiento informado No. 2).....	180
Anexo No. 4 (Instrumento – cuestionario).....	184
Anexo No. 5 (Tarjetas aplicación de instrumentos).....	196
Anexo No. 6 (Aval Comité de Ética Universidad del Valle).....	198
Anexo No. 7 (Aval Secretaría de Salud Pública Municipal).....	200
Anexo No. 8 (Cronograma de actividades y Presupuesto).....	201
Anexo No.9 (Ejes de indagación y preguntas guía).....	207
Anexo No. 10 (Registro fotográfico).....	209
Anexo No. 11 (Acta de Propiedad Intelectual).....	211

Lista de Figuras

	19
Figura No.1 (Clasificación de la violencia – OPS).....	25
Figura No.2 (Modelo Ecológico propuesto por la OMS – 2002).....	26
Figura No.3 (Niveles del Modelo Ecológico tomados para la investigación)...	26
Figura No.4 (Esquema Ending Violence Against Women).....	28
Figura No.5 (Interacciones entre los componentes de la CIF).....	34
Figura No.6 (Consecuencias de la violencia para la salud de la mujer).....	112
Figura No.7 (Delimitación del componente a explorar y del componente emergente).....	114
Figura No.8 (Categorías de análisis de la información cualitativa).....	123
Figura No.9 (Gravedad e impacto).....	125
Figura No.10 (Deficiencias en funciones corporales).....	126
Figura No.11 (Deficiencias en estructuras corporales).....	133
Figura No.12 (Limitaciones en las actividades y restricciones en la participación).....	136
Figura No.13 (Factores de Riesgo y Protectivos).....	140
Figura No.14 (Ruta de atención para la violencia).....	

Lista de Tablas

Tabla 1. Ejes de indagación - entrevistas cualitativas realizadas a mujeres participantes entre Marzo y Abril de 2012.....	54
--	----

Tabla 2. Características sociodemográficas en mujeres participantes entre Marzo y Abril de 2012.....	59
Tabla 3 Situación de violencia en mujeres participantes entre Marzo y Abril de 2012.....	65
Tabla 4. Violencia ejercida por personas diferentes a la pareja en mujeres participantes entre Marzo y Abril de 2012.....	67
Tabla 5. Percepción de seguridad personal y actitudes frente a la violencia en mujeres participantes entre Marzo y Abril de 2012.....	68
Tabla 6. Percepción calidad de vida en relación con la salud durante y después de la convivencia con la pareja en mujeres participantes entre Marzo y Abril de 2012.....	70
Tabla 7. Presencia de limitaciones en mujeres participantes entre Marzo y Abril de 2012.....	73
Tabla 8. Limitaciones para la realización de actividades y restricciones a la participación en mujeres participantes entre Marzo y Abril de 2012.....	74
Tabla 9. Frecuencia y cronicidad del maltrato y sus respectivas secuelas en mujeres participantes entre Marzo y Abril de 2012.....	83
Tabla 10. Tipos de agresión y su relación con calidad de vida y Discapacidad.....	108
Tabla 11. Datos sociodemográficos de mujeres participantes entre Marzo y Abril de 2012.....	111

Lista de Gráficas

Gráfica 1. Variedad o tipos de agresiones propinadas a las mujeres participantes durante la convivencia con su pareja.....	84
Gráfica 2. Variedad de agresiones vs Percepción de seguridad en casa durante la convivencia con su pareja.....	85
Gráfica 3. Variedad de agresiones vs Percepción de seguridad en la calle durante la convivencia con su pareja.....	85
Gráfica 4. Variedad de agresiones vs Necesidad de adquirir armas durante la convivencia con su pareja.....	86
Gráfica 5. Variedad de agresiones vs Necesidad de mudarse durante la convivencia con su pareja.....	86
Gráfica 6. Variedad de agresiones vs Percepción de salud durante el tiempo de convivencia con la pareja.....	87

Gráfica 7. Variedad de agresiones vs Percepción de salud una vez finalizado el tiempo de convivencia con la pareja.....	87
Gráfica 8. Variedad de agresiones vs Limitación de las actividades físicas habituales por problemas físicos de salud durante la convivencia con la pareja.....	88
Gráfica 9. Variedad de agresiones vs Limitación de las actividades físicas habituales por problemas físicos de salud una vez finalizada la convivencia con la pareja.....	88
Gráfica 10. Variedad de agresiones vs Dolor físico durante la convivencia con la pareja.....	89
Gráfica 11. Variedad de agresiones vs Dolor físico una vez finalizada la convivencia con la pareja.....	89
Gráfica 12. Variedad de agresiones vs Limitaciones en actividades sociales por problemas de salud durante la convivencia con su pareja.....	89
Gráfica 13. Variedad de agresiones vs Limitaciones en actividades sociales por problemas de salud, una vez finalizada la convivencia con la pareja.....	90
Gráfica 14. Variedad de agresiones vs Molestias por problemas emocionales durante la convivencia con la pareja.....	90
Gráfica 15. Variedad de agresiones vs Molestias por problemas emocionales una vez finalizada la convivencia con la pareja.....	90
Gráfica 16. Variedad de agresiones vs Dificultad para analizar y encontrar soluciones a los problemas de la vida diaria durante la convivencia con su pareja.....	93
Gráfica 17. Variedad de agresiones vs Dificultad para analizar y encontrar soluciones a los problemas de la vida diaria una vez finalizada la convivencia con su pareja.....	93
Gráfica 18. Variedad de agresiones vs Dificultad para moverse dentro de la casa durante la convivencia con su pareja.....	94
Gráfica 19. Variedad de agresiones vs Dificultad para moverse dentro de la casa una vez finalizada la convivencia con su pareja.....	94
Gráfica 20. Variedad de agresiones vs Dificultad para comer durante la convivencia con su pareja.....	94
Gráfica 21. Variedad de agresiones vs Dificultad para comer una vez finalizada la convivencia con su pareja.....	95
Gráfica 22. Variedad de agresiones vs Dificultad para relacionarse con personas desconocidas durante la convivencia con su pareja.....	95
Gráfica 23. Variedad de agresiones vs Dificultad para relacionarse con personas desconocidas una vez finalizada la convivencia con su pareja.....	95

	Pág.
Gráfica 24. Variedad de agresiones vs Dificultad para mantener una amistad durante la convivencia con su pareja.....	96
Gráfica 25. Variedad de agresiones vs Dificultad para mantener una amistad una vez finalizada la convivencia con su pareja.....	96
Gráfica 26. Variedad de agresiones vs Dificultad para tener relaciones sexuales durante la convivencia con su pareja.....	96
Gráfica 27. Variedad de agresiones vs Dificultad para tener relaciones sexuales una vez finalizada la convivencia con su pareja.....	97
Gráfica 28. variedad de agresiones vs Dificultad para llevar a cabo su trabajo diario durante la convivencia con su pareja.....	97
Gráfica 29. Variedad de agresiones vs Dificultad para llevar a cabo su trabajo diario una vez finalizada la convivencia con su pareja.....	98
Gráfica 30. Variedad de agresiones vs Dificultad para participar en actividades de la comunidad durante la convivencia con su pareja.....	98
Gráfica 31. Variedad de agresiones vs Dificultad para participar en actividades de la comunidad una vez finalizada la convivencia con su pareja.....	99
Gráfica 32. Variedad de agresiones vs Dificultad para vivir con dignidad y respeto durante la convivencia con su pareja.....	99
Gráfica 33. Variedad de agresiones vs Dificultad para vivir con dignidad y respeto una vez finalizada la convivencia con su pareja.....	100
Gráfica 34. Variedad de agresiones vs Afectación emocional por estado de salud durante la convivencia con su pareja.....	100
Gráfica 35. Variedad de agresiones vs Afectación emocional por estado de salud una vez finalizada la convivencia con su pareja.....	100
Gráfica 36. Variedad de agresiones vs Impacto económico por estado de salud durante la convivencia con su pareja.....	101
Gráfica 37. Variedad de agresiones vs Impacto económico por estado de salud una vez finalizada la convivencia con su pareja.....	101
Gráfica 38. Variedad de agresiones vs Dificultad para realizar cosas para relajarse o disfrutar durante la convivencia con su pareja.....	102
Gráfica 39. Variedad de agresiones vs Dificultad para realizar cosas para relajarse o disfrutar una vez finalizada la convivencia con su pareja.....	102
Gráfica 40. Variedad de agresiones vs Limitación en los lugares a donde iba de compras durante la convivencia con su pareja.....	103
Gráfica 41. Variedad de agresiones vs Limitación en las actividades de recreación durante la convivencia con su pareja.....	103

*Mientras la humanidad siga recurriendo a la violencia para resolver los conflictos,
no habrá paz ni seguridad en el mundo, y nuestra salud seguirá resintiéndose.
Quizá sólo cuando nos demos cuenta de que la violencia está destruyendo
nuestros cuerpos y nuestras almas comenzaremos a hacer frente
colectivamente a sus raíces y a sus consecuencias”*

Óscar Arias, ex Presidente de Costa Rica y
Premio Nobel de la Paz en 1987

INTRODUCCIÓN

La violencia familiar es un fenómeno social que ha sido legitimado por décadas. A pesar de su extensión y gravedad, no se le ha dado la importancia que merece, en gran parte porque hasta hace muy poco el espacio de lo familiar había sido reconocido como un espacio que pertenece a la intimidad, y los comportamientos violentos se han llegado a legitimar como herramientas útiles para educar, mantener el control o como mecanismo válido para resolver los conflictos. Gran parte de la violencia presente en Colombia se vislumbra como violencia familiar. Para el año 2011, la violencia de pareja representó el 74% del total de agresiones al interior de la familia, presentándose a nivel nacional 48.768 denuncias de violencia contra las mujeres, calculándose que por esta causa se perdieron 105.069 años de vida saludable (AVISA). En el análisis por género, ciclo vital, escolaridad y temporalidad de la violencia de pareja, el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF), hace referencia a un total de 21.018 dictámenes por parte de víctimas de violencia de pareja en Colombia. Con respecto a la ciudad de Santiago de Cali, el Observatorio de Violencia Familiar (OVF) en el boletín publicado para el primer semestre del año 2011, reportó 2.282 denuncias de mujeres de todas las edades. Por otro lado, el Sistema Municipal de Hogares de Paso de Cali, reportó un total de 55 mujeres atendidas en el Hogar de Acogida del municipio en lo que va recorrido del año 2012. 1

La violencia familiar (VF), junto con otros tipos de violencia, ha sido considerada mundialmente como un problema de salud pública. La violencia, sin ser una enfermedad, guarda relación con el deterioro de la salud más allá de las lesiones que provoca, además de tener relevancia dentro de la morbilidad; es así como la VF no sólo se convierte en una problemática social, sino en un problema de salud, que afecta principalmente a mujeres en edad fértil, al ser considerado como un fenómeno social complejo y generador de secuelas en los estados de salud de las víctimas. Los actos violentos contra la mujer crean a lo largo de su ocurrencia, problemas en la salud mental y física. Numerosos estudios refieren que las mujeres que en algún momento sufrieron situaciones de abuso corren un mayor riesgo de desarrollar problemas en su vida, por lo cual Pérez Robledo (2004) ha planteado que “el ser víctima de violencia es un factor de riesgo por una variedad de resultados perjudiciales para la salud”, que incluye no sólo las lesiones físicas inmediatas y la angustia mental, sino la contribución a presentar mala salud en el futuro. 2

A partir de la realidad planteada, nace la necesidad de describir la situación de salud y discapacidad, así como las secuelas físicas y emocionales que presentan las mujeres víctimas de violencia familiar. Para tal fin, se diseña y ejecuta esta investigación, con la cual se pretende no sólo describir las características de esta población, sino también describir su salud en términos de calidad de vida y

discapacidad, vista desde lo estructural, lo funcional y su limitación tanto a nivel de actividades como restricción de la participación.

La investigación ha sido desarrollada a partir de dos componentes: un componente cuantitativo, a través de una metodología transversal analítica, cuya información fue recolectada por medio de un cuestionario compilatorio de cuatro instrumentos, y un componente cualitativo a través de entrevistas individuales a profundidad con el objetivo de complementar la lectura cuantitativa. Con la aplicación del cuestionario compilatorio se describieron las características socio-demográficas, situación de violencia, calidad de vida relacionada con salud y situación de discapacidad en un grupo de mujeres víctimas pertenecientes a una institución de atención y prevención de la VF del Municipio de Santiago de Cali, durante septiembre de 2011 y mayo de 2012. Por su parte, las entrevistas cualitativas permitieron describir la percepción de salud y discapacidad en relación con la violencia, sin dar explicaciones causales.

Además de presentar un marco teórico y un modelo teórico que sustente o fundamente la investigación, se presentan los objetivos que dan cuenta del interés de la misma y el apartado del diseño metodológico en el que se incluyen tipo de estudio, población y muestra, variables e instrumentos empleados y sus respectivos ajustes. De igual manera, se presentan los aspectos éticos que rigen la investigación, los resultados obtenidos de los sujetos de estudio, el análisis de dicha información a través de pruebas estadísticas paramétricas y pruebas no paramétricas para las variables cuantitativas, así como el empleo de la técnica de triangulación de la información y depuración empírica y conceptual de categorías de análisis para el componente cualitativo. Finalmente, se plantea la discusión conforme a los hallazgos obtenidos y se genera, de igual manera, conclusiones y recomendaciones para futuras investigaciones.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

La violencia familiar (VF), junto con otros tipos de violencia, ha sido considerada mundialmente como un problema de salud pública de creciente eventualidad y poca denuncia, que afecta principalmente a mujeres en edad fértil e implica grandes repercusiones en los sistemas sanitarios y financieros de las naciones. Dentro del Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud (OMS 2002), se señalan dos puntos clave en la comprensión de la magnitud de esta problemática: primero, la violencia familiar es un problema de salud pública y, segundo, además de las muertes, millones de personas resultan heridas a consecuencia de la violencia y sufren discapacidades y/o problemas físicos, sexuales, reproductivos y mentales. Este reconocimiento evidencia además, que la violencia contra las mujeres en sus diversas formas, tanto en el entorno doméstico como en el público, es endémica en comunidades y países de todo el mundo, sin distinción de clase, raza, edad o religión, lo que supone una problemática que incluye grandes grupos y comunidades de mujeres en situación de vulnerabilidad y posiblemente afectadas en diferentes aspectos de su salud, hecho que también ha impulsado numerosas iniciativas judiciales y legales entorno a la violencia de familia y a la cometida específicamente contra la mujer. 3

Precisamente en Colombia, a partir de 1996 comienza más de una década de trayectoria legislativa, hasta la promulgación de una de las leyes más importantes en materia de violencia contra la mujer: la Ley 1257 de 2008, la cual parte desde los derechos de las víctimas y el ejercicio de los mismos, e introduce nuevas medidas de carácter penal con el fin de garantizar a todas las mujeres 'una vida libre de violencia'. Para ello, se hace necesario el planteamiento de estrategias en la agenda de los diferentes sectores sociales orientados al abordaje de esta problemática, los valores tradicionales asociados a ésta y la garantía en la atención integral a las víctimas, impulsando acciones para prevenir y mitigar los efectos en salud. 4

Es así como, para comprender, evaluar y tomar decisiones en torno al tema, se hace necesario contextualizar y caracterizar, generar un registro y documentación que permita describir la situación de salud en términos de calidad de vida y discapacidad en mujeres víctimas de VF, constituyéndose esta problemática en un fenómeno sociocultural, "atravesado por relaciones de poder y desigualdad entre los géneros", que afecta los estados de salud de las comunidades. 5

El interés por los estudios sobre la violencia se ha incrementado en los últimos años; dicho interés se ha generado a partir del reconocimiento de ésta como un problema social y de las consecuencias cada vez más importantes que la violencia tiene sobre los estados de salud de las poblaciones, así como su efecto perjudicial en los recursos sanitarios para los países y las comunidades. Es así como a nivel nacional y mundial, la literatura da cuenta de la información, la

documentación normativa y los avances en materia de documentación académica donde se incluyen investigaciones en torno a la violencia familiar contra la mujer, sus causas, consecuencias, datos epidemiológicos, percepciones sociales y distintos factores que permiten una mirada amplia sobre dicha problemática. De igual manera, se evidencia un reconocimiento de la VF como factor causal de lesiones, secuelas y discapacidad “parcial o permanente”, tanto físicas como psicológicas. A pesar del consenso en resaltar la VF contra la mujer como un problema que conlleva o desencadena en lesiones, deficiencias, limitaciones y/o restricciones, se encuentran limitados reportes que describan la condición de discapacidad de dicha población desde la mirada de una profesión comprometida con la comunidad y su transformación social, y en cuyo fundamento la rehabilitación humana tiene un gran peso, como lo es en el caso de la Fisioterapia.

Cabe señalar que la descripción de este fenómeno presenta una serie de dificultades debido a su propia complejidad, como son el hecho de que el tema se considere privado y genere incomodidad al extenderse e indagar “lugares que antes fueron considerados dominios de lo personal como la pareja, la sexualidad, el lenguaje, la ideología, las costumbres, la comunicación y la cultura”, sumado a sentimientos de negación, vergüenza y culpa, entre otros obstáculos simbólicos y culturales. 5. Por otro lado, muchas mujeres no son conscientes de la agresión que sufren, lo que genera dificultad para detectar estos casos, excepto por situaciones en las cuales las lesiones son evidentes. Muy probablemente dicha situación ha llevado al limitado número de casos de estudios reportados. Es así como, una de las principales dificultades para el abordaje de la población víctima de violencia familiar, ha sido establecer evidencia local que dé cuenta de las mujeres víctimas de VF en el contexto de la población caleña desde una mirada fisioterapéutica, a través de características específicas no sólo de la población, sino de la salud en términos de calidad de vida y situación de discapacidad, con el fin de participar en la ampliación del tema y en la orientación de acciones en pro de aminorar sus consecuencias.

Ante la situación ya descrita, se hace necesario un esfuerzo por presentar una panorámica informativa sobre la situación de salud en dicha población. Se requiere la contribución de líneas de investigación interdisciplinarias que profundicen sobre los factores de riesgo y la situación de discapacidad y calidad de vida, de un grupo de mujeres víctimas de VF en la ciudad de Cali.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la situación de violencia familiar (VF) y su relación con la salud, en términos de calidad de vida y discapacidad, en un grupo de mujeres pertenecientes a una institución de atención y prevención de la VF del municipio de Santiago de Cali?

JUSTIFICACIÓN

Gran parte de la violencia presente en Colombia se vislumbra como violencia familiar. Según el Informe del Observatorio de Violencia Familiar de Cali del año 2010, en todos los rangos de edad, el maltrato hacia la mujer es más frecuente con un 67.4%, en relación al 32.6% de los hombres. Hasta los 14 años de edad los hombres reportan mayor violencia familiar o igualan las cifras de mujeres maltratadas; a partir de esa edad la relación se invierte o se incrementan los casos de violencia familiar contra la mujer.¹

Dentro del Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud (OMS 2002), se señalan dos puntos clave en la comprensión de la magnitud de esta problemática: primero, “La violencia familiar es considerada junto con otros tipos de violencia como un problema de salud pública, y segundo, además de las muertes, millones de personas resultan heridas a consecuencia de la violencia, y sufren discapacidades y/o problemas físicos, sexuales, reproductivos y mentales”. Por esta misma razón los actos violentos contra la mujer, que en su mayoría ocurren en la privacidad domiciliaria, crean a lo largo de su ocurrencia y cronicidad problemas en la salud mental y física.³

Tal como se evidencia, la agresión y el maltrato familiar hacia la mujer son generadores de estancamiento en el desarrollo de una sociedad, debido a sus altos costos a nivel de servicios sanitarios y a las secuelas incapacitantes que este tipo de agresión conlleva. Sumado a esto, a pesar de las respuestas planteadas para la solución de esta problemática a través de la normatividad, sus consecuencias son grandes y las desigualdades, a razón del género, siguen visibles. En Colombia sólo hasta hace menos de cinco años existe la *Ley de Violencia contra las Mujeres* (1257/2008), sin embargo, países Europeos que llevan la ventaja en este tipo de legislación, tienen cifras igual de alarmantes, tal como lo indica *El Observatorio de Violencia del Lobby Europeo de Mujeres*, al declarar que ninguna clase cultural o geográfica está libre de este fenómeno.⁶

Ante una problemática social como ésta, de tan alta complejidad a razón de su multicausalidad, con el panorama real de violencia familiar a nivel municipal y local, además de las graves consecuencias que trae para el desarrollo social del país y para el estado de salud de las comunidades que la padecen a nivel mundial, se hace pues necesaria la pronta intervención de manera que se generen nuevas estrategias de atención a partir de los sectores e instituciones responsables, así como de los campos de acción de cada profesión. Es de importancia entonces, la suma y coordinación de los esfuerzos de todos los involucrados sociales en el planteamiento y ejecución de investigaciones que favorezcan y promuevan nuevos conocimientos en beneficio de la salud pública de la comunidad caleña. Para ello es fundamental dimensionar la violencia familiar, no sólo con la identificación y caracterización de la población víctima, sino también

de la discapacidad y la percepción de calidad de vida generada por dicha violencia.

Con esta investigación se busca describir la situación de salud, en términos de calidad de vida y discapacidad en mujeres víctimas de violencia familiar, contribuir al acercamiento y conocimiento de dicha realidad y consolidar una base para futuras iniciativas regionales de intervención dadas por parte de los diferentes organismos institucionales y gubernamentales con el fin de prevenir y mitigar los efectos de esta problemática a través de la identificación de las variables que pueden ser más susceptibles al cambio. La OMS ha recalcado “la importancia de disponer de datos fidedignos sobre la violencia, no sólo para planificar y vigilar, sino también para sensibilizar a la población” 3. La información es indispensable, “pues sin ella poca presión puede ejercerse para que las personas que la sufren y los funcionarios que la atienden reconozcan el problema y/o reaccionen ante él” 7. Se espera con esta investigación dar orientación en la comprensión y toma de decisiones para la evaluación y desarrollo de estrategias por parte de quienes tienen responsabilidad en el tema, beneficiar tanto a la población víctima, como a los servicios sanitarios y contribuir de esta manera a la disminución de los costos para el país, equivalentes al 3.93% del PIB, según estudios de la Universidad de los Andes. 8

Por último, se pretende contribuir a ampliar un campo de investigación y exploración con lo cual, desde la mirada de Fisioterapia, se aporte a la comprensión del problema desde una perspectiva más integral. Fisioterapia es capaz de integrar junto con otras disciplinas sus acciones para el abordaje de este fenómeno de violencia, al ser una problemática causal, entre otros aspectos, de deficiencias y limitaciones dentro del movimiento corporal humano, considerado éste como sinónimo de vida y salud, herramienta de interacción con el medio y mecanismo para alcanzar el bienestar del hombre. Por otro lado, en el marco del movimiento corporal, la violencia es en sí misma una utilización reprochable y no adecuada de dicho movimiento humano, que atenta contra el cuerpo y la mente de otro ser. Es importante identificar dentro de esta problemática, los factores que modifican el Movimiento Corporal Humano y la relación con los estados de salud y la discapacidad, conceptos de interés en los asuntos concernientes al campo de acción de la Fisioterapia y a sus estrategias de intervención.

MARCO TEÓRICO

3.1 VIOLENCIA: GENERALIDADES Y REFERENTES TEÓRICOS

3.1.1. CONCEPTO DE VIOLENCIA

El concepto de Violencia se ha convertido en una apreciación difusa y compleja, al no tener exactitud científica y al sustentarse muchas veces en definiciones subjetivas. La noción de los comportamientos considerados violentos o no, está influenciada enormemente por la cultura, los valores y el dinámico imaginario colectivo. Según el Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud, ésta es entendida como “el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones” 3. Es así como, a nivel mundial, se determina la violencia como un acto de fuerza o poder desencadenante de secuelas físicas, reproductivas, psicológicas y sociales.

Colombia ha sido descrita como uno de los países más violentos del mundo, el cual ha experimentado una creciente violencia, militarización y violación de los derechos humanos. “La construcción cultural de las identidades se ha caracterizado por amplias expresiones políticas y sociales de violencia” 9, convirtiéndose en una conducta de aprendizaje y repetición que termina por transformarse en hábito e incluso en una forma de vida, que hace de ésta un ciclo vicioso de nunca acabar, a la vez que reconoce la “violencia como un problema importante de Salud Pública y de Derechos Humanos”, según resolución aprobada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en 1993. 10

En el Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud, ésta ha sido clasificada en tres grandes categorías según el autor del acto violento, en este caso se estaría hablando de:

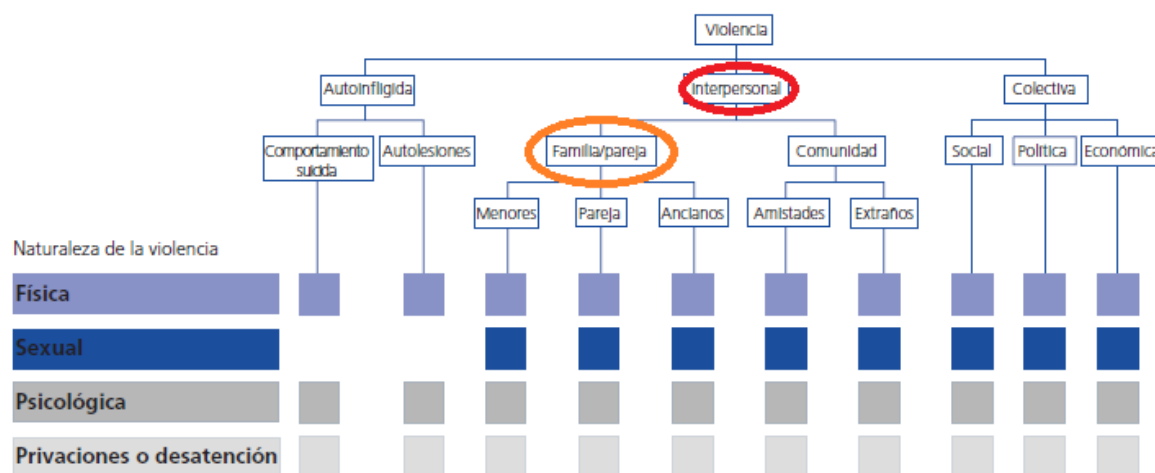
- Violencia dirigida contra uno mismo.
- Violencia interpersonal
- Violencia colectiva.

La violencia interpersonal se divide en dos subcategorías:

- Violencia familiar o de pareja.
- Violencia comunitaria

Figura No. 1: Clasificación de la violencia – Organización Panamericana de la salud

Clasificación de la violencia



Modificado de: OPS. Informe mundial sobre la violencia y la salud, 2002 (11)

3.1.2. VIOLENCIA CONTRA LA MUJER DESDE EL ÁMBITO FAMILIAR

La violencia familiar es el abuso de uno de los miembros de la familia contra otros, que abarca formas de agresión como el maltrato de los niños, la violencia contra la pareja y el maltrato de los adultos mayores, actos que pueden ser físicos, psicológicos, sexuales, privaciones o abandono, que involucra desde los castigos, gritos, insultos, golpes, malos tratos, hasta la violación y muerte de alguno de los miembros de la familia.

La familia como órgano a escala de la “cultura, valores, creencias, pautas de comportamiento y estilos de relación, se convierte en el espacio primario en que se expresarían relaciones desiguales entre los géneros”.¹²

“Una de las manifestaciones extremas de las relaciones de poder en el ámbito familiar es el ejercicio de la violencia”¹³, siendo las mujeres quienes sufren en mayor medida violencia sexual, física y psicológica en el hogar. Para Zapata y col (2012) los episodios de maltrato hacia la mujer se relaciona con la esquematización de los roles y funciones sexuales, al propiciar situaciones de abuso de poder y vulnerabilidad.¹²

Este tipo de violencia tiene importantes características desde la dimensión conceptual de género. Una de ellas parte del hecho que la violencia es primordialmente ejercida por hombres hacia la mujer. Es así como, esta manifestación sexista de la violencia puede ocurrir en los espacios públicos o privados (familia), haciendo salvedad en que éste último, orientará la selección de la muestra de la presente investigación.

Algunos autores han definido la violencia contra la mujer como un fenómeno social que ha sido legitimado por décadas. “Además de las agresiones físicas, como los golpes o las patadas, este tipo de violencia comprende las relaciones sexuales forzadas y otras formas de coacción sexual, los malos tratos psíquicos, como la intimidación o la humillación, y los comportamientos controladores, como aislar a una persona de su familia y amigos o restringir su acceso a la información y la asistencia”³. Otros destacan además esta realidad como una “construcción social asociada a unas maneras de amar culturalmente establecidas, y que en el caso de la cultura patriarcal están basadas en la posesión y el dominio”¹⁴.

La mayoría de los actos de violencia física siguen un patrón continuo. Mujeres que han sido maltratadas, habían sido víctimas de maltratos físicos en manos de sus parejas más de una vez, y con frecuencia, según el estudio realizado por González Salas y colaboradora; actos que pueden ser clasificados según la gravedad de la violencia física en función de las probabilidades de causar lesiones: “La bofetada y el empujón se definieron como violencia moderada y, el ser golpeada con el pie, arrastrada o amenazada con un arma, o la utilización de un arma contra la mujer, se definió como violencia grave” ¹⁵. Muchas de las víctimas se ven envueltas en una situación de no defensa, baja autoestima y no salida, hasta el momento en el que recibe una agresión física tan fuerte que es necesaria la ayuda externa, generándose efectos devastadores para su salud, bienestar físico y mental, según datos arrojados por Romero y colaborador.

En Octubre del año 2002 la Organización Mundial de la Salud publicó el Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud, en el que señala que “las muertes y discapacidades causadas por la violencia, convierten a ésta en uno de los principales problemas de salud pública de nuestro tiempo y en todo el mundo”. Este informe señala que cada año, más de 1,6 millones de personas, en todo el mundo, pierden la vida violentamente, sin embargo, aparte de las muertes, millones de personas resultan heridas a consecuencia de la violencia y sufren discapacidades y/o problemas físicos, sexuales, reproductivos y mentales. ³

Por su parte, el informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, señala además, que la violencia familiar como una de las formas de violencia contra la mujer, infunde miedo e inseguridad en la vida de las víctimas e impiden lograr la igualdad, el desarrollo y la paz de los pueblos y naciones: “El miedo a la violencia, incluido el hostigamiento, es un obstáculo constante para la movilidad de la mujer, de su acceso a actividades y recursos básicos.” Además de los costos sociales, sanitarios y económicos elevados para la persona afectada y para la sociedad. ¹⁶

A nivel nacional, de acuerdo con las estadísticas entregadas por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, a diciembre de 2010 se reportó un total de 77.545 casos de violencia familiar de todo tipo. Las mujeres son las principales víctimas: del total de casos reportados durante ese año, 60. 655 fueron mujeres. Datos a nivel local por parte del Observatorio de Violencia Familiar y

Sexual de la Secretaría de Bienestar Social de Cali, evidencian que en el 2010, 6.207 mujeres estuvieron relacionadas con violencia familiar, mientras que otras 651 fueron violentadas sexualmente. 17

3.1.3. MARCO LEGAL

Debido al aumento mundial de los actos violentos hacia las personas de todas las edades y ambos géneros, pero especialmente MUJERES y niños, (problemática evidenciada en la 49ª Asamblea Mundial de la Salud que tuvo como tema central la Prevención de la violencia: una prioridad de salud pública), se hace un llamado en la Declaración de la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social para que se apliquen políticas, programas específicos de salud pública y servicios sociales encaminados a la prevención y mitigación de los efectos de la violencia en las sociedades. En adelante se continuaron las iniciativas por parte de los diferentes organismos donde se enfatizaba la necesidad de establecer estrategias para el abordaje de este fenómeno considerado como un problema de salud pública:

- Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo, 1994) y Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995).
- Declaración de las Naciones Unidas sobre la eliminación de la violencia contra la mujer.
- Llamado por parte de la comunidad científica en la Declaración de Melbourne adoptada en la Tercera Conferencia Internacional sobre la Lucha contra los Traumatismos (1996).

Es así como, al reconocer las consecuencias cada vez más importantes de la violencia en los estados de salud de las poblaciones y su efecto perjudicial en los escasos recursos sanitarios, la OMS en 1996 declara que la violencia es un problema importante de salud pública en todo el mundo. 1.

De igual manera, la Organización Mundial de la Salud en su Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud (OMS 2002), señala que en los 10 últimos años, 24 países de América Latina y el Caribe han promulgado leyes específicas sobre la violencia doméstica. 18

En Colombia, “Los cambios legislativos sólo empiezan a tener lugar a partir de la Constitución de 1991, en que se consagró el derecho a la igualdad y la prohibición de la discriminación contra la mujer”¹⁹. En 1996 se dictan normas para prevenir, remediar, sancionar la violencia familiar y garantizar a las víctimas una oportuna y eficaz protección por medio de la Ley 294 (1996). 20

Dentro de los avances legislativos de mayor importancia en el país, se promulgó la Ley 1257 de 2008, en la que se propone la desnaturalización de las violencias contra las mujeres en ámbitos como la familia, la escuela, el trabajo y los medios de comunicación y enmarca toda forma de violencia contra las mujeres como una violación a sus derechos humanos. Sin embargo, esta ley también está dirigida a beneficiar a las personas, las familias y la sociedad colombiana “a través del favorecimiento de relaciones pacíficas, solidarias, respetuosas e igualitarias entre las personas, aunque muchas de sus medidas benefician principalmente a las mujeres en tanto apuntan a atender una problemática específica: las violencias contra ellas por el hecho de ser mujeres.” 21

La Ley 1257 es, además, una propuesta en la que se habla no solo de la mitad de la población de mujeres en Colombia que hacen parte de la problemática, sino de una gran diversidad, en la cual *Mujer* incluye niñas, ancianas, campesinas, indígenas, afrocolombianas, ROM, lesbianas, mujeres en condiciones de desplazamiento, de discapacidad, de privación de libertad, mujeres que no han tenido acceso a educación o cualquier otra circunstancia que las sitúe en un mayor riesgo frente a las violencias, paso que se considera importante en la generación de nuevas iniciativas que incorporen la heterogeneidad de este grupo poblacional y así mismo se avance en intervenir la problemática. 4

Otros de los aspectos incluidos en la ley es la definición de los daños contra las mujeres: psicológicos, físicos, sexuales y patrimoniales, además de incluir la violencia económica como otro tipo de agresión manifestada en acciones u omisiones orientadas al abuso económico, el control abusivo de las finanzas, recompensas o castigos monetarios a las mujeres por razón de su condición social, económica o política, forma de violencia que puede consolidarse en las relaciones de pareja, familiares, en las laborales o en las económicas. 21

En la ley se establecen otras instancias como los derechos de la mujer en general, las garantías y derechos de la mujer que es víctima de cualquier forma de violencia, el deber a la restitución de sus derechos, la atención integral a través de servicios con cobertura suficiente, accesibles y de calidad (servicios de salud, judiciales, medidas de protección, etc.), medidas de prevención y sensibilización, así como las obligaciones de la sociedad como participante activo en la denuncia de las violaciones contra la mujer y la formulación de políticas públicas en respuesta a la problemática, reafirmando el carácter no querellable de la violencia familiar y, por el contrario, dándole el carácter de interés y responsabilidad pública, el cual había sido establecido en el año 2007 por la denominada “Ley de Convivencia y Seguridad Ciudadana”, con la cual dejó de ser un delito “desistible”, “conciliable” y “excarcelable”. 21

Actualmente se habla de la Ley 1453 de 2011, en la que se modifican algunas instancias del Código de Procedimiento Penal y, al parecer, nuevamente se establece la violencia familiar como un delito querellable, lo que impide a la

sociedad civil y al ciudadano en general, interponer una denuncia sobre violencia hacia una mujer. Sin embargo, a mitad de 2012 se promulgó la ley 1542 que tiene por objeto “garantizar la protección y diligencia de las autoridades en la investigación de los presuntos delitos de violencia contra la mujer y eliminar el carácter de querrelables y desistibles de los delitos de violencia intrafamiliar e inasistencia alimentaria, tipificados en los artículos 229 y 233 del Código Penal.”²²

El marco legal de Colombia establecido para dar respuesta al problema de la violencia contra la mujer, ha tenido larga trayectoria, en la cual, se ha modificado, incorporado y ampliado los conceptos y medidas contempladas en la normatividad, no obstante la problemática sigue vigente y así mismo la creación de nuevas legislaciones que puedan responder de forma acertada.

3.1.4. CAUSAS Y FACTORES ASOCIADOS A LA VIOLENCIA FAMILIAR CONTRA LA MUJER

El Informe mundial sobre la violencia y la salud recurre a un «modelo ecológico» para intentar comprender la complejidad de la violencia; “en éste se incluyen cuatro niveles para el análisis de esta problemática relacionado con el individuo, con las relaciones, con la comunidad y por último con la sociedad, dando un marco en el cual se pueda distinguir entre los diferentes factores y la interacción que existe entre ellos”³. Asimismo, este modelo da respuesta a las consecuencias de la violencia familiar desde diferentes esferas individuales y colectivas, perspectiva que será explicada y analizada en otros apartados.

Según los estudios llevados a cabo por el Centro de Investigaciones Innocenti de UNICEF, mencionan la vinculación de varios factores complejos de carácter social y cultural, que han mantenido a las mujeres en una particular vulnerabilidad frente a la violencia dirigida contra ellas, constituyéndose esto en una manifestación que históricamente se ha mantenido en una relación desequilibrada entre la mujer y el hombre, otorgándole el poder y dominancia a este último.

Dentro de los factores que influyen en estas relaciones desiguales de poder se encuentran: los mecanismos socioeconómicos, la dinámica y constitución de la familia, donde se desarrollan este tipo de relaciones, el concepto de propiedad que tiene el hombre hacia la mujer y la sexualidad femenina y la creencia o las ideologías respecto a la superioridad innata del varón: “La violencia contra la mujer es uno de los mecanismos sociales fundamentales mediante los que se coloca a la mujer en una posición de subordinación frente al hombre.” ²³

De la misma manera, un estudio exploratorio realizado por la Fundación para la orientación familiar FUNOF, acerca de la percepción que tienen los agentes

comunitarios e institucionales de Cali sobre la violencia familiar, determina que dentro de la violencia conyugal, el hombre es quien se percibe como el que ejerce la dominancia, el poder, y el papel de victimario. Este “modelo patriarcal legitima el poder y la dominación al hombre y la subordinación para la mujer, minimizando la gravedad del asunto y considerándola una conducta natural y normal en la relación conyugal”. 15

Por otro lado, los adultos apoyan y aceptan los abusos a los que se someten los menores, ante la necesidad de corregir las conductas inapropiadas, legitimando también las agresiones como un sistema de castigo ejemplar y normal dentro del ámbito de lo privado y concerniente a la dinámica de cada familia, sin embargo, este tipo de violencia se comporta como un círculo vicioso que genera en los niños que han sido víctimas, o testigos de tales modelos de conducta, la probabilidad de ser futuros victimarios.

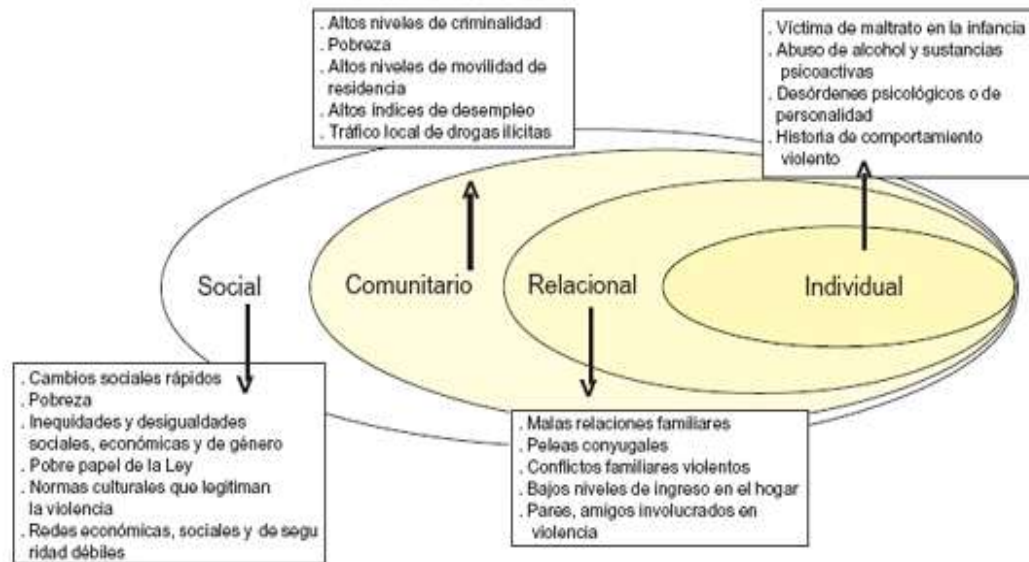
El Centro de Investigaciones Innocenti, también informa que “la carencia de recursos económicos es la base en que se asienta la vulnerabilidad de las mujeres frente a la violencia y las dificultades en que ellas se encuentran para poder librarse de una relación violenta”, por lo cual la mujer se halla sin la capacidad de independencia económica, con menores posibilidades de escapar de los abusos sufridos dentro de esta violenta relación, obligándola a aceptar tareas mal pagadas dentro de su hogar, sitio de explotación y maltratos para ella. También destaca que la ausencia de las acciones de protección legal y el ingreso a las dinámicas familiares dentro de este marco de lo inviolable y privado que es el hogar, ha sido durante mucho tiempo un factor determinante en la supervivencia de la violencia contra las mujeres, sin embargo, cada vez más se difunde la idea de que los Estados son los responsables de la protección de los derechos de la mujer, incluso en el ámbito “íntimo” del hogar. 24

3.1.5. MARCO DE REFERENCIA

Alrededor del mundo se ha documentado la violencia domestica contra la mujer como un serio problema de salud pública; investigadores, organizaciones y responsables políticos han considerado esta problemática como un determinante negativo que afecta los estados de salud de la mujer.

Para la presente investigación, el modelo teórico que sustenta y permite la comprensión de dicho fenómeno es el propuesto por la OMS en el año 2002, denominado: *Modelo Ecológico para el análisis de la violencia*.

Figura No. 2: Modelo Ecológico propuesto por la OMS – 2002



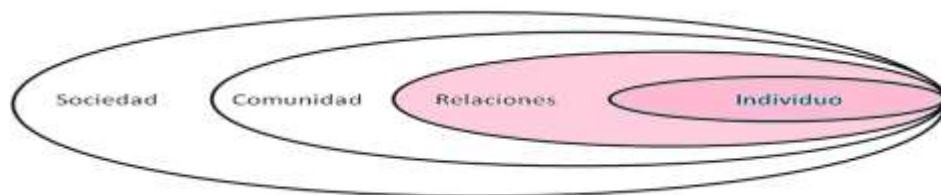
Gráfica 1. Modelo ecológico para análisis de la violencia propuesto por la OMS, 2002

Tomado de: World report on violence and health. Geneva: WHO; 2002.

El postulado base del Modelo Ecológico se enfatiza en la influencia que ejercen los ambientes naturales sobre la conducta humana, y cuya premisa lleva a considerar “el desarrollo humano como una progresiva acomodación entre un ser humano activo y sus entornos inmediatos”. El Modelo Ecológico permite analizar los factores que influyen en el comportamiento (o que aumentan el riesgo de cometer o padecer actos violentos), clasificándolos en cuatro niveles: individual, relacional, comunitario y social. 25

Por la complejidad y extensión de esta realidad social, la aplicación del modelo teórico para la comprensión de la violencia contra la mujer, en esta investigación, tiene un alcance a *nivel Individual y Relacional*, tal como se presenta en la Figura No. 3. Es así como, el primer nivel delimita los factores biológicos, demográficos y de la historia personal que influyen en el comportamiento de los individuos, e incrementan el riesgo de ser víctima de actos violentos, así como sus respectivas consecuencias. Algunos aspectos de la investigación se centran en el segundo nivel relacional, determinado por los lazos e interacciones más cercanas, como las mantenidas con la familia, amigos, pares y compañeros. De esta manera, se investiga cómo aumentan dichos vínculos el riesgo de ser víctima y cómo la problemática afecta diferentes ámbitos de la persona. “Los conflictos conyugales o la discordia en la pareja son el signo más común de violencia; así mismo, los miembros de la familia y otras personas cercanas pueden influir en el comportamiento de la persona y en sus vivencias”. 26

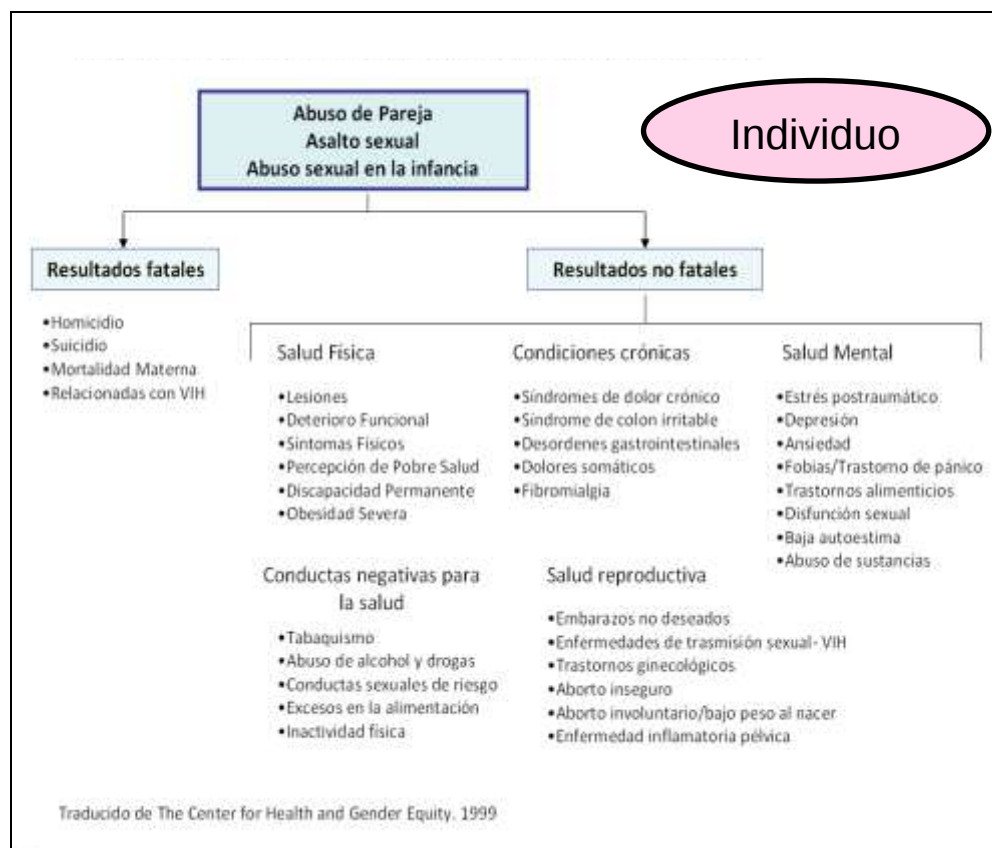
Figura No. 3: Niveles del Modelo Ecológico tomados para la investigación



Modelo ecológico para análisis de la violencia propuesto por la OMS, 2002
Modificado de: world report on violence and health, Geneva WHO (25)

Para abordar el nivel individual, se complementa el marco de referencia con el Esquema Teórico Ending Violence Against the Women, publicado por el Centro para la Salud y Género CHANGE (The Center for Health and Gender Equity), en colaboración con la Universidad The Johns Hopkins School of Public Health, diseñado para proporcionar información precisa de las consecuencias que la violencia doméstica tiene en la salud de la mujer víctima, clasificándolas en resultados fatales y resultados no fatales, tal como se presentan en la figura No. 4:

Figura No. 4: Esquema Ending Violence Against Women



Traducido y modificado de: Heise L. Ellsberg M. Gottemoeller M. Ending Violence Against Women. Johns Hopkins University School of Public Health, 1999 (27)

Este esquema relaciona la violencia contra la mujer con graves problemas de salud, tanto inmediatos como a largo plazo, en los que se incluyen consecuencias en la salud física como lesiones, síndromes de dolor crónico, discapacidad permanente, trastornos gastrointestinales, sumado a una amplia gama de problemas en la salud mental, que incluyen la ansiedad y la depresión. Por otro lado, los autores evidencian la violencia como un agente causal de quebrantos en la salud mediante el aumento de una variedad de comportamientos negativos, como el tabaco, el alcohol y el abuso de drogas.

Es así como, los principales efectos son aquellos relacionados con la salud de las personas víctimas de este fenómeno y las secuelas que el maltrato y la violencia dejan a nivel físico y mental, tales como (OMS):

Efectos en la salud física

- Heridas (desde laceraciones hasta fracturas y daño de los órganos internos)
- Embarazo no deseado
- Problemas ginecológicos
- Enfermedades de transmisión sexual, con inclusión del VIH/SIDA
- Aborto espontáneo
- Trastornos inflamatorios de la pelvis
- Dolor crónico de la pelvis
- Jaqueca
- Invalidez permanente
- Asma
- Síndrome de irritación intestinal
- Comportamientos autodestructivos (tabaquismo, sexo sin protección)

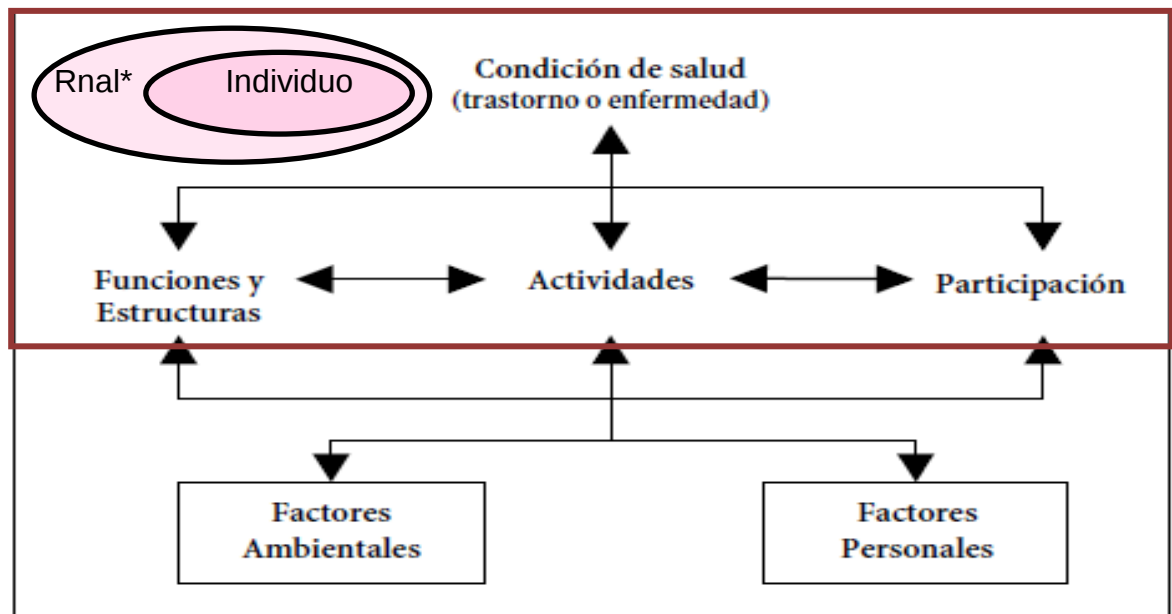
Efectos sobre la salud mental:

- Depresión
- Miedo
- Ansiedad
- Escasa autoestima
- Disfunciones sexuales
- Trastornos de la alimentación
- Desórdenes de índole obsesiva-compulsiva
- Neurosis postraumática

De igual manera, para abordar al nivel Relacional, se complementa la descripción a partir de los términos de la CIF relacionados con deficiencias funcionales, limitaciones en las actividades y restricciones en la participación. La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud CIF, describe el funcionamiento y la discapacidad asociados con las condiciones de salud y los

estados relacionados con la salud, desde una perspectiva corporal/individual, “mediante dos listados básicos: (1) Funciones y Estructuras corporales; (2) Actividades-Participación”, y desde una perspectiva ambiental o de contexto, enumerada como Factores Ambientales que interactúan con todos los “constructos” a nivel individual, facilitando el estudio de los determinantes o factores de riesgo. Sin embargo, precisamente por la extensión del tema, el estudio centra su atención en la perspectiva corporal/individual, tal como se evidencia en la figura No. 5:

Figura No. 5: Interacciones entre los componentes de la CIF



Modificado de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud CIF – OMS (28)
*Rnal = Nivel Relacional – Modelo Ecológico OMS

OTRAS CONSECUENCIAS:

Además de ser causa del sufrimiento humano al generar secuelas en la historia personal de las víctimas, la violencia supone una carga enorme en los costos sociales y económicos de las naciones. “Estudios patrocinados entre 1996 y 1997 por el Banco Interamericano de Desarrollo sobre las repercusiones económicas de la violencia familiar en seis países de América Latina, calcularon que los gastos en servicios de salud equivalían, por sí solos, al 1,9% del producto interno bruto en Brasil, al 4,3% en El Salvador, al 1,3% en México, al 1,5% en el Perú, al 0,3% en Venezuela y al 5,0% en Colombia”², “cerca de 10 billones de pesos”¹.

Dichas cifras fueron calculadas al incluir además de los costos directos de la atención médica y la justicia Penal, costos indirectos tales como:

- La provisión de los lugares que ofrecen la atención a esta población víctima de violencia.
- Disminución en la productividad a causa de las muertes prematuras, las lesiones, el absentismo, y las discapacidades de larga duración.
- El declive y deterioro en la calidad de vida y de la capacidad para cuidar de uno mismo o de los demás.
- El efecto en la vida cotidiana debido al temor por la seguridad personal.

En Colombia, los resultados de este estudio detectaron que la existencia de maltratos a menores o agresiones contra la mujer, trae como consecuencia ingresos laborales mensuales inferiores en cerca de 300 mil pesos y determina mayor probabilidad de desempleo para la mujer, con un 8% más alto de lo que sería si no existiera la violencia familiar en el hogar. Por su parte, el informe Mundial de Violencia y Salud indica que las víctimas de violencia doméstica o sexual, a lo largo de sus vidas, padecen más problemas de salud, situación causal de un significativo aumento en los costos de atención sanitaria e ingresos a los servicios hospitalarios de urgencias, a diferencia de los que no sufren maltratos, configurándose la VF como factor generador de estancamiento social.

EN CUANTO A LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON SALUD...

Según el Banco Iberoamericano de Desarrollo, dentro de los costos económicos y sociales que la violencia familiar tiene en los países de Latinoamérica, se encuentra “el declive y deterioro en la calidad de vida...”. Las mujeres que han sido víctimas de violencia familiar desarrollan una serie de condiciones de salud desfavorables como consecuencia de los maltratos sufridos. Tal como las describe la OMS, este gran número de secuelas son físicas, mentales y psicológicas, además de ciertas condiciones sociales que interactúan como factores y causas asociadas a esta problemática. 29

Dicho conjunto de condiciones y deterioros a nivel personal y social tienen relación con el concepto de Calidad de Vida relacionada con Salud, ya que algunos autores la definen como “la percepción subjetiva, influenciada por el estado de salud actual, de la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo” 30, actividades que pueden ser limitadas precisamente por los efectos negativos de la violencia. Otros conceptos integran, además, “la disminución de oportunidades a causa de la enfermedad, sus secuelas, el tratamiento y/o las políticas de salud”, hechos que en conjunto se asemejan, casi en su totalidad, con las condiciones generadas por este tipo de violencia contra la mujer debido a los

deterioros en la salud y a los cambios en la percepción de la misma a razón de los abusos y secuelas de éstos. 31

3.2 DISCAPACIDAD EN MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA FAMILIAR

La salud y la enfermedad, son procesos dinámicos e inherentes a la vida misma, que han sido conceptualizadas de diferentes maneras a lo largo de la historia.

La Organización Mundial de la Salud, en el año 1987, definió la salud como “el estado de bienestar físico, mental y social del individuo y de la colectividad y no sólo la ausencia de enfermedad”. Sin embargo, algunos autores coinciden en asegurar la ausencia de un estado de bienestar absoluto y la connotación de enfermedad como algo individual y aislado, noción influenciada por la interacción de factores internos y ambientales, que toma a su vez, una connotación colectiva en la cual la vida social adquiere un peso importante, al igual que condiciones como la equidad y la equiparación de oportunidades. “La definición de la OMS evita el tema de quién define qué es bienestar, salud y población, y presupone que salud es un concepto apolítico, conceptualizado científicamente, que se aplica a todos los grupos sociales y a todos los periodos históricos por igual”. Sin embargo, en la actualidad el concepto de salud y enfermedad dependen del contexto social y políticos que lo rodea, “no es sólo una cuestión científica, sino también social y política, entendiendo como tales las relaciones de poder dentro de la sociedad”.32

La salud, desde este punto de vista, está determinada por diferentes factores o determinantes (medioambientales, socioeconómicos, de comportamiento y de atención sanitaria), que generan un modelo caracterizado por una visión amplia de conceptos de riesgo y enfermedad.

Independiente de la condición de salud, lo primordial es la armonización del sujeto con su entorno o ambiente. En caso de no lograr dicha relación, la situación se torna desfavorable, lo que podría culminar en el desarrollo de una discapacidad.

La discapacidad visualizada desde la dimensión planteada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2001, es entendida como “un término genérico que incluye deficiencias en las funciones y estructuras corporales, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación social. Indica los aspectos negativos de la interacción entre un individuo con una condición de salud y sus factores contextuales”. 33

Todo individuo, por el simple hecho de ser persona, tiene necesidades concretas relacionadas con educación, recreación y tiempo libre, empleo o capacidad productiva, participación y disfrute del ámbito comunitario. El no poder suplir

dichas necesidad a causa de un estado particular de salud, en ausencia de factores u oportunidades, es causal de discapacidad.

En la actualidad, es erróneo pensar y ver la discapacidad como una característica del individuo o de su estado de salud; es un concepto y una situación que involucra no sólo la capacidad individual para realizar diferentes actividades, también la participación de la persona como un actor social, al adquirir una naturaleza externa, lo que refleja “una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive”. 33

“Las tendencias actuales señalan un aumento cada vez mayor de las enfermedades no transmisibles y por causas externas. Sin duda alguna, los conflictos armados, los accidentes de todo tipo, el uso y abuso de alcohol y drogas, y la violencia social son también causas de discapacidad” 34. Es así como, a lo largo de la historia, la discapacidad y su etiología han sido inherentes a enfermedades crónicas, dentro de las cuales los trastornos de la salud mental y la violencia, en cualquiera de sus formas, toma un papel primordial. “Las características de la discapacidad en un país concreto están influidas por las tendencias en los problemas de salud y en los factores ambientales y de otra índole, como los accidentes de tráfico, las catástrofes naturales, los conflictos, los hábitos alimentarios y el abuso de sustancias”. 33

Muchos autores concuerdan en calificar a la violencia, incluyendo aquella que se lleva a cabo en la “intimidad” familiar, como agente causal de deficiencias físicas y psicológicas, sumadas a una restricción de la participación. La exclusión tomada como un matiz de la discapacidad, se acopla con la violencia familiar contra la mujer, al ser ésta comprendida como la situación en la cual “una persona no puede gozar de sus derechos civiles, políticos o sociales por cualquier circunstancia, en comparación con los otros miembros de la comunidad” 35. De igual manera, en continuidad a la naturaleza relacional entre dichos términos, la obstaculización a la autonomía, la restricción al sentido de autoestima, acompañada de creencias y prejuicios, constituyen barreras para la educación, el empleo, la atención de salud y la participación social, realidades no ajenas a la discapacidad y a la violencia como tal.

Ante esta realidad, la violencia, en continuidad con el modelo planteado por la OPS, genera, en diferentes grados, deficiencias, limitaciones de la actividad, restricciones de la participación y peor calidad de vida, situación factible de ser traducida como discapacidad.

Una vez conceptualizada dicha realidad, es de vital importancia referenciar la discapacidad como una situación factible, en mayor medida, en poblaciones vulnerables, considerándose a las mujeres como los grupos o quintiles de mayor prevalencia. “Las visiones estereotipadas de la discapacidad insisten en los usuarios de silla de ruedas y en algunos otros grupos clásicos como las personas

ciegas o sordas” 35. Sin embargo, la experiencia de la discapacidad, entendida como una interacción negativa entre un individuo con una situación de salud concreta (factores personales) y su entorno (factores ambientales), es individual y variable.

La discapacidad debe tomarse como una situación basada en las conductas funcionales y en las necesidades de apoyo de las personas, y no tanto en sus diagnósticos clínicos. Es un concepto, fluido, continuo y cambiante, cuyas implicaciones responden a la manera como cada uno define su condición, desarrolla un “tejido” de apoyo y una conducta adaptativa, acompañada de los factores o entorno inmediato y mediato, en el que la persona y el ambiente pueden lograr o no armonizar.

Los actos violentos contra la mujer crean a lo largo de su ocurrencia problemas en la salud mental y física, tal como se evidencia en los referentes teóricos sustentados en el capítulo anterior. Es así como un importante porcentaje de mujeres buscan tratamiento médico urgente debido a lesiones causadas por el maltrato doméstico. Es un tema que no sólo concierne al país, es un fenómeno sin fronteras, de alcance internacional y de características multipresentes. “En la sociedad existen nociones de “exceso” de hombres que golpean o que apalean de una manera demasiado “enérgica”, produciendo daños físicos. Este “exceso” puede producir daños que van más allá de las atribuciones y funciones aceptadas”. 36

La violencia, sin ser una enfermedad, guarda relación con el deterioro de la salud más allá de las lesiones que provoca, además de tener relevancia dentro de la morbilidad; dicha situación lleva a pensar en la necesidad de un lugar prioritario como problema sanitario y de la construcción de un esquema en el que los problemas de salud no sean únicamente las enfermedades, se debe enfrentar una problemática que al ser social, representa finalmente un problema de salud pública. Numerosos estudios refieren que las mujeres que en algún momento sufrieron situaciones de abuso, corren un mayor riesgo de desarrollar problemas en su vida, por lo cual se ha planteado que “el ser víctima de violencia es un factor de riesgo por una variedad de resultados perjudiciales para la salud” 2, que incluye no sólo las lesiones físicas inmediatas y la angustia mental, sino la contribución a presentar mala salud en el futuro.

Entendiéndose maltrato físico como golpes contusos, fracturas y quemaduras de cigarrillo, “a la par de éstos también surgen los insultos y los gritos, a reserva de los daños psicológicos tardíos, como lo son el temor, la vergüenza, la depresión y algunos otros” 37. Siete de cada 13 mujeres violentadas sufren violencia física y el 100% de esta población reporta violencia emocional.

El abuso físico o violencia física puede consistir en “propinar golpes como bofetadas, patadas, chicotazos, o bien, lanzar sobre ellas palos, leños encendidos,

piedras o agua caliente”. De igual manera, el abuso psicológico puede “residir en insultos, regaños, amenazas de lastimar o abandonar e incluso amenazas de homicidio” 38, lo cual lleva al menoscabo de la seguridad, personalidad, capacidad física y mental.

Para autores como Teresa Fernández, al ser ésta una situación cíclica y creciente, “las víctimas van presentado una debilitación de sus defensas psicológicas, lo cual se traduce en un incremento de los problemas de salud (enfermedades psicosomáticas) y una marcada disminución en el rendimiento laboral (ausentismo, dificultades en la atención, etcétera)” 37, todo esto reflejado en limitaciones en cuanto a Actividades y Participación.

Con anterioridad se ha venido planteado la existencia de un “Síndrome de la mujer maltratada” (Ferreira, 1992), caracterizado por un conjunto de síntomas que coinciden con los efectos tipo “campo de concentración”, con trastornos emocionales (indefensión aprendida, terrores, angustias, miedos, apatía, depresión, cambios bruscos de humor, ideas y tentativas suicidas, deterioro de la personalidad y minusvaloración), psicosomáticos (entre el conjunto se encuentran las cefaleas, úlceras, trastornos del sueño, anemia, inapetencia, hipertensión) y déficit en el área interpersonal. Se señala que la violencia es “una causa de muerte e incapacidad entre las mujeres en edad reproductiva tan grave como todos los tipos de cáncer y una causa de mala salud mayor que los accidentes de tránsito y la malaria combinadas” 2.

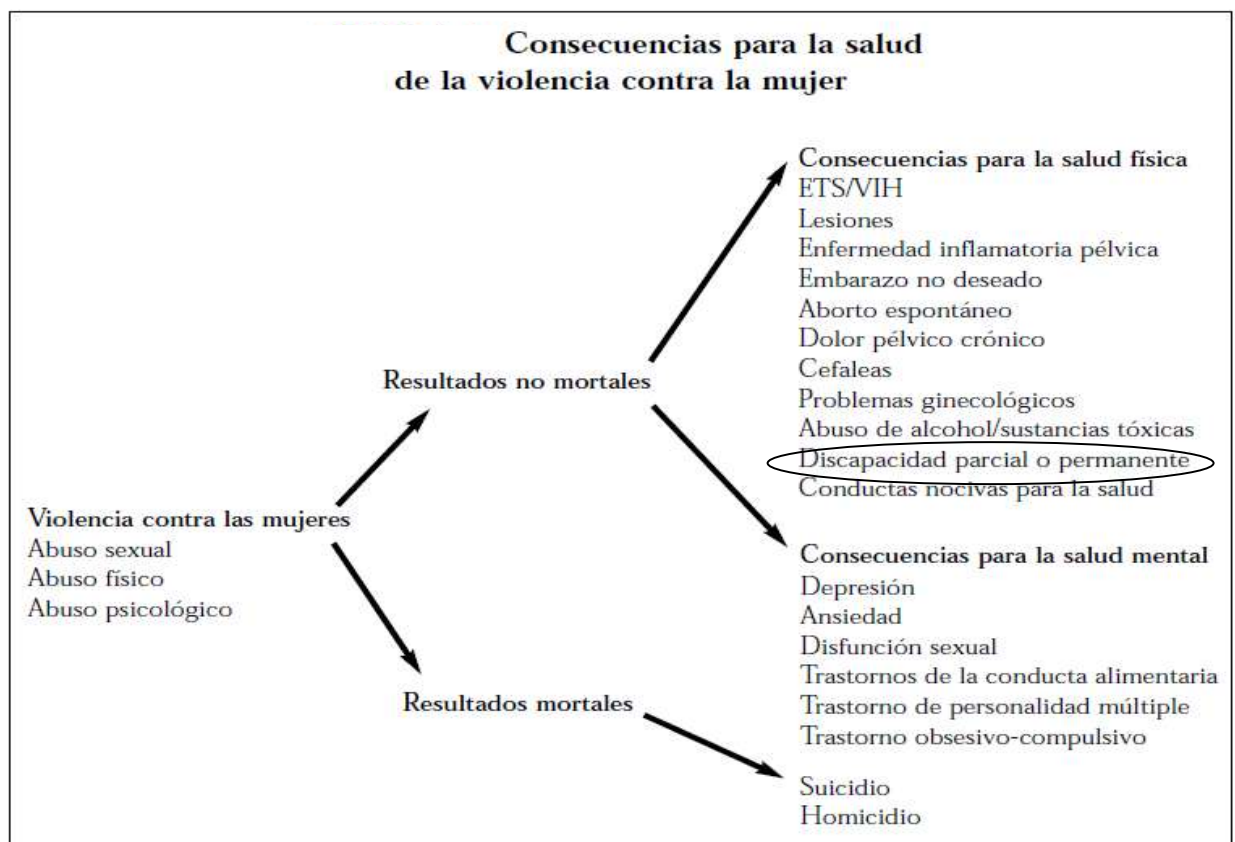
En la literatura no sólo aluden desde el punto de vista físico a las lesiones ocasionadas en el momento mismo del maltrato “que en su forma más extrema lleva incluso al fallecimiento, alcanzando en ocasiones hasta un 70 % como causa principal del deceso femenino a nivel mundial”, sino a trastornos crónicos “como los síndromes del intestino irritable, problemas gastrointestinales, en las vías urinarias y enfermedades somáticas, entre otros”. En este sentido, se destaca cómo sus efectos pueden ser devastadores para diferentes aspectos del bienestar físico y mental. Además de causar lesiones, “la violencia lleva a que aumente el riesgo a largo plazo de la mujer a desarrollar otros trastornos como dolores crónicos, discapacidad física, uso indebido de alcohol, drogas y depresión” 2.

Para García Moreno, muchas mujeres a consecuencia del estrés que produce una relación destructiva, terminan por padecer síntomas como la cefalea, colitis espástica y fibromialgia. La violencia contra la mujer, en especial la violencia doméstica y el abuso sexual, genera consecuencias negativas para la salud, entre ellas se encuentran:

- Lesiones (que oscilan desde cortes y hematomas a lesiones graves que causan incapacidad permanente, como la pérdida de audición).
- Enfermedades de transmisión sexual, VIH/sida.
- Embarazo no deseado.

- Problemas ginecológicos.
- Dolor pélvico crónico asociado a veces a enfermedad inflamatoria pélvica.
- Problemas al caminar y realizar tareas cotidianas.
- Hipertensión.
- Depresión.
- Trastornos por ansiedad y trastorno por estrés postraumático.
- Cefaleas.
- Síndrome de colon irritable.
- Diversas manifestaciones psicosomáticas.

Figura No. 6: Consecuencias para la salud de la violencia contra la mujer



Modificado de: García Moreno, C. Violencia contra la mujer, Género y equidad en la salud, 2000 (39)

Se han reportado casos de agresores que llevan a cabo maltratos y/o abusos más graves o drásticos que van más allá de regaños, pellizcos, insultos, golpes... son personas que “muerden, fracturan, queman, provocan estados de coma e inclusive llegan a la muerte” 37. Para autores como Flor María Pérez los daños más frecuentes que se presentan en la salud física de la mujer son: “moretones, rasguños, huesos fracturados, heridas con armas corto punzantes, las cuales

perfectamente pueden generar un trauma raquímedular o lesiones en órganos como dientes, ojos y oídos” 38. Asimismo, son comunes los padecimientos psicosomáticos como dolores musculares de cuello o espalda, dolor abdominal, trastornos en el sueño y alimentación, así como los ya mencionados anteriormente.

Por otro lado, la violencia también es generada y propinada durante el embarazo, violencia que afecta no sólo a la mujer, sino también al feto o al recién nacido. “La violencia durante el embarazo se asocia a abortos, muerte fetal, parto prematuro y lesiones al feto” que pueden generar resultados adversos del embarazo. 39. Pérez Robledo, publica información de situaciones en las que hombres maltrataron y golpearon a sus parejas gestantes, llegando incluso a provocarles complicaciones y en el peor de los casos hasta el aborto. “Al respecto, Juana, una mujer viuda de 40 años, relató: “En una ocasión mi esposo me pegó con un *awute*’ (bastón plantador hecho de madera y metal) en mi cintura, estaba yo con seis meses de embarazo, me puse muy mala, pero mi embarazo continuó, pero cuando nació mi hijita, ya vino muerta. Desde ese tiempo ya me siento muy enferma” 38. “La violencia frecuentemente deriva en abortos espontáneos, partos prematuros y el nacimiento de hijos de bajo peso” 39, factores de riesgo para la predisposición de alteraciones del Sistema Nervioso Central (Parálisis Cerebral).

En Colombia, la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010 reporta resultados de mujeres con moretones, heridas, huesos fracturados, pérdida de órganos o función de ellos o de un miembro. Es así como:

- “El 85 % de las mujeres que han sido objeto de agresiones por parte de su esposo o compañero, se quejó de lesiones o secuelas físicas o psicológicas como consecuencia de las golpizas.
- El 58 % se quejó de haber quedado con moretones o dolores fuertes.
- El 39 % reporta enfermedad de la cabeza.
- El 42 % se enfermó físicamente.
- El 14 % manifestó que había quedado con una herida importante o un hueso fracturado.
- El 2 % perdió la función de un órgano o miembro.
- Otro 2 % tuvo un aborto o pérdida como consecuencia de la agresión física.
- El 39 % manifestó que había disminuido su rendimiento o productividad en sus actividades y el 23 % dijo que no había vuelto a hablar con nadie” 40.

A pesar de estas cifras, para muchas mujeres la violencia familiar trae consigo consecuencias psicológicas aún más serias que los efectos físicos; es una experiencia que destruye su amor propio y las pone en mayor riesgo de diversos problemas de salud mental. “Como ejemplos más sobresalientes del daño emocional se encuentra la depresión, la ansiedad y las fobias, el suicidio producto de la depresión subsiguiente a la situación mantenida de maltrato y a la

impotencia o terror ante la misma, el llamado trastorno de estrés postraumático y el uso cada vez más indiscriminado de alcohol y de drogas y hasta del hábito de fumar”. 2

En el plano emocional se evidencia una importante disminución de su autoestima, confianza en sus capacidades, en su creatividad, iniciativa y en la toma de decisiones. “Además de una sensación de fatiga o decaimiento y pérdida de interés en la vida” 39. Para Teresa Fernández, “la repercusión que sobre la autoestima de la mujer tiene el maltrato de tipo conyugal, el cual hay que entenderlo tomando en cuenta no sólo sus alarmantes efectos físicos, sino también el lado no visible pero igual o más devastador que el primero: su aspecto psicológico en general y su relación con la valía o autoestima en particular” 26, “quedando cada vez más vulnerables, angustiadas, aterradas, deprimidas y con la autoestima en un descenso cada vez mayor”. 37

3.2.1. RELACIÓN FISIOTERAPIA Y VIOLENCIA CONTRA LA MUJER

La Fisioterapia como profesión de la salud no puede ser ajena a los contextos en los cuales el ser humano se desarrolla. “Con un panorama que hasta ahora es explorado se hace imprescindible que haya una mayor participación del sector sanitario desarrollando una especie de respuesta global a los distintos efectos de la violencia contra la mujer adoptando medidas específicas e identificando ventajas concretas del sector que estén encaminadas a dar una respuesta multisectorial más amplia para de esta manera fomentar la prevención y prestar servicios dirigidos a las mujeres que han sido víctimas de violencia”.18

La Confederación Mundial de Terapia Física (World Confederation for Physical Therapy) (WCPT) reconoce los diversos ambientes sociales, políticos y económicos en los que se practica la fisioterapia en todo el mundo: “Prevención, promoción de la salud, tratamiento o intervención, habilitación y rehabilitación se llevará a cabo en múltiples contextos que pueden incluir, pero no se limitan a lo siguiente: programas de rehabilitación comunitaria, escenarios de atención a la comunidad, incluyendo centros de atención primaria, los hogares individuales, centros de rehabilitación, centros de investigación, clínicas para pacientes externos, lugares públicos, escuelas, centros deportivos, entre otros” 41. La Confederación además caracteriza la terapia física como una profesión que sustenta su conocimiento y su práctica alrededor de temas centrales que ha tomado como propios, tales como el movimiento corporal humano como elemento esencial de la salud y el bienestar, que depende de la función integrada y coordinada del cuerpo y es afectado por unos factores internos y externos, razón por la cual busca promover la salud y el bienestar de los individuos y el público en general, por medio de intervenciones que garanticen la integridad de los sistemas esenciales del cuerpo en relación al movimiento, y prevenir o restaurar las

alteraciones, limitaciones en la actividad, las restricciones de participación y discapacidad en personas con riesgo de alteraciones del movimiento. 41

Por lo tanto, el alcance de los servicios de Fisioterapia dentro de los ámbitos mencionados, implica la atención de las necesidades identificadas dentro poblaciones enteras (naciones, estados, territorios, regiones) comunidades, las familias, grupos minoritarios y otros grupos específicos, como grupos poblacionales con rasgos que condicionan los estados de salud y los hacen vulnerables a eventos adversos, como lo son las mujeres víctimas de violencia familiar.

Precisamente la OMS menciona la existencia de algunos factores de riesgo que, aunque varían, significan un riesgo potencial para las mujeres, haciéndolas susceptibles a un evento de violencia familiar, dichos rasgos se clasifican en:

- **“Individuales:** tales como la juventud, un estatus socioeconómico bajo, una historia de maltrato y de uso de sustancias y, en el caso de la violencia de pareja el tipo de compañero elegido. Los rasgos de la pareja que entrañan riesgo para las mujeres son el consumo de alcohol y drogas, un bajo nivel educativo, una actitud negativa hacia las mujeres y el hecho de haber presenciado actos de violencia doméstica contra mujeres o de haber sufrido malos tratos de niño.
- **Familia y pariente:** en el seno de las familias el riesgo de violencia aumenta con los conflictos conyugales, la dominación masculina, las dificultades económicas y las desavenencias familiares.
- **Comunidad:** dentro de las comunidades, el riesgo es mayor allí donde hay desigualdad por razón de género o falta cohesión comunitaria o recursos.
- **Sociedad:** a un nivel más general, el riesgo más elevado se da en las sociedades con normas tradicionales sobre el género o con falta de autonomía de las mujeres, allí donde se aplica una legislación restrictiva a la propiedad y la herencia de bienes, y en los casos de desintegración social por conflictos o desastres.” 42

Todos estos son riesgos que se desarrollan y evidencian en ámbitos individuales y sociales de una población de mujeres identificadas como vulnerables a eventos de violencia familiar, en escenarios que como mencionamos no son ajenos a la Fisioterapia y para los cuales hay una respuesta desde el ejercicio de la profesión.

Por otro lado, en la Asociación Americana de Terapia Física (APTA), existe una sección (The Section on Women's Health), dedicada a promover y ampliar el papel de la terapia física en la salud de la mujer durante toda su vida. Este énfasis se dirige hacia la atención y el bienestar de la mujer y su cuerpo durante la vida social, el trabajo, la vida en familia, la gestación, la discapacidad, entre otros. Con un perfil profesional identificado para el Fisioterapeuta en Salud de la Mujer, éste

“debe tener el conocimiento y las habilidades necesarias para llevar a cabo procesos de evaluación, diagnóstico e intervención de los daños en la salud física y funcional de las mujeres.” 43. Además de esto, el fisioterapeuta debe tener aptitudes desarrolladas, que le permitan hacer frente a la atención de las necesidades psicológicas y emocionales del paciente a través de la comprensión de los aspectos biopsicosociales que alteran los estados de salud de las mujeres, “Comprender el papel del sexo y de género en la salud y la enfermedad de la mujer.” 44

Para la Asociación, el terapeuta en Salud de la Mujer debe intervenir con seguridad y eficacia en diagnósticos complejos para los cuales ha tenido la formación continua. Según datos de la encuesta de Análisis de la Fuerza Laboral 2003, las pacientes que asisten al servicio suelen presentar problemas de depresión (95,3%), imagen alterada del cuerpo (73,2%), violencia doméstica (62,4%), ansiedad (87,9%), y antecedentes de abuso sexual (75,2%). En cuanto a la violencia contra las mujeres, el informe señala que el 30,4% de las mujeres que se habían casado o viven con un hombre denunciaron haber sido violadas y asaltadas físicamente por su marido. 45

Fisioterapia, por lo tanto, tiene los conocimientos, los fundamentos científicos y sociales, los escenarios y ámbitos de alcance en sus servicios, así como las herramientas para el tratamiento de esta población violentada, de manera que su razonamiento clínico se traduzca en la identificación de las deficiencias existentes o potenciales, de las limitaciones funcionales y de las discapacidades que pueden presentarse en las mujeres víctimas de violencia familiar, al mismo tiempo que se contribuye en la ampliación del tema y en la mejora de la prevención de la VF y los programas de tratamiento a través de la identificación de las variables que pueden ser más susceptibles al cambio, promoviendo un proceso en el que se vinculen todos los ámbitos de la vida social y cuyo fin principal sean las personas y su calidad de vida. 5

3.3 ESTADO DE ARTE

El interés por los estudios sobre la violencia contra la mujer se ha incrementado en los últimos años, dicho interés se ha generado a partir del reconocimiento de ésta como un problema social, y de las consecuencias cada vez más importantes que esta problemática tiene sobre los estados de salud de las poblaciones y su efecto perjudicial en los recursos sanitarios para los países y las comunidades. La violencia contra las mujeres en sus diversas formas, tanto en el entorno doméstico como en el público, es también endémica en comunidades y países de todo el mundo, sin distinción de clase, raza, edad o religión, como lo indican las fuentes consultadas.

Se han realizado diferentes estudios cuyo objetivo es establecer una caracterización sociodemográfica de la violencia familiar contra la mujer. Un estudio realizado en Barranquilla tuvo como objetivo valorar la prevalencia del maltrato físico de pareja e identificar los factores de riesgo de violencia física marital, así como identificar factores personales, socioeconómicos y de función familiar relacionados a los maltratos, en una población de mujeres en edad fértil de esta ciudad. Entre los resultados se encontró que el grupo de edad que presenta una mayor frecuencia de maltrato corresponde a las mujeres de 25-29 años; no se observó ninguna relación entre el tipo de unión con la pareja y el maltrato, ni tampoco el hecho de ser ama de casa mostró ser un factor de riesgo para violencia física marital. Por otra parte, según las variables evaluadas tener dos hijos podría ser un factor protector contra este tipo de violencia. 46

En Colombia, otro de los estudios usa un modelo jerárquico lineal generalizado en donde se presentan resultados, los cuales señalan que: la educación, así como el lugar de residencia, la edad de iniciación sexual, las relaciones extramaritales y la diferencia de edad entre los cónyuges tienen fuertes efectos sobre las probabilidades de que una mujer experimente violencia por parte del compañero. Para esto se utiliza la encuesta Demográfica y de Salud de Colombia, de 2005, con 41.344 mujeres las cuales fueron muestreadas en un referente nacional; en ésta se utiliza el módulo de violencia doméstica para la construcción de variables sobre la violencia de pareja y el control del cónyuge. Finalmente, dicho estudio plantea la superposición de las redes personales de la pareja, como mecanismos para dar lugar a relaciones más equitativas en el hogar, dentro de las cuales se incluyen aumento de los efectos sociales y la influencia en las normas de comportamiento e incremento en el compromiso emocional, “debido a que existen mayores grados de reforzamiento sociales mutuos”. 47

Con los datos de 17 encuestas demográficas y de salud llevadas a cabo entre el año 2003 y 2007, en comunidades de 17 países en Sudáfrica, se realizó una regresión logística múltiple de 5 estudios entre los que se examinaron factores actitudinales hacia la violencia doméstica contra la mujer, medidas sociales a nivel de la posición socioeconómica, las riquezas del país, el nivel educativo, los índices de pobreza, entre otros. Los resultados de este análisis comparativo general permitió evidenciar que la Violencia doméstica contra la mujer fue ampliamente “acogida” bajo ciertas circunstancias y factores de la población tales como ser joven, menos educados, índices altos de pobreza, residencias en zonas rurales, y menor acceso a los medios de comunicación. Basándose en las perspectivas de varios niveles, se concluyó que este estudio ofrece una alternativa a formas más tradicionales de pensar sobre los factores relacionados con las actitudes hacia la violencia contra la mujer. 48

Por otro lado, diferentes estudios han ido un poco más allá y se han planteado un análisis no sólo del perfil sociodemográfico de la población víctima, también han relacionado variables asociadas con nivel de gravedad de la violencia sufrida y la

salud como proceso dinámico, siguiendo la línea de esta investigación, la cual busca describir la situación de violencia familiar (VF) y su relación con la situación de salud en términos de calidad de vida y discapacidad, en mujeres víctimas. Un estudio transversal realizado en España con 8.974 mujeres víctimas de violencia doméstica hace el análisis del perfil sociodemográfico de dicha población, con el fin de buscar las variaciones de este perfil en relación al nivel de gravedad de la violencia sufrida, además de identificar posibles asociaciones entre dicha violencia y los diferentes problemas de salud que conlleva la gravedad de estos actos. Entre los resultados se encontró que las mujeres afectadas por la baja gravedad de los maltratos y aquellas afectadas por un nivel mayor de maltratos tenían un perfil sociodemográfico similar. Sin embargo, las mujeres divorciadas, las que no tienen un apoyo social tangible y las mujeres jubiladas fueron más propensas a informar violencia doméstica de alta gravedad. Las mujeres que sufren de maltratos de alta gravedad también fueron más propensas a sufrir de un estado de salud malo en comparación con las que experimentaron violencia de baja severidad. Es así como en el estudio, se concluye que la distribución de la gravedad (baja y alta) de la violencia parece estar influida por las características sociales de las mujeres afectadas y puede ser un indicador importante para la estimación de efectos a la salud, evidencia que puede contribuir al diseño de intervenciones más eficaces. 49

Un estudio publicado en la Gaceta Sanitaria, 2004, hace una revisión del problema de la violencia doméstica contra la mujer, así como de los determinantes, sus causas y consecuencias, a la vez que analiza de forma específica el papel de los profesionales sanitarios y su contribución. Dicha problemática, por un lado, es considerada como una de las principales causas de mala salud e incapacidad. Dicho estudio, junto con otros, resalta la necesidad de promover las investigaciones para avanzar en el conocimiento de las causas de violencia, su impacto en la salud y el direccionamiento de planes y acciones orientados a eliminar la violencia contra la mujer en la pareja abordándose desde la pluralidad, por tratarse de un problema social, legal y sanitario, y cuyo objetivo sea avanzar en su propia autonomía y autoestima. 50

De esta manera se evidencia cómo a nivel nacional y mundial, la literatura da cuenta de información y estudios de violencia familiar contra la mujer, sus causas, consecuencias, datos epidemiológicos, percepciones sociales y distintos factores que permiten una mirada amplia sobre dicha problemática. De igual manera, se evidencia un reconocimiento de la violencia familiar como factor causal de lesiones o secuelas, no sólo físicas, también psicológicas. A pesar del consenso en resaltar la violencia familiar contra la mujer como un problema que conlleva o desencadena en lesiones, deficiencias y/o limitaciones, se encuentran limitados reportes que describan la condición de discapacidad de dicha población desde una mirada de Fisioterapia.

Es así como, una de las principales dificultades para el abordaje de la población víctima de violencia familiar, ha sido establecer evidencia local que dé cuenta de la condición de discapacidad y calidad de vida en mujeres víctimas de VF en el contexto de la población caleña desde una mirada fisioterapéutica, características específicas no sólo de la población, sino de la salud en términos de calidad de vida y discapacidad, con el fin de participar en la ampliación del tema y en la orientación de acciones en pro de aminorar sus consecuencias.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

- Describir la situación de violencia familiar (VF) y su relación con la salud, en términos de calidad de vida y discapacidad, en un grupo de mujeres víctimas pertenecientes a una institución de atención y prevención de la VF del municipio de Santiago de Cali.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Describir las características sociodemográficas en un grupo de mujeres víctimas pertenecientes a una institución de atención y prevención de la VF del municipio de Santiago de Cali.
2. Describir la situación de violencia en un grupo de mujeres víctimas pertenecientes a una institución de atención y prevención de la VF del municipio de Santiago de Cali.
3. Describir la calidad de vida, relacionada con salud, en un grupo de mujeres víctimas pertenecientes a una institución de atención y prevención de la VF del municipio de Santiago de Cali.
4. Describir la situación de discapacidad en un grupo de mujeres víctimas pertenecientes a una institución de atención y prevención de la VF del municipio de Santiago de Cali.
5. Describir la percepción de salud y discapacidad en relación con la violencia, en un grupo de mujeres víctimas pertenecientes a una institución de atención y prevención de la VF del municipio de Santiago de Cali

METODOLOGÍA

5.1. TIPO DE ESTUDIO

Esta investigación tuvo dos componentes: un componente cuantitativo y un componente cualitativo. El componente cuantitativo permitió describir las características socio-demográficas, situación de violencia, calidad de vida relacionada con salud y condición de discapacidad. Para ello, se utilizó un estudio Transversal analítico, con el cual se describió la situación de violencia familiar (VF) y su relación con la salud en términos de calidad de vida y discapacidad, en un grupo de mujeres víctimas pertenecientes a una institución de atención y prevención de la VF del Municipio de Santiago de Cali, durante septiembre de 2011 y mayo de 2012 (Cronograma Anexo No. 9).

Por la alta complejidad de la problemática, se realizó, de manera complementaria, un análisis cualitativo con el propósito de aportar a la lectura clínico/descriptiva y generar un mayor acercamiento a la realidad social. Es así como para el objetivo No. 5 “Describir la percepción de salud y discapacidad en relación a la violencia” se llevaron a cabo entrevistas individuales a profundidad, sin dar explicaciones causales.

5.2. ÁREA DE ESTUDIO

Esta investigación se realizó en una institución de atención y prevención de la VF del municipio de Santiago de Cali, en la cual la prevalencia de casos de violencia familiar contra la mujer mostró un porcentaje alto de reportes, además de ser la única institución municipal de acogida para víctimas de violencia física y/o sexual.

Diferentes instituciones fueron tenidas en cuenta como tentativas para la elección y conformación de la muestra, tal es el caso de la Secretaria de Salud Pública Municipal de Cali, el Centro de Salud de Siloé y algunas instancias como la Red de Promoción del Buen Trato y Prevención de la Violencia Familiar, quienes se encuentran activos hasta la fecha, con procesos y poblaciones cautivas de mujeres dentro de los programas que brindan a la comunidad. Sin embargo, el total de la muestra, finalmente, fue obtenida del *Hogar de Paso para víctimas de violencia física y/o sexual de Cali*, cuya misión institucional es la atención y prevención de la VF.

Hogar de Paso para víctimas de violencia física y/o sexual de Cali:

El *Hogar de Paso* “es un espacio que se constituye como referente de protección temporal y refugio a víctimas de violencia familiar y/o sexual que carezcan de redes de apoyo familiar y social, que les permita encontrar un espacio de protección y apoyo de instituciones públicas y privadas” 51, cuyo objetivo es brindar acogida y atención integral transitoria a personas víctimas de este tipo de agresiones.

Para los primeros meses del año 2012, en dicha institución, atendieron a 55 mujeres “remitidas por instituciones con competencia como las Comisarías de familia, Fiscalía (CAVIF, CAIVAS), Policía, ONGSS y redes sociales” 51. De esos 55 casos, el 37% ingresó por maltrato psicológico, el 32% por agresión física y un 13% por violencia sexual”.44

Las mujeres víctimas de violencia, y su grupo familiar, ingresan y son beneficiarias de los servicios del *Hogar* por tres razones:

1. Necesidad de información acerca de la ruta de atención, orientación directa y acompañamiento a través de la ruta y el reporte de caso.
2. Necesidad de “servicios de alojamiento, alimentación, protección y atención sicosocial y jurídica, una vez son remitidas o detectadas por instituciones, ONGSS y comunidad”. Son mujeres con episodios de violencia de “carácter urgente por situaciones graves de riesgo físico o psíquico”. Algunas de ellas con lesiones físicas meritorias de atención en salud, tanto físicas como psicológicas, sin embargo, son lesiones que no ameritan hospitalización por daño multisistémico o amenaza de muerte.
3. Seguimiento de caso en zona, por la cual “se realiza acompañamiento a la evolución de la situación de la víctima una vez sale del hogar”. 51

Las mujeres beneficiadas por cualquiera de las tres “modalidades”, con una mayor prevalencia del numeral 2 y 3, enriquecieron y permitieron lograr la totalidad de la muestra del estudio de investigación.

5.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

Población:

La población estuvo conformada por las mujeres pertenecientes a una institución de atención y prevención de la VF de la ciudad de Santiago de Cali.

Criterios de inclusión:

- Mujer de 18 a 50 años de edad.
- Mujer víctima de violencia familiar (física, psicológica y/o sexual).

- Mujer que accediera a participar por medio del consentimiento informado.
- Mujer emocionalmente estable al momento de firmar el consentimiento.

Criterios de exclusión:

- Mujer con alteraciones cognitivas que no permitiera la aplicación de encuestas.

Muestra:

La selección de la muestra, para el componente cuantitativo, se realizó de manera propositiva entre todas las mujeres pertenecientes a una institución de atención y prevención de la VF del municipio de Santiago de Cali (*Hogar de Paso para víctimas de violencia física y/o sexual*). Al cumplir con los criterios de inclusión establecidos, finalmente son captadas 20 de ellas al ser mujeres institucionalizadas, sensibilizadas a responder y beneficiarias del proyecto de intervención social ejecutado por las investigadoras en dicha Institución.

De igual manera, para el componente cualitativo de este estudio se utilizó el muestreo por conveniencia, en el que se tomaron 3 participantes pertenecientes al grupo conformado por 20 mujeres, a quienes se les aplicó previamente el instrumento del componente cuantitativo, al ser reconocidas por la Institución y al tener un grado de sensibilidad y disposición importante, respondiendo a criterios razonables y objetivos, así como al cumplimiento de los aspectos éticos que rigen la investigación.

Variables:

- **Variables sociodemográficas**

NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	POSIBLES VALORES	MÉTODO DE RECOLECCIÓN
Edad de la mujer	Edad de la mujer en años cumplidos	Cuantitativa razón	18 a 45 años	Cuestionario
Raza de la mujer	Raza de la mujer	Cualitativa nominal	Negra Mestiza Blanca Indígena	Cuestionario
Estrato socio económico	Estrato socioeconómico	Cuantitativa razón	1, 2, 3, 4, 5	Cuestionario
Escolaridad de la mujer	Escolaridad de la mujer	Cualitativa ordinal	Primaria Secundaria Técnicos Comerciales o secretariales Profesionales	Cuestionario

Tipo de aseguramiento	Tipo de aseguramiento en salud de la mujer	Cualitativa nominal	Contributivo Subsidiado No asegurado	Cuestionario
Estado civil de la mujer	Estado civil actual de la mujer	Cualitativa nominal	Soltera Unión Libre Casada Divorciada	Cuestionario
Nº de hijos	Número de Hijos	Cuantitativa razón	Ninguno De 1-3 hijos De 3 hijos en adelante	Cuestionario
Ocupación de la mujer	Actividad principal de la mujer en el último mes	Cualitativa nominal	Trabajo Estudio Buscar trabajo Oficios del hogar Otro, cuál	Cuestionario
Ingresos	Ingresos mensualmente	Cualitativa ordinal	Muy bajo Bajo Medio Alto	Cuestionario
Localidad de Residencia	Localidad de residencia el último año	Cualitativa nominal	Urbana Rural Otro, cuál	Cuestionario
No. de personas con las que vive	Total de personas que viven permanentemente o la mayor parte del tiempo en la vivienda	Cuantitativa razón	0,1,2,3,4 >5	Cuestionario

- **Variables relacionadas con la situación de violencia**

-Variables Parejas (esposos/as o compañeros/as)

NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	POSIBLES VALORES	MÉTODO DE RECOLECCIÓN
Pareja	Historia de esposos o compañeros	Cualitativa nominal	-¿Cuántos ha tenido? -¿En qué año? -¿Actualmente conviven?	Cuestionario
Punto de vista	Número de veces, en los últimos 12 meses, en las cuales, en medio de una discusión, la mujer explicó su punto de vista a su compañero	Cualitativa ordinal	-A menudo (6 veces) -A veces (3-5 veces) -Rara vez (1-2 veces) -Nunca (o no en el último año)	Cuestionario

Gritos	Empleo de gritos con rabia cuando la pareja tiene diferencias, problemas o desacuerdos, en los últimos 12 meses	Cualitativa ordinal	-A menudo (6 veces) -A veces (3-5 veces) -Rara vez (1-2 veces) -Nunca (o no en el último año)	Cuestionario
Bofetada	Número de veces en las que la pareja le propició a la mujer bofetadas, en los últimos 12 mese	Cualitativa ordinal	-A menudo (6 veces) -A veces (3-5 veces) -Rara vez (1-2 veces) -Nunca (o no en el último año)	Cuestionario
Golpe con objeto	Número de veces en las que la pareja le pego a la mujer con un objeto que pudo haberle lastimado	Cualitativa ordinal	-A menudo (6 veces) -A veces (3-5 veces) -Rara vez (1-2 veces) -Nunca (o no en el último año)	Cuestionario

-Variables Violencia

NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	POSIBLES VALORES	MÉTODO DE RECOLECCIÓN
Golpes (cualquier tipo)	Cualquier tipo de golpe propiciado por la pareja en los últimos 12 meses	Cuantitativa razón	(1) Sí (2) No ¿Cuántas veces?	Cuestionario
Herida con arma blanca	Acto violento ejecutado, causando herida por arma blanca, en los últimos 12 meses	Cuantitativa razón	(1) Sí (2) No ¿Cuántas veces?	Cuestionario
Herida con arma de fuego	Acto violento ejecutado, causando herida por arma de fuego, en los últimos 12 meses	Cuantitativa razón	(1) Sí (2) No ¿Cuántas veces?	Cuestionario
Amenaza de muerte	Amenazas que pongan en peligro la vida de la mujer en los últimos 12 meses	Cuantitativa razón	(1) Sí (2) No ¿Cuántas veces?	Cuestionario

-Variables Opcionales

NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	POSIBLES VALORES	MÉTODO DE RECOLECCIÓN
Seguridad	Percepción de la mujer en relación con su seguridad personal en su casa o apartamento vs otros lugares.	Cualitativa ordinal	-Muy seguro -Algo seguro -Algo inseguro -Muy inseguro	Cuestionario
Restricciones	Restricción en actividades cotidianas y participación por temor a ser víctima de una acción violenta	Cualitativa ordinal	Mucho Poco Nada	Cuestionario

-Variables Normas familiares

NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	POSIBLES VALORES	MÉTODO DE RECOLECCIÓN
Antecedentes de Violencia Infantil	Frecuencia con que le pegaban cuando era niña	Cualitativa ordinal	-Nunca -Menos de 4 veces en el mes -1 o 2 veces por semana -3 o más veces por semana	Cuestionario

- Variables relacionadas con calidad de vida

NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	MÉTODO DE RECOLECCIÓN	POSIBLES VALORES	TIPO DE VARIABLE
Función física	Grado en el que la falta de salud limita las actividades físicas de la vida diaria, como el cuidado personal, caminar, subir escaleras, coger o transportar cargas, y realizar esfuerzos moderados e intensos	Cuestionario	-Nada -Muy poco -Algo -Bastante -No podía realizar actividades	Cualitativa ordinal

Rol físico	Grado en el que la falta de salud interfiere en el trabajo y otras actividades diarias, que producen en consecuencia un rendimiento menor del deseado, o limitando el tipo de actividades que se puede realizar o la dificultad de las mismas	Cuestionario	-Nada en absoluto -Un poco -Algo -Bastante -No podía hacer el trabajo diario	Cualitativa ordinal
Dolor corporal	Medida de la intensidad del dolor padecido y su efecto en el trabajo habitual y en las actividades del hogar	Cuestionario	-Ninguno -Muy suave -Leve -Moderado -Grave -Muy grave	Cualitativa ordinal
Salud general	Valoración personal del estado de salud, que incluye la situación actual y las perspectivas futuras y la resistencia a enfermar	Cuestionario	-Excelente -Muy buena -Buena -Regular -Mala -Muy mala	Cualitativa ordinal
Vitalidad	Sentimiento de energía y vitalidad, frente al de cansancio y desánimo	Cuestionario	-Siempre -Casi siempre -Algunas veces -Casi nunca -Nunca	Cualitativa ordinal
Función social	Grado en el que los problemas físicos o emocionales derivados de la falta de salud interfieren en la vida social habitual	Cuestionario	-Nada -Muy Poco -Algo -Bastante -No podía hacer las actividades	Cualitativa ordinal
Rol emocional	Grado en el que los problemas emocionales afectan al trabajo y otras actividades diarias, considerando la reducción del tiempo dedicado, disminución del rendimiento y del esmero en el trabajo	Cuestionario	-Nada -Muy poco -Algo -Bastante -No podía hacer las actividades diarias	Cualitativa ordinal
Salud mental	Valoración de la salud mental general, considerando la depresión, ansiedad, autocontrol, y	Cuestionario	-Nada -Ligeramente -Moderada -Muy moderada	Cualitativa ordinal

	bienestar general		-Bastante -Extremada mente	
--	-------------------	--	----------------------------------	--

- **Variables relacionadas con el nivel de discapacidad**

NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	MÉTODO DE RECOLECCIÓN	POSIBLES VALORES	TIPO DE VARIABLE
Comprensión y Comunicación	Dificultades experimentadas al momento de realizar actividades relacionadas con la comunicación y el pensamiento	Cuestionario WHO DAS II	1 Ninguna 2 Leve 3 Moderada 4 Severa 5 Extrema/No puede hacerlo	Cualitativa ordinal
Capacidad para moverse en su entorno	Dificultades experimentadas al momento de Moverse en su Entorno, incluyen permanecer de pie, desenvolverse dentro de la casa, salir de casa y andar largas distancias	Cuestionario WHO DAS II	1 Ninguna 2 Leve 3 Moderada 4 Severa 5 Extrema/No puede hacerlo	Cualitativa ordinal
Cuidado personal	Dificultades experimentadas al momento de realizar actividades del cuidado personal, e incluye: bañarse, vestirse, comer y permanecer solo	Cuestionario WHO DAS II	1 Ninguna 2 Leve 3 Moderada 4 Severa 5 Extrema/No puede hacerlo	Cualitativa ordinal
Relacionarse con otras personas	Dificultades experimentadas al momento de “relacionarse con otras personas”(cónyuge o pareja, miembros de la familia, amigos íntimos, desconocidos) debido a una “condición de salud”	Cuestionario WHO DAS II	1 Ninguna 2 Leve 3 Moderada 4 Severa 5 Extrema/No puede hacerlo	Cualitativa ordinal
Actividades de la vida diaria	Dificultades experimentadas en las actividades de la vida diaria, relacionadas con el cuidado de la casa, el trabajo y actividades académicas	Cuestionario WHO DAS II	1 Ninguna 2 Leve 3 Moderada 4 Severa 5 Extrema/No puede hacerlo	Cualitativa ordinal

Participación en sociedad	Dificultades experimentadas en la participación en sociedad, así como la repercusión de la condición de salud en la familia	Cuestionario WHO DAS II	1 Ninguna 2 Leve 3 Moderada 4 Severa 5 Extrema/No puede hacerlo	Cualitativa ordinal
----------------------------------	---	-------------------------	---	---------------------

5.4. MATERIALES E INSTRUMENTOS

Para el estudio, y de acuerdo a lo presupuestado (Anexo No. 8), se necesitaron consentimientos impresos, cuestionarios, bolígrafos, computadores y software para el análisis de datos. Como instrumento se aplicó un cuestionario (ver anexo No. 4) el cual fue construido para dar cumplimiento a los objetivos de la presente investigación; éste abarcó la problemática de la violencia familiar y variables relacionadas con aspectos socio- demográficos de las participantes, situación de violencia y salud, como proceso dinámico, en términos de calidad de vida y discapacidad.

Las variables se basaron en cuatro instrumentos validados, distribuidos de tal manera que permitieran responder a cada uno de los objetivos específicos planteados:

- **Objetivo 1:** Para describir las características sociodemográficas, las variables fueron tomadas de la Sección DE-Demografía del Cuestionario del estudio multicéntrico, Actitudes y Normas culturales frente a la Violencia en ciudades Iberoamericanas (ACTIVA), creado por la Organización Panamericana de la Salud, complementado con algunas variables tomadas del Formulario unidades censales, módulos de vivienda, hogares y personas, Censo General 2005 (CG2055). DANE.
- **Objetivo 2:** Para describir la situación de violencia, las variables fueron tomadas de las Secciones PA-Parejas, VI-Victimización, OP-Opcionales y NF-Normas familiares del Cuestionario del estudio multicéntrico, Actitudes y Normas culturales frente a la Violencia en ciudades Iberoamericanas (ACTIVA), creado por la Organización Panamericana de la Salud. El Cuestionario del estudio multicéntrico ACTIVA, permite identificar y establecer las relaciones entre experiencias de la población con hechos violentos y sus actitudes y comportamientos frente a la violencia, así como sus habilidades para la resolución de conflictos. Éste evalúa la violencia y las normas culturales y actitudes asociadas a ésta y admite la comparación de todo un sistema de variables a través de diversas culturas y realidades. Incluye características sociodemográficas de los entrevistados y de sus familias, la preponderancia de comportamientos agresivos y de otros

comportamientos relacionados con la violencia, las actitudes personales hacia los comportamientos agresivos, la autoeficacia para alternativas a la violencia, la percepción de las instituciones sociales y del gobierno, y la violencia tanto en la familia como en la comunidad. Sin embargo, no todas las variables se emplearon para la presente investigación, utilizando solo las secciones ya mencionadas.

- **Objetivo 3:** Para describir la calidad de vida, relacionada con salud, se tomaron las variables de la Encuesta de Calidad de Vida SF-8. La encuesta SF-8 es una versión de 8 ítems del SF-36, contiene un único ítem para cada una de las 8 dimensiones de salud y brinda puntuaciones de resumen de los componentes físicos y mentales de la salud, a través de preguntas altamente sensibles. Aunque el SF-8 sólo tiene una pregunta en común con el SF-36, el contenido es muy similar y los conceptos medidos se correlacionan fuertemente, ya que ha sido calibrada con las mismas normas métricas que el correspondiente cuestionario. Este instrumento se ha traducido y validado para su uso lingüístico en más de 30 países e idiomas, con la misma norma y métodos aplicados a las encuestas SF-36 y SF-12, lo que significa que los datos pueden ser comparados a través de estas encuestas.
- **Objetivo 4:** Para la medición de la condición de discapacidad fueron tomadas, por conveniencia, algunas variables del Cuestionario para la Evaluación de Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud (World Health Organization Disability Assessment Schedule II) WHO-DAS II (36 ítems), el cual como instrumento genérico de medida de la discapacidad permite evaluar las limitaciones de la actividad y las restricciones en la participación experimentadas por cada persona, independientemente de su diagnóstico; es un instrumento fiable, aplicable transculturalmente y fácil de utilizar en un amplio rango de circunstancias.
- **Objetivo 5:** A través de entrevistas a profundidad, aplicadas a tres de las participantes del estudio, se describió la percepción de salud y discapacidad en relación con la violencia, con el objetivo de aportar y complementar los datos cuantitativos. Dichas sesiones fueron grabadas y transcritas. Se realizaron además, por cada investigadora, diarios de campo de cada encuentro con las mujeres.

5.5. PROCEDIMIENTOS

PREPARACIÓN PARA EL ESTUDIO

Para la realización de este estudio se llevaron a cabo visitas, por parte de las investigadoras, a la Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali, Mesa de Desplazamiento, Centro de Salud de Siloé y *Hogar de Paso para víctimas de violencia física y/o sexual*, con lo cual se les informó al personal de dichas instituciones sobre los objetivos del estudio y se concertó la derivación de las mujeres que cumplieran con los criterios de inclusión de la investigación. Se da cumplimiento al cronograma planteado (Anexo No. 8), en el cual se destinó el mes de septiembre y octubre de 2011 para la ejecución de esta fase. De igual manera, en este periodo de tiempo se realizaron las tareas necesarias para la obtención del aval del Comité de Ética de la Universidad del Valle, aval necesario para dar inicio a la investigación.

SELECCIÓN, DISEÑO Y AJUSTE DE INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Para el cumplimiento del cronograma planteado, se destinó el mes de septiembre, octubre y mediados de noviembre del año 2011 para la selección y diseño de instrumentos. Es así como, se diseñó un cuestionario basado en la selección de 4 instrumentos:

1. Cuestionario del estudio multicéntrico, Actitudes y Normas culturales frente a la Violencia en ciudades Iberoamericanas, creado por la Coordinación de Investigaciones, División de Salud y Desarrollo Humano (HDP/HDR) de la Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS).
2. Formulario unidades censales, módulos de vivienda, hogares y personas, Censo General 2005 (CG2055). DANE.
3. Encuesta de Calidad de Vida SF-8.
4. Cuestionario para la Evaluación de Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud (World Health Organization Disability Assessment Schedule II) WHO-DAS II.

De esta manera, el cuestionario fue diseñado para dar respuesta a 4 módulos:

- **Modulo A:** Aspectos sociodemográficos, con un total de 13 preguntas:
 - Preguntas A1- A9, basadas en la sección DE-Demografía del Cuestionario ACTIVA.
 - Preguntas A10- A13, basadas en el formulario CG2005 – DANE.

- **Módulo B:** Situación de violencia, con un total de 17 preguntas:
 - Preguntas B1-B5, basadas en la sección PA- Parejas (esposos/as o compañeros/as) del cuestionario ACTIVA.
 - Preguntas B6-B11, basadas en la sección VI-Victimización del cuestionario ACTIVA.
 - Preguntas B12 y B13, basadas en la sección OP-Opcionales del cuestionario ACTIVA.
 - Pregunta B14, basada en la sección NF-Normas familiares del cuestionario ACTIVA.
 - Preguntas B15-B17, basadas en el formulario CG2005 (DANE)
- **Módulo C:** Calidad de vida, con un total de 8 preguntas: Preguntas C1-C8, basadas en la encuesta SF-8
- **Módulo D:** Evaluación de discapacidad a través de preguntas seleccionadas de los 6 dominios del cuestionario WHO DAS II

Antes de dar inicio a la fase de recolección de datos, se aplicó una serie de pruebas piloto con mujeres diferentes a los sujetos que hicieron parte de la muestra, las cuales fueron escogidas de manera propositiva. Para tal fin se establecieron ocho perfiles de mujeres, previamente diseñados de acuerdo a la literatura e información extraída de la comunidad. A continuación, relacionamos los perfiles escogidos que comprenden las posibles mujeres a encontrar:

18 a 29 años de edad	30 a 45 años de edad
-Mujeres jóvenes trabajadoras no escolarizadas.	-Mujeres adultas trabajadoras no escolarizadas.
-Mujeres jóvenes trabajadoras escolarizadas.	-Mujeres adultas trabajadoras escolarizadas.
-Mujeres jóvenes desempleadas/hogar no escolarizadas.	-Mujeres adultas desempleadas/hogar no escolarizadas.
-Mujeres jóvenes desempleadas/hogar escolarizadas.	-Mujeres adultas desempleadas/hogar escolarizadas.

Igualmente, se aplicó la estrategia de entrevista cognitiva, con el fin de realizar los ajustes pertinentes, al ser considerada ésta como “uno de los métodos predominantes para la identificación y corrección de problemas con las preguntas de las encuestas (Beatty & Willis, 2007). La entrevista cognitiva implica la administración de un borrador de preguntas de la encuesta mientras se recoge información verbal adicional sobre las respuestas a las preguntas, dicha información es usada para evaluar la calidad de las respuestas o para ayudar a determinar si la pregunta está generando la información que el autor de la encuesta pretendía”. Básicamente, recoge “las explicaciones sobre cuál ha sido la

interpretación de la pregunta, la información sobre los distintos problemas que hayan tenido contestando a las preguntas o cualquier otra información que arroje luz sobre la amplia variedad de aspectos que rodea el proceso pregunta-respuesta”. 52

Para tal fin, se destinó la segunda semana del mes de Diciembre de 2011 y la primera, segunda y tercera semana del mes de Enero de 2012. Debido a la prolongación de los resultados, para conocer a profundidad el proceso llevado a cabo, así como los ajustes realizados a los instrumentos a través de entrevistas cognitivas y pruebas piloto, por favor remitirse al Anexo No. 1.

Por otro lado, en cuanto al componente cualitativo, se crearon 5 ejes de indagación a partir de la revisión bibliográfica. Lectura de artículos de investigación, de documentos y estudios nacionales e internacionales, así como la revisión de dos referentes teóricos, orientaron la conformación de dichas líneas de la siguiente manera:

Tabla No. 1: Ejes de indagación – entrevistas cualitativas realizadas a mujeres participantes entre Marzo de 2012 y Abril de 2012

EJES DE INDAGACIÓN	
•	Inicio de la historia de violencia
•	Dinámica de pareja (comportamientos, actitudes). Características de los actos violentos (tipo de violencia, severidad, frecuencia, etc.)
•	Percepciones de salud física, mental/emocional y reproductiva (cambios en la “salud”). Limitaciones físicas y emocionales generadas por la experiencia traumática.
•	Vida en comunidad o barrio y relaciones interpersonales entre pares (amigos, familiares y particulares)
•	Educación, trabajo y vida económica

RECOLECCIÓN DE DATOS

Se aplicó el cuestionario a las mujeres participantes del estudio a partir de la segunda semana de Febrero de 2012 hasta mediados de Abril de 2012. La información fue suministrada por las mujeres a través de la aplicación individual del cuestionario, con una duración máxima de 70 minutos. Al inicio y durante cada proceso se reiteró la confidencialidad y anonimato de la información entregada.

Al momento de realizar las preguntas, se manejó un vocabulario claro y sencillo, de tal manera que éstas pudieran ser contestadas con la mayor simplicidad y

puntualidad al entrevistador. Una vez la entrevista finalizaba, los cuestionarios e información suministrada se archivaban y custodiaban.

Las tres entrevistas individuales a profundidad se realizaron en el mismo periodo de tiempo destinado para la recolección de datos. La saturación de información fue el límite para determinar el número de entrevistas por participante, en no más de tres encuentros cuya duración dependía de cómo se iban desarrollando las sesiones, las cuales fueron grabadas y transcritas. Se realizaron además, por cada investigadora, diarios de campo de cada encuentro con las mujeres.

ANÁLISIS DE DATOS

El análisis de datos se ejecutó en los meses de Abril y Mayo del año 2012. Se llevó a cabo, por parte de las investigadoras, un análisis exploratorio de los datos cuantitativos, en el cual se realizaron los siguientes procedimientos: las variables categóricas se describieron como porcentajes y las variables cuantitativas se analizaron con pruebas estadísticas paramétricas (Prueba t) luego de la verificación de todos los supuestos de normalidad. En el caso de que al menos uno de ellos no se cumpliera, se emplearían pruebas no paramétricas (Prueba de Suma de rangos de Wilcoxon).

Para complementar los datos cuantitativos y aportar a la comprensión de la problemática, en el componente cualitativo, con las transcripciones de las entrevistas individuales a profundidad, tras la triangulación de la información y una depuración empírica y conceptual, se realizó un proceso de categorización selectiva, cuyo resultado fue la identificación y desarrollo de varias categorías núcleo, alrededor de las cuales se articuló todo el sistema categorial construido a lo largo de la investigación, con lo cual se estructuró una presentación sintética y conceptualizada de los datos, y se describió la percepción de salud y discapacidad relacionada con la violencia. Finalmente, con el objetivo de garantizar el rigor metodológico en el componente cualitativo, se realizó, además de la triangulación de investigadores, un proceso de validación a través de la revisión de pares (Creswell, Miller, 2000). Además, la legitimidad de los resultados cualitativos se garantiza, no sólo por el uso de la estrategia de triangulación usada y la técnica de validación de pares, también por la coherencia metodológica entre el objetivo de la investigación, el método y el tipo de análisis usado, la selección apropiada de las participantes de acuerdo a criterios de inclusión previamente definidos según el objetivo del estudio, la utilización de diferentes fuentes de información (entrevistas y revisión de documentos), así como la realización de la recolección y el análisis de la información de manera simultánea (Attride-Stirling J, 2001). 53

5.6. ASPECTOS ÉTICOS

Esta investigación tuvo en cuenta las disposiciones de la Resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud, la cual establece las Normas científicas, técnicas y administrativas para la Investigación en Salud. Esta Investigación de carácter descriptivo, está considerada dentro de las Investigaciones como riesgo mínimo, según el Artículo 11, literal b, ya que según cita dicha ley “se trata de un estudio prospectivo que emplea el registro de datos a través de procedimientos comunes como exámenes físicos o psicológicos de diagnóstico o tratamientos rutinarios”.

En esta investigación se aplicaron cuestionarios y se realizaron entrevistas, los cuales abordaron temas sensibles, lo que pudo afectar la parte psicológica de las entrevistadas, al remover recuerdos de situaciones violentas y desagradables. Para reducir dicho riesgo, se contó con el apoyo permanente del servicio de psicología de la institución a cargo.

Durante el estudio, a toda participante se le informó acerca del uso que se le daría a la información que proporcionara, dicho uso se autorizó a través de un consentimiento informado (Ver anexo No. 2). Al ser éste un tema poco tratado a la luz pública por parte de las mujeres víctimas, se garantizó la seguridad, confidencialidad y el anonimato de la persona que proporcionara los datos, a través de la no inclusión de la casilla de “nombre” en los formatos.

A las mujeres que decidieron participar, las investigadoras explicaron el cuerpo del consentimiento informado, el cual contiene aspectos relacionados con la investigación tales como: el tema y objetivo principal del proyecto, los procedimientos y el tiempo a los cuales estarían sometidos los sujetos de la investigación, los riesgos y beneficios, la garantía de confidencialidad de la información, el carácter voluntario de su participación, los gastos en que incurriría el sujeto, las compensaciones por su participación, información de las personas encargadas de la investigación, así como de las circunstancias bajo las cuales se terminaría su participación en el estudio. De igual manera se le informó acerca de su derecho a conocer la información nueva o los resultados de la investigación.

Finalmente las participantes recibieron una copia del consentimiento para guardarlo y poder consultarlo en un futuro. Por otro lado, para las entrevistas individuales a profundidad, se autorizó la ejecución de las mismas a través de un segundo consentimiento, el cual cumple con todas las condiciones ya mencionadas en el primer consentimiento (Ver Anexo No. 3)

Se garantizó el principio de Dignidad de las personas, ya que se respetó la autonomía de las participantes en el sentido de que ésta fue una investigación voluntaria y podían retirarse en cualquier momento, sin que esto significase un trato diferente para ellas en los grupos a los que pertenecían. El principio de

beneficencia y no maleficencia ya que no se generó daño con esta investigación y ante situaciones de incomodidad se contó con el servicio de psicología ya mencionado, y por último se garantizó el principio de justicia.

Esta investigación fue sometida al Comité Institucional de Revisión de Ética Humana de la Universidad del Valle, quien a través del Acta de aprobación No. 019-011, con código interno No. 181-011, dio el aval para la ejecución de la misma. (Ver Anexo No. 6), aval obtenido el 22 de Noviembre de 2011.

Asimismo, esta investigación contó con la autorización de la Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali – Vigilancia Epidemiológica (Ver anexo No. 7).

RESULTADOS

Para dar cumplimiento a los objetivos planteados en esta investigación, se realizó el análisis a partir de dos componentes: un componente cuantitativo a través de la aplicación de un instrumento con preguntas estructuradas, y un componente cualitativo, de manera complementaria, cuya información fue obtenida a través de entrevistas individuales a profundidad. A continuación se describen los resultados del estudio en un grupo de mujeres participantes entre Marzo de 2012 y Abril de 2012:

Componente Cuantitativo:

- Descripción de las características sociodemográficas.
- Descripción de la situación de violencia.
- Descripción de la percepción de seguridad personal y actitudes frente a la violencia, durante y después de la convivencia en pareja.
- Descripción de la percepción de la calidad de vida relacionada con salud, durante y después de la convivencia en pareja.
- Descripción de las limitaciones para la realización de actividades y restricciones a la participación, durante y después de la convivencia en pareja.
- Descripción de la posible relación entre variedad de agresiones recibidas y percepción de calidad de vida (salud) y discapacidad.

Componente Cualitativo:

- Categorización y descripción de cronicidad, formas y tipos de violencia.
- Categorización y descripción de gravedad e impacto de la violencia.

Otros hallazgos del componente cualitativo:

- Categorización y descripción de factores de riesgo y protectivos (Factores ambientales y Factores personales).

6.1. COMPONENTE CUANTITATIVO

Se da respuesta a los primeros cuatro objetivos propuestos dentro de la investigación, a través de los cuales se planteó describir características sociodemográficas de las 20 mujeres participantes, datos sobre la historia de violencia de dicha población, percepción de calidad de vida relacionada con salud y condición de discapacidad en términos de limitaciones de las actividades y restricciones en la participación. Con el objetivo de evidenciar contrastes, la información fue tomada en dos momentos: durante la convivencia con su pareja y una vez finalizada la relación.

A continuación se presentan los resultados cuantitativos del estudio, de acuerdo con cada objetivo planteado:

6.1.1. OBJETIVO ESPECÍFICO No. 1: Describir las características socio - demográficas en un grupo de mujeres víctimas pertenecientes a una institución de atención y prevención de la VF del municipio de Santiago de Cali.

CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS

A continuación, en la tabla No. 2, se describen las características sociodemográficas del total de la muestra del presente estudio:

Tabla No. 2: Características sociodemográficas en mujeres participantes entre Marzo de 2012 y Abril de 2012.

VARIABLE	n (%)
DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS	
Edad	
De 15 a 17 años	0
De 18 a 25 años	20
De 26 a 35 años	50
De 36 a 45 años	25
De 46 a 55 años	5
Mayor a 55 años	0
Lugar de nacimiento	
Cali	45
Otros	55
Antes de vivir en Cali *	
Otra ciudad como esta	8.33
Una ciudad o pueblo más pequeño	58.33
Una finca o en zona rural	33.33
Comuna actual	
20	15
21	10
14	10
3	10
Otras	55
Comuna anterior **	
7	20
18	10
15	10
13	10
Otros	50

Tiempo en comuna actual	
Años	45
Meses	35
Siempre	20
Tiempo en comuna anterior **	
Años	65
Meses	20
Siempre	15
Percepción de Raza Encuestadas	
Blanca	10
Mestiza	55
Mulata	10
Negra	20
Indígena	5
Percepción de Raza Encuestador	
Blanca	10
Mestiza	55
Mulata	10
Negra	20
Indígena	5
Escolaridad	
Ninguno	5
Primaria	15
Secundaria	75
Universitaria	0
Postgrado	5
Estado Civil	
Soltera	45
Separada/divorciada	20
Viuda	5
Casada	20
Unión libre	10
Ocupación actual	
Empleada	25
Desempleada- buscando un trabajo	55
Desempleada – no buscando un trabajo	0
Receso temporal	5
Jubilada-pensionada o rentista	0
Ama de casa	10
Estudiante	5
No hace nada en particular	0
Otro	0
Jornada Laboral	
Tiempo completo	35
Medio tiempo	0

No trabaja	50	
Por horas (prestación de servicios o monitoria)	15	
Personas con las que vivió el último año		
2 hijos, pareja, ella	30	
3 hijos, pareja, ella	10	
4 hijos, pareja, ella	10	
Hijos, pareja, ella, otros	25	
Otras conformaciones	25	
Personas con las que vivió el último mes		
Hijos, ella	35	
Hijos, pareja, ella	20	
Hijos, ella , otros	25	
Hijos, ella, pareja, otros	5	
Otras conformaciones	15	
Conformación hogar durante		
Hogar con hijos y esposo	50	
Hogar con esposo o pareja	5	
Hogar con hijos	10	
Casa de familiar de su pareja	20	
Casa de familiar suyo	5	
Otro	10	
Conformación hogar después		
Hogar con hijos y esposo	10	
Hogar con esposo o pareja	0	
Hogar con hijos	35	
Casa de familiar de su pareja	5	
Casa de familiar suyo	30	
Otro	20	
VARIABLE	n (%) DURANTE	n (%) DESPUÉS
Posición en el Hogar		***
Ama de casa	55	10
Esposa	0	5
Madre	30	25
Hija	0	10
Abuela	0	0
Es otro familiar o pariente	0	0
Cabeza de familia / jefe de hogar	15	50
Otro	0	
Nº de hijos (*)		
1	21.05	
2	42.10	

3	15.78	
4	15.78	
6	5.26	
Aporte económico en dinero al hogar		
Si	90	70
No	10	25
No sabe/No responde	0	5
Mayor aporte Económico al mes		
Pareja	65	15
Ella	20	40
Pareja, Ella	10	15
Ella, familiares	5	5
Amigos, familiares	0	25
Seguridad Social	n (%)	
El Instituto de Seguros Sociales (ISS)	5	
Regímenes especiales	15	
EPS (Entidad Promotora de Salud)	35	
ARS (Administradora de Régimen Subsidiado) a través del SISBEN	35	
Ninguna	10	
No sabe	0	

* Del total de la muestra de mujeres (n=20), 8 de ellas siempre han vivido en la ciudad de Cali

** Del total de la muestra de mujeres (n=20), 3 de ellas nunca han cambiado de comuna

*** Del total de la muestra de mujeres (n=20), 3 aún conviven con su pareja, por tal motivo, 17 mujeres pudieron dar respuesta a las variables relacionadas con un “después”.

(*) Del total de la muestra de mujeres (n=20), 1 de ellas no tiene hijos nacidos

Las edades de las mujeres que hicieron parte del estudio oscilaban entre los 18 y los 45 años en su gran mayoría; sólo un porcentaje pequeño pasaba de los 46 años. El 50% del total de la muestra se encuentra en un rango de 26 a 35 años de edad. El mayor porcentaje corresponde a mujeres en edad fértil, periodo cronológico caracterizado por un alto nivel de productividad.

En cuanto al lugar de origen, casi la mitad de ellas indicó la ciudad de Cali como su municipio de origen, lugar en el que han residido durante toda su vida. Aquellas cuyo caso difiere del ya descrito, respondieron, en su mayoría, haber residido en una ciudad o pueblo más pequeño, acompañado de un porcentaje significativo residente en una finca o zona rural. Dentro del área de Cali aproximadamente el

50% de las mujeres residió y reside actualmente en algunas de las comunas que para el 2010 reportaron el mayor número de casos de violencia familiar según el Informe anual del OVF, entre ellas las comunas 20, 13, 14 y 18.

Más del 50% de las mujeres es de raza mestiza, percepción que coincide con la del encuestador; otra parte significativa la conforman mujeres de raza negra. Su nivel de escolaridad, en la mayoría de los casos, alcanzó la secundaria; menos de la mitad culminó dichos estudios. Una de las mujeres actualmente se halla cursando estudios de postgrado, situación que evidencia una afectación y prevalencia transversal de este tipo de violencia en lo relacionado a niveles educativos. Sin embargo, la mayor prevalencia, en el total de la muestra, es la referente a niveles de escolaridad bajos, hecho que se propicia en condiciones de desigualdad, escasas oportunidades y en este caso, factores como la restricción impuesta por el agresor.

De igual manera, se indagó acerca del estado civil actual de las mujeres, en el que ser soltera es la situación más común, seguida de un 20% de mujeres quienes indicaron estar separadas o divorciadas, acompañado de un 20% de mujeres casadas aún con quien hubiese sido su pareja, las cuales no conviven con ésta actualmente. En un gran número, las mujeres pasaban de estar en una relación a ser madres solteras, excepto el 10% del total de la muestra, quien aún convive en unión libre con el agresor.

Un poco más de la mitad de ellas no tienen un trabajo remunerado, se encuentran desempleadas o buscando un trabajo. Tan sólo una cuarta parte de las mujeres entrevistadas están empleadas, en su mayoría en jornadas laborales de tiempo completo, y otra parte de ellas empleadas por horas. Estos datos indican un alto porcentaje de desempleo en la población de mujeres involucradas en la problemática objeto de este estudio.

En el último año, la mayor parte de las mujeres habían vivido en su hogar con 4 o 5 personas, principalmente en núcleos familiares conformados por un padre, una madre e hijos; en algunos casos uno u otros familiares hacían parte de este debido a que algunas de ellas vivían en el hogar de un familiar de la pareja. Ya en la actualidad las mujeres refieren vivir con 3 o 4 personas (hijos, familiares o amigos), una cantidad menor ya que para este momento han dejado de vivir con el agresor. El número de hijos que tienen las mujeres actualmente oscila entre 1 y 6, aproximadamente un 42% de ellas tiene 2 hijos, seguido por un 30% con 3 o 4 hijos, y un porcentaje menor con tan solo uno. Únicamente una de las mujeres tiene 6 hijos.

En cuanto a la mejor descripción concerniente a la posición en el hogar durante la convivencia con el agresor, más del 80% de ellas señaló ser amas de casa o madres. Una vez abandonaban la relación, 17 de ellas mencionaron ser madres cabeza de familia en la actualidad, seguida de respuestas relacionadas con títulos

o posiciones de esposas, madres, hijas y amas de casa, situación que responde a una distribución tradicional de los roles de género, en la cual “la visión de la mujer se vincula a las actividades afectivas encaminadas al cuidado de los hijos, del hogar y de la pareja, así como a la posesión de características tales como la sumisión, la abnegación y la dependencia (Rocha, 2000)”. 54

Durante la convivencia con el agresor, la mayoría de mujeres realizaban un aporte económico en dinero al hogar, sin embargo el mayor aporte mensual, durante dicho periodo, procedía de la pareja con quien convivían. En algunos casos -en un porcentaje pequeño -ambos realizaban igual aporte mensual. Una vez finalizaba la relación, la mayoría de las mujeres participantes aportan a su hogar actual, muchas de ellas realizan el mayor aporte mensual y en algunos casos, éste es llevado a cabo por parte de algún familiar o pariente. Un porcentaje menor de las mujeres aporta mensualmente junto con el padre de sus hijos (demandas por alimentación).

Finalmente, en cuanto a afiliación al sistema de salud, el 70% de los casos pertenece a afiliaciones al régimen contributivo y al régimen subsidiado, porcentaje distribuido en 35% para el primero y 35% para el segundo. Un porcentaje menor de participantes pertenece a regímenes especiales y, una minoría no cuenta con ningún tipo de afiliación.

6.1.2. OBJETIVO ESPECÍFICO No. 2: Describir la situación de violencia en un grupo de mujeres víctimas pertenecientes a una institución de atención y prevención de la VF del municipio de Santiago de Cali.

SITUACIÓN DE VIOLENCIA

En las siguientes tablas se presenta la situación de violencia sufrida por las 20 mujeres del estudio a lo largo de su relación, comprendida ésta como las variaciones que definen la existencia particular de cada mujer. 55. Es así como, se describe, a grandes rasgos, la dinámica de convivencia en pareja, algunas de las manifestaciones de violencia contra las participantes, en este caso, las propinadas por su respectiva pareja, datos sobre antecedentes de maltratos y algunas actitudes y percepciones por parte de dichas mujeres concernientes a los actos violentos vivenciados.

Tabla No. 3: Situación de violencia en mujeres participantes entre Marzo de 2012 y Abril de 2012.

VARIABLE	n (%)
SITUACIÓN DE VIOLENCIA POR PARTE DE LA PAREJA	
Personas con las que ha convivido en pareja	
1	65
2	25
3	10
Actualmente convive en pareja	
Si	20
No	80
Edad en que se unió por primera vez	
< 17 años	40
18 a 21	40
22 en adelante	20
Explicación de su punto de vista	
Nunca	5
Rara vez	25
A veces	10
Siempre	60
Gritos con rabia	
Nunca	0
Rara vez	0
A veces	15
Siempre	85
Golpes con Objetos	
Nunca	20
Rara vez	10
A veces	35
Siempre	35
Cachetadas	
Nunca	30
Rara vez	20
A veces	20
Siempre	30
Amenazas en general	
Si	60
No	40
Frecuencia veces/mes *	
1	8.33
2	16.67
4	33.33
8	8.33
12	8.33
28	25

Maltratos por la pareja	
Si	90
No	10
Frecuencia veces/mes **	
1	33.33
3	6.66
4	33.33
12	13.33
16	6.66
28	6.66
Heridas con arma blanca ***	
Si	10
No	90
Herida con arma de Fuego (*)	
Si	5
No	95
Amenazas de muerte	
Si	70
No	30
Frecuencia veces/mes (**)	
1	37.5
2	12.5
4	25
12	12.5
28	12.5

* Del total de la muestra de mujeres (n=20), la frecuencia no aplicaba a las participantes que negaran haber recibidos amenazas en general (n=12).

** Del total de mujeres que afirmaron recibir maltratos por parte de su pareja (n=15), cuatro de ellas indican una frecuencia de 2 a 4 veces durante toda la relación.

*** Del total de la muestra de mujeres (n=20), dos fueron heridas con arma blanca de 1 a 3 veces durante toda la relación (n=2)

(*) Del total de la muestra de mujeres (n=20), una de ellas fue herida con arma de fuego; el evento sucedió una vez durante toda la relación.

(**) Del total de mujeres que afirmaron ser amenazadas de muerte (n=8), el evento en seis de ellas se dio de 1 a 4 veces durante toda la relación (n=6)

Una vez finalizada la relación de pareja, el mayor porcentaje de participantes convive con sus hijos principalmente como madres solteras; solo un 20% de ellas convive en pareja. Muchas de ellas se unieron por primera vez antes de cumplida la mayoría de edad, el resto cuando tenían entre los 18 y 21 años y, un porcentaje menor después de cumplidos los 22 años, evidencia de los inicios tempranos en las relaciones de convivencia en pareja.

Se presentó, de acuerdo a los datos recolectados respecto a la situación de violencia, formas de resolución de conflictos caracterizadas por el diálogo y la conciliación con el agresor en la mayoría de los casos, de manera que las participantes tenían la oportunidad de explicar su punto de vista durante los momentos de discusión. Sin embargo, en contraste a dicha situación o realidad, el 85% de las mujeres recibió siempre gritos con rabia y, sólo el 15% restante refirió recibirlos a veces. De igual manera, el 50% de las participantes reportó, además, recibir cachetadas en repetidas ocasiones y, algunas de ellas, todo el tiempo. Golpes con objetos eran frecuentes: sólo menos de la tercera parte indicó nunca haber sido agredida de dicha forma; el resto de ellas mencionó haber sido receptoras de dichos golpes durante su situación de violencia.

Más de la mitad de las mujeres experimentó todo tipo de amenazas en general por parte del agresor. La mayoría de dichas amenazas se presentaban de manera semanal, seguido de un porcentaje alto relacionado con una frecuencia diaria; el 16.33 % refirió recibir dichas agresiones aproximadamente 2 veces por mes.

Respecto a los maltratos físicos por parte de la pareja, casi el total de las mujeres lo vivenció, al igual que las amenazas y agresiones psicológicas. Gran parte de ellas eran agredidas una vez al mes, de una a tres veces por semana y, un menor porcentaje casi todos los días. Cuatro de estas mujeres indicaron haber sido violentadas físicamente de 2 a 4 veces durante toda la relación.

Las agresiones con armas blancas y armas de fuego fueron menos frecuentes, solo un 10% de ellas reportó heridas con armas blancas, algunas de 1 a 3 veces durante toda la relación. En cuanto a heridas con arma de fuego, sólo se registró un caso. La mayoría de participantes, por lo menos una vez al mes, recibieron amenazas de muerte e intimidaciones por parte de su pareja, sin embargo, gran parte de ellas fueron víctimas de dichas agresiones una a tres veces por semana, y en algunas participantes, 7 días por semana.

Tabla No. 4: Violencia ejercida por personas diferentes a la pareja en mujeres participantes entre Marzo de 2012 y Abril de 2012.

VARIABLE	n (%)
SITUACIÓN DE VIOLENCIA POR OTRAS PERSONAS DIFERENTES A LA PAREJA	
Frecuencia de maltrato en la infancia	
Nunca	10
En muy pocas ocasiones	25
Más o menos una vez al mes	10
Más o menos una vez por semana	10
Casi todos los días	45

Golpes en general	
Si	25
No	75
Frecuencia veces/mes *	
4	100

* Mujeres quienes afirmaron recibir golpes por parte de personas diferentes a su pareja (n=5), dos de ellas con frecuencia de 4 veces/mes (n=2); las otras tres de 1 a 2 veces durante toda la relación.

El 90% de las participantes respondió haber sido maltratada en la infancia, en su mayoría, casi todos los días. Los golpes en general propinados a las entrevistadas por personas diferentes a la pareja, obtuvieron baja prevalencia, sin embargo, una cuarta parte de ellas fue agredida por otra persona por lo menos 4 veces por mes o, 1 a 2 veces durante el tiempo de convivencia con la pareja.

Tabla No. 5: Percepción de seguridad personal y actitudes, actividades y necesidades frente a la violencia en mujeres participantes entre Marzo de 2012 y Abril de 2012.

VARIABLE	n (%) DURANTE	n (%) DESPUÉS
SEGURIDAD PERSONAL		
Casa o apartamento		*
Muy segura	10	35.29
Algo segura	25	29.41
Algo insegura	10	17.64
Muy insegura	55	17.64
Barrio durante el día		*
Muy segura	30	41.17
Algo segura	15	11.76
Algo insegura	40	35.29
Muy insegura	15	11.76
Barrio durante la noche		*
Muy segura	35	41.17
Algo segura	15	17.64
Algo insegura	20	29.41
Muy insegura	30	11.76
Medios de transporte		*
Muy segura	25	43.75
Algo segura	30	18.75
Algo insegura	30	25
Muy insegura	15	12.5
Centro de la ciudad		*
Muy segura	22.22	31.25
Algo segura	27.77	25

Algo insegura	22.22	25
Muy insegura	27.77	18.75
ACTITUDES, ACTIVIDADES Y NECESIDADES FRENTE A LA VIOLENCIA		
Limitación para visitar lugares		*
Mucho	45	5.88
Poco	30	11.76
Nada	25	82.35
Limitación actividades recreación		*
Mucho	60	5.88
Poco	5	17.64
Nada	35	76.47
Necesidad adquirir armas		*
Mucho	20	11.76
Poco	25	5.88
Nada	55	82.35
Necesidad de mudarse		*
Mucho	85	29.41
Poco	15	35.29
Nada	0	35.29

* Del total de la muestra (20 mujeres), 3 aún conviven con su pareja, por tal motivo, 17 mujeres pudieron dar respuesta a las variables relacionadas con un “después”.

En la tabla No. 5 se evidencia una situación particular: las mujeres participantes de la investigación, durante la convivencia con su pareja, percibieron mayor inseguridad en su casa u hogar, en contraste con otros espacios que representarían mayor riesgo para ellas. De igual manera, al indagar por la percepción de seguridad personal en los diferentes lugares, posterior a dicha convivencia, se observa un cambio notable en la selección de sus respuestas, reflejado en una mayor seguridad en sus hogares, y en igual medida en el resto de lugares, para las 17 mujeres que en la actualidad se han desligado de dicho vínculo.

En cuanto a las actitudes, actividades y necesidades asumidas frente a la violencia, las mujeres, durante el tiempo de convivencia con su pareja, limitaban mucho las actividades de recreación y la visita a otros lugares. De igual manera, mencionaron sentir una gran necesidad de mudarse. Es importante señalar que, una vez deciden separarse de sus cónyuges, dichas limitaciones y necesidades desaparecen por completo.

Con respecto a la adquisición de armas para autoprotección, un poco menos de la mitad de las mujeres (45%) sintió la necesidad de obtenerlas.

6.1.3. OBJETIVO ESPECÍFICO No. 3: Describir la calidad de vida, relacionada con salud, en un grupo de mujeres víctimas pertenecientes a una institución de atención y prevención de la VF del municipio de Santiago de Cali.

Para indagar acerca de la calidad de vida y su relación con la salud, se toman las variables de la Encuesta de Calidad de Vida SF-8, en un grupo de 20 mujeres víctimas de violencia familiar propiciada por sus respectivas parejas. Dicha información se detalla en la Tabla No. 6:

Tabla No. 6: Percepción calidad de vida en relación con la salud durante y después de la convivencia con la pareja en mujeres participantes entre Marzo de 2012 y Abril de 2012.

VARIABLE	n (%) DURANTE	n (%) DESPUÉS
CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON SALUD		
En general, ¿cómo calificaría su salud durante el tiempo de convivencia con su pareja?		*
Excelente	5	15.78
Muy buena	5	15.78
Buena	10	26.31
Regular	45	36.84
Mala	20	5.26
Muy mala	15	0
Durante el tiempo de convivencia con su pareja, ¿hasta qué punto los problemas físicos de salud limitaron sus actividades físicas habituales (tales como caminar, subir escaleras, realizar las tareas de la casa, ir por los niños, etc.)?		*
Nada	40	73.68
Muy poco	20	10.52
Algo	15	15.78
Bastante	5	0
No podía hacer actividades físicas	20	0
Durante el tiempo de convivencia con su pareja, ¿cuánta dificultad tuvo usted para hacer su trabajo diario, tanto en casa como fuera de casa, a causa de su salud física?		*
Ninguna en absoluto	35	89.47
Un poco	20	10.52
Alguna	15	0
Bastante	10	0

No podía hacer trabajo diario	20	0
¿Cuánto dolor físico tuvo usted durante el tiempo de convivencia con su pareja?		*
Ninguno	0	52.63
Muy suave	0	15.78
Leve	20	5.26
Moderado	40	21.05
Grave	30	5.26
Muy grave	10	0
Durante el tiempo de convivencia con su pareja, ¿con qué frecuencia se sintió enérgica?		*
Siempre	15	73.68
Casi siempre	0	15.78
Algunas veces	40	5.26
Casi nunca	40	5.26
Nunca	5	0
Durante el tiempo de convivencia con su pareja ¿hasta qué punto un problema en su salud, física o emocional, limitó su actividad social, es decir, relacionarse y comunicarse con familia o amigos?		*
Nada	10	63.15
Muy poco	5	15.78
Algo	15	10.52
Bastante	35	10.52
No podía hacer actividades sociales	35	0
Durante el tiempo de convivencia con su pareja, ¿cuánto le molestaron los problemas emocionales? (como el sentirse ansiosa, deprimida o irritable)		*
Nada	0	52.63
Ligeramente	5	15.78
Moderadamente	10	15.78
Bastante	45	15.78
Extremadamente	40	0
Durante el tiempo de convivencia con su pareja, ¿hasta qué punto los problemas personales o emocionales le impidieron realizar su trabajo habitual u otras actividades diarias como arreglarse, caminar, salir, arreglar la casa, cuidar de los hijos, etc.?		*
Nada	10	63.15

Muy poco	15	26.31
Algo	25	10.5
Bastante	35	0
No podía hacer las actividades de vida diaria	15	0

* Del total de la muestra (20 mujeres), 3 aún conviven con su pareja, sin embargo, de estas últimas sólo 1 de las entrevistadas no dio respuestas a las variables relacionadas con un “después”.

La percepción de calidad de vida relacionada con salud, se ve afectada de manera alarmante, presentándose en el 80% del total de la muestra una percepción de salud regular, mala y muy mala inherente al periodo de convivencia con el agresor. De igual manera, los problemas de salud limitaron su actividad social hasta el punto de no poder hacerlas. Los problemas emocionales generaron bastante y extrema molestia en las participantes.

En cuanto a la limitación en las actividades físicas habituales y la dificultad para llevar a cabo el trabajo diario, el 60% y el 50% de la muestra presentó algún tipo de dificultad durante la convivencia con su pareja, respectivamente.

Con respecto al dolor físico percibido, las participantes, en su mayoría, lo han padecido de forma moderada a grave. Así mismo, con relación a la pregunta: ¿con qué frecuencia se sintió enérgica?, la mayoría respondió alguna vez o casi nunca haber cursado con dicho estado durante la convivencia con su pareja. Por otra parte, los problemas personales o emocionales impidieron bastante el llevar a cabo las actividades diarias como arreglarse, salir, caminar, cuidar a familiares, etc.

6.1.4. OBJETIVO ESPECÍFICO No. 4: Describir la condición de discapacidad en un grupo de mujeres víctimas pertenecientes a una institución de atención y prevención de la VF del municipio de Santiago de Cali.

PRESENCIA DE LIMITACIONES

A través de un listado de chequeo, de manera general, en un grupo de 20 mujeres víctimas de violencia familiar propiciada por sus respectivas parejas, se indaga acerca de la presencia de deficiencias en estructuras y limitaciones en actividades, y el origen de las mismas. Dicha información se detalla en la Tabla No. 7:

Tabla No. 7: Presencia de limitaciones en mujeres participantes entre Marzo de 2012 y Abril de 2012

VARIABLE	n (%)
PRESENCIA DE LIMITACIONES	
Moverse o caminar	
SI	5
NO	95
Usar sus brazos y manos	
SI	10
NO	90
Ver, a pesar de usar lentes o gafa	
SI	10
NO	90
Oír aun con aparatos especiales	
SI	5
NO	95
Hablar	
SI	0
NO	100
Entender o aprender	
SI	30
NO	70
Relacionarse con los demás por problemas mentales o emocionales	
SI	5
NO	95
Bañarse vestirse alimentarse por sí mismo	
SI	0
NO	100
Otra limitación permanente	
SI	10
NO	90
ORIGEN DE LA LIMITACIÓN *	
Porque nació así	0
Por una enfermedad	11.11
Por un accidente	0
Por violencia entre grupos armados	0
Por violencia dentro del hogar	33.33
Por violencia de delincuencia común	11.11
Por edad avanzada, envejecimiento	0
Por otra causa	22.22
No sabe	22.22

- 9 mujeres, del total de la muestra, refirieron presencia de limitaciones

Del total de la muestra, el mayor porcentaje dice no tener deficiencias estructurales o limitaciones para realizar las actividades básicas cotidianas, sin embargo, cabe resaltar que el mayor porcentaje de las que cursan con algún tipo de dificultad relacionan el origen de las mismas con violencia dentro del hogar.

LIMITACIONES EN LAS ACTIVIDADES Y RESTRICCIONES EN LA PARTICIPACIÓN

Para lograr una descripción amplia de la condición de discapacidad en mujeres víctimas de violencia familiar por parte de sus respectivas parejas, se utilizaron variables de los seis dominios presentados por el WHO-DAS, a través de las cuales se indagó sobre las dificultades presentes en la vida cotidiana debido al “estado de salud”, este último entendido “como una enfermedad u otros problemas de salud de corta o larga duración, lesiones, problemas mentales, problemas emocionales e incluso problemas relacionados con el uso de alcohol o drogas” (WHO-DAS)

Para tal fin, 20 mujeres dieron respuestas a dichas variables, en las que se tuvo en cuenta aspectos como aumento de esfuerzo, malestar o dolor, lentitud y/o cambio en el modo de realizar la actividad, al momento de determinar la presencia o no de dificultades, dando respuestas para dos momentos de su vida: las correspondientes al tiempo de convivencia con su pareja y, las relacionadas con su realidad una vez ha cesado dicha situación. Cabe aclarar que tres de ellas aún conviven con el agresor, por lo que se omite las respuestas de un “después”.

A continuación, en la Tabla No. 8, se describen las limitaciones para la realización de tareas o actividades, así como la restricción a la participación:

Tabla No. 8: Limitaciones para la realización de actividades y restricciones a la participación en mujeres participantes entre Marzo de 2012 y Abril de 2012

VARIABLE	n (%) DURANTE	n (%) DESPUÉS
COMPRENSIÓN Y COMUNICACIÓN		
Dificultad para solucionar problemas cotidianos		*
Ninguna	15	55.55
Leve	15	33.33
Moderada	25	5.5
Severa	5	5.5
Extrema/No podía hacerlo	40	0

Dificultad para entender lo que decía la gente		*
Ninguna	50	83.33
Leve	5	16.66
Moderada	25	0
Severa	5	0
Extrema/No podía hacerlo	15	0
Dificultad para iniciar o mantener una conversación		*
Ninguna	45	77.77
Leve	5	11.11
Moderada	20	5.5
Severa	5	5.5
Extrema/No podía hacerlo	25	0
¿Cuánto interfirieron esas dificultades con su vida?	***	
Nada	10.52	
Poco	15.78	
Algo	10.52	
Bastante	26.31	
Muchísimo	36.84	
CAPACIDAD PARA MOVERSE		
Moverse dentro de su casa		*
Ninguna	60	100
Leve	15	0
Moderada	0	0
Severa	5	0
Extrema/No podía hacerlo	20	0
Caminar largas distancias		*
Ninguna	55	88.22
Leve	15	5.88
Moderada	15	5.88
Severa	10	0
Extrema/No podía hacerlo	5	0
¿Cuánto interfirieron esas dificultades con su vida?	***	
Nada	0	
Poco	15.38	
Algo	7.69	
Bastante	61.53	
Muchísimo	15.38	
CUIDADO PERSONAL		
Dificultad para bañarse		*
Ninguna	85	100
Leve	0	0

Moderada	0	0
Severa	0	0
Extrema/No podía hacerlo	15	0
Dificultad para vestirse		*
Ninguna	85	100
Leve	0	0
Moderada	5	0
Severa	0	0
Extrema/No podía hacerlo	10	0
Dificultad para comer		*
Ninguna	65	82.35
Leve	0	5.88
Moderada	10	5.88
Severa	5	5.88
Extrema/No podía hacerlo	20	0
¿Cuánto interfirieron esas dificultades con su vida?	***	
Nada	0	
Poco	0	
Algo	14.29	
Bastante	42.86	
Muchísimo	42.86	
ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA		
Dificultad para relacionarse con desconocidos		*
Ninguna	40	88.24
Leve	5	5.88
Moderada	20	0
Severa	15	5.88
Extrema/No podía hacerlo	20	0
Dificultad para mantener una amistad		*
Ninguna	35	82.35
Leve	10	11.76
Moderada	0	0
Severa	20	5.88
Extrema/No podía hacerlo	35	0
Dificultad para llevarse bien con personas cercanas		*
Ninguna	55	100
Leve	0	0
Moderada	5	0
Severa	15	0
Extrema/No podía hacerlo	25	0
Dificultad para hacer nuevos amigos		*
Ninguna	35	82.35
Leve	10	11.76

Moderada	0	0
Severa	15	0
Extrema/No podía hacerlo	4	5.88
Dificultad para tener relaciones sexuales		*
Ninguna	35	70.59
Leve	10	17.65
Moderada	10	5.88
Severa	20	5.88
Extrema/No podía hacerlo	25	0
¿Cuánto interfirieron esas dificultades con su vida?	***	
Nada	5.56	
Poco	0	
Algo	11.11	
Bastante	33.33	
Muchísimo	50	
Horas semanales dedicadas para AVD	Mediana	RIQ
	56	38.5 – 87.5
Dificultad para cumplir con los quehaceres de la casa		*
Ninguna	50	88.24
Leve	5	11.76
Moderada	25	0
Severa	15	0
Extrema/No podía hacerlo	5	0
¿Cuánto interfirieron esas dificultades con su vida?	***	
Nada	0	
Poco	27.27	
Algo	27.27	
Bastante	36.36	
Muchísimo	9.09	
No. de horas semanales en las que trabaja o estudia	Mediana n = 14	RIQ
	48	36 - 62
Dificultad para realizar su trabajo diario	(*)	(**)
Ninguna	40	100
Leve	20	0
Moderada	13.33	0
Severa	6.67	0
Extrema/No podía hacerlo	20	0
Reducción del nivel de trabajo	(*)	
Sí	53.33	
No	46.67	

Reducción de dinero	(*)	
Sí	53.33	
No	46.67	
¿Cuánto interfirieron esas dificultades con su vida?	***	
Nada	0	
Poco	27.27	
Algo	36.36	
Bastante	27.27	
Muchísimo	9.09	
PARTICIPACIÓN EN SOCIEDAD		
Dificultad para participar en actividades de la comunidad		
Ninguna	20	82.35
Leve	5	11.76
Moderada	15	0
Severa	15	0
Extrema/No podía hacerlo	45	5.88
Dificultad para moverse por barreras físicas		
Ninguna	75	94.12
Leve	5	0
Moderada	10	0
Severa	10	5.88
Extrema/No podía hacerlo	0	0
Dificultad para vivir con dignidad o respeto		
Ninguna	0	58.82
Leve	10	23.53
Moderada	10	11.76
Severa	45	5.88
Extrema/No podía hacerlo	35	0
Tiempo de dedicación al estado de salud		**
Nada	30	25
Poco	20	18.75
Algo	25	31.25
Bastante	10	12.5
Muchísimo	15	12.5
Afectación emocional por estado de salud		**
Nada	15	43.75
Poco	0	18.75
Algo	15	25
Bastante	30	12.5
Muchísimo	40	0

Impacto económico, por su estado de salud, para usted y su familia		**
Ninguno	35	50
Poco	10	6.25
Algún	25	12.5
Bastante	10	31.25
Muchísimo	20	0
Dificultad tiene y ha tenido la familia por su estado de salud		**
Ninguna	40	62.5
Leve	20	25
Moderada	10	6.25
Severa	20	0
Extrema/No podía hacerlo	10	6.25
Dificultad para realizar cosas para relajarse o disfrutar		**
Ninguna	20	81.25
Leve	15	12.5
Moderada	5	6.25
Severa	20	0
Extrema/No podía hacerlo	40	0
¿Cuánto interfirieron esas dificultades con su vida?	***	
Nada	0	
Poco	10	
Algo	0	
Bastante	40	
Muchísimo	50	

* Del total de la muestra (n=20), 3 aún conviven con su pareja, por tal motivo, 17 mujeres pudieron dar respuesta a las variables relacionadas con un “después”.

** Del total de la muestra (n=20), 3 aún conviven con su pareja y 1 de las entrevistadas no dio respuestas a las variables relacionadas con un “después”.

*** Números correspondientes al total de mujeres quienes refirieron dificultad alguna en los dominios correspondientes.

(*) 15 mujeres del total de la muestra, al ser éstas a quienes sus parejas les permitían emplearse.

(**) 13 mujeres del total de la muestra, quienes laboraban durante la convivencia con su pareja y en la actualidad finalizaron la relación.

RIQ: Rango Intercuartílico

En el **dominio de Comprensión y Comunicación** se evidencia un alto porcentaje de mujeres que presenta una dificultad extrema para solucionar problemas cotidianos durante la convivencia con su pareja, dicha opción fue la de mayor porcentaje, dificultad no percibida una vez finalizada la relación. Lo mismo sucede con respecto a la dificultad para mantener o iniciar una conversación, así como

entender lo que dice la gente. Paralelo a estos eventos, y en relación a los efectos que mencionadas limitaciones ocasionan, el mayor porcentaje plantea que estas dificultades interfirieron muchísimo con sus vidas.

En cuanto al **dominio relacionado con capacidad para moverse**, la dificultad presente para llevar a cabo actividades como moverse dentro de la casa o caminar largas distancias, no representa significancia para el mayor porcentaje del total de la muestra.

En el **dominio de Cuidado Personal**, 15% de las mujeres refirió una dificultad extrema para bañarse. 10% del total de la muestra presentó dificultad extrema al momento de vestirse y, el 5% refirió dicha dificultad como moderada. En cuanto a dificultades para comer, siendo éstas las de mayor prevalencia, el 20% de ellas presentó dificultad extrema, el 5% refirió dificultad severa y el 10% dificultad moderada; todas éstas como parte de las cifras y respuestas correspondientes al periodo de convivencia con su pareja.

Una vez finalizada su relación de pareja, 17 mujeres (*) en total, refirieron no sentir en la actualidad, dificultad alguna para bañarse y vestirse. Sin embargo, el 5.88% refiere permanencia de una dificultad severa para comer, el 5.88% dificultad moderada y el 5.88% leve, como evidencia de secuelas generadas en su periodo de violencia.

Es así como, del total de las mujeres que refirió dificultad alguna en cuanto a cuidado personal, 14.29% calificó que dichas dificultades interfirieron “algo” con su vida, el 42.86% “bastante” y el 42.86% “muchísimo”.

En el **dominio de Actividades de la Vida Diaria**, 20% de las mujeres presentó una dificultad extrema para relacionarse con desconocidos, 20% calificó dicha dificultad como moderada, 15% la refirió como severa y 5% como leve. Para mantener una amistad, el 35% del total de entrevistadas percibió, durante el periodo de convivencia con el agresor, una dificultad extrema, el 20% una dificultad severa y el 10% refirió dificultad leve. El 25% de ellas presentó dificultad extrema para llevarse bien con personas cercanas, el 15% refirió dificultad severa y el 5% dificultad moderada. 4% del total de la muestra presentó dificultad extrema para hacer nuevos amigos, el 15% refirió dicha dificultad como severa y el 10% como leve. En cuanto a dificultades para tener relaciones sexuales, el 25% presentó dificultad extrema, el 20% severa, el 10% moderada y el 10% refirió una dificultad leve.

Es así como, en lo referente a actividades de la vida diaria, mantener una amistad, llevarse bien con personas cercanas y tener relaciones sexuales, las entrevistadas presentaron los tres porcentajes más altos en cuanto a dificultad extrema.

Una vez finalizada su relación de pareja, 17 mujeres (*) en total, refirieron no sentir en la actualidad dificultades o restricciones, o por lo menos, no en la misma medida. Tan solo el 5.88% refirió una dificultad severa en lo concerniente a relacionarse con desconocidos, acompañado de un 5.88% para la opción de dificultad leve. Para mantener una amistad, el 5.88% presenta dificultad severa y el 11.76% dificultad leve. Para hacer nuevos amigos, el 5.88% continúa presentando dificultad extrema y el 11.76% dificultad leve. El 5.88% refiere permanencia de una dificultad severa para tener relaciones sexuales, el 5.88% moderada y el 17.65% leve. En cuanto a llevarse bien con personas cercanas, ésta fue la única variable en la cual, actualmente, el total de entrevistadas (17 mujeres) no presenta ningún tipo de dificultad.

Es así como, del total de las mujeres que refirió dificultad alguna en cuanto a actividades de la vida diaria, 11.11% calificó que dichas dificultades interfirieron “algo” con su vida, el 33.33% “bastante” y el 50% “muchísimo”, éste último como porcentaje mayor al registrado en el dominio de cuidado personal.

El 50% de las mujeres del estudio dedica más de 56 horas semanales para sus AVD. Dichas mujeres refirieron, en un 5%, presentar una dificultad extrema, 15% la percibió como severa, 25% como moderada y 5% como leve, vs sólo un 11.76% de dificultad leve una vez finalizada la relación de las 17 mujeres correspondientes. En este aspecto, del total de las mujeres que refirió dificultad alguna al momento de realizar los quehaceres de la casa, 27.27% calificó que dichas dificultades interfirieron “poco” con su vida, el 27.27% “algo”, el 36.36% “bastante” y el 9.1% “muchísimo”, la explicación dada por ellas, fue la obligación en el cumplimiento de los quehaceres de la casa, independiente de su condición de salud, a excepción de casos extremos.

Otra área principal de la vida en la que se indagó, es la concerniente al trabajo (y/o estudio). Para éste, el 50% de las mujeres del estudio dedicaba más de 48 horas semanales, tomando a sólo 15 del total de la muestra, al ser éstas a quienes sus parejas les permitían emplearse. El 60% de las entrevistadas, en este aspecto, refirió haber tenido dificultades durante la convivencia con su pareja, en lo referente a la realización de su trabajo: el 20% de ellas presentó dificultad extrema, 6.67% refirió dificultad severa, 13.33% moderada y 20% leve. El 53.33% percibió una reducción de su nivel de trabajo y una reducción de dinero o ingresos. Dichas dificultades, una vez finalizada la relación de pareja, desaparecieron completamente. Éstas en su momento, según los resultados, interfirieron de una u otra manera en la vida de las entrevistadas: para el 27.27% lo hizo “poco”, para el 36.36% “algo”, para el 27.27% interfirió “bastante” y para el 9.1% “muchísimo”.

Finalmente, en lo referente al **dominio de Participación en Sociedad**, las restricciones se hicieron evidentes en más del 55% del total de las entrevistadas. Las dificultades, extremas o severas, para participar en actividades de la comunidad, para vivir con dignidad y respeto, afectación emocional por estado de salud y dificultades para realizar actividades de relajación y disfrute fueron las de mayor prevalencia, hecho que refleja las restricciones en interacciones y relaciones interpersonales, así como vida comunitaria, social y cívica. 45% de las mujeres refirió dificultad extrema para participar en actividades de la comunidad, 15% dificultad severa, 15% moderada y 5% leve. Sólo un 5.88% refirió continuar en la actualidad con dificultad extrema y un 11.76% con dificultad leve. Para vivir con dignidad o respeto, el 80% del total de entrevistadas, presentó dificultad extrema o severa y un 20% dificultad moderada o leve, porcentajes disminuidos una vez culminada la relación: 23.53% refirió presentar dificultad leve, el 11.76% moderada y sólo el 5.88% severa. El 70% de las mujeres del estudio, durante la convivencia con su pareja, refirió dedicar tiempo, entre poco y muchísimo, al estado de salud, presentándose un incremento del mismo a un 75%, una vez finalizada la relación. En cuanto a afectación emocional por estado de salud, el 40% de las mujeres refirió “muchísima” afectación, el 30% “bastante” y el 15% “algo”. Dichos porcentajes comparados con la situación actual de quienes terminaron su relación, sufren cambios, y evidente mejoría, al presentar “bastante” afectación en el 12.5% de las mujeres, “algo” en el 25% y “poco” en el 18.75%. El 40% presentó dificultad extrema para realizar actividades de relajación o disfrute, el 20% refirió dificultad severa, el 5% moderada y el 15% leve; una vez finalizada la relación, sólo el 6.25% refirió presentar en la actualidad dificultad moderada y el 12.5% dificultad leve.

Las dificultades para moverse por barreras físicas fueron las de menor prevalencia, presentadas en un 25% de las entrevistadas durante su situación de violencia, y repartidas en porcentajes de: severa en un 10%, moderada en un 10% y leve en un 5%. Una vez culminado dicho periodo, sólo el 5.88% refirió dificultad severa.

Por último, dentro de este dominio se indagó sobre el impacto económico y las dificultades no sólo para la mujer víctima, también para su familia. De esta manera, el 65% del total de la muestra respondió haber tenido implicaciones económicas, a causa de su estado de salud, para ella y su familia; de igual manera, el 60% percibió la presencia de dificultades para su familia a causa de su estado de salud. Una vez culminada la convivencia con el agresor, las implicaciones económicas continúan presentes en un 50% del total de mujeres quienes dieron respuesta a esta pregunta, y el 37.5% de las familias permanece con dificultades.

Las dificultades relacionadas con el dominio de participación en sociedad, acompañadas de las dificultades concernientes a las AVD, son aquellas que más

llegaron a interferir con la vida de las participantes, en por lo menos un 50% de ellas.

FRECUENCIA Y CRONICIDAD DEL MALTRATO Y SUS RESPECTIVAS SECUELAS

Tabla No. 9: Frecuencia y cronicidad del maltrato y sus respectivas secuelas en mujeres participantes entre Marzo de 2012 y Abril de 2012

No. días por semana experimentando alguna de las dificultades comentadas	Mediana (*)	RIQ
	5	4 - 7
Total de años conviviendo con la pareja	Mediana	RIQ
	12	6 - 16.5

RIQ: Rango Intercuartílico

Dos de las participantes (*) no dieron respuesta a la pregunta referente al número de días por semana en los cuales experimentaba alguna de las dificultades comentadas anteriormente. A pesar de esto, más del 50%, de las 18 respuestas obtenidas, presentó dichas dificultades en más de 5 días a la semana. Por otro lado, del total de la muestra, más del 50% de las mujeres que la conformaron convivió con su pareja por más de 12 años, hecho que puede aportar en la frecuencia y cronicidad del maltrato y sus respectivas secuelas.

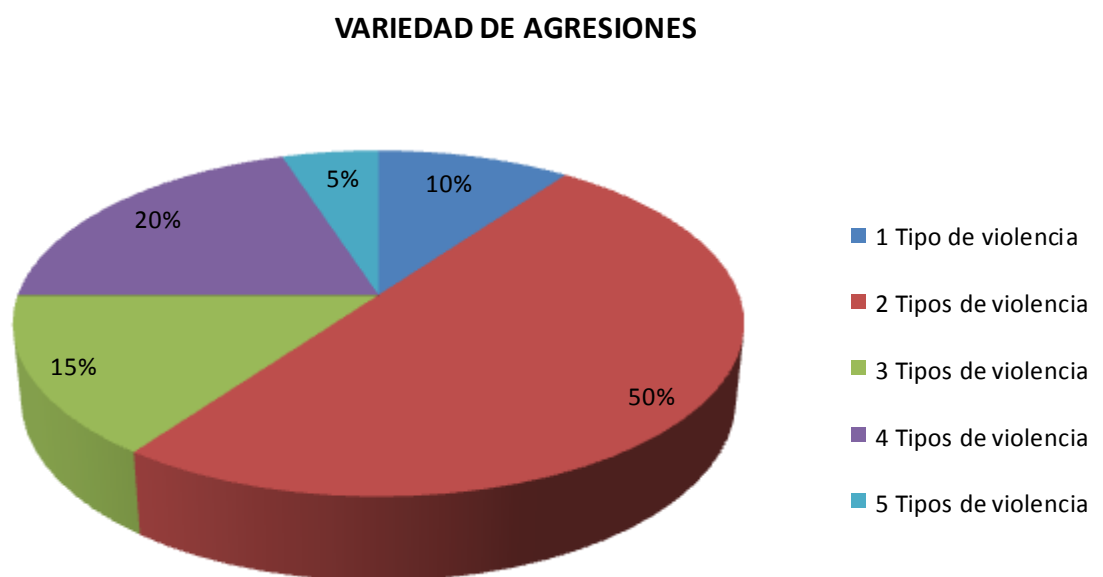
6.1.5. OBJETIVO GENERAL:

Describir la situación de violencia familiar (VF) y su relación con la salud, en términos de calidad de vida y discapacidad, en un grupo de mujeres víctimas pertenecientes a una institución de atención y prevención de la VF del municipio de Santiago de Cali.

Para dar respuesta al objetivo general, se crearon unas variables a partir de la sumatoria de diferentes agresiones indagadas, comparadas con las variables de mayor prevalencia de calidad de vida y discapacidad, así pues se estableció una tipología de mujeres con diferente variedad de actos violentos y determinados estados de salud y calidad de vida. Para tal fin, se establecieron 5 perfiles por número de agresiones recibidas (mujeres que hayan recibido 1, 2, 3, 4 y 5 tipos de agresión; ninguna de ellas recibió los 6 tipos de agresión). Dentro de los actos violentos se tomaron los siguientes:

- Amenazas para forzar opiniones o acciones.
- Golpes y maltrato de pareja.
- Golpes de otras personas.
- Heridas con arma blanca
- Herida con arma de fuego
- Amenaza de muerte

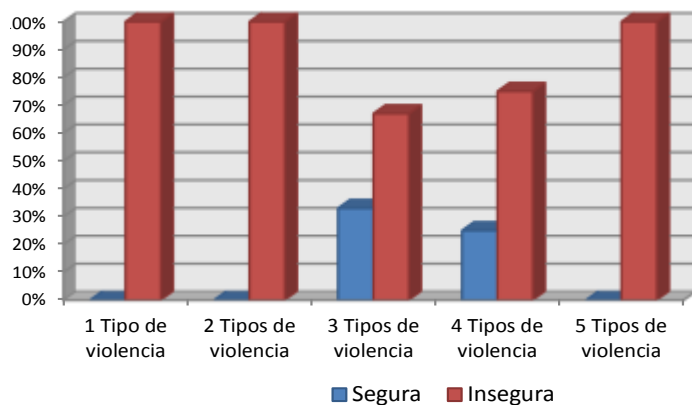
GRÁFICA No. 1: VARIEDAD O TIPOS DE AGRESIONES PROPINADAS A LAS MUJERES PARTICIPANTES DURANTE LA CONVIVENCIA CON SU PAREJA



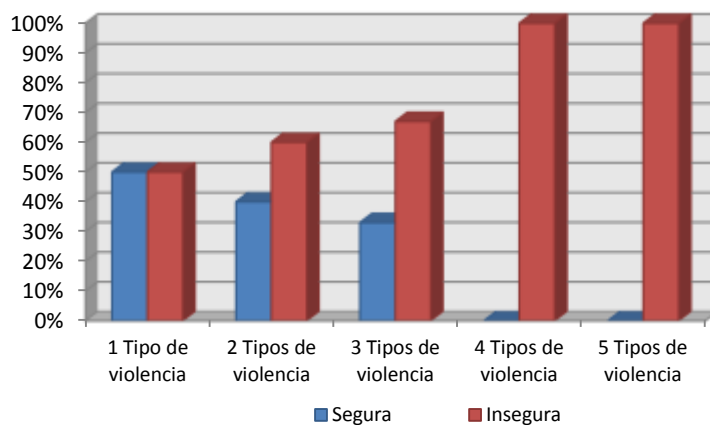
La mitad del total de la muestra, durante la convivencia con su pareja, recibió o fue violentada con ciertos tipos o variedad de agresiones, entre las que se encontraron, amenazas de muerte, heridas con arma de fuego, heridas con armas corto-punzantes, maltratos de pareja, golpes propiciados por otros y amenazas para forzar cambios de opinión, decisiones o acciones. El 50% restante, recibió entre 3 y 4 tipos de violencia. Los de menor porcentaje se relacionaron con aquellos límites (número mínimo y número máximo) de tipos de violencia indagados. De esta manera, el 90% de la muestra fue víctima o recibió más de 1 tipo o forma de agresión a lo largo de su situación de violencia.

VIOLENCIA Vs ACTITUDES

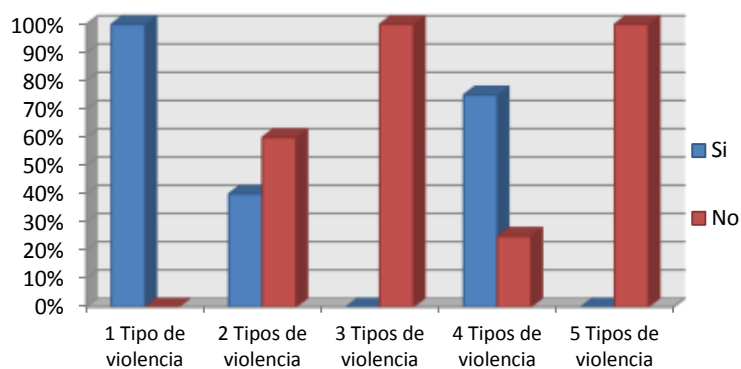
Gráfica No. 2:
Variedad de
agresiones vs
Percepción de
seguridad en
casa durante
la convivencia
con su pareja



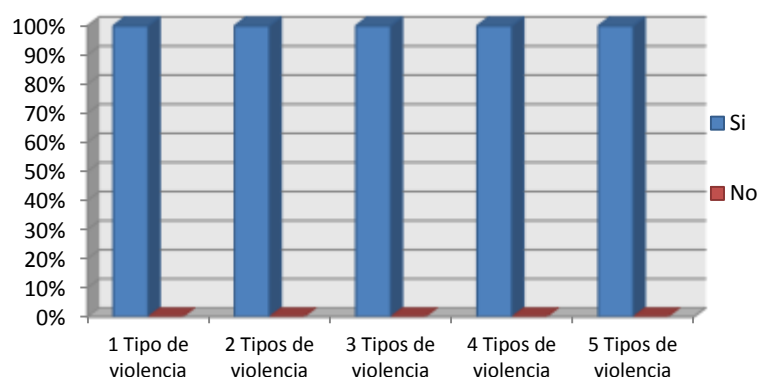
Gráfica No. 3:
Variedad de
agresiones vs
Percepción de
seguridad en
la calle
durante la
convivencia
con su pareja



Gráfica No. 4:
Variedad de
agresiones vs
Necesidad de
adquirir armas
durante la
convivencia
con su pareja



Gráfica No. 5:
Variedad de
agresiones vs
Necesidad de
mudarse
durante la
convivencia
con su pareja



En la percepción de seguridad personal por parte de las participantes, en lo referente a su casa u hogar, durante la convivencia con su pareja, un porcentaje mayor al 60%, independiente del número de formas de agresiones cometidas contra ellas, refirió sentirse insegura en dicho espacio. Sólo menos del 30%, en los grupos correspondientes a 3 y 4 tipos de violencia, indicarán sentirse seguras dentro de su casa.

Durante la convivencia con su pareja, más del 50% del total de las participantes refirió, independiente del número de agresiones recibidas, sentirse insegura en la calle. Entre el 30% y el 50% de mujeres receptoras de 1, 2 y 3 tipos de violencia respondieron sentirse seguras en dicho espacio, porcentajes que superan las

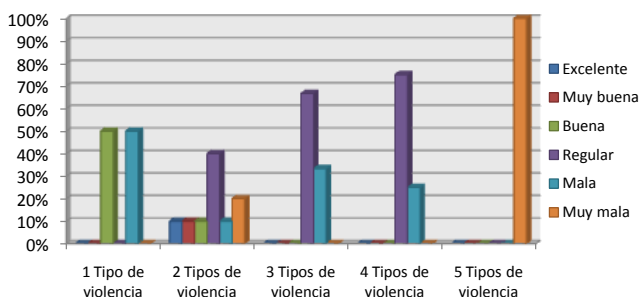
cifras de seguridad de estas mismas mujeres con respecto a su hogar o espacio compartido con el agresor. Es menor el sentimiento de inseguridad en las calles comparado con la percepción del espacio familiar.

Si bien, para las mujeres que recibieron 1 y 4 tipos de violencia existe la necesidad de adquirir armas en un 100% y un 72% respectivamente, para las mujeres receptoras de 2, 3 y 5 tipos de violencia no existe la misma tendencia.

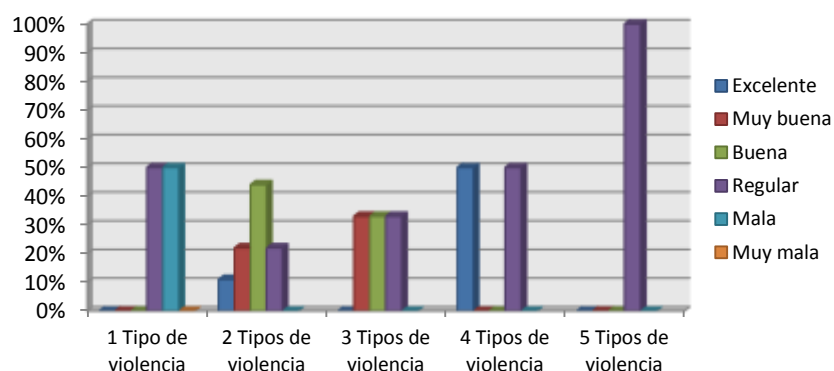
El 100% de las participantes, independiente del número o tipos de violencia, durante la convivencia con su pareja, sintió la necesidad de mudarse, situación generada precisamente por la situación de agresión y violencia.

VIOLENCIA Vs CALIDAD DE VIDA

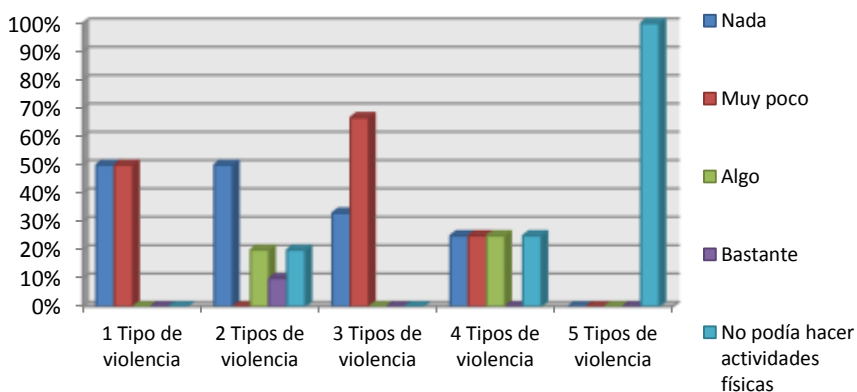
Gráfica No. 6:
Variedad de agresiones vs Percepción de salud durante el tiempo de convivencia con la pareja



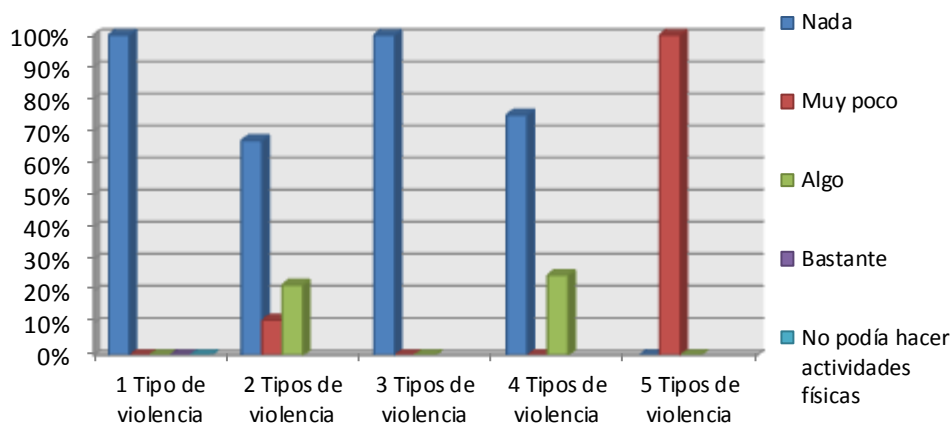
Gráfica No. 7:
Variedad de agresiones vs Percepción de salud una vez finalizado el tiempo de convivencia con la pareja



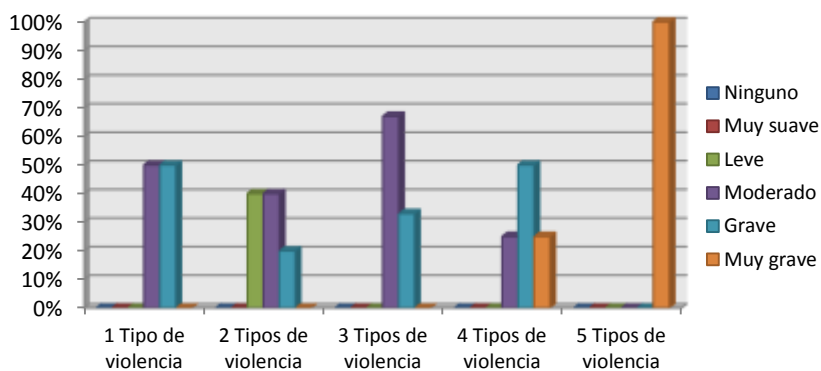
Gráfica No. 8:
Variedad de agresiones vs Limitación de las actividades físicas habituales por problemas físicos de salud durante la convivencia con la pareja



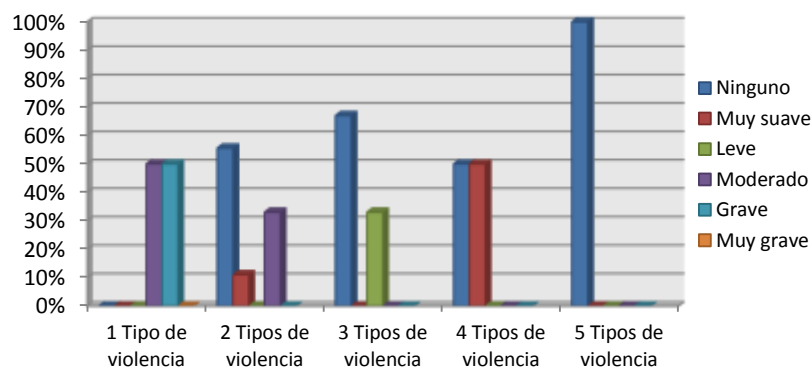
Gráfica No. 9:
Variedad de agresiones vs Limitación de las actividades físicas habituales por problemas físicos de salud una vez finalizada la convivencia con la pareja



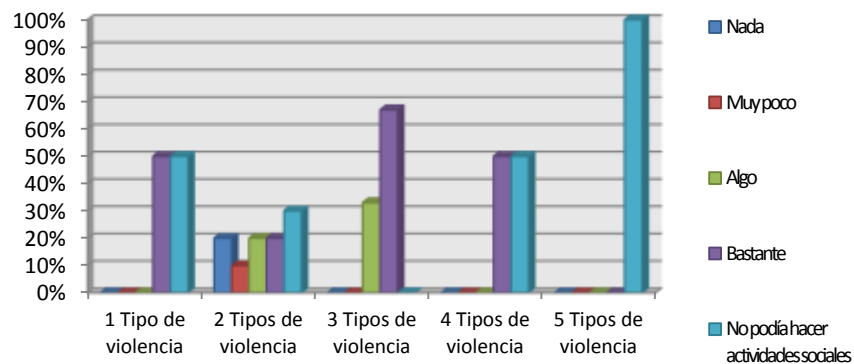
Gráfica No. 10:
Variedad de
agresiones vs
Dolor físico
durante la
convivencia
con la pareja



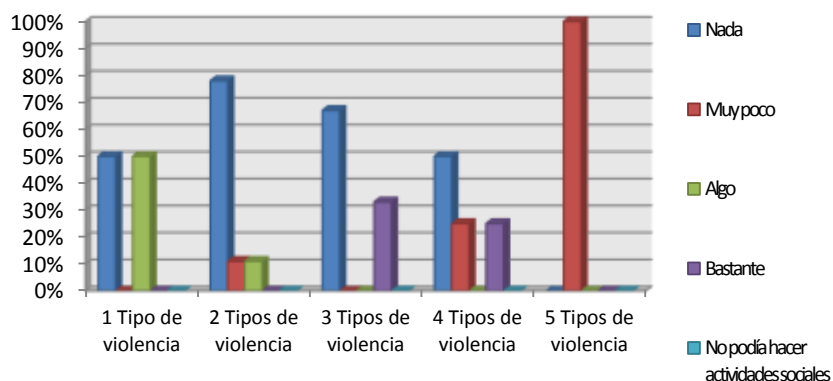
Gráfica No. 11:
Variedad de
agresiones vs
Dolor físico
una vez
finalizada la
convivencia
con la pareja



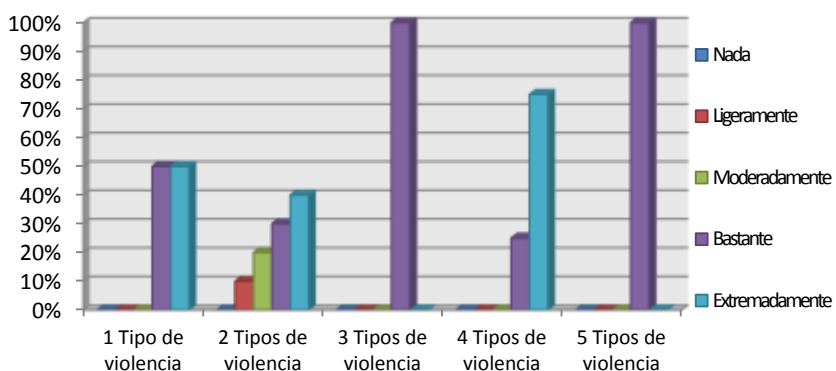
Gráfica No. 12:
Variedad de
agresiones vs
Limitaciones
en actividades
sociales por
problemas de
salud durante
la convivencia
con su pareja



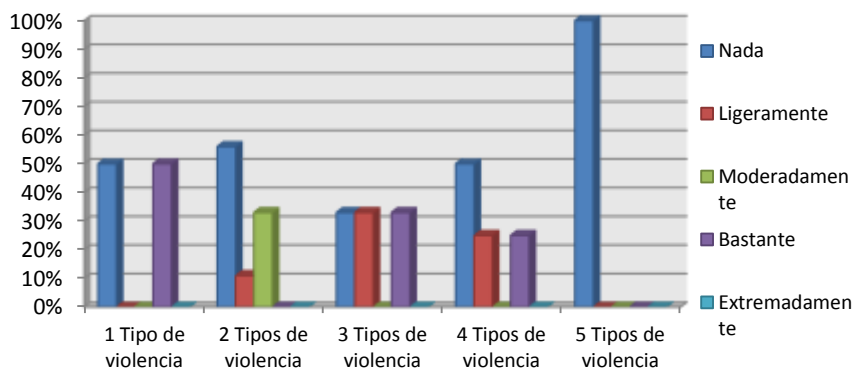
Gráfica No. 13:
Variedad de agresiones vs Limitaciones en actividades sociales por problemas de salud, una vez finalizada la convivencia con la pareja



Gráfica No. 14:
Variedad de agresiones vs Molestias por problemas emocionales durante la convivencia con la pareja



Gráfica No. 15:
Variedad de agresiones vs Molestias por problemas emocionales una vez finalizada la convivencia con la pareja



El 50% de las mujeres receptoras de un 1 tipo de violencia, presentó una percepción de salud mala. En las participantes, el recibir 2 tipos de violencia generó una percepción de salud regular, dicha tendencia continúa también para los grupos con 3 y 4 tipos de agresiones, representadas en un 66.67% y un 75% de los casos respectivamente.

Una vez finalizada la convivencia con la pareja, se evidencia un comportamiento similar a la situación previa de vínculo, donde las principales percepciones de salud fueron “regular” y “mala” en aquellas mujeres víctimas. Aun así, a pesar de presentar una muy mala percepción de salud, en este apartado o cruce de variables se presenta un descenso de rango o jerarquía. En lo referente a 2 tipos de agresión, se aprecia un cambio importante en la información obtenida: un incremento y mejoría en la percepción de salud. De igual manera se aprecia un cambio significativo para 4 tipos de violencia, rango en el cual el 50% de las mujeres refiere una percepción de salud excelente.

Durante la convivencia con sus parejas, al presentarse 2 o más tipos de violencia, un porcentaje importante de las participantes afirmó llegar a limitar la realización de actividad física a causa de problemas físicos de salud; dicha limitación fue percibida como muy poca, algo, bastante y extrema. El 100% de las mujeres receptoras de 5 tipos de violencia, presentó limitación extrema, al punto de no poder hacer actividades físicas habituales.

Una vez finalizada la relación de pareja, más del 65% de las participantes receptoras de 1, 2, 3 y 4 tipos de violencia, no presenta limitación alguna para la realización de actividades físicas habituales. De igual manera, se presenta un descenso de “gravedad” en aquellas mujeres víctimas de 5 tipos de violencia, en comparación con los resultados concernientes al periodo de convivencia con el agresor.

El total de las participantes, afirmó haber sentido dolor físico, entre leve y muy grave, durante el periodo de convivencia con su pareja. A partir de tres tipos de violencia las cifras corresponden únicamente a dolor moderado y grave. El dolor muy grave se presentó en las respuestas de las mujeres correspondientes a 4 y 5 tipos de violencia, lo que presenta una tendencia ascendente para dicha variable.

Más del 40% de mujeres entrevistadas, a quienes les fue propinadas más de dos tipos de violencia, una vez finalizada la relación, refiere no tener dolor físico. Sin embargo, en lo referente a 1 tipo de violencia, los porcentajes de dolor siguen conservándose. De igual manera, aquellas mujeres víctimas de 2, 3 y 4 tipos de violencia continúan presentando dolor de manera muy suave, leve y moderada. Es de destacar el cambio abrupto en aquellas participantes receptoras de 5 tipos de violencia, quienes no refieren dolor físico alguno.

Durante la convivencia en pareja, el 80% de las entrevistadas, por problemas de salud física o emocional, limitó sus actividades sociales. Los mayores porcentajes pertenecen a las opciones de mayor gravedad (bastante y extrema), con bajos porcentajes inferiores al 30% para las opciones “muy poco” y “algo”. Las mujeres víctimas de 5 tipos de violencia, en su totalidad, refirieron no poder llevar a cabo dichas actividades sociales.

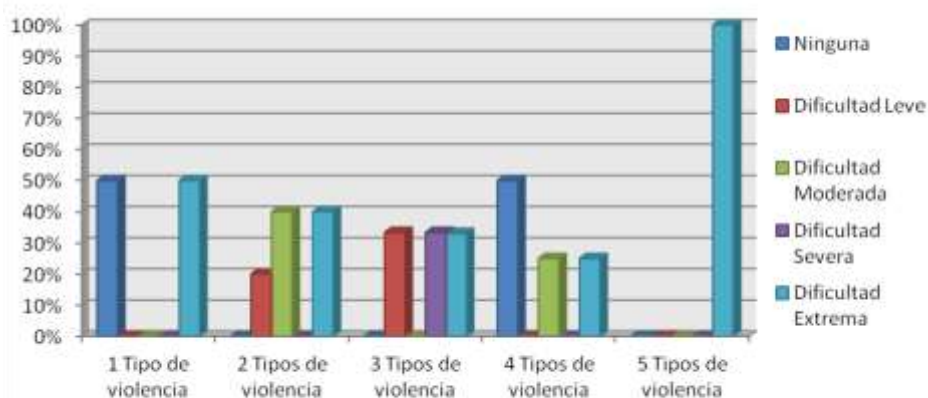
Una vez finalizada la convivencia con el agresor, más del 50% de las participantes receptoras de 1 a 4 tipos de violencia, refiere no presentar dificultad alguna relacionada con sus actividades sociales y comunitarias; las participantes restantes, refieren presentar muy poca dificultad, algo o bastante, esta última respuesta (bastante) se presentó en el grupo de 3 tipos de agresiones. Las mujeres receptoras de 5 formas de violencia presentaron una disminución del nivel de gravedad, pasando de limitación extrema a muy poca limitación.

Durante la convivencia con su pareja, la totalidad de participantes presentó bastante y extrema molestia por problemas emocionales, como el sentirse ansiosa, deprimida o irritable, a excepción de un 30% de mujeres receptoras de 2 tipos de violencia, quienes calificaron sus molestias como ligeras y moderadas. El ser víctima de 1 solo tipo de violencia, ya es un posible factor causal de problemas emocionales y afectación en la salud.

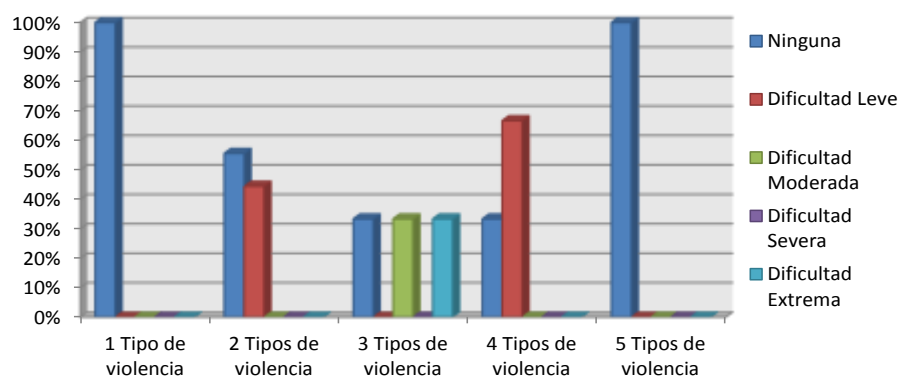
Una vez finalizada la relación de pareja, más del 30% de participantes, independiente del número o variedad de violencia, refiere no presentar molestia alguna por problemas emocionales, logrando los tres mayores porcentajes en 1, 2 y 5 tipos de violencia. El porcentaje restante de mujeres continúa presentando molestias en dicho aspecto, sin embargo, los problemas emocionales continúan afectando, de manera ligera, moderada y bastante, a las participantes, hecho que representa una disminución del nivel de afectación en un gran porcentaje, comparado con las respuestas correspondientes al periodo de violencia.

VIOLENCIA Vs LIMITACIONES EN ACTIVIDADES Y RESTRICCIÓN EN LA PARTICIPACIÓN

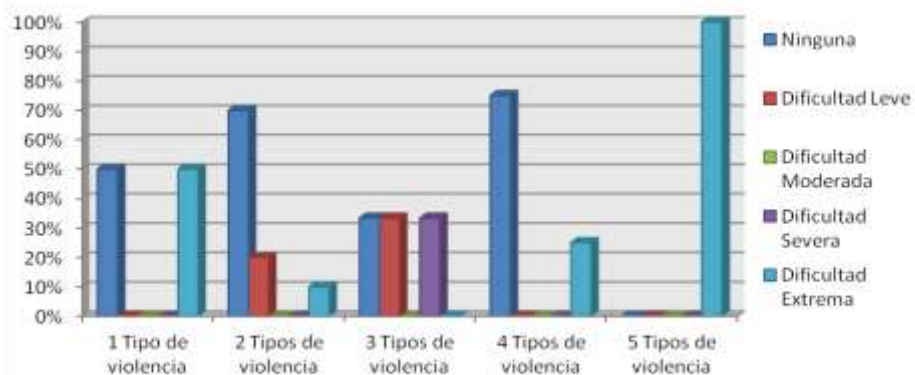
Gráfica No. 16: Variedad de agresiones vs Dificultad para analizar y encontrar soluciones a los problemas de la vida diaria durante la convivencia con su pareja



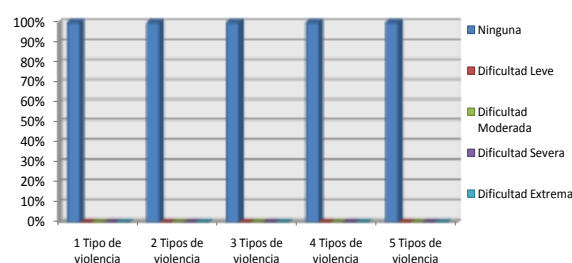
Gráfica No. 17: Variedad de agresiones vs Dificultad para analizar y encontrar soluciones a los problemas de la vida diaria una vez finalizada la convivencia con su pareja



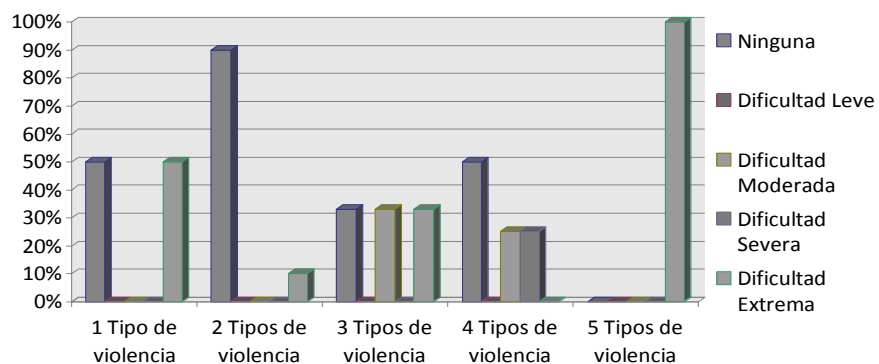
Gráfica No. 18: Variedad de agresiones vs Dificultad para moverse dentro de la casa durante la convivencia con su pareja



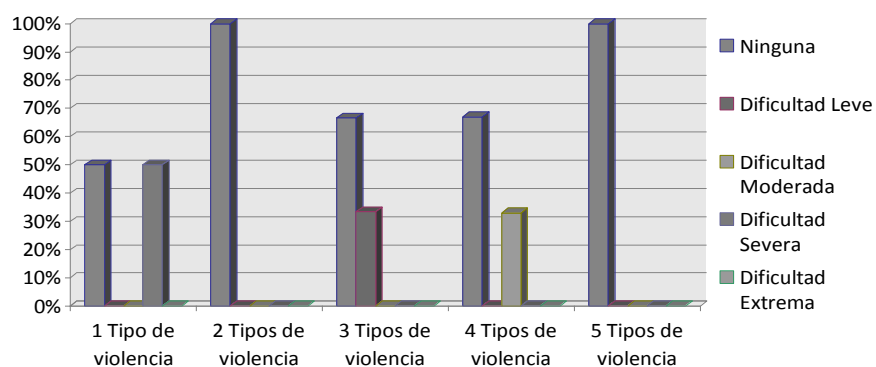
Gráfica No. 19: Variedad de agresiones vs Dificultad para moverse dentro de la casa una vez finalizada la convivencia con su pareja



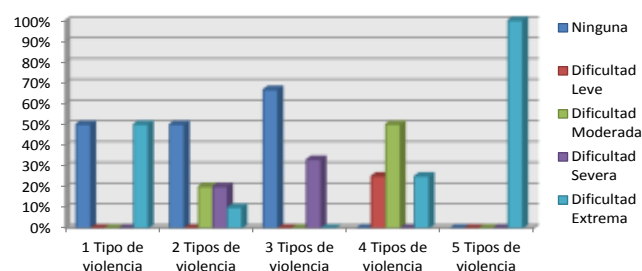
Gráfica No. 20: Variedad de agresiones vs Dificultad para comer durante la convivencia con su pareja



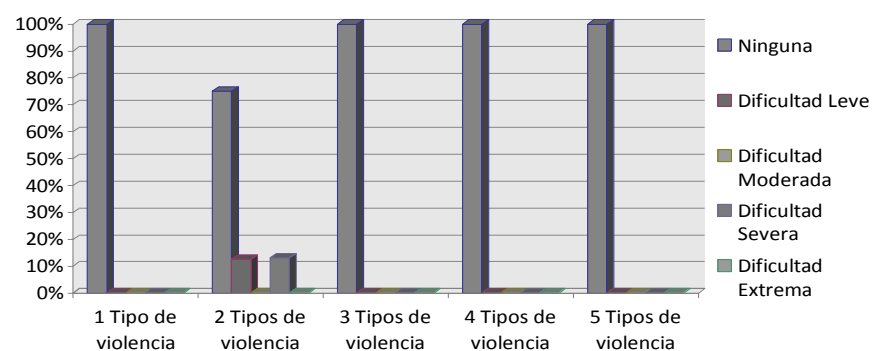
Gráfica No. 21: Variedad de agresiones vs Dificultad para comer una vez finalizada la convivencia con su pareja



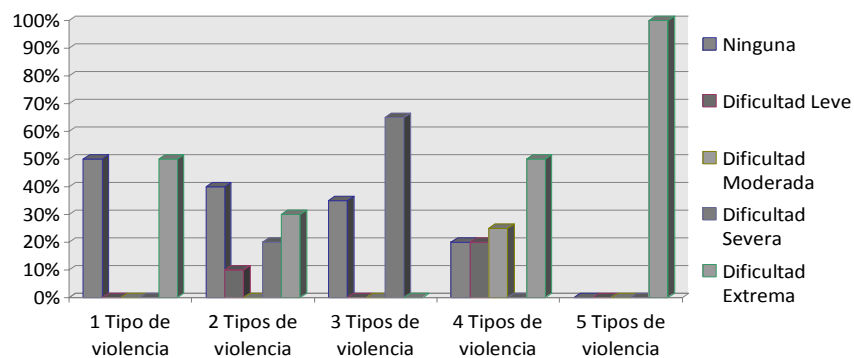
Gráfica No. 22: Variedad de agresiones vs Dificultad para relacionarse con personas desconocidas durante la convivencia con su pareja



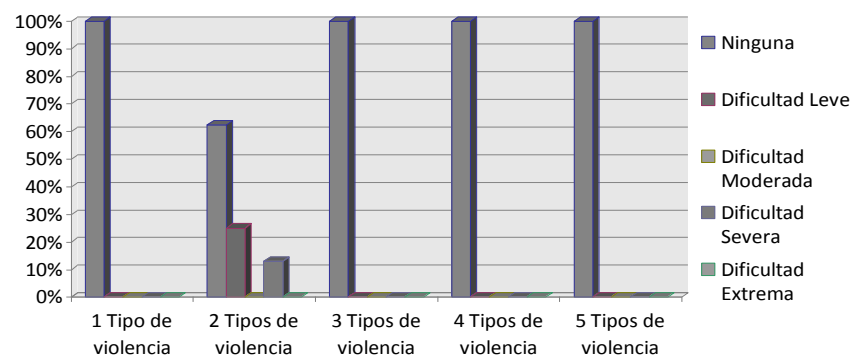
Gráfica No. 23: Variedad de agresiones vs Dificultad para relacionarse con personas desconocidas una vez finalizada la convivencia con su pareja



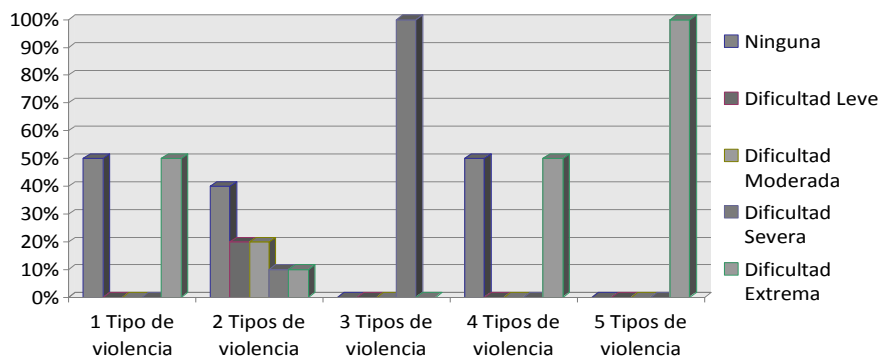
Gráfica No. 24: Variedad de agresiones vs Dificultad para mantener una amistad durante la convivencia con su pareja



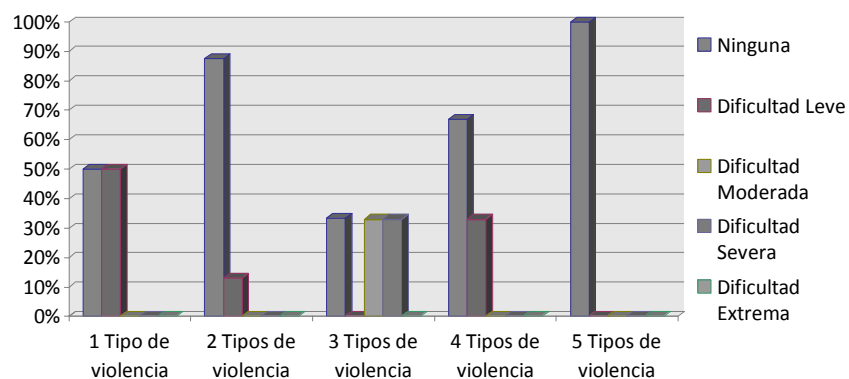
Gráfica No. 25: Variedad de agresiones vs Dificultad para mantener una amistad una vez finalizada la convivencia con su pareja



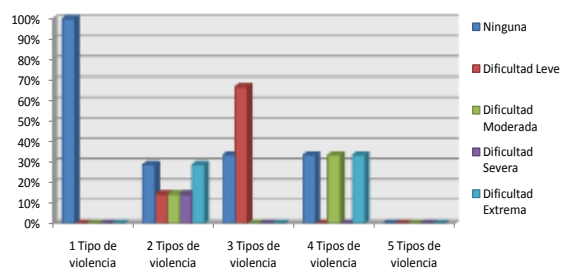
Gráfica No. 26: Variedad de agresiones vs Dificultad para tener relaciones sexuales durante la convivencia con su pareja



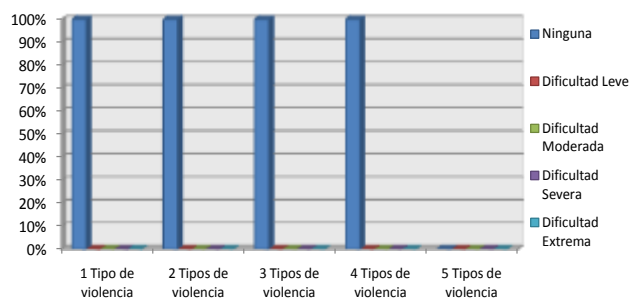
Gráfica No. 27: Variedad de agresiones vs Dificultad para tener relaciones sexuales una vez finalizada la convivencia con su pareja



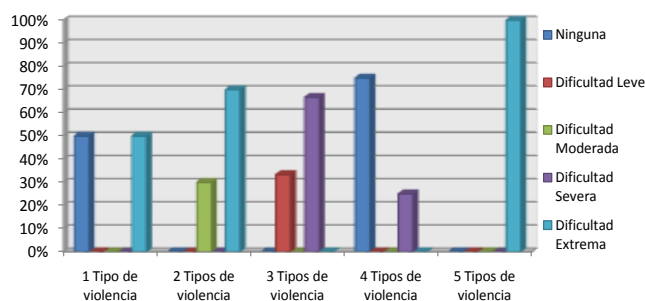
Gráfica No. 28: Variedad de agresiones vs Dificultad para llevar a cabo su trabajo diario durante la convivencia con su pareja



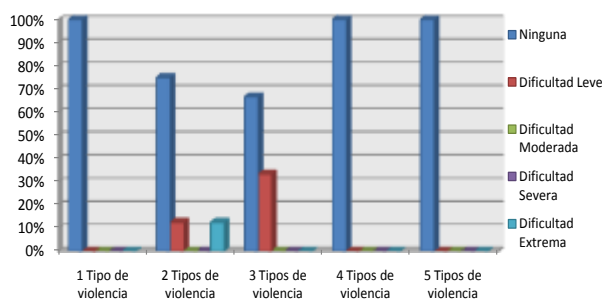
Gráfica No. 29: Variedad de agresiones vs Dificultad para llevar a cabo su trabajo diario una vez finalizada la convivencia con su pareja



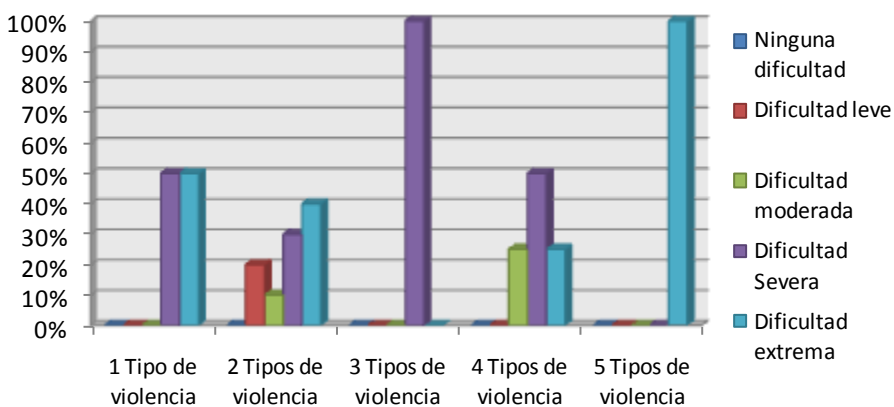
Gráfica No. 30: Variedad de agresiones vs Dificultad para participar en actividades de la comunidad durante la convivencia con su pareja



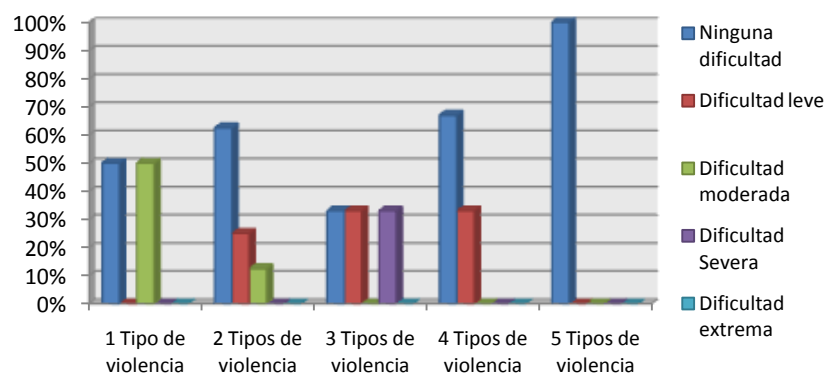
Gráfica No. 31: Variedad de agresiones vs Dificultad para participar en actividades de la comunidad una vez finalizada la convivencia con su pareja



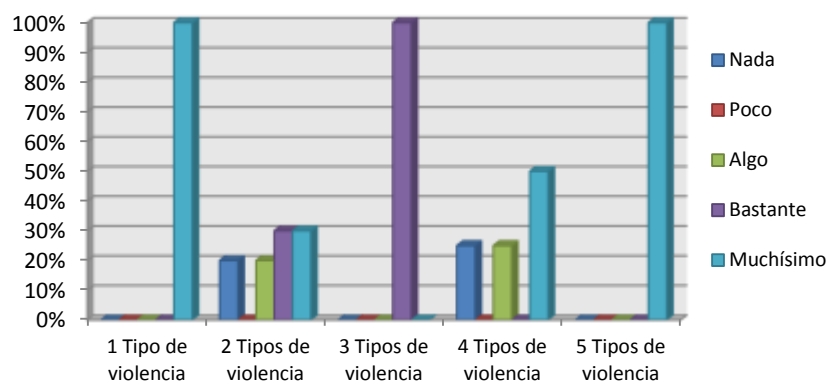
Gráfica No. 32: Variedad de agresiones vs Dificultad para vivir con dignidad y respeto durante la convivencia con su pareja



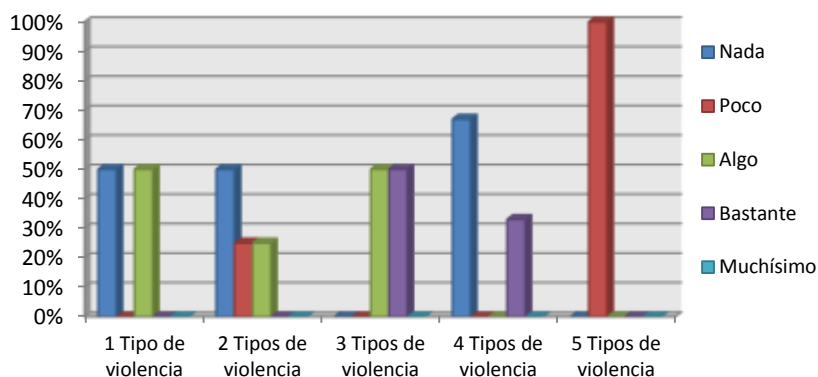
Gráfica No. 33: Variedad de agresiones vs Dificultad para vivir con dignidad y respeto una vez finalizada la convivencia con su pareja

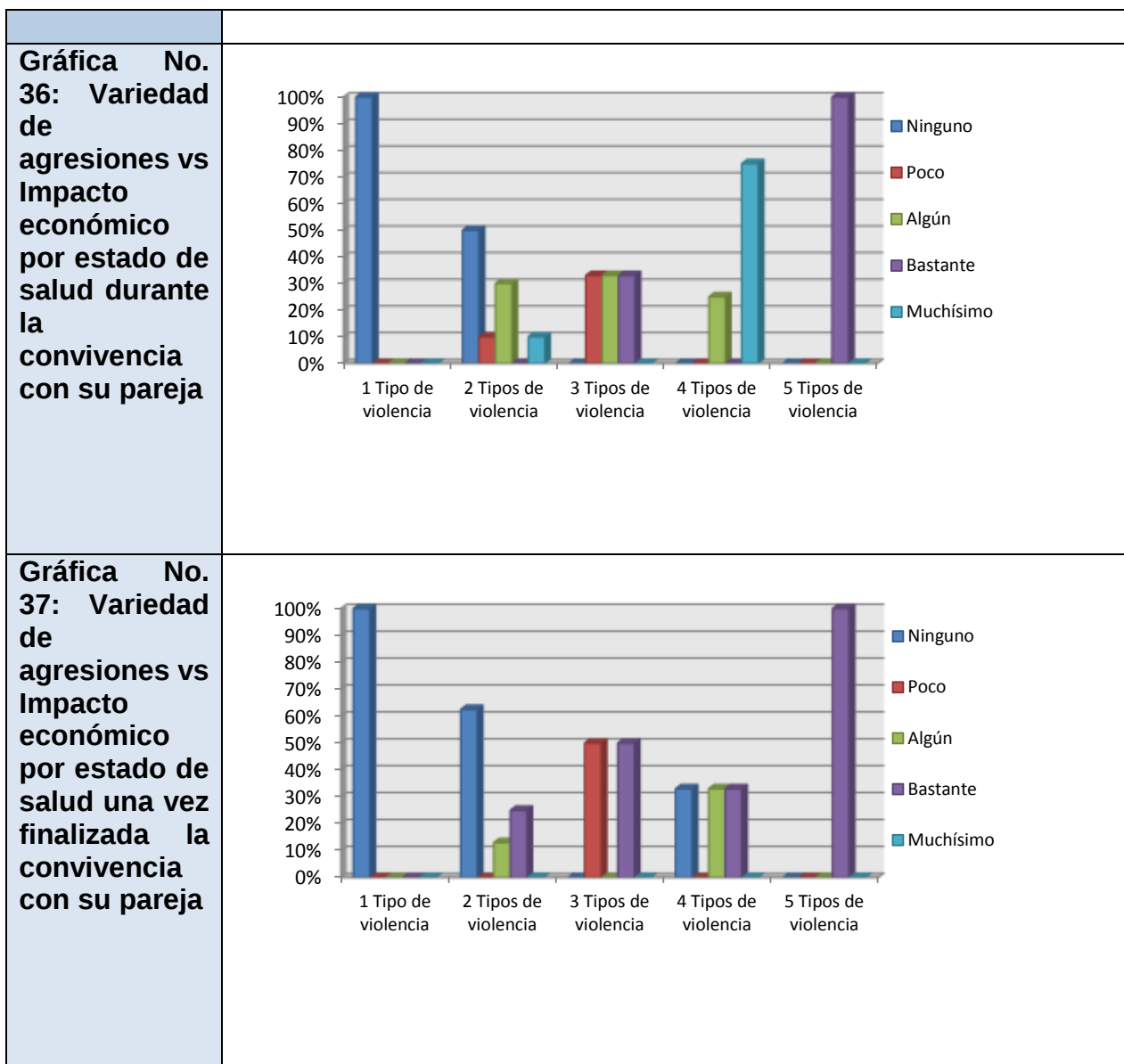


Gráfica No. 34: Variedad de agresiones vs Afectación emocional por estado de salud durante la convivencia con su pareja

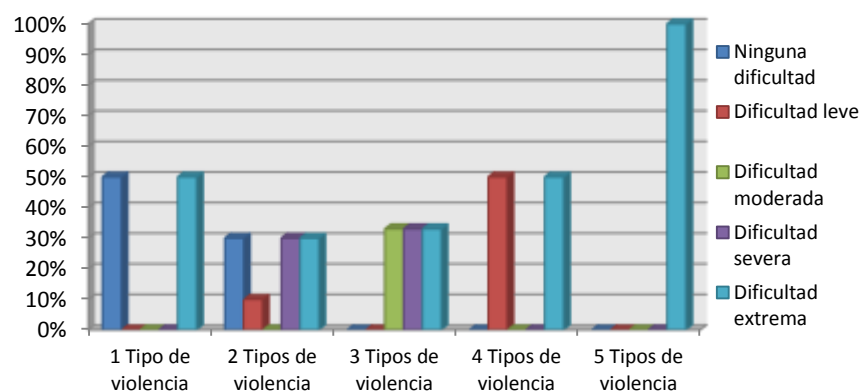


Gráfica No. 35: Variedad de agresiones vs Afectación emocional por estado de salud una vez finalizada la convivencia con su pareja

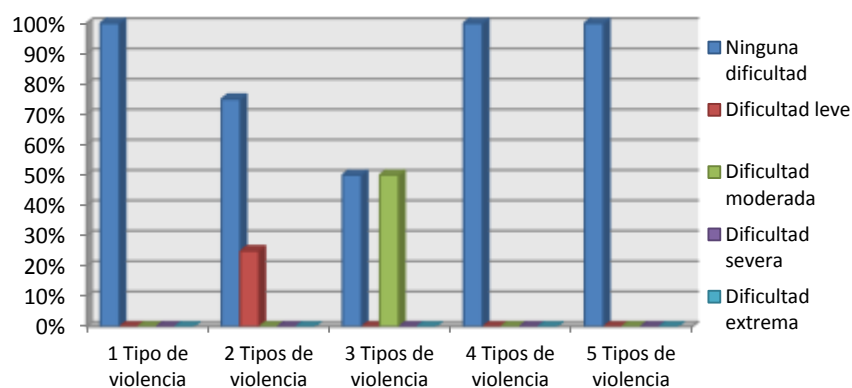




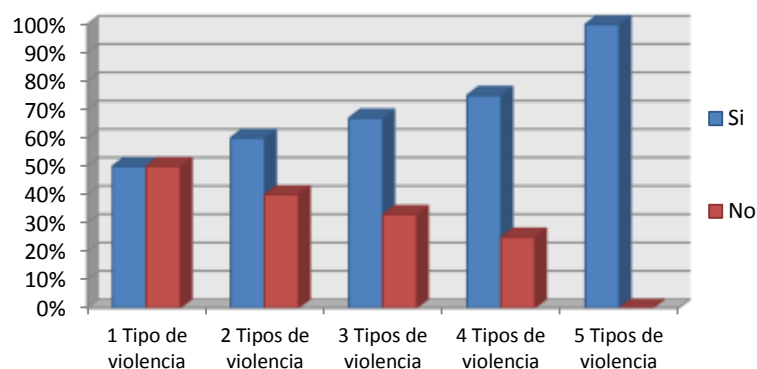
Gráfica No. 38: Variedad de agresiones vs Dificultad para realizar cosas para relajarse o disfrutar durante la convivencia con su pareja



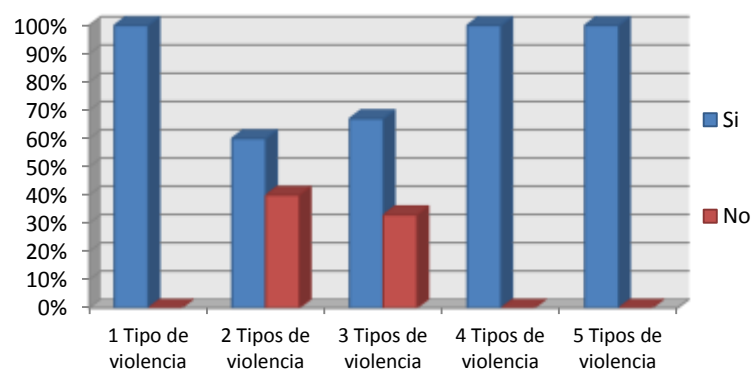
Gráfica No. 39: Variedad de agresiones vs Dificultad para realizar cosas para relajarse o disfrutar una vez finalizada la convivencia con su pareja



Gráfica No. 40: Variedad de agresiones vs Limitación en los lugares a donde iba de compras durante la convivencia con su pareja



Gráfica No. 41: Variedad de agresiones vs Limitación en las actividades de recreación durante la convivencia con su pareja



El total de las mujeres receptoras de 5 tipo de agresiones refirió dificultad extrema, al punto de no poder resolver los problemas de la vida diaria, durante la convivencia con su pareja. De igual manera, el resto de mujeres víctimas de 2 a 4 tipos de violencia, refirió experimentar dificultades, en cierta medida, desde las mas leves hasta las más severas.

Una vez finalizada la convivencia en pareja, las mujeres quienes sufrieron 5 tipos de agresiones y mencionaron tener antes dificultad extrema para resolver problemas, ahora indican no tener ninguna en absoluto. De igual manera, el 100% de quienes sufrieron un solo tipo de agresión indicó no tener dificultad. Sin embargo, con la culminación de la relación no desaparecieron por completo las dificultades experimentadas por las mujeres receptoras de 2 a 4 tipos de violencia:

casi la mitad de ellas percibe en la actualidad una dificultad leve, y en el grupo de las que sufrieron 3 agresiones aún un 33% indica dificultad extrema.

Durante la convivencia con su pareja, el 100% de las participantes receptoras de 5 tipos de violencia, refirió dificultad extrema para moverse dentro de su casa. Dicha dificultad también estuvo presente en mujeres víctimas de 1, 2 y 4 tipos de violencia, porcentajes registrados en menor medida. En lo concerniente al grupo de entrevistadas a quienes les fue propinados 3 tipos de violencia, éstas experimentaron problemas en un rango de dificultad leve a severa.

Una vez finalizada la convivencia con el agresor, el total de mujeres, sin discriminación del número de agresiones sufridas, refiere no tener dificultad alguna para moverse dentro de su casa.

El 100% de entrevistadas receptoras de 5 tipos de violencia, durante la convivencia con su pareja, refirió dificultad extrema para comer. Aquellas mujeres víctimas de 1 a 4 tipos de violencia, presentaron dificultad moderada, severa o extrema, situación refleja de una afectación concerniente a los 3 niveles de gravedad más altos.

Una vez finalizada la convivencia con su pareja, las cifras se invirtieron en un gran porcentaje de las participantes: mujeres víctimas de 2 y 5 tipos de violencia refieren no presentar dificultad alguna para comer; de igual manera, más del 50% en cada uno de los grupos restantes, coincide en dicha respuesta. Sin embargo, el 50% restante de mujeres receptoras de 1, 3 y 4 tipos de agresión, continúa experimentando dificultades leves, moderadas o severas para comer, a pesar de haber cesado los maltratos, algunas de ellas por secuelas físicas (fractura de maxilar) o estados de depresión.

Nuevamente, las participantes víctimas de 5 tipos de violencia refirieron, en su totalidad, haber experimentado dificultad extrema para relacionarse con personas desconocidas, durante la convivencia con su pareja. De igual manera, las dificultades se hicieron presentes en los diferentes grupos establecidos por variedad de agresiones, experimentandas de manera leve, moderada, severa o extrema. Es de resaltar los porcentajes de mujeres sin dificultad alguna a partir de 4 tipos de violencia.

Una vez culminada la relación de pareja, sólo menos del 20% de las mujeres receptoras de 2 formas de violencia o agresión, continúa experimentando cierto grado de dificultad para relacionarse con personas desconocidas, bien sea de manera leve o severa. Dicha situación, puede dar cuenta de algunas dificultades o secuelas generadas por los maltratos y la situación de violencia. El 80% restante, sin discriminación del número de variedad de violencia, refiriere ya no experimentar dificultad alguna.

Del porcentaje de mujeres quienes refirieron sufrir 5 tipos de violencia, la totalidad de ellas, durante la convivencia con su pareja, presentaron dificultad extrema para mantener una amistad, dificultad experimentada en menores porcentajes por las mujeres receptoras de 1, 2 y 4 tipos de agresión. Aquellas quienes vivenciaron 3 formas de violencia, más del 60% experimentó dificultad severa. El porcentaje de dificultad para mantener una amistad se incrementó de manera proporcional a la variable independiente.

Una vez finalizada la relación, la dificultad experimentada para mantener una amistad por parte de las participantes receptoras de 1, 3, 4 y 5 tipos de violencia, desaparece totalmente. En lo concerniente a las mujeres víctimas de 2 tipos de violencia, son ellas quienes aún perciben dificultades para mantener dicha amistad, experimentadas de manera leve y severa.

Durante el tiempo de convivencia con el agresor, quienes experimentaron 5 y 3 formas de violencia, refirieron dificultad extrema y severa para tener relaciones sexuales, respectivamente. Porcentajes más pequeños en dichos grados extremos de dificultad también se evidenciaron en el resto de los grupos, al igual que algunos otros grados de dificultad (leve, moderada y severa).

Una vez finalizada la relación, independiente de los grupos conformados de acuerdo al número de agresiones recibidas, un gran porcentaje del total de las participantes, refiere mejoría al no experimentar actualmente ningún grado de dificultad para tener relaciones sexuales. Sin embargo, dentro de los grupos de mujeres quienes refirieron haber sido violentadas con 1, 2, 3 y 4 formas o tipos de agresión, continúa la percepción de dificultad, de forma leve, moderada y severa.

El recibir más de 2 formas de violencia, durante el periodo de convivencia con el agresor, facilitó la presencia de dificultades para llevar a cabo las actividades laborales o trabajo diario. El ser víctima de 3 tipos de agresiones, fue la situación cuya dificultad se hizo mucho más notoria, calificada en un nivel leve. Sin embargo, a pesar de no presentar picos tan altos, el recibir 2 o 4 tipos de violencia favorece, de manera proporcional, la aparición de dificultades moderadas, severas y extremas.

Una vez finalizada la convivencia con el agresor, el 100% del total de la muestra no presenta dificultad alguna relacionada con la ejecución de actividades laborales o trabajo diario, independiente del número o variedad de agresiones recibidas durante su relación de pareja.

El recibir tan sólo 1 tipo de violencia, durante el periodo de convivencia con el agresor, facilitó la presencia de dificultades para participar en actividades de la comunidad. El total de las mujeres quienes reportaron más de 2 tipos de agresión, a excepción de aquellas incluidas en el grupo caracterizado por 4 tipos de violencia, presentó dicha dificultad ya fuera de manera moderada, severa o

extrema, siendo esta última mayor al presentar 5 tipos de agresión. Se presenta una realidad absoluta en el grupo de mujeres participantes: la restricción a la participación se hace evidente ante cualquier tipo o gesto de violencia familiar contra ellas.

Una vez finalizada la convivencia con el agresor, el 100% del total de la muestra no presenta dificultad alguna para participar en actividades de la comunidad, a excepción de aquellas mujeres agredidas de 2 o 3 maneras, quienes presentaron una mayor dificultad extrema y dificultad leve respectivamente, situación en la cual se evidencian posibles secuelas en lo relacionado con restricciones en la participación.

El simple hecho de ser víctima de violencia familiar, en cualquiera de sus expresiones, generó en las mujeres dificultad para vivir con dignidad y respeto durante la convivencia con su pareja, dificultad calificada, en un mayor porcentaje, dentro de los dos rangos más elevados: dificultad severa y dificultad extrema, esta última, con un pico importante (100%) proporcional y consecuente al nivel más alto de tipos o formas de agresiones recibidas.

Una vez finalizada la convivencia con su pareja, algunas mujeres continúan presentando ciertas dificultades para vivir con dignidad y respeto, percibidas como leves o moderadas. Es de resaltar el cambio abrupto del grupo correspondiente y caracterizado por 5 tipos de violencia, quienes, en su totalidad pasaron de presentar dificultad extrema a percibir la no existencia de problemas concernientes a actitudes de respeto y dignidad.

El mayor porcentaje de las mujeres participantes, durante el período de convivencia con su pareja, independiente del tipo o variedad de violencia, presentó afectación emocional generada por su respectivo estado de salud. Los casos de afectación más extrema se presentaron en mujeres receptoras de 1, 3 y 5 tipos de violencia, lo que manifiesta la sensibilidad y la naturaleza destructiva, a nivel emocional, de la violencia familiar contra la mujer.

Una vez finalizada la relación, se presenta un incremento en el porcentaje de mujeres quienes refieren no sentir afectación emocional alguna, sin embargo, a pesar de no evidenciar picos tan altos, o nulos, en cuanto a bastante y muchísima afectación emocional, se continúan presentando dificultades o secuelas en dicho aspecto, principalmente en mujeres receptoras de 5 formas de violencia.

El ser víctima de violencia familiar propiciada por parte de la pareja, genera un impacto económico en la mujer, y por ende en su familia y sociedad, a partir de la recepción de 2 o más tipos de violencia. El recibir más de 3 formas de violencia es causal para presentar dicho impacto de manera mucho más extrema, lo que podría explicarse como una relación posiblemente proporcional entre variedad de agresión e impacto económico.

A pesar de culminar con la relación de pareja, la situación relacionada con el impacto económico causado por el estado de salud de la víctima, sigue presentando un comportamiento similar al hallado en la variable anterior, sin embargo, no se evidencian datos que informen acerca de un impacto extremo.

Tanto la mujer receptora de 1 tipo de violencia, como aquella a quien se le propinó 5 formas de agresión, presentaron dificultad para realizar cosas relacionadas con actividades para relajarse o de disfrute. A partir de 2 tipos de violencia, se halla una relación directamente proporcional entre el número o tipos de agresiones y la dificultad extrema para la ejecución de este tipo de actividades. A partir de 3 tipos de violencia, el 100% de las mujeres presentó algún tipo de dificultad leve, moderada, severa o extrema.

El hecho de finalizar o dar por terminada la relación de pareja, es factor causal para la disminución del porcentaje de mujeres participantes con dificultad alguna para realizar actividades propias de relajación o disfrute. Solo menos del 50% de mujeres receptoras de 2 y 3 tipos de violencia continúa presentando dificultad leve y moderada, porcentajes de dificultades menores a las comparadas con la variable correspondiente a la situación de violencia o convivencia con la pareja.

Durante la convivencia en pareja, los datos presentan una relación directamente proporcional, en la cual el incremento de los tipos de violencia genera una tendencia ascendente a presentar mayor limitación, por parte de las participantes, para ir a los lugares a donde iban de compras. El 50% de las participantes receptoras de 1 tipo de violencia y el 100% de las agredidas con 4 tipos de violencia presentaron dicha limitación.

Durante la convivencia en pareja, se evidencia, además, restricción importante en la participación de las mujeres, con porcentajes entre 50% y 100% en lo concerniente a limitaciones en las actividades de recreación, a lo largo de los diferentes grupos establecidos.

Para complementar la información presentada hasta el momento, a manera de resumen, a continuación, en la tabla No. 10, se presenta una matriz elaborada con categorías de agresión, de acuerdo al nivel de complejidad de las mismas, y su relación con calidad de vida y discapacidad:

Tabla No. 10: Tipos de agresión y su relación con calidad de vida y discapacidad

	Edad		Escolaridad		Raza		Percepción Salud		Estado emocional		Relación interpersonal	
CATEGORIA 1	Rango	n	Nivel	n	Percepción	n	Calificación	n	Molestias	n	dificultad	n
Amenazas para forzar opiniones o acciones, Amenazas muerte	15-17	0	Ninguno	1	Blanca	2	Excelente	0	Nada	3	Ninguna	7
			Primaria	1								
	18-25	4	Primaria Incompleta	2	Mestiza	10	Muy buena	1	Poco	0	Leve	1
	26-35	9	Secundaria	5	Mulata	1	Buena	1	Algo	3	Moderada	4
	36-45	3	Secundaria Incompleta	3	Negra	4	Regular	10	Bastante	5	Severa	3
	46-55	1	Técnico-Profesional	4								
							Mala	3	Muchísimo	7	Extrema	3
							Muy mala	3				
CATEGORIA 2												
Golpes de pareja	15-17	-	Ninguno	1	Blanca	1	Excelente	0	Nada	3	Ninguna	7
			Primaria	1								
	18-25	4	Primaria Incompleta	1	Mestiza	10	Muy buena	1	Poco	0	Leve	1
	26-35	8	Secundaria	6	Mulata	1	Buena	1	Algo	3	Moderada	3
	36-45	4	Secundaria Incompleta	6	Negra	4	Regular	8	Bastante	3	Severa	3
	46-55	1	Técnico-Profesional	2								
							Mala	4	Muchísimo	7	Extrema	3
							Muy mala	3				
CATEGORIA 3												
Heridas con arma blanca y arma de fuego	15-17	-	Ninguno	0	Blanca	0	Excelente	0	Nada	1	Ninguna	0
			Primaria	0								
	18-25	2	Primaria Incompleta	0	Mestiza	0	Muy buena	0	Poco	0	Leve	1
	26-35	-	Secundaria	0	Mulata	0	Buena	0	Algo	0	Moderada	0
	36-45	-	Secundaria Incompleta	2	Negra	2	Regular	1	Bastante	0	Severa	0
	46-55	-	Técnico-Profesional	0								
							Mala	0	Muchísimo	1	Extrema	1
							Muy mala	1				

	Vida comunitaria		Dignidad y respeto	
CATEGORIA 1	Dificultad	n	Dificultad	n
Amenazas para forzar opiniones o acciones, Amenaza muerte	Ninguna	3	Ninguna	0
	Leve	1	Leve	2
	Moderada	3	Moderada	2
	Severa	3	Severa	8
	Extrema	8	Extrema	6
CATEGORIA 2				
Golpes de pareja	Ninguna	4	Ninguna	0
	Leve	1	Leve	2
	Moderada	3	Moderada	2
	Severa	2	Severa	8
	Extrema	7	Extrema	5

CATEGORIA 3				
Heridas con arma blanca y arma de fuego	Ninguna	1	Ninguna	0
	Leve	0	Leve	0
	Moderada	0	Moderada	0
	Severa	0	Severa	1
	Extrema	1	Extrema	1

Esta tabla muestra las formas de agresiones indagadas en la encuesta, divididas en 3 categorías, en relación con algunas variables seleccionadas por su tendencia a respuestas extremas acerca de la percepción de salud y dificultades en ciertas áreas. En la primera categoría se encuentran las mujeres violentadas con amenazas de muerte y amenazas en general, las cuales en su mayoría pertenecen a un rango de edad comprendido entre los 26 a 35 años, de raza mestiza y con un nivel de escolaridad variado (predominan estudios hasta la secundaria y algunas con nivel técnico). Estas mujeres refirieron una percepción de salud regular y, en su mayoría, bastantes molestias en su estado emocional. A nivel de las dificultades que presentaron entorno a relaciones interpersonales, más de la mitad de ellas indicó tener desde un nivel leve hasta un nivel extremo. En cuanto a la vida en comunidad, todas ellas señalaron tener dificultad desde moderada hasta limitaciones extremas, y para la calificación de vida con dignidad y respeto, todas ellas respondieron los dos niveles más altos de dificultad: severo y extremo.

En la segunda categoría, conformada por mujeres receptoras de golpes por parte de su pareja, se evidencia también edades comprendidas entre 26 a 35 años en la mayoría de ellas, ubicadas principalmente en un nivel educativo de secundaria, esta vez con percepciones de salud calificadas, además de regular, como mala y muy mala. Por su estado emocional, según casi la mitad de ellas, presentaron muchísimas molestias. De igual forma, las dificultades de la vida en comunidad se presentaron a niveles moderados, severos, y en su mayoría, niveles extremos al punto de no poder realizar la actividad. Ese mismo panorama se presentó al dar respuesta a las dificultades para vivir con dignidad y respeto.

Por último, la categoría tres incluye una muestra de dos mujeres quienes recibieron heridas con armas blancas y/o armas de fuego. Estas mujeres se encuentran entre los 18 a 25 años de edad, de raza negra y ambas sin culminar la secundaria. Su percepción de salud es similar: regular y muy mala. Sin embargo, al momento de mencionar las molestias a nivel emocional, ambas se remitieron a los extremos de las opciones, una de ellas con ninguna molestia emocional y la otra mujer con muchísimas molestias. Respecto a las dificultades en establecer relaciones personales y a la vida en comunidad, presentaron un patrón similar: mientras una refirió tener una dificultad leve y ninguna dificultad, respectivamente, en estos dos ámbitos indagados, la segunda mujer señaló presentar dificultad extrema en ambos aspectos. Finalmente, la calificación en la que se asemejaron

fue en la dificultad para vivir con dignidad y respeto, ya que sus respuestas fueron severa y extrema en ambos casos.

Como se evidenció en la tabla, hay una percepción de salud pobre en todas las mujeres independientemente de la forma de agresión sufrida. Sin embargo, las calificaciones más negativas entorno a esta pregunta se hallaron en la segunda y tercera categoría relacionadas con golpes de la pareja y agresiones con armas, respectivamente. En lo que concierne a las demás áreas, las dificultades de vida en comunidad, relaciones interpersonales y vivir con dignidad y respeto, hubo calificaciones negativas en muchas de ellas, así como también algunas calificaciones donde no referían dificultad alguna, una explicación de esto puede ser las diversas percepciones de severidad y daños causados por la violencia contra ellas, hecho que ha sido tema de controversia en la medición de estas percepciones relacionadas con la condición de salud de quienes fueron víctimas y para quienes las agresiones tienen un impacto diferente. Sin embargo, es evidente que la salud y la participación a nivel relacional y social, no ha sido la mejor, de hecho podría afirmarse que, efectivamente cualquier forma de violencia contra la mujer cambia negativamente la percepción de la misma respecto a muchos aspectos de su vida.

6.2. COMPONENTE CUALITATIVO

OBJETIVO ESPECÍFICO No. 5: Describir la percepción de salud y discapacidad relacionada con la violencia en un grupo de mujeres víctimas pertenecientes a una institución de atención y prevención de la VF del municipio de Santiago de Cali

Para dar respuesta al objetivo No. 5 de la investigación, con el cual se busca describir la percepción de salud y discapacidad relacionada con la violencia en un grupo de mujeres víctimas de VF propiciada por parte de sus respectivas parejas, se realizó un análisis cualitativo que permitiera complementar la lectura clínico/descriptiva, al ser ésta una problemática cuya complejidad desborda el dato del componente cuantitativo.

Se desarrollaron entrevistas individuales en profundidad para lograr un acercamiento a la realidad social de las mujeres víctimas de VF escogidas para tal fin. Para guiar la construcción de ésta, se crearon ejes de indagación a partir de la revisión bibliográfica.

La entrevista individual en profundidad es una técnica de indagación, cuyo empleo implica la realización de varias sesiones por cada participante y cuya

estructura depende de la persona entrevistada al presentar su relato. En ésta, el entrevistado es el portador de ciertos significados que no deben alterarse con una directividad muy alta, sin embargo, es necesario realizar un encadenamiento de los temas abordados, a partir de las propias respuestas ofrecidas por la persona entrevistada. Es una técnica flexible que permite acceder a lo que se quiere saber o comprender, desde la perspectiva del interlocutor, y que desencadena una conversación fluida y en cierta forma natural o espontánea. 56

Para tal fin, se escogió por conveniencia a 3 mujeres víctimas de violencia familiar, pertenecientes al grupo conformado por 20 mujeres, quienes ya cumplían con los criterios de inclusión iniciales y a quienes se les había aplicado previamente el Cuestionario cuantitativo, elaborado con base en los instrumentos mencionados con anterioridad. Aspectos como la severidad, impacto y cronicidad de los actos violentos propiciados por sus respectivas parejas, así como la aprobación e interés en participar de la entrevista, orientaron la escogencia. Mujeres institucionalizadas, sensibilizadas y reconocidas determinaron la selección.

La muestra para el componente cualitativo estuvo conformada por mujeres en edad fértil, cuyas edades oscilan entre los 22 y 38 años, dos de ellas de raza mestiza y una de ellas de raza negra, con niveles de escolaridad entre secundaria sin terminar y un nivel técnico, pertenecientes a diversas comunas del municipio de Santiago de Cali y al corregimiento de Juanchito.

Tabla No. 11: Datos sociodemográficos de mujeres participantes entre Marzo de 2012 y Abril de 2012

	EDAD	ESCOLARIDAD	COMUNA	RAZA
ENTREVISTADA 001-J	27	Técnico	6	Mestiza
ENTREVISTADA 002-S	38	Secundaria sin terminar	Juanchito	Mestiza
ENTREVISTADA 003-V	22	Secundaria sin terminar	13	Negra

EJES TEMÁTICOS DE INDAGACIÓN DE LAS ENTREVISTAS

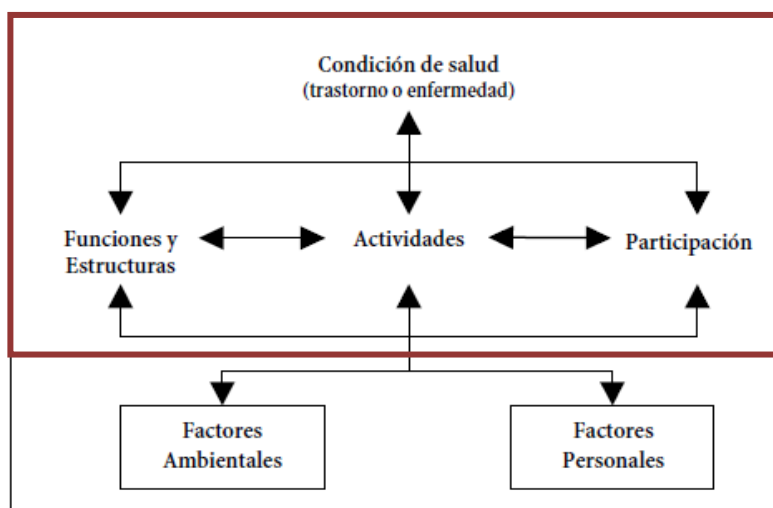
Se crearon ejes de indagación a partir de la revisión bibliográfica. Lectura de artículos de investigación, de documentos y estudios nacionales e internacionales, así como la revisión de referentes teóricos, orientaron la conformación de éstos.

En lo relacionado al marco de referencia, se consultó y se tomó como guía el Modelo teórico Ecológico de la violencia, el cual busca una visión coherente de las diferentes dimensiones de la salud desde una perspectiva biológica, individual y

social. Dicha información se complementa a través del Esquema Teórico “Ending Violence Against Women” del año 1999 presentado por Heise, Ellsber, M. Gottemoelle y M. Ending (27), y de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud CIF, referentes teóricos ya detallados en apartados iniciales.

En este componente cualitativo, la información fue recolectada y analizada desde un nivel o perspectiva individual y relacional. Sin embargo, la perspectiva ambiental o de contexto, y su naturaleza interactiva, emergió en los relatos como temas importantes para mencionar y analizar.

Figura No. 7: Delimitación del componente a explorar y del componente emergente



Modificado de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud CIF – OMS (28)

Una vez identificados los ejes de indagación, se procedió a realizar las entrevistas, las cuales fueron grabadas y transcritas (ver Anexo No. 9). Se realizaron además, por cada investigador, diarios de campo de cada encuentro con las mujeres. Dichas entrevistas se llevaron a cabo en el mismo periodo de tiempo destinado para la recolección de datos, en no más de tres encuentros, cuya duración dependía de cómo se iban desarrollando las sesiones y, fue la saturación de información el límite para determinar el número de entrevistas a realizar por cada una de las participantes.

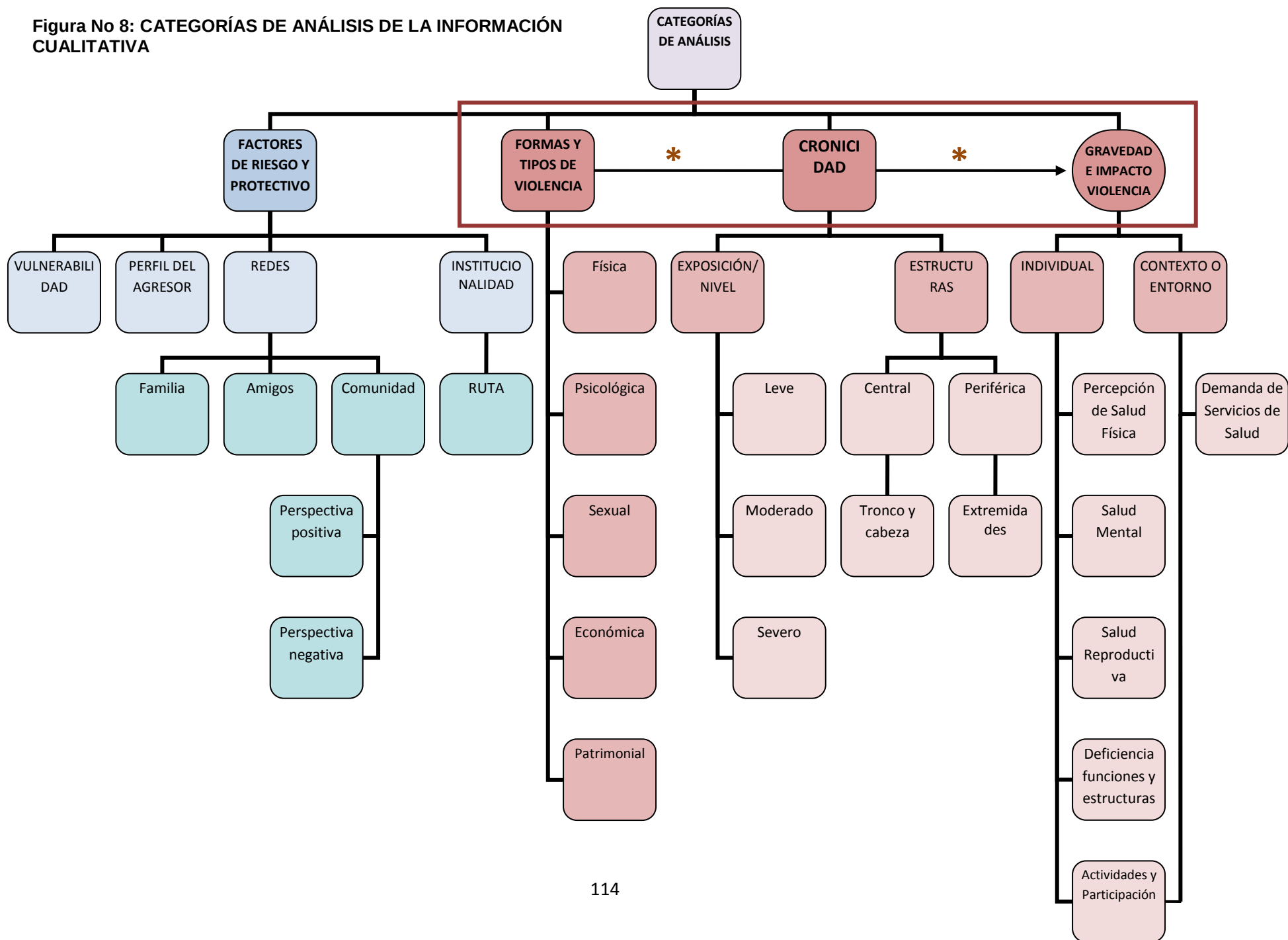
CONSTRUCCIÓN Y VALIDACIÓN DE CATEGORÍAS

Para el proceso de construcción y validación de categorías, cada una de las investigadoras, desarrolló inicialmente una codificación descriptiva, en las que se empleó y agrupó expresiones textuales de la entrevistada 001-J. Después, se realizó, de forma individual, un proceso de categorización de primer nivel, en el que se acogieron denominaciones creadas por cada una de las investigadoras, pero apoyadas en rasgos que era posible identificar y evidenciar en los datos recogidos y agrupados por dicho investigador. Posteriormente, se generó un segundo nivel de categorización axial o relacional en el cual se aglutinaron las categorías inicialmente formuladas, vinculando entre sí varias categorías de orden inferior. En una tercera y última etapa, tras la triangulación de la información y una depuración empírica y conceptual, se realizó un proceso de categorización selectiva, cuyo resultado fue la identificación y desarrollo de varias categorías núcleo, alrededor de las cuales se articuló todo el sistema categorial construido a lo largo de la investigación, con el que se estructuró una presentación sintética y conceptualizada de los datos. (Ver Anexo No. 10)

Una vez establecidas las categorías, con el propósito de determinar qué nuevas preguntas podrían ser contestadas fructíferamente, dando una comprensión progresivamente más completa de la realidad analizada, se continuó con la ejecución de las entrevistas restantes, con posterior transcripción de las mismas, y organización de la información en las categorías ya establecidas, retroalimentando el diseño del esquema temático hasta obtener la denominada saturación de categorías, obtenida a través de 3 entrevistas.

Es así como, cuatro fueron las categorías conformadas para la organización y análisis de la información cualitativa, tres de ellas relacionadas con la percepción de salud y discapacidad de las entrevistadas, y una cuarta categoría con hallazgos y datos emergentes del componente cualitativo:

Figura No 8: CATEGORÍAS DE ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN CUALITATIVA



- * Relación entre las categorías Formas y tipos de violencia y Cronicidad, con la categoría resultante Gravedad e Impacto: La gravedad e impacto de la violencia dependerá de la cronicidad y de las formas y tipos de agresión. Estas categorías responden al nivel personal/individual del modelo ecológico, cuya estructura sustenta la investigación.

NIVEL INDIVIDUAL-RELACIONAL / DOMINIO PERSONAL-INDIVIDUAL (MODELO ECOLÓGICO PARA LA VIOLENCIA-OMS / CIF)

CATEGORÍAS

TIPOS, FORMAS DE VIOLENCIA Y CRONICIDAD “SENTIA QUE EL MUNDO ME HABIA CAIDO A MI SOLA”

La violencia familiar contra la mujer tuvo una direccionalidad clara en las entrevistas realizadas: en la totalidad de los casos, ésta fue ejercida por el hombre con el que están casadas y/o con él que convivían en pareja. Las manifestaciones de los actos violentos incluyeron la violencia física, psicológica, sexual y patrimonial, agresiones que se presentaban principalmente una como consecuencia de otra, es decir, si la mujer no se sometía a la violencia psicológica, sexual y patrimonial, esto desencadenaba maltratos físicos, muchas veces desarrollándose de manera simultánea:

“él siempre amanecía como de mal genio, a molestarme, a querer que yo estuviera... íntimamente con él (...) yo no quería, entonces por ahí empezaba, entonces yo empezaba a llorar y por ahí empezaba: <deje de llorar, deje de llorar> y me pegaba... o porque yo le hacía reclamo por la plata, le pedía la plata para ir a mercar y ahí mismo empezaba a sacar pretextos, se enojaba y me golpeaba.” 001-J

“...pero cuando yo decía la verdad lo que recibía eran un puño, una puñalada o me privaba ahí...” 003-V

Las agresiones psicológicas fueron principalmente manifestadas en formas de intimidación con armas, amenazas de agresión física contra ellas y los miembros de la familia, como los hijos y parientes cercanos de la víctima, además de insultos, gritos y vulneración de sus capacidades, humillaciones, entre otras. Sin embargo, en ninguna de las agresiones psicológicas mencionaban el abandono por parte del agresor o chantajes relacionados con este:

“Quedé en embarazo, pasaron dos meses y otra vez empezó... empezó a insultarme” 001-J

“me decía <usted es una bruta, no parece que hubiera estudiado todo lo que ha estudiado, usted todo lo hace mal...>” 001-J

Las amenazas más atemorizantes incluían intento de homicidio:

“yo me quería ir pa mi casa, y decía no!! si usted se va yo mato a su mamá, se olvida que tiene hijos” 003-V

“él me dijo <si no se va conmigo nos matamos todos, ni pa Dios ni pal diablo, la mato a usted, a los niños, me mato yo y se acabó!> ” 001-J

Este tipo de violencia si bien podría suponer una naturaleza más sutil e intangible, era catalogada por las mujeres como una de las atemorizantes, quizá más que la misma brutalidad de los ataques físicos. Al intentar cuantificar el carácter insidioso y profundo de los maltratos psicológicos, pueden escaparse de una medición exacta, sin embargo, los relatos de estas mujeres demostraron el temor y la tensión mental, que en su forma más severa, se manifestaba en intentos de suicidio en la mayoría de estos casos, un tipo de agresión que se presentaba gran parte del tiempo durante el transcurso de la relación:

“Los golpes cada mes o cada veinte días así, los gritos si fueron muchos...eran demasiados, casi todos los días...” 002-S

“Con respecto a eso sí, cada ratico me decía que si me veía me mataba, que si me veía con otra persona me mataba y pues con él sentía a cada rato que me iba a morir, que ya no iba a amanecer viva, o sea amanecía con el temor siempre de que iba a perder mi vida.” 002-S

Por otra parte, la violencia física según lo indagado, se manifestaba por medio de empujones y tirones del cabello en sus formas más leves; de igual manera, manifestaciones más graves como puños, cachetadas, patadas, golpes contra objetos, quemaduras, entre otras, se presentaron. Las formas más severas de expresión de este tipo de violencia incluían el uso de objetos y armas blancas, desde cables, destornilladores hasta cuchillos y puñales. Además, las armas de fuego jugaron un papel importante a la hora no sólo de amenazar e intimidar, también al momento de lastimar o lesionar:

“me arrancaba el cabello, me arrancaba mucho el cabello, manada de pelos que me arrancaba y en la cara cachetadas” 002-S

“...cuando ya era es que uno lo veía era con un palo, con algo para tirarle a uno” 003-V

“...y ahí cogía palos o hasta un día cogía el cable de la parabólica y con eso me pringó todo el cuerpo, y me decía: <si vez, eso te pasa por estar volándote>” 003-V “... en el pie de acá me disparó” 003-V

Junto con la forma de los ataques, existe el factor “dosificación” o bien la frecuencia con la que eran sometidas las mujeres a este tipo de agresiones, pues en sus formas más agresivas era necesaria sólo una vez para causar heridas graves en la mujer. Las agresiones físicas durante la relación de pareja, en algunos casos, fue relativamente baja (semanal) en comparación con el resto de encuestadas (tres o cuatro días a la semana / todos los días). Sin embargo, en ocasiones, la brutalidad del ataque era tan severa, que las mujeres se referían a esta como la agresión física más grave de todas las sucedidas. Tal es el caso de un agresor quien haciendo uso de sus manos como el “objeto” para agredir, a pesar de no ser un arma, logra ocasionar grandes daños si la acción es aplicada con brutalidad, así como lo relató una de las mujeres quien fue atacada con una ráfaga de puños, lo que le provocó fractura y lesiones de tejidos blandos:

“ahí fue que me agredió y me fracturó la mandíbula, me dio muchos puños que me fracturó la mandíbula, me destrozó la cara, me desfiguró completa, me la hinchó y me fracturó el maxilar izquierdo.” 001-J

También suele desarrollarse de manera contraria, es decir, los maltratos físicos son muy frecuentes pero suelen manifestarse en sus formas más leves o menos graves, con repercusiones que pueden no ser tan notorias sino después de un tiempo de sucedidos los ataques:

“yo creo que reuniendo los días y todo eso, si mucho un año de felicidad, contando los pedacitos que de pronto yo haya vivido al principio...” 002-S

En cuanto a la duración de la situación de violencia de las mujeres, por parte de sus compañeros sentimentales, muestra que los sometimientos y las torturas se inician relativamente temprano, principalmente las psicológicas, casi al primer año de la relación, y cesaron en la mayoría de los casos cuando las mujeres escaparon de su relación, a excepción de un caso en particular donde hubo seguimiento por parte del agresor una vez la mujer había abandonado la casa:

“Después nos fuimos a vivir, duramos un año viviendo y al año quedé en embarazo del niño y desde que quedé en embarazo del niño empezaron las agresiones.” 001-J

“entonces a los cuatro meses de que comenzamos, me puse a vivir con él (...) y así desde esa fecha, desde que yo empecé a vivir con él, empezó

como su forma de ser, sus gritos (...) Cuando él me “golpió” la primera vez eso fue como a los mesecitos, por ahí a los dos o tres meses...” 003-V

Por otro lado, y en comparación de los casos entrevistados, no todas las relaciones tuvieron el mismo tiempo de vida, y aunque la incidencia de estas agresiones físicas pueden ser menos frecuente, el tiempo de duración de la relación puede ser mayor, otorgándole peso a la cronicidad de estos maltratos, como en el caso de una de las participantes quien fue víctima durante aproximadamente 20 años y quien experimentó desde formas de violencia leves hasta formas de agresiones graves:

“...ahí comenzaron más los golpes (...) hace como unos dieciséis años, pongámosle, o unos quince o catorce años, la fecha exacta no me la acuerdo, desde esa fecha para acá fue mi vida peor (...) osea, seguidos era cada semana, cada dos veces a la semana, osea estábamos dos días bien y el resto de la semana estábamos mal, así fue mi vida, dos días bien, en total todo ese tiempo que he transcurrido con él...” 002-S

Otro tipo de maltrato que prevaleció en todas las historias fue la violencia sexual, en la que se evidenció una actitud por parte de las mujeres, en la que si bien lograban percibir la agresión sexual como un ataque, no lo consideraban violación como tal, quizá porque los agresores eran sus propios esposos o compañeros sentimentales. Una de las constantes en las agresiones sexuales fue la intimidación, principalmente el sometimiento a tener relaciones sexuales de manera forzada y otras prácticas asociadas a estos tipos de agresiones, obligando a la víctima a participar de éstas con el objeto de lastimar y hacer daño:

“a querer que yo estuviera... íntimamente con él... yo no quería, entonces por ahí empezaba, entonces yo empezaba a llorar y por ahí empezaba: <deje de llorar, deje de llorar> y me pegaba...” 001-J

“él cogió fue a la muchacha a estar con ella y que yo viera, o sea, era como para lastimarme pero violencia sexual no...” 002-S

En este tipo de violencia no mencionaban la frecuencia, o era muy variante, y en ocasiones se relacionaba también con el consumo de alcohol: si el agresor llegaba bajo estado de embriaguez, imponía con más insistencia las agresiones sexuales, de manera que las mujeres se sentían obligadas a acceder en contra de su voluntad para evitar mayores problemas.

La violencia económica y patrimonial se perpetuó a manera de omisión de las obligaciones económicas por parte del agresor, privando tanto a las mujeres como a los hijos de las necesidades básicas como el alimento:

“o hay veces decía: <hoy no vamos a comer nada!> y así duramos dos tres días, a la manera de él sin comer, así... hacer lo que él quería” 003-V

“... a él le pagaban cada ocho días, los sábados, y llegaba sin ni siquiera el pago, ni pa mericar; me tocaba a veces rebuscarme, ni siquiera pa la comida, (...) a veces me tocaba acostarme con un café, una agua de panela yo y mis otros dos hijos” 001-J

Se evidenció, además, por parte de algunas entrevistadas absoluto control del acceso al trabajo y a la educación, el menoscabo de la productividad de la mujer, y amenazas a razón de la posición económica de ésta vs el agresor, lo que advertía una dependencia económica, la cual el victimario usaba como estrategias de manipulación de la mujer durante toda la relación:

“No le gustaba que yo saliera y que no fuera a estudiar.”

“él siempre me decía que sí, que trabajara y lo económico pero al mismo tiempo, los celos, que los mozos, entonces yo siempre evite salir a trabajar, por evitar problemas, entonces hubo esa humillación por parte de él, en lo económico, siempre” 001-J

“siempre me decía que me quitaba a los niños que porque él podía económicamente más que yo y que lo podía demostrar y que yo no tenía con qué...” 002-S

Además de la destrucción patrimonial de ellas, manifestada en el daño de sus pertenencias y bienes:

“aparte él me robó el celular” 001-J

“...él me incendió una moto, (...) empezó a patearme la moto, cuando la moto empezó a botar gasolina, se empezó a sentir el olor, él volvió y se salió y como tenía candela, desde afuera del antejardín cogió y la prendió... casi nos mata” 001-J

ESTRUCTURAS BLANCO DE LAS AGRESIONES: “¿CUÁL DE ESTOS CUERPOS ME TOCA HOY?”

Las agresiones psicológicas y físicas fueron más frecuentes dentro del grupo de entrevistadas, así mismo, durante la relación, en algún momento fueron violentadas con intimidación sexual y destrucción al patrimonio propio, lo que en varias ocasiones fue la constante de los días, casi siempre perpetradas de forma simultánea. Los actos violentos tienen consecuencias que afectan la salud de las mujeres, muchos de los daños son “intangibles” como en el caso de las agresiones psicológicas, sin embargo, en el caso de los maltratos físicos, éstos se perciben e identifican fácilmente ante los ojos de las mismas víctimas.

El patrón de las agresiones en relación a las estructuras corporales blanco de éstas, si bien no seguía una línea exacta según lo relatado por las participantes, sumado a las variaciones dependientes de la severidad o el carácter sádico de los agresores, pudo apreciarse que la totalidad del cuerpo y cada parte de éste, en algún momento de la situación de violencia, fue blanco de daños y agresiones, las cuales, en ocasiones llegaban a ser extremas y provocar deficiencias estructurales como tal y posteriormente limitaciones en las actividades en las que son indispensables un óptimo funcionamiento de éstas.

Las partes del cuerpo centrales, como cabeza y tronco, fueron las mencionadas constantemente en el transcurso de las entrevistas, desde cachetadas en la cara, hasta puños y golpes contra objetos, al punto de vulnerar la integridad de estructuras vitales como el cerebro, lo que puede producir daños considerables en ciertas ocasiones; las mujeres comentaban que muchas veces las “privaban de un golpe en la cara” (traumas craneoencefálicos) durante las agresiones físicas más extremas:

“una vez me cogió la cabeza contra un poste, pero fue siempre así, siempre fueron con sus puños más que todo” 001-J

“Cara, siempre me golpeaba en la cara... y en la boca” 001-J

“me volvió un monstruo, ese día me reventó, me dejó la cara hinchada...”002-S

“destrozó la cara, me desfiguró completa, me la hinchó y me fracturó el maxilar izquierdo.” 001-J

Los traumas en la región del tórax y el abdomen también fueron frecuentes en todas las mujeres, de igual forma, consideradas funcionalmente como estructuras protectoras de órganos vitales, donde se alojan la mayor parte de ellos. Si bien no

todos los traumas eran causados por golpes contundentes, el agresor si generaba heridas de consideración a nivel de tejidos, tales como cortes y laceraciones, entre otros. Algunas de las entrevistadas mencionaron como razón principal de los ataques en dichas zonas, el ser ésta una estrategia del agresor para ocultar las huellas de los maltratos a través de la utilización de prendas de vestir adecuadas para dicho fin:

“me decía, te colocas esto, como para que uno se tapara las huellas que él me dejaba y nadie sospechara que nunca pasaba nada” 003-V

“un día cogía el cable de la parabólica y con eso me pringó todo el cuerpo” 003-V

“al otro me dejó todo el cuerpo morado de las patadas que me daba con odio” 002-S

Por otro lado, durante el periodo de gestación de las mujeres participantes, el abdomen era una de las zonas donde se concentraban los maltratos, afectando no sólo la integridad física de la mujer sino además arremetiendo contra la de su hijo:

““el golpeador” de él era, subirse a la cama y tirarlo a uno y sentarse encima de la barriga de uno así uno estuviera en embarazo, en el embarazo se subía aquí en la barriga donde estaba el bebé y ahí me tiraba...” 003-V

“empezando el embarazo de <hijo> me empujo con una patada y yo me caí, me caí y me “golpió” la puerta “ 002-S

A nivel periférico, como en el caso de las extremidades, los tipos de agresiones no fueron menos graves, ni menos frecuentes: en muchas ocasiones los agresores herían dichas zonas del cuerpo, al no hacer distinción y al propinar ráfagas violentas de agresiones y golpes durante sus ataques, en los cuales, además de las estructuras centrales, otras no menos importantes como las piernas, los pies, los brazos y las manos eran también blancos de brutalidad:

“-Entrevistadora: ¿Te golpeaba en cualquier parte del cuerpo o había como zonas específicas? En cualquier parte del cuerpo...” 003-V

“... aquí en la pierna derecha, por aquí tengo un, fue una vez que me hirió con un destornillador y por aquí mismo la plancha y por aquí está el puntazo del cuchillo (señala la pierna)” 003-V

“acá... en el pie de acá me disparó, y él con los cigarrillos me quemaba las manos...” 003-V

Finalmente, a manera de conclusión, los malos tratos cometidos contra el grupo de mujeres entrevistadas incluían todo tipo y formas de agresiones posibles, con un inicio marcado por la violencia psicológica, sexual, económica y patrimonial y, los posteriores ataques físicos que se convertían en el patrón más común descrito, sin embargo, una vez alcanzaban el nivel físico, el resto de las agresiones seguían latentes y se desarrollaban en gran parte de manera simultánea, hecho agravante y cada vez más atemorizante para dichas mujeres.

Por su parte, las formas de manifestación de las agresiones iban desde sus configuraciones más leves hasta las más severas y brutales. A este hecho se suma además, la duración en el tiempo de la situación de violencia sufrida, que si bien tenía periodos cortos donde cesaban, prácticamente duraba hasta el momento de culminación de la relación, tiempo que, por otro lado, no fue una regla que se cumpliera a cabalidad ya que algunas mujeres reportaron intimidación, amenazas y reincidencia de ataques por parte del agresor inmediatamente después de huir de la relación de pareja. En el caso de las participantes, estos maltratos eran propiciados durante más de un año (3 años la relación más corta y 20 años la más duradera), y en más de una ocasión la víctima llegaba a estados críticos de salud por un evento extremo de violencia.

Respecto a las zonas corporales de las mujeres que fueron blanco de los ataques físicos, en algún momento de la situación de violencia, su cuerpo sufrió algún tipo de violencia física sin discriminación de zonas o importancia de sistemas vitales. Sin embargo, las zonas centrales (cabeza, tronco) fueron agredidas incluso en mayor medida que las periféricas, aun así, en ocasiones el patrón de violencia cambiaba con el fin de no hacer evidente el delito, arremetiendo contra áreas fáciles de cubrir, como el tronco, extremidades inferiores y a veces las superiores, evitando dejar marcas en los rostros de las mujeres. A pesar de esto, la severidad del ataque era evidente cuando se propinaba a nivel cefálico, capaces de generar, deficiencias estructurales y funcionales al menos en los ataques más extremos, además de la gravedad y peligrosidad cuando estos no discriminaban si eran o no zonas de vital importancia.

CATEGORÍA

GRAVEDAD E IMPACTO “AHORA HABLARÉ YO”

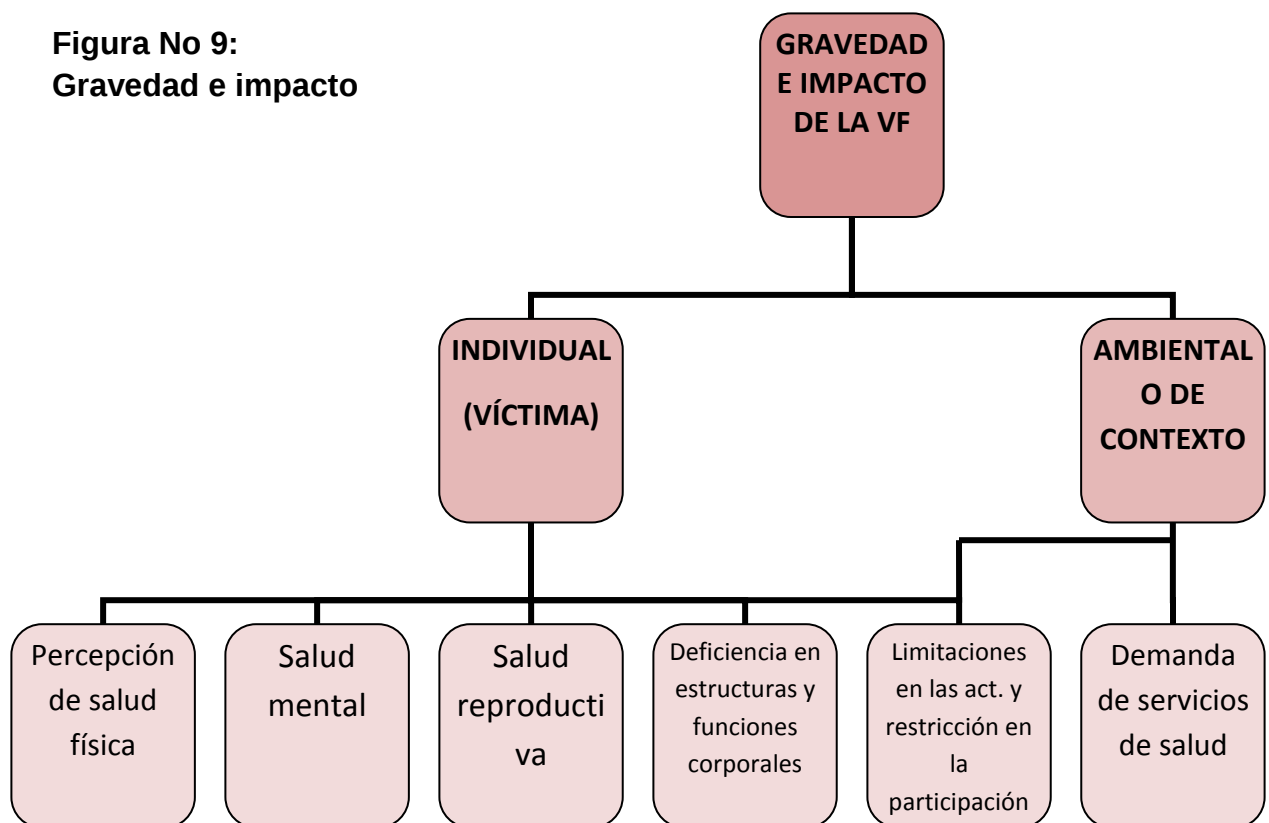
El Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud (OPS, 2002), reconoce el carácter causal y desencadenante de los actos violentos contra la mujer, a nivel de secuelas físicas, psicológicas, reproductivas y sociales, a través de lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones. La violencia,

en nuestro tiempo y en todo el mundo, es agente causal de muerte y discapacidad.

A través de entrevistas a profundidad realizadas a 3 mujeres víctimas de violencia familiar propiciada por sus parejas, se evidenciaron líneas causales de deficiencias, limitaciones en actividades y restricciones en la participación a nivel individual, así como un incremento de la demanda de servicios de atención en cuanto a salud. Dichos lineamientos confirman el pensar e imaginario de investigadores, organizaciones y responsables políticos, quienes han considerado esta problemática como un determinante negativo que afecta la salud de la mujer (Ver apartado Discusión).

Es así como, a través de indagación, los resultados presentan unas consecuencias e impacto a nivel individual (víctima) y otras a nivel ambiental o de contexto.

Figura No 9:
Gravedad e impacto



NIVEL INDIVIDUAL: “... Y LAS GRIETAS DEL ALMA SE ME SALIERON POR LA PIEL”

Dando inicio a los hallazgos encontrados a nivel individual, los resultados de las entrevistas arrojaron una auto-percepción pobre de salud, percepción lógica e inherente a los efectos de los actos violentos tanto a nivel físico como a nivel psicológico, efectos percibidos, por las entrevistadas, como “huellas” de su pasado:

“... debilidad, yo me empecé a enfermar, dolores de cabeza, que los mareos... todavía los siento... aburrimiento, tristeza a toda hora, a veces desespero de salir, irme y salir corriendo” 001-J

“mi calidad de vida fue horrible, fue horrible, horrible!...” 003-V

Dichas lesiones, que llevan a un menoscabo de la salud física, según datos obtenidos, pueden consistir en hematomas, equimosis, pellizcos, rasguños, pero también golpes contusos, fracturas, quemaduras, heridas con armas cortopunzantes y armas de fuego, así como lesiones en órganos de la cabeza, del tronco y extremidades.

Ante esta situación, se vislumbra un panorama caracterizado por deficiencias en cuanto a estructuras y funciones corporales, tales como las estructuras relacionadas con el movimiento (en especial de la cabeza y región del cuello, así como tronco y extremidades inferiores y superiores), estructuras del sistema nervioso, estructuras de las áreas de la piel y estructuras del pelo, así como las funciones relacionadas con el dolor, funciones de la piel y funciones relacionadas con el movimiento, las más frecuentes. Son matices de una realidad que ha generado cambios a nivel corporal de dichas mujeres, los cuales pueden ser pasajeros o permanentes.

Es así como, se presentaron daños a nivel de estructuras centrales:

“me agredió y me fracturó la mandíbula, me dio muchos puños que me fracturó la mandíbula, me destrozó la cara, me desfiguró completa, me la hinchó y me fracturó el maxilar izquierdo” “casi siempre me golpeaba en la cara... y en la boca”... “un golpe en la nariz, me dejó privada” 001-J

“entonces el cogió con una navaja... en la nariz, esta cicatriz que tengo aquí fue por esto, un golpe me la partió, la nariz, entonces me tocaron que me hicieran una cirugía y, por acá con una navaja me chuzó... la nariz siempre me quedó... cada vez que me miraba al espejo me acordaba yo de eso, entonces me afectó un poquito psicológicamente... Era maluca verme mi cara dañada” 002-S

“la vez que estaba de dieta, que me dio un <desgarre>, del puño que me dio en la cara, me empezó un dolor de cabeza muy fuerte y me dio un <desgarre> en el lado izquierdo” 001-J

“me arrancaba el cabello, me arrancaba mucho el cabello, manada de pelos que me arrancaba y en la cara cachetadas” 002-S

De igual manera algunas entrevistadas refirieron daños a nivel de estructuras distales:

“si yo hacia las cosas mal hechas, yo a veces yo llegaba, de tantos golpes que él me daba, yo le decía: <yo no le voy a cocinar a usted>, colocaba la plancha a calentar y me decía: <¿no lo vas a hacer?>... un día me quemó con un cigarrillo” 003-V

“aquí en la pierna derecha, por aquí tengo un... fue una vez que me hirió con un destornillador y por aquí mismo la plancha y por aquí está el puntazo del cuchillo... acá... en el pie de acá me disparó, y él con los cigarrillos me quemaba las manos...” 003-V

Figura No.10: Deficiencias en funciones corporales

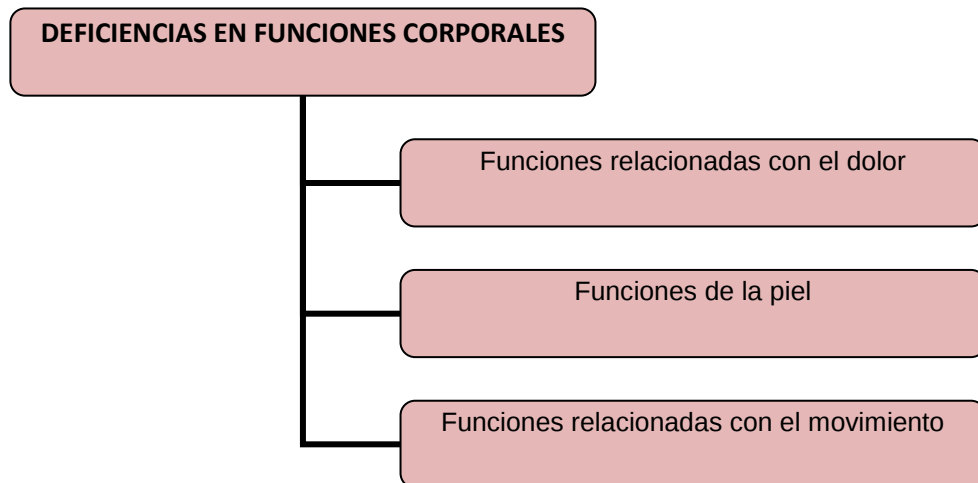
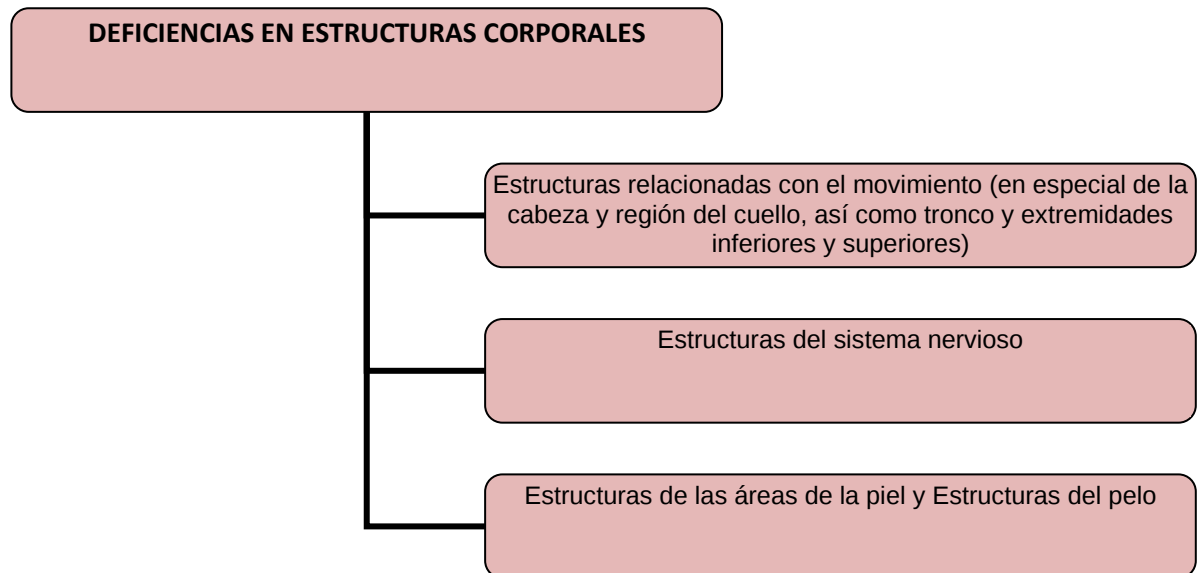


Figura No. 11: Deficiencias en estructuras corporales



Además del maltrato físico, se evidenciaron aspectos y problemáticas relacionadas con la esfera psicológica de las entrevistadas, las cuales pueden ser clasificadas en el concepto de salud mental. Dentro de la salud mental, los insultos, los gritos, las amenazas, las humillaciones, fueron los maltratos y acciones más frecuentes, a reserva de los daños psicológicos como lo son la depresión, el temor, la vergüenza, ansiedad, baja autoestima, trastorno del sueño y alimentación:

“cuando yo no quería hacer las cosas, me castigaba y me decía: < todo el día te vas a quedar así, sin ropa, dentre el que dentre, te vas a quedar así> y me tenía que quedar así, o si no hay veces no hacía así, sino que me dejaba en la cama, me decía: < vea ahí se va quedar sentada> y ahí me dejaba sentada o hay veces decía: < hoy no vamos a comer nada> y así duramos dos - tres días, a la manera de él, sin comer, así...” 003-V

Para las entrevistadas, y para varios autores, las consecuencias psicológicas son aún más serias que los efectos físicos. Es una experiencia que destruye su amor propio, la confianza en sus capacidades y en la toma de decisiones, además de una sensación de fatiga, decaimiento y depresión:

“cuando yo vivía con él, me sentía incapaz de ir a trabajar, de salir, de hacer nada porque yo con él se me quitaron las ganas de todo” 001-J

“dejé de pensar en mí y en las decisiones mías, todo lo que yo hacía o hacíamos (los niños) era porque él lo hacía y él decía que se hiciera así, nunca tuvimos voz ni voto nosotros. Entonces ahí yo me fui como cohibiendo con el tiempo a tomar decisiones, me había vuelto como insegura y es por todo lo que me ha pasado” 002-S

Las entrevistadas refirieron sentir, en mayor o en menor medida, depresión a lo largo de la experiencia de violencia. Diferentes autores, al igual que la OMS, han concordado en considerar la violencia familiar como un importante factor de riesgo para la depresión. Dicha situación se hace especialmente importante en la medida en que la depresión mayor ocupa el primer lugar dentro de las causas generadoras de discapacidad en el mundo según autores como Castillo-Manzano y Arankowsky-Sandoval. 7

Gran parte de las entrevistadas, producto de la depresión generada por la situación mantenida de maltrato y la impotencia ante la misma, recurrieron al suicidio, hecho que vislumbra la pérdida de interés en la vida:

“yo ya estaba al borde del precipicio... esa no fue la única vez: cuando el niño ya tenía como cuatro meses y otra vez él volvió a lo mismo, intenté otra vez y me tomé un poco de pastas... y así varias veces lo intenté” 001-J

“intenté suicidio, intenté varias veces: yo me tomaba pastas... en el embarazo del niño tomé una vez unas pastas, yo ya estaba desesperada, no quería más (silencio)” 001-J

“un día me tomé un poco de pastas, me intoxicqué, osea que, yo le decía a él: < no...yo ya estoy aburrida con usted, va llegar el día en que me voy a matar>”... “llegó el día que me tome un poco de pastas que se llaman.... se me olvido el nombre, bueno eran un poco de pastas para dormir y me intoxique con eso. -¿Cuántas veces lo intentaste?- Como tres veces” 003-V

De igual manera, el abuso o violencia psicológica, referida por las entrevistadas, consistió en amenazas de lastimar e incluso amenazas de homicidio, todas éstas entendidas como formas de cohesionar y controlar:

“no me pegó, ni me ultrajo, ni nada... pero él me dijo: <si no se va conmigo nos matamos todos, ni pa Dios, ni pal diablo, la mato a usted, a los niños, me mato yo y se acabó> (pausa)” 001-J

“si usted se va yo mato a su mamá, se olvida que tiene hijos, entonces yo le decía: < bueno, vivamos a tu manera pues, no le vaya a hacer nada a mi familia, yo me agunto todo lo que usted quiera>... < tenés que hacer las

cosas cuando yo te diga y a la hora que yo te diga, o si no, aquí te mato y aquí te dejo, yo salgo y me voy y ¿en tu casa quién se va a dar cuenta que vos estas muerta?...aquí te descomponés y los únicos que van a saber son los vecinos>, así me decía...” 003-V

“con él sentía a cada rato que me iba a morir, que ya no iba a amanecer viva, osea, amanecía con el temor de que siempre iba a perder mi vida” 002-S

Dicha situación de inseguridad y de amenazas constantes, ha generado en algunas mujeres una sensación particular, descrita y actualmente conocida como trastorno de estrés pos-traumático:

“yo he estado acá pero con esa tensión, hasta que yo no lo vea encerrado yo no voy a estar tranquila” 001-J

Finalmente, en cuanto a salud mental y estrés psicológico, es importante destacar la manera en que éstos pueden generar efectos negativos o perjudiciales para diferentes aspectos del bienestar y calidad de vida de las entrevistadas, efectos como el uso o incremento de alcohol y de drogas, así como el hábito de fumar, entre otras conductas negativas para la salud:

“me emborrachaba, fumaba mucho y así, así, así... sentía que me desahogaba, como que me sentía bien cada vez que me iba a tomar, olvidaba los problemas... eso era para mí una distracción y yo me olvidaba de todo” 001-J

“el también consumía vicio y él lo hacía consumir a uno, obligatoriamente él llegaba a la casa con un polvo que ahora le dicen el perico, él me hacía meter eso también... si no accedía, me golpeaba...” 003-V

En cuanto a salud reproductiva, fueron constantes las intenciones de aborto, embarazos no deseados y posibilidades de abortos espontáneos:

“... después de todas esas agresiones que yo tenía en el embarazo... yo vivía y quedé muy delicada con el embarazo, al control ni siquiera iba, nada...” “me dijeron que estaba muy delicada, que tenía principios de <plecancia> y que tenía dos de dilatación y que estaba muy delicada” 001-J

“el golpeador” de él era, subirse a la cama y tirarlo a uno y sentarse encima de la barriga de uno, así uno estuviera en embarazo; en el embarazo se

subía aquí en la barriga donde estaba el bebé y ahí me tiraba...varias veces me privaba y así muchas cosas feísimas...” 003-V

De igual manera, a la pregunta ¿Durante el embarazo, cuantas veces estuviste en riesgo de abortar a causa de los maltratos?, una de las entrevistadas respondió:

“como durante cinco meses, porque ya los otros pues, prácticamente los últimos meses mantenía en el hospital, allá me mantenían haciéndome valorizaciones porque me daban contracciones antes de tiempo... los dolores eran todos los días, todos los días tenía ganas de pujar y tener mi hijo ahí” 003-V

Los problemas ginecológicos, relaciones sexuales forzadas y otras formas de coacción sexual también hicieron presencia dentro de esta categoría. La información referente a dificultades en cuanto a relaciones sexuales son tratadas a profundidad en el capítulo denominado *“Algunas consideraciones adicionales de las entrevistas cuantitativas”*.

La gravedad de las consecuencias a nivel de percepción de salud física, de salud mental y reproductiva, así como las posibles deficiencias a nivel de estructuras y funciones corporales, producto de la violencia recibida durante determinado tiempo de vida por parte de dichas mujeres, sumado a actitudes y acciones impuestas por parte del agresor, reflejan y conllevan, en la mayoría de casos, a una limitación de actividades y restricción de la participación, indicando aspectos negativos de la interacción entre estas mujeres con una condición particular de salud y estilo de vida, enmarcados en círculos de violencia familiar, y sus factores contextuales.

Fue común escuchar relatos en los cuales se reflejaba baja autoestima y limitación para el manejo del estrés y otras demandas psicológicas, así como limitaciones para resolver problemas y tomar decisiones:

“todo el tiempo que estuve con él, siempre, sentía que no podía resolver los problemas, que no podía tomar decisiones” 001-J

“me decía: <usted es una bruta, no parece que hubiera estudiado todo lo que ha estudiado, usted todo lo hace mal...> claro, yo me lo empecé a creer, me lo creía, fueron muchos años...” “yo no tenía capacidades y me sentía sin capacidades” “... me sentía hasta bruta, como que la inteligencia se me había ido pa’ otro lado, sentía yo” 001-J

De igual manera, se presentaron limitaciones, entendidas éstas como un aumento del esfuerzo, presencia de malestar o dolor, lentitud o cambios en el modo de operar, para la realización de tareas y demandas, limitaciones para aquellos aspectos relacionados con la movilidad (llevar, mover y usar objetos y andar o moverse), así como limitaciones permanentes para actividades de autocuidado como el comer, todas éstas causadas por deficiencias a nivel de estructuras y funciones corporales:

“por la fractura, tengo limitaciones con la mandíbula, al comer, al masticar, cuando bostezo o abro mucho la boca me molesta”

“siempre que él, por ejemplo me golpeaba, lo hacía en la cara, entonces el dolor de cabeza, los mareos, un golpe en el ojo que no podía ver, porque me lo dejaba tan hinchado que el ojo se me cerraba y no podía ver bien, entonces hacía mis cosas ya con menos, ¿cómo se dice? Sí, con limitaciones, pero igual me tocaba hacerlas” 001-J

“me dificultaba mucho porque hay veces, cuando él me golpeaba pues, se me subía mucho la temperatura, me dolía mucho la cabeza, en medio del maltrato pues no podía hacer las cosas, pero él decía que todo era fingido y así con el dolor y todo me tocaba pararme, así llorara, relinchara, como decía él, pero tenía que pararme de ahí...” 003-V

“la única que me dejó en cama fue la primera vez, yo quedé como unos veinte días o casi un mes que no podía ni moverme” 002-S

Por otro lado, los malos tratos, como la intimidación, la humillación y los comportamientos controladores, sumado a sentimientos de vergüenza e impotencia, ocasionaron aislamiento de las entrevistadas, restricción y acceso a la información, a la asistencia y a diferentes actividades y entornos de participación comunitaria. Tales restricciones se evidenciaron en lo referente a interacciones y relaciones interpersonales, áreas principales de la vida (educación, trabajo y vida económica), así como en la vida comunitaria, social y cívica.

En cuanto a interacciones y relaciones interpersonales, las entrevistadas presentaban una dificultad entre grave y completa al no poder relacionarse con extraños o pares, cultivar y mantener relaciones formales, sociales informales, familiares u otro tipo de relaciones e interacciones interpersonales, siendo intimidadas, amenazas o privadas de su libertad:

“yo nunca pude salir sola o ir a compartir con mis amigas... menos, mucho menos tener amigos... recibir una llamada era un problema porque él estaba ahí. Decía que en mi familia todos estaban locos igual que yo y no dejaba que me frecuentaran ni ir a verlos” 001-J

“no me dejaba tener amigos porque él lo celaba hasta con la mamá de uno, si uno iba para donde mi mamá, él decía que ella era la que me estaba consiguiendo el otro mozo para que yo lo dejara a él. Me tocaba volarme por la terraza y salí pa’ la calle y me iba a ver los niños, pero siempre que el me pillaba se paraba en la esquina, allá a esperarme, cuando ya era es que uno lo veía era con un palo, con algo para tirarle a uno” 003-V

Este tipo de comportamientos y vivencias, en algunas participantes, han dejado secuelas al presentar actualmente limitaciones en interacciones y relaciones interpersonales:

“siento que ya nadie me va a tomar en serio, ya con tantos problemas... mi pareja (después de convivir con el agresor – aclaración) se fue por eso, por tantos problemas, la familia de él también me rechazó por eso...” 001-J

“alegre la de antes, era muy divertida... ahora no, ahora ya no salgo, ya no me divierto, ya casi no río, muy pocas son las veces que río...” 003-V

Sin embargo, se evidencia en la mayoría de los relatos, el cambio de vida y actitud una vez finalizada su relación de pareja:

“yo no podía hacer esas cosas, entonces yo me separé de él y yo me sentía libre, ya nadie me mandaba, yo ya podía tomar mis decisiones: salir, no salir, tomar, no tomar, tener amigas, amigos, novios, novias, bueno lo que quisiera... y él no me iba a decir nada” 001-J

En cuanto a áreas principales de la vida, las limitaciones y restricciones más evidentes se percibieron en lo referente a trabajo y empleo, así como a la vida económica, lo que puede significar un factor de riesgo, que favorece la reincidencia en la problemática:

“a él le gustaba y no le gustaba que trabajara, él siempre me decía que sí, que trabajara y lo económico, pero al mismo tiempo, los celos, que los mozos, entonces yo siempre evité salir a trabajar, por evitar problemas” 001-J

Una de las entrevistadas, además de presentar limitaciones y restricciones en el ámbito laboral o de trabajo, refirió sentir dicha problemática en lo referente a educación, aún a sabiendas de su deseo de estudiar y superarse, problemática que puede incidir en la consecución o no de un empleo actual:

“todo el tiempo, esa era mi idea, cuando yo me fui a vivir con él yo le dije que quería seguir estudiando, que quería terminar mi bachiller, y me dijo que sí, que él me daba mi estudio, pero la verdad nunca... nunca se dio... no le gustaba que yo saliera y que fuera a estudiar... siempre los celos, la desconfianza” 002-S

“creo que me afecta todavía un poquito, en la cuestión de que de pronto piensen que no voy a poder, con hacer el trabajo, o me pongan dificultad por el no estudiar” 002-S

Por otro lado, en cuanto a vida comunitaria, social y cívica, ésta presentó igual restricción, comparada con las dos categorías anteriores, lo cual evidencia una limitación al ejercicio de sus derechos y libre desarrollo, a través de un rol opresivo y excluyente de la mujer como actor social. 11. Fue común encontrar prohibiciones de salir fuera de casa o interactuar en actos o espacios comunitarios:

“no me dejaba salir, ni asomar la cabeza por la ventana” 001-J

“yo no volví a salir, ni a visitar a mi mamá, ni a la familia, de ahí mejor dicho se me acabó el mundo exterior para mí, él no permitía que yo saliera, ni al parque con los niños” 002-S

“yo le decía: <...vos siempre me mantenés encerrada, nunca me das espacio para yo poder salir, divertirme, ya no tengo amigos>, pero no, él todo le daba igual, tenía que ser todo a la manera de él.... (Llanto)... yo le decía vamos a tal lado a comer helado y él me decía: < no...yo te lo traigo> y cerraba la puerta con seguro y salía y se iba” 003-V

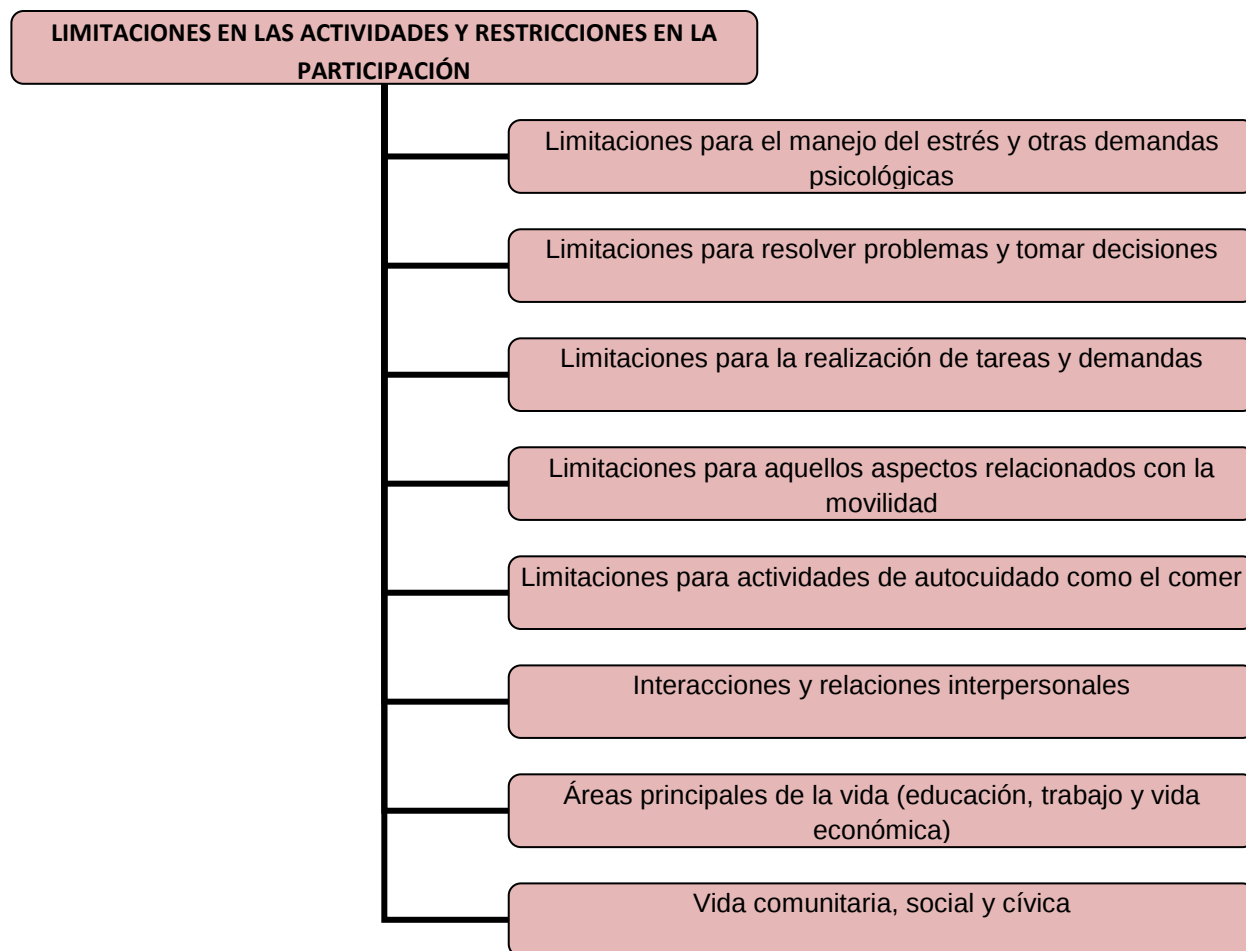
Incluso, las prohibiciones, por parte del agresor, de acudir a servicios de salud u otros, como estrategias de control y ocultación de la violencia propiciada por éste, se hicieron evidentes:

“llegó y me encerró con el niño en el cuarto y me echó llave, yo maluca, maluca, maluca... hasta que al otro día ya se quedó dormido” “... ya tenía contracciones...” “no podía con el niño ni conmigo misma de los mismos dolores que tenía... yo bajé donde un vecino a otra finca, le dije si me llevaban a urgencias, que yo ya estaba muy maluca” 001-J

“-¿Él te restringía poder ir al médico, a un centro de salud, al hospital?- Si, si no era con él entonces no iba, podía tener el dolor que tuviera pero no me dejaba ir, si no era con él no iba...” 003-V

“cuando yo necesitaba ir a un médico era un problema, no le gustaba que yo fuera al médico y mucho menos si el médico era un hombre, para él era un martirio, para odontología también era un problema, para todo era un problema que yo saliera” 002-S

Figura No. 12: Limitaciones en las actividades y restricciones en la participación



NIVEL AMBIENTAL O DE CONTEXTO: UNA CASCADA DE EVENTOS SOCIALES Y ECONÓMICOS

Este tipo de sufrimiento humano, además de dejar secuelas en la historia personal de las víctimas, supone una cascada de eventos en donde se involucra su capacidad para trabajar, y como consecuencia una disminución en las oportunidades laborales, que obstaculizan el derecho a la autonomía y a la

participación como un actor social, convirtiéndose éste en un problema social. Es así como, la violencia supone una carga importante en los costos sociales y económicos del país, en la que, sólo lo referente a servicios de salud, equivalen a 5.0% del producto interno bruto nacional, según cifras entregadas por el Banco Interamericano de Desarrollo.¹ Es así como se introduce y se procede a relatar las consecuencias e impacto a nivel ambiental o de contexto, definido como el segundo nivel hallado a través de las entrevistas ya mencionadas.

El contexto ha sido tomado como la demanda de servicios de salud: las entrevistadas llegaron a requerir tratamiento médico urgente debido a lesiones causadas por el maltrato doméstico propiciado por sus respectivas parejas:

“del puño que me dio en la cara, me empezó un dolor de cabeza muy fuerte... no recuerdo cómo fue que dijeron los doctores, pero estuve un día allá con suero y todo y al otro día me dieron salida” 001-J

“desperté en una ambulancia que me estaba remitiendo para acá, para el Hospital de Cali, el HUV” 001-J

Las mujeres, a lo largo de su experiencia de maltratos (incluyendo los periodos gestacionales), padecieron más problemas de salud, lo que genera un aumento en los costos de atención sanitaria e ingresos a los servicios hospitalarios, y posterior contribución al estancamiento social.

“prácticamente los últimos meses del embarazo mantenía en el hospital, allá me mantenían haciéndome valorizaciones porque me daban contracciones antes de tiempo...” 003-V

“-¿Te llevo a mandar al hospital? Si, como tres veces... -¿Y esas tres por qué fueron? ¿Golpes?- Si, me golpeaba los brazos, las piernas, pero más que todo era porque peleábamos... de las escaleras pa abajo caía, entonces me quedaban unas cicatrices por aquí (pierna), raspones” 003-V

Los datos obtenidos van de la mano y certifican el pensar de investigadores y conocedores del tema. La violencia familiar contra la mujer es un determinante negativo en la salud de las víctimas, así como un agente causal del incremento de la demanda de servicios de salud y repercusiones sociales. La percepción de salud física, mental y reproductiva cambia a partir de actos físicos y psicológicos violentos, que generan desenlaces fatales o no fatales, según el esquema teórico “Ending Violence Against Women”. Es necesario visualizar los resultados o impactos hallados en términos de lesiones y deficiencias a nivel de estructuras y funciones corporales. De igual manera, y haciendo uso de la CIF y del modelo

ecológico propuesto, en cuanto a actividades y participación, se evidencian limitaciones y restricciones causadas por dichas deficiencias, sumadas a actitudes y comportamientos controladores.

La situación social planteada refleja la necesidad de soluciones y medidas colectivas, al ser un tema que no sólo concierne a la víctima. Ésta es una realidad que implica no sólo costos directos de atención médica y judicial, también implica costos indirectos como la provisión de lugares de protección, disminución de la productividad por muertes no esperadas, lesiones, ausencia laboral, deterioro de la calidad de vida, de la vida cotidiana y de la capacidad para auto-cuidarse y cuidar de otros, implicaciones que detienen e impiden un desarrollo inclusivo en el que se aproveche y potencie las capacidades de cada ser humano.

Por tal motivo, ante esta situación, lo que se debe buscar es un desarrollo inclusivo en el que se aproveche y potencie las capacidades de cada mujer víctima, en su diversidad y especificidad, buscando y asegurando garantía de acceso universal y de equidad. 35

6.2.1. OTROS HALLAZGOS DEL COMPONENTE CUALITATIVO

A lo largo de las entrevistas individuales a profundidad, información y datos relacionados con otros niveles del modelo diferentes a los establecidos para la presente investigación, emergieron para dar cuenta de factores de orden comunitario y social que facilitan la violencia y con ello sus consecuencias. A continuación se presenta dicha información categorizada de la siguiente manera:

NIVEL AMBIENTAL Y CONTEXTUAL (NIVEL RELACIONAL Y SOCIAL DEL MODELO ECOLÓGICO PARA LA VIOLENCIA-OMS)

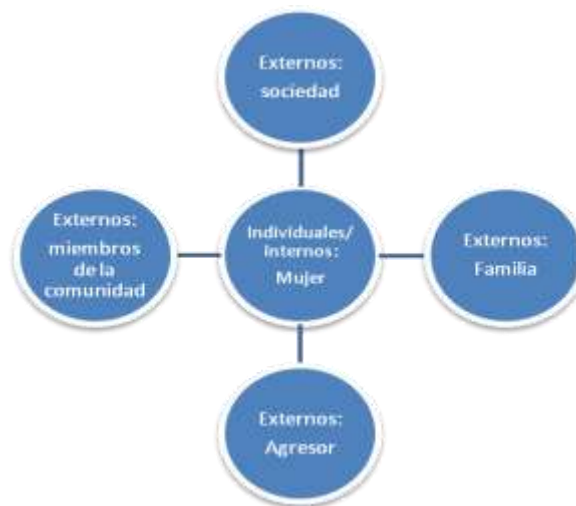
CATEGORÍA

FACTORES DE RIESGO Y PROTECTIVOS

El interés de los últimos años por identificar los factores de riesgo de la violencia familiar, plantea la necesidad de establecer su interacción en los distintos niveles que actúan dentro de una red de multicausalidad, la cual puede favorecer la aparición de la violencia o proteger para que ésta no se desencadene, atribuyéndole al apoyo de la familia y de la sociedad un papel protagónico.

El dinamismo de la violencia familiar propiciada por la pareja, se constituye en un proceso complejo que genera en las mujeres sentimientos y razonamientos culminantes en decisiones para buscar alternativas a la situación que se vive. Dichos factores pueden ser de dos tipos: internos o externos.

Figura No. 13: Factores de Riesgo y Protectivos



FACTORES EXTERNOS E INTERNOS EN LA PROBLEMÁTICA DE LA VIOLENCIA FAMILIAR CONTRA LA MUJER PROPICIADA POR SU PAREJA

Los factores internos o individuales hacen referencia a los procesos personales, actitudes, sentimientos, representaciones sociales y razonamientos de las mujeres frente a la situación vivida y sentida. Por su parte, los factores externos se relacionan con las influencias que reciben las mujeres de su medio exterior, tales como apoyos, actitudes y relaciones de familiares, amigos, vecinos y miembros de la comunidad, disponibilidad de información, así como de la existencia, calidad y efectividad en la prestación de los servicios. De esta manera, ciertas características del entorno social y familiar influyeron de manera concluyente en la toma de decisiones de las mujeres entrevistadas.

Como consecuencia de dichos procesos psicológicos, la personalidad desarrollada en cada ser humano constituye la síntesis de lo interno y el reflejo de lo externo, de lo estable y lo situacional. Para una mejor visualización y comprensión de lo planteado se extraen relatos de las participantes que respaldan el efecto de dichos factores desde los aspectos individuales y sociales de protección y aquellos que representan una situación de vulnerabilidad:

“Yo sentía un vacío y empecé a salir, a bailar cada ocho días, me emborrachaba, fumaba mucho” 001-J

“Cuando yo vivía con él, me sentía incapaz de ir a trabajar, de salir, de hacer nada porque yo con él se me quitaron las ganas de todo” 001-J

“Yo no estaba feliz, yo no estaba contenta, porque esa nunca ha sido mi forma de ser, mis expectativas, a mí me ha gustado estudiar, proyectarme, hacer cosas nuevas, y yo con él no sentía nada de eso” 001-J

Por otro lado, los estados de gestación no han sido momentos de apoyo y protección por parte de sus parejas, por el contrario, fueron detonantes del maltrato o de la espiral de violencia. Los agresores atacaron directa y precisamente esta condición de las participantes, y los blancos a los que dirigieron sus golpes fueron esencialmente zonas donde se manifiesta el embarazo: el abdomen y la cintura. (57). Es así como, los efectos de estas agresiones han puesto en riesgo la vida de las entrevistadas y de los bebés:

“Después nos fuimos a vivir, duramos un año viviendo y al año quedé en embarazo del niño y desde que quedé en embarazo del niño empezaron las agresiones” 001-J

*“Ya cuando quedé en embarazo aumentaron más, los golpes, los celos...”
“En el embarazo se subía aquí en la barriga donde estaba el bebé y ahí me tiraba” 003-V*

Los apoyos sociales y la frecuencia de sus contactos no es más que la red de apoyo social de la mujer. Con respecto a este punto, se evidencia que la percepción de las entrevistadas en cuanto al nivel de apoyo recibido, gira en torno al grado de preocupación, aceptación y actitudes asumidas para con ellas. Las personas con sistemas de apoyo social reducido, o no percibido, presentan conductas débiles de afrontamiento y de menos estabilidad emocional; se asocia a la depresión, a sentimientos de auto-culpa, que le hacen experimentar limitaciones personales y restricciones en la participación. Dos mujeres lo narraron de la siguiente manera:

“No pues a mí me daba era vergüenza con ellos, siempre. Ellos decían que a mí me gustaba el masoquismo, decían que a mí me gustaban los golpes, que ella se lo busca, quién la manda, pero pues en realidad ellos no sabían porque me aguantaba, porque yo me sometía. Sentí siempre rechazo por parte de mi familia, de mis amigas, de todo el mundo...” 001-J

“La relación de mi familia y yo siempre ha sido un poquito difícil porque ellos a él tampoco lo aceptan para nada...” “entonces también me apartan, me alejan un poco por eso” 001-J

“Me defraudó mucho eso de la policía porque yo primera vez en mi vida buscaba una ayuda y ellos lo defendían a él, sacaban la cara por él. Entonces eso también me decía para que voy a poner una demanda sino le creen a uno...” 002-S

El apoyo social por su parte, facilita el afrontamiento de los problemas, promueve la autoestima, los sentimientos de control de la realidad, amortigua la gravedad de las respuestas y proporciona influencia sobre las conductas de búsqueda de ayuda profesional y médica (58), tal como se evidencia en algunos relatos:

“Me tocaba que acostarme así con los niños hasta el otro día que yo veía qué hacer... las vecinas ya se daban cuenta de la situación y ellas mismas me ayudaban” 001-J

“Y el hecho es que en ese momento ese señor me vio tan maluca que ahí mismo me montó en el carro... me llevaron al hospital de la cumbre” 001-J

“Él dejó de agredirme porque estaba mi papá, ya vivía pendiente...” 001-J

“ella ahora esta pues apoyándome mucho y ayudándome a olvidar cosas que, yo no quise confiar en ella como ella dice, yo nunca tuve la fuerza suficiente de decirle a ella: < amá vea (él) me hizo esto>, yo pensaba que ella me iba a dar la espalda, pero ella me dijo que no, que en un principio yo hubiera contado con ella...” 003-V

Así mismo, un factor determinante de las entrevistadas, se relacionaba precisamente con el perfil o conducta del antagonista en la problemática de la violencia familiar, la cual no suele ser habitualmente la de una persona con aparentes problemas cognitivos, sino más bien la de una con personalidad antisocial que ha sido desarrollada en medio del abuso infantil, de los problemas económicos, de la humillación del castigo físico o de la ruptura familiar:

“Él tiene 4 hermanos, pero él nunca, los hermanos viven en la Cumbre, la mamá está muerta, al papá ni siquiera lo conoce... es una persona sola... desde que yo lo conocí siempre ha sido solo” 001-J

“Yo pensaba porque él ha sido una persona maltratada desde pequeño, él me contaba que el padrastro le pegaba mucho, lo maltrataban también

mucho, lo ponían a trabajar desde pequeñito, como desde los ocho años, lo ponían a madrugar desde las cuatro de la mañana en el campo...” 001-J

Otros rasgos encontrados a lo largo de las entrevistas, coinciden en que los agresores responsabilizan a la mujer de la situación, presentan una elevada necesidad de reafirmación, un pensamiento rígido, la creencia de tener siempre la razón en sus actos y celos, estos últimos como un mecanismo para conseguir el aislamiento social de la víctima (58):

“Me decía: <discúlpeme, no lo vuelvo a hacer, no lo vuelvo a hacer>... siempre era lo mismo, <pero es que usted siempre se lo busca, para que me hace dar rabia, usted sabe cómo yo me pongo, entonces para qué se pone así>.” 001-J

“me decía que tenía mozos... yo no sé de dónde los sacaba porque era una finca inmensa... con los mismos hermanos él me celaba.” 001-J

“Celoso si era, no me dejaba tener amigos porque él lo celaba hasta con la mamá de uno, si uno iba para donde mi mamá, él decía que ella era la que me estaba consiguiendo el otro mozo para que yo lo dejara a él...” 003-V

De igual manera, el consumo de alcohol o drogas fueron con frecuencia el detonante principal de la violencia, tal como lo demuestran los siguientes relatos:

“Él me golpeaba prácticamente cada ocho días, cada vez que él tomaba, al otro día, no en el momento en el que estaba borracho sino al otro día, cuando estaba en estado como de... enguayabado.” 001-J

“Para mí era un martirio que llegara la noche, que llegara un jueves, el jueves él empezaba como a consumir drogas... jueves, viernes y sábado, entonces para mí era como que llegara un miércoles y el jueves eran de miedo, miedo.” 002-S

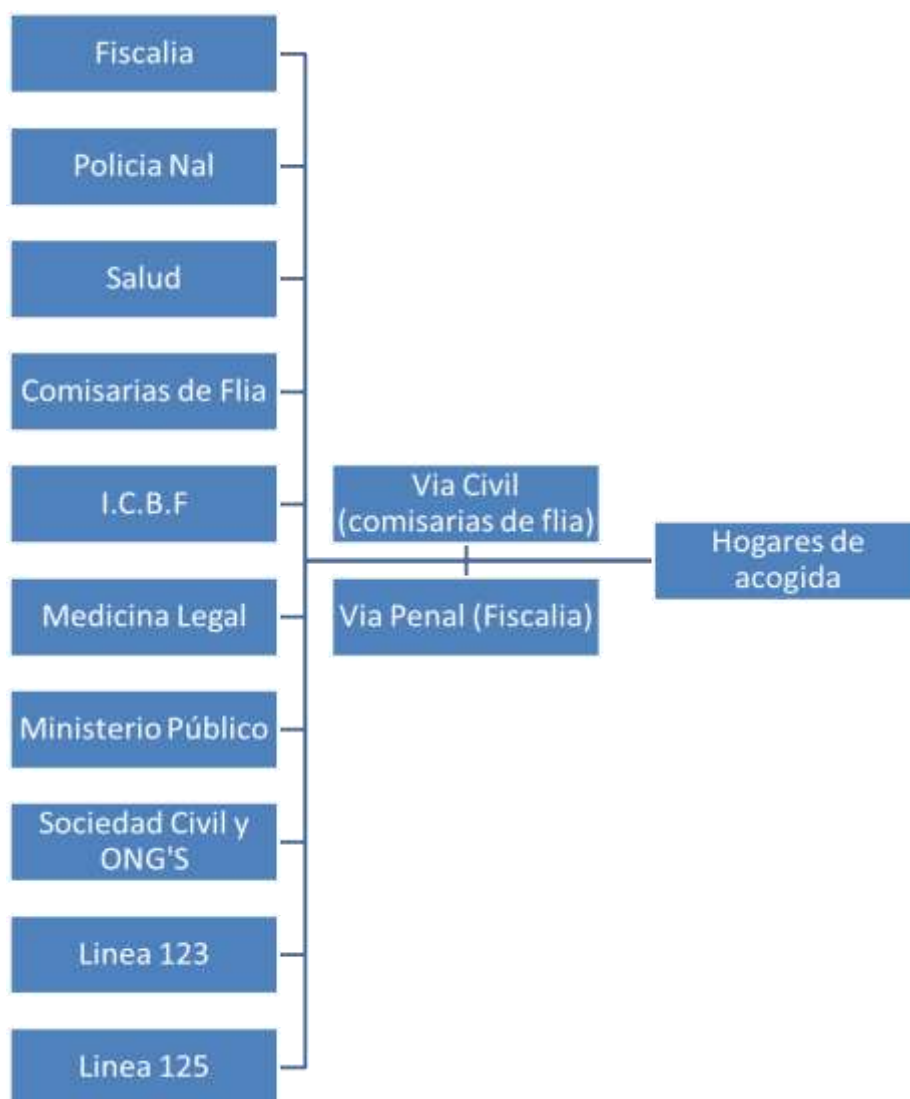
Finalmente, a manera de conclusión, el ejercicio de la violencia contra la mujer en las relaciones de pareja no puede analizarse como un hecho imprevisto o consecuencia de una acción provocadora, es una relación social que atraviesa por distintos matices, en cuya base está la construcción social.

Dos factores propician que se mantenga o no la relación violenta, de acuerdo a lo hallado en la información entregada por las participantes: por un lado, los exteriores o sociales y por otro, los de índole psicológica o individual. La mujer es víctima de unas funciones y actitudes prejuiciosas, como la desigualdad social e

histórica en el reparto de poderes entre hombre y mujeres, de modo que la expectativa de salir de la situación y valerse por sí mismas es escasa. Por otro lado, la confianza en el sistema de justicia y social es muy débil. Toda esta cadena de eventos influye en que la situación no se denuncie y por el contrario, se perpetúe. Si bien la sociedad le ofrece una serie de apoyos, otros factores intervienen y dificultan el acercamiento a dichos apoyos, mientras tanto, los síntomas de las víctimas se agudizan y las secuelas tienden a su cronicidad. (58)

RUTA DE ATENCIÓN: “ENCONTRANDO LA FUERZA PARA LUCHAR Y SALIR ADELANTE EN MEDIO DE ESTE PELIGRO”

Figura No. 14: Ruta de atención para la violencia



Las entrevistadas acudieron a diferentes instituciones en sus intentos por darle solución a la situación que enfrentaban. Dichas experiencias se referencian a continuación:

“no, yo necesito un tiempo para ir a la fiscalía, tengo un tema muy delicado y necesito que me ayuden, solucionen sino yo voy a terminar haciendo una locura o me voy a hacer matar de ese tipo” 001-J

“y la verdad fui, expuse el caso y de inmediato me trajeron pa’ca... esos ya conocen el caso, ya saben que es un hombre peligroso, ahí mismo me trajeron pa’ca” 001-J

Sin embargo, algunas de ellas comentaron no haber recorrido por completo la ruta de atención, llegando únicamente a una de las instancias – el sector salud - recibiendo atención inmediata para su condición:

“cuando yo llegaba ahí al hospital me preguntaban, pero yo decía que no, era una caída no más, que andaba corriendo o jugando partido y así inventaba algo para que no sospecharan que era maltrato...” 003-V

En algunas ocasiones, el temor y la falta de seguridad impedían el poder acceder a las atenciones a las que por derecho tiene las mujeres víctimas de violencia familiar, por lo que únicamente consultaban los servicios de atención cuándo y cómo el agresor autorizara y consintiera:

“Fuimos donde un médico que había en el barrio, un médico particular, entonces el médico se dio cuenta de que no había sido que me había “golpiado” sino de que había sido de que me habían golpeado, el médico le dio rabia y me dijo demándelo, entonces el médico se enojó, entonces pues yo como le tenía miedo que con eso le cogí pavor, entonces le cogí el pánico más horrible y no lo hice” 002-S

Ante la problemática y posteriores consecuencias que surgen con la incesante cadena de eventos de la violencia familiar contra la mujer por parte de su pareja, el estado Colombiano mediante la expedición de la ley 1257 de 2008, formula un plan nacional para la erradicación de las violencias contra las mujeres, el cual busca garantizar en los diferentes ámbitos el ejercicio de sus derechos, el acceso a los procedimientos administrativos y judiciales para su protección y atención. Es así como, se establece un protocolo de atención enmarcada dentro de una ruta intersectorial con la que se busca un abordaje integral, que fortalezca el restablecimiento de los derechos de las mujeres. Sin embargo, las respuestas institucionales se pueden llegar a convertir en la pared y el laberinto que detiene a

las afectadas debido a los innumerables trámites y procedimientos. Afirmaciones obtenidas reflejan, la ineficacia policial, la información imprecisa, la mala orientación y las presiones recibidas, la reincidencia y el cobro por ciertos servicios, lo cual se convierten en poderosos factores inhibidores para las afectadas. Algunas veces, estas dificultades institucionales pueden llegar a límites en los que las mujeres desarrollan una gran desconfianza en el sistema institucional, lo que las desestimula a continuar con dicha ruta. Las afectadas sienten que las leyes no las protegen, que la policía se alía con los agresores:

“y me defraudó mucho eso de la policía porque yo primera vez en mi vida buscaba una ayuda y ellos lo defendían a él, sacaban la cara por él. Entonces eso también me decía para qué voy a poner una demanda sino le creen a uno entonces desde allí empecé yo a reaccionar, yo ya no me quedaba callada” 002-S

En ese sentido, la decisión de las mujeres es el factor que abre la posibilidad de iniciar un proceso de búsqueda de ayuda. Sin embargo, esta decisión no se construye en el vacío. La decisión de las mujeres y sus procesos de fortalecimiento personal se alimentan del apoyo encontrado en el medio cercano o en las organizaciones de mujeres y de la información disponible, por lo cual el Estado debe procurar atender, desde una mirada de género, las “necesidades de las mujeres en su calidad de madres, de ejes morales de la familia (...) y así favorecer el propio fortalecimiento de esa célula de la sociedad”. 5

6.3. ALGUNAS CONSIDERACIONES ADICIONALES DE LAS ENTREVISTAS CUANTITATIVAS

A continuación se estructura información referida por las entrevistadas durante la aplicación del instrumento cuantitativo. A pesar de haber sido diseñado dicho cuestionario con preguntas estructuradas, algunas de las participantes profundizaron en sus respuestas y relataron apartados de su experiencia. Debido a la naturaleza sensible del tema, las investigadoras decidieron no interrumpir los relatos y dejar evidencia por escrito de lo dicho por las mujeres, con su absoluta autorización. Con esto se busca enriquecer los datos cuantitativos y cualitativos ya obtenidos.

En principio, en cuanto a las formas de agresión durante el periodo de violencia, algunas mujeres refirieron no haber sido heridas con un arma blanca o arma de fuego, pero sí amenazadas. Dentro de los objetos utilizados como herramientas

para golpearlas, se registraron bolillos de policía, palos, piedras, tubos de hierro y cadenas metálicas.

Por otro lado, una de las mujeres refiere en la actualidad limitar mucho más los lugares que visita, en comparación con su respuesta correspondiente al periodo de convivencia con su pareja, por temor a coincidir con él, temor e inseguridad presente en muchas de ellas.

En lo referente a la calidad de vida relacionada con salud, una de ellas presentó, durante la convivencia con su pareja, constantes dolores de cabeza y disminución de peso. Sus actividades físicas habituales estuvieron bastante limitadas por depresión y bajo estado de ánimo, por lo cual muchas veces permanecía en cama. Por su parte, a otra mujer, la depresión le llevó a una disminución de las defensas y a hospitalizaciones. Los problemas emocionales y la baja autoestima *“al creerse menos que los demás” (00A)*, como lo refirió una de las mujeres, molestaron extremadamente, al punto de considerar el suicidio. Durante su relación, otra de las entrevistadas mantuvo muy enferma, débil y con constantes desmayos por sobre esfuerzos.

En cuanto a actividades y participación, una de las mujeres presentó dificultad para moverse dentro de su propia casa por limitaciones impuestas por su pareja. Sólo podía bañarse con él, debía vestirse como él dijera y comer cuándo él lo decidiera. Otras mujeres presentaron dificultad relacionada con movilidad por su estado de ánimo y salud emocional, estado causal, en otras participantes, de falta de apetito y problemas de colon.

Algunas de ellas presentaron limitaciones para la realización de actividades físicas habituales por golpes en el brazo, lo cual les generaba dolor y dificultad para levantar y cargar objetos. Igualmente, una de las participantes refirió dificultad para levantar el brazo por dolor, debido a un golpe en el seno hace 13 años (patada de su pareja). Una de las mujeres refirió tener limitaciones para ver, y episodios de mareos, restricción ocasionada o atribuida a la violencia dentro del hogar: *“no tomaba vitaminas, no comía bien por los problemas con él” (00B)*.

Presentaron dificultad para tener relaciones sexuales por constantes infecciones, motivo de atención y asistencia a servicios de salud continuamente. De la misma forma, otras mujeres refirieron dicha dificultad por cólicos, problemas de matriz, falta de deseo e incapacidad por recuerdos de situaciones desagradables (violaciones), no obstante, a pesar de dichos problemas, muchas de éstas se realizaban por sometimiento.

En cuanto al cumplimiento o no de los quehaceres del hogar, una de las participantes no llegó a disminuirlos o dejó de hacerlos por su condición de salud, contrario a esto, se refugió y lo transformó en una alternativa para ocuparse y no pensar en su situación. Contradictorio a una de las mujeres, de las que aun

conviven con el agresor, quien refiere tener días en los que no puede realizar su trabajo diario a causa de los golpes que le impiden pararse de la cama. Cuando la golpean, dice perder su alegría y energía (00A).

Para finalizar, una de las mujeres gestantes, refirió limitaciones para realizar sus actividades habituales de la siguiente manera: *“para los otros embarazos he sido una berraca, para este no me dan ganas de nada”* (mujer quién al momento de la entrevista recién había finalizado su relación) (00C). Asimismo, refirió deficiencias en estructuras y funciones:

-“uno de estos dedos si me los partió (meñique derecho), me fracturó el dedo. No podía coger nada con esta mano... ya lo puedo mover, ya no me duele” (00C).

-“... del dolor no me podía parar... cuando me recuperé, le di a él, cogí un cuchillo y le di una puñalada por aquí” (00C).

-“para el embarazo del niño, me dio un puño y me hinchó la cara”... no podía ni respirar, la nariz todavía me duele. Me ahogo, anoche no podía dormir, me fastidiaba... tengo un lado que casi no puedo respirar. De como me dejó la nariz, me daba vergüenza salir, la pena me mataba, salir así a la calle” (00C).

A partir de las anteriores consideraciones, se confirma la información hasta ahora obtenida a través de la aplicación del instrumento cuantitativo y de las entrevistas individuales a profundidad, a través de las cuales se evidencian deficiencias, limitaciones y restricciones. Una de las mujeres que aun conviven con el agresor, en una frase resume su vida y los resultados obtenidos: *“todo va paralelo: violencia y problemas de salud”* (00D)

DISCUSIÓN

La investigación se sustenta desde tres referentes teóricos: el Modelo Ecológico de la violencia de la OMS y la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud CIF, a través de los cual se plantean consecuencias desde una perspectiva corporal/individual y relacional, y sumado a éstos, el esquema teórico “Ending Violence Against the Women”, en el que se plantean las consecuencias que la violencia doméstica tiene en la salud de la mujer víctima e incluye consecuencias en la salud física, problemas en la salud mental y le atribuye a la VF la causalidad de quebrantos en la salud mediante el aumento de una variedad de comportamientos negativos, como el tabaco, el alcohol y el abuso de drogas. A partir de éstos se ha planteado una hipótesis a favor de la situación de violencia familiar y su relación con la salud en términos de calidad de vida y discapacidad en un grupo de mujeres expuestas a una situación de violencia al interior de la familia. En este sentido, la investigación se formuló para identificar variables relacionadas con características sociodemográficas, con situación de violencia, calidad de vida y condición de discapacidad en términos de deficiencias en funciones y estructuras corporales, limitaciones en las actividades y restricción en la participación. Los resultados obtenidos a partir de la indagación de dichas variables deben ser discutidos a manera de contextualizar los hallazgos en este campo.

HALLAZGOS PRINCIPALES RELACIONADOS CON CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Los hallazgos presentados a continuación corresponden al primer nivel del Modelo Ecológico (individual), en el cual se describen los factores sociales y demográficos que pueden llegar o no a incrementar el riesgo de los actos violentos.

-Edad y lugar de vivienda

Las mujeres víctimas de violencia familiar que hicieron parte del estudio, pertenecen en su gran mayoría a un rango de edad fértil, de los 26 a 35 años. Datos similares se obtuvieron en un estudio realizado en Barranquilla, en el cual el grupo de edad que presentaba una mayor frecuencia de maltrato correspondía a mujeres entre los 25-29 años. (Molina y Borda, 2003). 46

A su vez corresponden con datos del proyecto ACTIVA en el que se identificó el grupo de 18 a 30 años como el más afectado, rango correspondiente al periodo de edad fértil. 59. El OVF de Cali informa que la mitad de los casos reportados de violencia familiar ocurren contra mujeres entre 21 y 35 años de edad, hecho que reafirma la prevalencia de violencia y su importancia en mujeres en edad fértil, al ser un periodo de vida caracterizado por un alto nivel de productividad, hecho que

suma cifras a los años de vida saludable perdidos (AVISA) en la población femenina. 60

Dentro del área de Cali, aproximadamente la mitad de las mujeres entrevistadas residieron y residen actualmente en algunas de las comunas que para el 2010 reportaron el mayor número de casos de violencia familiar, según el Informe anual del OVF, entre ellas las comunas 20, 13, 14 y 18, lo que indica por un lado, zonas más comúnmente afectadas por violencia familiar, y por otro, sensibilización a la denuncia y el reporte de los casos por parte de las mujeres. 60

-Nivel de escolaridad

En general, los niveles de escolaridad fueron bajos para el grupo de mujeres. El nivel de escolaridad alcanzado por la mayoría fue la secundaria; aproximadamente la mitad no culminó estos estudios, hecho que reafirma la asociación entre la baja escolaridad y un mayor riesgo de ser víctima de violencia. 18. El Estudio Multipaís de la OMS (2005) comprobó que a mayor nivel educativo menor era el número de casos de violencia. Un estudio realizado en el año 2003 por García y De Oliveira, explica que un alto nivel de escolaridad en la mujer puede llevar a un mayor conocimiento de sus derechos, y en consecuencia, la decisión de denunciar los actos violentos contra ella. 61. Desde una mirada de género, la educación, según diferentes autores, incrementa “la posibilidad de desarrollar las habilidades cognitivas y sociales” que permiten cuestionar y revalorar la posición de la mujer y del hombre en el contexto familiar. 54. Sumado a lo anterior, “un mayor nivel educativo se asocia a mayores oportunidades laborales, redes de apoyo y espacios de interacción externos a la dinámica familiar, favoreciendo la independencia y la autonomía personal de la mujer, al operar como un medio facilitador de la ruptura de los círculos de violencia”. 12

-Dependencia económica y desempleo

Se evidenció un alto porcentaje de desempleo en la población de mujeres entrevistadas; algunas realizaban un aporte económico en dinero al hogar, pero el mayor aporte procedía de la pareja. De igual manera, en las entrevistas individuales en profundidad gran parte de las mujeres relataron depender económicamente de su pareja. Uno de los motivos principales que las atemorizaba al momento de considerar dejar la relación, era no contar con los recursos necesarios para mantener a sus hijos. Sin embargo, muchas de ellas mencionaron restricción en el acceso a un empleo, por parte del agresor. Autores como Pineda (2004), consideran que la condición socioeconómica está relacionada de forma directa con la violencia. Por su lado, Molina y Borda mencionan que los actos de violencia en la pareja se generan de forma bidireccional, por ejemplo, una mujer desempleada tiene más riesgo de ser violentada, y su vez, el ser víctima de violencia le genera mayor probabilidad de desempleo. 46. Las participantes presentaron limitaciones en actividades relacionadas con áreas principales de la

vida y restricción en la participación como actor social, situación congruente con lo descrito por dichos autores, debido a que muchas de ellas se veían restringidas al trabajo, la generación de recursos y el acceso a la educación, restricción propiciada por su pareja con lo cual, genera una dependencia mayor en la mujer y una estrategia de control.

-Edad de unión de convivencia en pareja por primera vez

Un alto porcentaje de las participantes se unieron por primera vez antes de cumplida la mayoría de edad, el resto cuando tenían entre los 18 y 21 años, evidencia de inicios tempranos en las relaciones de convivencia en pareja e inexperiencia de éstas. Algunas investigaciones han reportado la existencia de un mayor riesgo de violencia física en las mujeres al ser, dicha relación, su primera unión, por lo cual se infiere que al convivir con parejas distintas, las mujeres tendrían mayor número de herramientas y experiencias para hacer válidos sus derechos (De Maris, 2003). 62. A nivel nacional, cifras de la ENDS 2010, registran los 21 años como la edad mediana de la primera unión de las mujeres que alguna vez estuvieron unidas o lo están actualmente. En nuestro departamento, la primera unión conyugal de las mujeres ocurre en promedio a los 21.5 años de edad. 40

Los resultados obtenidos en este estudio y la literatura evidencian algunas relaciones entre características sociodemográficas y el evento de violencia como tal, sumado a numerosos reportes en los que se hacen asociaciones de causalidad. Aunque las cifras indicadas por diferentes instancias y autores a nivel mundial, nacional y local, coinciden en que la violencia contra la mujer trasciende instancias culturales y geográficas, es importante dejar para la investigación y el debate, la reflexión de algunas categorías de tipo social como la etnia, al ser ésta una variable que puede llegar a establecer diferencias importantes en la presencia y legitimidad de la violencia, precisamente “por la influencia que ejercen los patrones culturales y las formas de organización social y familiar propios de cada etnia, en la emergencia de interacciones asimétricas entre los géneros, que posibilitan los actos de maltrato hacia la mujer” 12. Si bien la VF contra la mujer se convierte en un fenómeno desbordante con poca discriminación de características individuales, las variables sociales pueden permitir ampliar la comprensión en la dinámica de cualquier proceso social.

HALLAZGOS PRINCIPALES RELACIONADOS CON LA SITUACIÓN DE VIOLENCIA

Los hallazgos relacionados a continuación, dan cuenta no sólo de la situación de violencia, también describen de manera general las consecuencias de dichas agresiones, congruentes con los resultados no fatales del esquema teórico Ending Violence Against Women y los efectos a nivel individual del Modelo teórico Ecológico.

-Frecuencia y cronicidad

Las mujeres que participaron en el estudio mencionaron, a lo largo de la entrevista, presentar dificultades en varios aspectos antes y después de la relación, la cual duraba, en más de la mitad de ellas, 12 años aproximadamente. La cronicidad de estos maltratos tenían la misma duración que la relación, y tales dificultades se experimentaban por lo menos 5 días por semana, lo que indica un tiempo casi diario de violencia, al igual que sus consecuencias, representadas en limitaciones y restricciones.

De las entrevistas a profundidad, se encontró que las mujeres presentaban, independientemente de las formas en que eran agredidas, dificultades en casi todos los ámbitos explorados. El relato más frecuente fue el de tener solo dos o tres días de “tranquilidad” en la semana, sin embargo, los insultos y amenazas seguían latentes, por lo tanto, la violencia no cesaba sino hasta terminada la relación tras la denuncia de la mujer. No se reportan estudios que indaguen acerca de la frecuencia de maltratos cuantificados en el tiempo de mujeres que han sido víctimas de violencia familiar. En el estudio de la OMS se menciona que la violencia física infligida por la pareja sigue un patrón de maltratos continuados, con una frecuencia de más de una vez, pero sin cuantificarla por días aproximados. 18

Más que la cronicidad de los maltratos, algunos autores miden los AVISA perdidos por las víctimas como indicador de la magnitud de los daños causados. En nuestro estudio, la relación frecuencia, cronicidad y nivel de dificultades no tiene una relación directamente proporcional, ya que independientemente de la duración de la relación, todas las mujeres experimentaban niveles altos de dificultades en la mayoría de las áreas, por lo que la medición de los AVISA u otras variables de puntajes globales pueden ser más útiles para fines analíticos. Por otro lado, se evidencia que los actos violentos pueden generar el mismo impacto sin importar las veces o la manera como se exprese (física, sexual, patrimonial, económica o psicológicamente).

-Maltratos físicos y psicológicos

Respecto a los maltratos físicos por parte de la pareja, casi el total de las mujeres lo vivenciaron; de igual forma experimentaron amenazas, intimidación y agresiones psicológicas por lo menos una vez por semana, algunas de ellas varios días a la semana. La violencia y las formas como se expresaba, variaban principalmente en la severidad del evento y el tipo de agresión, la cual fue simultánea: agresiones físicas, sexuales, patrimoniales y psicológicas se sufrían paralelamente dentro de los episodios de violencia. Este hallazgo se reafirma con el estudio Multipaís de la OMS, en el que, de igual manera, las formas de violencia suelen darse habitualmente combinadas. 18. Horley, en el año 2000, reafirma que cualquiera de estos comportamientos lleva implícita una carga de violencia psíquica, y puede ir acompañado de violencia física y/o sexual, convirtiéndose en formas asimilables a la tortura (Ferreira, 1995; Horley, 2000). 63. En nuestro estudio comprobamos que no se pueden atribuir niveles de severidad objetivos cuando las mediciones se enfocan en las percepciones de la víctima. De hecho, autores como Castro y Rique indican que la controversia continúa respecto a mediciones alrededor de la violencia psicológica, debido a la manifestación intangible que la caracteriza. 64. La entrevista a profundidad revela efectivamente que los actos tienen una medida subjetiva de severidad, ya que es el resultado de una percepción producto de la vivencia.

Teniendo en cuenta los resultados de frecuencia, cronicidad y tipos de maltrato, el hogar pasa a convertirse en un espacio inseguro y ajeno a las mujeres, un sitio en el que no deciden con autonomía y un lugar de reclusión impregnado de violencia física y simbólica, discursiva y sexual, reproduciendo, en una escala menor, relaciones jerárquicas socioculturales. 5

HALLAZGOS PRINCIPALES EN CUANTO A CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON SALUD

Los hallazgos en materia de calidad de vida relacionada con salud, en el componente cuantitativo así como en el cualitativo, indican que la violencia cometida contra las mujeres de este estudio, tiene relación con efectos negativos en la percepción de calidad de vida relacionada con salud en los ámbitos físicos, psicológicos, emocionales y sociales, expresados en problemas de adaptación a la vida diaria, falta de estabilidad emocional y una interferencia grave en el funcionamiento cotidiano. Dichos hallazgos son compatibles con el nivel individual y relacional del modelo Ecológico para la violencia, sumado a los resultados no fatales, relacionados con salud física y salud mental, presentados en el esquema teórico Ending Violence Against Women. De igual manera, dichos resultados son

congruentes con los efectos de la VF en términos de la CIF relacionados con deficiencias, limitaciones y restricciones.

El hallazgo obtenido en este estudio resulta congruente con los datos obtenidos en otras investigaciones. Nuestros resultados son comparables con un estudio norteamericano desarrollado en el 2007 con grupos focales, en el cual se informó que los efectos de la violencia perpetrada contra las mujeres afectaron su salud física y emocional en cuatro categorías generales: función física, emocional y psicológica, funcionamiento social y funcionamiento de sus hijos. 65. Del mismo modo, nuestro estudio es comparable con investigaciones previas de diversas nacionalidades, en las que se encontraron, análogamente, que el maltrato evoluciona en una escala ascendente en cuanto a la gravedad y la frecuencia de aparición de los actos violentos, lo que influye sustancialmente en la percepción que las mujeres tienen sobre su propia salud. Estos estudios muestran que las mujeres maltratadas refieren un peor “estado de salud”, una desestructuración vital en la esfera laboral, en el deterioro de redes sociales y/o familiares, en el aprovechamiento de tiempo libre, en la pérdida de poder adquisitivo, y especialmente la alteración de todas las áreas de la vida cotidiana (Minayo M. (66), Campbell J. (67), Sarasua B. (68), Plazaola J (69), Soler E. (70), Amor P. (71), Labrador F. (72), Ortega L. (73).

No se encontraron estudios contrarios a nuestros hallazgos. No obstante, aunque en la uniformidad de los resultados se ha constatado que los actos violentos constituyen un importante factor de riesgo para una mala salud, se resalta el hecho de que en nuestro contexto son pocos los estudios que abarcan la problemática, y en mayor medida la profundidad de intentar comprender o indagar la compleja realidad de la misma, lo que evidencia el vacío que subyace ante la falta de iniciativas por ahondar en el tema. Ante esta realidad, nuestra investigación, además, describió la percepción de salud y su relación con la violencia a partir de la ejecución de entrevistas a profundidad, como una forma de fortalecer el componente cuantitativo, al proporcionar información fehaciente que lo respalda y complementa.

En este sentido, destacamos datos emergentes de nuestro estudio que establecen una importante relación entre la variedad de agresiones y la percepción de salud de las mujeres entrevistadas, los cuales se constituyen como un fuerte agravante en la realización de actividades diarias como arreglarse, escuchar música, bailar, recrearse, visitar familiares y amigos. En igual medida, es posible evidenciar, según lo mencionado por las participantes, problemas de salud física originados por las lesiones ejercidas y, en consecuencia, padecimientos psicosomáticos como la sensación de dolor.

-Percepción de salud

En nuestro estudio, la salud percibida por las mujeres entrevistadas es representada, por un gran porcentaje de ellas, como regular, mala y muy mala. Este hallazgo es comparable con diversos estudios en los que se muestra que las mujeres que sufren algún tipo de violencia por parte de la pareja refieren un peor “estado de salud”, pueden llegar a padecer un 60% más enfermedades de carácter físico y presentan problemas de salud crónicos e incluso sensación de amenaza a la vida. 67, 68, 73, 74, 75

-Actividades físicas habituales

Los hallazgos con respecto al grado de limitación para llevar a cabo actividades físicas, como las tareas de autocuidado, caminar, subir escaleras, coger o llevar cargas, realizar tareas de la casa y esfuerzos moderados e intensos, a causa de problemas físicos de salud, era reportado, por las mujeres entrevistadas, como mayor en la medida que se incrementaba la variedad de agresiones.

El perfil obtenido en este estudio resulta congruente con los datos conseguidos en la investigación desarrollada por Wittenberg y col, en la que se resalta la importancia de la pérdida de libertad y control de la vida, así como el efecto en la función física, la cual es ejemplificada en las experiencias de interferencia en el trabajo habitual referidas por las mujeres de la muestra (presencia de lesiones que limitan el trabajo). 65. Sin embargo, según lo relatado por las mujeres en el componente cualitativo de nuestro estudio, si bien existían dificultades en la salud que restringían en alguna medida el desempeño de sus actividades, ellas debían cumplir con los requerimientos del hogar y la familia. Informaron también, que los efectos sobre la calidad de vida en lo emocional y/o psicológico, resultantes de las agresiones, llegaban a ser más importantes que los síntomas físicos.

-Dolor Físico

Para el total de nuestra muestra, la sensación de dolor durante el periodo de convivencia estuvo presente en todos los niveles de violencia, incrementándose con la variedad de agresiones. Nuestros hallazgos son comparables con estudios como el conducido por Campbell, quien afirma que alteraciones de tipo físico, así como afectaciones en el ámbito emocional y psicológico, asociados con la violencia de pareja, pueden resultar en problemas de salud crónicos como el dolor de cabeza o de espalda y síntomas recurrentes del sistema nervioso central, incluyendo desmayos. 67. Otros autores como Ortega y col, señalan además, dolor en el cuello, dolor pélvico, dolor torácico y en general, dolores osteomusculares. 73. Por otra parte, en nuestro país, en el año 2010, la Encuesta Nacional de Demografía informó que “el 58% de las mujeres que han sido objeto de agresiones por parte de su esposo o compañero, se quejaron de haber quedado con moretones o dolores fuertes”. 40

-Vitalidad

En nuestro estudio, las mujeres percibieron el sentimiento de energía y vitalidad, durante la convivencia con la pareja, como algo ocasional e inclusive nulo. Este hallazgo se contrasta con las vivencias relatadas por las participantes, al confrontar dicho estado con el sentimiento de agotamiento o cansancio percibido. Un estudio a favor, es el desarrollado por Blanco y col, en el que se hace una revisión de las consecuencias en la salud de las mujeres víctimas de VF, y en el que se concluye que el estrés crónico que implica el maltrato, favorece la aparición de diferentes síntomas físicos, muchas veces crónicos e inespecíficos (cefaleas, cansancio, dolores de espalda, etc.). 76. Así mismo, el conducido por Guido L, evalúa el impacto en el bienestar y la salud mental y señala que los efectos psicológicos del abuso, en muchas mujeres son más debilitantes que el efecto físico: miedo, ansiedad, estado de cansancio, trastornos de sueño y depresión. 77

-Problemas emocionales

Nuestros hallazgos señalan que la totalidad de la muestra presentaron bastantes y extremadas molestias por problemas emocionales, como el sentirse ansiosa, deprimida o irritable durante el tiempo de convivencia con el agresor, estos datos son enriquecidos con las experiencias de las mujeres, quienes afirman a lo largo de las entrevistas individuales a profundidad, que la vergüenza, los sentimientos de soledad, las preocupaciones, el miedo, la inseguridad, la dependencia económica y el aislamiento se convierten en factores que influyen en su estado emocional y de afrontamiento de la situación. Estos resultados contrastan con el estudio de Plazaola y col, en el que indican que la depresión es señalada como una de las principales consecuencias de la VF y que su frecuencia de prevalencia guarda una relación dosis-respuesta con la gravedad y duración del maltrato. 69. Así mismo, el estudio llevado a cabo por Ramírez P., respalda nuestra investigación al soportar que la violencia genera sentimientos de desamparo, percepción fatalista de la vida, ansiedad, sucesos estresantes y depresión. 78

Adicionalmente, nuestro estudio permite visualizar el impacto en la calidad de vida de las participantes, una vez finalizada la relación de convivencia con el agresor, al indagar por su percepción de salud en función del tiempo, identificándose el cambio sustancialmente positivo entre el “antes” y el “ahora” en cada uno de los ítems del instrumento. Es de resaltar la baja percepción de salud, tanto física como mental, y el *reconocimiento* de ésta durante el periodo de violencia, independiente del momento de vida por el que cruzaban las participantes durante la recolección de datos.

En conclusión, tomando como referente el Modelo Ecológico de la violencia, “el concepto de salud se basa en un marco biopsicosocial, socioeconómico y cultural que comprende tanto los valores positivos como negativos que afectan nuestra vida, nuestra función social y nuestra percepción, por tanto, una redefinición de

dicho concepto es de naturaleza multidimensional”. 79. De ahí procede la importancia de medir la calidad de vida; esta última, se relaciona con el bienestar social y depende, en este sentido, de la satisfacción de las necesidades humanas, de las formas de vida, el trabajo, los servicios sociales y las redes de apoyo, que en conjunto, son indispensables para el desarrollo del individuo y de la población. Nuestra investigación toma como punto de partida una problemática de tipo social y una población en situación de vulnerabilidad, la cual intenta dar respuesta a la necesidad de documentación e información en un contexto local, al mostrar un panorama general de una situación aparentemente invisible con relación a las repercusiones o consecuencias que los actos violentos generan en la calidad de vida de las mujeres víctimas de VF. De este modo, nuestro estudio da cuenta de una percepción “colectiva” de Salud y de una condición de vida que ha “lacerado” los diferentes ámbitos vitales de las mujeres participantes.

HALLAZGOS PRINCIPALES RELACIONADOS CON DISCAPACIDAD EN TÉRMINOS DE DEFICIENCIAS, LIMITACIONES Y RESTRICCIONES

A partir de la situación de discapacidad abordada desde la percepción de mujer, actos violentos contra dicha población al interior de las familias, genera cambios en los estados de salud a nivel de estructuras y funciones, de limitaciones en actividades relacionadas con comprensión y comunicación, capacidad para moverse, cuidado personal y actividades de la vida diaria, de restricciones en la participación, así como un incremento de la demanda de servicios de atención en salud. Este hallazgo cuantitativo soportado con el componente cualitativo, es consistente con lo planteado desde el Modelo teórico Ecológico y desde la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud CIF, desde los cuales se referencian consecuencias a nivel individual y relacional, así como a nivel del dominio corporal/individual.

Nuestros resultados son comparables con diferentes estudios, entre ellos el publicado en el 2008 por Martin y col, con una muestra representativa de 9.830 mujeres de Carolina del Norte, en el cual se encontró que las mujeres que sufrieron violencia fueron significativamente más propensas a tener mala salud física, mental y limitaciones funcionales; en mujeres que experimentaron una combinación de agresiones o tipos de violencia, las consecuencias fueron mucho más severas. “La mala salud física o mental les impidió hacer sus actividades habituales, tales como el autocuidado, trabajo o recreación, y a su vez, su capacidad para llevar a cabo sus actividades diarias de rutina (Riger, Raja, y Camacho, 2002)”. 80

Del mismo modo, el esquema teórico publicado en el reporte Poblacional: Ending Violence Against Women, presenta graves problemas relacionados con la salud física de la mujer, sumado a una amplia gama de problemas en la salud mental,

tanto inmediatos como a largo plazo, como consecuencias de la VF. Nuestros resultados, además, son comparables con investigaciones y autores de diversas nacionalidades quienes encontraron, de igual manera, las graves consecuencias inmediatas y futuras que la violencia tiene para la salud, el desarrollo psicológico y social de las mujeres, las familias, las comunidades y los países (Pérez R. (2), Romero M. (10), Alberti M. (36), Fernández (37), García M. (39), Caicedo C. (1), Informes Mundiales sobre la violencia y la salud publicados por la OMS y la OPS (3)).

No se encontraron estudios contrarios a nuestros hallazgos, pero tampoco se encontraron estudios que describieran un perfil tan detallado y similar al nuestro, en cuanto a calidad de vida y discapacidad. En el estudio del 2008 por Martin y col, y en los otros consultados y ya mencionados anteriormente, utilizaron metodologías e instrumentos diferentes, que si bien daban una panorámica comparable con nuestros resultados, no obtuvieron dicho perfil, tal vez por ser ésta una situación difícil de cuantificar o por la misma naturaleza sensible del tema, por lo cual optamos por describir la situación a través de variables del Who-Das y de entrevistas individuales a profundidad, direccionadas hacia los términos de deficiencias, limitaciones y restricciones. Ante la necesidad de conceptuar los resultados, se complementa la teoría a través de constructos y dominios de la CIF, así como desde la mirada del modelo ecológico, como una forma de describir la funcionalidad y discapacidad de mujeres víctimas en un contexto determinado de una muestra caleña, con el objetivo de responder a la naturaleza ecológica y holística de la problemática y de sus consecuencias.

Al no contar con estudios de perfiles tan detallados, se discuten los diferentes dominios, indagados a través del Who-Das, de forma individual, en contraste con los resultados cualitativos:

-Comprensión y comunicación:

La muestra presentó principalmente dificultades para solucionar problemas y para iniciar o mantener una conversación. Estas dificultades se soportan a través de las entrevistas cualitativas, en las que se evidencia depresión, temor, vergüenza y disminución de la autoestima, traducido en poco manejo del estrés y poca confianza en sus capacidades, por parte de las mujeres víctimas, así como en la resolución y toma de decisiones. El estudio realizado en el 2008 por Wuest, con 292 mujeres víctimas de violencia, determinó que el dolor crónico causado por abusos o agresiones, genera estrés y aumento de los niveles de ansiedad y angustia excesiva, situación causal de una interferencia en la capacidad cognitiva 81. Ellsberg, en el 2006, escribió que las mujeres víctimas pueden sentir vergüenza y temor de ser culpadas, ignoradas o ridiculizadas, lo cual afecta su comunicación con otras personas. 82. No se encontraron estudios contrarios a nuestros hallazgos. Las mujeres de nuestra investigación, durante la convivencia con el agresor, refirieron altos niveles de estrés, impotencia y actitudes coercitivas,

lo que pudo interferir en sus capacidades cognitivas relacionadas con comprensión y comunicación, traducido en restricciones en interacciones con otros.

-Capacidad para moverse:

En nuestro estudio, menos del 50% presentaron dificultad para caminar largas distancias o moverse en casa. No se encontraron estudios referentes al tema que sustenten o no dichos resultados. Sin embargo, en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud del año 2010, mujeres víctimas de agresiones por parte de su pareja, se enfermaron físicamente o presentaron fuertes dolores. 40. En nuestra investigación, quienes refirieron dicha dificultad, pudo haber sido por dos razones, sustentadas a partir de las entrevistas individuales a profundidad: bien pudo ser por daño en estructuras o dolor físico causado por golpes o agresiones, o por restricciones y limitaciones impuestas por parte del agresor.

-Cuidado personal:

Dentro de nuestros hallazgos, la mayor dificultad se presentó en la actividad relacionada con comer. Dichos resultados pueden ser comparables con el estudio de Pérez Robledo en el año 2004, quien refirió, en una población de mujeres víctimas de violencia familiar, la presencia de huesos fracturados, lesiones en órganos (como los dientes) e incluso trastornos en la alimentación. 2. No se encontraron estudios contrarios. En cuanto a la población de nuestra investigación, y basándonos en los argumentos expuestos en las entrevistas cualitativas, la dificultad para comer se hizo presente por fracturas de mandíbula, inflamación de tejidos blandos y por comportamientos autoritarios, a través de los cuales el agresor utilizaba los alimentos como una forma de control (premio-castigo) y reforzamiento de su estatus, convirtiéndose a su vez la nutrición en un factor predisponente de enfermedad. Esta última razón coercitiva es congruente con las dificultades presentadas y relacionadas con el vestuario y el baño.

-Actividades de la Vida Diaria:

Nuestro estudio reporta, en un porcentaje importante de la muestra, dificultades para relacionarse con desconocidos, para mantener una amistad, hacer nuevos amigos, tener relaciones sexuales, realizar los quehaceres de la casa y las actividades laborales. Los hallazgos cuantitativos, soportados con los hallazgos cualitativos, evidenciaron restricciones en las relaciones interpersonales y en áreas principales de la vida (educación, trabajo y vida económica). Los resultados son comparables con el estudio realizado por Wuest en el año 2008, en el que se relacionó la violencia familiar de pareja con el dolor crónico, y se determinó la interferencia de éste con la participación en las actividades físicas, las actividades familiares y sociales, así como la capacidad de trabajo. 81

En cuanto a relacionarse con desconocidos, mantener una amistad y hacer nuevos amigos, nuestros resultados son comparables con los realizados por Fischabach y Herbert, en 1997, quienes describieron cómo una amenaza intensiva puede provocar miedo, inmovilizar o causar vergüenza a una mujer; la pérdida de prestigio sufrida por la burla o abuso verbal puede devastarla y socavar su uso de redes sociales. 83. En Colombia, la Encuesta Nacional de Demografía y Salud, 2010, concluyó que las mujeres víctimas entrevistadas habían disminuido su rendimiento en sus actividades diarias, además de no haber vuelto a hablar con nadie. 40. Dicha situación refleja una causalidad bidireccional entre relaciones interpersonales y capacidades cognitivas relacionadas con comprensión y comunicación.

En lo referente a las relaciones sexuales, estudios comparables como el de Herman en 1992, determinó que los trastornos del estrés no específicos producto de la violencia familiar de pareja, puede afectar la relación con los demás, en términos de la intimidad (relaciones sexuales) y la confianza de las mujeres víctimas. 84

En lo relacionado con la realización de los quehaceres del hogar, la disminución de los mismos, la presencia de dolor o sobre esfuerzo y el cambio en la manera de hacerlos como consecuencia de la salud física y/o emocional de las mujeres, fueron los resultados obtenidos en nuestro estudio, los cuales son comparables con la investigación de Ellsberg en el año 2006, quien estableció que las mujeres que han sido víctimas de abuso tienden a experimentar un peor funcionamiento físico, más síntomas físicos y más días en cama, comparadas con las mujeres que no han sido objeto de abusos. 82

Finalmente, en lo concerniente al trabajo o vida laboral, las mujeres de nuestro estudio, a quienes se les permitía laborar, presentaron dificultad para la realización del mismo, disminución en el rendimiento y en los ingresos económicos, resultados comparables con otras investigaciones: estudios del Banco Interamericano del Desarrollo (1996-1997) presentaron una disminución en la productividad por lesiones, absentismo y discapacidad de larga duración en víctimas de violencia familiar. Además, describieron ingresos laborales mensuales inferiores en cerca de 300 mil pesos y el incremento de la probabilidad de desempleo en un 8%, comparado con mujeres no víctimas. 3. El estudio realizado por Teresa Fernández en el año 2004, demostró que las víctimas presentan una debilidad de sus defensas psicológicas, lo cual se traduce en una marcada disminución en el rendimiento laboral, ausentismo y problemas de atención. 37. La razón de ello es congruente con lo encontrado por Fernández (37) y García (39) en materia de distracción, dolor físico y/o emocional, sensación de fatiga o decaimiento. Por otro lado, y al tener en cuenta el porcentaje de participantes a quienes no se les permitía trabajar, es fundamental visibilizar las oportunidades de una vida laboral para la mujer en la sociedad actual: estudiar y ejercer una profesión, le ofrece oportunidades de reposicionarse como un ser “productivo”,

pero particularmente, “fortalece la idea de poseer capacidades y habilidades semejantes a las de los varones, favoreciendo la reconstitución de una identidad <subyugada>”. De ahí la importancia de tener presente este tipo de variables de carácter social. 54

No se encontraron estudios contrarios a nuestros hallazgos en relación con las variables pertenecientes al dominio de Actividades de la Vida Diaria. En nuestra investigación, no sólo la afectación de la salud física interfirió en las AVD, también lo hizo la salud mental y los comportamientos dominantes por parte del agresor. En el estudio, algunas mujeres relacionaron las dificultades directamente con el hecho de poder o no poder llevar a cabo la actividad, sobrestimando la presencia de dolor, mayor esfuerzo o cambios en el modo de realizarlas. La mayoría de ellas, a pesar de la presencia de dicha sintomatología, tenían que hacer los quehaceres del hogar o acceder a tener relaciones sexuales, situación contraria al acceso laboral y a las relaciones interpersonales, las cuales fueron restringidas por el agresor, al punto de no poder hacerlas, hallazgos obtenidos de la información cuantitativa y soportados con las entrevistas cualitativas. Dicha situación da cuenta de los valores tradicionales que fijan roles opresivos a las mujeres, falta de autonomía y control sobre sus propios cuerpos, como “resultados de relaciones sociales de poder encarnadas en lo más íntimo: la pareja y las relaciones parentales”. 5

-Participación en sociedad:

En nuestro estudio, las mujeres víctimas de VF, reportaron dificultades para la participación en actividades de la comunidad y actividades de relajación o disfrute, para vivir con dignidad y respeto, refirieron afectación emocional y menor tiempo de dedicación al estado de salud. Es así como, la violencia de pareja restringe la participación social de las mujeres de una manera alarmante, información que concuerda con estudios de la OMS (2002) y la ONU en los que se determina, como consecuencia de la VF, el aislamiento de la persona de su familia y amigos o la restricción al acceso de información y asistencia, lo que es un obstáculo constante para la movilidad de la mujer y su acceso a actividades y recursos básicos. 3. En Colombia, la Encuesta Nacional de Demografía y Salud, 2010, concluyó que un porcentaje importante de las mujeres encuestadas que habían sido objeto de agresión por parte de su pareja, se quejó de secuelas psicológicas y afectación emocional. 40. No se encontraron estudios que evaluaran o describieran los niveles de dignidad o respeto en mujeres víctimas de VF, sin embargo, Ellsberg, en su estudio del 2006, describió a las víctimas como mujeres con carencias de respeto y dignidad basadas en relaciones de género asimétricas. 82, situación que refleja la inequidad y desigualdad en el respeto hacia la mujer en una sociedad androgénica.

En cuanto al tiempo de dedicación al estado de salud, el porcentaje obtenido no fue el esperado. Pocas mujeres dedicaron el suficiente tiempo a su estado de

salud. En el estudio de Diop Sidibé, en el 2006, las mujeres egipcias golpeadas fueron más propensas a consultar servicios de salud. Sin embargo, dicho autor también planteó la hipótesis de inasistencia por comportamientos controladores por parte del agresor, al no permitir la libertad de consultar. 85. Razón congruente y soportada con la información obtenida a través de las entrevistas individuales a profundidad: el agresor no permitía la asistencia a los servicios de salud, o por lo menos no sin supervisión, como una posible estrategia de control y ocultación de sus actos.

Los resultados cuantitativos, soportados por los cualitativos, evidenciaron una obstaculización a la autonomía, restricción al sentido de autoestima, restricción a la información, acompañada de creencias y prejuicios individuales y colectivos, generadores de barreras no sólo para la participación social, también para la educación, el empleo y la atención en salud, situación generada no sólo por los problemas en la salud mental y física, también por la naturaleza de la misma caracterizada por amenazas y privaciones de la libertad como estrategias de control y dominio, generadas por relaciones de poder en las que una de las partes se delimita “como jefe del hogar y quien establece las reglas y tiene el poder”. 55

En lo referente a la cronicidad, frecuencia y variedad de agresiones, en nuestro estudio, un porcentaje importante de mujeres víctimas de más de 3 variedades de agresiones, presentó dificultades en los diferentes dominios del Who-Das en niveles de gravedad severa y extrema. Sin embargo, algunas mujeres víctimas de 1 o 2 variedades de violencia presentaron dificultades en igual nivel de gravedad. De acuerdo al estudio realizada en el 2009 por Taft y col en mujeres afroamericanas y caucásicas, la duración de la violencia de pareja se asoció con mayores niveles de depresión, mayor ansiedad y estrés postraumático. 86. El estudio de Thomson en el 2005 coincidió con Taft al decir que a mayor abuso, mayores niveles de tristeza, autoaversión y tendencias suicidas. 86. En el estudio de Hein en el año 2009, las mujeres que estaban expuestas de forma más frecuente y grave, presentaron un cuadro clínico más complejo que las que experimentaron un solo evento. 84. Sin embargo, Marcos en el año 1994 informó que un solo episodio de violencia puede tener consecuencias a largo plazo. 83. Estos estudios son comparables con los resultados de nuestra investigación, tanto para aquellas dificultades generadas por una serie de agresiones, como para aquellas consecuentes a un solo evento o tipo de violencia. La cascada de eventos va a depender directamente de la forma de agredir y de los niveles y conductas de afrontamiento de la mujer víctima.

Es de resaltar el momento en que las participantes del estudio contestaron los diferentes instrumentos aplicados: para la fecha, la muestra estuvo conformada por mujeres institucionalizadas con episodios de violencia de carácter urgente por situaciones graves de riesgo físico o psíquico. Algunas de ellas con lesiones meritorias de atención en salud, tanto físicas como psicológicas, sin embargo,

fueron lesiones que no ameritaban hospitalización por daño multisistémico o amenaza de muerte. Por tanto, las consecuencias mejor descritas por las participantes se remontaban a su situación actual, en la que percibían mayormente secuelas de predominio psicológico y social causales de restricción en la participación, más que las mismas secuelas físicas sucedidas en un momento agudo de violencia. Este hecho indica que, cuando la captación de la información se hace en instituciones de paso, diferente a un hospital o clínica donde se atiende la fase aguda de la agresión, la condición de discapacidad puede variar.

Para determinar la presencia o no de discapacidad, ésta debe ser tomada como el resultado negativo de la interacción de factores internos, sumado a una condición de salud, y factores contextuales. 33. En nuestro estudio se hallaron mujeres con necesidades concretas relacionadas con educación, recreación, tiempo libre, empleo, participación y disfrute del ámbito comunitario. Son mujeres que no pueden suplir dichas necesidades a causa de un estado particular de salud (física y/o emocional), en ausencia de factores u oportunidades y en presencia de limitaciones y barreras, principalmente por parte del agresor, lo cual genera una desarmonía del sujeto con su entorno. Son mujeres en situaciones en las que se afecta no sólo su capacidad individual para realizar diferentes actividades, también se afecta su participación como un actor social. Son personas excluidas al no poder “gozar de sus derechos civiles, políticos o sociales, por cualquier circunstancia, en comparación con los otros miembros de la comunidad” 35, situación que da para hablar de discapacidad, en respuesta al concepto entregado por la OMS.

“Las visiones estereotipadas de la discapacidad insisten en los usuarios de sillas de ruedas y en algunos otros grupos clásicos como las personas ciegas y sordas” 35. Sin embargo, en el estudio se tomó la premisa de reconocer la discapacidad como una interacción negativa entre la mujer con una condición de salud concreta y sus factores personales, y su entorno familiar y comunitario, con lo cual dicho concepto toma una naturaleza *individual y variable*, por consiguiente, *la discapacidad no puede ser encasillada como una situación ya predeterminada e igual para todas las mujeres*. Los hallazgos cuantitativos, soportados por las entrevistas cualitativas, nos presentan limitaciones diferentes en el total de la muestra, al realizar determinadas actividades, así como una restricción en la participación social; la información dio cuenta no sólo de problemas como mayor esfuerzo, malestar, dolor, lentitud o cambios en la manera de realizar determinadas actividades, también dio cuenta de restricciones de las mujeres como actores sociales, situación generada por las mismas deficiencias estructurales y funcionales, sumadas a los comportamientos represivos.

Para las mujeres que participaron en el estudio la discapacidad se convierte en una situación que depende de su condición física y emocional, además de su tejido de apoyo, su conducta adaptativa y de los factores o entorno inmediato y

mediato, ya que una vez finalizada la relación, las dificultades y restricciones presentes durante la situación de violencia disminuyeron o desaparecieron. Ante esto, se hace necesario explorar y profundizar en los niveles comunitarios y sociales del Modelo Ecológico, así como en los factores ambientales o de contexto de la CIF.

FORTALEZAS Y LIMITACIONES DEL ESTUDIO

- **Fortalezas**

El poder tomar tres referentes teóricos, complementándose entre sí, se convierte en una fortaleza de nuestro estudio, al poder dar cuenta de consecuencias de la VF no sólo desde una mirada biológica o médica, sino también desde una perspectiva holística del individuo como ser social, con una percepción particular y subjetiva de sí mismo y del contexto que lo rodea.

Así mismo, una fortaleza del estudio fue la aplicación de cuestionarios validados y confiables como el SF-8, Who-Das y Encuesta Activa-OPS, escalas que permitieron una medición y un perfil más detallado en dos momentos de la vida de las víctimas: durante la convivencia con la pareja y, una vez finalizada la relación, además se realizó adaptación cultural de éstos por medio de entrevistas cognitivas, lo que permitió ajustar los instrumentos al contexto de Cali. En cuanto a las entrevistas individuales a profundidad, como fortaleza se cuenta con éstas, las cuales fueron pensadas como complemento de la información cuantitativa y como una herramienta de confirmación del dato frío de la metodología transversal analítica.

Por otra parte, el poder familiarizarse con las participantes del estudio y generar un ambiente de confianza, facilitó la aplicación de los instrumentos y la indagación en el tema. Como fortaleza del estudio, se aseguró la calidad de los datos a través de la utilización de un espacio de tranquilidad en el que el agresor o cualquier persona intimidante pudieran sesgar las respuestas de las víctimas.

De igual manera, esta investigación al realizarse con mujeres víctimas de violencia familiar (VF), pertenecientes a una sola institución de atención y prevención de la VF, favoreció el poder tener una muestra propositiva de mujeres institucionalizadas, captadas, reconocidas y sensibilizadas frente al tema, lo que permitió el acceso a ellas, su participación en el estudio y el poder abordar en profundidad la problemática, situación no factible ante una metodología aleatoria, ya que en un muestreo probabilístico es posible no encontrar mujeres con violencia o mujeres en situaciones no complejas que reconozcan la problemática. Al ser ésta una investigación de efectos y no de prevalencia de la violencia, el

contar con mujeres institucionalizadas y reconocidas, aseguró que la muestra tuviera las características que requeríamos.

En cuanto al número de mujeres entrevistadas a profundidad, el tener a 3 participantes favoreció la logística de la investigación, sin exceder la capacidad técnica de la misma.

- **Limitaciones**

Este estudio sólo permite concluir para las mujeres entrevistadas; la investigación no es comparable o no permite hacer conclusiones para toda mujer víctima de violencia familiar con características institucionales y momentos de captación, en relación con la situación de violencia, diferentes.

Finalmente, en relación al total de la muestra del componente cualitativo, así como del componente cuantitativo, ampliar el número podría dar un panel de mujeres con variedad de creencias, culturas, experiencias, entre otras, lo que permitiría enriquecer la documentación alrededor de la problemática de violencia

IMPLICACIONES EN LA DISCIPLINA, LA PROFESIÓN Y LA ACADÉMIA

Este estudio da cuenta de las competencias que Fisioterapia tiene y adquiere alrededor de la investigación entorno a problemáticas sociales de gran impacto, como la violencia contra la mujer. Es así como, este tipo de violencia implica diferentes niveles de complejidad y afectación negativa a la salud pública, que requieren la participación transdisciplinar en aras de aminorar las barreras existentes dentro del abordaje de estos fenómenos socio-culturales.

Pese a la relativa juventud de la disciplina, es necesario continuar con la exploración de su potencial investigativo por medio de estas temáticas, de manera que contribuyan al continuo proceso de innovación en sus campos de conocimiento, a través de realidades de las que se deben dar cuenta.

En cuanto a la Fisioterapia como profesión, los esfuerzos que implican estudios en campos sociales, a pesar de los panoramas de predominio clínico, tienen resultados en el fortalecimiento de los ámbitos que es capaz de abordar. Por ello, son cruciales los primeros acercamientos a las investigaciones de este tipo, como estrategias indispensables en el desarrollo y actuación profesional, en la medida en que añade nuevos aportes y hallazgos a los conocimientos y a las prácticas ya existentes.

Las implicaciones dentro de la academia radican en las estructuras y tradiciones a nivel investigativo que tiene la Fisioterapia, la cual goza de una fortaleza a nivel institucional: el campo clínico. Los temas sociales están poniendo de frente un reto a la Fisioterapia y los currículos, reorientando los deberes que tiene la Institución Universitaria en la formación de los profesionales y la responsabilidad de los mismos en la transformación positiva de su sociedad.

Finalmente este tipo de investigación requiere, propone y le apuesta a la idea de involucrar áreas de conocimiento e instituciones para buscar respuestas y soluciones al problema de la violencia contra la mujer.

FUTUROS ESTUDIOS

La situación de violencia familiar y su relación con la situación de Salud, en términos de Calidad de vida relacionada con salud y Discapacidad, en un grupo de mujeres de una institución de atención de la VF del Municipio de Santiago de Cali, como abordaje pionero de la problemática en nuestro contexto, se convierte en una interesante oportunidad que evidencia los efectos silentes en la percepción global de salud y bienestar de esta población en situación de vulnerabilidad.

Es importante profundizar en investigaciones que indaguen en y desde los niveles comunitarios y sociales del Modelo Ecológico de la violencia (OMS). El capítulo denominado “Otros hallazgos del componente cualitativo” puede ser tomado como una tentativa para futuras investigaciones. De igual manera, es importante resaltar que si bien las violencias hacia las mujeres ocurren en “escenarios e interacciones microsociales, contienen, mantienen y dejan a la vista las desigualdades e inequidades de género como una cuestión de carácter estructural” 87, creando un ambiente donde los actos violentos son “aceptados” o rechazados, de ahí la necesidad y la exigencia de análisis profundos de contextos comunitarios y sociales desde la perspectiva de género.

De igual manera, se requieren estudios o investigaciones con muestras más amplias tanto en número como en variedad de instituciones, utilizando metodologías cualitativas precisamente por la magnitud de la problemática y la complejidad de la misma.

Así mismo, serían interesantes estudios sobre las intervención de los profesionales, programas e instituciones de atención y abordaje de la problemática; estudios que permitan generar datos que den cuenta de la sensibilización y calidad en los servicios.

Finalmente, es necesario invertir en la disminución de la problemática y en investigaciones para entender el fenómeno desde diferentes miradas

disciplinarias. Desde Fisioterapia bien podrían proponerse acciones, y evaluaciones de éstas, como las realizadas en nuestro proyecto de intervención social con mujeres víctimas de VF, dando un abordaje fisioterapéutico encaminado a brindar herramientas en relación con el reconocimiento corporal, autocuidado y valoración personal. De esta manera, dentro del abordaje de Fisioterapia sería interesante ampliar campos de acción con estudios que aborden la población específica de mujeres víctimas de violencia, a través de intervenciones y diseño de guías de manejo, así como la implementación de instrumentos diseñados y/o adaptados que permitan valorar los beneficios de éstas.

CONCLUSIONES

- La violencia familiar contra la mujer, como fenómeno social, se relacionó con efectos negativos en la percepción de la Calidad de Vida relacionada con Salud en los ámbitos físicos, psicológicos y sociales; en este sentido, constituye un agravante en la realización y desempeño de las actividades de autocuidado, actividades físicas de esfuerzo moderado e intenso, labores domésticas, así como también, una restricción de tipo relacional con familiares, amigos y pares.
- La situación de discapacidad derivada de las consecuencias de la violencia, adquiere una naturaleza individual y variable, imposible de encasillar como una situación predeterminada para todas las mujeres. Dicha situación afecta todos los niveles y aspectos de la vida de la mujer víctima y depende de su interacción con el entorno, de las actitudes y representaciones sociales, de la conducta adaptativa, de la red de apoyo y las relaciones con las que cuenta, constituyéndose éstos, en facilitadores o barreras para la realización de actividades de comprensión y comunicación, de cuidado e higiene personal, de movilidad, actividades de la vida diaria y participación como actor social.
- Los determinantes de tipo contextual (nivel comunitario y social del modelo Ecológico) denominados “Otros hallazgos del componente cualitativo” se convierten en una realidad inherente a la historia, ideologías tradicionales, normas culturales y contexto social colombiano que legitiman ciertas prácticas sociales hacia las mujeres. Aspectos como las relaciones de poder, la forma de relacionarse entre géneros, los conceptos sobre su papel en el hogar, las desventajas sociales y el no reconocimiento social y económico del trabajo, que en conjunto manifiestan una situación de desigualdad de género y de vulneración de derechos, deben considerarse como causalidad de los hallazgos obtenidos.

RECOMENDACIONES

Nuestro estudio arrojó resultados congruentes con la hipótesis planteada inicialmente, para lo cual se describió la situación de violencia en relación con la salud en términos de calidad de vida y discapacidad, en un grupo de mujeres víctimas de violencia familiar por parte de su pareja. A partir de dicha investigación se generan las siguientes recomendaciones:

- Ampliar la muestra tanto en número, como en variedad de instituciones de atención y prevención de la VF. Recomendamos escoger la muestra dentro de un grupo de mujeres institucionalizadas para facilitar la recolección de los datos.
- Continuar con estudios retrospectivos, por cuestiones éticas, con selección de variables más específicas.
- Recomendamos profundizar y continuar con estudios cualitativos y la formación de grupos focales.
- Generar investigaciones a partir del análisis de categorías sociales y la perspectiva de género.
- Direccionar, con base en estos y en otros resultados, estrategias de intervención y guías de manejo para mujeres víctimas de violencia, no sólo desde Fisioterapia, también desde otros actores sociales.
- Promover, tanto para la investigación como para el manejo o intervención, un trabajo transdisciplinar que supere las barreras disciplinarias y profesionales.

De igual manera, es oportuno generar las siguientes recomendaciones para la academia y el gremio profesional:

- Promover el interés por el desarrollo de este tipo de investigaciones en la Escuela de Rehabilitación Humana de la Universidad del Valle, así como el trabajo entre programas académicos e instituciones relacionadas con dichos temas.
- Fortalecer el programa académico de Fisioterapia, desde semestres tempranos, con temas de profunda importancia para la salud pública, a través de cursos teóricos y prácticos que permitan aportar en el engranaje de la atención en salud, así como en la intervención y erradicación de la violencia contra la mujer.
- Incentivar la creación de nuevos perfiles que ubiquen al Fisioterapeuta dentro del escenario de profesionales en salud integrales, al tener una mirada más amplia de los problemas que siempre se han abordado desde el gremio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Caicedo C. Lucha contra la violencia intrafamiliar: Perspectivas desde la experiencia Colombiana. *Revista de Estudios Sociales*. 2005, (21) : 71-97
2. Pérez Robledo f. Pegar “de balde”/pegar “con razón”. Aproximación etnográfica a las prácticas violentas hacia mujeres en comunidades. Comisión Nacional de Derechos Humanos México. 2004 (1): 51-70
3. Organización Panamericana de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud. *Revista Panamericana Salud Pública*. 2002, (1): 1-49
4. Corporación Sisma Mujer. Ley 1257 de 2008 sobre no violencias contra las mujeres: Herramientas para su aplicación e implementación. Proyecto: “Ley de violencia contra las mujeres en Colombia. Hacia su implementación”; 2010.
5. Serret Bravo E. Qué es y para qué es la perspectiva de género. Instituto de la Mujer Oaxaqueña. Colección Instituto de la Mujer Oaxaqueña Ediciones; 2008.
6. Observatorio violencia. Org [En línea]. Madrid: Observatorio de Violencia del Lobby Europeo de Mujeres; 2077; [Acezado 20 de Jul 2012]. Disponible en: [http:// www.observatorioviolencia.org/](http://www.observatorioviolencia.org/)
7. Secretaría de Salud de Cali. Protocolo de Vigilancia de la Violencia Familiar. *Revista Visor Familia*. 2010, (3): 1-38
8. CEDE Universidad de los Andes. Violencia en las Familias Colombianas: Costos socioeconómicos, causas y efectos. Investigaciones y Publicaciones. 2003
9. Pineda Duque. J. Género, violencia intrafamiliar e intervención pública en Colombia. *Revista de Estudios Sociales*. 2004, (17): 19-31
10. Romero Mendoza. V. Amar, J. Modelo de atención integral a mujeres, niñas y niños víctimas de violencia intrafamiliar llevado a cabo en centros de atención de la ciudad de Barranquilla (Colombia). *Investigación y Desarrollo*. 2009, 17(1): 26-61
11. Ruiz, I. Castaño, J. Kindela M, et al. Sociodemographic Associations of Physical, Emotional, and Sexual Intimate Partner Violence in Spanish Women. *AEP*. 2006, 16(5): 357–363
12. Zapata Sepúlveda P. y col. Violencia de género en mujeres con ascendencia étnica aymara en el extremo norte de Chile. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*. 2012 : 1-6
13. Mendoza Alvarado L. y col. Indicadores de salud con perspectiva de género. Compilación: Una mirada de género en la investigación en Salud Pública en México. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Secretaría de Salud México; 2007.
14. Espinosa M. Perfil de la violencia familiar en Cali. *Observatorio de violencia familiar*. 2010, 3: 1-7

15. Klevens, Johane. Violencia física contra la mujer en Santa Fé de Bogotá: Prevalencia y factores asociados. *Revista Panamericana Salud Pública*. 2001, 9(2): 78-83
16. Naciones Unidas. Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer; 1995 Sep 4 -15; Beijing, China. Naciones Unidas · Nueva York, 1996.
17. Grupo Centro de Referencia Nacional sobre Violencia Forense 2010: Datos para la vida. Colombia, Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses; 2010.
18. Organización mundial de la salud. Estudio Multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica. Organización mundial de la salud departamento Género, Mujer y Salud. 2005 (4): 1-42
19. Galvis M. Situación en Colombia de la violencia sexual contra las mujeres. Proyecto Estrategia integral de incidencia a favor de las mujeres víctimas de violencia sexual en Colombia. 2009 (): 34-36
20. Ley 294/1996 de 16 de Julio, por la cual se desarrolla el artículo 42 de la Constitución Política y se dictan normas para prevenir, remediar y sancionar la violencia intrafamiliar. (Diario Oficial, No. 42.836, de 22-07-96)
21. Ley 1257 de 2008 de 4 de diciembre, sobre no violencias contra las mujeres (Diario Oficial 47.193).
22. Ley 1542/2012 de 5 de Julio, por la cual se reforma el artículo 74 de la Ley 906 de 2004, Código de Procedimiento Penal. (Diario Oficial No. 48482, de 05-07-2012).
23. Declaración de Beijing y Plataforma de Acción, Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. 1995 [En línea]. Disponible en: URL: <http://www.legislacion.bvsalud.org/php/level.php?lang=es&component=37&item=12> Consultado Marzo 14, 2012.
24. Centro de Investigaciones Innocenti. La violencia doméstica contra mujeres y niñas. *Innocenti Digest*. 2000, (6): 1-28
25. Torrico E et al. El modelo ecológico de Bronfenbrenner como marco teórico de la Psicooncología. *anales de psicología*. 2002, 18(1): 46
26. Organización Panamericana de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud. *Revista Panamericana Salud Pública*. 2002, (1): 1-49
27. Heise L. Ellsberg M. Gottemoeller M. Ending Violence Against Women. *Population Reports*. Johns Hopkins University School of Public Health. Population Information Program. 1999 (11): 14-20
28. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud: CIF. Madrid, España: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría General de Asuntos Sociales. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO); 2001
29. Banco Interamericano de Desarrollo. Violencia en América Latina: Epidemiología y Costos. 1999. Documento de Trabajo R-375.
30. Melguizo E. Adriano A. Calidad de vida de persona con heridas complejas en Cartagena, Colombia. *Revista de salud pública*. 2011, 13 (6): 942-952
31. Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con salud: Aspectos conceptuales. *Ciencia y Enfermería*. 2003, 9 (2): 9-21

32. Martínez F. et al. Salud Pública. Madrid: Editorial McGraw Hill Interamericana; 1998
33. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la discapacidad. Malta. 2011, (1): 1-27
34. Vásquez A. La discapacidad en América Latina. Organización Panamericana de la Salud: Discapacidad, lo que todos debemos saber. Publicaciones científicas y técnicas. 2006, (616): 9-24
35. Universidad del Valle. Escuela de Rehabilitación Humana. Modelo de intervención social para personas con discapacidad, a través de la estrategia RBC. Cali, Colombia; 2007
36. Alberti Manzanares P. ¿Qué es la violencia doméstica para las mujeres indígenas en el medio rural?. Comisión Nacional de Derechos Humanos. 2004
37. Fernández T. El maltrato no visible, acerca de la violencia conyugal y su repercusión en la autoestima de la mujer. Comisión Nacional de Derechos Humanos México. 2004 (1): 157-174
38. Robles Ortega R. La violencia contra la mujer, una violencia que se expande. Comisión Nacional de Derechos Humanos México. 2004 (1): 175-194
39. García Moreno C. Violencia contra la mujer, género y equidad en la salud. Organización Panamericana de la Salud. 2000 (6): 1-52
40. Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud, Capítulo XIII– ENDS. 2010
41. World Confederation for Physical Therapy. Description of Physical Therapy: Where is physical therapy practised?. The 16th General Meeting of WCPT. 2007
42. Organización Mundial de la Salud. Nota descriptiva N°239. Centro de prensa OMS. Violencia contra la mujer. 2009
43. Featherstone W. Wolfe P. What Does A Women's Health Physical Therapist Do?. American Physical Therapy Association Section on Women's Health. 2011.
44. Dockter M. Boissonnault J. Hampton E. Petition for certification of Women's Health Specialization American Physical Therapy Association. Section on Women's Health. 2005 : 10-12
45. Post Professional Education and Credentialing Task Force. Workforce and Practice Analysis. 2003.
46. Tuesca R, Borda M. Violencia física marital en Barranquilla (Colombia): prevalencia y factores de riesgo. Gaceta Sanitaria. 2003;17(4):302-8
47. Jones, J. Ferguson, B. Demographic and Social Predictors of Intimate Partner Violence in Colombia. Hum Nat. 2009, 20:184–203
48. Uthman O. Attitudes Towards and Exposure to Intimate Partner Violence Against Women in Sub-Saharan Africa: Contextual Effects, Neighbourhood Variations and Individual Risk Factors. Division of Social Medicine, Public health sciences Karolinska Institute. 2011, (): 3-74

49. Cases C. Torrubiano J. Social Determinants and Health Effects of Low and High Severity Intimate Partner Violence. *Annals of Epidemiology*. 2011.
50. Ruiz I, Blanco P, Vives C. Violencia contra la mujer en la pareja: determinantes y respuestas sociosanitarias. *Gaceta Sanitaria*. 2004, 18(2):4-12
51. Sistema de Hogares de Paso. Ruta de atención a víctimas de abuso sexual. Secretaría de Desarrollo Territorial y Bienestar Social, Alcaldía de Santiago de Cali; 2010.
52. Castillo M. Utilidad de los métodos de pretest para la evaluación de los cuestionarios en la investigación mediante encuesta (Tesis Doctoral). Granada: Universidad de Granada; 2009
53. Attride-Stirling J. Thematic Network: An Analytic Tool for Quality Research. *Quality Research*. 2001, 1(3): 385-405
54. Rocha Sánchez T., Díaz Loving R. Cultura de género: la brecha ideológica entre hombres y mujeres. *Anales de psicología*. 2005, 21(1): 42-49
55. Cazés C y col. La perspectiva de género. Guía para diseñar, poner en marcha, dar seguimiento y evaluar proyectos de investigación y acciones públicas y civiles. Consejo Nacional de Población; 2000.
56. Sandoval C. Investigación cualitativa. Colombia: ARFO Editores e Impresores Ltda; 2002
57. Sagot M. Ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en américa latina (estudios de caso de diez países). Organización Panamericana de la Salud, Programa Mujer, Salud y Desarrollo. 2000
58. López L, Apolinaire P. Violencia contra la mujer: su dimensión psicológica. *Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos. Medisur*. 2005, 3 (2): 38
59. Organización Panamericana de la Salud. Proyecto ACTIVA. *Revista Panamericana Salud Pública*. 1999; 6 (4): 1-37
60. Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali. Informe Anual de Violencia Familiar y Sexual. Observatorio de violencia familiar y sexual. 2010 ():
61. García B. De Oliveira O. Trabajo extradoméstico y relaciones de género: una nueva mirada. *Género, familias y trabajo: rupturas y continuidades*. 2003 ():
62. De Maris A. Benson M. Distal and Proximal factors in Domestic Violence: A test of an Integrated Model. *Journal of Marriage and Family*. 2003 (): 652-667.
63. Horley S.. El síndrome del encanto: Por qué hombres encantadores pueden volverse peligrosos amantes. *Jornadas La violencia de género en la sociedad actual*. 2000 (): 61-79
64. Castro R. Rique F. La investigación sobre violencia contra las mujeres en América Latina: entre el empirismo ciego y la teoría sin datos. *Cadernos de. Saúde Pública, Rio de Janeiro*. 2003 ,19 (1):135-146,
65. Wittenberg E, et al. Measuring the effect of intimate partner violence on health-related quality of life: a qualitative focus group study. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2007, 5 (67): 1-7

66. Minayo M. Relaciones entre Procesos Sociales, Violencia y Calidad de Vida SALUD COLECTIVA. 2005, 1(1): 69-78.
67. Campbell J. Health consequences of intimate partner violence. Lancet. 2002, (359): 1331-36
68. Sarasua B. Perfil psicopatológico diferencial de las víctimas de violencia de pareja en función de la edad. Psicothema 2007, 19 (3): 459-466
69. Plazaola J y col. Violencia contra la mujer en la pareja y consecuencias en la salud física y psíquica. Med Clin. 2004, 122(12):461-7
70. Soler E. Cuestionario de respuesta emocional a la violencia doméstica y sexual. Psicothema 2005, 17 (2): 267-274
71. Amor P. Maltrato físico y maltrato psicológico en mujeres víctimas de violencia en el hogar: un estudio comparativo. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica. 2001, 6 (3): 167-178
72. Labrador F. Características psicopatológicas de mujeres víctimas de violencia de pareja. Psicothema 2010, 22 (1): 99-105
73. Ortega L, et al. La violencia contra la mujer en la pareja como factor asociado a una mala salud física y psíquica. Aten Primaria. 2004, 34(3):117-27
74. Coker AL, Smith PH, Bethea L, King MR, McKeown RE. Physical health consequences of physical and psychological intimate partner violence. Arch Fam Med. 2000, 9 :451-7.
75. Coker AL, Smith PH, Thompson MP, McKeown RE, Bethea L, Davis KE. Social support protects against the negative effects of partner violence on mental health. J Womens Health Gend Based Med. 2002, 11:465-76.
76. Blanco y col. La violencia de pareja y la salud de las mujeres. Gaceta Sanitaria. 2004: 182-88
77. Guido L. Violencia conyugal y salud pública: El sector salud y el derecho de las mujeres de vivir una vida sin violencia. La Ventana. 2002, 15: 231-62
78. Ramirez P. Factores de vulnerabilidad cognitivos en mujeres víctimas de violencia doméstica. Universidad de San Buenaventura. 2011
79. Tuesca R. La calidad de vida, su importancia y cómo medirla. Salud Uninorte. 2005, 21: 76-86
80. Martin S y col. Physical and sexual violence among North Carolina women, Associations with physical health, mental health, and functional impairment. Women's Health Issues. 2008, (18): 130-134
81. Wuest J. et al. Chronic pain in women survivors of intimate partner violence. The Journal Pain. 2008, 9 (11): 1049-1057
82. Ellsberg. Violence against women and the Millennium developments Goals: Facilitating women's access to support. International Journal of Gynecology and Obstetrics. 2006, (94): 325-332
83. Varma et al. Intimate partner violence and sexual coercion among pregnant women in India: Relationship with depression and post-traumatic stress disorder. Journal of Affective Disorders. 2007, (102): 227-235
84. Hein D. Ruglass L. Interpersonal partner violence and women in the United States: An overview of prevalence rates, psychiatric correlates and

consequences and barriers to help seeking. *International Journal of Law and Psychiatry*. 2009, (32): 48-55

85. Diop-Sidibé et al. Domestic violence against women in Egypt wife beating and health outcomes. *Social Science & Medicine*. 2006, (): 1260-1277
86. Taft C. et al. Intimate partner violence against African American women: An examination of the socio-cultural context. *Aggression and violent Behavior*. 2009, (14): 50-58
87. Munevar D. Violencias hacia mujeres, niñas y niños. En: Munevar D, Editora. *De las Violencias que encierran, a las acciones que sanan*. Bogotá: Munevar; 2011. p.17-127.

ANEXOS

ANEXO No.1: MODIFICACIÓN Y AJUSTES DE INSTRUMENTOS

Se realizó una primera entrevista cognitiva el día 06 de Diciembre de 2011, respondiendo al perfil descrito como “mujer adulta trabajadora escolarizada”, la cual fue dirigida por la docente Jenny Ordóñez y las investigadoras principales; ésta se realizó en un lugar ajeno al área de trabajo de la entrevistada, favoreciendo un ambiente tranquilo, ameno y de confianza. Posteriormente, el día 06 de Enero de 2012 se realizó una segunda entrevista, pero esta vez respondiendo al perfil descrito como “mujer joven trabajadora escolarizada. Para el día 11 de Enero de 2012, se entrevistó a un tercer sujeto, respondiendo al perfil de “mujer adulta trabajadora, no escolarizada”. Para la ejecución de estas dos últimas, se opta por entrevistar a los sujetos en un ambiente similar al anterior, favoreciendo la fluidez en sus respuestas. A partir de éstas, se realizaron las siguientes modificaciones, respondiendo a las necesidades manifestadas por las entrevistadas:

-Se modifica el tercer párrafo de la introducción del cuestionario, quedando éste de la siguiente manera: “La información que usted nos brinde es estrictamente confidencial y su nombre no será utilizado. Por favor responda cada pregunta de la manera más sincera”, dejando claro la confidencialidad de la información obtenida.

-La pregunta A1 genera confusión y ambigüedad para lo cual se recomienda replantearla de la siguiente manera: “Por favor dígame su año de nacimiento”. De igual manera, la pregunta A2-b se modifica quedando ésta así: “¿Hace cuánto tiempo vive en esta ciudad?”.

-Para facilitar la codificación y el análisis de variables, se modifican las tablas de respuesta de las preguntas A1 y A2, literal b y d, en los cuales se indaga sobre el tiempo de residencia en la ciudad y en la comuna, conservando en estas últimas las opciones de “años y meses” previniendo una situación de desplazamiento reciente o no.

-En la pregunta A3, en la cual se indaga el tipo de raza de las participantes, se identifica la necesidad de la creación de una tarjeta con fotografías que le permita a la entrevistada identificarse con una de las cinco opciones establecidas. (Ver anexo 5: Tarjeta No. 1). De igual manera, se incluye una pregunta para el investigador en la cual dé su percepción de raza.

-Para las entrevistadas (entrevista cognitiva) la pregunta A4 presenta inconvenientes al tener ésta demasiadas opciones de respuesta; se decide, de 11 opciones, validar 7.

-En el numeral A6, se indaga por la “situación actual” de la participante, palabras reemplazadas por “ocupación”. Además, se añade la opción de respuesta “empleada” y, se modifica la opción “incapacitada” por “receso temporal”, al ser ésta mucho más clara.

-Para la pregunta ¿Trabaja Ud. tiempo completo, medio tiempo, o no trabaja? (numeral A7), se incluye la opción de respuesta: “Por horas (prestación de servicios o monitoria)”.

-A partir de la pregunta A8 se recomienda una pequeña introducción, como una necesidad de contextualizar el cambio de tema con preguntas referentes al ámbito familiar.

-En la pregunta A9, la cual indaga sobre la MEJOR (puntualizando dicha palabra) posición de la mujer dentro del hogar, se añade la opción “cabeza de familia/jefe de familia”.

-En la pregunta A10, la manera en cómo ésta se plantea, según las entrevistadas, puede ser agresiva para alguna mujer, afectando la sensibilidad de aquella madre quien ha perdido o vivenciado el fallecimiento de un hijo. Por tal motivo, se opta por preguntar de la siguiente manera: “¿Cuántos hijos tiene usted?”, sin aclarar si éstos están vivos o no, ya que, según las entrevistadas, la conciencia del ser humano tiende a contar los seres vivos y no las pérdidas.

-Las entrevistadas consideran importante la pregunta A13, con la cual se busca indagar sobre el sistema de salud al que pertenecen las participantes a través de la pregunta: “¿A cuál sistema de salud pertenece?”.

-Al iniciar el módulo B sobre situación de violencia, y a lo largo de éste, se hace necesaria una pequeña introducción que informe a la participante el cambio de preguntas, pasando éstas de indagar temas familiares a temas de pareja, situaciones que pueden suceder en una pareja cuando se tienen problemas, diferencias o desacuerdos.

-Se decide utilizar en las preguntas del módulo B, el término pareja, en el cual se incluye tanto hombre como mujer.

-La pregunta B1a genera confusión en las entrevistadas, para lo cual, por consenso, se decide estructurar la misma de la siguiente manera: “Usted, ¿con cuántas personas ha convivido en pareja? Incluya la actual”. De igual manera, se decide invertir el orden de las preguntas B1b y B1c dando una mayor claridad en la secuencia de preguntas.

-La pregunta B2, en la cual se indaga y se solicita explicar de qué manera resuelve la participante los conflictos o desacuerdos con su pareja, se elimina al

ser ésta una pregunta abierta de la cual “n” variables pueden resultar, dificultando enormemente el análisis de la información. Además, se considera que dicha información puede ser obtenida más adelante, haciendo uso de otras preguntas pertenecientes a este módulo. Ante esta situación, se altera y se corrige la enumeración inicial de las preguntas.

-Para la pregunta B3, se recomienda rediseñar el planteamiento de la misma, al no dejar claro, en las entrevistadas, el verdadero objetivo de la pregunta, quedando ésta de la siguiente manera: “En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces usted le explicó su punto de vista a su pareja, es decir lo que usted piensa, en medio de una discusión?”

--Para las preguntas B3 a B6, se identifica la necesidad de la creación de una tarjeta con las opciones de respuesta, que le permita a la entrevistada identificarse con una de las cuatro opciones establecidas. (Ver anexo 5: Tarjeta No. 2). Cabe aclarar que las opciones de respuesta escritas originalmente, fueron modificadas para una mayor comprensión de las mismas:

Original	Modificación
“Nunca o al menos no en el último año”	Nunca
“Rara vez: Una o dos veces”	Rara vez
“A veces: 3-5 veces”	A veces
“A menudo: 6 o más veces”	Siempre

Además, en éstas, teniendo en cuenta la importancia de conocer una situación de violencia más allá de los últimos 12 meses, se decide incluir 4 preguntas opcionales, estructuradas de la siguiente manera:

- B3 (Opcional) ***En caso de contestar Nunca, preguntar:** en otro momento de su vida, ¿cuántas veces usted le explicó su punto de vista a su pareja, es decir lo que usted piensa, en medio de una discusión?
- B4 (Opcional) ***En caso de contestar Nunca, preguntar:** en otro momento de su vida, ¿Cuántas veces su pareja le gritó con rabia?
- B5 (Opcional) ***En caso de contestar Nunca, preguntar:** en otro momento de su vida, ¿Cuántas veces su pareja le pegó con un objeto que pudo haberla lastimado?
- B6 (Opcional) ***En caso de contestar Nunca, preguntar:** en otro momento de su vida, ¿Cuántas veces su pareja le dio una cachetada?

-A las preguntas B7 – B12 se incluye la siguiente frase: “En caso de ser necesario, indagar acerca de los siguientes actos violentos sucedidos hace más de 12 meses” ampliando el rango de tiempo de los actos violentos.

-Para la pregunta B10: ¿Fue usted herida con un arma blanca en los últimos 12 meses?, se ejemplifica, para dar mayor claridad, con las opciones: cuchillo,

navaja, pico botella, hechizas, puñaleta, cortauñas, tijeras, machete, destornillador, herramienta con filo, siendo éstos sustantivos utilizados en la comunidad.

-De igual manera, se diseña una tarjeta (Ver anexo 5: Tarjeta No. 3) con las opciones de respuesta para la pregunta B13, numeral a – b – c – d y e, la cual indaga la percepción de seguridad de la participante en diferentes lugares y momentos. Para el numeral d, medios de transporte, se ejemplifica con las opciones: Buses, taxis, MIO, guala, moto-taxi, siendo éstos transportes públicos propios de la ciudad.

-Se diseña una tarjeta (Ver anexo 5: Tarjeta No. 4) con las opciones de respuesta para la pregunta B14, numeral a – b – c – d, la cual indaga acerca del temor de la participante, a ser víctima de una acción violenta y sus respuestas o acciones como consecuencias de éste.

-Para la pregunta B14b: ¿Ha limitado las actividades de recreación que antes disfrutaba? se ejemplifica, para dar mayor claridad, con las opciones: parque, paseos, salidas, siendo éstos lugares de esparcimiento reconocidos por la comunidad.

-En la pregunta B16 (sobre la presencia de limitaciones funcionales), se modifica la introducción, preguntando simplemente por “limitaciones”, enfatizando a la participante en dar una respuesta de SI o NO y, aclarar, si es necesario, ¿cuál limitación? en la escogencia de la opción “otra limitación permanente”. Por otro lado, se añade a la pregunta la siguiente aclaración: “Si responde SI más de una vez, pase a la pregunta B17. De lo contrario, continúe en la pregunta C1”.

-Para la opción 4 y 6 de la pregunta B18, se hace necesario ejemplificar, teniendo en cuenta la realidad social de la ciudad y del país, a través de términos como BACRIM, FARC, Ejército y raponeros, ladrones, pandilleros... respectivamente.

-Para mayor claridad, se modifica la introducción al módulo C, calidad de vida, quedando éste de la siguiente manera. “Ahora le voy a pedir sus opiniones acerca de su salud. Esta información permitirá saber cómo se siente y qué bien puede hacer usted sus actividades normales o diarias. Por favor dé la mejor respuesta posible”.

-Las preguntas C5 y C6 se modifican, al crear confusión en las entrevistadas:

Original	Modificación
C5. “Durante las últimas cuatro semanas, ¿tuvo mucha energía?”	¿Durante las últimas cuatro semanas, con qué frecuencia se sintió enérgica

	(entendido el término como: “con ganas de hacer las cosas”).
C6. “Durante las cuatro últimas semanas ¿hasta qué punto su salud física o problemas emocionales limitaron sus actividades sociales habituales con la familia o amigos?”	Durante las cuatro últimas semanas ¿hasta qué punto un problema en su salud, física o emocional, limitó su actividad social, es decir, relacionarse y comunicarse con familia o amigos?

-En cuanto al módulo D, evaluación de discapacidad, se diseña una tarjeta (Ver anexo 5: Tarjeta No. 5) con las opciones de respuesta: Ninguna, leve, moderada, severa y extrema. Dicha tarjeta facilitará la fluidez de las respuestas y la participante la conservará a lo largo de este módulo, al ser éstas, opciones únicas para todas las preguntas concernientes a la evaluación de discapacidad, a excepción de tres preguntas del área 6: Participación en sociedad, y de las preguntas relacionadas con la exploración de las diferentes áreas, para las cuales se hace necesario la entrega de una segunda tarjeta (Ver anexo 5: Tarjeta No. 6) con las opciones de respuesta: Nada, poco, algo, bastante, muchísimo.

-Las demás preguntas fueron contestadas sin problemas, reflejando la coherencia estructural de las mismas y descartando el carácter hiriente a la sensibilidad de las entrevistadas. Sin embargo, por cuestiones de indagación concisa, se establece suprimir algunas preguntas, dejando aquellas de mayor relevancia para la investigación:

Preguntas suprimidas:

Área 1: Comprensión y comunicación: D1.1 – D1.2 – D1.4

Área 2: Capacidad de moverse en su alrededor: D2.1 – D2.2 – D2.4

Área 3: Cuidado personal: D3.4

Área 4: Relacionarse con otras personas: Todas las preguntas se conservan

Área 5: Actividades de la vida diaria: D5.3 – D5.4 – D5.5 – D5.9 – D5.10 – D5.11

Área 6: Participación en sociedad: Todas las preguntas se conservan

-Por último, se suprimen los subtítulos que indican el nombre de cada uno de los cuestionarios o módulos.

Finalmente, en lo referente a pruebas piloto, se logran promediar 55 minutos como el tiempo requerido para la aplicación del instrumento.

Cabe aclarar la situación presentada una vez se dio inicio con la fase de recolección de datos: Tras aplicar el cuestionario a dos sujetos pertenecientes a la muestra, nace la necesidad de modificar la estructura de algunas preguntas, buscando indagar la situación anterior (convivencia con agresor) vs la situación actual, al ser mujeres quienes hoy por hoy no conviven con su pareja, generando datos que permitieran confirmar los cambios en cuanto a percepción de

determinados estados de salud y calidad de vida. Dichas preguntas se enumeran a continuación:

-A2, numeral d, e, f y g

-A8. De igual manera, se incluye un numeral b, c y d, en relación al número de personas que conviven con ella (entrevistada) y dinámica del hogar.

-A9

-A11

-A12

B13

-B14

-Módulo C

-Módulo D

ANEXO No. 2:

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TODAS LAS PARTICIPANTES PERTENECIENTES A UNA INSTITUCIÓN DE ATENCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA VF DEL MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI ESTUDIO TRANSVERSAL ANALÍTICO

Investigadores:

- Jenny Ordoñez Betancourth. Fisioterapeuta, Mag. Epid. Tutora
- Celia Escobar. Fisioterapeuta, Mag. Adm de Salud. Tutora
- Gisel Viviana Osorio Cuéllar. Est Fisioterapia, Universidad del Valle.
- Sara Gabriela Pacichana Quinayas. Est Fisioterapia, Universidad del Valle.
- Maryoly Makenzye Vallejos Valdivieso. Est Fisioterapia, Universidad del Valle.

¿De qué se trata la investigación?

El objetivo principal de esta investigación es describir la situación de violencia familiar (VF) y su relación con la salud en términos de calidad de vida y discapacidad, en un grupo de mujeres víctimas pertenecientes a una institución de atención y prevención de la VF del municipio de Santiago de Cali, durante agosto del 2011 y abril de 2012.

Teniendo en cuenta que la descripción de éste fenómeno presenta una serie de dificultades debido a su alta complejidad, que el número de casos de estudios reportados es limitado, y que una de las principales dificultades para el abordaje de la población víctima de violencia familiar ha sido establecer evidencia local frente al tema, se presenta la necesidad de dar cuenta de la condición de

discapacidad y calidad de vida en mujeres víctimas de VF en el contexto de la población caleña desde una mirada fisioterapéutica, con el fin de participar en la ampliación del tema y en la orientación de acciones en pro de aminorar sus consecuencias.

A las mujeres que participen en este estudio se les pedirá que respondan una serie de cuestionarios relacionados con aspectos sociodemográficos, situación de violencia, percepción de Salud y calidad de vida, y situación de discapacidad.

Para el desarrollo de este estudio se entrevistará a un grupo de 20 mujeres que cumplan con los criterios de inclusión establecidos.

¿Cuál es su participación en el estudio?

Usted ha sido seleccionada para participar en el estudio al cumplir con todos los criterios de inclusión. Se le solicitará que responda una serie de cuestionarios, los cuales serán aplicados por las investigadoras a cargo del estudio. Los cuestionarios incluyen preguntas acerca de datos socio- demográficos, situación de violencia, calidad de vida y situación de discapacidad.

¿Cuánto durará su participación en el estudio?

El diligenciamiento de los cuestionarios tendrá una duración máxima de 70 minutos, y sólo se realizará una vez.

¿Cuáles son los riesgos de participar en el estudio?

Al participar en esta investigación, no se correrá ningún riesgo físico, social o legal, sin embargo, la aplicación de estos cuestionarios, con temas sensibles, pueden llegar a afectar la parte psicológica de las entrevistadas, removiendo recuerdos de situaciones violentas y desagradables. En caso de usted necesitar ayuda psicológica, se contará con el servicio de psicología de la institución o el programa al que pertenezca.

¿Cuáles son los beneficios de participar en el estudio?

Usted, al participar en el estudio, no recibirá un beneficio directo, sin embargo, los resultados de esta investigación nos ayudarán a describir la situación de violencia familiar (VF) y su relación con la situación de salud y discapacidad en mujeres víctimas de VF, cuyos resultados pueden ser beneficiosos en la mejora de la prevención de la misma y los programas de tratamiento a través de la identificación de las variables que pueden ser más susceptibles al cambio.

¿La participación en el estudio tiene algún costo?

Su participación en el estudio no tendrá ningún costo, así como tampoco recibirá alguna retribución económica.

¿Cómo será el manejo de la información?

La información que se obtenga será utilizada únicamente para propósitos del estudio. En vez de su nombre se utilizará un código de identificación, de esta manera se garantizará que los datos obtenidos sean tratados y custodiados respetando su derecho a la intimidad.

¿Cuáles son sus derechos en el estudio?

Usted tendrá la oportunidad de efectuar preguntas acerca de la investigación, recibiendo respuestas satisfactorias por parte de las investigadoras.

Su participación en esta investigación es voluntaria. Aún después de firmar este documento usted puede renunciar a su participación, en cualquier momento, sin que esto signifique un trato diferente para usted en los grupos a los que pertenece. Los datos recolectados hasta el momento seguirán siendo parte del estudio.

De igual manera se le informa acerca de su derecho a conocer la información nueva o los resultados de la investigación.

Una copia de este documento será conservado con los registros del estudio y a usted se le dará otra.

Yo: _____ con C.C. _____, autorizo que los registros de la entrevista sean consultados en investigaciones posteriores bajo todas las condiciones de confidencialidad mencionadas anteriormente. Con mi firma certifico que he leído o alguien me ha leído el presente formato de consentimiento informado. Certifico que he escuchado y comprendido de qué se trata esta investigación, he tenido oportunidad de efectuar preguntas sobre el mismo y he recibido respuestas satisfactorias, entendiendo que la participación es voluntaria y que no recibiré ninguna retribución económica y puedo abandonarla cuando lo desee. Comprendo los compromisos que asumo al hacer parte de este estudio y los acepto, por ello, firmo este consentimiento informado de forma voluntaria para manifestar mi deseo de participar en esta investigación. Al firmar este consentimiento no renuncio a ninguno de mis derechos. Recibiré una copia de éste para guardarlo y poder consultarlo en el futuro. Sé que podré conocer los resultados de la investigación cuando ésta haya culminado, mediante una presentación ante la institución al que pertenezca.

Se me ha informado que de tener alguna pregunta sobre el estudio podré comunicarme personalmente o telefónicamente con las investigadoras.

Jenny Ordóñez..... 318 794 53 15

Gisel Osorio Cuéllar..... 313 659 57 23

Sara Pacichaná Quinayas..... 301 592 57 69

Maryoly Vallejos Valdivieso.....310 501 37 69

Comité de Ética Humana de la Facultad de Salud
De la Universidad del Valle.....518 56 77

Nombre del Participante (imprensa)	Firma del participante y fecha
Número Doc. Identidad _____	
Dirección de contacto: _____	
Teléfono de contacto: _____	

Nombre del Testigo (imprensa)	Firma del testigo y fecha
Número Doc. Identidad _____	
Dirección de contacto: _____	
Teléfono de contacto: _____	

Nombre del Testigo (imprensa)	Firma del testigo y fecha
Número Doc. Identidad _____	
Dirección de contacto: _____	
Teléfono de contacto: _____	

Nombre del Investigador (imprensa)	Firma del investigador/fecha
Número Doc. Identidad _____	

ANEXO No. 3:

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LAS PARTICIPANTES PERTENECIENTES A UNA INSTITUCIÓN DE ATENCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA VF DEL MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI COMPONENTE CUALITATIVO ENTREVISTAS INDIVIDUALES A PROFUNDIDAD

Investigadores:

- Jenny Ordóñez Betancourth. Fisioterapeuta, Mag. Epid. Tutora
- Celia Escobar. Fisioterapeuta, Mag. Adm de Salud. Tutora
- Gisel Viviana Osorio Cuéllar. Est Fisioterapia, Universidad del Valle.
- Sara Gabriela Pacichana Quinayas. Est Fisioterapia, Universidad del Valle.
- Maryoly Makenzye Vallejos Valdivieso. Est Fisioterapia, Universidad del Valle.

¿De qué se trata la investigación?

El objetivo principal de esta investigación es describir la situación de violencia familiar (VF) y su relación con la salud en términos de calidad de vida y discapacidad, en un grupo de mujeres víctimas pertenecientes a una institución de atención y prevención de la VF del municipio de Santiago de Cali, durante agosto del 2011 y abril de 2012.

Teniendo en cuenta que la descripción de éste fenómeno presenta una serie de dificultades debido a su alta complejidad, que el número de casos de estudios reportados es limitado, y que una de las principales dificultades para el abordaje de la población víctima de violencia familiar ha sido establecer evidencia local frente al tema, se presenta la necesidad de dar cuenta de la condición de discapacidad y calidad de vida en mujeres víctimas de VF en el contexto de la población caleña desde una mirada fisioterapéutica, con el fin de participar en la ampliación del tema y en la orientación de acciones en pro de aminorar sus consecuencias.

Para esta investigación se hace necesario incluir un componente cualitativo que nos permitirá tener un acercamiento a la realidad social de las mujeres víctimas de violencia familiar y su percepción de salud en términos de calidad de vida y discapacidad, sin dar explicaciones causales. Este componente se desarrollará a través de la técnica Entrevistas individuales a profundidad, y se realizarán, además, diarios de campo de cada encuentro, los cuales serán elaborados por cada investigador. Dichas sesiones serán grabadas y transcritas.

Es así como, para el desarrollo de este componente cualitativo, se entrevistarán a 3 mujeres víctimas de violencia familiar pertenecientes a la institución de atención y prevención de la VF del municipio de Cali, escogidas por conveniencia

¿Cuál es su participación en el estudio?

Usted ha sido seleccionada para participar en el estudio al cumplir con todos los criterios de inclusión. Se le solicitará que acceda a participar en una serie de entrevistas, en las cuales usted describirá sus vivencias; éstas serán realizadas por las investigadoras a cargo del estudio, cuyas sesiones serán grabadas y transcritas posteriormente.

¿Cuánto durará su participación en el estudio?

La realización de estas entrevistas se efectuarán en no más de tres encuentros cuya duración dependerá de la manera como se desarrolle la sesión; La saturación de información será el límite para determinar el número de entrevistas que se realizarán.

¿Cuáles son los riesgos de participar en el estudio?

Al participar en esta investigación, no se correrá ningún riesgo físico, social o legal, sin embargo, las entrevistas, cuyo eje central son temas sensibles, pueden llegar a afectar la parte psicológica de las entrevistadas, removiendo recuerdos de situaciones violentas y desagradables. En caso de usted necesitar ayuda psicológica, se contará con el servicio de psicología de la institución o programa al que pertenezca.

¿Cuáles son los beneficios de participar en el estudio?

Usted, al participar en el estudio, no recibirá un beneficio directo, sin embargo, los resultados de esta investigación nos ayudarán a describir la situación de violencia familiar (VF) y su relación con la situación de salud y discapacidad en mujeres víctimas de VF, cuyos resultados pueden ser beneficiosos en la mejora de la prevención de la misma y los programas de tratamiento a través de la identificación de las variables que pueden ser más susceptibles al cambio.

¿La participación en el estudio tiene algún costo?

Su participación en el estudio no tendrá ningún costo, así como tampoco recibirá alguna retribución económica.

¿Cómo será el manejo de la información?

La información que se obtenga será utilizada únicamente para propósitos del estudio. En vez de su nombre se utilizará un código de identificación, de esta manera se garantizará que los datos obtenidos sean tratados y custodiados respetando su derecho a la intimidad.

¿Cuáles son sus derechos en el estudio?

Usted tendrá la oportunidad de efectuar preguntas acerca de la investigación, recibiendo respuestas satisfactorias por parte de las investigadoras.

Su participación en esta investigación es voluntaria. Aún después de firmar este documento usted puede renunciar a su participación, en cualquier momento, sin que esto signifique un trato diferente para usted en los grupos a los que pertenece. Los datos recolectados hasta el momento seguirán siendo parte del estudio.

De igual manera se le informa acerca de su derecho a conocer la información nueva o los resultados de la investigación.

Una copia de este documento será conservado con los registros del estudio y a usted se le dará otra.

Yo: _____ con C.C. _____, autorizo que los registros de la entrevista sean consultados en investigaciones posteriores bajo todas las condiciones de confidencialidad mencionadas anteriormente. De igual manera, autorizo a las investigadoras para grabar y transcribir cada una de las sesiones a las que asista. Con mi firma certifico que he leído o alguien me ha leído el presente formato de consentimiento informado. Certifico que he escuchado y comprendido de qué se trata esta investigación, he tenido oportunidad de efectuar preguntas sobre el mismo y he recibido respuestas satisfactorias, entendiendo que la participación es voluntaria y que no recibiré ninguna retribución económica y puedo abandonarla cuando lo desee.

Comprendo los compromisos que asumo al hacer parte de este estudio y los acepto, por ello, firmo este consentimiento informado de forma voluntaria para manifestar mi deseo de participar en esta investigación.

Al firmar este consentimiento no renuncio a ninguno de mis derechos. Recibiré una copia de éste para guardarlo y poder consultarlo en el futuro. Sé que podré conocer los resultados de la investigación cuando ésta haya culminado, mediante una presentación ante la institución o programa al que pertenezca.

Se me ha informado que de tener alguna pregunta sobre el estudio podré comunicarme personalmente o telefónicamente con las investigadoras.

Jenny Ordóñez..... 318 794 53 15

Gisel Osorio Cuéllar..... 313 659 57 23

Sara Pacichaná Quinayas..... 301 592 57 69

Maryoly Vallejos Valdivieso.....310 501 37 69

Comité de Ética Humana de la Facultad de Salud
De la Universidad del Valle.....518 56 77

Nombre del Participante (imprensa)	Firma del participante y fecha
Número Doc. Identidad _____	
Dirección de contacto: _____	
Teléfono de contacto: _____	

Nombre del Testigo (imprensa)	Firma del testigo y fecha
Número Doc. Identidad _____	
Dirección de contacto: _____	
Teléfono de contacto: _____	

Nombre del Testigo (imprensa)	Firma del testigo y fecha
Número Doc. Identidad _____	
Dirección de contacto: _____	
Teléfono de contacto: _____	

Nombre del Investigador (imprensa)	Firma del investigador/fecha
Número Doc. Identidad _____	

ANEXO No. 4:

CÓDIGO:

--	--	--	--

Hora Inicio:

--

Hora Terminación:

--

Fecha cuestionario:

DD	MM	AA

Encuestador: _____

CUESTIONARIO PARA LA DESCRIPCIÓN DE ASPECTOS SOCIODEMOGRAFICOS, SITUACIÓN DE VIOLENCIA, CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON SALUD, Y DISCAPACIDAD PARA MUJERES VÍCTIMAS DE VF

Actualmente estamos realizando un estudio para describir la situación de Violencia Familiar (VF) y su relación con la situación de salud en términos de calidad de vida y discapacidad, en mujeres pertenecientes a programa e instituciones de atención y prevención de la VF del municipio de Santiago de Cali, lo cual hace parte de una investigación que actualmente desarrolla un grupo de estudiantes del programa académico de Fisioterapia de la Universidad del Valle.

Usted ha sido seleccionada para participar en este estudio. Sus respuestas nos ayudarán a elaborar una descripción del contexto y de la situación que viven las mujeres víctimas de violencia familiar así como unos lineamientos para fortalecer las acciones que se hagan desde fisioterapia a este tipo de problemáticas.

La información que usted nos brinde es estrictamente confidencial y su nombre no será utilizado. Por favor responda cada pregunta de la manera más sincera.

Su participación es voluntaria. Usted puede rehusar a responder cualquier pregunta, o detener la entrevista en el momento que lo desee.

Agradecemos su colaboración.

1	9		
---	---	--	--

A1. Por favor dígame su año de nacimiento:

Edad en años cumplidos: ____

EDAD	
De 15 a 17 años	01 ____
De 18 a 25 años	02 ____
De 26 a 35 años	03 ____
De 36 a 45 años	04 ____
De 46 a 55 años	05 ____
Mayor a 55 años	06 ____

← Marque con una "X" el rango de acuerdo a la edad

A2. a) ¿Y, en donde nació? Municipio _____ Departamento _____

b) ¿Hace cuánto tiempo vive en Cali?

01	Años	
02	Meses (si es necesario)	
03	Siempre ha vivido acá	

← Indique el tiempo en número

→Pase a la pregunta A2. d)

c) ¿Antes de vivir en Cali, usted vivía en...?

01	Otra ciudad como esta
02	Una ciudad o pueblo más pequeño
03	Una finca o en zona rural

d) ¿En qué comuna vive actualmente? _____

e) ¿y antes? _____

f) ¿Cuántos años o meses vivió en su Comuna?

01	Años	
02	Meses (si es necesario)	
03	Siempre vivió ahí	

← Indique el tiempo en número

g) ¿Hace cuántos años o meses vive en su actual Comuna?

01	Años	
02	Meses (si es necesario)	
03	Siempre vivió ahí	

← Indique el tiempo en número

A3. ¿Cuál de estas opciones la describe mejor a usted?

- (01) Blanca
- (02) Mestiza (combinación de blanco e indígena)
- (03) Mulata (combinación de blanco y negro)
- (04) Negra
- (05) Indígena

} **Mostrar tarjeta No. 1**

Percepción de raza (**ENCUESTADORA**):

Código	Raza

A4. ¿Cuál es su último nivel educativo alcanzado o que está estudiando actualmente?

- Ninguna
- Preescolar
- Primaria
- Secundaria
- Técnico
- Universidad
- Postgrado

A5. ¿Cuál es su estado civil actual?

01	Soltera
02	Separada/divorciada
03	Viuda
04	Casada
05	Unión libre

A6. ¿Cuál de estas opciones describe mejor su ocupación? (**UNA SOLA RESPUESTA**)

- (01) Empleada
- (02) Desempleada– buscando un trabajo
- (03) Desempleada – no buscando un trabajo
- (04) Receso temporal
- (05) Jubilada-pensionada o rentista
- (06) Ama de casa
- (07) Estudiante
- (08) No hace nada en particular
- (09) Otro

A7. ¿Trabaja Ud. tiempo completo, medio tiempo, o no trabaja?

- Tiempo completo
- Medio tiempo
- No trabaja
- Por horas (prestación de servicios o monitoria)

A8. a) Ahora le voy a preguntar sobre las personas que dormían y comían la mayor parte del tiempo en la casa donde usted vivió en el último año.

-¿Cuántas personas eran? Tome en cuenta adultos y niños. _____

-¿Quiénes eran? _____

b) Ahora le voy a preguntar sobre las personas que duermen y comen la mayor parte del tiempo en la casa donde usted ha vivido el último mes.

-¿Cuántas personas son? Tome en cuenta adultos y niños. _____

-¿Quiénes son? _____

c) ¿En dónde ha vivido el último año?

- (01) Hogar con hijos y esposo
- (02) Hogar con esposo o pareja
- (03) Hogar con hijos
- (04) Casa de familiar de su pareja
- (05) Casa de familiar suyo
- (06) Otro... ¿cuál? _____

c) ¿En dónde ha vivido el último mes?

- (01) Hogar con hijos y esposo
- (02) Hogar con esposo o pareja
- (03) Hogar con hijos
- (04) Casa de familiar de su pareja
- (05) Casa de familiar suyo
- (06) Otro... ¿cuál? _____

A9. ¿Cuál de las siguientes opciones describía **MEJOR** su posición dentro del hogar? Recuerde, la que mejor la describía (**UNA SOLA RESPUESTA**)

01	Ama de casa	05	Abuela
02	Esposa	06	Es otro familiar o pariente
03	Madre	07	Cabeza de familia / jefe de hogar
04	Hija	08	Otro

Obtener 2 respuestas: la pasada (X) y la actual (O)

A10. a) ¿Cuántos hijos tiene usted?

- (01) Si
- ¿Cuántos? _____
- ¿Cuántos hombres? _____
- ¿Cuántas mujeres? _____

(02) No

*Si la respuesta es SI, ¿cuáles son sus edades? _____

A11. ¿Quién realizaba el MAYOR aporte MENSUAL en DINERO para el sostenimiento y el pago de las obligaciones del hogar? (el que más llevaba el factor económico)

Obtener 2 respuestas: la pasada (X) y la actual (O)

A12. ¿Usted aportaba económicamente al hogar?

- (01) Sí
- (02) Ns/Nr
- (03) No

**Obtener 2 respuestas: la pasada
(X) y la actual (O)**

A13. ¿A cuál sistema de salud está afiliada?

- (01) El Instituto de Seguros Sociales (ISS)
- (02) Regímenes especiales (Fuerzas Militares, Policía Nacional, Universidad Nacional, ECOPETROL, Magisterio)
- (03) EPS (Entidad Promotora de Salud)
- (04) ARS (Administradora de Régimen Subsidiado) a través del SISBEN
- (05) Ninguna
- (06) No sabe

Ahora le voy a hablar sobre las parejas que ha tenido...

B1. a) Usted, ¿con cuántas personas ha convivido en pareja?, incluya la pareja actual _____

b) ¿Usted vive actualmente con su pareja?

01	Sí
02	No

c) ¿En qué año se casó o se unió por primera vez? 19 ____

SI NO RECUERDA AÑO, ¿QUÉ EDAD TENÍA CUANDO SE CASÓ O UNIÓ?: _____

Ahora vamos a hablar sobre algunas cosas que pueden suceder en una pareja, cuando se tienen diferencias, problemas o desacuerdos. **ENTREGA TARJETA No. 2**

B2. En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces usted le explicó su punto de vista a su pareja, es decir lo que usted piensa, en medio de una discusión? **(UNA SOLA RESPUESTA)**

***En caso de contestar Nunca, preguntar:** al convivir con él, ¿cuántas veces usted le explicó su punto de vista a su pareja, es decir lo que usted piensa, en medio de una discusión?

B3. ¿Cuántas veces, en los últimos 12 meses, su pareja le gritó con rabia? **(UNA SOLA RESPUESTA)**

***En caso de contestar Nunca, preguntar:** al convivir con él, ¿Cuántas veces su pareja le gritó con rabia?

B4. ¿Cuántas veces, en los últimos 12 meses, su pareja le pegó con un objeto que pudo haberla lastimado? **(UNA SOLA RESPUESTA)**

***En caso de contestar Nunca, preguntar:** al convivir con él, ¿Cuántas veces su pareja le pegó con un objeto que pudo haberla lastimado?

B5. ¿Cuántas veces, en los últimos 12 meses, su pareja le dio una cachetada? **(UNA SOLA RESPUESTA)**

***En caso de contestar Nunca, preguntar:** al convivir con él, ¿Cuántas veces su pareja le dio una cachetada?

	B2	B3	B4	B5
Nunca	01	01	01	01
Rara vez	02	02	02	02
A veces:	03	03	03	03
Siempre	04	04	04	04

De igual manera, las siguientes preguntas se refieren a actos violentos que le pudieron haber sucedido en los últimos doce meses. Por favor piense en lo que le pasó en los últimos doce meses para responder las preguntas. **(EN CASO DE SER NECESARIO, INDAGAR ACERCA DE LOS SIGUIENTES ACTOS VIOLENTOS SUCEDIDOS HACE MÁS DE 12 MESES)**

		¿Cuántas veces? Frecuencia/semana
B6. ¿En los últimos 12 meses, la amenazaron para forzarla a cambiar su lugar de residencia, cambiar sus opiniones, o quedarse callada con respecto a algo?	(01) Sí (02) No	
B7. ¿Fue usted golpeada por otra u otras personas en los últimos 12 meses?	(01) Sí (02) No	
B8. ¿En los últimos 12 meses su pareja la maltrató o golpeó?	(01) Sí (02) No	
B9. ¿Fue usted herida con un arma blanca (cuchillo, navaja, pico botella, hechizas, puñaleta, cortaúñas, tijeras, machete, destornillador, herramienta con filo) en los últimos 12 meses?	(01) Sí (02) No	
B10. ¿Fue usted herida con un arma de fuego en los últimos 12 meses?	(01) Sí (02) No	
B11. ¿En los últimos 12 meses, le amenazaron de muerte a usted o a algún pariente cercano?	(01) Sí (02) No	

B12. ¿Cómo se siente usted, y se sentía durante el tiempo de convivencia con su pareja, en los siguientes lugares, en relación con su seguridad personal? **ENTREGAR TARJETA No. 3**

	Muy segura	Algo segura	Algo insegura	Muy insegura
a) En su casa o apartamento	01	02	03	04
b) En las calles de su comunidad durante el día	01	02	03	04
c) En las calles de su comunidad durante la noche	01	02	03	04
d) En los medios de transporte públicos (Buses, taxis, MIO, guala, mototaxi ,etc.)	01	02	03	04
e) En el centro de la ciudad	01	02	03	04

Obtener 2 respuestas: la pasada (X) y la actual (O)

B13. Por temor a ser víctima de una acción violenta, usted... **ENTREGAR TARJETA No. 4**

	Mucho	Poco	Nada
a) Limitaba los lugares a donde iba de compras	03	02	01
b) Limitaba las actividades de recreación que antes disfrutaba (parque, paseos, salidas)	03	02	01

Obtener 2 respuestas: la pasada (X) y la actual (O)

c) Tuvo la necesidad de adquirir armas para autoprotección	03	02	01
d) Sintió la necesidad de mudarse	03	02	01

B14. Ahora quisiera que me contara ¿Con qué frecuencia le pegaban a usted cuando era niña? **(UNA SOLA RESPUESTA)**

- (01) Nunca
- (02) En muy pocas ocasiones
- (03) Más o menos una vez al mes
- (04) Más o menos una vez por semana
- (05) Casi todos los días

B15. Respóndame SI o NO, usted tiene limitaciones para:

	Si	No
a) Moverse o caminar	01	02
b) Usar sus brazos y manos	01	02
c) Ver, a pesar de usar lentes o gafas	01	02
d) Oír aun con aparatos especiales	01	02
e) Hablar	01	02
f) Entender o aprender	01	02
g) Relacionarse con los demás por problemas mentales o emocionales	01	02
h) Bañarse vestirse alimentarse por sí mismo	01	02
i) Otra limitación permanente.	01	02

Si responde SI más de una vez, pase a la pregunta B17. De lo contrario, continúe en la pregunta C1

¿Cuál? _____

B16. ¿De las anteriores limitaciones cuál es la que más afecta su desempeño diario?

B17. ¿Esta limitación fue ocasionada....?

- (01) Porque nació así
- (02) Por una enfermedad
- (03) Por un accidente
- (04) Por violencia entre grupos armados (BACRIM, FARC, Ejército)
- (05) Por violencia dentro del hogar
- (06) Por violencia de delincuencia común (raponeros, ladrones, pandilleros, etc.)
- (07) Por edad avanzada, envejecimiento
- (08) Por otra causa
- (09) No sabe

Ahora le voy a pedir sus opiniones acerca de su salud. Esta información permitirá saber cómo se sentía durante el tiempo de convivencia con su pareja y qué bien podía hacer usted sus actividades normales o diarias.

Por favor dé la mejor respuesta posible.

Obtener 2 respuestas: la pasada (X) y la actual (O)

C1. En general, cómo calificaría su salud durante el tiempo de convivencia con su pareja?

- (1) Excelente
- (2) Muy buena
- (3) Buena
- (4) Regular
- (5) Mala
- (6) Muy mala

C2. Durante el tiempo de convivencia con su pareja, ¿hasta qué punto los problemas físicos de salud limitaron sus actividades físicas habituales (tales como caminar, subir escaleras, realizar las tareas de la casa, ir por los niños, etc.)?

- (1) Nada
- (2) Muy poco
- (3) Algo
- (4) Bastante
- (5) No podía hacer actividades físicas

C3. Durante el tiempo de convivencia con su pareja, ¿cuánta dificultad tuvo usted para hacer su trabajo diario, tanto en casa como fuera de casa, a causa de su salud física?

- (01) Ninguna en absoluto
- (02) Un poco
- (03) Alguna
- (04) Bastante
- (05) No podía hacer trabajo diario

C4. ¿Cuánto dolor físico tuvo usted durante el tiempo de convivencia con su pareja?

- (01) Ninguno
- (02) Muy suave
- (03) Leve
- (04) Moderado
- (05) Grave
- (06) Muy grave

C5. Durante el tiempo de convivencia con su pareja, ¿con qué frecuencia se sintió enérgica?

- (1) Siempre
- (2) Casi siempre
- (3) Algunas veces
- (4) Casi nunca
- (5) Nunca

C6. Durante el tiempo de convivencia con su pareja ¿hasta qué punto un problema en su salud, física o emocional, limitó su actividad social, es decir, relacionarse y comunicarse con familia o amigos?

- (01) Nada
- (02) Muy poco
- (03) Algo
- (04) Bastante
- (05) No podía hacer actividades sociales

C7. Durante el tiempo de convivencia con su pareja, ¿cuánto le molestaron los problemas emocionales? (como el sentirse ansiosa, deprimida o irritable)

- (01) Nada
- (02) Ligeramente
- (03) Moderadamente
- (04) Bastante
- (05) Extremadamente

C8. Durante el tiempo de convivencia con su pareja, ¿hasta qué punto los problemas personales o emocionales le impidieron realizar su trabajo habitual u otras actividades diarias como arreglarse, caminar, salir, arreglar la casa, cuidar de los hijos, etc.?

- (01) Nada
- (02) Muy poco
- (03) Algo
- (04) Bastante
- (05) No podía hacer las actividades de vida diaria

Ahora le voy a hacer preguntas sobre las dificultades que a veces tenemos debido a nuestro estado de salud; Por estado de salud me refiero a una enfermedad u otros problemas de salud de corta o larga duración, lesiones, problemas mentales, problemas emocionales (por situaciones estresantes y perjudiciales) y problemas relacionados con el uso de alcohol o drogas.

Aunque usted esté sana y no tenga dificultades, me gustaría hacerle algunas preguntas. Cuando le pida que me hable acerca de las dificultades que tiene o ha tenido a la hora de realizar una actividad según acostumbraba a hacerla, por favor, tenga en cuenta:

- Aumento del esfuerzo
- Malestar o dolor
- Lentitud
- Cambios en el modo en que realiza la actividad

Cuando responda a las preguntas, utilice esta escala: Ninguna, Leve, Moderada, Severa, Extrema/No puede hacerlo. **ENTREGAR TARJETA N° 5**

Obtener 2 respuestas: la pasada (X) y la actual (O)

- ¿Cuánta dificultad tuvo para:

	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema / No podía hacerlo
D1.1 Analizar y encontrar soluciones a los problemas de la vida diaria?	1	2	3	4	5
D1.2 Entender en general lo que decía la gente? Es decir, le costaba trabajo saber qué estaba diciendo la otra persona?	1	2	3	4	5
D1.3 Iniciar o mantener una conversación?	1	2	3	4	5

EXPLORE:

Si alguno de los ítems comprendidos entre el D1.1 – D1.3 se puntúa por encima de ninguna (1), pregunte:

	Nada	Poco	Algo	Bastante	Muchísimo
P1.1 ¿Cuánto han interferido o interfirieron estas dificultades con su vida?	1	2	3	4	5

- ¿Cuánta dificultad tuvo para:

	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema / No podía hacerlo
D2.1 Moverse dentro de su casa?	1	2	3	4	5
D2.2 Caminar largas distancias, como un kilómetro [o equivalente]?	1	2	3	4	5

EXPLORE:

Si el ítem D2.1 se puntúa por encima de ninguna (1), pregunte:

	Nada	Poco	Algo	Bastante	Muchísimo
P2.1 ¿Cuánto han interferido o interfirieron estas dificultades con su vida?	1	2	3	4	5

- ¿Cuánta dificultad tuvo para:

	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema / No podía hacerlo
D3.1 Bañarse (lavarse todo el cuerpo)?	1	2	3	4	5
D3.2 Vestirse?	1	2	3	4	5
D3.3 Comer?	1	2	3	4	5

EXPLORE:

Si alguno de los ítems comprendidos entre el D3.1 – D3.3 se puntúa por encima de ninguna (1), pregunte:

	Nada	Poco	Algo	Bastante	Muchísimo
P3.1 ¿Cuánto han interferido o interfirieron estas dificultades con su vida?	1	2	3	4	5

Ahora voy a preguntarle acerca de dificultades para relacionarse con otras personas.

Por favor, recuerde que sólo le estoy preguntando acerca de dificultades debidas a problemas de salud, tales como enfermedades o lesiones, problemas mentales, problemas emocionales (por situaciones estresantes y perjudiciales) y problemas relacionados con el uso de alcohol o drogas.

- ¿Cuánta dificultad tuvo para:

	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema / No podía hacerlo
D4.1 Relacionarse con personas que no desconocidas?	1	2	3	4	5
D4.2 Mantener una amistad?	1	2	3	4	5
D4.3 Llevarse bien con personas cercanas a usted?	1	2	3	4	5
D4.4 Hacer nuevos amigos?	1	2	3	4	5
D4.5 Tener relaciones sexuales?	1	2	3	4	5

EXPLORE:

Si alguno de los ítems comprendidos entre el D4.1 – D4.5 se puntúa por encima de ninguna (1), pregunte:

	Nada	Poco	Algo	Bastante	Muchísimo
P4.1 ¿Cuánto han interferido o interfirieron estas dificultades con su vida?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas se refieren a actividades que implican el realizar los quehaceres de la casa y cuidar de las personas que conviven con usted o que le son cercanas. Estas actividades incluyen cocinar, limpiar, hacer las compras, pagar las cuentas, sacar la basura, cortar el césped, así como el cuidado de otras personas y de sus propias pertenencias.

D5.1 Generalmente, ¿cuántas horas a la semana dedicaba a estas actividades?
ANOTE EL NÚMERO DE DÍAS ___ / ___

- Debido a su estado de salud, durante la convivencia con su pareja, ¿cuánta dificultad tuvo para:

	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema / No podía hacerlo
D5.2 Cumplir con sus quehaceres de la casa?	1	2	3	4	5

EXPLORE:

Si el ítem D5.2 se puntúa por encima de ninguna (1), pregunte:

	Nada	Poco	Algo	Bastante	Muchísimo
P5.1 ¿Cuánto han interferido o interfirieron estas dificultades con su vida?	1	2	3	4	5

D5.3 En el último año ¿durante cuántos días, por semana, disminuyó o dejó de hacer sus quehaceres de la casa debido a su "condición de salud"?
ANOTE EL NÚMERO DE DÍAS ___ / ___

SI LA ENTREVISTADA TRABAJA (ASALARIADA, TRABAJA POR SU PROPIA CUENTA, TRABAJO NO REMUNERADO) O ESTUDIA, COMPLETE LOS ÍTEMS D5.4-D5.7 DE LO CONTRARIO VAYA AL AREA 6.

Ahora voy a hacerle algunas preguntas relacionadas con su trabajo o con sus estudios:

D5.4 Generalmente, ¿cuántas horas a la semana trabajaba (incluyendo estudios)?
ANOTE EL NÚMERO DE DÍAS ___ / ___

- Debido a su estado de salud, durante la convivencia con su pareja, ¿cuánta dificultad tuvo para:

	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema / No podía hacerlo
D5.5 Llevar a cabo su trabajo diario?	1	2	3	4	5
D5.6 ¿Tuvo que reducir su nivel de trabajo debido a su estado de salud?	NO 1 SI 2				
D5.7 ¿Ganó menos dinero debido a su estado de salud?	NO 1 SI 2				

EXPLORE:

Si alguno de los ítems comprendidos entre el D5.5 – D5.7 se puntúa por encima de ninguna (1), pregunte:

	Nada	Poco	Algo	Bastante	Muchísimo
P5.2 ¿Cuánto han interferido o interfirieron estas dificultades con su vida?	1	2	3	4	5

Ahora voy a hacerle algunas preguntas relacionadas con su participación en la sociedad, y con el impacto que su problema de salud ha tenido o tuvo sobre usted y su familia.

De nuevo le recuerdo que al contestar a cada una de las siguientes preguntas piense en los problemas de salud mencionados con anterioridad: problemas físicos, problemas mentales, problemas emocionales (por situaciones estresantes y perjudiciales) y problemas relacionados con el uso de alcohol o drogas.

- Durante el tiempo de convivencia con su pareja:

	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema / No podía hacerlo
D6.1 ¿Cuánta dificultad tuvo para participar, al mismo nivel que el resto de las personas, en actividades de la comunidad (por ejemplo, fiestas, actividades religiosas u otras actividades)?	1	2	3	4	5
D6.2 ¿Cuánta dificultad tuvo debido a barreras u obstáculos existentes en su alrededor (entorno)? como barreras físicas que le impidieran moverse	1	2	3	4	5

D6.3 ¿Cuánta dificultad tuvo para vivir con dignidad (o respeto) debido a las actitudes y acciones de otras personas, incluyendo su pareja? Como menosprecio, discriminación, lástima, violencia, entre otros.	1	2	3	4	5
D6.4 ¿Cuánto tiempo dedicaba a su estado de salud o a las consecuencias del mismo?	Nada 1	Poco 2	Algo 3	Bastante 4	Muchísimo 5
D6.5 ¿Cuánto le llegó a afectar emocionalmente su estado de salud?	Nada 1	Poco 2	Algo 3	Bastante 4	Muchísimo 5
D6.6 ¿Qué impacto económico tuvo y ha tenido para usted o para su familia su estado de salud?	Ninguno 1	Poco 2	Algún 3	Bastante 4	Muchísimo 5
D6.7 ¿Cuánta dificultad tuvo y ha tenido su familia debido a su estado de salud?	1	2	3	4	5
D6.8 ¿Cuánta dificultad tuvo para realizar por sí mismo(a) cosas que le ayudaran a relajarse o disfrutar?	1	2	3	4	5

EXPLORE:

Si alguno de los ítems comprendidos entre el D6.1 – D6.8 se puntúa por encima de ninguna (1), pregunte:

	Nada	Poco	Algo	Bastante	Muchísimo
P6.1 ¿Cuánto han interferido o interfirieron estas dificultades con su vida?	1	2	3	4	5

H3

En total, durante la convivencia con su pareja, ¿durante cuantos días/semana experimentó alguna de esas dificultades que ha comentado a lo largo de esta entrevista?

ANOTE EL NÚMERO DE DÍAS ____ / ____

**CON ESTO CONCLUYE NUESTRA ENTREVISTA,
MUCHAS GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN Y COLABORACIÓN**

Basado en:

-“Formato Encuesta Sociodemográfica y Situación de Victimización” modificada del Cuestionario del estudio multicéntrico, Actitudes y Normas culturales frente a la Violencia en ciudades Iberoamericanas, creado por la Coordinación de Investigaciones, División de Salud y Desarrollo Humano (HDP/HDR) de la Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS).

-Formulario unidades censales, módulos de vivienda, hogares y personas, Censo General 2005 (CG2005). DANE.

-Encuesta de Calidad de Vida SF-8.

-Cuestionario para la Evaluación de Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud (World Health Organization Disability Assessment Schedule II) WHO-DAS II.

ANEXO No. 5: MATERIALES PARA LA APLICACIÓN DE INSTRUMENTOS

UNIVERSIDAD DEL VALLE
FACULTAD DE CIENCIAS
ESCUELA DE INGENIERÍA DE SISTEMAS
PROGRAMA ACADÉMICO DE INGENIERÍA DE SISTEMAS
Módulo de Gestión

TARJETA No. 1

		
BLANCA	MESTIZA	MULATA

	
NEGRA	INDÍGENA

Reservados por:
UNIVERSIDAD DEL VALLE
FACULTAD DE CIENCIAS
ESCUELA DE INGENIERÍA DE SISTEMAS
PROGRAMA ACADÉMICO DE INGENIERÍA DE SISTEMAS
Módulo de Gestión

UNIVERSIDAD DEL VALLE
FACULTAD DE CIENCIAS
ESCUELA DE INGENIERÍA DE SISTEMAS
PROGRAMA ACADÉMICO DE INGENIERÍA DE SISTEMAS
Módulo de Gestión

TARJETA No. 2

1	2	3	4
NUNCA	RARA VEZ	A VECES	SIEMPRE



Reservados por:
UNIVERSIDAD DEL VALLE
FACULTAD DE CIENCIAS
ESCUELA DE INGENIERÍA DE SISTEMAS
PROGRAMA ACADÉMICO DE INGENIERÍA DE SISTEMAS
Módulo de Gestión

UNIVERSIDAD DEL VALLE
FACULTAD DE CIENCIAS
ESCUELA DE INGENIERÍA DE SISTEMAS
PROGRAMA ACADÉMICO DE INGENIERÍA DE SISTEMAS
Módulo de Gestión

TARJETA No. 3

1	2	3	4
MUY SEGURA	ALGO SEGURA	ALGO INSEGURA	MUY INSEGURA

Reservados por:
UNIVERSIDAD DEL VALLE
FACULTAD DE CIENCIAS
ESCUELA DE INGENIERÍA DE SISTEMAS
PROGRAMA ACADÉMICO DE INGENIERÍA DE SISTEMAS
Módulo de Gestión

UNIVERSIDAD DEL VRAE
FACULTAD DE AGRICULTURA
ESCUELA DE INGENIERÍA EN AGRICULTURA
PROGRAMA ACADÉMICO DE INGENIERÍA EN AGRICULTURA
MÓDULO DE ASESORIA

TARJETA No. 4

1	2	3
MUCHO	POCO	NADA

Elaborado por:
DISEÑO GRÁFICO: DISEÑO GRÁFICO
DISEÑO GRÁFICO: DISEÑO GRÁFICO
DISEÑO GRÁFICO: DISEÑO GRÁFICO

UNIVERSIDAD DEL VRAE
FACULTAD DE AGRICULTURA
ESCUELA DE INGENIERÍA EN AGRICULTURA
PROGRAMA ACADÉMICO DE INGENIERÍA EN AGRICULTURA
MÓDULO DE ASESORIA

TARJETA No. 5

1 	2 	3 	4 	5 
NINGUNA	LEVE	MODERADA	SEVERA	EXTREMA/ NO PUEDE HACERLO

Elaborado por:
DISEÑO GRÁFICO: DISEÑO GRÁFICO
DISEÑO GRÁFICO: DISEÑO GRÁFICO
DISEÑO GRÁFICO: DISEÑO GRÁFICO

UNIVERSIDAD DEL VRAE
FACULTAD DE AGRICULTURA
ESCUELA DE INGENIERÍA EN AGRICULTURA
PROGRAMA ACADÉMICO DE INGENIERÍA EN AGRICULTURA
MÓDULO DE ASESORIA

TARJETA No. 6

1 	2 	3 	4 	5 
NADA	POCO	ALGO	BASTANTE	MUCHÍSIMO
NINGUNO	POCO	ALGÚN	BASTANTE	MUCHÍSIMO

Elaborado por:
DISEÑO GRÁFICO: DISEÑO GRÁFICO
DISEÑO GRÁFICO: DISEÑO GRÁFICO
DISEÑO GRÁFICO: DISEÑO GRÁFICO

ANEXO No. 6:

ACTA DE APROBACIÓN COMITÉ DE ÉTICA DE LA UNIVERSIDAD DEL VALLE

Comité Institucional de Revisión de Ética Humana Facultad de Salud	 Universidad del Valle
---	--

ACTA DE APROBACIÓN N° 019-011

Proyecto: **SITUACION DE VIOLENCIA FAMILIAR (VI) Y SU RELACION CON LA SITUACION DE SALUD TERMINOS DE CALIDAD DE VIDA Y DISCAPACIDAD EN MUJERES PERTENECIENTES AL PROGRAMA FAMILIA DE LA COMUNA 20 DEL MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI**

Sometido por: **JENNY ORDONEZ/GISEL VIVIANA OSORIO/SARA GABRIELA PACICHANA/MARYOLY MAKENZYE VALLEJOS**

Código Interno: **181-011** Fecha en que fue sometido: **29** **09** **2011**

El Consejo de la Facultad de Salud de la Universidad del Valle, ha establecido el Comité Institucional de Revisión de Ética Humana (CIREH), el cual está regido por la Resolución 008430 del 4 de octubre de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud; los principios de la Asamblea Médica Mundial expuestos en su Declaración de Helsinki de 1964, última revisión en 2002; y el Código de Regulaciones Federales, título 45, parte 46, para la protección de sujetos humanos, del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos 2000.

Este Comité certifica que:

1. Sus miembros revisaron los siguientes documentos del presente proyecto:

☒ Resumen del proyecto	☒ Protocolo de investigación
☒ Formato de consentimiento informado	☒ Instrumento de recolección de datos
☒ Folleto del investigador (si aplica)	☒ Cartas de las instituciones participantes
☒ Resultados de evaluación por otros comités (si aplica)	
2. El presente proyecto fue evaluado y aprobado por el Comité:
3. Según las categorías de riesgo establecidas en el artículo 11 de la Resolución N° 008430 de 1993 del Ministerio de Salud, el presente estudio tiene la siguiente **Clasificación de Riesgo**:

☐ SIN RIESGO	☒ RIESGO MÍNIMO	☐ RIESGO MAYOR DEL MÍNIMO
-------------------------------------	---	--
4. Que las medidas que están siendo tomadas para proteger a los sujetos humanos son adecuadas.
5. La forma de obtener el consentimiento informado de los participantes en el estudio es adecuada.
6. Este proyecto será revisado nuevamente en la próxima reunión plenaria del Comité, sin embargo, el Comité puede ser convocado a solicitud de algún miembro del Comité o de las directivas institucionales para revisar cualquier asunto relacionado con los derechos y el bienestar de los sujetos involucrados en este estudio.
7. Informará inmediatamente a las directivas institucionales:
 - a. Todo desacato de los investigadores a las solicitudes del Comité.
 - b. Cualquier suspensión o terminación de la aprobación por parte del Comité.
8. Informará inmediatamente a las directivas institucionales toda información que reciba acerca de:
 - a. Lesiones a sujetos humanos.

Calle 4B 36 -00 edificio Decanato Teléfono: 5185677 email: eticasalud@univalle.edu.co



- Problemas imprevistos que involucren riesgos para los sujetos u otras personas.
- b. Cualquier cambio o modificación a este proyecto que haya sido revisado y aprobado por el Comité.
9. El presente proyecto ha sido aprobado por un periodo de 1 año a partir de la fecha de aprobación. Los proyectos de duración mayor a un año, deberán ser sometidos nuevamente con todos los documentos para revisión actualizados.
10. El investigador principal deberá informar al Comité:
- a. Cualquier cambio que se proponga introducir en este proyecto. Estos cambios no podrán iniciarse sin la revisión y aprobación del Comité excepto cuando sean necesarios para eliminar peligros inminentes para los sujetos.
 - b. Cualquier problema imprevisto que involucre riesgos para los sujetos u otros.
 - c. Cualquier evento adverso serio dentro de las primeras 24 horas de ocurrido, al secretario(a) y al presidente (Anexo 1).
 - d. Cualquier conocimiento nuevo respecto al estudio, que pueda afectar la tasa riesgo/beneficio para los sujetos participantes.
 - e. cualquier decisión tomada por otros comités de ética.
 - f. La terminación prematura o suspensión del proyecto explicando la razón para esto.
 - g. El investigador principal deberá presentar un informe al final del año de aprobación. Los proyectos de duración mayor a un año, deberán ser sometidos nuevamente con todos los documentos para revisión actualizados.

Firma: Laura E. Piedrahita S.

Fecha: 22

11

2011

Nombre: LAURA E. PIEDRAHITA S.

Capacidad representativa:

PRESIDENTA

Teléfono: 5185677

CERTIFICACIÓN DE LA FACULTAD DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD DEL VALLE

Por medio de la presente, certifico que la Facultad de Salud de la Universidad del Valle aprueba el proyecto arriba mencionado y respeta los principios, políticas y procedimientos de la Declaración de Helsinki de la Asamblea Médica Mundial, de la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud y de la reglamentación vigente en investigación de la Universidad del Valle.

Firma: Hernán J. Pimiento J.

Fecha: 22

11

2011

Nombre: HERNAN J. PIMIENTO J.

Capacidad representativa:

VICEDECANO DE LA FACULTAD DE SALUD

Teléfono: 5185680

ANEXO No. 7:

AVAL SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA MUNICIPAL DE CALI



Santiago de Cali, Septiembre 13 de 2011
4145.18.084

Señores
Universidad del Valle
Facultad de Salud
Escuela de Rehabilitación Humana
Programa académica de Fisioterapia

Cordial Saludo;

Informamos que la Secretaría de Salud Municipal y el Observatorio de Violencia Familiar (OVF) se encuentran en disposición de colaborar con el desarrollo del proyecto de pregrado de las estudiantes de Fisioterapia Gisel Viviana Osorio Cuéllar, Sara Gabriela Pacichaná y Maryoly Vallejos Valdivieso.

Como institución sanitaria articulamos esfuerzos para garantizar la salud de la población y el desarrollo social, junto con todos los actores y sectores de manera intersectorial e interinstitucional, por tanto priorizamos el apoyo a las investigaciones que favorezcan y promuevan nuevos conocimientos en beneficio de la salud pública de la comunidad caleña.

Atentamente,

Rubén Darío Figueroa
Responsable Línea Salud Mental
Secretaría de Salud Pública Municipal Cali
Tel. 5560678

Copias: Maritza Isaza Gómez, Jefe Unidad de Epidemiología y Salud Pública
Jorge Holguín, Responsable Oficina de Vigilancia Epidemiológica
"Cali, con la tasa de mortalidad materna más baja de Colombia"

Calle 4B No 36-00 / Teléfonos: 5542514
www.calisaludable.gov.co

ANEXO No. 8: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	MESES																																			
	1 Septiembre 2011				2 Octubre 2011				3 Noviembre 2011				4 Diciembre 2011				5 Enero 2012				6 Febrero 2012				7 Marzo 2012				8 Abril 2012				9 Mayo 2012			
					SEMANAS																															
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
Preparación para el estudio	X	X	X	X	X	X	X	X											X	X	X															
Aval del Comité de Ética Humana				X	X	X	X	X	X	X	X																									
Selección, diseño y ajuste de instrumentos		X	X	X	X	X	X	X	X	X			X	X			X	X																		
Aplicación de cuestionario y entrevista-prueba piloto													X				X	X																		
Aplicación de cuestionario y recolección de datos																					X	X	X	X	X	X	X	X	X							
Análisis de datos																										X	X	X	X	X	X	X				
Elaboración del informe																										X	X	X	X	X	X	X				
Elaboración de la presentación final																															X	X				
Escritura del artículo de investigación																										X	X	X	X	X	X	X				

PRESUPUESTO

Tabla 1. **Presupuesto total** de la propuesta por Fuentes de Financiación

RUBROS	CONTRAPARTIDA		
	Universidad del Valle	Recurso Propio	TOTAL
PERSONAL	\$ 63.550.564,80	-	\$ 63.550.564,80
EQUIPOS	\$ 1.800.000,00	\$ 9.520.000,00	\$ 11.320.000,00
SOFTWARE	\$ 1.400.000,00	-	\$ 1.400.000,00
MATERIALES	-	\$ 104.000,00	\$ 104.000,00
SALIDAS DE CAMPO	-	\$ 504.000,00	\$ 504.000,00
TOTAL	\$ 66.750.564,80	\$ 10.128.000,00	\$ 76.878.564,80

Tabla 2. Descripción de los **Gastos de Personal**

NOMBRE DEL INVESTIGADOR / EXPERTO/ AUXILIAR	FORMACIÓN ACADÉMICA	FUNCIÓN DENTRO DEL PROYECTO	DEDICACIÓN Horas/semana	RECURSOS	
				Contrapartida	
				Universidad del Valle	TOTAL
Celia Escobar	Fisioterapeuta, Mg. Adm	Tutora	32%	\$ 31.641.600,00	\$ 31.641.600,00
Jenny Ordóñez	Fisioterapeuta, Mg. Epi.	Tutora	32%	\$ 31.641.600,00	\$ 31.641.600,00
Maryoly Vallejos	Est. Fisioterapia	Investigador Principal	95%	\$ 94.072,80	\$ 89.121,60
Gisel Osorio	Est. Fisioterapia	Investigador Principal	95%	\$ 94.072,80	\$ 89.121,60
Sara Gabriela Pacichana	Est. Fisioterapia	Investigador Principal	95%	\$ 94.072,80	\$ 89.121,60
TOTAL				\$ 63.565.418,40	\$ 63.550.564,80

* Los gastos en el personal Profesional se actualizaron según promedios de salarios mínimos establecidos por Colciencias

* Los gastos en el personal Estudiantil se actualizaron según hora de monitoria establecidas por la Universidad del Valle

Tabla 3.Descripción y cuantificación de los **Equipos de uso propio**

EQUIPO		VALOR (CONTRAPARTIDA)		Total
		Universidad del Valle	Recurso Propio	
Computador portátil (2)	Apoyo recolección y análisis de información	\$ 800.000,00	\$ 800.000,00	\$ 1.600.000,00
Computador de escritorio (3)	Apoyo recolección y análisis de información		\$ 6.000.000,00	\$ 6.000.000,00
Grabadoras de audio (1)	Recolección información cualitativa	\$ 200.000,00		\$ 200.000,00
Cámara digital	Documentación del trabajo de campo, jornadas de socialización		\$ 2.000.000,00	\$ 2.000.000,00
Video beam	Presentación de resultados, socialización del proyecto	\$ 800.000,00		\$ 800.000,00
Impresora láser (1)	Impresión de cartas, informes de avance y demás documentos		\$ 720.000,00	\$ 720.000,00
TOTAL		\$ 1.800.000,00	\$ 9.520.000,00	\$ 11.320.000,00

Tabla 4. Descripción del **Software** que se planea adquirir

SOFTWARE	JUSTIFICACIÓN	RECURSOS	
		Contrapartida	
		Universidad del Valle	TOTAL
Stata 11	Análisis cuantitativo de datos	\$ 400.000,00	\$ 400.000,00
ATLAS.ti	Análisis datos cualitativos	1000000	\$ 1.000.000,00
TOTAL		\$ 1.400.000,00	\$ 1.400.000,00

Tabla 5. Valoración **Salidas de campo**

Item	Fuente	Total
	Recurso Propio	
Transporte urbano trabajo de campo para aplicación de los instrumentos	\$ 504.000,00	\$ 504.000,00
TOTAL	\$ 504.000,00	\$ 504.000,00

Tabla 6. **Materiales**, suministros

Materiales*	Justificación	Fuente	
		Recurso Propio	Total
Papelería	Papelería para diversos trabajos en el proyecto	\$ 20.000,00	\$ 20.000,00
Fotocopias	Fotocopias encuestas y otros documentos del proyecto	\$ 84.000,00	\$ 84.000,00
	TOTAL	\$ 104.000,00	\$ 104.000,00

ANEXO No. 9: EJES DE INDAGACIÓN DEL COMPONENTE CUALITATIVO Y PREGUNTAS GUÍAS

-Inicio de la problemática:

- ¿Tiempo de convivir con su pareja?
- ¿Vivían con alguien más, con otras personas?
- ¿A qué se dedica él o se dedicaba?

-Dinámica de pareja (comportamientos, actitudes). Características de los actos violentos (tipo de violencia, severidad, frecuencia, etc.):

- ¿Cómo era la convivencia con él?
- ¿Diría que fue violentada por él? De qué manera o maneras?
- ¿Para usted qué es violencia? Cuáles actos considera como acciones de violencia?
- ¿Cuándo discutían, usted podía explicarle su punto de vista? Él la escuchaba?
- ¿Recibía por parte de él gritos, insultos, humillaciones?
- ¿Llegó a privarla de cosas o castigarla?
- ¿Recibía por parte de él golpes, puños o lesiones con objetos?
- ¿Le obligaba a tener relaciones sexuales?
- ¿La hirió con un arma o trató de herirla? Llegó a amenazarla de muerte?
- ¿Con qué frecuencia actuaba él de esta manera?

-Percepciones de salud física, mental/emocional y reproductiva (cambios en la “salud”). Limitaciones físicas y emocionales generadas por la experiencia traumática:

- A raíz de lo que vivía con él, ¿sintió en algún momento dolores físicos, sentimientos o emociones negativas? ¿sintió la necesidad de adquirir conductas como tabaquismo, alcohol, drogas, alteraciones alimenticias?... indagar teniendo en cuenta las consecuencias de la VF en mujeres, tomado del modelo teórico.
- Durante ese tiempo en el que convivió con él, ¿qué problemas de salud usted presentó? ¿Estuvo hospitalizada, asistió a curaciones o a medicina general, a fisioterapia o psicología? Indagar si fueron causados por VF.
- A causa de esta situación, ¿llegó a sentir fatiga, decaimiento, disminución de su rendimiento en las actividades que realizaba? ¿Qué tanto (en una escala de 0 a 10)?

-Vida en comunidad o barrio y relaciones interpersonales entre pares (amigos, familiares y particulares):

- ¿Su pareja la controlaba, es decir, la aislaba de familia y/o amigos?
- Por temor a que la violentara, ¿en algún momento o con bastante frecuencia, usted limitó los lugares que antes visitaba o se alejó de personas con las que antes se relacionaba?

- ¿Le restringía acceder a información, como el poder tener celular o internet? ¿Le restringía el poder asistir a citas médicas u otro tipo de servicios?
- ¿Qué cosas dejó de hacer por él, por acceder a peticiones dadas por él?

-Educación, trabajo y vida económica:

- ¿Dependía económicamente de él?
- ¿Él estaba de acuerdo o le permitía trabajar en lo que usted quisiera? ¿Llegó a trabajar? ¿Le permitía estudiar (en caso de hacerlo o haber querido hacerlo)? En caso de que trabajara: ¿dicha situación afectaba su vida laboral? ¿Llegó a ausentarse en el trabajo o a disminuir su productividad?

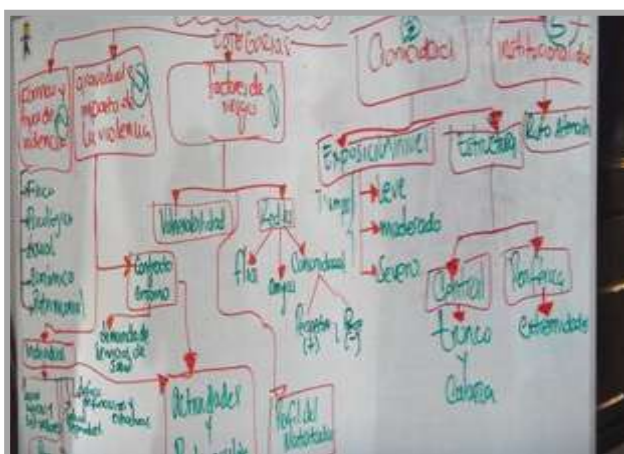
-Facilitadores o barreras externas e internas:

- ¿Usted llegó a sentir limitaciones en cuanto a su vida comunitaria y social, en cuanto a su empleo, su vida económica, limitaciones al relacionarse con extraños, familiares, particulares?
- ¿Usted llegó a sentir limitaciones en cuanto a movilidad: andar y moverse (dentro y fuera de la casa), llevar, mover y usar objetos?
- ¿Sentía limitación al momento de resolver problemas, tomar decisiones o manejar el estrés y otras demandas psicológicas?
- ¿Cómo era su actitud frente a esta situación? ¿Usted cómo respondía? ¿Qué sentía? ¿Por qué piensa que él se comportaba así?
- ¿Y qué sucedía con sus hijos? (en caso de tenerlos)
- ¿Durante todo este proceso cómo fue su red de apoyo? ¿Contaba con alguien diferente a él?
- Durante todo este proceso ¿cómo eran las actitudes de las otras personas (familiares, amigos, personas del común...)?

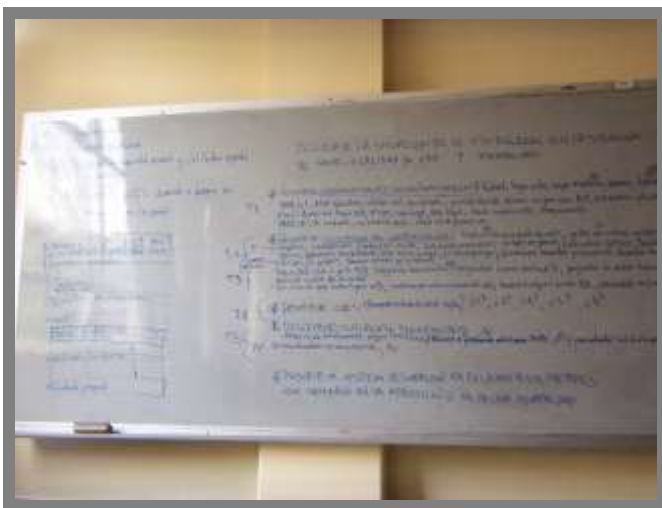
-Servicios, sistemas y políticas:

El eje de servicios, sistemas y políticas, en un principio, no estuvo soportado por preguntas previas, sin embargo, a lo largo de las entrevistas a profundidad aflora dicha información, a la que posteriormente se le atribuye el nombre de institucionalidad.

ANEXO No. 10: REGISTRO FOTOGRÁFICO CONFORMACIÓN DE CATEGORÍAS DE ANÁLISIS CUALITATIVO



ELABORACIÓN APARTADO RESULTADOS CUANTITATIVOS



ANEXO No. 10: ACTA DE PROPIEDAD INTELECTUAL

ACTA DE ACUERDO SOBRE PROPIEDAD INTELECTUAL
UNIVERSIDAD DEL VALLE
CALI-COLOMBIA
Acuerdo 023 del Consejo Superior del 18 de marzo de 2003

FECHA DE RADICACION DEL
 PROYECTO EN LA UNIDAD ACADEMICA

1	9	1	1	1	1
Día		Mes		Año	

I- UNIDAD ACADEMICA

FACULTADES			INSTITUTOS
Artes Integradas ☐	Ciencias Soc. y Eco. ☐	Educación y Pedagogía ☐	
Ciencias ☐	Humanidades ☐	Psicología ☐	
C. de la Administración ☐	Ingeniería ☐		
Salud ☒			

II- NOMBRE DEL PROYECTO, OBRA O CREACION:
SITUACIÓN DE VIOLENCIA FAMILIAR (VF) Y SU RELACIÓN CON LA SALUD,
EN TÉRMINOS DE CALIDAD DE VIDA Y DISCAPACIDAD, EN UN GRUPO DE MUJERES VÍCTIMAS
PERTENECIENTES A PROGRAMAS O INSTITUCIONES DE ATENCION Y PREVENCIÓN
DE LA VF DEL MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI
 Objeto Principal del proyecto o tema general de la obra o creación: _____

Describir la situación de Violencia Familiar (VF) y su relación con la salud,
en términos de calidad de vida y discapacidad, en un grupo de mujeres víctimas pertenecientes
a programas o instituciones de atención y prevención de la VF del municipio de Santiago de Cali.

III- TIPO DE PRODUCTO INTELECTUAL:
 Proyecto de Investigación ☒ Proyecto de producción artística ☐ Consultoría y/o Asesoría ☐
 Otro ☐ Especifique _____

IV- CLASE DE OBRA:

1. Obra individual ☐ (producida por una persona natural)	3. Obra colectiva ☒ (producida por un grupo bajo la orientación de una persona natural o jurídica que divulga y publica bajo su nombre)	5. Obra por encargo ☐ (obra creado en ejecución de un contrato de prestación de servicios)
2. Obra en colaboración ☐ (producida por dos o mas personas)	4. Obra derivada ☐ (creación autónoma que resulta de la adaptación, traducción y otra transformación de una obra originaria)	6. Otra ☐ Especifique _____

V- AUTORES:

Nombre	P/E ¹
Jenny Ordoñez Betancourth	X
Celia Escobar Hurtado	X
Gisel Viviana Osorio Cuéllar	X
Sara Gabriela Pacichana Quinayás	X
Maryoly Makenzye Vallejos Valdivieso	X

¹ Señor Profesor y Estudiante señale P: si es Profesor; E1: si es estudiante de Pregrado; E2: si es Estudiante de maestría; E3: estudiante de Doctorado

ACTA DE ACUERDO SOBRE PROPIEDAD INTELECTUAL
UNIVERSIDAD DEL VALLE
CALI-COLOMBIA

Acuerdo 023 del Consejo Superior del 18 de marzo de 2003

VI- PRODUCTOS ESPERADOS DE ESTE TRABAJO INTELECTUAL (numérico):

Tipo de producto	Científico	Técnico	Artístico	Humanístico
1. LIBROS - Derechos de autor				
1. Libro resultado de investigación				
2. Libro de texto				
3. Capítulo de libro publicado				
4. Libro organizado o edición				
5. Traducción de libro				
6. Libros de ensayo				
7. Otros				
2. ARTICULOS EN REVISTAS INDEXADAS - Derechos de autor				
1. Artículo completos o autónomos en su temática				
2. Artículos de comunicación corta				
3. Ensayo completo o autónomo en su temática				
4. Ensayo de comunicación corta				
5. Reporte de caso				
6. Caso clínico				
7. Revisión de tema				
3. PRODUCCION TECNICA Y CIENTIFICA - Propiedad industrial				
PATENTE: Inventón ☐ Innovación tecnológica ☐ Modelo de utilidad ☐ Adaptación tecnológica ☐ Diseño industrial ☐				
1. Software computacional				
2. Software multimedia				
3. Producto tecnológico piloto				
4. Producto tecnológico proyecto				
5. Producto tecnológico prototipo				
6. Producto tecnológico diseño industrial				
7. Proceso analítico				
8. Proceso instrumental				
9. Proceso pedagógico				
10. Proceso industrial				
11. Proceso terapéutico				
12. Otros en el área de Salud				
4. OBRAS DE CREACION ARTISTICA				
1. Video				
2. Cinematografía				
3. Fonográficas				
4. Arreglo musical				
5. Composición musical				
6. Presentación de Radio o TV				
7. Presentación de obras artísticas				
5. TRABAJOS DE GRADO				
1. Pregrado				X
2. Maestría				
3. Tesis de Doctorado				

VII- FINANCIACION

ORGANISMOS FINANCIADORES No ☒ Sí ☐ Otro ☐ Especifique _____

Nombre de la entidad financiadora: _____

Aporte financiación externa: _____

Contraprestación Univalle: _____

**ACTA DE ACUERDO SOBRE PROPIEDAD INTELECTUAL
UNIVERSIDAD DEL VALLE
CALI-COLOMBIA**

Acuerdo 023 del Consejo Superior del 18 de marzo de 2003

VIII- GARANTIAS Y RESPONSABILIDAD

El presente acuerdo se regirá por la Ley colombiana y comunitaria que sea aplicable. Las controversias derivadas de derecho de propiedad intelectual serán sometidas al Comité de Propiedad Intelectual y al Comité de conciliación de la Universidad del Valle antes de pasar a la jurisdicción ordinaria. Todas los participantes profesores, estudiantes, servidores, funcionarios de entidades públicas y privadas manifiestan que conocen y aceptan lo dispuesto en el Estatuto de Propiedad Intelectual de la Universidad del Valle y demás normas que lo modifiquen, adicionen o aclaren. Y aceptan lo dispuesto en las siguientes cláusulas:

a) Derechos de propiedad intelectual:

La calidad en que participa en la obra intelectual, de acuerdo a la función asignada es: D: Director del Proyecto; DT: Director trabajo de grado o tesis de investigación; IP: Investigador Principal; CI: Coinvestigadores; CA: Coautores; CP: Coordinador del proyecto; T: Tesis o Trabajo de Grado

Los derechos morales: la titularidad del derecho moral corresponden a los profesores, estudiantes y servidores en su calidad de autores coautores, directores, investigadores o coinvestigadores; **Los derechos patrimoniales:** Comprenden el derecho de reproducción y comunicación pública. Es el beneficio sobre la explotación económica de la obra o producto intelectual, corresponden conforme a la ley 23 de 1982 a la Universidad, salvo estipulación expresa en caso de participación de organismos financiadores, entidades públicas o privadas, en los términos del contrato, convenio o proyecto suscrito.

b) Grado de autonomía y responsabilidad para designar colaboradores: La Universidad y los organismos financieros, reconocen el grado de autonomía y de responsabilidad que tienen tanto el autor, investigador principal o director del proyecto como los coinvestigadores, o coautores o codirectores del proyecto para proponer sus colaboradores. La designación y participación de éstos, en todo caso se establecerá de conformidad con las normas vigentes de la Universidad.

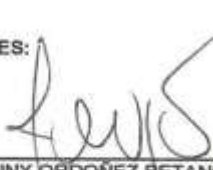
c) Obligación de informar Modificaciones: Con el fin de definir derechos de propiedad entre los intervinientes, éstos se comprometen a hacer constar expresamente en escrito que se anexará al Acta de Acuerdo de propiedad intelectual las modificaciones que surjan durante el desarrollo de la actividad o proyecto. Así mismo se expresarán las causales de retiro y exclusión del director, coordinador, coinvestigador, o coautor: por retiro voluntario o por incumplimiento de sus obligaciones u otros causales que lo desvinculen del proyecto.

d) Cronograma de actividades: El desarrollo de la obra, proyecto o consultoría se efectuará de conformidad con el cronograma de actividades aprobado en el proyecto que se anexa a ésta acta.

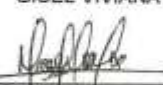
e) Clausula de confidencialidad: Los docentes y estudiantes participantes, además de cumplir con sus obligaciones, se comprometen a guardar la reserva de la información que han obtenido a través del desarrollo de la obra o del proyecto de investigación, especialmente cuando el resultado esperado sea una invención, un modelo de utilidad, un diseño industrial o creaciones similares, aún después de su desvinculación del proyecto, para evitar que se puedan violar los derechos de propiedad intelectual y la obligación de confidencialidad, por lo menos durante un periodo no menor a dos años.

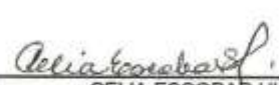
En constancia de aceptación se firma esta Acta por los que en ella intervienen, en Santiago de Cali a los 19 días del mes de Noviembre de 2011 y se envía una copia al Comité de Propiedad Intelectual de la Universidad del Valle.

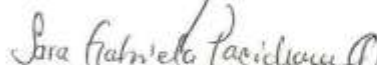
AUTORES:


JENNY ORDÓÑEZ BETANCOURTH


GISEL VIVIANA OSORIO CUÉLLAR


MARYOLY MAKENZYE VALLEJOS


CELIA ESCOBAR HURTADO


SARA GABRIELA PACICHANA

VoBo VICEDECANO DE INVESTIGACIONES O SIMILAR

ADENDOS:

Elaborado por: Raquel Ceballos Molano
Paola A. Bernal P.

Aprobada mediante Resolución 011 enero 31