

**FACTORES DE RIESGO, TIPO Y SEVERIDAD DE LA VIOLENCIA DE PAREJA
ASOCIADOS AL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO Y ANSIEDAD
GENERALIZADA Y SU COMORBILIDAD EN UNA INTERVENCIÓN
COGNITIVO-CONDUCTUAL EN SALUD MENTAL, 2017-2018**

DEYBIS MARÍA PALACIOS MOSQUERA, PSI

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE:
MAGISTER EN EPIDEMIOLOGIA**

**DIRECTORA:
JENNY ORDOÑEZ BETANCOURTH
FT, MSc, PhD.**

**CO-DIRECTOR:
CARLOS ANDRES FANDIÑO LOSADA
MD, MSc, PhD.**

**UNIVERSIDAD DEL VALLE
FACULTAD DE SALUD
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA
MAESTRÍA EN EPIDEMIOLOGIA
SANTIAGO DE CALI, 2020**

NOTA DE ACEPTACIÓN:

Firma del presidente del jurado:

Firma del jurado:

Firma del jurado:

Santiago de Cali, diciembre de 2020

Agradecimientos

A la Universidad del Valle por darme un universo de posibilidades.

A los y las profesoras de la Escuela de Salud Pública por lo aprendido.

Al Instituto CISALVA por proveer los datos usados en esta investigación.

A mi tutora Jenny Ordoñez por su apoyo y orientación cuando estaba por abandonar el barco. A mi cotutor Andrés Fandiño por su asesoría y orientación.

A mi madre Carmenza por su amor incondicional y por enseñarme a ser valiente.

A mis hermanas Yojaris, Deisy, Eucaris y mi sobrina Alana por ser parte de mi inspiración y hacer que quiera pintar el mundo de colores.

A Luis por su amor y compañía durante este tiempo.

A mis compañeros y compañeras de maestría por los momentos dentro y fuera de las clases.

A mis amigas y amigos: Doris, Martha, Shellmar, Gina, Norhamérica (QEPD), Luz Adriana, Luisa, Paola, Camila, Deisy, Alejandra, Brenda, Natalia, Tiffany, Andrés, Camilo y Sander, por su apoyo en estos años.

A todas las mujeres presentes en mi vida, a las que participaron en este proyecto y que, a su modo, enfrentan día a día la violencia de género y de pareja.

“¡Más allá del encanto... VALGO!

De tanto perder aprendí a ganar; de tanto llorar se me dibujó la sonrisa que tengo. Conozco tanto el piso que sólo miro el cielo. Toqué tantas veces fondo que, cada vez que bajo, ya sé que mañana subiré. Me asombro tanto como es el ser humano, que aprendí a ser yo mismo. Tuve que sentir la soledad para aprender a estar conmigo mismo y saber que soy buena compañía. Intenté ayudar tantas veces a los demás, que aprendí a que me pidieran ayuda. Traté siempre que todo fuese perfecto y comprendí que realmente todo es tan imperfecto como debe ser (incluyéndome).

Hago solo lo que debo, de la mejor forma que puedo y los demás que hagan lo que quieran. Vi tantos perros correr sin sentido, que aprendí a ser tortuga y apreciar el recorrido. Aprendí que en esta vida nada es seguro, solo la muerte... por eso disfruto el momento y lo que tengo. Aprendí que nadie me pertenece, y aprendí que estarán conmigo el tiempo que quieran y deban estar, y quien realmente está interesado en mi me lo hará saber a cada momento y contra lo que sea. Que la verdadera amistad si existe, pero no es fácil encontrarla. Que quien te ama te lo demostrará siempre sin necesidad de que se lo pidas. Que ser fiel no es una obligación sino un verdadero placer cuando el amor es el dueño de ti. Eso es vivir...La vida es bella con su ir y venir, con sus sabores y sin sabores... aprendí a vivir y disfrutar cada detalle, aprendí de los errores, pero no vivo pensando en ellos, pues siempre suelen ser un recuerdo amargo que te impide seguir adelante, pues, hay errores irremediables. Las heridas fuertes nunca se borran de tu corazón, pero siempre hay alguien realmente dispuesto a sanarlas con la ayuda de Dios. Camina de la mano de Dios, todo mejora siempre. Y no te esfuerces demasiado que las mejores cosas de la vida suceden cuando menos te las esperas. No las busques, ellas te buscan. Lo mejor está por venir”

Nadine Stair

(Poema “Instantes” que se atribuye a Nadine Stair, Revista Family Circle, Vol 91 No 3, página 99, Marzo 1 de 1978. Esta información se encuentra en el libro Crawford, B. (2001). Kentucky stories. Turner Publishing Company.)

Para mi papá, el ángel más grande que tengo.

Contenido	Pág.
Resumen	10
Introducción	12
1. Planteamiento del problema.....	13
2. Estado del arte	16
3. Aproximación teórica.....	20
3.1. La violencia de pareja, un asunto de salud pública y mental	21
3.1.1. Aproximación tipos y severidad de la violencia de Pareja	22
3.2. Aproximación al concepto de Trastorno de estrés postraumático y de ansiedad generalizada.....	23
3.2.1. Definición de Trastorno de estrés postraumático	24
3.2.2. Definición de trastorno de ansiedad generalizada	24
3.3. Modelo ecológico de factores asociados con la violencia de pareja.....	25
3.3.1. Nivel Individual	27
3.3.2. Nivel Microsistema	28
3.3.3. Nivel Mesosistema	28
3.3.4. Nivel Macrosistema.....	28
4. Objetivos de Investigación.....	30
4.1. Objetivo general.....	30
4.2. Objetivos específicos	30
5. Metodología.....	31
5.1. Tipo de Estudio	31
5.2. Área de estudio	31
5.3. Población	32
5.3.1. Criterios de inclusión y exclusión	32
5.4. Selección y cálculo de la muestra	33
5.5. Variables del estudio de investigación	33
5.6. Instrumentos de recolección de información	39
5.6.1. HTQ- Symptoms Questions.....	39
5.6.2. Cuestionario de Síntomas de Hopkins (HSCL-A)	39
5.6.3. Escala de la severidad de la Violencia contra las Mujeres-SVAWS ..	40
5.7. Control de calidad de la base de datos	40
5.8. Análisis Estadístico	41
5.9. Consideraciones Éticas.....	43
6. Resultados	44
6.1. Características socioeconómicas de las participantes del estudio	44
6.2. Prevalencia y puntajes de las Escalas de Síntomas de Estrés Postraumático y Ansiedad Generalizada, y su comorbilidad	46

6.3. Evaluación de posibles factores asociados a los síntomas de Estrés Postraumático y de Ansiedad Generalizada en mujeres víctimas de violencia de pareja.....	47
6.4. Tipo y severidad de la violencia de pareja asociados a puntajes en la escala de síntomas de Estrés Postraumático y síntomas de Ansiedad Generalizado en mujeres entre 2017 y 2018.....	57
6.4.1. Relación entre el tipo de violencia de pareja y los puntajes de las escalas de síntomas de Estrés Postraumático y síntomas de Ansiedad Generalizado.....	59
7. Discusión.....	62
7.1. Hallazgos principales.....	63
7.2. Reflexiones sobre el uso del Modelo ecológico de factores asociados con la violencia de pareja en este estudio.....	68
7.3. Usos de esta investigación.....	69
7.4. Limitaciones y fortalezas.....	70
8. Conclusión y recomendaciones.....	72
9. Bibliografía.....	74
10. Anexos.....	82
Anexo A. Cronograma de actividades.....	82
Anexo B. Cálculo del Poder con STATA.....	83
Anexo C. Aval Revisión CIREH Universidad del Valle.....	84
Anexo D. Autorización uso datos anonimizados.....	85
Anexo E. Escala de Ansiedad-HSCL.....	86
Anexo F. Escala de Trauma de Harvard-HTQ.....	86
Anexo G. Escala de Severidad de la violencia.....	87
Anexo H. Tabla de analisis univariado para comorbilidad.....	88

Lista de tablas

pág.

Tabla 1. Variables respuesta.....	34
Tabla 2. Variables de Exposición organizadas según Modelo Ecológico	35
Tabla 3. Puntos de corte para definir niveles de severidad de la violencia de pareja en este estudio.	43
Tabla 4. Características de las mujeres víctimas de violencia de pareja de una muestra de base comunitaria de dos municipios del Valle del cauca, entre 2017 y 2018 (n=94) según Modelo Ecológico.	45
Tabla 5. Prevalencia de Síntomas de Estrés Postraumático y Ansiedad Generalizada, y comorbilidad en mujeres que sufrieron violencia de pareja entre 2017 y 2018, en dos municipios del Valle del Cauca	47
Tabla 6. Evaluación univariada de factores asociados con puntajes positivos en las escalas de síntomas en salud mental en mujeres que sufrieron violencia de pareja entre 2017 y 2018, en dos municipios del Valle del Cauca.	48
Tabla 7. Factores asociados al puntaje en la escala de síntomas de estrés postraumático en mujeres que sufrieron violencia de pareja entre 2017 y 2018, en dos municipios del Valle del Cauca.....	53
Tabla 8. Factores Asociados al puntaje en la escala de síntomas de ansiedad generalizada en mujeres que sufrieron violencia de pareja entre 2017 y 2018, en dos municipios del Valle del Cauca.....	54
Tabla 9. Análisis exploratorio de las variables de exposición con la comorbilidad entre síntomas de estrés postraumático y ansiedad generalizada en mujeres víctimas de violencia entre 2017 y 2018	55
Tabla 10. Comorbilidad de síntomas de estrés postraumático y ansiedad generalizada en mujeres que sufrieron violencia de pareja entre 2017 y 2018, en dos municipios del Valle del Cauca.....	57
Tabla 11. Porcentaje del tipo y severidad de la violencia de pareja sufrido por las mujeres entre 2017 y 2018, en dos municipios del Valle del Cauca	58
Tabla 12. Correlaciones entre tipos de violencia de pareja y puntajes en las escalas de síntomas de Estrés Postraumático y síntomas de Ansiedad Generalizado en mujeres entre 2017 y 2018	61

Lista de Gráficos

pág.

Gráfico 1 Modelo ecológico de factores relacionados con la violencia de pareja..	27
Gráfico 2. Relación entre puntajes de la violencia de pareja y la escala de síntomas de Estrés Postraumático en mujeres entre 2017 y 2018	60
Gráfico 3. Relación entre puntajes de la violencia de pareja y la escala de síntomas de Ansiedad Generalizada en mujeres entre 2017 y 2018.....	61
Gráfico 4. Relación entre puntajes de la violencia sexual y las escalas de síntomas de Estrés Postraumático y Ansiedad Generalizado en mujeres entre 2017 y 2018	62

Listado de Abreviaturas y Siglas

CIREH	Comité Institucional de Revisión de Ética Humana
DSM-V	Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-5)
HTQ	Harvard Trauma Questionnaire
HSCL-A	Hopkins Symptom Checklist- Anxiety
IC 95%	Intervalo de Confianza al 95%
INMLCF	Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses
OMS	Organización Mundial de la Salud
VP	Violencia de Pareja
SIVIGILA	Sistema de Vigilancia Epidemiológica Nacional
SVAWS	Escala de Severidad de la Violencia contra las Mujeres
TEPT	Trastorno de Estrés Postraumático
TAG	Trastorno de Ansiedad Generalizada

Resumen

La violencia contra la mujer es un problema de salud pública presente a nivel global que requiere se establezcan medidas urgentes. Las mujeres que han sido víctimas de violencia de pareja tienen mayor riesgo de sufrir problemas en su salud física y mental, por ejemplo, deterioro funcional, depresión, ansiedad, trastornos por estrés postraumático, entre otros. El trastorno de estrés postraumático tiene una alta incidencia en esta población y cercal del 60% de estas mujeres desarrolla un trastorno de ansiedad, evidenciando repercusiones a corto y largo plazo. Por lo tanto, es importante que quienes prestan sus servicios de atención primaria en salud mental puedan dar respuestas adecuadas que examinen la comorbilidad entre el trastorno de estrés Postraumático y la ansiedad, que deriven en intervenciones que apoyen su manejo apropiado.

Objetivo: Identificar los factores de riesgo, tipo y severidad de la violencia de pareja asociados al Trastorno de Estrés Postraumático y al Trastorno de Ansiedad Generalizado, y su comorbilidad, en mujeres víctimas de violencia de pareja que participaron en una intervención cognitivo-conductual para mejorar la salud mental en dos municipios del Valle del Cauca entre el 2017 y 2018.

Diseño: Los datos de esta investigación provienen del componente del ensayo clínico aleatorizado de prevención comunitaria con mujeres víctimas de la violencia de pareja, del macroproyecto “Evaluación de una Intervención Cognitivo-Conductual para Víctimas de Violencia Intrafamiliar en Cali y Tuluá, Valle del Cauca, Colombia”, CI-1818, con aval del CIREH, código 043-017 (ver anexo c), desarrollado por el Departamento de Psiquiatría y el Grupo de Epidemiología Psiquiátrica y Salud Mental del Instituto CISALVA de la Universidad del Valle, y el Grupo Salud, Cuidado y Sociedad de la Universidad Unidad Central del Valle del Cauca (UCEVA), financiado con recursos de MINCIENCIAS (RC-756-2016).

Para el presente proyecto, se usó un diseño metodológico de enfoque cuantitativo de tipo descriptivo y de corte transversal analítico. La muestra la conforman 94 mujeres, y se realizó un análisis secundario de los datos de la línea de base de un ensayo clínico controlado y aleatorizado de base comunitaria que evaluó una intervención cognitivo-conductual sobre síntomas en salud mental. Los datos se analizaron en el programa Stata 14, y se hizo análisis exploratorio de datos, análisis univariado y bivariado de las variables categóricas y continuas con sus correspondientes intervalos de confianza-IC al 95%. Se realizaron modelos de regresión lineal robusta. Se escogió el modelo más parsimonioso para cara variable

respuesta, que mostró el mejor ajuste según el análisis (univariado de las regresiones, y las variables descritas en el marco teórico).

Resultados: En este estudio se identificó una prevalencia de síntomas de Estrés Postraumático del 73.12% y del 80.85% en síntomas de ansiedad generalizada, con una comorbilidad del 66%; asociados en el nivel individual con el estado civil unión libre; en el microsistema con el tipo de relación con el agresor; y en el mesosistema con no tener quién aporte económicamente en el hogar. El tipo y severidad de la violencia de pareja más reportado fue la violencia psicológica con el 96.77% de los casos (50% fue leve, 26.88% moderada, y 19.35% grave); seguida de la física con un 91.40% (48.39% de casos leves, 24.73% moderada y 18.28% graves), y en menor proporción la violencia sexual (58.70%). La violencia psicológica y la sexual se asociaron con puntajes altos en el diagnóstico de síntomas de estrés postraumático.

En conclusión, la severidad del tipo de violencia sufrido por las mujeres se asocia con peores puntajes en las escalas de salud mental, tanto para estrés postraumático como para ansiedad generalizada en las mujeres víctimas de violencia de pareja de una muestra comunitaria de dos municipios del Valle del Cauca entre el 2017 y 2018. Es necesario continuar la exploración de la comorbilidad entre síntomas de salud mental profundizando sus impactos en el estado de salud de mujeres víctimas de violencia de pareja.

Introducción

Esta investigación sobre los factores de riesgo y comorbilidad entre el trastorno de estrés postraumático y el trastorno de ansiedad generalizado en mujeres víctimas de violencia de pareja se inscribe en el campo de la epidemiología y la salud mental. La epidemiología de los trastornos de salud mental reúne una serie de paradigmas, que se caracteriza por comprender la salud como un proceso de salud-enfermedad interrelacionado por niveles entre personas y entornos (1).

Dado que este estudio buscó identificar los factores de riesgo, el tipo y severidad de la violencia de pareja asociados al trastorno de estrés postraumático y trastorno de ansiedad generalizado y su comorbilidad en las mujeres participantes, se optó por una metodología cuantitativa de tipo descriptivo y de corte transversal analítico, con análisis secundario de la línea base del proyecto “evaluación de una intervención cognitivo-conductual para víctimas de violencia intrafamiliar en los municipios de Cali y Tuluá, Valle del Cauca entre 2017 y 2018” (2), un ensayo de prevención controlado y aleatorizado que realizó el Instituto CISALVA y el Departamento de Psiquiatría de la Universidad del Valle y la Unidad Central del Valle del Cauca – UCEVA, financiado por MINCIENCIAS, contrato 756-20, con el propósito de evaluar la efectividad de una intervención para mujeres con necesidades de terapia psicosocial en Cali y en Tuluá, por el aumento en el reporte de casos notificados, y las facilidades de acceso a la información y al territorio.

Esta investigación contribuyó en mejorar la utilidad clínica de los hallazgos del ensayo clínico controlado del macroproyecto, y provee evidencia útil para la toma de decisiones en el uso de herramientas de detección de la comorbilidad del Trastorno de Estrés Postraumático y Trastorno de Ansiedad Generalizado, que pueden ser usadas en los servicios comunitarios de atención primaria en salud mental.

Este informe está organizado de la siguiente manera: la primera parte recoge el planteamiento del problema, los estudios de diferentes autoras/es que fueron guía para este estudio y las aproximaciones teórico-conceptuales desde la epidemiología social, la violencia de pareja y los trastornos de salud mental. La segunda, describe los objetivos de investigación y la metodología usada, el tipo y área de estudio, la población y cálculo de la muestra, los criterios de inclusión y exclusión, las variables e instrumentos usados en la recolección de información de la línea de base, los aspectos para controlar la calidad de los datos, el proceso de análisis estadístico y las consideraciones éticas. Finalmente, la tercera parte contiene los resultados del estudio organizados en cuatro sesiones: 1). características socioeconómicas de las

participantes; 2). prevalencia y puntaje de las escalas de los trastorno estrés postraumático y ansiedad generalizada, y su comorbilidad; 3). evaluación de posibles factores asociados al Trastorno de Estrés Postraumático y el Trastorno de Ansiedad Generalizada; y 4). tipo y severidad de la violencia de pareja asociado con los trastornos de salud mental; la discusión, conclusiones y recomendaciones de este estudio.

1. Planteamiento del problema

La violencia contra la mujer, especialmente la violencia de pareja (VP) es una de las principales causas de muerte y lesiones en el mundo, por lo que se constituyen como un problema social y de salud pública (3). El informe de la Organización Mundial de la Salud-OMS, revela que el 30% de las mujeres han sido víctima de violencia física y/o sexual por parte de su pareja, con una prevalencia del 29.8% en países de ingresos bajos y medios en la región de las américas (3,4).

Según el Instituto Nacional de Salud en 2017, a través del Sistema de Vigilancia Epidemiológica Nacional (Sivigila) se notificaron 98.999 casos de violencias de género e intrafamiliar, siendo el Valle del Cauca el segundo departamento con mayor número (12.569 casos) después de Antioquia, de esos el 31% ocasionados en relaciones de pareja o por la expareja (5). Mientras que en 2018 se notificaron 109.699 casos. Por otro lado, en 2018 se observa un incremento del 10,8% con respecto al 2017, nuevamente el Valle del Cauca fue la segunda entidad territorial con mayor número de casos (13.558); en el 37,5% de esos, el agresor era la pareja y/o expareja de la víctima (6).

Según el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses-INMLCF Colombia en 2017, registró 42.592 valoraciones medico legales por violencia de pareja. Siendo Santiago de Cali, después de Bogotá y Medellín, la ciudad con más casos reportados (1.462) mientras que Tuluá notificó 139 casos (7). Asimismo, hasta Febrero de 2018 en Cali ocurrieron 11.965 casos, con una variación absoluta y porcentual de 4,76%. De éstos, en el 47% de los casos el presunto agresor fue el compañero sentimental permanente y en el 29% la expareja. En Cali ocurrieron 317 casos, ocupando el tercer lugar en el listado de ciudades capitales (8). Siendo éste una justificación para realizar este estudio.

En 2019, Colombia notificó 127.962 casos, mostrando un aumento del 13,3% con respecto al año anterior, en el 72% de los casos el agresor fue un familiar, el Valle del Cauca ocupó el segundo lugar en la ocurrencia de casos (6). En 2020, durante el primer semestre se han presentado 38.099 casos sospechosos de violencia de

género e intrafamiliar en el país, con una tasa de incidencia de 74,3 por cada 100.000 habitantes. Esto significa que hubo una disminución del 15,7% con respecto al periodo anterior; cabe anotar que durante este periodo se inició la cuarentena y el aislamiento preventivo obligatorio a nivel nacional en el marco de la emergencia por causa de la pandemia por coronavirus (COVID-19) (9). Aún no están claras las razones por las que han disminuido.

El Valle del Cauca es la entidad territorial que ocupó el tercer lugar en el país con una tasa de 107,1 casos por cada 100.000 habitantes (hasta la semana 22 de notificación) muy superior a la tasa nacional. Por su parte, la ciudad de Cali, dónde se realiza una vigilancia especial, presentó una tasa de incidencia de 81 casos por cada 100.000 habitantes (10).

Por su parte, en 2019, de acuerdo con el reporte de la Fiscalía General de la Nación, se reportaron 82.299 casos de violencia intrafamiliar, siendo Cali el tercer municipio con mayor número de víctimas después de Bogotá y Medellín, en el 59,26% de los casos el victimario era la pareja o expareja; mientras que Tuluá presentó 180 casos (43,29% de los victimarios era pareja o expareja)(11).

Según SIVIGILA, durante el 2020 se han notificado 13.944 casos como sospechosos de violencia de género e intrafamiliar dónde el mayor agresor ha sido la pareja y/o expareja de la víctima; de esos, 6.432 casos fueron notificados en Cali y 211 casos en Tuluá (52,31% generados por la pareja o expareja); siendo el hogar el escenario donde más se presentan estos hechos (11,12). Por lo anterior, aún hoy se confirma la necesidad de realizar el seguimiento a la notificación de casos sospechosos de violencia de género e intrafamiliar en contexto de pareja y el abordaje integral de este tipo de violencia a través de estrategias que posibiliten su prevención y/o atención en salud.

Las experiencias de violencia de pareja-VP tienen impacto en la salud física y psicológica de las víctimas. En el plano físico se destacan lesiones menores, síndromes de dolores crónicos, fracturas y hasta la pérdida de la vida (feminicidios-homicidios). A nivel psicológico se generan efectos sobre el autoestima, sentimientos con efectos negativos en la salud emocional, y es factor de riesgo para el incremento de otros problemas en la salud mental, como los trastornos de ansiedad, depresión y estrés postraumático, entre otros (13).

Los trastornos mentales son un subgrupo de enfermedades y afecciones consideradas como una importante causa de discapacidad, morbilidad y mortalidad; además de contener un tercio de todos los años perdidos por discapacidad y una quinta parte de los años de vida ajustados por discapacidad en las Américas (14).

Cabe señalar que, el TEPT es la afección más prevalente en las víctimas de violencia de pareja (15–17). Algunos estudios reportan una variación en sus manifestaciones clínicas según sexo, ciclo vital y tipo de violencia sufrida (18–21), secuelas en la calidad de vida y repercusiones psicopatológicas (22,23); siendo la violencia psicológica un posible predictor para desarrollar TEPT (24). Por su parte, el Trastorno de Ansiedad-TA también hace parte de las psicopatologías más prevalentes en mujeres víctimas de VP, presentándose de forma diferencial en este grupo poblacional con respecto a la población general; pese a ello existen controversias en la descripción de esta psicopatología y muy poca profundización en el estudio de su cuadro clínico (25).

El espectro clínico del TEPT es variado y presenta síntomas que son desde leves hasta formas graves que derivan en hospitalizaciones e internación psiquiátrica. Esto muestra parte de las dificultades de los profesionales para realizar su diagnóstico, dado que otros trastornos de salud mental prevalentes en situaciones de violencia de pareja presentan signos y síntomas similares, haciendo más complejo su diagnóstico.

Por lo anterior, esta investigación indaga ¿Cuáles son los factores de riesgo y la comorbilidad que existe entre el trastorno de estrés postraumático y el trastorno de ansiedad generalizado en mujeres víctimas de violencia de pareja de una intervención cognitivo-conductual en salud mental de base comunitaria, en dos municipios del Valle del Cauca entre 2017-2018? Para responder este interrogante, se realizó un estudio que identificó la comorbilidad entre el TEPT y el TAG, estimando la prevalencia de cada trastorno e identificando los factores relacionados con el trastorno de estrés postraumático y de ansiedad generalizada, e identificando el tipo y severidad de la violencia de pareja sufrido por las participantes.

Los datos de esta investigación provienen del proyecto denominado “evaluación de una intervención cognitivo-conductual para víctimas de violencia intrafamiliar en Cali y Tuluá, Valle del Cauca” entre 2017 y 2018 financiado por COLCIENCIAS y desarrollado por el Instituto CISALVA, el Departamento de Psiquiatría de la Universidad del Valle y la Unidad Central del Valle del Cauca –UCEVA mediante una intervención con enfoque cognitivo-conductual de apoyo comunitario para mujeres víctimas de violencia de pareja, atendidas en sesiones terapéuticas y de acompañamiento por una psicóloga y una agente comunitaria. Estudio que, incluía dentro de sus objetivos específicos, comprender cuáles eran las situaciones y síntomas mentales que identificaban líderes comunitarias en el territorio y las propias mujeres.

Por lo anterior, realizar este estudio y describir los factores asociados, el tipo y severidad de la violencia de pareja, contribuye en la caracterización de la situación y sintomatología del TEPT en las mujeres que han experimentado violencia de pareja, siendo justificables en la medida en que se generen recomendaciones para la oferta de servicios de atención en salud, tratamientos e intervenciones eficaces y que respondan a las necesidades psicosociales de la población afectada.

Finalmente, estos resultados contribuyen en la caracterización de la sintomatología del TEPT por su prevalencia e impacto negativo en las víctimas de violencia de pareja y las dificultades en su diagnóstico; aportando en la generación y consolidación de evidencias de la sintomatología comórbida con el TAG en una muestra de base comunitaria.

2. Estado del arte

Según la OMS cada año mueren cerca de 1,6 millones de personas a causa de la violencia, y se reconoce como un problema que afecta no solo a individuos sino también comunidades, considerándola como un problema de salud pública (26). Las distintas formas de violencias ejercidas contra la mujer por parte de su pareja, así como los trastornos mentales, son temas de interés público en salud mental, no solo por su impacto en la salud individual sino también en la salud colectiva.

Se ha descrito a la violencia de pareja-VP como un problema multicausal asociado con factores individuales, políticos, socioculturales y comunitarios. Entre estos se encuentran la edad, el nivel socio-económico, la situación laboral y ocupacional, el nivel de escolaridad, haber sufrido otros eventos traumáticos, las desigualdades en los ingresos, las debilidades en el aparato institucional y en la normatividad existente, entre otros (27).

La VP es la más prevalente del total de los casos de violencia contra la mujer (30%), según el informe de estimaciones mundiales y regionales, cerca del 35% de todas las mujeres han vivido, en un momento de su vida, algún tipo de violencia -física o sexual- infligida por su pareja y/o por otra persona (3). De igual modo, en Colombia, la VP es la que mayor porcentaje (64,32%) aporta en los casos reportados en Sivigila. De éstos, el 86,04% de los casos ocurrieron contra mujeres, y en el 47% el agresor fue la pareja mientras que en el 29% fue la expareja (5). Se ha evidenciado que la VP, afectan diferencialmente a las mujeres, especialmente aquellas con edad entre los 18 y 54 años, quienes sufren de afectaciones físicas, económicas y/o psicológicas (5,6,10).

Los efectos de la VP han sido estudiados en campos de conocimiento como la psicología, enfermería y psiquiatría, biomedicina, la antropología social y el área medicolegal. Las consecuencias psicológicas de la VP han sido descritas de forma diversa en la bibliografía y varían en su expresión e incluyen manifestaciones sociales, problemas psicosociales y trastornos del comportamiento como la depresión mayor, trastornos de ansiedad y el trastorno por estrés postraumático, complicando la oportunidad de realizar de modo consensuado e idóneo por la comunidad científica una descripción de estos conceptos (25,28).

La OMS en un estudio multipaís sobre la salud de la mujer y la violencia doméstica contra la mujer, señaló que, la violencia ejercida contra las mujeres por parte de su pareja y/o expareja es un factor de riesgo para la mala salud y para que presenten problemas de salud mental, emocional y trastornos del comportamiento, como el suicidio (29).

Estudios han mostrado que la VP es un factor de riesgo para suscitar importantes problemas en la salud física y psicológica, de diferente naturaleza y gravedad. En otras palabras, las mujeres que han sido violentadas por su pareja tienen casi el doble de probabilidades de padecer trastornos mentales como el TEPT, Trastorno de Ansiedad, una depresión y mayor probabilidad de contagiarse de VIH y/o tener un aborto en contraste con mujeres que no han sido víctimas (1).

Por ejemplo, en una encuesta transversal sobre violencia doméstica y salud mental realizada por Ferrari y otros, a una muestra de 260 mujeres que buscaron ayuda en los servicios de apoyo, se encontró que la VP y el abuso están asociados de forma positiva con un mayor riesgo de enfermedad mental (30). En este estudio, el análisis de los Odds ratios crudos sugieren una asociación positiva entre la exposición al abuso y la depresión (OR 1,02: IC95% 1,01-1,03; $p=0,002$); que al ajustarse por factores de confusión sociodemográficos como la edad, el número de niños menores de 4 años que viven con ellos, el nivel máximo de educación, el uso de drogas y alcohol y el estado laboral; no se evidencian cambios en la asociación pero sí una reducción en la precisión de la estimación (30).

De igual manera, se encontró que la asociación entre el abuso y violencia doméstica con los trastornos de ansiedad y TEPT en mujeres que buscan apoyo en los servicios, se estiman con mayor precisión que con la depresión, mostrando una asociación positiva. Estas mediciones al ajustarse y controlar por factores de confusión parecen sugerir que las probabilidades que tiene una mujer de estar ansiosa o sufrir estrés postraumático incrementan en un 3% por cada punto adicional en la puntuación de exposición al abuso y la violencia doméstica (IC95%: 1,02 a 1,05 y 1,03 a 1,04, respectivamente) (30). Se encontró además, una leve

asociación negativa entre la utilidad del estado de salud y la calidad de vida de las mujeres sobrevivientes y el abuso (30).

Los hallazgos de este estudio muestran que el incremento en la severidad de la VP se relaciona con una peor salud mental, incluso después de controlar los factores de confusión (30). Estos resultados, son consistentes con diversas investigaciones que señalan el TEPT como el trastorno más frecuente en las víctimas de VP con relación a otras afectaciones de salud mental (15,24,31).

Las estimaciones de prevalencia del TEPT en pacientes que sufren VP varían entre el 7% y 75% (28,32). En un estudio realizado en Bio-Bío-Chile, en una muestra de 42 mujeres de un programa de intervención en VP que evaluó la presencia de TEPT y analizó la percepción sobre su situación y la atención que recibían en instituciones de asistencia, mediante entrevistas semiestructuradas y la aplicación de la Escala de Gravedad del TEPT; se encontró que el 40,5% tenía los criterios de TEPT y el 26,2% presentaba además sintomatología subumbral significativa % (28). Los resultados evidencian la necesidad de fortalecer el ámbito psicológico de las intervenciones dirigidas a esta población y a considerar la sintomatología postraumática como un elemento importante a intervenir.

Otra dificultad en la conceptualización del TETP es la relación que tiene con otros trastornos con los que comparte algunos síntomas como son los trastornos de ansiedad, constituyendo uno de los más altos niveles de comorbilidad dentro del espectro psicopatológico (32,33). Tanto en los trastornos físicos como en los mentales es frecuente en una persona la coexistencia de 2 o más trastornos, por los factores relacionales y/o síntomas que concurren (54–56)(37). Un estudio realizado en Estados Unidos y en otros países han mostrado que la comorbilidad afectaba al 79% de los enfermos. Es decir, que el 21% de los pacientes sufrían solo un trastorno mental. En países de ingresos económicos bajos y en desarrollo se ha encontrado poca información al respecto (38).

Por otro lado, otros estudios muestran que hay factores de riesgo de trastorno de estrés postraumático para las mujeres que han tenido experiencias de violencias, por ejemplo factores estresantes, como la pérdida de trabajo, algunos rasgos de la personalidad como la introversión y el pesimismo frente a eventos de la vida (39,40).

Por su parte, se señalan factores individuales que relacionan el riesgo de desarrollar TEPT con tener reducidas habilidades de afrontamiento, el no manejo adecuado de las emociones y una baja autoestima. El grado de severidad de la exposición al evento traumático también es un factor relacional con criterios de TEPT (41).

Como factores sociales se indica que las mujeres que tienen una fuerte red de apoyo son menos propensas a desarrollar TEPT luego de experimentar un evento traumático. Por consiguiente, las mujeres víctimas de violencia de pareja y con experiencias traumáticas requieren el apoyo de la familia, amigos y la comunidad como factores protectores que potencien una buena respuesta psicológica y biológica al estrés (42).

Las investigaciones sugieren, que la sintomatología de TEPT significativa afecta entre el 30% y el 50% de las personas diagnosticadas con TA. Son pocos los estudios que han evaluado la comorbilidad entre TEPT y TA en mujeres víctimas de violencia de pareja, dado que su comorbilidad ha sido estudiada comúnmente junto con la depresión a través de prácticas clínicas para la detección de depresión (43–46); por lo cual es indispensable realizar un diagnóstico diferencial adecuado con el fin de realizar una oportuna intervención clínica.

La Asociación Americana de Psicología-APA, el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales-DSM, el Programa de Acción para superar las brechas en salud mental (mhGAP), y otras entidades, han abordado el TEPT y el TA de forma separadas, con distintas patogenias e indicaciones de tratamiento (47,48). Sin embargo, dada la frecuencia de la ocurrencia simultánea de TEPT-TA, es ilógico tratar el TEPT sin tener en cuenta la posibilidad de que el TA también pueda estar presente; con el riesgo potencial de aumentar la complejidad en el tratamiento de quienes padecen dichos trastornos y que además han sido víctimas de VP.

Dentro de las investigaciones de la búsqueda bibliográfica, se destaca el estudio realizado por Nathanson y otros (24), para examinar una muestra comunitaria de 101 mujeres víctimas de VP, en la cual se hizo un análisis diferencial étnico entre participantes caucásicas y afroamericanas con $n=94$, empleando entrevistas de diagnóstico estructuradas clínicamente, con el fin de comprender de forma más integral los problemas de salud mental (abuso y dependencia de sustancias como el alcohol y las drogas, la depresión, y el TEPT) y su prevalencia entre las mujeres expuestas a la violencia de pareja. Los resultados evidencian que el 57.4% de la muestra general cumplió con criterios para TEPT mientras que el 56.4% con criterios de depresión, con una tasa de dependencia al alcohol de 18,1% y abuso de alcohol de 3,2%; con una tasa de 6,4% tanto para abuso de sustancias como de dependencia a ellas. La comorbilidad evaluada más común fue entre TEPT y depresión (45%) (24).

El estudio de Nathanson y otros, resulta importante porque es un abonado a la investigación de la VP desde otro enfoque (comunitario), que a la larga puede beneficiar la reducción e identificación de síntomas entre las mujeres que han

experimentado VP. Sin embargo, deja unas líneas de investigación abiertas como, por ejemplo, extender el reclutamiento a mujeres de estratos socioeconómicos más altos; insta a los profesionales que trabajan con las víctimas de VP a nivel comunitario para determinar los problemas y síntomas de salud mental; a examinar trastornos de salud mental adicionales como los trastornos de ansiedad entre las víctimas de VP y su comorbilidad; y a estudiar las variaciones de los trastornos en otros grupos étnicos como la comunidad hispana, entre otros (24).

Con relación a lo anterior, se observa que el campo de la salud mental ha avanzado a nivel mundial y se ha generado un mayor conocimiento sobre la carga de las enfermedades mentales y sobre las respuestas basadas en la evidencia (48–51); además, la transición epidemiológica visibiliza a las enfermedades no transmisibles como una de las principales causas de enfermedades, morbilidad, discapacidad y mortalidad (14).

El tratamiento de las enfermedades mentales plantea un reto complejo no solo por la visibilidad que ha adquirido a nivel global en la salud pública sino también por la necesidad de ampliar los estudios de profundización en los trastornos. Asimismo, se ha evidenciado dificultades en la actualización de las guías prácticas que favorezcan el desarrollo de intervenciones, tratamientos y procesos para la gestión del riesgo de dichos trastornos, no sólo en el nivel clínico sino también a nivel comunitario (14).

3. Aproximación teórica

La salud mental es un componente de bienestar de la salud, relacionada con la promoción, prevención de enfermedades y trastornos mentales, el tratamiento y la rehabilitación de quienes lo padecen. En Latinoamérica y el Caribe representan el 22% de la carga total de enfermedades (1,52), y es evidente que tienen un impacto importante en la morbi-mortalidad y discapacidad en todo el curso de vida.

En Colombia, según la Ley 1616 de 2013, la salud mental se define como “un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad”(53). Teniendo en cuenta que, el modo en cómo nos comportamos y relacionamos con otros y el entorno, es el resultado de múltiples factores y que la salud mental es una construcción social que varía según el contexto.

La epidemiología de los trastornos de salud mental reúne una serie de paradigmas, entre ellos el que se caracteriza por comprender la salud como un proceso de salud-enfermedad interrelacionado por niveles entre personas y entornos; propuesta que además de abordarlo desde lo probabilístico y lo cuantitativo, también puede incorporar al análisis otras perspectivas como la cualitativa (1).

La violencia de pareja al igual que los trastornos de salud mental, hacen parte de problemáticas que pueden abordarse desde la epidemiología social a través de un ejercicio investigativo. Desde esta mirada, se contextualiza y configura la aproximación teórica de esta investigación en tanto se definen conceptos centrales como: la violencia de pareja, tipos y severidad de la violencia de pareja, síntomas de salud mental (estrés postraumático y ansiedad generalizada) y su comorbilidad. De esta manera se utilizó el modelo ecológico para dar cuenta de los diversos niveles que influyen la violencia de pareja y las posibles relaciones entre ellos.

Para los propósitos del estudio macro, el Instituto CISALVA usó un marco conceptual general sobre la violencia intrafamiliar, entendiéndola como una subcategoría de la violencia interpersonal, que tiene varias formas de manifestación contra la mujer (física, psicológica, sexual y de privaciones o abandono) y con consecuencias a corto, mediano y largo plazo sobre su salud física y mental, que se convierten en facilitadores para suscitar trastornos mentales como el estrés postraumático, la ansiedad, entre otros (54).

3.1. La violencia de pareja, un asunto de salud pública y mental

La violencia ha sido definida por la OMS 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” (55–57). En algún momento de su vida, 1 de cada 3 mujeres en el mundo ha sido víctima de violencia por parte de su pareja o un tercero (56).

La violencia contra la mujer en las relaciones de pareja se reconoce como un importante problema de salud pública con una alta incidencia y magnitud tanto en las Américas como a nivel mundial (58). Las razones que caracterizan la VP como un problema de salud pública no sólo se define por sus efectos a nivel económico, físico, psicológico y social sino también por las muertes prematuras evitables que ocasiona y sus implicaciones en el deterioro de la calidad de vida y la salud (58).

La Violencia de Pareja también genera efectos a corto y mediano plazo en la salud mental de las mujeres víctimas y tiene impacto en la calidad y prestación de los servicios de salud (59). Por lo cual, es relevante que se continúe avanzando en la consolidación de un enfoque científico de salud pública orientado a la prevención de la violencia (60).

En Colombia, la violencia de pareja se tipifica como un tipo de violencia intrafamiliar y de género contra las mujeres. Este tipo de violencia se define cómo la violencia que es ejercida por la pareja y/o expareja contra la mujer, desarrollada en la familia, matrimonio o relación sentimental, y se constituye en un problema de salud pública por su incidencia y morbilidad (5,61).

3.1.1. Aproximación tipos y severidad de la violencia de Pareja

La violencia de pareja es un concepto que ha cambiado, sus definiciones son múltiples y variadas según diversos criterios. Por un lado, están las perspectiva de violencia familiar; que consideran que la violencia de pareja se da entre los miembros de una familia y es un tipo de agresión que ocurre de igual manera entre hombres y mujeres, y se caracteriza por actos de agresión poco frecuentes y leves. Esta perspectiva, define la violencia de pareja como situacional y que se sale de control con pocas lesiones y sin ningún patrón general de poder y control del victimario hacia la víctima (62–64).

Por otro lado, está la perspectiva feminista que la define como maltrato o terrorismo íntimo que ocurre con un patrón de poder y control de parte de la pareja (mayoritariamente hombres) para dominar, aterrorizar y controlar a su pareja mediante una violencia más severa (62–64).

La violencia de pareja se ha tipificado según la naturaleza de la agresión en cuatro tipos que son; la violencia física, violencia sexual, violencia psicológica y violencia económica (26,29). A continuación, se describe la definición de cada subtipo:

- 1. Violencia física:** se define como el acto de agresión en la que una persona agrede a la mujer causándole daños físicamente, realizando acciones como golpes, patadas, cachetadas, heridas, fracturas, quemaduras, ahorcamientos, o cualquier otro hecho que coloque su vida en riesgo (26,29).
- 2. Violencia psicológica:** este tipo de violencia es la más difícil de detectar. Se define como todo acto en el que se provocan alteraciones psicológicas, psiquiátricas y/o emocionales sobre la mujer. Se puede identificar cuando se

dan situaciones como la intimidación, amenazas, las humillaciones en público o privado, las desvalorizaciones, descalificaciones y/o ridiculización de las opiniones de la mujer, a través de actos de control y aislamiento de su familia o red social de apoyo, entre otros (26,29).

3. **Violencia económica o privaciones:** se define como el tipo de violencia en el que se desarrollan acciones u omisiones que llegan a afectar la supervivencia de la víctima. Particularmente ocurre cuando se despoja o destruye los bienes personales o de sociedad conyugal de la víctima, así como con la negación de cubrir las “cuotas alimenticias para los hijos/as o para los gastos del hogar, entre otros actos ligados a aspectos económicos del hogar y la familia que generan daño de forma intencional” (26,29).
4. **Violencia sexual:** este tipo de violencia ocurre cuando la pareja obliga por la fuerza a la mujer, de forma inducida o impuesta a realizar algún tipo de práctico y/o contacto sexual no consentido. Se describen acciones cómo tener relaciones sexuales forzadas, la práctica de desnudos no deseados, tocar o dejarse tocar en sus partes íntimas u cualquier otro modo de coacción sexual (26,29).

La severidad de la violencia se define según las lesiones, la frecuencia de ocurrencia de la violencia y el nivel de riesgo en la vida de la mujer afectada. Esta puede clasificarse en: violencia leve, donde se identifican unas señales iniciales de violencia por parte de la pareja; violencia moderada, en la que se identifica la existencia de una relación abusiva en donde es más frecuente usar la violencia para solucionar los conflictos con la pareja; y violencia grave, según la cual se presenta un abuso severo por parte de la pareja y la violencia ocurre en cualquier momento de modo frecuente e intenso, y la víctima requiere de atención especializada en salud, protección y seguridad (65).

3.2. Aproximación al concepto de Trastorno de estrés postraumático y de ansiedad generalizada

Los trastornos en salud mental se definen como las afecciones que impactan los pensamientos, percepciones, sentimientos, estado de ánimo y comportamientos de una persona de modo ocasional o crónico (53,66). Su diagnóstico, tratamiento y pronóstico dependen de la manera como se relacionan los signos y síntomas en función de aspectos como su duración, coexistencia, intensidad y afectaciones en la funcionalidad de quién lo presenta (48).

3.2.1. Definición de Trastorno de estrés postraumático

El trastorno de estrés postraumático emerge cuando “una persona ha sufrido una agresión o una amenaza para su vida y la reacción emocional experimentada implica una respuesta intensa de miedo, horror o indefensión que persiste más de un mes luego de ocurrido el suceso” (33,52). Los criterios elementales en la definición del cuadro clínico del TEPT son:

- 1) la reexperimentación del acontecimiento traumático que se presenta a través de pesadillas y de imágenes y de recuerdos constantes e involuntarios (53)..
- 2) la evitación conductual y cognitiva de los lugares y/o situaciones asociados a la experiencia traumática (53)..
- 3) las respuestas de hiperactivación, que se expresan en dificultades para concentrarse, irritabilidad y problemas para conciliar el sueño (53).

El DSM-5 ofreció una mejora en el diagnóstico diferencial del TEPT, enfatizando en sus síntomas específicos y reduciendo las consideraciones de síntomas que concurren con otros trastornos; con el fin de realizar una adecuada intervención clínica.

3.2.2. Definición de trastorno de ansiedad generalizada

El Trastorno de Ansiedad se encuentra catalogado como un grupo de trastornos relacionados con el estrés, trastornos somatomorfos y neuróticos, que pueden repercutir en la capacidad que tiene la víctima de afrontar de modo adaptativo un acontecimiento traumático estresante (14)(67).

El trastorno de ansiedad generalizada tiene como características clínicas centrales, la ansiedad y preocupación excesivas, persistentes y las dificultades que tienen las personas para controlarse sobre diversos acontecimientos o actividades y que se asocian a tres o más síntomas de sobreactivación fisiológica (68,69). Asimismo, en la actualización que se realizó en el DSM-V con relación al TAG se destaca como otro criterio de diagnóstico, la ansiedad y/o preocupación presentes en la mayoría de días durante un mínimo de 6 meses (68,69).

La ansiedad tiene el rol de orientar y canalizar la información que se procesa y es percibida, interpretada y sintetizada por las personas por su papel de filtro de la realidad. Este cuadro clínico actúa de modo tal que genera errores sistemáticos en

la información que se procesa como, por ejemplo; las inferencias arbitrarias, la sobre-generalización, la maximización o minimización, la abstracción selectiva, los pensamientos dicotómico y rígidos.

La ansiedad genera efectos y alteraciones en las funciones inmunes y endocrinas, y enfermedades orgánicas (70–72), la Asociación Americana de Psiquiatría presenta una tipificación de los trastornos de ansiedad, entre los que se destacan el trastorno de angustia, el trastorno obsesivo compulsivo y la agorafobia (13), y que se destacan especialmente por ser algunos los que experimentan las mujeres que han sido víctimas de violencias por parte de su pareja o expareja (67,71,73).

Con relación a lo anterior, el trastorno de ansiedad generalizada puede diagnosticarse de forma concomitante con otros trastornos si la ansiedad y/o preocupación es lo bastante grave como para requerir atención médica (68).

Finalmente, las limitaciones que existen para establecer límites diferenciales entre el TEPT y el TAG no sólo afectan la caracterización del cuadro clínico de estos espectros psicopatológicos sino también el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las víctimas (54–56); de ahí la necesidad esbozar aspectos de la comorbilidad entre dichos trastornos.

3.3. Modelo ecológico de factores asociados con la violencia de pareja

El Modelo ecológico en el que se reconocen factores asociados con la violencia contra las mujeres en contexto de parejas explica elementos conceptuales, técnicos y metodológicos para abordar este tipo de violencia basada en el género (74–76). Este modelo se usará como sustento teórico-conceptual con el propósito de comprender la violencia de pareja como multicausal y factorial. De este modo, se entiende que la violencia de género en la pareja es el resultado de la interacción compleja de diferentes factores individuales, relacionales, sociales, culturales y ambientales (76).

Los tipos y severidad de la violencia de pareja descritos anteriormente pueden ser comprendidas a través de este modelo, reconociendo la necesidad de que se amplíe el campo de competencia de las investigación y acciones en salud mental de las que hace parte la detección temprana y atención de síntomas mentales en la atención primaria en salud.

Estudios indican que los factores relacionados con una mayor exposición a situaciones de violencia de pareja contra la mujer son variados entre países y al interior de cada uno de ellos (29,56,77); estos factores se destacan en distintas esferas que tienen impacto en la vida de las personas a nivel individual, político, sociocultural y comunitario.

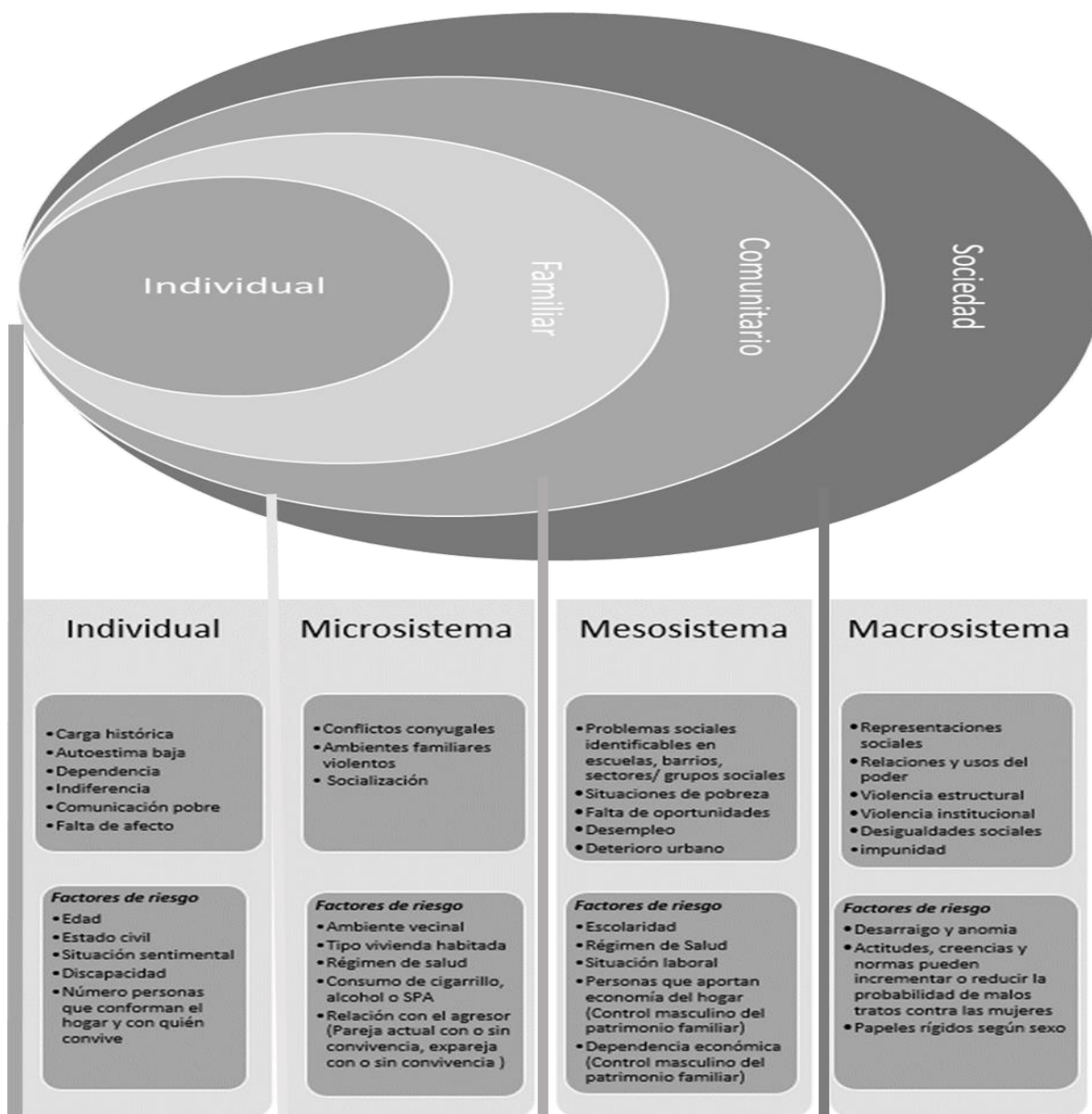
Según este modelo, las motivaciones para que una mujer sea víctima de violencia de pareja en ocasiones pueden ser similares a las que tienen los victimarios (78). Sin embargo, algunos estudios describen que los factores relacionados con las experiencias de violencias pueden variar y por eso la necesidad de estudiarlos atendiendo los contextos y situaciones en las que se dan (49).

Asimismo, se encontró que las investigaciones realizadas en su mayoría se han centrado en el estudio de los factores individuales, como por ejemplo el nivel educativo, los antecedentes de abuso físico o sexual en la niñez y el consumo abusivo de alcohol u otras sustancias (25,51,79). Sin embargo, se ha encontrado que, los factores comunitarios y sociales también tienen efectos sobre la reproducción de la violencia de pareja contra la mujer, como por ejemplo los roles sociales asignados a cada género, las disparidades sociales, jurídicas y económicas de la mujer, las sanciones comunitarias e institucionales débiles contra la violencia entre otros (80–82).

De esta manera, el modelo ecológico tiene el propósito de colocar en contexto la lectura, comprensión y abordaje que se hace de la violencia que sufren mujeres en su relación de pareja, así como orientar las estrategias de intervención logren considerar y abordar condiciones en los niveles individual, relacional, comunitario y social, que impactan los riesgos que tienen las mujeres de ser víctimas de violencia de pareja.

Por lo anterior, esta investigación en particular se abordó desde el modelo ecológico de factores asociados con la Violencia ejercida por la Pareja (ver gráfico 1), en el que se supone el individuo y el ambiente interactúan mediante estructuras concéntricas llamadas nivel individual, microsistema, mesosistema y macrosistema. que explican las raíces de la reproducción de la Violencia de Pareja (76).

Gráfico 1 Modelo ecológico de factores relacionados con la violencia de pareja



Fuente: adaptado de Olivares y Incháustegui, 2011. Modelo ecológico para una vida libre de violencia de género (76).

3.3.1. Nivel Individual

En este nivel se encuentra la historia personal que la mujer aporta en su relación de pareja. Se describen entonces, características personales que impactan subsiguientemente el microsistema y mesosistema, y aumentan o disminuyen la probabilidad de ser víctima o perpetrador de la violencia de género en su relación de pareja (74). Para el caso particular, en este estudio, dentro del nivel individual se

contemplan las variables: edad, estado civil, situación sentimental, nivel de escolaridad, situación de discapacidad.

3.3.2. Nivel Microsistema

En este nivel se encuentran representado el escenario inmediato en el que tiene lugar la violencia contra la mujer y generalmente se refiere al entorno familiar y/o en la relación de pareja (78).

Estudios anteriores explican que los conflictos de pareja están vinculados con la división del trabajo, problemas con las sustancias psicoactivas y una mayor formación académica de la mujer y el control que se hace sobre el dinero y restricciones en la toma de decisiones (74,78). Por lo que, en esta investigación se contemplaron las variables: estrato-socioeconómico, tipo vivienda habitada, consumo de cigarrillo, alcohol o sustancias psicoactivas, la relación que sostiene la víctima con el agresor (que puede ser su pareja actual con o sin convivencia, y/o la expareja con o sin convivencia), tipo y severidad de la violencia ejercida (simbólica, física, sexual, leve, moderada y grave), número personas que conforman el hogar y con las que convive la participante.

3.3.3. Nivel Mesosistema

En el nivel denominado mesosistema están incluidas estructuras formales e informales como la vecindad, el entorno laboral, la escuela, las redes sociales, entre otros, que facilitan la persistencia del maltrato contra la mujer a través de prácticas (74). En este sentido, durante esta investigación se tienen en cuenta como variables de análisis: la situación laboral de la mujer, régimen de afiliación a salud, el número de personas que aportan a la economía del hogar y las personas que tienen una dependencia económica con la mujer, que de algún modo evidencian luces del control masculino del patrimonio familiar.

3.3.4. Nivel Macrosistema

Este nivel está representado por valores culturales e ideologías que se han instaurado en la sociedad, sustentando las creencias que promueven la violencia de género, evidenciada en el microsistema y el exosistema (74,78). De esta manera, en esta dimensión se describen las normas y leyes que han sido

implementadas con el propósito de reducir la probabilidad de la violencia contra las mujeres en contextos de pareja.

Un análisis de los factores de riesgo dentro del modelo ecológico de factores asociados a la violencia de pareja, más las variables de cada contexto dentro del cual se encuentra la víctima, corresponden a un ejercicio integral que requiere de un modelo como el ecológico; el cual profundiza en los diferentes sistemas dentro de los cuales la víctima estuvo o se encuentra inmersa (76).

Las enfermedades mentales al igual que la violencia, por tratarse de enfermedades no transmisibles son consideradas de origen multifactorial, por lo que es clave indagarlas no sólo desde una perspectiva individual sino desde los niveles familiares, comunitarios y políticos. Por lo que es importante ofrecer desde la investigación, elementos conceptuales, técnicos y metodológicos que permitieran abordar los datos atendiendo las características de las participantes, los resultados de los síntomas de salud mental de estrés postraumático y ansiedad generalizada, y factores relacionados con el tipo y severidad de la violencia sufrido por las mujeres en contexto de pareja desde un abordaje holístico.

Por lo anterior, decidí usar el modelo ecológico de factores asociados con la violencia de pareja contra las mujeres. Modelo que permitiera no sólo cuantificar los síntomas de salud mental de las participantes sino también entender la violencia de pareja como multicausal y factorial, resultado de la interacción compleja de diferentes factores individuales, relacionales, sociales, culturales, ambientales y políticas (74).

4. Objetivos de Investigación

4.1. *Objetivo general*

Identificar los factores de riesgo, tipo y severidad de la violencia de pareja asociados al Trastorno de Estrés Postraumático y al Trastorno de Ansiedad Generalizado, y su comorbilidad, en una muestra de mujeres víctimas de violencia de pareja de una intervención cognitivo-conductual de base comunitaria para mejorar la salud mental, en dos municipios del Valle del Cauca entre el 2017 y 2018.

4.2. *Objetivos específicos*

- 4.2.1. Estimar la prevalencia y comorbilidad entre el Trastorno de Estrés Postraumático y el Trastorno de Ansiedad Generalizado, en la población del estudio.
- 4.2.2. Evaluar asociaciones entre posibles factores de riesgo entre el Trastorno de Estrés Postraumático y el Trastorno de Ansiedad Generalizado, y su comorbilidad en la población del estudio.
- 4.2.3. Identificar el tipo y severidad de la violencia de pareja asociados al Trastorno de Estrés Postraumático y al Trastorno de Ansiedad Generalizado, en la población del estudio.

5. Metodología

5.1. Tipo de Estudio

Este estudio utilizó un diseño metodológico de enfoque cuantitativo de tipo descriptivo y de corte transversal analítico (en la línea de base), con mujeres víctimas de violencia de pareja, todas mayores de edad que participaron en una intervención cognitivo-conductual de base comunitaria para mejorar la salud mental entre el 2017 y 2018.

El estudio corresponde a un análisis secundario de los datos de la línea de base generados a partir de un ensayo clínico de prevención controlado y aleatorizado denominado “Evaluación de una intervención cognitivo-conductual para víctimas de violencia intrafamiliar en dos municipios del Valle del Cauca”, desarrollado en una alianza entre el Departamento de Psiquiatría de la Escuela de Medicina y el Grupo de Epidemiología Psiquiátrica y Salud Mental del Instituto Cisalva de la Universidad del Valle, y el Grupo Salud, Cuidado y Sociedad de la Universidad Unidad Central del Valle del Cauca, financiado con recursos de MINCIENCIAS, contrato 756-201. La clasificación y diagnóstico clínico de los trastornos de TEPT y TAG, y las herramientas de tamizaje usadas en el macroproyecto no han variado, por lo que fue posible usar los datos de dicha investigación y garantizar que los resultados sean útiles actualmente (54).

5.2. Área de estudio

El estudio se realizó con datos anonimizados de usuarias de la ciudad de Cali y Tuluá, dos municipios del Valle del Cauca, Colombia.

La ciudad de Cali está ubicada en el departamento del Valle del Cauca, tiene un área de 21.195 km² que representa el 1,5% del territorio colombiano y una densidad poblacional de 144,17 habitantes por km² (83). Cabe señalar que, según el INMLCF durante el 2017, Santiago de Cali registró 1.462 valoraciones médico legales por violencia de pareja, ocupó el tercer lugar dentro de las ciudades capitales que más casos notificaron, después de Bogotá y Medellín (7).

Por su parte, el municipio de Tuluá se encuentra ubicado en la zona central del Valle del Cauca, aproximadamente a 100 km de Cali. Tiene una densidad poblacional de 240,67 habitantes/ km² y una superficie de 910,6 km² y población aproximada de 200.000 habitantes. Igualmente, se observó que, durante el 2017 Tuluá reportó 137

casos por violencia de pareja (7); justificando el área de realización de este estudio la facilidad de acceder a la información y al territorio.

5.3. Población

La población objetivo de este estudio está constituida por las mujeres a quienes se les aplicó el instrumento de tamizaje durante el levantamiento de la línea base (primera medición) de la intervención cognitivo-conductual de base comunitaria de los dos municipios del Valle del Cauca, Cali y Tuluá.

5.3.1. Criterios de inclusión y exclusión

Los criterios de inclusión fueron:

- Mujeres víctimas de violencia de pareja con edad igual o mayor a los 18 años, residentes en la ciudad de Cali o Tuluá, que eran atendidas en los servicios de urgencias y/o consulta externa de las Instituciones Prestadoras de Salud en dónde se desarrolló el proyecto, y/o de forma comunitaria por las trabajadoras psicosociales.

Los criterios de exclusión fueron:

- Mujeres víctimas de violencia de pareja menores de 18 años, y las mujeres que al ingresar a consulta externa y/o de urgencias en las instituciones donde se desarrolló el proyecto, en su historia clínica se registraron con diagnóstico CIE-10 como víctimas de abuso y/o violencia sexual, por tener un protocolo de atención diferencial, tanto en el campo de la salud como en los sectores de justicia, seguridad y protección.
- Mujeres víctimas de violencia de pareja con retraso mental o discapacidad cognitiva severa que requirieran tratamiento especializado.
- Mujeres víctimas con diagnóstico de esquizofrenia u otra psicosis, síntomas de enfermedades terminales o crónicas descompensadas, hipotiroidismo, neurosífilis y/o uso de medicamentos psiquiátricos antes de ingresar al estudio.

5.4. Selección y cálculo de la muestra

Fue una muestra a conveniencia. Se tomó toda la población reclutada en el macroestudio (n=94 mujeres). Cabe decir que la muestra del macroproyecto no se recolectó de forma completa, debido a las dificultades en el reclutamiento. Para esta investigación en particular con la muestra que había, el poder del estudio para variables continuas es mayor al 80%, pero para variables dicotómicas y regresiones logísticas el poder de este estudio es más bajo. Este poder, se calculó con base en los resultados existentes de la muestra de mujeres que tuvo el Macroproyecto. Los datos de este estudio se tomaron de un cuestionario aplicado a 94 mujeres con edad entre 18 y 66 años que participaron en una intervención cognitivo-conductual de base comunitaria.

El poder de este estudio se calculó (ver Anexo B) para detectar la diferencia entre los promedios de síntomas de estrés postraumático (puntaje TEPT), se tomó como referencia el percentil 66% o más de la siguiente manera:

Parámetros para el cálculo del poder:

Variable: Puntaje de Escala de TEPT de Harvard.

Grupo Exposición a Alta Violencia de Pareja:

Promedio = 3.05; Desviación Estándar= 0.586; Tamaño del grupo N1 = 32.

Grupo Exposición a Baja Violencia de Pareja:

Promedio = 2.66; Desviación Estándar= 0.686; Tamaño del grupo N2 = 60.

Con estos parámetros el poder de este estudio es 80.61%

Estos parámetros se usaron solo para calcular el poder del estudio, pero los análisis y resultados se organizaron en función de las variables del estudio.

5.5. Variables del estudio de investigación

A continuación, se presenta el cuadro de variables de este estudio, las cuales se encuentran contenidas en el modelo ecológico para la comprensión de la violencia de pareja. Se presenta la tabla de variables de respuesta y de exposición.

5.5.1. Variables de respuesta

Síntomas de Estrés Postraumático: Hace referencia a puntaje promedio obtenido por cada paciente según escala HTQ-SYMPTOMS QUESTIONS, cuyo valor oscila entre 1 y 4 puntos y para el estudio macro se definió como caso positivo todos los que están por encima del punto de corte de 2,5 puntos.

Síntomas de Ansiedad Generalizada: Hace referencia a puntaje promedio obtenido por cada paciente según escala HSCL-A, cuyo valor oscila entre 1 y 4 puntos y para el estudio macro se definió como caso positivo todos los que están por encima del punto de corte de 1,7 puntos.

Comorbilidad: Hace referencia a la presencia simultanea de los dos diagnósticos en salud mental (síntomas de Estrés Postraumático y Síntomas de Ansiedad Generalizada) en una misma participante.

Tabla 1. Variables respuesta

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO VARIABLES	POSIBLES VALORES	INSTRUMENTO RECOLECCIÓN
SINTOMAS DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	Registra eventos de trauma y síntomas emocionales que se encuentran asociados a experiencias traumáticas. Con punto de corte de 2,5 para diagnostico positivo	Cuantitativa continua	1 a 4 Min 1 - Max 4	ESCALA HTQ-SYMPTOMS QUESTIONS
SINTOMAS DE ANSIEDAD GENERALIZADA	Detecta problemas internalizantes y externalizantes de ansiedad en personas expuestas a situaciones de violencia. Con punto de corte de 1,7 para diagnostico positivo	Cuantitativa continua	1 a 4 Min 1 - Max 4	ESCALA HSCL-A.
COMORBILIDAD	presencia simultanea de los dos diagnósticos en salud mental	Categórica Nominal	0=NO 1=SI	Puntajes de los Diagnóstico positivos TEPT y TAG

5.5.2. Variables de Exposición

A continuación, se presenta el cuadro de variables de exposición de este estudio y su correspondiente definición operacional y conceptual.

Tabla 2. Variables de Exposición organizadas según Modelo Ecológico

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO VARIABLES	POSIBLES VALORES
Nivel Individual			
EDAD	Edad en años cumplidos. Se categorizo en tertiles de la siguiente forma: (1=18-34) (2=35-50) (3=51-66)	Cuantitativa continua	>18 + 66
ESCOLARIDAD	Nivel de escolaridad cursado y aprobado en el sistema educativo.	Categórica nominal	1.Baja escolaridad 2.Alta escolaridad
ESTADO CIVIL	Clase o condición de una persona en el orden social	Categórica nominal	1. Soltera 2. Casada 3. Separada 4. Unión libre
SITUACIÓN SENTIMENTAL	Tipo de vínculo sentimental que tiene participante con agresor	Categórica nominal	1. Con pareja 2. Sin Pareja
SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD	Tipo de situación con relación a su condición física, psíquica, intelectual u otras que permiten presentar restricciones en su participación plena en sociedad.	Categórica nominal	0=NO 1=SI
Nivel Microsistema			
TIPO RELACIÓN CON EL AGRESOR	Tipo de relación de la participante con el agresor	Categórica nominal	1. Pareja actual 2. Pareja anterior en convivencia 3. Pareja anterior sin convivencia
NÚMERO PERSONAS EN HOGAR	Persona con la que reside la participante	Cuantitativa continua	Número Min=0 – Max=16.
CONSUMO SUSTANCIAS PSICOACTIVA	Hábito de consumo de sustancias psicoactivas de la participante	Categórica nominal	0=NO 1=SI
TIPO VIVIENDA	Tipo de vivienda en la que vive la participantes	Categórica nominal	1. Propia 2. Alquilada 3. Renta

Nivel Mesosistema			
REGIMEN DE SALUD	Tipo de régimen de salud al que está afiliada la participante	Categórica nominal	1. Contributivo 2. Subsidiado
SITUACIÓN LABORAL	Si la participante trabaja o no.	Categórica nominal	0=NO 1=SI
PERSONAS APORTAN ECONOMICAMENTE	Personas que aporta económicamente en el hogar	Cuantitativa continua discreta	Número Min=0 - Max=6
PERSONAS QUE DEPENDEN ECONOMICAMENTE	Personas que dependen económicamente de la participante dentro y fuera del hogar	Cuantitativa continua discreta	Número Min=0 - Max=5
TIPO DE VIOLENCIA	Comportamiento (situaciones de violencia) que la pareja pudo haber tenido con la participante	Categórica nominal	1= violencia física 2= violencia psicológica 3= violencia sexual
SEVERIDAD DE LA VIOLENCIA	Escala de severidad en la violencia adaptando la propuesta metodológica de índice de severidad de Valdez-Santiago y otros(41). Se estableció punto de corte por cada tipo de violencia	Cuantitativa continua	1= Severidad violencia física 2= Severidad Psicológica 3= Severidad violencia sexual

EDAD: Se calcula en años cumplidos al momento de realizar el estudio, el cual estaba definido para mujeres mayores de 18 años y menores de 66, esta variable se recategorizó en tertiles por el tamaño de la muestra y con el fin de hacer un mejor análisis de los datos de la siguiente manera; jóvenes de 18 a 34, adulta de 35 a 50 y vejez de 51 a 66.

ESCOLARIDAD: Definido como último nivel escolar terminado por la participante al momento de este estudio y dividido en dos categorías; Baja escolaridad; de ninguna escolaridad a secundaria incompleta y alta escolaridad; de secundaria completa hasta estudios superiores.

ESTADO CIVIL; Se toma como estado civil de la participante al momento de realizar este estudio, el cual categorizo así; Soltera; todas las participantes que no tenían una pareja al momento de realizar el estudio, Casada; todas las participantes que estaban casadas por acto civil o religioso al momento del estudio, Separada; todas las mujeres que estaban separadas y divorciadas momento de realizar el

estudio, Unión Libre; todas las mujeres en convivencia con su pareja, pero sin estar casados.

SITUACIÓN SENTIMENTAL; Esta categoría hace referencia al estado sentimental actual de las mujeres al momento de realizar el estudio y se definió así; con pareja; mujeres que cuentan con una pareja actual con o sin convivencia, sin pareja; mujeres que no cuentan con una pareja al momento de realizar el estudio pueden ser solteras o separadas.

SITUACIÓN LABORAL; Hace referencia a la situación laboral actual de las participantes al momento de realizar este estudio y esta segregado de la siguiente manera; Si es igual a con empleo y No es igual a sin empleo.

TIPO RELACIÓN CON EL AGRESOR; Tipifica la relación que sostenía la víctima y el agresor al momento de realizar el estudio y se categorizo de la siguiente manera; Pareja actual; hace referencia las participantes cuyo agresor es su pareja actual indiferente si conviven o no, Pareja anterior en convivencia; se refiere a las participantes cuyo agresor es su ex pareja pero que aún están en conviven, Pareja anterior sin convivencia; refiere las pacientes cuyo agresor es la ex pareja y que no conviven.

PERSONAS APORTAN ECONOMICAMENTE; Identifica a las personas que aportan económicamente al hogar que oscila entre 0 y 6 personas y esta desagregada de la siguiente manera; 0; ninguna persona aportando económicamente, 1; una persona aportando económicamente, 2; dos personas aportando económicamente, 3; tres o más personas aportando económicamente al hogar.

PERSONAS QUE DEPENDEN ECONÓMICAMENTE; Identifica a las personas que dependen económicamente de la participante del estudio que oscilan entre 0 a 5 personas categorizado de la siguiente manera; 0; ninguna persona que dependa económicamente de la participante, 1; una o dos personas que dependen económicamente de la participante, 2; tres o más personas que dependen económicamente de la participante.

NÚMERO PERSONAS EN HOGAR; Hace referencia al número de personas que conforman el hogar de las participantes en este estudio que oscilan entre 1 y 16 personas.

CONSUMO SUSTANCIAS PSICOACTIVA; Categoriza si una participante del estudio consume o no sustancias psicoactivas y los posibles valores pueden ser sí o no dependiendo la existencia o no del consumo de estas.

TIPO VIVIENDA; Caracteriza el tipo de vivienda en el cual vive la participante y los posibles valores son prestada, alquilada y propia.

SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD; Identifica la de situación con relación a su condición física, psíquica, intelectual u otras que permiten presentar restricciones en su participación plena en sociedad y sus posibles valores son sí y no dependiendo si existe algún tipo de discapacidad en la participante.

REGIMEN DE SALUD; Hace referencia al tipo de afiliación en salud que tiene la participante al momento de realizar el estudio y estos pueden ser subsidiado o contributivo dependiendo el tipo de afiliación.

TIPO DE VIOLENCIA; Identifica la o las situaciones de violencia que la pareja o expareja pudo haber tenido con la participante en los dos meses anteriores al estudio y se caracteriza en: esta se presenta de varias formas que son la violencia física, la violencia psicológica y la violencia sexual.

VIOLENCIA FISICA; Que se define como el acto de agresión en la que una persona agrede a la mujer causándole daños físicamente y se mide con la escala SVAWS, con un puntaje que oscila entre 0 y 111.

VIOLENCIA PSICOLOGICA; Se define como todo acto en el que se provocan alteraciones psicológicas, psiquiátricas y/o emocionales sobre la participante y se mide con la escala SVAWS, con un puntaje que oscila entre 0 y 222.

VIOLENCIA SEXUAL; ocurre cuando la participante ha sido obligada por la fuerza, de forma inducida o impuesta a realizar algún tipo de práctico y/o contacto sexual no consentido y se mide con la escala SVAWS, con un puntaje que oscila entre 0 y 12.

SEVERIDAD DE LA VIOLENCIA; Identifica en grado de violencia inducido sobre la participante y sus escalas son; no violencia, leve, moderado y grave, estas se identifican para cada tipo de violencia, con sus respectivos puntos de corte.

5.6. Instrumentos de recolección de información

La intervención cognitivo-conductual de base comunitaria, de la que se usaron los datos de esta investigación, utilizó un cuestionario en el cual se basa en preguntas autoguiadas que están organizadas en 4 secciones que incluirá el registro de variables sociodemográficos y económicas, y tres escalas: la escala de síntomas de estrés postraumática (HTQ- Symptoms Questions), la escala para medir síntomas de trastorno de ansiedad (HSCL-A) y la escala de la severidad de la Violencia contra las Mujeres-SVAWS.

5.6.1. HTQ- Symptoms Questions

El HTQ- Symptoms Questions (84) es un instrumento breve que ha sido usado para evaluar síntomas de TEPT, ya ha sido validado en Colombia con el propósito de evaluar sintomatología del TEPT. Es una escala corta formada por 17 ítems relacionados con el TEPT que se aplicaron mediante una entrevista semiestructurada (85) (Ver anexo E).

Dicho instrumento está conformado por dos secciones: la primera es en la que se realiza una pregunta abierta a quienes se están evaluando con el propósito de obtener una descripción subjetiva y personal del acontecimiento más traumático(s) que han sufrido. La otra parte, incluye 17 reactivos sobre el evento traumático que derivan de los criterios para trastorno de estrés postraumático (TEPT). La escala para cada pregunta incluye cuatro categorías de respuesta: "nunca", "un poco", "bastante", "mucho", puntuándose de 1 a 4, respectivamente.

5.6.2. Cuestionario de Síntomas de Hopkins (HSCL-A)

De igual manera, el Cuestionario de Síntomas de Hopkins (HSCL-A): es un instrumento de larga data que fue diseñado para medir los síntomas de ansiedad y depresión; se compone de 25 reactivos en dos partes: Esta Parte del HSCL tiene 10 reactivos para los síntomas de ansiedad. Esta escala para cada pregunta incluye cuatro categorías de respuesta ("Nunca", "Un poco", "Bastante", "Mucho", con puntuaciones de 1 a 4, respectivamente)(86) (ver Anexo 2).

5.6.3. Escala de la severidad de la Violencia contra las Mujeres-SVAWS

Este estudio, se buscó identificar los niveles de severidad de violencia sufrida por las participantes y que son exploradas en el estudio mediante el uso de la Escala de Severidad de la Violencia contra las Mujeres-SVAWS (87).

La escala de la severidad de la Violencia contra las Mujeres-SVAWS mide los comportamiento (situaciones de violencia) que la pareja pudo haber tenido contra la participante durante los últimos 12 meses, es una escala tipo Likert que miden diferentes tipos y la severidad de violencia y se encuentra dividida en cuatro subescalas: violencia simbólica (comportamientos amenazantes), violencia física, media, violencia física severa y violencia sexual (87). Los enunciados de este instrumento se valoran con puntajes de 1 a 4, con las opciones de respuesta "Nunca", "Una vez", "Algunas veces", "Muchas veces", respectivamente según la frecuencia de repetición de los actos. La sumatoria de estos valores determina la intensidad de la violencia (ver anexo F). Se construyó el Índice de Severidad de Violencia de Pareja (ISVP) analizando las respuestas que las mujeres dieron la escala de la severidad de la Violencia contra las Mujeres-SVAWS del cuestionario.

5.7. Control de calidad de la base de datos

De la base del macroproyecto de ensayo controlado aleatorizado de base comunitaria se tomaron los datos de las variables de este estudio. Durante el macroproyecto, se revisó el 10% de los cuestionarios con el fin de cotejar variables y calidad del dato.

Una vez recibida la base de datos se guardó una copia y se transfirió al programa Stata versión 14. En la fase de análisis se creó una nueva base de datos con la información de cada variable de interés. Dicho ejercicio, permitió garantizar la veracidad los datos, documentar los datos perdidos o incompletos y evitar el sesgo de información consecuente. Se revisó una a una las variables y se verificó datos perdidos o incompletos y evitar el sesgo de información consecuente. Se procedió revisar cada una de las variables y a definir las en un diccionario de datos. Se revisó un total de 240 variables de 94 observaciones seleccionadas revisando el tamaño de muestra.

Para el control de calidad de los datos se realizó cada una de las variables con el fin de verificar que todas las variables estuvieran adecuadamente recogidas según lo planteado en la definición de cada variable; se observaron formularios con variables faltantes por llenar, principalmente en lo concerniente a otros eventos de traumáticos vividos por las mujeres.

5.8. Análisis Estadístico

Los datos se analizaron en el programa Stata® 14.2. A cada variable se le realizó el correspondiente análisis exploratorio de datos identificando el comportamiento de cada variable según su naturaleza.

Para el objetivo 1 se estimó la prevalencia de los Síntomas de Estrés Postraumático y de Ansiedad Generalizado, y la comorbilidad. Para conocer la distribución de las variables categóricas se describieron las frecuencias y porcentajes. En variables numéricas, en caso de distribución normal se presentaron los datos con promedios y desviación estándar, y mediana y rango intercuartílico cuando no.

Para el objetivo 2, evaluar asociaciones entre posibles factores de riesgo, los síntomas de Estrés Postraumático y el Trastorno de Ansiedad Generalizado en las mujeres del estudio se llevó a cabo a través de modelos múltiples de regresión lineal robusta. La regresión robusta se realizó dadas las características de poder de la muestra obtenida en el estudio macro. Para la construcción de modelos de regresión múltiples se partió de los, análisis bivariados separados por cada escala: síntomas de estrés postraumático y ansiedad generalizada, con el fin de identificar factores asociados a los puntajes en las escalas de estrés postraumático y ansiedad generalizada. Para la modelación se estableció un modelo base con las variables que en la regresión bivariada tuvieron una significancia estadística menor o igual al 10%, que eran teóricamente relevantes. Cabe resaltar, que para todas las pruebas estadísticas de contraste de hipótesis se estableció un Intervalo de Confianza del 95%. Con lo anterior, se identificó el modelo más parsimonioso usando el método paso a paso. Los coeficientes del modelo escogido en cada variable resultado se ingresaron paulatinamente considerando los intervalos de confianza al 95% y un valor de $p < 0,05$ como estadísticamente significativo.

Igualmente, se realizó una regresión logística para la variable binaria comorbilidad entre los síntomas de estrés postraumático y ansiedad generalizado. Para lo cual, primero se creó la variable binaria para las escalas de TEPT y TAG. Segundo, se revisaron las variables de diagnóstico de TEPT y TAG para identificar la simultaneidad de diagnósticos positivos en la misma participante. Finalmente, se hicieron los análisis descriptivos con porcentajes y sus IC95%, y los análisis explicativos exploratorios de la variable binaria comorbilidad y las variables de exposición. Los OR crudos del modelo escogido en cada variable resultado se ingresaron paulatinamente considerando los intervalos de confianza al 95% y un valor de $p < 0,05$ como estadísticamente significativo.

Para el objetivo 3 se calculó el porcentaje de cada tipo de violencia (psicológica, física y sexual) discriminada por el nivel de severidad. Se calculó la correlación entre la violencia psicológica y física, y los puntajes en las escalas de síntomas de Estrés Postraumático y síntomas de Ansiedad usando el coeficiente de correlación de Spearman debido a que la distribución de los datos no era normal. De igual modo, se calculó la severidad de la violencia que experimentaron las participantes durante los últimos doce meses según el tipo de violencia generado por su pareja o expareja. Este índice de severidad de la violencia de pareja se construyó siguiendo la propuesta metodológica de Valdez-Santiago y otros (41) a través del análisis de las respuestas que dieron las participantes en la escala de Severidad de la Violencia contra la mujer (SVAWS) y sus subcomponentes (87), así:

Primero se midió la frecuencia informada de cada tipo de violencia y posteriormente su severidad, sumando las variables que integraba cada componente, multiplicándolo por su peso de severidad. Segundo, la variable severidad de violencia se reorganizó conceptualmente en tres tipos: violencia física, psicológica y sexual.

$$\text{Severidad de la violencia} = V1 * P1 + V2 * P2 + V3 * P3$$

Donde:

V1= frecuencia descrita por cada participante según los componentes de la escala

P1= Peso de cada reactivo según los componentes de la escala

Con esto se generó, para cada una de las participantes una variable con una puntuación que mostrara la severidad según el tipo de violencia sufrida en su relación de pareja. De esta manera se reconfiguró los niveles de severidad de la violencia psicológica, física y sexual. Para ello, se establecieron puntos de corte siguiendo la metodología de Valdez-Santiago y otros (41) así:

- **No caso:** las participantes con valores de cero para cada componente de la escala
- **Caso leve:** las mujeres con puntaje de 1 hasta el promedio.
- **Caso moderado:** las mujeres con puntajes iguales al promedio hasta la suma del promedio más la desviación estándar.

- **Casos grave:** mujeres con puntaje que van desde la suma del promedio más la desviación estándar hasta el 100% del puntaje en la escala.

A continuación, se presentan los puntos de corte definidos para cada nivel de severidad de la violencia de pareja según su tipo:

Tabla 3. Puntos de corte para definir niveles de severidad de la violencia de pareja en este estudio.

NIVEL DE SEVERIDAD	DESCRIPCION	PUNTO DE CORTE
No caso	Las participantes con valores de cero para cada componente de la escala	Violencia física= 0 Violencia psicológica= 0 Violencia sexual= 0
Leve	Las mujeres con puntaje de 1 hasta el promedio	Violencia física de 1 a 65.61 puntos Violencia psicológica de 1 a 46.94 puntos
Moderado	Las mujeres con puntajes iguales al promedio hasta la suma del promedio más la desviación estándar.	Violencia física de 65.62 a 112.91 puntos Violencia psicológica de 46.95 a 80.44 puntos
Grave	Mujeres con puntaje que van desde la suma del promedio más la desviación estándar hasta el 100% del puntaje en la escala.	Violencia física de 112.92 a 222 puntos Violencia psicológica de 80.45 a 111 puntos *Violencia sexual de 1 a 12 puntos
*La violencia sexual se clasificó en No caso y grave.		

Fuente: elaboración propia basado en estudio de Valdez-Santiago y otros (88).

Cabe destacar que, en la severidad de la violencia sexual, por tratarse de un asunto de violencia extrema las mujeres con puntaje igual a 0 se consideraron No caso y las mujeres con puntaje entre 1 y 12 en la escala de severidad se consideraron grave. En Colombia, las normativas de seguimiento de los casos de violencia sexual tienen un protocolo de tratamiento diferencial (89).

5.9. Consideraciones Éticas

Esta investigación contó con la autorización del Comité Institucional de Revisión de Ética Humana (CIRESH) de la Universidad del Valle con código ERN 020-020 (ver anexo B), se considera de riesgo mínimo y no involucró la participación directa de seres humanos por tratarse de una revisión de bases de datos y cumplir con los lineamientos éticos enmarcados en la Declaración de Helsinki y la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia.

Los datos de esta investigación provienen del componente del ensayo clínico aleatorizado de prevención comunitaria con mujeres víctimas de la violencia de pareja, del macroproyecto “Evaluación de una Intervención Cognitivo-Conductual para Víctimas de Violencia Intrafamiliar en Cali y Tuluá, Valle del Cauca, Colombia”, CI-1818, con aval del CIREH, código 043-017 (ver anexo c), desarrollado por el Departamento de Psiquiatría y el Grupo de Epidemiología Psiquiátrica y Salud Mental del Instituto CISALVA de la Universidad del Valle, y el Grupo Salud, Cuidado y Sociedad de la Universidad Unidad Central del Valle del Cauca (UCEVA), financiado con recursos de MINCIENCIAS (RC-756-2016).

6. Resultados

En este apartado se presentan los resultados de los análisis de la investigación, reorganizados según los objetivos específicos así.

6.1. Características socioeconómicas de las participantes del estudio

En este apartado se presenta las características socioeconómicas (ver tabla 4) de las participantes de la muestra.

De acuerdo con el proceso de análisis exploratorio de los datos se identificó 94 registros, siendo ésta la muestra global del estudio. La tabla 4 muestra las características sociodemográficas de las participantes. Se encontró que la edad promedio de las participantes fue 36.27 ($\pm 1,17$ DE). Se observó que el mayor porcentaje de mujeres era las que tenían entre 35 y 50 años (64.52%); luego las que tenían entre 18 y 34 años (29.03%), y finalmente, las de 51 a 66 años (6.45%)(90).

En cuanto a la variable de escolaridad se encontró que cerca del 42.55% tenía baja escolaridad y el 57.45% una escolaridad más alta, es decir que lograron completar al menos los estudios de básica secundaria. El 52.13% estaba sin pareja y en cuanto al estado civil, el 64.90% de las participantes indicó que no tenían una unión marital (estaban solteras y/o separadas); 24.47% estaba en unión libre y 10.64% eran casadas. En la mayoría de los casos el agresor era su expareja (54.84%), en el 44.09% la pareja y del 1.07% no se obtuvo información. Se observó, que sólo el 14,89% de las participantes tenía alguna discapacidad, mientras que el 88.30% refirieron no consumir ningún tipo de Sustancia Psicoactiva.

Tabla 4. Características de las mujeres víctimas de violencia de pareja de una muestra de base comunitaria de dos municipios del Valle del cauca, entre 2017 y 2018 (n=94) según Modelo Ecológico.

Variables	No	%	IC95%
Nivel Individual			
Edad [n(%)]			
18-34 años	43	46.24	36 – 56
35-50 años	38	40.86	31 – 51
51 – 66 años	12	12.90	07– 21
Baja Escolaridad [n(%)]			
No	54	57.45	47 - 67
Si	40	42.55	32 - 52
Situación sentimental [n(%)]			
Sin pareja	49	52.13	41 - 62
Con pareja	45	47.87	37 - 58
Estado Civil [n(%)]			
Soltera	41	43.62	33 - 53
Casada	10	10.64	05 - 18
Separada	20	21.28	14 - 30
Unión libre	23	24.47	16 - 34
Discapacidad [n(%)]			
No	80	85.11	76 - 91
Si	14	14.89	08 - 23
Nivel Microsistema			
Relación con agresor [n(%)](n=93)*			
Pareja	41	44.09	34 - 54
Expareja	51	54.84	44 - 64
Consumo SPA [n(%)]			
No	83	88.30	79 - 93
Si	11	11.70	06 - 20
Tipo de vivienda [n(%)](n=93)			
Prestada	8	8.60	04 - 16
Propia	39	41.49	32 - 52
Rentada	46	49.46	39 - 59
Nivel Mesosistema			
Régimen de salud [n(%)]			
Contributivo	17	18.09	11 - 27
Subsidiado	77	81.91	72 - 88
Situación laboral [n(%)]			
No	37	39.36	29 - 49
Si	57	60.64	50 - 70
Persona aporta economía [n(%)](n=93)			
Ninguna persona	3	3.23	01 - 91
1 persona	45	48.39	37 - 58
2 persona	34	36.56	26 - 47
≥3 personas	11	11.83	06 - 20
Dependencia económica [n(%)](n=83)			
Ninguna persona	15	18.07	11 - 28
1 a 2 personas	49	59.04	47 - 69
≥3 personas	19	22.89	14 - 33
*Se identificaron 2 personas sin información, por lo que no se documentaron en esta tabla.			

Asimismo, la tabla 4 describe las características socioeconómicas de las participantes a quienes se les aplicó el cuestionario. La cobertura en salud en la mayoría de las participantes era del régimen subsidiado con 81.91%, seguido de régimen contributivo (18.09). El 39.36% de las mujeres no tenía un trabajo, mientras que el resto si lo hacían (60.64%: 24.47% laboraba como independiente, 13.83% tenía un trabajo de medio tiempo y el 22.34% laboraba tiempo completo).

Con relación a la dinámica dentro del hogar, se encontró que el 51.61% de éstos tenían al menos una persona que aportaba a su economía y en el 48.49% aportaban más de 2 personas. Al preguntarle a las participantes por el número de personas que dependían económicamente de ellas, estas respondieron en un 16.12% que no tenían ninguna persona que dependiera de ella, mientras que el 52.68% tenían hasta 2 personas dependientes y en un 20.43% tenían 3 o más personas.

Finalmente, el tipo de vivienda en el que las participantes vivía en la mayoría era rentada (49.46%), 41.49% vivía en casa propia y el 8.60% en casa o apartamento prestado.

6.2. Prevalencia y puntajes de las Escalas de Síntomas de Estrés Postraumático y Ansiedad Generalizada, y su comorbilidad

En este apartado se describen la prevalencia y puntos de corte de las escalas de Síntomas de Estrés Postraumático y Síntomas de Ansiedad Generalizado de las mujeres de línea de base y su comorbilidad.

A continuación, la tabla 5, describe que el 73.12% (IC95%: 63 - 81) de las mujeres participantes presentaba sintomatología positiva de estrés postraumático. El punto de corte para un puntaje positivo en esta escala (HTQ) fue de 2.50 (± 0.04 DE, rango: mín=1, máx=4). Con relación a la Escala de ansiedad (HSCL-A) 76 mujeres, es decir el 80.85% (IC95%: 71 - 88) presentaron sintomatología positiva, con un punto de corte de 1.70 (± 0.04 DE, rango: mín=1, máx=4) (45,91). Se evidencia una prevalencia alta en los dos trastornos por separado.

La comorbilidad definida como la presencia de más de un diagnóstico en una persona de manera simultánea (45,69), se midió a través de la frecuencia de los síntomas en salud mental de cada participante y mediante la adición del punto de corte para el puntaje positivo en cada escala.

Tabla 5. Prevalencia de Síntomas de Estrés Postraumático y Ansiedad Generalizada, y comorbilidad en mujeres que sufrieron violencia de pareja entre 2017 y 2018, en dos municipios del Valle del Cauca

ESCALA/SUBESCALA	No (%)	DE	IC95%
Prevalencia TEPT [n(%)](n=93)			
Diagnóstico positivo TEPT	68 (73.12)		63 - 81
Prevalencia TAG [n(%)](n=94)			
Diagnóstico positivo TAG	76 (80.85)		71 - 88
Comorbilidad TEPT-TAG			
Mujeres con presencia de ambos diagnósticos	62 (66)	-	56 - 75
Mujeres con presencia de uno de los diagnósticos	32 (34)	-	25 - 44
* Punto de corte TEPT 2.50 (DE 0.04) <i>Para el punto de corte del TEPT se usó como referencia el estudio de Torres et al 2016 (45).</i> * Punto de corte TAG 1.70 (DE 0.04). <i>Para el punto de corte TAG se usó el estudio de Goldberg y otros (92).</i> **Curva ROC TEPT: Sensibilidad=100%; Especificidad: 88% y Clasificación: 96.77%. Área bajo la curva=1 *** Curva ROC TAG: Sensibilidad=100%; Especificidad:77.78% y Clasificación: 95.74%. Área bajo la curva=1			

De manera que, en el 66% (IC95%: 56 - 75) de las participantes, se presentó comorbilidad en los puntajes de las escalas de Síntomas de Estrés Postraumático y de Ansiedad Generalizada.

6.3. Evaluación de posibles factores asociados a los síntomas de Estrés Postraumático y de Ansiedad Generalizada en mujeres víctimas de violencia de pareja

A continuación, se describen los análisis univariados de los posibles factores asociados en los puntajes positivos en las escalas de síntomas de Estrés Postraumático y de Ansiedad Generalizada, incluida la descripción de los tipos de violencia de pareja vividos por las participantes. Las variables resultado (síntomas de Estrés Postraumático y de Ansiedad Generalizada) fueron consideradas como una variable continua y por tanto se formula la necesidad de establecer un modelo lineal robusto, simple y múltiples para su análisis (ver tabla 6). Con la muestra de este estudio, el poder del estudio para variables continuas es mayor al 80%.

Tabla 6. Evaluación univariada de factores asociados con puntajes positivos en las escalas de síntomas en salud mental en mujeres que sufrieron violencia de pareja entre 2017 y 2018, en dos municipios del Valle del Cauca.

Variable de exposición	Variable resultado			
	Puntaje Estrés postraumático		Puntaje Ansiedad generalizada	
	Coeficiente (IC 95%)	Valor de p	Coeficiente (IC 95%)	Valor de p
Edad				
18 – 34 años (Referencia)				
35 – 50 años	-0.08 (-0.37 – 0.21)	0.58	0.13 (-0.22 - 0.49)	0.44
51 – 66 años	-0.20 (-0.73 - 0.31)	0.42	.06 (-0.43 - 0.56)	0.80
Estado Civil				
Soltera (Referencia)				
Casada	0.00 (-0.46 - 0.47)	0.98	-0.09 (-0.56 - 0.38)	0.70
Separada	0.23 (-0.14 - 0 .60)	0.22	0.25 (-0.11 - 0.63)	0.17
Unión libre	0.16 (-0.20 - 0.52)	0.37	0.51 (0.06 - 0.96)	0.02*
Situación sentimental				
Sin pareja (Referencia)				
Con pareja	0.19 (-0.08 - 0.47)	0.16**	0.25 (-0.07 - 0.57)	0.12**
Situación Laboral				
Si (Referencia)				
No	-0.09 (-0.38 - 0 .19)	0.51	-0.05 (-0.38 - 0.27)	0.74
Escolaridad				
Alta escolaridad (Referencia)				
Baja escolaridad	0 .17 (-0.10 - 0 .46)	0.22	0.31 (-0.01 - 0.64)	0.06*
Tipo Relación con el agresor				
Con Pareja (Referencia)				
Pareja anterior en convivencia	0.00 (-0.33 - 0.34)	0.97	-0.09 (-0.47 - 0.29)	0.64
Pareja anterior sin convivencia	-0.54 (-0.85 – (-0.23))	0.00*	-0.48 (-0.86 – (-0.11))	0.01*
Personas aportan Económicamente				
2 personas (Referencia)				
Ninguna persona	0.81 (0.45 - 1.16)	0.00*	0.81 (0.34 - 1.27)	0.00*
1 persona	0.20 (-0.11 - 0.52)	0.21	0.14 (-0.21 - 0.51)	0.42

Variable de exposición	Variable resultado			
	Puntaje Estrés postraumático		Puntaje Ansiedad generalizada	
	Coeficiente (IC 95%)	Valor de p	Coeficiente (IC 95%)	Valor de p
≥3 personas	0.20 (-0.14 - 0.55)	0.23	0.35 (-0.14 - 0.86)	0.16
Personas en el hogar				
2 (Referencia)				
Entre 3 y 5	0.10 (-0.27 - 0.48)	0.57	0.20 (-0.14 - 0.55)	0.25
Mas de 6	0.01 (-.44 - 0.47)	0.94	0.05 (-0.43 - 0.54)	0.81
Personas que dependen Económicamente				
0 (Referencia)				
Entre 1 y 2	0.20 (-0.22 - 0.64)	0.34	0.20 (-0.17 - 0.58)	0.29
Mas de 3	0.02 (-0.45 - 0.50)	0.92	0.26 (-0.19 - 0.71)	0.26
Consumo de SPA	0.06 (-0.40 - 0.53)	0.79	0.02 (-0.50 - 0.55)	0.92
Tipo Vivienda				
Propia (Referencia)				
Prestada	-0.06 (-0.37 - 0.24)	0.66	0.11 (-0.23 - 0.45)	0.52
Rentada	0.07 (-0.32 - 0.48)	0.70	0.31 (-0.32 - 0.95)	0.33
Situación de Discapacidad				
No (Referencia)				
Si	-.06 (-0.43 - 0.30)	0.72	0.08 (-0.34 - 0.50)	0.70
Régimen de Salud				
Contributivo (Referencia)				
Subsidiado	0.19 (-0.14 - 0.53)	0.26	0.30 (-0.07 - 0.68)	0.11
Tipo de Violencia (Escala SVAWS)				
Violencia Física	0.35 (-0.25 - 0.95)	0.25**	0.13 (-0.51 - 0.79)	0.67**
Violencia Psicológica	0.48 (-0.04 - 1.02)	0.07*	0.38 (-0.26 - 1.03)	0.24**
Violencia Sexual	0.27 (-0.01 - 0.56)	0.05*	0.09 (-0.24 - 0.43)	0.58**
*Significancia con $p \leq 0.10$				
**Variable incluida por razones teóricas				

Se realizó un análisis de regresión lineal robusta (paso a paso) con los puntajes en las escalas de estrés postraumático y ansiedad generalizada (variables resultado) y cada uno de los factores descritos en la tabla 1 (variables de exposición). Una vez

corridos los análisis de regresión lineal robusta y simple, se observaron los factores asociados que explicaban significativamente ($p \leq 0.10$) los puntajes altos en las escalas de síntomas en salud mental, los cuales clasificaron para ser analizados en el modelo de regresión lineal robusta multivariada seleccionando uno a uno los factores asociados significativamente ($p \leq 0.10$) hasta obtener el modelo más parsimonioso. Haciendo los análisis univariado se encontró que:

La variable edad, se recategorizó por tertiles así: 1=18 – 34 años, 2= 35 – 50 años y 3=51 – 66 años, con el propósito de que los grupos fueran balanceados, siendo el grupo de mujeres entre los 18 y 34 años la categoría de referencia. Esta categoría no significativa para ninguna de las variables resultado.

La categoría Estado Civil fue organizada así: 1=solteras, 2=Casada, 3=Separada y 4=Unión libre, siendo la de referencia el grupo de las mujeres solteras. Se observó que las mujeres en unión libre con un $p=0.02$ ($R^2 = 0.08$; $F=0.08$) presentaron peores puntajes en la escala de síntomas de ansiedad generalizada en comparación con las solteras, siendo esta relación significativa.

En cuanto a situación sentimental, se tomó como referencia las mujeres que se encontraban sin pareja en contraste con las que tenían pareja, la cual en ninguno de los resultados fue significativa (TEPT: $p=0.16$ y TAG: $p=0.12$). Sin embargo, se decidió forzarla en el análisis multivariado por asunto del marco teórico- conceptual. Asimismo, la variable situación laboral que indagaba si las mujeres laboraban o no, tampoco fue significativa, siendo el grupo de las mujeres que no laboraban la categoría de referencia.

Por otro lado, la categoría de escolaridad se recategorizó en escolaridad alta y baja, la primera incluyó a las mujeres que tenían un nivel de escolaridad igual o superior a la básica secundaria completa, mientras que la segunda incluía a las mujeres que no tenían ningún estudio o con un nivel inferior a básica secundaria. El grupo de mujeres de escolaridad alta fue el de referencia. Se observó que las mujeres que tenían una baja escolaridad con respecto a las de escolaridad alta presentaron puntaje alto en la escala de síntomas de ansiedad generalizado, siendo significativa esta relación con un $p=0.06$ ($R^2=0.03$; $F=0.06$).

La categoría relación con el agresor, se recategorizó en tres grupos así: 0=pareja actual (en y/o sin convivencia), 1=pareja anterior en convivencia y, 3= pareja anterior sin convivencia. Siendo el grupo de mujeres con pareja actual el de referencia. Durante el análisis en Stata® 14, esta variable se registró como indicadora. Siendo significativo hay que considerar que las mujeres que han sido agredidas por su

expareja con la que no conviven tienen peores puntajes en las escalas de síntomas de estrés postraumático ($p=0.06$; $R^2=0.01$; $F=0.22$). y de síntomas de ansiedad generalizado ($p=0.06$; $R^2=0.07$; $F=0.02$). en comparación con las mujeres que tienen una pareja actual.

La categoría que indagó sobre el número de personas que aportan a la economía del hogar se reorganizó en cuatro grupos así: 1= ninguna persona aporta económicamente, 2=1 persona que aporta económicamente, 3= 2 personas que aportan económicamente y 4= 3 o más personas que aportan. Usando como referencia el grupo en el que 2 personas aportan económicamente en el hogar. Se encontró que las mujeres que vivían en un hogar donde ninguna persona aportaba económicamente al hogar, es decir el 3% de la muestra, eran las que peor puntaje tenían en las escalas de estrés postraumático ($p=0.00^*$; $R^2=0.05$; $F=0.00$) y ansiedad generalizada ($p=0.00$; $R^2=0.04$; $F=0.00$), siendo significativa esta relación

La categoría número de personas en el hogar, se reorganizó en 3 subgrupos: 1: conformada por al menos 2 personas, 2: conformada de 3 a 5 personas, y 3: por 6 o más personas. Siendo la categoría de referencia, el grupo de los hogares conformado por al menos 2 personas. Los resultados de esta variable no son significativos.

La categoría dependencia económica, se reorganizó en 3 subgrupos: 0: conformada por al menos 2 personas, 1: conformada de 3 a 5 personas, y 2: por 6 o más personas. Siendo la categoría de referencia, el grupo de los hogares conformado por al menos 2 personas. Los resultados de esta variable no son significativos. Tampoco resultó ser significativa las variables de Consumo de SPA

La categoría tipo de vivienda se organizó en 3 subgrupos así: 0: vivienda propia, 1: alquilada, y 2: prestada. Siendo la categoría de referencia, el grupo de las mujeres que viven en una vivienda propia. Se observa, que las variables situación de discapacidad y régimen en salud, no tiene significancia estadística

La categoría tipo de violencia se encuentra subdividida en 3 grupos: 1=Tipo de Violencia física, 2=Psicológica y, 3=violencia Sexual. Esta variable se forzó en el análisis multivariado. Los subgrupos de violencia psicológica ($p=0.07$; $R^2=0.00$; $F=0.24$) y la sexual ($p=0.05$; $R^2=0.00$; $F=0.58$) resultaron ser significativo en las mujeres que tuvieron puntajes de síntomas de estrés postraumático. Durante los análisis multivariados se forzó por razones teórico-conceptual.

Los modelos univariados indicaron las variables que se exploraron en el modelo múltiple, para verificar la posible asociación entre los factores: estado civil, situación sentimental, escolaridad, tipo de relación con el agresor y personas que aportan

económicamente al hogar, con puntajes positivos en las escalas de síntomas en salud mental, aplicaron para el modelo multivariado de la regresión lineal robusta valores con una $p < 0,10$. Esta modelación se realizó con el método paso a paso buscando el modelo parsimonioso (ver tabla 6 y 7).

Luego de la modelación con la regresión lineal robusta y simple, se incluyeron en un modelo global los factores: estado civil, situación sentimental, escolaridad, Violencia física, Psicológica, violencia Sexual, tipo de relación con el agresor y personas que aportan económicamente al hogar ($p < 0,10$). Estas variables se fueron retirando paulatinamente del modelo hasta encontrar uno que lograra explicar la relación entre los factores y puntajes en la escala de síntomas de estrés postraumático y puntajes en la escala de ansiedad generalizada.

Los análisis multivariados indicaron que existen 3 variables que se asocian significativamente con la variable resultado puntajes en la escala de síntomas de estrés postraumático que son: relación con el agresor, personas que aportan económicamente al hogar y violencia psicológica (ver tabla 6). Siendo este modelo el que finalmente mejor explica la posible asociación entre algunas características socioeconómicas de las participantes con puntajes altos en la escala de síntomas de ansiedad.

La tabla 7 describe que la categoría pareja actual con o sin convivencia en comparación con haber tenido una pareja anterior sin convivencia se relaciona inversamente (coeficiente -0.52 ; IC95%: -0.83 a -0.21), con puntajes en la escala de síntomas de estrés postraumático con un $p = 0.001$ ($R^2 = 0.17$; $F = 0.00$). Es decir, que hay menos síntomas de estrés postraumático cuando se ha tenido una pareja anterior sin convivencia cuando se compara con una pareja actual con o sin convivencia. Lo mismo ocurre con una pareja anterior en convivencia cuando se compara con una pareja actual con o sin convivencia, que también marca menos puntaje en la escala de síntomas de estrés postraumático.

Tabla 7. Factores asociados al puntaje en la escala de síntomas de estrés postraumático en mujeres que sufrieron violencia de pareja entre 2017 y 2018, en dos municipios del Valle del Cauca

Variable de exposición	Estrés postraumático	
	Coeficiente (IC 95%)	Valor de p
Tipo Relación con agresor		
Con Pareja (Referencia)		
Pareja anterior en convivencia	-0.03 (-0.43 - 0.36)	0.87
Pareja anterior sin convivencia	-0.52 (-0.83 – (-0.21))	0.00*
Personas aportan económicamente		
2 personas (Referencia)		
Ninguna persona	0.64 (0.16 - 1.12)	0.01*
1 persona	0.14 (-0.17 - 0.46)	0.37
≥3 personas	0.21 (-0.09 - 0.52)	0.16
Tipo Violencia		
Violencia Psicológica	0.43 (0.02 - 0.84)	0.03*
*Significancia con $p \leq 0.05$		

Asimismo, se evidencia que el puntaje de la violencia psicológica se asocia positivamente con puntajes en la escala de síntomas de estrés postraumático, donde por cada cambio en la unidad del puntaje de violencia psicológica hay un cambio de 0.43 unidades en el puntaje de la escala de síntomas de estrés postraumático ($p=0.03$; IC95%: .02 a .84).

Estos resultados también muestran que hay un aumento entre el puntaje de la escala de síntomas de estrés postraumático y el hecho de que dentro del hogar de estas mujeres no haya ninguna persona que aporte en la economía de este. Esta asociación fue significativa con un $p=0.01$ (IC95%:0.16-1.12). Es decir que, el puntaje en la escala de síntomas de estrés postraumático aumenta si en un hogar no hay quién aporte económicamente en comparación con los hogares que tiene al menos una persona aportando.

Por otro lado, los análisis multivariados de la regresión lineal robusta (paso a paso) de factores asociados con la variable resultado puntajes en la escala de síntomas de ansiedad generalizada mostraron que existen 2 factores (estado civil y número de personas que aportan económicamente en el hogar) con los cuales se asocian significativamente (ver tabla 8).

Tabla 8. Factores Asociados al puntaje en la escala de síntomas de ansiedad generalizada en mujeres que sufrieron violencia de pareja entre 2017 y 2018, en dos municipios del Valle del Cauca

Variable de exposición	Ansiedad generalizada	
	Coeficiente (IC 95%)	Valor de p
Estado Civil		
Soltera (Referencia)		
Casada	-0.03 (-0.53 - 0.47)	0.90
Separada	0.23 (-0.15 - 0.62)	0.23
Unión libre	0.52 (0.06 - 0.98)	0.02*
Personas aportan Económicamente		
2 personas (Referencia)		
Ninguna persona	0.85 (0.26 - 1.43)	0.00*
1 persona	0.06 (-0.30 - 0.44)	0.71
≥3 personas	0.22 (-0.26 - 0.71)	0.37
*Significancia con $p \leq 0.10$		

La tabla 8 describe que las mujeres que tienen un estado civil de unión libre comparada con las mujeres que están solteras se relaciona positivamente (coeficiente .52; IC95%: .06 a -.98), con el incremento en los puntajes en la escala de síntomas de ansiedad generalizada con un $p=0.027$ ($R^2=0.11$; $F=0.02$). Es decir, que las mujeres tienen mayores puntajes en la escala de síntomas de ansiedad generalizada cuando están en unión libre. Lo mismo ocurre con las mujeres separadas si se comparan con las que están solteras. Mientras que las que están casadas presentan valores inversos en los puntajes de síntomas de ansiedad generalizada, siendo una asociación no significativa.

La tabla 8 también se describen una asociación positiva entre los puntajes en la escala de síntomas de ansiedad generalizada y el número de personas que aportan económicamente en el hogar. De manera que el puntaje en la escala de síntomas de ansiedad generalizada aumenta 0.85 (IC95%:0.26-1.43), en las mujeres que en su hogar no hay ninguna persona que aporte económicamente en comparación con los hogares de las mujeres que tiene al menos una persona aportando. Esta asociación fue significativa con un $p=0.005$ ($R^2=0.11$; $F=0.02$).

En el análisis univariado clasificaron para el análisis multivariado los valores con una $p \leq 0.10$. Posteriormente en los análisis multivariados usando la regresión lineal robusta, se pudo evidenciar que efectivamente existe una comorbilidad de 0.66 (IC95%:0.56-0.76), entre los puntajes en la escala de síntomas de Estrés Postraumático y los puntajes en la escala de síntomas de Ansiedad Generalizado que es significativa con un $p=0.00$ ($R^2=0.00$), explicada por el tipo de relación con el agresor y el número de personas que aportan económicamente en el hogar, ya

que las variables estado civil y tipo de violencia psicológica perdieron significancia estadística en el modelo multivariado.

Por otro lado, la tabla 9 describe las características de las mujeres según la presencia o no de comorbilidad entre síntomas de estrés postraumático y síntomas de ansiedad generalizado. Se observa que los grupos de edad hay mayor comorbilidad en el grupo de mujeres de 35 a 50 años. También hubo poca frecuencia de comorbilidad en las mujeres que estaban con una pareja sentimental y mayor comorbilidad en las mujeres de estado civil soltera.

Tabla 9. Análisis exploratorio de las variables de exposición con la comorbilidad entre síntomas de estrés postraumático y ansiedad generalizada en mujeres víctimas de violencia entre 2017 y 2018

Variables	No	Si
	n(%)	n (%)
Nivel Individual		
Edad [n(%)]		
18-34 años	16 (17.20)	27 (29.03)
35-50 años	12 (12.90)	26 (27.96)
51 – 66 años	4 (4.30)	8 (8.60)
Baja Escolaridad [n(%)]		
No	21 (22.34)	33 (35.11)
Si	11 (11.70)	29 (30.85)
Situación sentimental [n(%)]		
Sin pareja	19 (20.21)	30 (34.04)
Con pareja	13 (13.83)	32 (34.04)
Estado Civil [n(%)]		
Soltera	15 (15.96)	26 (27.66)
Casada	4 (4.26)	6 (6.38)
Separada	6 (6.38)	14 (14.89)
Unión libre	7 (7.45)	16 (17.02)
Discapacidad [n(%)]		
No	27 (28.72)	53 (56.38)
Si	5 (5.32)	9 (9.57)
Nivel Microsistema		
Relación con agresor [n(%)](n=93)*		
Pareja	10 (10.87)	31 (33.70)
expareja con convivencia	5 (5.43)	19 (20.65)
expareja sin convivencia	16 (17.39)	11 (11.96)
Consumo SPA [n(%)]		

No	29 (30.85)	54 (57.45)
Si	3 (3.19)	8 (8.51)
Tipo de vivienda [n%](n=93)		
Prestada	15 (16.13)	24 (25.81)
Propia	14 (15.05)	32 (34.41)
Rentada	2 (2.15)	6 (6.45)
Nivel Mesosistema		
Régimen de salud [n%]		
Contributivo	7 (7.45)	10 (10.64)
Subsidiado	25 (26.60)	52 (55.32)
Situación laboral [n%]		
No	12 (12.77)	25 (26.60)
Si	20 (21.28)	37 (39.36)
Persona aporta economía [n%](n=93)		
Ninguna persona	14 (15.05)	20 (21.51)
1 persona	0	3 (3.23)
2 persona	14 (15.05)	31 (33.33)
≥3 personas	4 (4.30)	7 (7.53)
Dependencia económica [n%](n=83)		
Ninguna persona	6 (7.23)	9 (10.84)
1 a 2 personas	17 (20.48)	32 (38.55)
≥3 personas	7 (8.43)	12 (14.46)

Por otro lado, también se evaluaron los factores asociados con la comorbilidad de síntomas de estrés postraumático y ansiedad generalizada en mujeres víctimas de violencia de pareja (ver tabla 10). El modelo múltiple realizado a través de regresión logística de la comorbilidad (ver tabla del análisis univariado para comorbilidad en el Anexo H) muestran que la severidad de la violencia física sufrida por las participantes que convivían con su expareja se comportó como un factor de riesgo para la presencia de comorbilidad entre los síntomas en salud mental (OR: 1.04 IC95% 0.29 – 3.69) respecto de las que no tenían siendo esta relación estadísticamente significativa ($p=0.002$).

Tabla 10. Comorbilidad de síntomas de estrés postraumático y ansiedad generalizada en mujeres que sufrieron violencia de pareja entre 2017 y 2018, en dos municipios del Valle del Cauca

Variable de exposición	Comorbilidad	
	OR (IC 95%)	Valor de p
Tipo Relación con agresor		
Con Pareja (Ref.)	1	
Expareja en convivencia	1.04 (0.29 – 3.69)	0.94
Expareja sin convivencia	0.15 (0.04 – 0.49)	0.002*
Severidad Violencia Física		
Sin violencia física** (Ref.)	1	
Con violencia física	2.13 (1.15 – 3.96)	0.016*
*Significancia con $p \leq 0.05$		
** 85 mujeres de las 93 que reportaron tenían algún nivel de violencia física (ver tabla 11)		

Como se observa en la tabla 10, la asociación cruda entre un diagnóstico positivo de comorbilidad entre estrés postraumático y ansiedad generalizada en función del tipo de relación con el agresor y la severidad de la violencia física sufrida por las mujeres es estadísticamente significativa ($p=0.09$). Se encontró que las mujeres con una pareja anterior sin convivencia tienen una menor probabilidad de presentar una comorbilidad comparadas con las mujeres que tienen una pareja actual convivan o no con ella.

6.4. Tipo y severidad de la violencia de pareja asociados a puntajes en la escala de síntomas de Estrés Postraumático y síntomas de Ansiedad Generalizado en mujeres entre 2017 y 2018

En este apartado se describe el porcentaje según el tipo y severidad de la violencia que sufrieron las mujeres de este estudio en su relación de pareja y que están asociados con puntajes en las escalas de síntomas de Estrés Postraumático y síntomas de Ansiedad Generalizada. En este estudio todas las mujeres estuvieron expuestas al menos a un tipo de violencia en su relación de pareja, siendo este un criterio de inclusión de la investigación.

El índice de severidad de la violencia que experimentaron las participantes durante los últimos doce meses según el tipo de violencia generado por su pareja o expareja, fue construida usando la propuesta metodológica de Valdez-Santiago y otros (41), y analizando las respuestas de las participantes en la escala de Severidad de la Violencia contra la mujer (SVAWS)(87) que se describen plenamente en la sección 5.8 (análisis estadístico). La severidad de la violencia de pareja se organizó conceptualmente según tres tipos de violencia: física, psicológica y sexual; reconfigurados según punto de corte en niveles de severidad (ver tabla 3).

A continuación, en la tabla 11 se presentan los porcentajes del tipo y severidad de la violencia de pareja sufrida por las mujeres entre 2017 y 2018, asociados con puntajes en las escalas de síntomas de Estrés Postraumático y síntomas de Ansiedad Generalizado.

En la tabla 11 se observa que el porcentaje de mujeres con violencia física fue de 91.40% (IC95%: 83.54 -95.69); para el 48.39% de estas mujeres esta violencia fue leve, en el 24.73% fue moderada y el 18.28% fue violencia física grave. Por otro lado, el porcentaje de mujeres que informó haber experimentado violencia psicológica fue del 96.77% (IC95%: 90.28 - 98.97); para el 50% esta violencia fue leve, el 26.88% fue moderada, y para 19.35% fue grave.

Tabla 11. Porcentaje del tipo y severidad de la violencia de pareja sufrido por las mujeres entre 2017 y 2018, en dos municipios del Valle del Cauca

Tipo y severidad de la violencia de pareja	Porcentaje del tipo y severidad de la violencia de pareja	
	n (%)	IC95%
Violencia Física (n=93)	85 (91.40)	(83.54 - 95.69)
*Severidad Violencia Física		
Leve	45 (48.39)	(38.25 – 58.65)
Moderado	23 (24.73)	(16.89 – 34.68)
Grave	17 (18.28)	(11.57 – 27.65)
Violencia Psicológica (n=93)	90 (96.77)	(90.28 - 98.97)
**Severidad Violencia Psicológica		
Leve	47 (50.54)	(40.30 – 60.72)
Moderado	25 (26.88)	(18.72 – 36.96)
Grave	18 (19.35)	(12.44 – 28.84)
Violencia Sexual (n=92)	54 (58.70)	(48.21 – 68.44)
***Severidad Violencia Sexual		
Grave	54 (58.70)	(48.21 – 68.44)

Punto corte:

***SVF:** leve (1- 65.61 puntos); moderado (65.62 – 112.91 puntos), y grave (112.92 - 222 puntos)

****SVP:** leve (1- 46.94 puntos); moderado (46.95 – 80.44 puntos), y grave (80.54 - 111 puntos)

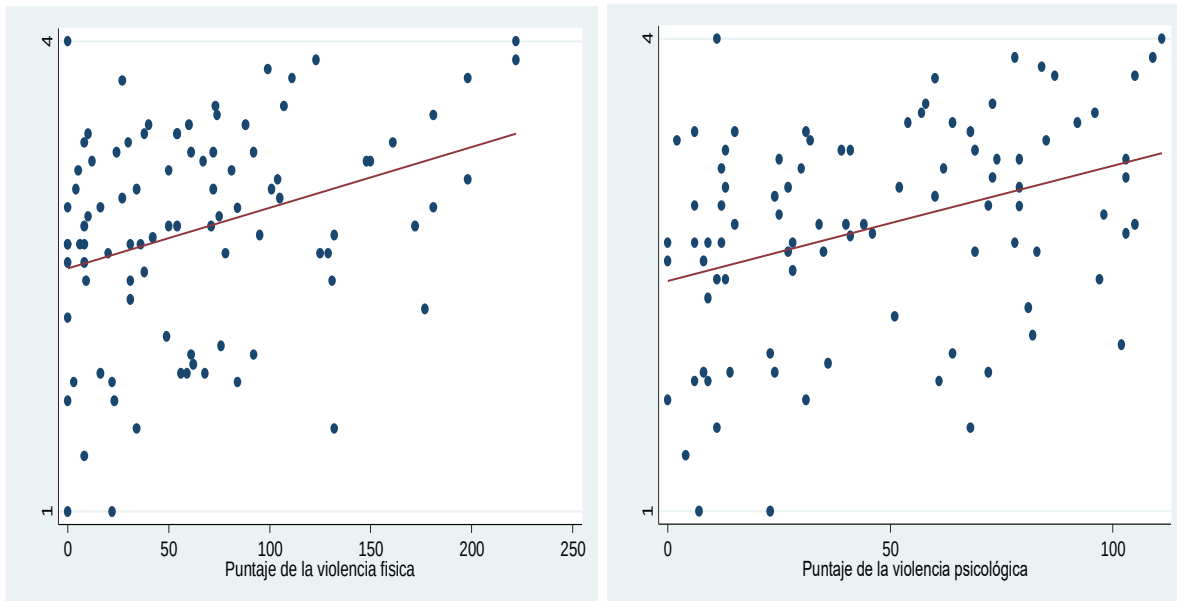
*****SVS:** no caso (0 puntos) y grave (1 - 12 puntos)

Asimismo, se encontró que el 41.30% de las mujeres no sufrió violencia sexual en su relación de pareja (valores iguales a 0), y el 58.70% (IC95%: 48.21 – 68.44) notificaron una severidad grave. Durante el análisis univariado tanto la violencia psicológica como la sexual se asociaron de forma significativa con puntajes en la escala de síntomas de estrés Postraumático. Mientras que con la escala de síntomas de ansiedad generalizada se asoció significativamente con la violencia de pareja física y psicológica.

6.4.1. Relación entre el tipo de violencia de pareja y los puntajes de las escalas de síntomas de Estrés Postraumático y síntomas de Ansiedad Generalizado.

En este apartado se describe la relación entre los diferentes tipos de violencia de pareja y los puntajes en las escalas de síntomas de Estrés Postraumático y síntomas de Ansiedad Generalizado. De manera que, se presenta la correlación entre la violencia psicológica y física, y los puntajes en las escalas de síntomas de Estrés Postraumático (ver gráfico 2), y síntomas de Ansiedad usando el coeficiente de correlación de Spearman (ver gráficos 3). Asimismo, se presenta la correlación entre la violencia sexual y los puntajes en las escalas de síntomas de Estrés Postraumático y síntomas de Ansiedad Generalizada.

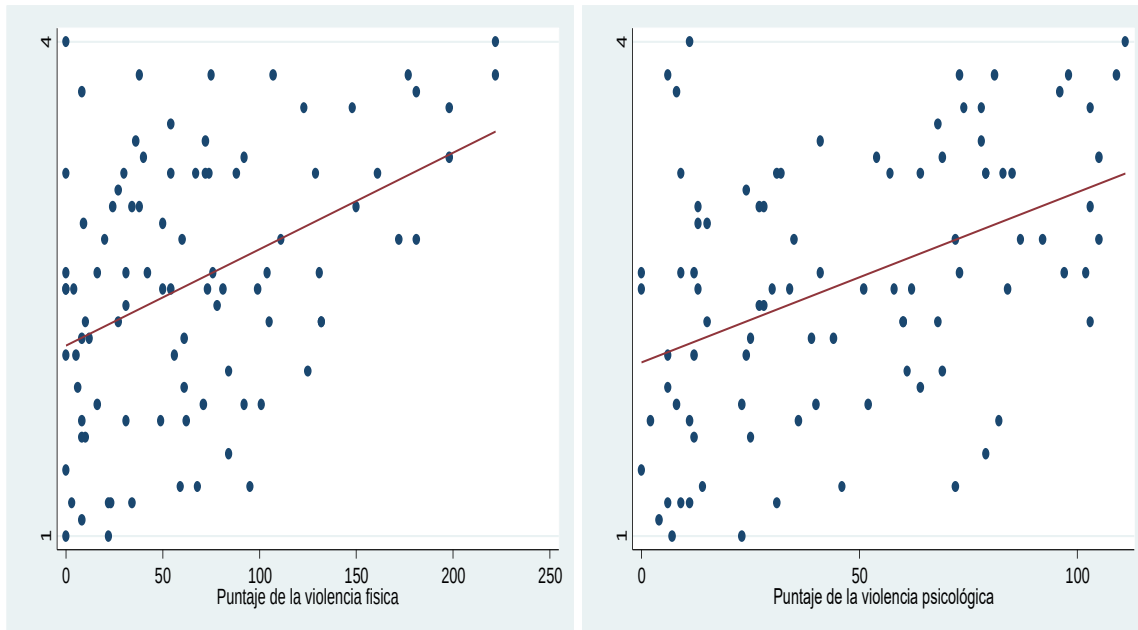
Gráfico 2. Relación entre puntajes de la violencia de pareja y la escala de síntomas de Estrés Postraumático en mujeres entre 2017 y 2018



El gráfico 2, muestra el análisis de correlación entre los puntajes de la violencia de pareja física y psicológica y la escala de síntomas de Estrés Postraumático en mujeres entre 2017 y 2018. Así, las correlaciones entre los diferentes tipos de violencia de pareja (física y psicológica) y la escala de síntomas de estrés postraumático fueron positivas leves y significativas ($p>0,01$). También se describe que, un aumento en el puntaje del tipo de la violencia de pareja sufrida por la mujer significa un aumento en el puntaje de esta escala.

Por otro lado, en el gráfico 3 se describe el análisis de correlación entre los puntajes de la violencia de pareja física y psicológica y la escala de síntomas de síntomas de Ansiedad Generalizada de las mujeres entre 2017 y 2018. Mostrando que, las correlaciones entre los diferentes tipos de violencia de pareja (física y psicológica) y la escala de síntomas de ansiedad generalizada fueron positivas y significativas ($p>0,01$).

Gráfico 3. Relación entre puntajes de la violencia de pareja y la escala de síntomas de Ansiedad Generalizada en mujeres entre 2017 y 2018



El gráfico 3, también describe que, un aumento en el puntaje del tipo de la violencia de pareja sufrida por la mujer significa un aumento en el puntaje de la escala de síntomas de ansiedad generalizada.

La tabla 12 describe que el coeficiente de correlación entre la violencia física y los puntajes en la escala de estrés postraumático fue de 0.30 ($p>0,05$), siendo que a más violencia física mayor puntaje en la escala de síntomas de estrés postraumático. El coeficiente de correlación entre la violencia psicológica y los puntajes en la escala de estrés postraumático fue 0.37 ($p>0,05$), de manera que, a más violencia psicológica mayor será el puntaje en la escala de estrés postraumático.

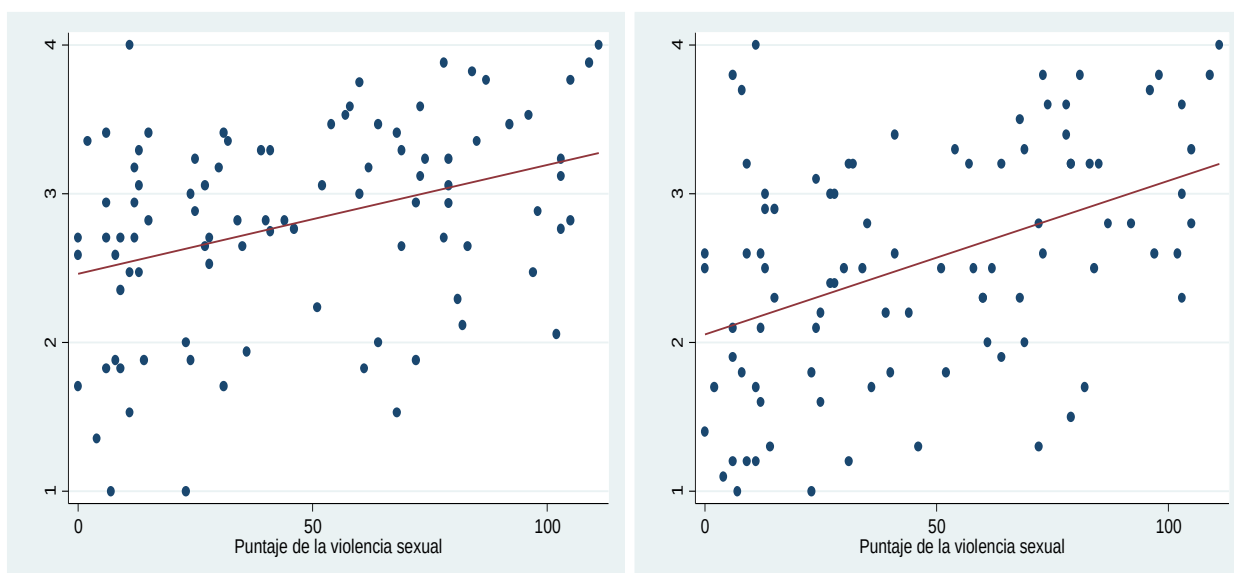
Tabla 12. Correlaciones entre tipos de violencia de pareja y puntajes en las escalas de síntomas de Estrés Postraumático y síntomas de Ansiedad Generalizado en mujeres entre 2017 y 2018

Tipo de Violencia	Coeficiente Correlación de Spearman	
	Puntaje escala de estrés postrauma	Puntaje escala de ansiedad generalizada
Violencia Física	0.30*	0.43*
Violencia Psicológica	0.37*	0.36*

*Correlación significativa a nivel 0,1 (bilateral)

De igual modo, el coeficiente de correlación entre la violencia física y los puntajes en la escala de ansiedad generalizada fue de 0.43 ($p>0,03$), siendo que a más violencia física mayor puntaje en la escala de síntomas. El coeficiente de correlación entre la violencia psicológica y los puntajes en la escala de ansiedad generalizada fue 0.36 ($p>0,05$), de manera que, a más violencia psicológica mayor será el puntaje en la escala de síntomas de ansiedad generalizada.

Gráfico 4. Relación entre puntajes de la violencia sexual y las escalas de síntomas de Estrés Postraumático y Ansiedad Generalizado en mujeres entre 2017 y 2018



Igualmente, en la gráfica 4 se observa que el puntaje de la violencia sexual no se asocia con puntajes en la escala de síntomas de ansiedad generalizada ni con síntomas de estrés postraumático.

Por su parte, los resultados del Análisis de Varianza (ANOVA) de los puntajes de la violencia sexual y las escalas de síntomas de Ansiedad Generalizado de las mujeres entre 2017 y 2018 demuestran que no hay diferencia estadísticamente significativa ($p=0.57$) mientras que para los síntomas de estrés postraumático el puntaje promedio de los grupos varía significativamente ($p=0.05$).

7. Discusión

A continuación, se presentan la discusión de los resultados a la luz de este propósito.

7.1. Hallazgos principales

Objetivo 1: prevalencia y el puntaje de las escalas de síntomas en salud mental y su comorbilidad.

En este estudio se encontró que la prevalencia de los síntomas de Estrés Postraumático en mujeres víctimas de violencia de pareja en esta investigación fue de 73.12%, superior a la reportada en el estudio de Aguirre y otros (93) en una muestra chilena que fue de 66.7%; el estudio de Medina-Mora con población mexicana (28), y el trabajo realizado por Stein y otros (32,45), en una muestra de mujeres que asistieron a un Centro de Atención Primaria. Esta prevalencia comparada con la estimación general de 10% para la población con trastorno en salud mental es más alta (66). La variación en las prevalencias son explicados por las diferencias en las muestras de estos estudios y por los instrumentos utilizados para medir tanto la violencia de pareja como los síntomas de trastorno de estrés postraumático (62,94).

Igualmente, se logró identificar que la prevalencia de los Síntomas de Ansiedad Generalizado de esta investigación fue de 80.85%. Así, se encontró que los síntomas de ansiedad generalizada en las mujeres víctimas de violencia de pareja son más prevalentes que la sintomatología de estrés postraumático; estos resultados difieren de lo documentado en otros estudios (15,24,31). Los trastornos de ansiedad tienen una prevalencia de vida significativamente mayor en la muestra total de mujeres víctimas de violencia de pareja que en muestras epidemiológicas (62,94). Es probable que el miedo experimentado en los hechos de violencia de pareja se asocie a ciertos estímulos presentes en la situación traumática, generando una fobia a esos estímulos (15).

Por lo anterior, las diferencias observadas en estos resultados al compararse con otros países, pareciera no diferir en las prevalencias del problema en distintos momentos y territorios, y sí con razones de tipo metodológicas. Primero porque estos estudios se han desarrollado con muestras diferentes y segundo, porque las características de estas muestras no admiten generalizar los resultados observados. Según Johnson (63), los estudios sobre la estimación de la prevalencia en estas áreas presentan sesgos que son precisados en dos falacias en los muestreos; la primera es la Falacia Clínica, debido a que las mujeres que acuden a pedir ayuda representan la totalidad de la población; y la segunda, es la Falacia de la Muestra Representativa: dónde las encuestas de muestras aleatorias presentan

las características y experiencia de toda la población que manifiesta tener el problema estudiado (63).

Asimismo, se identificó que la comorbilidad entre los puntajes en las escalas de síntomas de estrés postraumático y ansiedad generalizada en las mujeres víctimas de violencia de pareja que participaron en este estudio fue de 66%, siendo superior a la reportada en investigaciones con mujeres inmigrantes latinas que sugirieron una coexistencia de 30% - 50% de las mujeres diagnosticadas (95). Si bien, los puntajes de estas comorbilidades difieren con los resultados de este estudio, esta comorbilidad podría ser explicadas mencionando que varios síntomas del trastorno de estrés postraumático se superponen con algunos síntomas de ansiedad generalizada, por ejemplo, la dificultad para dormir, el miedo, cuando la mujer se siente asustada sin razón o que fácilmente salta del susto, reacciones físicas o emocionales como sentir que el corazón acelera o que se le quiere salir, la respiración y sudoración cuando algo le recuerda de algo que ha ocurrido, estar en estado de alarma exagerada (38,68,96).

Tradicionalmente, es frecuente observar la coexistencia de dos o más trastornos mentales en mujeres víctimas de violencia de pareja y este estudio no fue la excepción (15,34). Sobre esta comorbilidad, cabe decir que las mujeres con una pareja anterior sin convivencia presentaron una comorbilidad más baja entre los puntajes de las escalas de síntomas en salud mental comparadas con las mujeres que tienen una pareja actual convivan o no con ella, siendo esta relación significativa.

Objetivo 2: la evaluación de las asociaciones entre factores de riesgo y los puntajes en las escalas de síntomas de TEPT y TAG.

La violencia de pareja tiene unas características específicas que han sido documentadas y se presentan de forma diferencial. Estos resultados son discutidos desde el modelo ecológico de factores asociados con la violencia ejercida por la Pareja (76).

Desde el nivel individual: se describen las características personales que impactan en los puntajes de las escalas de síntomas de TEPT y TAG, con análisis exploratorios y univariado de las variables: edad, estado civil, nivel de escolaridad, situación sentimental y situación de discapacidad, las cuales no fueron significativas en los puntajes de síntomas de TEPT y TAG.

La edad promedio de las mujeres que participaron en esta investigación fue de 36.27 (± 1.17 DE) pese a que la violencia de pareja afecta a las mujeres en todas las edades. Sin embargo, esta fue una muestra a conveniencia (debido a la participación voluntaria de las mujeres en el ensayo de prevención de base comunitaria) que tiene sus desventajas sobre todo para interpretar a la luz de la edad de las mujeres. En la Encuesta Nacional de Demografía y de Salud del 2015 (97), se identificó una muestra de mujeres con edades entre los 15 y 49 años. Las mujeres que tenían entre 30 y 34 años fueron las que en mayor porcentaje realizaron visitas en los centros de atención médica producto de la violencia sufrida. Mientras que otros estudios indicaron que la edad promedio oscilaba entre los 30 y 40 años (40,98), mostrando los porcentajes más altos en las mujeres de 44 a 64 años (99).

Con relación a la edad, se encontró que ésta no fue significativa con relación a los puntajes de TEPT y TAG, pese a que algunas investigaciones reportan una variación en las manifestaciones clínicas por edad y ciclo de vida, que en este estudio no se identificaron.

De igual modo, se encontró que las mujeres con estado civil unión libre tienen mayor puntaje en la escala de síntomas de ansiedad comparado con las mujeres solteras. Algunos autores explican que las mujeres que conviven en uniones consensuadas sufren mayores niveles de violencia de pareja que las mujeres que son casadas o están solteras debido a que buscar ayuda puede resultar complicado o difícil cuando se convive con el agresor en una relación que socialmente puede no ser vista con 'buenos ojos o de manera amoral' (40,71,100). Asimismo, se ha observado que, las amenazas, acosos, agresiones, el riesgo de sufrir violencia, y de morir suelen aumentar después de que la mujer se separa del agresor o intenta dejar a su pareja violenta (101,102).

Si bien diversos estudios documentaron una variación en los síntomas de TEPT según el ciclo de vida y el tipo de violencia sufrida como Pico-Alfonso (18–21), este no fue el caso.

Desde el nivel microsistema: representado en el entorno familiar y/o en la relación de pareja, indagando por variables como: tipo vivienda habitada, consumo de cigarrillo, alcohol o sustancias psicoactivas, la relación con el agresor, tipo y severidad de la violencia ejercida, número personas que conforman el hogar y personas con las que convive la participante.

En este estudio, la violencia psicológica en la relación de pareja se identifica como un factor asociado con puntajes altos en la escala de síntomas de TEPT, algo similar a lo encontrado en otras investigaciones como la de Nathanson (24), quién habían identificado la violencia psicológica en las relaciones de pareja como un predictor para TEPT, aunque este estudio no es de tipo causal. Según la definición conceptual del TEPT, si bien la violencia física se considera una amenaza a la vida y bienestar de la mujer (evidenciada con manifestaciones como el miedo, la indefensión aprendida y el terror), se ha observado que la violencia psicológica es un factor predictor con mayor fuerza del miedo que la violencia física (103), y que está más asociada en la aparición de síntomas de estrés postraumático en las mujeres víctimas que la frecuencia o nivel de severidad del daño físico soportado (103).

Es errado pensar que la violencia psicológica no es tan grave como la violencia física, dado que el abuso y maltrato emocional persistente genera consecuencias graves en la salud mental de quienes han experimentado violencia de pareja (19,23). Sin embargo, se ha documentado que el trastorno de estrés postraumático es la categoría diagnóstica más indicada para describir las secuelas psicológicas en las mujeres víctimas de violencia de pareja incluso cuando coexisten síntomas de otros trastornos presentes (94), como la ansiedad generalizada en este caso.

Se encontró que el tipo de relación que tenía la mujer con el agresor se asocia con puntajes en los síntomas de estrés postraumático. De manera que, entre más violencia psicológica exista por parte de la pareja hacia la mujer, ésta tendrá mayores puntajes en la escala de síntomas de estrés postraumático.

Desde el nivel mesosistema: en el que se identifican estructuras formales e informales como los vecinos, redes de apoyo y los entornos laboral y escolar de las mujeres a partir de la revisión de las variables: situación laboral, personas en el hogar, régimen de afiliación a salud, personas que aportan a la economía del hogar y personas que dependen económicamente. Se logró identificar que:

Los síntomas en salud mental de las mujeres (estrés postraumático y ansiedad generalizada) aumentan si en su hogar no hay quién aporte económicamente en comparación con los que tienen al menos una persona aportando. Esta variable fue significativa tanto para TEPT como para TAG. Lo que concuerda con estudios previamente revisados, dónde la dependencia económica de la mujer (tener pocos recursos económicos propios) con respecto a su pareja la ubican en una situación de vulnerabilidad, aumentando su probabilidad de empeorar su salud mental (15,104,105).

Por otro lado, las variables personas en el hogar y personas que dependen económicamente, suscitaron dificultades en su análisis y dejan a consideración algunos aspectos en los que habrá que seguir profundizando en otros estudios. Si bien en el cuestionario se pregunta por el número y las personas que conviven en el hogar, el número de personas que aportan económicamente y el número de las personas que dependen económicamente de la mujer dentro y fuera de su hogar, no es claro quiénes son esas personas que dependen económicamente (niños, jóvenes o personas adultas -madres o padres), y quiénes son la personas que aporta a la economía familiar. Queda sin precisar el papel que tienen las condiciones sociales y materiales en la violencia de pareja y que algunos autores han considerado 'estresores diarios' (106).

Con estas variables, son varias las razones que podrían explicar la asociación entre dependencia económica y la presencia de síntomas de ansiedad generalizada y estrés postraumático como, por ejemplo: la carencia de medios suficientes para mantenerse y a las personas que dependen económicamente de ella dentro y fuera de su hogar, el miedo, la preocupación por los gastos del hogar en una familia monoparental (siendo soltera o madre cabeza de familia), entre otros. Por lo que deberán ser explorados en estudios de tipo cualitativos.

Desde el nivel macrosistema: representa los valores y creencias culturales e ideológicas que se instauran en la sociedad y que son facilitadores de la producción de la violencia de pareja. Este estudio no tuvo alcance para este nivel.

Objetivo 3: tipo y severidad de la violencia de pareja asociados a los puntajes en las escalas de síntomas de TEPT y TAG.

El tipo de violencia de pareja que más reportaron haber sufrido las mujeres durante los últimos 12 meses en el marco de las relaciones de pareja, fue la psicológica (96.77%), seguida de la violencia física (91.40%), y en menor proporción la violencia sexual (58.70%), siendo consecuente con otros estudios revisados (22,97) en dónde la violencia psicológica es la más prevalente mientras que la violencia sexual es la menos prevalente (107). Dicha situación preocupa considerando que los problemas con la pareja y/o expareja, al igual que los conflictos económicos y los tipos de violencia sufrida, son un factor de riesgo en la incidencia del suicidio (108).

Los análisis indicaron que la violencia psicológica y la sexual se asociaron positivamente con puntajes altos en la escala de síntomas de estrés postraumático. Asimismo, los hallazgos de este estudio muestran una asociación positiva entre la severidad del tipo de violencia y peores puntajes en los síntomas de salud mental, tanto para estrés postraumático como para ansiedad generalizada (24,30,109). La violencia psicológica porque es la más compleja de identificar y determinar, por lo que el nivel de severidad debe ser calculado con relación a su frecuencia y el impacto subjetivo que la víctima reconoce, y la violencia sexual (como un tipo de maltrato físico) por el modo diferencial como se aborda.

El cálculo del índice de severidad de la violencia usando la metodología propuesta por Valdez y otros (41), permitió incorporar en el análisis de la violencia de pareja la gravedad con que se presentan las situaciones de violencia experimentadas por las mujeres en los últimos 12 meses y que representan un peligro real de incapacidad, suicidio o feminicidio.

7.2. Reflexiones sobre el uso del Modelo ecológico de factores asociados con la violencia de pareja en este estudio

El modelo ecológico de factores asociados con la violencia de pareja permite comprender que es un problema de salud pública y mental complejo, multicausal y multifactorial que se desarrolla en distintos niveles como factor de riesgo o protector.

Sin embargo, esta investigación se planteó como un análisis secundario de la línea de base (primera medición) del instrumento de tamizaje de problemas de salud mental para mujeres víctimas del macro estudio del Instituto CISALVA, usando como marco teórico-conceptual el Modelo ecológico de factores asociados con la violencia de pareja; el cual sirvió para recoger información acerca del estado de salud mental -síntomas de estrés postraumático y ansiedad generalizada-, así como el tipo y severidad de la violencia sufrida por las mujeres enfocado en los niveles individual y microsistema, pero me quedó corta para establecer relaciones causales y explicativas entre esos factores identificados.

Por lo anterior, considero que el uso de este marco teórico-conceptual haciendo un análisis secundario de datos solo permitió interpretar el problema parcialmente sin las complejidades de este evento de salud pública; y reflexiono en que hubiese sido interesante utilizar el modelo de determinantes sociales en salud con perspectiva de género. El modelo de determinantes sociales en salud, como un enfoque relevante para comprender no solo las explicaciones de cada uno de los factores de

riesgos sino para ofrecer una mirada más compleja de la problemática, enfatizando también en los niveles mesosistema y macrosistema como por ejemplo políticas públicas y sociales, imaginarios de género imperantes en la cultura, la estructura patriarcal, entre otros. Mientras que, la perspectiva de género, es un enfoque que permitiría ver cómo se articulan las relaciones de género en todos los aspectos de la vida humana de las mujeres víctimas de violencia de pareja, y cómo estas relaciones generan y perpetúan desigualdades con respecto a los hombres y otros géneros no hetero-normados (110). Todo esto, usando un diseño mixto que incluya instrumentos que permitan una mayor profundización en las relaciones con el agresor, los imaginarios de género y estereotipos sociales de las mujeres, los factores protectores para el cuidado y autocuidado de la salud mental de la mujer, redes de apoyo, relaciones comunitarias, servicios de salud, entre otros.

Hablar de violencia de pareja y salud mental desde una perspectiva de género implica asumir que estos como fenómenos socioculturales, económicos y políticos no son estáticos. Por el contrario, algunas investigaciones han postulado que los factores socioculturales juegan un papel relevante en la evolución y persistencia de problemas de salud mental, la cual se expone de modo diferencial en hombres y mujeres en función de los roles de género y la posición que ocupan socialmente.

7.3. Usos de esta investigación

Los resultados de este estudio resultan útiles para profundizar en el conocimiento de los síntomas en salud mental del estrés postraumático y ansiedad generalizada de las mujeres víctimas de violencia de pareja en una muestra comunitaria y para el posterior diseño de otras investigaciones.

El uso de un diseño transversal se convierte en una ventaja ya que permiten la caracterización de un problema y/o población, se cumplió el propósito de identificar las características socioeconómicas, la prevalencia de los síntomas de estrés postraumático y ansiedad generalizada y su comorbilidad, y el tipo y severidad de la violencia sufrida por las mujeres de una muestra de base comunitaria, que fueron atendidas por consulta externa o urgencia en centros de atención primaria en salud en dos municipios del Valle del Cauca.

El conocimiento de la alta prevalencia de TEPT y TAG en mujeres notificadas cómo víctimas de violencia de pareja pueden ser una justificación para la creación de programas de prevención dirigido a las instituciones prestadoras de atención primaria en salud y pueden alertar a las autoridades sanitarias sobre la ausencia o

dificultades en el funcionamiento de los programas establecidos para el seguimiento de las víctimas de violencia de género.

Estos resultados evidencian la importancia de construir programas de atención especializada para las mujeres víctimas de la violencia de pareja que respondan a sus necesidades en salud mental, por lo que la caracterización realizada en esta investigación pueden ser un punto de partida.

7.4. Limitaciones y fortalezas

Esta investigación por ser un análisis secundario de los datos del macroproyecto “evaluación de una intervención cognitivo-conductual”, arrastra inmersas algunas de sus limitaciones.

Primero, el diseño de corte transversal de esta investigación no admite indagar la temporalidad entre las variables de respuesta y las de exposición. De igual modo, el tamaño de la muestra de este estudio es pequeño y pese a que se trabajó con una población específica (línea de base), en el futuro sería deseable trabajar con un mayor tamaño de muestra para alcanzar resultados más concluyentes.

La dificultad para generalizar los resultados, no solo por el tipo de muestra utilizada sino también, porque los datos analizados en la base de este estudio se recopilaron en centros de atención primaria en salud ubicados en ciertas zonas de los dos municipios del Valle del Cauca; por lo que el campo de aplicación de sus resultados estará reducidos a estos territorios específicos y no se podrían extender a toda la población. De manera que, es importante, examinar los eventos traumáticos, describir los síntomas de salud mental presentes en las mujeres víctimas de violencia de pareja ajustados a las características de la población estudiada.

Asimismo, se identificó que en la recolección de la información del estudio macro, que facilitó la base de datos utilizada en esta investigación, usando como instrumento un cuestionario autoguiado para indagar por un evento traumático como la violencia de pareja pudo presentar un sesgo de memoria del participante (111). La evaluación de los acontecimientos traumáticos, el reducido diagnóstico que clarifique los límites entre el TEPT y el TAG evidencian dificultades en su definición a causa de los instrumentos, y además porque algunas de las víctimas no relacionan los síntomas que tienen con las experiencias traumáticas previas que ha vivido; sea omitiendo información por vergüenza, por lo doloroso que es hablar de la situación

o porque los mismos síntomas de TEPT cómo la evitación o la abstracción selectiva del TA no facilita que verbalice lo relacionado con el tema.

De igual manera, el tamizaje de forma rutinaria de la violencia de pareja ejercida contra la mujer ha sido recomendado por diversas instituciones (83). A pesar de ello, existe poco consenso sobre los métodos, herramientas y modos de realizarlo. Así como dificultades con un consenso del modo de rutina para la detección universal con respecto a la detección de casos que pertenecen a cierto grupo poblacional de riesgo, que presentan algunos factores y síntomas de alto riesgo (83,84).

Existen diversas herramientas para la detección, entre las que se destaca el autoinforme que puede ser adaptado en medios magnéticos o físicos mediante la escritura, usadas a través de entrevistas presenciales; manifestando lo complejo del desarrollo de estas herramientas si no existe un Gold estándar, pero solicitando sea lo más integral y breve posible (83).

Con relación a la escala de severidad de la violencia se considera una limitación el hecho de que no explore la violencia económica, la cual sería útil para profundizar el lugar que tiene variables como la dependencia económica en el hogar, número de personas que aportan a la economía del hogar, en la asociación entre el tipo de violencia económica y/o patrimonial y la severidad de la violencia de pareja y los síntomas en salud mental, en este caso, estrés postraumático y ansiedad generalizada.

Este estudio permitió potenciar los resultados generados en un macroproyecto de investigación, dándole utilidad a la información recopilada mediante al análisis secundario de la base de datos; contribuyendo en la divulgación científica de investigaciones, en la generación y la apropiación social del conocimiento científico, y la adquisición y desarrollo de competencias en el campo de la epidemiología y la salud pública.

Asimismo, en la mayoría de las investigaciones realizadas para evaluar factores asociados a los síntomas en salud mental (Estrés Postraumático y Ansiedad Generalizada) en mujeres víctimas de violencia de pareja usan regresión logística binomial y/o regresión logística multinomial. El método de modelos múltiples regresión lineal robusta mediante el cual se identificaron los factores de riesgo, tipo y severidad de la violencia de pareja asociados al Trastorno de Estrés Postraumático y al Trastorno de Ansiedad Generalizado, y su comorbilidad ha sido poco empleado en investigaciones de salud pública, especialmente en el campo de la salud mental de base comunitaria.

Adicionalmente, el cálculo del índice de severidad de la violencia usando la metodología de Valdez-Santiago y otros (88), permitió incorporar en el análisis de la violencia de pareja la gravedad con que se presentan las situaciones de violencia y los niveles de riesgo real experimentados por las mujeres víctimas. Diferenciar estas situaciones de riesgo permitirá caracterizar las necesidades de atención de las mujeres de modo diferencial.

Finalmente, los resultados de este estudio pueden ser un punto de partida para la realización de otras investigaciones de diseño longitudinal o de metodología mixtas cualitativas con técnicas como la narrativa, la entrevista en profundidad o grupos focales, que posibilite analizar las asociaciones de la violencia de pareja, los síntomas en salud mental y su comorbilidad con determinantes sociales intermedios y estructurales en contextos no sólo clínicos sino también comunitarios.

8. Conclusión y recomendaciones

La violencia sufrida por las mujeres generada por su pareja o expareja es un problema de salud pública y mental, que se ejerce de diversas formas (física, psicológica, sexual) y es prevalente en los servicios de atención primaria en salud de los dos municipios del valle participantes en este estudio, así como a nivel mundial.

Este estudio aporta en la identificación de síntomas de TEPT y TAG en mujeres víctimas de violencia de pareja. Sin embargo, deja unas líneas de investigación abiertas como: ampliar el reclutamiento a mujeres de estratos socioeconómicos más altos, profundizar en estos trastornos, la actualización de prácticas epidemiológicas de la investigación de campo en salud mental, estudios donde se desarrollen intervenciones y/o evaluaciones para el tratamiento y gestión del riesgo en síntomas de salud mental en las mujeres en muestras comunitarias y clínicas.

Distinguir a través del índice de severidad de la violencia de pareja las situaciones de riesgo vividos por las mujeres víctimas posibilitará determinar de manera diferenciada sus necesidades de atención. Dado que, se ha encontrado que las mujeres que experimentan violencia de pareja de forma crónica y persistente desencadenan en trastornos en su salud mental.

Los resultados de este estudio aportaron en la identificación y caracterización de las situaciones y síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático, el Trastorno de ansiedad, su prevalencia y comorbilidad. Elementos importantes para mejorar el diagnóstico de estas psicopatologías mentales a nivel clínico y comunitario, por tratarse de una muestra de base comunitaria. Además, aportó elementos para

avanzar en posibles propuestas de intervenciones que apunten a la reducción de dicha problemática que afecta de forma diferencial y negativa a las mujeres.

Igualmente, esta investigación se constituye en un aporte a la generación de evidencias con efectos en la reorientación de estrategias para prevenir el desarrollo de trastornos y/o generar recomendaciones en la oferta de servicios de atención primaria en salud mental desde un enfoque comunitario, que respondan a las necesidades de este grupo poblacional.

Existe evidencia de una comorbilidad entre los síntomas en salud mental de estrés postraumático y ansiedad generalizada que han sufrido algún tipo de violencia en su relación de pareja; sin embargo, sería importante poder establecer la direccionalidad de dicha relación, esto mediante estudio longitudinal de cohorte que permita evaluar los efectos de esta relación.

Además, sirve para la generación de evidencia que aporte en la orientación de estrategias preventivas en el desarrollo de estos trastornos y/o generar recomendaciones en la oferta de servicios de atención primaria y comunitaria en salud mental, tratamientos e intervenciones eficaces que respondan a las necesidades psicosociales de la población afectada.

Sería importante realizar estudios posteriores que permitan ampliar el conocimiento de la comorbilidad de los síntomas y trastornos de salud mental de estrés postrauma y ansiedad generalizada, ya que ésta afecta gravemente el diagnóstico, el posible tratamiento y de rehabilitación de las mujeres que sufrieron de violencia por parte de su pareja y que consultan los servicios de atención primaria en salud. Si bien esta investigación sirve de base para otros estudios analíticos, se recomienda que se usen otro tipo de metodología que puede ser cualitativa o mixta.

La información dada en este estudio de prevalencia sobre la frecuencia con la cual se presentan los síntomas del trastorno de estrés postraumático y de ansiedad generalizada en mujeres víctimas de violencia de pareja, y factores como personas que aportan económicamente al hogar, el tipo de relación que se tiene con el agresor, el tipo de violencia física y psicológica, resulta útil para la creación e implementación de programas de prevención y gestión integral del riesgo, asistenciales y de seguimiento de los eventos de interés en salud pública y mental notificados en el SIVIGILA (violencia de género e intrafamiliar), a su vez, estudios como este se convierten en un punto de partida para otros estudios epidemiológicos.

Con esta investigación, se fortalecieron mis competencias investigativas en el campo de la epidemiología y de la salud pública, permitiendo una formación en un nuevo campo disciplinar de conocimiento aportando al fortalecimiento de la

comunidad académico-científica. Asimismo, los resultados de esta investigación serán compartidos con tomadores de decisiones, personal asistencial y comunidad en general a través de publicaciones y la presentación de los resultados en un evento académico, redes de apoyo social y/o comunitarias.

9. Bibliografía

1. Guilherme Borges MEM-M y SL-M. el papel de la epidemiología en la investigación de los trastornos mentales. Salud Publica Mex [Internet]. 2004 [citado 1 de mayo de 2018];46(5):451-63. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342004000500011
2. Del V, Whitney L, Córdoba S, Jennifer G. Evaluación de una intervención cognitivo conductual para víctimas de violencia intrafamiliar en cali y tuluá valle del cauca colombia". 2017;9-10.
3. Organización Mundial de la Salud-OMS. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence [Internet]. Geneva; 2013 [citado 25 de abril de 2018]. Disponible en: www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html
4. Organización Mundial de la Salud-OMS. OMS | Informe de la OMS destaca que la violencia contra la mujer es "un problema de salud global de proporciones epidémicas". WHO [Internet]. 2013 [citado 25 de abril de 2018]; Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/violence_against_women_20130620/es/
5. Luz MO, Forero J, Esperanza N, Toloza G, Lucía M, Martínez O, et al. Informe de evento: Violencia de género e intrafamiliar, 2018. Inst Nac Salud [Internet]. 2018;1-13. Disponible en: <http://www.ins.gov.co/buscador-eventos/ZIKA Lineamientos/PRO Violencia de género.pdf>
6. Nidza Fernanda González Sarmiento. Violencia de género e intrafamiliar: Periodo epidemiológico XIII, Colombia 2019. Bogotá; 2019.
7. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Grupo Centro de Referencia Nacional sobre Violencia GCRNV. Violencia contra las mujeres [Internet]. Bogotá; 2017 [citado 27 de abril de 2018]. Disponible en: www.medicinalegal.gov.co
8. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses-INMLCF. Boletín estadístico mensual. Febrero 2018 [Internet]. Bogotá; 2018 [citado 27 de abril de 2018]. Disponible en: <http://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/217010/Boletín+mensual+-Febrero-2018.pdf/8e1cde56-656c-9ec5-5bf2-58e64d521657>
9. Ministerio del Interior. Decreto 1076 de 2020. 2020 p. 37.
10. Nidza Fernanda González Sarmiento. Violencia de género e intrafamiliar:

- periodo epidemiológico III, Colombia 2020. Bogotá; 2020.
11. Observatorio Nacional de Violencia de Género-MINSALUD. Sistema Integrado de Información de Violencias de Género [Internet]. 17 AGOSTO 2020. 2015 [citado 17 de agosto de 2020]. Disponible en: <http://onviolenciasgenero.minsalud.gov.co/Paginas/sivige.aspx>
 12. Rodriguez-Gonzales, H. Rueda-Ramírez C. Sistema de Información para la vigilancia en salud pública: Propuesta conceptual y tecnológica. Organ Panam la Salud Minist la Protección Soc. 2005;
 13. Labrador F, Rincón P, Estupiña F, Alonso E LS. Violencia doméstica e intervención psicológica [Internet]. Guía del psicólogo. 2007 [citado 27 de abril de 2018]. Disponible en: <http://www.psicodoc.org/edoc/106859.pdf>
 14. Organización Panamericana de la Salud. La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas, 2018. Organización Mundial de la Salud Oficina Regional para las Américas. 2018. 1-50 p.
 15. Golding JM. Intimate Partner Violence as a Risk Factor for Mental Disorders: A Meta-Analysis. J Fam Violence [Internet]. 1999 [citado 27 de abril de 2018];14(2):99-132. Disponible en: <http://link.springer.com/10.1023/A:1022079418229>
 16. Aguirre PD, Cova FS, Paz Domarchi MG, Garrido CC, Mundaca LI I, Rincón PG, et al. Estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica Posttraumatic stress disorder in female victims of domestic violence. Rev Chil Neuro-Psiquiat [Internet]. 2010 [citado 25 de abril de 2018];48(2):114-22. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchnp/v48n2/art04.pdf>
 17. Cáceres-Ortiz E, Labrador-Encinas F, Ardila-Mantilla P, Parada-Ortiz D. Tratamiento cognitivo conductual centrado en el trauma de mujeres víctimas de violencia de pareja^ies\rEffectiveness of cognitive-behavioral treatment focused on the trauma of victims of intimate partner violence (IPV)^ien. Psychol av discip. 2011;
 18. Organización Mundial de la Salud-OMS. Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology. Bull World Health Organ [Internet]. 2000 [citado 27 de abril de 2018];78(4):413-26. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10885160>
 19. Pico-Alfonso MA. Psychological intimate partner violence: the major predictor of posttraumatic stress disorder in abused women. [citado 27 de abril de 2018]; Disponible en: <https://pdfs.semanticscholar.org/e6d2/5c1046616d7ccda0dc8e19b98dfeab04984b.pdf>
 20. Pico-Alfonso MA, Garcia-Linares MI, Celda-Navarro N, Blasco-Ros C, Echeburúa E, Martinez M. The Impact of Physical, Psychological, and Sexual Intimate Male Partner Violence on Women's Mental Health: Depressive Symptoms, Posttraumatic Stress Disorder, State Anxiety, and Suicide. J WOMEN'S Heal [Internet]. 2006 [citado 27 de abril de 2018];15(5). Disponible en: http://www.ehu.eus/echeburua/pdfs/21-pico-alfonso_et_al.pdf
 21. Farley M, Patsalides BM. PHYSICAL SYMPTOMS, POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER, AND HEALTHCARE UTILIZATION O F WOMEN

- WITH AND WITHOUT CHILDHOOD PHYSICAL AND SEXUAL ABUSE. Psychological Reports O Psychol Repons ZOO1 [Internet]. 2001 [citado 27 de abril de 2018];89:595-606. Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.2466/pr0.2001.89.3.595>
22. Echeburúa E, Amor PJ, Sarasua B, Zubizarreta I, Holgado-Tello FP, Muñoz JM. Escala de gravedad de síntomas revisada (EGS-R) del trastorno de estrés postraumático según el DSM-5: Propiedades psicométricas. Ter Psicol. 2016;
 23. Amor PJ, Echeburúa E. Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer en función de las circunstancias del maltrato. [citado 27 de abril de 2018];2(2). Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/337/33720202.pdf>
 24. Nathanson AM, Shorey RC, Tirone V, Rhatigan DL. The Prevalence of Mental Health Disorders in a Community Sample of Female Victims of Intimate Partner Violence. Partner Abuse. 2012;3(1):59-75.
 25. Prieto Medina MC. Violencia De Pareja. Repercusiones En La Salud Mental De La Mujer. RevistaEnfermeríaCyL. 2014;6(2):93-7.
 26. Barrientos, Jorge; Molina Carlos DS. Las causas de la violencia intrafamiliar en Medellín. Colombia. Medellín. Perf Coyunt Económica. 2013;22(Diciembre):99-112.
 27. OPS. Modelo de Leyes y Políticas sobre Violencia Intrafamiliar contra las mujeres. washington, D.C; 2004.
 28. Medina-Mora Icaza ME, Borges-Guimaraes G, Lara C, Ramos-Lira L, Zambrano J, Fleiz-Bautista C. Prevalencia de sucesos violentos y de trastorno por estrés postraumático en la población Mexicana. Salud Publica Mex. 2005;47(1):8-22.
 29. García-Moreno C, Jansen HAFM, Ellsberg M, Heise L. Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer. Ginebra, Suiza; 2005.
 30. Ferrari G, Agnew-Davies R, Bailey J, Howard L, Howarth E, Peters TJ, et al. Domestic violence and mental health: A cross-sectional survey of women seeking help from domestic violence support services. Glob Health Action. 2016;
 31. Rincón P, Labrador FJ, Arinero M, Crespo M. Efectos psicopatológicos del maltrato doméstico. Av en Psicol Latinoam. 2004;22(1):105-16.
 32. Stein MB, McQuaid JR, Pedrelli P, Lenox R, McCahill ME. Posttraumatic stress disorder in the primary care medical setting. Gen Hosp Psychiatry. 2000;22(4):261-9.
 33. Espinosa Gil RM. El diagnóstico del trastorno por estrés postraumático en infancia y adolescencia y aportaciones para el trauma complejo. TDR (Tesis Dr en Red) [Internet]. 2016; Disponible en: <https://digitum.um.es/digitum/handle/10201/48036%0Ahttp://www.tdx.cat/handle/10803/371148>
 34. Cuáles son los factores de riesgo para la comorbilidad del trastorno de estrés postraumático y la depresión en una población afectada por la guerra.
 35. Santandreu M, Ferrer VA. Eficacia de un tratamiento cognitivo conductual

- para el trastorno de estrés postraumático en víctimas de violencia de género. *Behav Psychol Psicol Conduct*. 2014;
36. Echeburúa E. Evaluación de la eficacia de un tratamiento cognitivo-conductual para hombres violentos contra la pareja en un marco comunitario: una experiencia de 10 años (1997-2007). *Int J Clin Heal Psychol Int J Clin Heal Psychol* [Internet]. 1697 [citado 25 de abril de 2018];9(2):199-217. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/337/33712028001.pdf>
 37. Oliveros Navarro A, Uribe N, Sierra P, Jaimes F, González JM. Bacteriemia por enterobacterias resistentes a carbapenems. Un estudio transversal. *Infectio* [Internet]. 1 de abril de 2015 [citado 7 de junio de 2018];19(2):60-6. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0123939214000708>
 38. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, et al. Lifetime and 12-Month Prevalence of DSM-III-R Psychiatric Disorders in the United States Results From the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1994;51(1):8-19.
 39. Sarasua, Belén; Zubizarreta, Irene; Echeburúa, Enrique; de Corral P. Perfil psicopatológico diferencial de las víctimas de violencia de pareja en función de la edad. *Psicothema* [Internet]. 2007;19:459-66. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/727/72719316.pdf>
 40. Encinas FJL, Rocío Fernández-Velasco M, Rincón P. Características psicopatológicas de mujeres víctimas de violencia de pareja. *Psicothema*. 2010;
 41. Valdez-Santiago R, Híjar-Medina MC, Salgado De Snyder VN, Rivera-Rivera L, Avila-Burgos L, Rojas R. Escala de violencia e índice de severidad: Una propuesta metodológica para medir la violencia de pareja en mujeres mexicanas. *Salud Publica Mex*. 2006;
 42. Juan Luis Martín Ayala y Joaquín de Paúl Ochotorena. Trastorno por estrés postraumático en víctimas de situaciones traumáticas. *Psicothema* [Internet]. 2004 [citado 25 de abril de 2018];16(1):45-40. Disponible en: <http://www.psicothema.com/pdf/1159.pdf>
 43. Kaltman S, Green BL, Mete M, Shara N, Miranda J. Trauma, depression, and comorbid PTSD/depression in a community sample of latina immigrants. *Psychol Trauma Theory, Res Pract Policy*. 2010;2(1):31-9.
 44. Cardoso Escamilla ME, Zavala Bonachea MT, Alva López MDC. Depresión y estrés postraumático en mujeres con pérdidas gestacionales inducidas e involuntarias. *Pensam Psicológico*. 2017;15(2):109-20.
 45. Torres LMJ& YM. Comorbilidad entre Trastorno por Estrés Postraumático y Trastorno Depresivo Mayor en personas en condición de desplazamiento por la violencia. Universidad Pontificia Bolivariana; 2016.
 46. Vitriol V, Cancino A, Ballesteros S. Depresión y trauma temprano : hacia una caracterización clínica de perfiles de consulta en un servicio de salud secundario Depression and early trauma : towards a characterization of clinical profiles of consultation in a secondary mental health service. 2017;55(2):123-34. Disponible en:

- https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272017000200007&lng=es
47. Psicoterapeutas.com. Criterios del DSM-5 para el trastorno por estrés postraumático TEPT [Internet]. [citado 25 de abril de 2018]. Disponible en: http://www.psicoterapeutas.com/pacientes/DSM5_criterios_TEPT.html
 48. OMS. Guía de Intervención mhGAP [Internet]. Guía de Intervención mhGAP. Genova; 2011. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789243548067_spa.pdf
 49. Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe sobre la salud en el mundo 2001: Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas [Internet]. Ginebra; 2001 [citado 28 de abril de 2018]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42447/WHO_2001_spa.pdf?sequence=1
 50. Organización Mundial de la Salud. mhGAP Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental [Internet]. Geneva; 2008 [citado 28 de abril de 2018]. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/mhgap/mhgap_spanish.pdf?ua=1
 51. Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Maselko J, Phillips MR, et al. No health without mental health. Vol. 370, Lancet. 2007.
 52. Suñol CR. Calidad Asistencial. Calid Asist. 2011;16:78.
 53. Congreso de Colombia. Ley 1616 de 2013 “Por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones” [Internet]. Bogotá; 2013 [citado 25 de abril de 2018]. p. 17. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1616-del-21-de-enero-2013.pdf>
 54. Instituto Cisalva. Evaluación de Una Intervención Cognitivo-Conductual para Víctimas de Violencia Intrafamiliar en Cali y Tuluá, Valle del Cauca, Colombia. Cali; 2017.
 55. OMS. Informe mundial sobre la violencia y la salud. 2002;3. Disponible en: https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/abstract_es.pdf
 56. Organización Mundial de Salud. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non- partner sexual violence. Organizaci. Organización Mundial de la Salud-OMS, editor. Génova; 2013. 58 p.
 57. Nidia Esperanza González Toloza. Informe de evento violencia de género e intrafamiliar, Colombia, Primer Semestre 2019. Bogotá; 2019.
 58. Gladys Rocío Ariza Sosa. Capítulo 3: Hacia la construcción de la violencia en las relaciones de pareja como un problema social y de salud pública. En: De Inapetible a Intolerable Violencia Contra las Mujeres en sus Relaciones de Pareja en Medellín. Universida. Medellín; 2012. p. 109-54.
 59. García Oramas MJ, Pilar Matud Aznar M. Salud mental en mujeres maltratadas por su pareja. Un estudio con muestras de México y España. Salud Ment [Internet]. 2015 [citado 13 de noviembre de 2020];38(5):321-7. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-

- 33252015000500321&lng=es&nrm=iso&tlng=es
60. Organización Panamericana de la Salud. XXXVII Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud. 1996 p. 1-16.
 61. Congreso de la República de Colombia. Ley 1257 de 2008: Por la cual se dictan normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres, se reforman los Códigos Penal, de Procedimiento Penal, la Ley 294 de 1996 y se dictan otras disposiciones. [Internet]. Bogotá; 2008 [citado 25 de abril de 2018]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Ley_1257_de_2008.pdf
 62. Paz P, González R, La Dirección Del Doctor B, Javier F, Encinas L. TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA: EVALUACIÓN DE PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN MEMORIA PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR POR. 2003 [citado 25 de abril de 2018]; Disponible en: <http://eprints.ucm.es/4834/1/T26887.pdf>
 63. Johnson M. Patriarchal terrorism and common couple violence: Two forms of violence against women. J Marriage Fam. 1995;57:283-94.
 64. Khosravipour E, Mohammadkhani P, Dolatshahi B, Pourshahbaz A, Sahraei OA, Yousefnejad M. Risk factors of marital violence of married men and women in different levels of severity. Procedia - Soc Behav Sci. 2011;30:1221-9.
 65. Bernal Pinilla DY, Hernández Cuchumbe BP, Akl Moanack PM. Estudio y conceptos sobre la violencia durante el noviazgo. Misión Jurídica. 2016;9(11):273-87.
 66. Asociación Americana de Psiquiatría (APA). Actualización del DSM-5® septiembre 2016. Man diagnóstico y estadístico Trastor Ment [Internet]. 2016;15-21. Disponible en: http://psychiatryonline.org/pb-assets/dsm/update/Spanish_DSM5Update2016.pdf
 67. Quarantini LC, Netto LR, Andrade-Nascimento M, Galvão-De Almeida A, Sampaio AS, Miranda-Scippa A, et al. Transtornos de humor e de ansiedade comórbidos em vítimas de violência com transtorno do estresse pós-traumático. Revista Brasileira de Psiquiatria. 2009.
 68. Márquez M. Trastornos de ansiedad en el DSM-5. Vertex. 2014;58-62.
 69. Asociación Americana de Psiquiatría. Actualización del DSM-5®. Man diagnóstico y estadístico Trastor Ment [Internet]. 2016;29. Disponible en: http://psychiatryonline.org/pb-assets/dsm/update/Spanish_DSM5Update2016.pdf
 70. Amar Amar JJ, Ocampo Otálvaro LE. Post traumatic stress disorder and adaptive capacity in victims of intimate partner violence^ien^nEstrés postraumático y capacidad de adaptación en víctimas de violencia de pareja^ies. Psicol Caribe. 2012;
 71. Cáceres-Ortiz E, Labrador-Encinas F, Ardila-Mantilla P, Parada-Ortiz D. Tratamiento cognitivo conductual centrado en el trauma de mujeres víctimas de violencia de pareja. Psychol Av la Discip. 2011;5(2):13-31.

72. Sarmiento-Suárez R. Trastorno de estrés postraumático, ansiedad y depresión en adolescentes y adultos expuestos al conflicto armado en Colombia 2005-2008. *Med.* 2016;38(2):134-56.
73. de Oliveira Fonseca-Machado M, Adjunto P, Asociado P, Cristina dos Santos Monteiro J, José Haas V, Cristina Freitas de Vilhena Abrão A, et al. Violencia de pareja íntima y trastornos de ansiedad durante el embarazo: la importancia de la formación del profesional de la equipo de enfermería para su afrontamiento 1 Artículo Original. 2015 [citado 12 de marzo de 2018];23(5):855-64. Disponible en: www.eerp.usp.br/rlae
74. de Alencar Rodrigues R, Cantera L. Violencia de género en la pareja: Una revisión teórica. *Psico.* 2012;43(1):116-26.
75. Vives-Cases C. Un modelo ecológico integrado para comprender la violencia contra las mujeres. *Feminismo/s.* 2011;(18):291-9.
76. Olivares E, Incháustegui T. Modelo Ecológico para una vida libre de violencia de genero. *Com Nac para Prev y Errad la violencia contra las mujeres.* 2011;100.
77. Organización Mundial de la Salud-OMS. Intimate partner violence prevalence Data by WHO income region [Internet]. WHO. World Health Organization; 2013 [citado 25 de abril de 2018]. Disponible en: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.IPV?lang=en>
78. Heise LL. Violence Against Women: An Integrated, Ecological Framework. *Violence Against Women* [Internet]. 1998 [citado 27 de abril de 2018];4(262). Disponible en: <http://vaw.sagepub.com>
79. JARA ROMERO Antoni ROMERO FELIP P. ESCALA DE EVALUACIÓN DEL TIPO Y FASE DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO (EETFVG). [citado 25 de abril de 2018]; Disponible en: http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/77672/forum_2009_18.pdf?sequence=1
80. Organización Mundial de la Salud. Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. *Panorama General.* 2013;1-7.
81. García Oramas MJ, Pilar Matud Aznar M. Salud mental en mujeres maltratadas por su pareja. Un estudio con muestras de México y España. *Salud Ment.* 2015;
82. Monreal Gimeno M, Povedano Díaz A, Martínez Ferrer B. Ecological model of factors associated with dating violence. *Jett.* 2014;0(1):29.
83. Alcaldia de Santiago de Cali. Datos de Cali y el Valle del Cauca. 2017.
84. Beusenbergh, M., Orley, J., & Organization WH. A User's guide to the self-reporting questionnaire (SRQ. World Health Organization, editor. Gineva; 1994. 90 p.
85. Gudmundsdóttir HS, Elklit A, Gudmundsdóttir DB. PTSD and psychological distress in Icelandic parents of chronically ill children: Does social support have an effect on parental distress? *Scand J Psychol.* 2006;47(4):303-12.
86. Derogatis LR, Lipman RS, Rickels K, Uhlenhuth EH, Covi L. The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): A self-report symptom inventory. *Behav Sci.* 1974;19(1):1-15.
87. Marshall LL. Development of the severity of violence against women scales.

- J Fam Violence. 1992;7(2):103-21.
88. Valdez-Santiago R, Híjar-Medina MC, Salgado De Snyder VN, Rivera-Rivera L, Avila-Burgos L, Rojas R. Escala de violencia e índice de severidad: Una propuesta metodológica para medir la violencia de pareja en mujeres mexicanas. Salud Publica Mex [Internet]. 2006 [citado 12 de noviembre de 2020];48(SUPPL. 2):221-31. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342006000800002
 89. Ministerio de Salud Pública. Guía y protocolo para la atención integral en salud de la violencia intrafamiliar y contra la mujer. 2010;1-77. Disponible en: https://observatoriojusticiaygenero.gob.do/documentos/PDF/buenas_practicas/guia_atencion_integral.pdf [https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/Normas y protocolos de atención Integral de la violencia.pdf](https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/Normas_y_protocolos_de_atencion_Integral_de_la_violencia.pdf)
 90. Ministerio de Salud y Protección Social. Enfoque de Curso de Vida. 2003;
 91. Pineda DA, Guerrero OL, Pinilla ML, Estupiñán M. Utilidad de un cuestionario para rastreo del estrés postraumático en una población Colombiana. Rev Neurol. 2002;34(10):911-6.
 92. Goldberg D, Bridges K, Duncan-Jones P, Grayson D. Detecting anxiety and depression in general medical settings. Br Med J. 1988;297(6653):897-9.
 93. Aguirre D P, Cova S F, Domarchi G MP, Garrido C C, Mundaca LI I, Rincón G P, et al. Estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica. Rev Chil Neuropsiquiatr [Internet]. junio de 2010 [citado 12 de marzo de 2018];48(2):114-22. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272010000300004&lng=en&nrm=iso&tlng=en
 94. Golding JM. Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: A meta-analysis. J Fam Violence. junio de 1999;14(2):99-132.
 95. Dutton MA, Green BL, Kaltman SI, Roesch DM, Zeffiro TA, Krause ED. Intimate partner violence, PTSD, and adverse health outcomes. J Interpers Violence. julio de 2006;21(7):955-68.
 96. Crespo López M, Gómez M del M. Psicopatología clínica legal y forense. Psicopatología Clínica Leg y Forense, ISSN 1576-9941, Vol 3, N° 3, 2003, págs 41-57 [Internet]. 2003;3(3):41-57. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=981099>
 97. Ministerio de Salud y Protección Social. Encuesta Nacional de Demografía y Salud Colombia 2015. Resumen ejecutivo. Semarnat [Internet]. 2017;1-96. Disponible en: [http://profamilia.org.co/docs/Libro RESUMEN EJECUTIVO.pdf](http://profamilia.org.co/docs/Libro_RESUMEN_EJECUTIVO.pdf) [https://www.minsalud.gov.co/Documents/General/Libro _Resumen.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Documents/General/Libro_Resumen.pdf)
 98. Canaval G, González MC, Humphreys J, De León N, González S. Violencia de pareja y salud de las mujeres que consultan a las comisarías de familia, Cali, Colombia. Investig y Educ en enfermería. 2009;27(2):209-17.
 99. Blanco P, Ruiz-Jarabo C, Vinuesa LG de. La violencia de pareja y la salud de las mujeres. Gaceta. 2004. p. 1-8.
 100. Labrador FJ. Trastorno de estres postraumaitico en victimas de maltrato

- domestico: Evaluacion de un programa de intervencion / Posttraumatic stress disorder in battered women: evaluation of an intervention program. Analisis-y-Modificacion-de-Conducta. 2002;
101. Andrés-Pueyo A, Echeburúa E. Valoración del riesgo de violencia: instrumentos disponibles e indicaciones de aplicación. Psicothema [Internet]. 2010 [citado 25 de abril de 2018];22(3):403-9. Disponible en: http://www.ub.edu/geav/wp-content/uploads/2017/06/Andres_Pueyo_Echeburua_2010.pdf
 102. Sarasua B, Zubizarreta I, de Corral P, Echeburúa E. Factores de Vulnerabilidad y de Protección del Impacto Emocional en Mujeres Adultas Víctimas de Agresiones Sexuales. Ter psicológica [Internet]. diciembre de 2012 [citado 25 de abril de 2018];30(3):7-18. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082012000300002&lng=en&nrm=iso&tlng=en
 103. Cascardi M, O’Leary KD, Lawrence EE, Schlee KA. Characteristics of Women Physically Abused by Their Spouses and Who Seek Treatment Regarding Marital Conflict. J Consult Clin Psychol. 1995;63(4):616-23.
 104. Ribero R, Sánchez YF. Determinantes , Efectos Y Costos De La Violencia Determinants. Doc Cede [Internet]. 2004;7191:1-47. Disponible en: economia.uniandes.edu.co/publicaciones/D2004-44.pdf
 105. Bell SA, Folkerth LA. Women’s Mental Health and Intimate Partner Violence Following Natural Disaster: A Scoping Review. Prehosp Disaster Med. diciembre de 2016;31(6):648-57.
 106. Bisson JI, Roberts NP, Andrew M, Cooper R, Lewis C. Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults. Cochrane Database Syst Rev. diciembre de 2013;
 107. Friedemann-Sánchez G, Lovatón R. Intimate partner violence in Colombia: Who is at risk? Soc Forces. 2012;91(2):663-88.
 108. Semanal BE. Comportamiento de la Vigilancia del Intento de Suicidio , Colombia. 2020;
 109. Iverson KM, Litwack SD, Pineles SL, Suvak MK, Vaughn RA, Resick PA. Predictors of intimate partner violence revictimization: the relative impact of distinct PTSD symptoms, dissociation, and coping strategies. J Trauma Stress. febrero de 2013;26(1):102-10.
 110. Atelsam. Guia de salud mental con perspectiva de género [Internet]. Santa Cruz de Tenerife; 2017. Disponible en: <http://library1.nida.ac.th/termpaper6/sd/2554/19755.pdf>
 111. Londoño J. Metodología de la investigación epidemiológica. 2004. p. 52.

10. Anexos

Anexo A. Cronograma de actividades

ACTIVIDADES/ TIEMPO	ENERO – DICIEMBRE DE 2020											
ACTIVIDADES POR MES	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC

Revisión bibliográfica y conceptual y metodológica												
Presentación Protocolo Comité de Profesores Escuela Salud Pública												
Presentación Protocolo Comité de ética Universidad del Valle												
Procesamiento y manejo de datos, y control de calidad del dato.												
Análisis de la información												
Elaboración y escritura del documento y del informe final												
Presentación y sustentación de resultados												

Anexo B. Cálculo del Poder con STATA

```
. power twomeans 3.05 2.66, n1(32) sd1(.586) n2(60) sd2(.686)
```

Estimated power for a two-sample means test
Satterthwaite's t test assuming unequal variances
Ho: $m_2 = m_1$ versus Ha: $m_2 \neq m_1$

Study parameters:

```
alpha = 0.0500
N = 92
N1 = 32
N2 = 60
N2/N1 = 1.8750
delta = -0.3900
m1 = 3.0500
m2 = 2.6600
sd1 = 0.5860
sd2 = 0.6860
```

Estimated power: power = 0.8061

Anexo C. Aval Revisión CIREH Universidad del Valle

Comité Institucional de Revisión de Ética Humana
Facultad de Salud



Santiago de Cali, 30 de noviembre de 2020

Profesores

CARLOS ANDRES FANDIÑO LOSADA

JENNY ORDOÑEZ BETANCOURTH

Escuela de Salud Publica

Atn.

DEYBIS MARÍA PALACIOS MOSQUERA

Estudiante de Maestría en Epidemiología

Facultad de Salud

Universidad

Asunto: Constancia sobre proyecto que No requiere aval del Comité de Ética

Cordial saludo.

El Comité Institucional de Revisión de Ética Humana, en su sesión plenaria con acta No 021-020, dejó constancia de la propuesta "FACTORES DE RIESGO Y COMORBILIDAD ENTRE SÍNTOMAS DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO Y TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADO EN MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE PAREJA DE UNA INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL EN SALUD MENTAL, 2017-2018" con código ERN 020-020 y considera que No requiere aval por parte de este Comité, dado que no involucra la participación directa de seres humanos por ser una revisión de bases de datos y cumple con los lineamientos éticos.

Se dejará copia en nuestro archivo para futuras consultas o constancia de esta decisión.

Atentamente,

BEATRIZ EUGENIA FERNADEZ HURTADO

Presidenta

Comité Institucional de Revisión de Ética Humana

Universidad del Valle – Sede San Fernando

Calle 4B N° 36 – 00 Edificio 100 oficina 222

Tel. 518 56 77

eticasalud@correounivalle.edu.co

Cali, Colombia

Anexo D. Autorización uso datos anonimizados



**Instituto de Investigación y Desarrollo en Prevención
de Violencia y Promoción de la Convivencia Social,**

CISALVA

Santiago de Cali, 6 de octubre de 2020

Doctora
Beatriz Fernández
Presidente
Comité Institucional de Revisión de Ética Humana (CIREH)
Facultad de Salud
Universidad del Valle
L.C.

Asunto: Autorización para el uso de los datos anonimizados del proyecto de investigación "Evaluación de una intervención cognitivo conductual para víctimas de violencia intrafamiliar en Cali y Tuluá, Valle del Cauca, Colombia" Código CIREH 043-017.

Estimada Dra. Fernández:

Un cordial saludo.

Por medio de la presente autorizo a la estudiante Deybis María Palacios Mosquera, código 1604478 de la Maestría en Epidemiología de la Escuela de Salud Pública, para utilizar los datos anonimizados del proyecto de investigación "Evaluación de una intervención cognitivo conductual para víctimas de violencia intrafamiliar en Cali y Tuluá, Valle del Cauca, Colombia" Código CIREH 043-017, realizado por el Instituto Cisalva de la Universidad del Valle.

La estudiante utilizará este material para adelantar su Proyecto de Investigación titulado: "Factores de riesgo y comorbilidad entre síntomas del trastorno de estrés postraumático y trastorno de ansiedad generalizado en mujeres víctimas de violencia de pareja de una intervención cognitivo-conductual en salud mental, 2017-2018", bajo la dirección de los profesores Carlos Andrés Fandiño y Jenny Ordóñez.

Agradeciendo su atención.

Adalberto Sánchez. PhD.
Director

Anexo E. Escala de Ansiedad-HSCL

Las siguientes preguntas son acerca de algunos síntomas que usted pudo o no haber experimentado.
Para cada uno, diga por favor la frecuencia en que lo ha sentido en las últimas 4 semanas: muchas veces, varias veces, pocas veces o ninguna.

Problemas	Ninguna	Pocas veces	Varias veces	Muchas veces
D1. Sentirse asustada sin razón	0	1	2	3
D2. Sentirse con miedo	0	1	2	3
D3. Sentirse con desmayos, mareos o debilidad	0	1	2	3
D4. Sentirse nerviosa o con temblores	0	1	2	3
D5. Sentir el corazón que se le quiere salir	0	1	2	3
D6. Sentir tembladera	0	1	2	3
D7. Sentirse tensa o rígida	0	1	2	3
D8. Estar con dolor de cabeza	0	1	2	3
D9. Tener sentimientos de terror o pánico	0	1	2	3
D10. Sentirse agitada, como si no se pudiera quedar tranquila	0	1	2	3

Anexo F. Escala de Trauma de Harvard-HTQ

Las siguientes preguntas son acerca de algunos síntomas que usted pudo o no haber experimentado.
Para cada uno diga por favor la frecuencia en que lo ha sentido en las últimas 4 semanas: muchas veces, varias veces, pocas veces, ninguna.

Sensación	Ninguna	Pocas veces	Varias veces	Muchas veces
H1. Recuerdos y pensamientos recurrentes sobre un evento doloroso	0	1	2	3
H2. Tener sentimientos como si algo que me ocurrió me fuera a ocurrir de nuevo	0	1	2	3
H3. Tener sueños desagradables sobre algo que ocurrió	0	1	2	3
H4. Sentirse distante o alejada de otras personas	0	1	2	3
H5. Sentir que no es capaz de amar a las personas cercanas a usted	0	1	2	3
H6. Sentir que fácilmente salta del susto o se siente nerviosa	0	1	2	3
H7. Tener dificultad para concentrarse	0	1	2	3
H8. Dificultad para quedarse dormida	0	1	2	3
H9. Sentirse muy alerta o prevenida	0	1	2	3
H10. Sentirse irritable o con arranques de rabia	0	1	2	3
H11. Intentar evadir situaciones o actividades que le recuerdan lo que le pasó	0	1	2	3
H12. Tener problemas recordando cosas importantes de algo que ocurrió	0	1	2	3
H13. Perder el interés en cosas que antes le gustaba hacer	0	1	2	3
H14. Sentir como si no tuviera futuro	0	1	2	3
H15. Intentar no pensar o hablar de algo que le ha ocurrido	0	1	2	3
H16. Tener reacciones físicas o emocionales (se acelera el corazón, la respiración y sudoración) cuando algo le recuerda de algo que haya ocurrido	0	1	2	3
H17. Sentir culpa*	0	1	2	3

Anexo G. Escala de Severidad de la violencia

Esta lista es sobre algunos comportamientos que su pareja pudo haber tenido con usted durante los últimos 12 meses. Por favor responda qué tan frecuentes han sido estos comportamientos : Nunca, Una vez, Algunas Veces o Muchas veces, durante los últimos 12 meses:

Situaciones de violencia	Nunca	Una vez	Algunas Veces	Muchas Veces
Amenazas - Violencia Simbólica				
J1. Golpear o patear una pared, puerta o algún mueble.	1	2	3	4
J2. Tirar, aplastar o romper un objeto	1	2	3	4
J3. Conducir de manera peligrosa con usted en el vehículo	1	2	3	4
J4. Tirarle algún objeto	1	2	3	4
Amenazas - Violencia Leve				
J5. Señalarla con el dedo autoritariamente	1	2	3	4
J6. Intimidarla con gestos o caras amenazantes	1	2	3	4
J7. Amenazarla mostrándole el puño	1	2	3	4
J8. Actuar como un matón para intimidarla	1	2	3	4
Amenazas – Violencia Moderada				
J9. Destruir algo que le pertenece a usted	1	2	3	4
J10. Amenazarla con dañar o dañar cosas que son importantes para usted	1	2	3	4
J11. Amenazar con destruir su casa/propiedad	1	2	3	4
J12. Amenazar a alguien cercano a usted	1	2	3	4
Amenazas – Violencia Grave				
J13. Amenazar con hacerle daño	1	2	3	4
J14. Amenazar con suicidarse	1	2	3	4
J15. Amenazar con matarla	1	2	3	4
J16. Amenazarla con armas	1	2	3	4
J17. Amenazarla con objetos como palos o garrotes	1	2	3	4
J18. Actuar como si quisiera matarla	1	2	3	4
J19. Amenazarla con un cuchillo o pistola	1	2	3	4
Acciones – Violencia Leve				
J20. Agarrarla fuerte para que se quede en un lugar	1	2	3	4
J21. Aventarla o empujarla a propósito	1	2	3	4
J22. Agarrarla de manera repentina o con fuerza	1	2	3	4
J23. Estrujarla	1	2	3	4
Acciones – Violencia Menor				
J24. Arañarla o cortarla	1	2	3	4
J25. Jalarle el cabello	1	2	3	4
J26. Torcerle un brazo	1	2	3	4
J27. Azotarla	1	2	3	4
J28. Morderla	1	2	3	4
Acciones – Violencia Moderada				
J29. Darle una cachetada con la palma de la mano	1	2	3	4
J30. Darle una cachetada con el dorso de la mano	1	2	3	4
J31. Abofetearla en la cara y cabeza	1	2	3	4
Acciones – Violencia Grave				
J32. Golpearla con un objeto	1	2	3	4
J33. Pegarle puños	1	2	3	4
J34. Pegarle patadas	1	2	3	4
J35. Pisarla fuerte o brincado sobre usted	1	2	3	4
J36. Ahorcarla o sofocarla	1	2	3	4
JK37. Quemarla con algo	1	2	3	4
J38. Golpearla con un palo o un garrote	1	2	3	4
J39. Lastimarla con un cuchillo o una pistola	1	2	3	4
Acciones – Violencia Sexual				
J40. Exigirle que tengan relaciones sexuales sin importarle su opinión	1	2	3	4
J41. Obligarla a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad	1	2	3	4
J42. Hacer que tengan relaciones sexuales usando la fuerza bruta	1	2	3	4
J43. Usar un objeto de manera sexual contra usted	1	2	3	4

Anexo H: tabla de análisis univariado para comorbilidad

Variable de exposición	Comorbilidad	
	OR crudo (IC 95%)	Valor de p
Edad		
18 – 34 años (Referencia)	1	
35 – 50 años	1.29 (0.51 – 3.22)	0.59
51 – 66 años	1.18 (0.30 – 4.57)	0.80
Estado Civil		
Soltera (Referencia)	1	
Casada	0.86 (0.21 – 3.56)	0.84
Separada	1.34 (0.42 – 4.24)	0.61
Unión libre	1.31 (0.44 – 3.93)	0.62
Escolaridad		
Alta escolaridad (Referencia)	1	
Baja escolaridad	1.67(0.69 – 4.05)	0.25
Tipo Relación con el agresor		
Con Pareja (Referencia)	1	
Pareja anterior en convivencia	1.22 (0.36 – 4-13)	0.74
Pareja anterior sin convivencia	0.22 (0.77 – 0.63)	0.05*
Personas aportan Económicamente		
2 personas (Referencia)	1	
Ninguna persona	1 (0.45 - 1.16)	0.00*
1 persona	1.55 (0.61 – 3.92)	0.35
≥3 personas	1.22 (0.30 – 4.99)	0.77
Personas en el hogar		
2 (Referencia)	1	
Entre 3 y 5	1.07 (0.36 – 3.19)	0.89

Mas de 6	0.74 (0.20 – 2.69)	0.64
Personas que dependen Económicamente		
0 (Referencia)	1	
Entre 1 y 2	1.25 (0.38 – 4.11)	0.70
Mas de 3	1.14 (0.28 – 4.59)	0.85
Consumo de SPA	1.43 (0.35 – 5.81)	0.61
Tipo Vivienda		
Propia (Referencia)	1	
Prestada	1.42 (0.58 – 3.19)	0.43
Rentada	1.87 (0.33 – 10.52)	0.47
Situación de Discapacidad		
No (Referencia)	1	
Si	0.96 (0.27 – 3.00)	0.88
Régimen de Salud		
Contributivo (Referencia)	1	
Subsidiado	1.45 (0.49 – 4.27)	0.49
Tipo de Violencia (Escala SVAWS)		
Violencia Física	2.14 (0.49 – 9.24)	0.30**
Violencia Psicológica	4.20 (0.36 – 48.30)	0.24**
Violencia Sexual	1.26 (0.52 – 3.04)	0.59**