

**VIOLENCIA DE PAREJA CONTRA LA MUJER QUE VIVE CON VIH Y QUE ES ATENDIDA
EN UN PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN BOGOTÁ. FASE I**

LEONARDO ARÉVALO MORA

**ESPECIALIZACIÓN EPIDEMIOLOGÍA
CONVENIO UNIVERSIDAD CES – UNIVERSIDAD DEL ROSARIO**

BOGOTÁ, 2018

**VIOLENCIA DE PAREJA CONTRA LA MUJER QUE VIVE CON VIH Y QUE ES ATENDIDA
EN UN PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN BOGOTÁ. FASE I**

Trabajo de investigación para optar por el título de Especialista en Epidemiología

LEONARDO ARÉVALO MORA
Investigador principal

ANACAONA MARTINEZ. MD MSc MBA
Asesora Metodológica

ESPECIALIZACIÓN EPIDEMIOLOGÍA
CONVENIO UNIVERSIDAD CES – UNIVERSIDAD DEL ROSARIO
BOGOTÁ, MAYO 2018

Nota de Salvedad de Responsabilidad Institucional

“Las Universidades del Rosario y CES no se hacen responsables de los conceptos emitidos por el investigador en su trabajo, solo velarán por el rigor científico, metodológico y ético del mismo en aras de la búsqueda de la verdad y la justicia”.

ÍNDICE DE CONTENIDO

	pág.
RESUMEN.....	6
1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	8
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
1.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	10
1.3 JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA.....	10
2. MARCO TEÓRICO.....	12
2.1 VIOLENCIA DE GÉNERO.....	12
2.1.1 Clases de violencia	14
2.1.2 Violencia de pareja según Medina Legal.....	15
2.1.3 Resultados violencia en ENDS 2015.....	16
2.2 ESTADO DE LA INFECCIÓN VIH.....	17
2.2.1 Estado del VIH a nivel mundial.....	17
2.2.2 Estado de la infección en Colombia.....	17
2.3 RELACIÓN DE VIOLENCIA Y VIH	18
3. ENFOQUE METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN.....	20
3.1 Fase I. Componente Cuantitativo.....	21
3.1.1 Planteamiento de hipótesis	21
3.1.2 Objetivos	21
4. METODOLOGÍA.....	22
4.1 FASE 1. TIPO DE ESTUDIO	22
4.1.2 Diseño Muestral	22
4.1.3 Descripción de las variables	23
Tabla 1. Descripción de variables.....	25
4.1.4 Técnicas de Recolección de información	27

4.1.5	Control de errores y sesgos	33
4.1.6	Técnicas de procesamiento y análisis de los datos	34
5.	CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	35
6.	RESULTADOS.....	39
6.1	Caracterización de la población	39
7.	DISCUSIÓN.....	46
8.	CONCLUSIONES.....	49
	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	51
	ANEXOS.....	57
	Anexo A. Revisión clásica de literatura	57
	Anexo B. Formato de recolección de datos	59
	Anexo C. Consentimiento informado.	62
	Anexo D. Protocolo de valoración del riesgo de violencia mortal contra mujeres por parte de su pareja o expareja	66
	Anexo E. Ruta de acceso para la prevención y la atención de violencia intrafamiliar	68
	Anexo F. Aprobación del Comité de ética.....	69
	Anexo G. Autorización Institución prestadora de servicios de salud (IPS Especializada)	71

RESUMEN

Antecedentes: En el contexto de violencia en VIH están implicadas consecuencias en todos los ámbitos para la mujer, que incluyen la pérdida de apoyo social, rechazo social, abandono, violación de confidencialidad, y aumento en el estigma a la persona diagnosticada. En Colombia no hay datos que exploren esta situación en el ámbito cultural propio del país.

Objetivo: Identificar las características y los factores que componen la violencia contra la mujer que vive con VIH en la ciudad de Bogotá.

Sujetos y métodos: Esta investigación tiene un enfoque multimétodos, con dos vertientes: a) un estudio analítico en el que se identificó y caracterizó los casos de violencia de pareja contra la mujer, y b) un estudio cualitativo descriptivo de tipo fenomenológico de casos con las mujeres que fueron identificadas como víctimas de violencia de pareja. La investigación tuvo 2 fases a lo largo de 12 meses, en la primera fase se realizó la aplicación del componente cuantitativo que comprende el estudio transversal, y se realizó un análisis de los datos obtenidos. Según estos resultados y de acuerdo a los criterios de selección se dispuso a la segunda fase de desarrollo cualitativo con la técnica de grupo focal.

Pacientes: Mujeres mayores de 18 años con diagnóstico de VIH que son atendidas en una Institución prestadora de servicios de salud (IPS) especializada en atención a VIH de Bogotá en 2017, y que aceptaron desarrollar una encuesta de auto-diligenciamiento.

Diseño: La fase I de esta investigación tiene un diseño analítico transversal en el que se identificó y caracterizó los casos de violencia de pareja contra la mujer.

Mediciones: En la recolección de la información se utilizó el instrumento validado “índice de violencia de pareja”, original de Estados Unidos y diseñado en 1981 para determinar presencia de violencia de pareja, y traducido y validado en 2009.

Resultados: De las 223 mujeres encuestadas, el 33,6% [IC 95% 27-40%] presentaron violencia de pareja de cualquier tipo, física o no física; solo violencia física el 21,9% [IC 95% 16-27%], y violencia no física del 31,8% [IC 95% 26-38%]. Para la violencia de pareja no física se encontró dependencia con ser mujeres separadas o en unión libre (32,4 y 28,2%, respectivamente $p=0,000$), con una composición familiar nuclear, (42,3% $p=0,041$), o si la mujer tenía un aporte económico de 100% en el hogar (33,8% $p=0,001$). Mientras que la violencia física se informa como más frecuente en mujeres separadas (46,9% $p=0,000$), en parejas con hijos (89,8 $p=0,042$), familia monoparental (49% $p=0,000$), en mujeres que se encuentran sin pareja (42,9% $p=0,013$), y con aporte económico en el hogar del 100% (38,8% $p=0,001$).

Conclusiones: Este es el primer estudio latinoamericano que define la violencia de pareja en la mujer con VIH en un horizonte temporal, estudios en la región definen prevalencias del 37.3 al 59.8% a lo largo de la vida, siendo en nuestra muestra del 33,6%, similar a las poblaciones donde la prevalencia de VIH es mayor que la de nuestro país.

Los resultados en estas mujeres relacionados con violencia de pareja, sugieren que se debe hacer un tamizado en detección de violencia como parte del asesoramiento post prueba del VIH, y que se aborde la violencia como una parte rutinaria del tratamiento y la atención del VIH que conlleven, a mejorar la calidad de vida de las mujeres.

Palabras Clave: Violencia de pareja; violencia doméstica; VIH; prevalencia; mujeres.

ABSTRACT

Background: In the context of violence in HIV, consequences are implicated in all areas for women, including loss of social support, social rejection, abandonment, violation of confidentiality and increased stigma to the diagnosed person. These situations lead to dissolution of marriage, abandonment, guilt, and refusal to attend the consultation in care programs. In Colombia there is no data that explores this situation in the country.

Objective: To identify the characteristics and factors that make up violence against women who lives with human immunodeficiency virus infection in the city of Bogotá.

Subjects and methods: an analytical study in which cases of partner violence against women were identified and characterized, and a descriptive qualitative study of phenomenological type of cases with women who have been identified as victims of partner violence. The research consists of 2 phases over 12 months, in the first phase the application of the quantitative component comprising the cross-sectional study. According to these results, and to the inclusion criteria, the second phase of qualitative development with the focus group technique will be conducted.

Patients: Women over 18 years of age with HIV diagnosis and who agreed to answer a self-administered survey in a HIV-specialized institution providing health services (IPS) at Bogotá in 2017. And for the second phase the invitation was made to women who were identified themselves as victims of partner violence.

Design: Phase I of this research has a transversal analytical design in which, cases of partner violence against women were identified and characterized.

Measurements: In the collection of the information, the validated instrument "índice de violencia de pareja" was used, originally from the United States and designed in 1981 to determine the presence of partner violence and translated to Spanish and validated in 2009.

Results: 223 patients answer the questionnaire, 33.6% of them [CI 95% 27-40%] declared Intimate partner violence of any type; 21.9% only physical violence [CI 95% 16-27%], and 31.8% non-physical violence [CI 95% 26-38%]. Non-physical partner violence depends on being divorced or living in consensual union (32.4 and 28.2%, respectively $p = 0.000$), a nuclear family composition, (42.3% $p = 0.041$), or if the woman had an economic contribution to the family expenses of 100% (33.8% $p = 0.001$). Physical violence depended on being divorced (46.9% $p = 0.000$), families with children (89.8% $p = 0.042$), single-parent family (49% $p = 0.000$), women with no actual partner (42.9% $p = 0.013$), or if the woman had an economic contribution to the family expenses of 100% (38.8% $p = 0.001$).

Conclusions: This is the first Latin American study that defines intimate partner violence in women with HIV in a time horizon, other studies in our continent found prevalence of violence in this women that go from 37.3 to 59.8% throughout life; our sample's prevalence of 33.6% is similar to populations where the prevalence of HIV is higher than in our country. Intimate partner violence found in this study suggests that screening should be done in detecting violence as part of post-HIV counseling, and that violence should be addressed as a routine part of HIV care and treatment.

Key Words: Intimate partner violence; domestic violence; HIV infections; prevalence; women.

1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Investigaciones relacionadas con VIH y violencia de pareja han encontrado que hasta un 52% de las mujeres que viven con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en el mundo son víctimas de violencia, como lo plantea la revisión sistemática de Kouyoumdjian y colaboradores con 101 estudios analizados (1). Estos autores refieren que la asociación entre VIH y la violencia de pareja puede ser causal, no causal (es decir pueden estar correlacionados), o puede ser tanto causal como no causal. Los posibles mecanismos causales incluyen: 1) la violencia de tipo sexual, la cual puede aumentar el riesgo de infección por VIH a través de traumatismos en la mucosa vaginal o rectal; 2) comportamientos riesgosos, voluntarios o involuntarios, pueden aumentar el riesgo de VIH; 3) el compromiso inmunitario en las personas que sufren violencia de pareja puede aumentar el riesgo de infección; y 4) la infección por el VIH puede conducir a violencia de pareja. Al ser víctima de violencia también se podría estar asociado con el VIH de otras maneras, como por ejemplo con el diagnóstico tardío, la revelación menos frecuente de la condición de VIH o pobre acceso a la atención del VIH. Lo que conlleva una necesidad de protección a todas estas personas, dados los diversos contextos que implican un prejuicio social y condenatorio hacia el VIH y que genera violencia de género, violencias relacionada con el diagnóstico, y violencia en el entorno estudiado (2-6).

En el contexto de violencia en VIH están implicadas consecuencias en todos los ámbitos para la mujer, que incluye la pérdida de apoyo social, rechazo social, abandono, violación de confidencialidad, y aumento en el estigma a la persona diagnosticada (7). En la dinámica de pareja se ha encontrado que los compañeros masculinos reaccionan violentamente al descubrimiento del estatus positivo de su pareja, impidiendo que las mujeres accedan al tratamiento antirretroviral (TAR), prohibiendo el acceso a las consultas, desalentando el uso del tratamiento o llegando a destruir la medicación antirretroviral de su pareja. A largo plazo estas situaciones llevan a la disolución matrimonial, el abandono, la culpa, y la negación a asistir a la consulta en los programas de atención (8).

Se ha considerado que la revelación del diagnóstico de la mujer es un factor de riesgo que puede conducir a la violencia, ya que es relacionado con la infidelidad y la noción de que las mujeres están "llevando" la enfermedad a la relación (9, 10). Estas experiencias en las mujeres evocaron diferentes reacciones y sentimientos, incluyendo la preocupación por la necesidad de tener hijos, el miedo a la infección, el deseo de separarse de sus cónyuges / parejas, el desamparo, la ira y las tendencias suicidas (11). Al ser víctimas de violencia de pareja, la

percepción ha estado relacionada con categorías como "arrepentimiento del pasado", "futuro decepcionante", "soledad" y "ninguna otra opción" (12). Aunque los anteriores hallazgos surgen de estudios cualitativos en África y Europa, en comunidades hispanas el abordaje ha llegado a tener más dificultad ya que se ha observado que la cultura ha permitido que se considere a la violencia como parte de la vida de pareja o privacidad de pareja y no es algo que se discuta en un grupo o con personas fuera de la familia (13).

En Colombia, la Encuesta Nacional de Demografía y Salud realizada en población general en 51447 hogares por PROFAMILIA en 2010, mostró que el 65% de las mujeres entrevistadas afirmaron que sus esposos o compañeros ejercían situaciones de control sobre ellas, el 26% manifestó que sus compañeros se expresaban de forma desobligante, el 32% de las mujeres fueron amenazadas, y el 37% respondió que habían sufrido agresiones físicas por su compañero (14). En el año 2014 se realizaron 75.939 peritaciones en el contexto de violencia intrafamiliar, de las cuales el 64,33% corresponden a violencia contra la pareja, con una tasa de 125 casos por cada 100.000 habitantes. En el 46,65% de los casos contra la mujer, el principal agresor es el compañero permanente, seguido del excompañero permanente (27,63%) (15).

La misma encuesta reportó que en la violencia de pareja, la mujer es quien más sufre como víctima en la relación; ya que realizó un comparativo en cada tipo de violencia entre el hombre y la mujer, y en el único aspecto en que se registró una menor frecuencia en la mujer fue en la violencia psicológica (64.1 por ciento de las mujeres versus 74.4 por ciento de los hombres). La mayor situación de violencia psicológica que reportan los hombres es a causa de los celos por hablar con otra mujer (66.9%). En la violencia de pareja contra la mujer se tiene repercusiones sociales, como disminución en el rendimiento laboral, ausentismo escolar, bajo rendimiento escolar, y baja autoestima; así como experimentar depresión y ansiedad, siendo más propensas a abusar del alcohol y drogas, incluso tienen más riesgo de morir por suicidio u homicidio que mujeres que no experimentan violencia(16, 17).

Estas situaciones que vulneran la salud de las mujeres, tenderán a incrementarse en el contexto del VIH, dada la tendencia a aumentar la incidencia de la enfermedad en la población femenina; para el año 1987 había una relación de 27.5 hombres por una mujer diagnosticada, pasando a 2.7 hombres por una mujer en el año 2015(18). Dada estas circunstancias, es innegable que en un programa especializado en Colombia que atienda personas con VIH se presentarán cualquiera de este tipo de escenarios en las mujeres diagnosticadas, y ya que la relación entre la violencia de pareja y el VIH en el país es poco conocida, limitará abordajes especiales en estas mujeres, así como búsqueda activa de esta situación que indique al personal de salud que deba dar algún tipo de herramientas para que la mujer tenga protección en los diferentes niveles sociales. Estas situaciones afectarán su calidad de vida, la adherencia que pueda tener a los manejos necesarios y aumentarán más el estigma al considerar sean una causa de la infección en sus parejas, sea por

manipulación-ocultamiento del comportamiento del hombre, o simplemente por maltrato por parte de sus parejas.

1.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son la prevalencia y las características que componen la violencia contra la mujer que vive con VIH y que son atendidas en un programa de atención integral en VIH en la ciudad de Bogotá?

1.3 JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

Factores de riesgo como el desequilibrio de poder entre los géneros, el machismo, la estigmatización de la infección por el virus, y la culpabilización que se presentan en la violencia contra la mujer en el contexto de VIH, llevan a plantear un marco de construcción para el manejo integral en la salud sexual de la mujer. Además, las consecuencias que pueden llegar a ocasionar que la mujer sea víctima de violencia dan una baja asistencia a los servicios de salud, y una mala adherencia a las recomendaciones médicas con una inadecuada toma del manejo antirretroviral(19, 20). Esto conlleva a una disminución del número de linfocitos CD4, y así un gran riesgo de aumentar la morbimortalidad de las pacientes en el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).

La Organización de las Naciones Unidas en el año 2006 señaló que los costos de la violencia contra la mujer, “van más allá de la disminución de la producción económica y la reducción de la formación de capital humano, también comprenden los costos conexos a la inestabilidad política y social mediante la transmisión intergeneracional de la violencia, así como los fondos necesarios para los programas a favor de las víctimas/ sobrevivientes de violencia” (21).

En Colombia, la violencia en población general contra las mujeres se entiende como una expresión de las inequidades de género (22) y como “producto de un sistema resultante de

la interacción de diversos factores asociados a la violencia que se encuentran en los distintos niveles del medio social” (23) .

Este estudio busca aportar no solo a nivel personal con la intervención y acompañamiento de la víctima de violencia de pareja, o de los programas de atención generando sea visibilización del problema o información para construir protocolos específicos de atención en estos casos, sino también de la sociedad en general, dada la naturaleza propia del tema de violencia contra la mujer. El apoyo que se podrá brindar partirá de la base del conocimiento del fenómeno social en el país, que influenciada por el contexto político y social puede tener mayores manifestaciones en las mujeres con VIH. La investigación será desarrollada en una de las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) especializadas que solo atiende a pacientes con diagnóstico de VIH más grandes de la ciudad de Bogotá, y cuyos pacientes se encuentran en una de las Entidades Promotoras de Salud más grandes del país, con lo que se tendrá una mayor oportunidad de observar y determinar la prevalencia y componentes que influyen estos temas de salud.

La evidencia científica, sobre el fenómeno de estudio ha sido ampliamente abordada en el exterior, en especial en África(1, 24, 25), pero no se encuentran investigaciones a nivel local o nacional, las existentes se enfocan hacia el riesgo de adquirir VIH por situaciones de violencia sobre la mujer (26-29). Los resultados servirán para contextualizar si existe una relación de violencia posterior al diagnóstico de VIH en el contexto de la cultura del país, donde hay más inequidad comparada con los países de Latinoamérica, y donde se ha vivido en un conflicto armado por muchos años, que lleva a ver la violencia y sus diferentes manifestaciones como algo cotidiano. Se espera que los resultados impacten los protocolos de atención dando indicaciones para el manejo, orientación y acompañamiento de la paciente que es víctima de violencia o de aquella que presente riesgos que la lleven a ser victimizada.

Esta investigación pretende identificar los componentes de violencia de pareja contra la mujer, para sensibilizar a los equipos de salud dadas las importantes secuelas y consecuencias de la violencia en la mujer, quien además de lidiar con el estigma y la discriminación por VIH, está en riesgo de ser víctima de cualquier tipo de violencia, lo que se verá reflejado a nivel psicológico, físico y emocional. Además, se pretende visibilizar esta problemática en la dinámica de la infección por VIH y de aquellas personas que viven con el virus al momento del diagnóstico y su evolución. Tendrá como aporte principal el brindar información al respecto de la prevalencia de la violencia en las mujeres que viven con VIH, el impacto se verá reflejado en la mejoría de la calidad de la salud sexual de estas mujeres.

2. MARCO TEÓRICO

La infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) genera no solo alteraciones a nivel del estado inmunológico, y la posibilidad de morbimortalidad por infecciones oportunistas sino también problemas psicosociales, al relacionarse con un estado estigmatizante, y condenante hacia la persona que vive con el virus. Dentro de la visibilización de estos factores que influyen la calidad de vida de las personas se encuentra la violencia; violencia de la cual son víctimas los pacientes en diferentes matices, y que bajo su entendimiento el personal de salud puede brindar protección a las poblaciones vulnerables.

Y es que la infección por VIH hace explícitos problemas psicosociales, al convertirse en un estado de prejuicio social estigmatizante y condenatorio en la población general (2, 3); y que a nivel personal se trata de responsabilizar al compañero o compañera sexual, así como culparse a sí mismo por la situación de la trasmisión(4, 5). Esta culpabilización está muy ligada a relaciones de poder entre los sexos y de la posición subordinada de la mujer en la sociedad, en la cual se ha ignorado, tolerado, y hasta estimulado tal comportamiento; tendiendo en la cultura latinoamericana a generar un mayor peso en el hombre que puede causar que la mujer sea vulnerada en temas de salud sexual, y que lleve a sufrir retaliaciones representadas en los diferentes tipos de violencia(6).

2.1 VIOLENCIA DE GÉNERO

La ley colombiana reconoce la violencia de género como: "cualquier acción u omisión, que le cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual, psicológico, económico o patrimonial por su condición de mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, bien sea que se presente en el ámbito público o en el privado"(30). Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2013, complementó la definición de la violencia contra la mujer, como "todo acto de violencia de género que resulte, o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada"(31).

La violencia contra la mujer impacta de manera negativa la salud y el bienestar a corto y largo plazo, en la medida en que conlleva a una peor salud mental y física, a un mayor número de lesiones y al incremento de los recursos médicos. Las víctimas suelen exhibir conductas de salud negativas, incluyendo mayor riesgo de consumo de alcohol y drogas.

(32). Esta violencia de género se desarrolla como una agresión encubierta, en la cual a lo largo de los años las culturas le han dado legitimidad a la imagen de superior del varón, facilitando que el agresor actúe de forma coherente con su propio objetivo de sumisión y control (33). Calificar a esta violencia como “de género” supone admitir su carácter estructural, teniendo el origen de estas conductas relacionales, que rebasan el nivel de lo “aceptable”, reside en la posición de subordinación del género femenino respecto al masculino, variando en el tiempo y en el espacio (34)

La problemática derivada de la violencia contra la mujer ha sido visibilizada desde los años 70 y 80 en comités y asambleas destinadas a su análisis(35), como un importante problema de salud pública, tanto por su incidencia y mortalidad como por las graves consecuencias que puede tener en la salud de las mujeres (36). En 1995 en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer o Declaración de Beijing se reconoce que la violencia contra la mujer como asunto de salud pública debía ser asumida por el Estado con el desarrollo de programas y acciones para prevenirla, sancionarla y erradicarla (37). Con lo anterior, la Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos de las Naciones Unidas, declaró en su asamblea general que los Estados deben condenar la violencia contra la mujer; entendiéndola como una “manifestación de relaciones de poder históricamente desiguales entre el hombre y la mujer, que han conducido a la dominación de la mujer y a la discriminación en su contra por parte del hombre e impedido el adelanto pleno de la mujer, y que la violencia contra la mujer es uno de los mecanismos sociales fundamentales por los que se fuerza a la mujer a una situación de subordinación respecto del hombre”(38).

Estudios realizados antes del año 1999 en 35 países, estableció que entre el 10% y el 52% de las mujeres había sufrido maltrato físico por su pareja, y entre el 10% y el 30% había sido víctima de violencia sexual (39, 40). Para 2005, según el estudio multipaís de la OMS realizado en 24.000 mujeres procedentes de 15 entornos ubicados en 10 países, sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra ella, el porcentaje de mujeres que habían tenido pareja alguna vez y que habían sufrido violencia física o sexual, o ambas, por parte de su pareja a lo largo de su vida oscilaba entre el 15% y el 71%, aunque en la mayoría de los entornos se registraron índices comprendidos entre el 24% y el 53%.

Esta casuística mundial indica que anualmente la violencia contra la mujer no es única de los países en vías de desarrollo, en Estados Unidos, entre 850.000 y 1,5 millones de mujeres son víctimas de violencia sexual o física, siendo atacadas por su pareja cada año. La prevalencia de agresión física por dicha persona es del 22%. La prevalencia en países europeos es del 18 a 58%; en España para el año 2015, se presentaron 129.193 denuncias por violencia de género, y 60 muertes por esta causa(41).

Por otra parte, la OPS en su informe sobre violencia contra la mujer en América Latina y el Caribe, que recogió información de las encuestas de demografía y salud realizadas en 12 países, demostró que la violencia física o sexual contra la mujer infligida por el compañero

íntimo está generalizada en toda Latinoamérica (9, 42). En México, se reportó 4.773 denuncias por violación en solo 18 meses, y 922 homicidios dolosos contra mujeres entre enero de 2005 y agosto de 2010. De los 922 homicidios dolosos en mujeres, el 35.47% de los casos el asesinato fue cometido por una persona conocida (pareja, familiar o vecino) (43). En el Perú las denuncias debidas a violencia en pareja son el 76,5% del total. En Chile, el 50,3% de las mujeres del área metropolitana han sido víctimas de algún tipo de violencia y en el área rural, el 47,1% (44). En Argentina una de cinco parejas son víctimas de la violencia doméstica, 37% de las mujeres llevan soportando este tipo de abuso por más de 20 años, y en 42% de casos de mujeres asesinadas, está involucrada su pareja (45).

2.1.1 Clases de violencia Las diferentes formas de violencia de pareja contra la mujer, incluyen consecuencias a nivel físico y psicológico, los cuales pueden ser (46):

- **Violencia Física:** Agresión al aplicar fuerza física no accidental, caracterizada por lesiones variables sobre el cuerpo de la persona agredida, con consecuencias leves o graves, incluso la muerte, pero que siempre tienen efectos traumáticos de orden psicológico o emocional ya que es generada con una intencionalidad específica.
- **Violencia Psicológica:** Agresión a la vida afectiva, como una forma de control a través del miedo y la degradación. Al igual que la violencia física tiene como base la subvaloración o descalificación de la mujer y el autoritarismo, la imposición de ideas y deseos. Se puede manifestar en:
 - Agresión verbal utilizada para humillar, ridiculizar, amenazar o denigrar al agredido. Expresa el deterioro en las formas de comunicación entre los integrantes del grupo familiar.
 - Lenguaje corporal: manifestaciones exageradas y permanentes miradas de insatisfacción, de rechazo o burlescas; ausencia de expresiones afectivas, la exclusión y el aislamiento llegan a formar parte del lenguaje cotidiano como una forma de hostilidad y agresión emocional.
 - Chantaje afectivo: que se ejerce entre la pareja y entre padres e hijos. En este caso la violencia emocional se expresa en la negación a la libertad del otro (a).
- **Violencia Sexual:** Atenta contra la libertad sexual, entendida como la capacidad de autodeterminación de mujeres y hombres sobre su vida sexual y reproductiva, teniendo en cuenta los derechos de los demás. La libertad entraña la capacidad de elección, control y la responsabilidad acerca de los asuntos que competen con la sexualidad y la vida reproductiva incluidas la salud sexual y la salud reproductiva sin sufrir discriminaciones, coacción o violencia.

La libertad sexual comprende:

- La libertad de acceder o no a las relaciones sexuales, libertad de elección de la pareja sexual.
- Libertad de constituir o no la familia.
- Libertad de elegir el tipo de prácticas sexuales, la frecuencia, la elección del dónde.

- Libertad de la orientación sexual.
- Libertad de ejecución del para qué y el porqué del ejercicio de la sexualidad, es decir de la finalidad: reproducción, placer, compañía, lúdica.
- Libertad de elegir si se desea tener hijos o no, la edad para tenerlos, el número, el espaciamiento entre los hijos.
- Libertad para regular la fecundidad sin sacrificar la propia salud que entraña la elección de los métodos anticonceptivos o proconceptivos y da base técnica al derecho a la maternidad y la paternidad.
- Libertad con conocimiento de causa cuando se trate de realizar intervenciones médicas y de salud (25)

El abuso sexual de la mujer al interior de la familia reviste la mayor gravedad no sólo por su frecuencia, sino por los vínculos afectivos de intimidad y confianza que se tienen con el agresor y porque es más difícil de evidenciar y visibilizar.

- Aislamiento: Hace referencia a los casos en donde se busca controlar cada aspecto de la vida de la víctima como su tiempo, sus actividades, su contacto con los otros. Así mismo cuando a una víctima no se le permiten trabajar, recibir llamadas telefónicas o ver amigos o familiares, debe estar fuera o desconectada del mundo exterior.
- Abuso económico: Es donde se controla el acceso de la mujer al uso del dinero y se tiene un control sobre el manejo y gasto del mismo.

2.1.2 Violencia de pareja según Medina Legal. El Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, es la entidad encargada de la notificación de casos para la interpretación, intervención y prevención de lesiones de causa externa en Colombia. En su publicación Forensis 2015 (47), se dedicó un capítulo exclusivo al comportamiento de la violencia de pareja. Se reporta que en el año 2015 se registraron 47.248 casos de violencia de pareja, que corresponde a una tasa de 119.24 por cada 100.000 habitantes, en el 47,27% de los casos, el presunto agresor es su compañero permanente y en un 29,33% su excompañero; el 62,66% se concentran en mujeres entre los 20 y los 34 años.

En la última década el 74,6% de las mujeres han sido violentadas por su última pareja; la violencia de las parejas ha sido mayor en la zona urbana (alrededor del 75%), en 2015 los departamentos y sus municipios con mayor número de casos de violencia de pareja corresponden a Bogotá, D.C., (11.259 casos); Antioquia (4.809 casos con Medellín 3.151 casos); Cundinamarca (3.590 casos con un aporte de 1.445 casos en Soacha); Valle del Cauca (3.487 casos de los cuales 1.842 se presentaron en Cali); y Santander (2.379 donde Bucaramanga y Barrancabermeja presentaron el mayor número de casos, 827 y 608 respectivamente).

Según el Sistema Médico-legal colombiano, del año 2005 al 2014 (15) se ha atendido a 528.743 personas que denuncian a su pareja por diferentes tipos de maltrato. La tasa por cada 100.000 habitantes para el año 2014 fue de 125, con un incremento de 4.106 casos con respecto al año 2013. Para el 2014 el 52% de los casos (25.563) ocurrió en parejas conformadas por población adolescente y joven, entre los 15 y 29 años. Las tasas más altas por 100.000 habitantes se presentaron en el grupo de mujeres de 25-29 años (487,3); en el grupo de adultos mayores, los más afectados se encuentran entre los 60-64 años: 16 por cada 100.000 habitantes. El 40,29% tiene como nivel educativo máximo la básica secundaria, seguido del de básica primaria (38,75%). Se evidenció que las mujeres víctimas de la violencia por parte de su pareja tienen en un menor porcentaje que los hombres un nivel educativo de especialización (0,35%: 129 casos). El 11% de las personas valoradas (5.296) manifestó tener algún factor de vulnerabilidad que las hace víctima de agresión por parte de su pareja; y en 2015 para ambos sexos predomina el consumo de sustancias psicoactivas (3.631 casos); mujer cabeza de hogar es el segundo (760 casos).

Al igual que en los últimos años, la intolerancia entre los miembros de la pareja sigue siendo la principal razón de la violencia (47,04%), seguida de los celos, desconfianza e infidelidad (32,63 y 37,15% respectivamente) y el alcoholismo y/o drogadicción (6.049: 14,89%).

2.1.3 Resultados violencia en ENDS 2015. La Encuesta Nacional de Demografía y Salud es una investigación realizada por Profamilia a 92.799 personas (52.479 mujeres y 40.300 hombres de 13 a 69 años), provenientes de 44.614 hogares urbanos y rurales de los diferentes estratos socioeconómicos, concentrados en 295 municipios(14) publica cada cinco años desde 1990 los resultados de su investigación, en la que se recoge información sobre la dimensión, estructura, evolución, dinámicas y características generales de la población colombiana en el ámbito de salud sexual y reproductiva. Su última publicación en 2015, registró en el tema de violencia de pareja que el 64,1 por ciento de las mujeres ha sufrido de algún tipo de violencia psicológica. El 39 por ciento de las mujeres contestó afirmativamente que sus esposos o compañeros se expresaban en forma descalificatoria o en forma de subvaloración contra ellas. Las amenazas son mayoritariamente ejercidas por los hombres contra las mujeres; la amenaza más frecuente que recibe la mujer por parte del esposo o compañero, es la de abandono (15,5 por ciento), seguida por la de quitarle los hijos (12,8 por ciento), el 10,5 por ciento se queja de la amenaza de quitarle el apoyo económico, y el 7 por ciento las han amenazado con un arma.

El 31,9 por ciento de las mujeres alguna vez casadas o unidas reportaron haber sufrido agresiones físicas por parte de su esposo o compañero. El orden por porcentajes de los diferentes tipos de violencia física es: la ha empujado o zarandeado 28,8%, la ha golpeado con la mano 21,4%, la ha pateado o arrastrado 8,7%, la ha golpeado con objeto duro 5,7%, ha tratado de estranglarla 4,4%, y la ha atacado con arma de fuego o arma blanca 2,8%.

La violencia sexual considerada como una de las mayores agresiones fue reportada por el 7,6 de las mujeres. Se presenta en mayor proporción en las mujeres entre los 45 a 49 años

(11,4%), seguida entre los 40 a 44 años (9,3%) y los 35 a 39 años (9,1%). En referencia con el nivel educativo, entre mayor es éste la violencia sexual disminuye, mujeres que cursaron primaria (9,6%) y aquellas que alcanzaron educación superior (5,5%); además, se concentra en los quintiles de riqueza bajo y medio (8,8% y 8,3%). A pesar de los elevados resultados de lesiones personales, solo el 23,6 por ciento de las mujeres acudió a un servicio médico para recibir tratamiento e información. Y solo el 20 por ciento de las mujeres realizó el denuncia.

2.2 ESTADO DE LA INFECCIÓN VIH

Para comprender el impacto que puede traer sobre las mujeres aspectos como la violencia en torno al VIH, se debe conocer las cifras reportadas de la epidemia de VIH a nivel global y en Colombia.

2.2.1 Estado del VIH a nivel mundial. Según lo establecido por ONUSIDA para el año 2015, aproximadamente 36,7 millones de personas viven con VIH; de los cuales 2,0 millones viven en Latinoamérica y el Caribe. Los casos nuevos representaron para este año 2,1 millones, de los cuales 100.000 casos [86.000 – 120.000] son de datos suministrados de los países de Latinoamérica y el Caribe (48). Actualmente, existen 17,0 millones de personas viviendo con VIH en el mundo en tratamiento con medicamentos antirretrovirales (TAR); siendo 46% su cobertura global para el final del año 2015; donde la región de Latino América y el Caribe se encontraba para el año 2013 en 44% [33%-50%] (49), lo que permitió darle el primer lugar como la región con países de ingresos medios y bajos con mayor uso de tratamiento antirretroviral.

2.2.2 Estado de la infección en Colombia. Según el informe nacional sobre el Seguimiento de la Declaración de Compromiso sobre el VIH/Sida 2014, desde 1985 hasta el 31 de diciembre de 2013 se han notificado 92.379 casos de VIH y SIDA en Colombia (50). Para el año 2015, 44.556 (72,83%) hombres viven con VIH en Colombia, y 16.618 casos son mujeres (27,17%) (18). El 50% de esa población se distribuyen entre los 30 y 48 años, con un promedio de 39,5 años y una desviación estándar de 12,3 años. En las mujeres, el 50% se encuentran distribuidas entre 29 y 46 años(18). Actualmente, el grupo etario de mujeres que más contribuye con los casos es el de 30 -34 años (2.846 casos). La razón de masculinidad de los casos notificados como VIH en Colombia ha presentado un descenso del mismo, siendo en 1987 de 27,5 hombres por una mujer a 2,5 en el año 2013.

2.3 RELACIÓN DE VIOLENCIA Y VIH

La violencia y la infección por el virus de inmunodeficiencia humana son dos problemas complejos en salud pública, que afectan la vida de millones de mujeres. Desde hace dos décadas, se ha estudiado la posible relación existente entre estos aspectos (51), con una alta prevalencia de violencia en mujeres en relación con VIH(52-55). Otros estudios realizados en la década de los 90's registraron que muchas mujeres no revelaron su estado serológico a sus parejas porque temían consecuencias adversas. Aquellas que dieron a conocer el diagnóstico a sus parejas experimentaron efectos negativos tales como abuso físico y verbal, rechazo y abandono después de revelar su estado serológico de VIH (56).

En los estudios analizados además de características demográficas (personas afroamericanas, y latinas) se han identificado factores predictores como uso de drogas ilícitas, relaciones sexuales con hombres que consumen drogas psicoactivas, relaciones sexuales con múltiples parejas, o intercambio de sexo por drogas o dinero (57, 58).

La revisión sistemática de la literatura realizada (Anexo A), evidenció que las mujeres con VIH reportan tasas más altas de violencia física, sexual y psicológica que la población general, y pueden sufrir violencia como resultado de revelar su estado de VIH (59-61). Pantalone et al, describieron dentro de su revisión sistemática de 31 estudios, que la prevalencia de violencia física de pareja en las mujeres con VIH en Estados Unidos, alcanzaba el 62%, 22% para violencia sexual, y 21-55% violencia psicológica (62). Cuatro estudios de África subsahariana realizados en Sudáfrica, Tanzania y Kenya demostraron que las mujeres seropositivas reportan más violencia de pareja en la vida comparada con mujeres VIH-negativas, con la mayor diferencia reportada en Tanzania (52 vs. 29%, respectivamente) (51). La relación encontrada por la revisión sistemática de Li y colaboradores de 28 estudios con 331.468 personas en 16 países en 2014, indicó una asociación estadísticamente significativa con la infección por VIH en mujeres y violencia de pareja [RR combinado (IC del 95%): 1,22 (1,01-1,46)]. Del mismo modo, los resultados de los estudios cruzados indicaron asociación significativamente estadística entre la infección por el VIH en mujeres y la combinación de violencia de pareja tipo físico y sexual [2,00 (1,24, 3,22)] y con cualquier otro tipo de violencia [OR combinado (IC del 95%): 1,41 (1,16, 1,73)] (24)

En la revisión de Kouyoumdjian et al de 2013, hay una descripción de alta prevalencia en violencia de pareja en personas con VIH con una asociación positiva y estadísticamente significativa; de estos, cuarenta y cinco estudios se realizaron en América del Norte, 44 en África, nueve en Asia, dos en centro y sur América (1). De estos dos últimos, uno fue realizado en Brasil y el otro en México; para la investigación de Barros y colaboradores en 2.780 mujeres en 2012, la prevalencia de violencia fue del 59,8%, con una asociación entre la confirmación del diagnóstico y actos de violencia frecuentes y de grado severo (PR = 1,91), y con "sospecha" de la infección por el VIH (PR = 1.29).(63)

Kendal y colaboradores en su análisis de 2012 a 77 mujeres describieron una población mexicana en la que las mujeres habían experimentado violencia física en un 37.3%, y violencia sexual en un 29,2%. El haber comunicado la condición de VIH desencadenó violencia física para el 7,2% y violencia psicológica en el 26,5%. En esta misma investigación, se describe que el hecho de vivir sola se asociaba con experimentar violencia psicológica como consecuencia de revelar un diagnóstico de VIH ($p=0,004$). Así mismo, Las mujeres que hicieron una contribución monetaria a sus ingresos familiares tenían más probabilidades de haber sido forzadas a tener relaciones sexuales que las mujeres que no contribuían económicamente al ingreso familiar ($p=0,034$) (64).

El metanálisis de Hatcher y colaboradores de 2015, analizó cinco estudios con 1.315 mujeres, demostrando que la violencia de pareja contra la mujer se asociaba significativamente con un menor uso de antirretrovirales [OR 0,79, intervalo de confianza del 95% (IC del 95%) 0,64-0,97], con baja adherencia autocalicada por el paciente en seis estudios (OR 0,48; IC del 95%: 0,30-0,75) y menores probabilidades de supresión de la carga viral en siete estudios (OR 0,64, IC del 95%: 0,46-0,90) (65).

Por otro lado, se encontró que la violencia de pareja contra la mujer conduce a la disminución en el estado de la salud relacionada con el VIH, encontrando asociación con el fracaso virológico, menor recuento de células CD4, mayor incidencia de infecciones oportunistas, marcado aumento de enfermedades episódicas (Por ejemplo, neumonía, bronquitis, sinusitis) y mayor riesgo de mortalidad (66-68).

La evidencia de varios estudios y revisiones muestra que un número sustancial de mujeres no revelan el estado de VIH a sus parejas por resultados negativos como la violencia, el abandono, la disolución de las relaciones, el estigma, la pérdida de hijos o la pérdida de su hogar (69, 70). A pesar del consenso internacional sobre la necesidad de facilitar una revelación más segura del estado serológico del VIH por parte de las mujeres a sus parejas, en las mujeres que experimentan o temen la violencia, la revisión de Kennedy et al solo identificó dos estudios que evaluaron estas intervenciones. Ambos estudios eran de África subsahariana, los cuales no proporcionaron evidencia clara de la efectividad de una intervención de revelación del estado de diagnóstico de VIH (25).

3. ENFOQUE METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

Esta investigación tiene un enfoque multimétodos, con dos vertientes: a) un estudio analítico en el que se identificaron y caracterizaron los casos de violencia de pareja contra la mujer, b) y un estudio cualitativo descriptivo de tipo fenomenológico desarrollado con mujeres identificadas como víctimas de violencia de pareja.

La investigación se desarrolló en la IPS CEPAIN, Centro de Expertos para Atención Integral de la ciudad de Bogotá (Colombia), la cual tiene un programa de atención integral para pacientes con VIH, con población de localización predominantemente urbana, y con diferente nivel socioeconómico (bajo, medio y medio-alto).

En la recolección de la información se combinó métodos cuantitativos (estudio analítico transversal con aplicación de un instrumento validado), y cualitativos (estudio descriptivo de casos que utilizó como instrumento para la recogida de datos los grupos focales), en un proceso consecutivo y complementario.

La investigación consta de 2 fases a lo largo de 12 meses, previamente se elaboró el plan de investigación, el marco de análisis, y se construyó los instrumentos para la recolección de los datos. En la primera fase, se llevó a cabo el estudio transversal, con el correspondiente análisis de los datos obtenidos. Con los resultados se dio inicio a la segunda fase, que corresponde al desarrollo de los grupos focales. En cada una de estas fases, se capacitó a los profesionales de salud que intervenían en las diferentes etapas, y se recibió la retroalimentación respectiva.

Este reporte presenta los datos de la fase I.

3.1 Fase I. Componente Cuantitativo

3.1.1 Planteamiento de hipótesis

Hipótesis del investigador

- Aunque existen estudios de correlación, que comprueban la relación violencia de pareja y la infección por el virus de inmunodeficiencia humana a nivel mundial(1, 24, 51, 53, 54, 56); no se encuentra este tipo de estudios con población colombiana.

Se establece como hipótesis aplicada a mujeres de una institución prestadora de servicios de salud de Bogotá D.C.:

“Las mujeres que viven con VIH son víctimas de violencia física y no física por parte de su pareja después de la revelación de su diagnóstico”

- **Hipótesis no direccional o alterna (H1).**

Es mayor la prevalencia de violencia de pareja en mujeres con VIH que la población general en Colombia.

- **Hipótesis estadística o nula (Ho):**

No existe relación entre la infección por VIH y la prevalencia de violencia de pareja en la población colombiana y la población estudiada.

3.1.2 Objetivos

- **Objetivo General**

Identificar la prevalencia y características de la violencia contra las mujeres cuando conviven con la infección por el virus de inmunodeficiencia humana y que son atendidas en un programa de atención integral a personas con diagnóstico de VIH en la ciudad de Bogotá.

- **Objetivos Específicos**

- a) Estimar la prevalencia de la violencia de pareja en mujeres que viven con VIH y que son atendidas en un programa de atención integral en Bogotá.
- b) Describir la prevalencia de la violencia no física en mujeres que viven con VIH y que son atendidas en un programa de atención integral en Bogotá.
- c) Describir la prevalencia de la violencia física en mujeres que viven con VIH y que son atendidas en un programa de atención integral en Bogotá.
- d) Explorar los factores asociados a presencia de violencia de pareja en mujeres con VIH.

4. METODOLOGÍA

4.1 FASE I. TIPO DE ESTUDIO

En la fase I se desarrolló el estudio analítico tipo transversal, en el que se identificó y caracterizó los casos de violencia de pareja contra la mujer por medio de un instrumento previamente validado. En el que no hubo intervención por parte del investigador, y se limitó a la medición y análisis de las variables que definían el componente.

4.1.1 Población

La Institución Prestadora de Salud (IPS) especializada en la atención integral de pacientes con el virus de inmunodeficiencia humana, atiende para noviembre de 2016 a 4487 personas de los cuales 3841 son hombres y 646 son mujeres, 608 mujeres son mayores de 18 años, y 590 mujeres tienen el diagnóstico hace más de seis meses.

4.1.2 Diseño Muestral

Teniendo en cuenta los anteriores datos de la población, y con un nivel de confianza de 95%, se realizó el cálculo del tamaño de la muestra. Se tomó como prevalencia esperada la reportada en la encuesta nacional de demografía de 2015 para violencia en mujer en población colombiana(14). Se utilizó una captación secuencial hasta completar el tamaño de la muestra, realizando una invitación a participar al estudio a las mujeres que asistieron a los diferentes servicios del centro, como son consulta externa médica, de psicología, enfermería, químico-farmacéutico, vacunación, laboratorio clínico y farmacia. La IPS está en funcionamiento todos los días de lunes a viernes de 6:30am a 9:00pm, y sábados de 7am a 1pm.

Dado el objetivo general de determinar la prevalencia de la violencia de pareja en mujeres con VIH, para el cálculo de la muestra se utilizó como referencia la prevalencia esperada de violencia de pareja en población general en el país, sin especificar algún tipo de violencia (física, verbal, psicológica, económica). Se utiliza la siguiente fórmula,

$$n = \frac{z^2 * p * q * N}{(e^2 * (N - 1)) + z^2 * p * q}$$

Bajo el software de epidat se corroboraron los datos, así:

Tamaño de la población:	590
Proporción esperada:	64,1%
Nivel de confianza:	95,0%
Error:	5,0%

El resultado para recolección de datos en mujeres fue de 222 personas.

- **Criterios de inclusión:**

- a. Mujeres con diagnóstico de VIH que sean atendidas en la IPS especializada en atención a VIH de Bogotá durante el año 2017.

- **Criterios de exclusión:**

- a. Menores de 18 años.
- b. Diagnóstico reciente de VIH (menos de 6 meses).
- c. No deseo de participación.
- d. No estar de acuerdo con el consentimiento informado y el manejo de la información.

4.1.3 Descripción de las variables

- Variable Independiente. Infección por el virus de inmunodeficiencia humana.

Está relacionada al estado infeccioso que presentan todas las pacientes del programa que son población objeto de estudio. Condición que será caracterizada en estadio CDC, estado viro-inmunológico, manejo antirretroviral, adherencia al tratamiento.

- Variable Dependiente. Violencia de pareja.

Describe la violencia dentro de la relación de pareja, utilizando patrones de comportamiento de la pareja para estimar el tipo y la frecuencia de abuso, (Físico y no físico).

Se midió por medio del instrumento Índice de violencia en la pareja (index of spouse abuse versión en español), este instrumento mide la severidad de violencia a la cual está expuesta la mujer en su relación de pareja y la frecuencia con la que ocurren estos abusos. Se estableció con valores ponderales asignados a cada ítem de la escala, el

resultado global es la sumatoria de los valores ponderales de las dos subescalas del instrumento (abuso físico: total entre 0-100 puntos y abuso no físico: total 0- 100 puntos).

-La subescalas de violencia no física: se encuentran puntuaciones por debajo de 14 puntos: negativas para violencia no física. Y puntuaciones iguales o superiores a 14 puntos: positivas para violencia no física.

-La subescalas de violencia física: se encuentran puntuaciones por debajo de 6 puntos: no hay abuso físico y puntuaciones iguales o superiores a 6 puntos: abuso físico.

Tabla 1. Descripción de variables

Variable	Definición	Tipo de variable	Unidades codificación	Escala de medición
Edad	Años cumplidos	Cuantitativa		Continua
Escolaridad	Nivel escolar alcanzado	Cualitativa	Grado escolar: primaria, bachiller, universitaria, escolaridad incompleta	Ordinal
Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.	Cualitativa	1.Soltera 2.Casada 3.Unión libre 4.Separada/divorciada 5.Viuda	Nominal
Ocupación	Labor a la que se dedica	Cualitativa	Ocupación	Nominal
Número de parejas	Número de parejas en toda la vida.	Cuantitativa		Continua
Número de hijos	Número de hijos nacidos vivos	Cuantitativa		Continua
Pareja VIH	Si actualmente está en una relación con una persona VIH (+).	Cualitativa	1. Si 2. No	Nominal dicotómica
Contribución económica al hogar	Porcentaje estimado de contribución a la economía familiar	Cualitativa	1. Menos de 25% 2. >25% <50% 3. 50% 4. >50% <75% 5. 75% 6. >75% <100% 7. 100% 8. Nada	ordinal
Violencia de pareja	Resultado de instrumento aplicado	Cualitativa	1. Si 2. No	Nominal dicotómica
Violencia física	Existencia o no de violencia física encontrado con el índice de violencia de pareja.	Cualitativa	1. Violencia física 2. No violencia física	Nominal
Violencia no física	Existencia o no de violencia física encontrado con el índice de violencia de pareja.	Cualitativa	1. Violencia no física 2. No violencia no física	Nominal

Variable	Definición	Tipo de variable	Unidades codificación	Escala de medición
Estadio CDC VIH	Estado de enfermedad por VIH	Cualitativa	Clasificación CDC en A, B, C y 1, 2, 3	Ordinal
Recuento celular CD4	Número de Linfocitos CD4 que tiene la paciente actualmente	Cuantitativa		Continua
Carga viral	Número de copias de carga viral	Cuantitativa		Continua
Uso de Antirretrovirales	Ingesta actual de esquema antirretroviral.	Cualitativa	1. Si 2.No	Nominal, dicotómica
Gestación	Estado de embarazo.	Cualitativa	1. Si 2.No	Nominal, dicotómica
Consumo de licor	Ingesta de licor	Cuantitativa	0. Nunca 1. Esporádicamente 2. Una vez al mes 3. Una vez a la semana sin llegar a embriaguez 4. Una vez a la semana con embriaguez. 5. Varias veces a la semana	Ordinal
Consumo de drogas Psicoactivas	Consumo y/o aplicación de drogas ilícitas	Cualitativa	0.Nunca 1. Alguna vez 2. Antes, actualmente no 3. Regularmente	Nominal
Adherencia a TAR	Si toma regularmente el medicamento según descripción de médico tratante	Cualitativa	1. Si 2. No	Nominal, dicotómica

4.1.4 Técnicas de Recolección de información

Fuentes de Información

Para abordar a las participantes, el personal de salud asignado como médicos, psicólogas, y trabajadoras sociales les preguntaron a las pacientes que se acercaron a los diferentes servicios de la IPS, si deseaban participar del estudio.

Primero se explicó a las pacientes que la IPS como centro de investigación tiene en sus proyectos varios estudios en marcha, uno de ellos está relacionado con la salud sexual de la mujer, y se explicó en qué consistía y los alcances, se dio a leer el consentimiento y se esperó su respuesta para aceptar ser participe. Posterior a lo cual se entregó el instrumento que se describe a continuación:

Instrumento de recolección de información

Index of spouse abuse (índice de violencia en la pareja). Versión en español (71, 72).

En la fase cuantitativa se utilizó el instrumento "Index of Spouse Abuse" (ISA), original de Estados Unidos y diseñado en 1981 para determinar presencia de violencia de pareja, y traducido y validado en España en 2009. Está compuesto de 30 ítems que pueden ser contestados oralmente o de forma escrita en aproximadamente 5 minutos. Los ítems explican con una afirmación una conducta de la pareja hacia la mujer, y la mujer encuestada debe responder por frecuencia según una escala Likert de 1 a 5, siendo 1 "nunca" y 5 "muy frecuentemente".

En el estudio de la escala original, la estructura factorial y fiabilidad se examinaron en 388 mujeres universitarias, y los valores ponderales de cada uno de los ítems se obtuvieron en otra muestra universitaria de 188 sujetos. Finalmente, la validez y puntos de corte de la escala se obtuvieron en una última muestra constituida por 107 mujeres procedentes de servicios sociales y casas de acogida, que fueron definidas por un terapeuta independiente y ajeno al estudio como "maltratadas" o "no maltratadas".

El análisis factorial mostró que el ISA está compuesto por 2 escalas independientes: una mide violencia no física y otra violencia física. La primera contiene 19 ítems ($\alpha=0,93$) y la segunda 11 ítems ($\alpha=0,91$). Ambas escalas mostraron una sensibilidad del 90,7%.

Si alguna de las respuestas se ha dejado en blanco, debe asignarse una puntuación de "0" a ese ítem (I) y debe sustituirse el valor ponderal (VP) del mismo por "0".

Es necesario calcular, para cada ítem, el producto de la puntuación en ese ítem por su valor ponderal:

$$P = (I) (VP)$$

Posteriormente se calcula la mínima puntuación posible que puede obtener la mujer (MIN) sumando todos los valores ponderales:

$$MIN = \sum VP$$

Finalmente, ha de aplicarse la siguiente fórmula para obtener la puntuación final (PF):

$$PF = (\sum P - MIN) (100) / [(MIN) (4)]$$

Esta fórmula debe aplicarse dos veces: una para obtener una puntuación de violencia física y otra para obtener una puntuación de violencia no física. Para obtener la puntuación de violencia física hay que aplicar los cálculos descritos anteriormente solamente a los ítems que miden violencia física. Igualmente, para obtener la puntuación de violencia no física hay que aplicar los cálculos solamente a los ítems que miden violencia no física. También se especificaron puntos de corte para identificar a las mujeres como “maltratadas” y “no maltratadas” en cada una de las escalas: 25 para la violencia no física y 10 para la violencia física.

Una de las principales limitaciones del trabajo de validación del ISA, ampliamente discutida por los autores, es que la gran mayoría de las mujeres definidas por el terapeuta como “maltratadas” provenían de casas de acogida. Este grupo incluía, por lo tanto, mujeres que habían sufrido las formas más severas de maltrato, probablemente físico, quedando así excluidas de este grupo aquellas mujeres que habían sufrido “solamente” violencia no física de sus parejas. Esta limitación cuestionó la necesidad de considerar las 2 dimensiones (violencia física y no física) como 2 subescalas independientes, y cuestionó también el uso de pesos ponderales en la puntuación de la escala, así como la validez de los puntos de corte obtenidos.

El cuestionario original fue traducido al castellano, de manera ciega, por una traductora bilingüe de origen español y por una de las investigadoras del estudio. Se realizó una traducción semántica, aquellos ítems con una dificultad media igual o superior a 5 fueron sometidos a una tercera traducción por una investigadora de origen español que era ajena a este estudio de validación, que tenía un elevado dominio del inglés y que había vivido en EEUU. Se obtuvo así una primera versión de la escala.

La muestra estaba constituida por mujeres con un rango de edad entre 18 y 70 años que acudieron al centro durante el mes de agosto de 2005. Se excluyeron aquellas que no entendían el español, las analfabetas, aquéllas con disfunciones cognitivas severas y, siguiendo las Normas Éticas y de Seguridad para la Investigación sobre Violencia Doméstica (World Health Organisation, 1999), se excluyeron también las mujeres que acudían acompañadas por su marido o pareja. Se obtuvieron finalmente puntuaciones de 227 mujeres.

Para obtener las puntuaciones se solicitó a las mujeres que identificaran, tras leer detenidamente todos los ítems, aquél que en su opinión reflejaba la forma de maltrato menos severa. Éste ítem era denominado “marcador” y se le daba una puntuación de “1”. Posteriormente, se pedía a las mujeres que compararan cada uno de los 29 ítems restantes con ese marcador y decidieran cuántas veces más grave que éste, era cada uno de ellos. Así, si se consideraba que un ítem era 2 veces más grave que el marcador, se le daba una puntuación de “2”. No se estableció ningún límite superior para ninguna de las puntuaciones. Para un nivel de confianza del 95%, una prevalencia de violencia esperada en el último año del 20% y un error muestral de $\pm 4\%$, se estimó un tamaño muestral de 384 mujeres. La selección de las mujeres se realizó de manera sistemática hasta obtener el tamaño muestral requerido.

- **Fiabilidad interna**

El coeficiente de correlación de todos los ítems con la subescala que representan fue superior a 0,40. En cuanto a la consistencia interna de las 2 subescalas, el alfa de Cronbach fue 0,85 para la subescala de violencia física y 0,94 para la subescala de violencia no física. No fue necesario extraer ningún ítem para mejorar la consistencia interna de las subescalas. El coeficiente de correlación entre las 2 subescalas fue 0,67.

- **Reproducibilidad o fiabilidad test-retest**

Las puntuaciones obtenidas en la administración inicial del ISA y las alcanzadas en la segunda administración no difieren estadísticamente. El coeficiente de correlación intraclase fue de 0,97 para la subescala de violencia física y de 0,90 para la subescala de violencia no física.

El análisis de conglomerados de K-medias para la puntuación de la subescala de violencia no física mostró que existían dos grupos claramente diferenciados. El primer grupo tenía puntuaciones por debajo de 14 y el segundo grupo tenía puntuaciones iguales o superiores a 14. Asimismo, para la puntuación de la subescala de violencia física, el análisis reveló la existencia de 3 grupos. El primero tenía puntuaciones inferiores a 6, el segundo presentó puntuaciones entre 6 y 20, y el último grupo tenía puntuaciones superiores a 20. El examen de las respuestas de estas mujeres a los ítems de la subescala, mostró que el segundo grupo podría ser definido como "maltratadas moderadamente" y el tercero como "maltratadas severamente". Por ello, se agruparon los 2 últimos conglomerados en uno único, de manera que aquellas mujeres con puntuaciones inferiores a 6 constituyeran un primer grupo y aquellas con puntuaciones iguales o superiores a 6 constituyeran un segundo grupo. Así, los puntos de corte para las subescalas de violencia no física y física fueron 14 y 6 respectivamente. Finalmente se realizó un análisis discriminante con el objetivo de comprobar si los puntos de corte previamente mencionados clasificaban bien a las mujeres como "maltratadas" y "no maltratadas". Como conclusión, la buena consistencia interna y validez de constructo de la versión española del *Index of Spouse Abuse*, así como su brevedad y alta aceptación y comprensión, permiten afirmar que la escala es útil para abordar la violencia contra la mujer en la pareja, tanto desde el ámbito de la investigación como desde el ámbito asistencial.

El instrumento se encuentra en la página web de la escuela Andaluza de Salud Pública: Observatorio de salud de la mujer, el cual se puede utilizar sin autorización previa, con mención de la fuente de donde fue obtenida. Este ya se ha utilizado en mujeres de población colombiana con resultados validados (73).

- **Obtención de la puntuación de la escala:**

1. Debe examinarse detenidamente las respuestas al cuestionario para comprobar que este ha sido diligenciado correctamente, si alguna de las respuestas se ha dejado en blanco, debe asignarse una puntuación "0" a ese ítem (I) y debe sustituirse el valor ponderal del mismo por "0".

2. En segundo lugar, es necesario calcular, para cada ítem, el producto de la puntuación de ese ítem por su valor ponderal: $P = (I) (VP)$.

3. En tercer lugar, hay que calcular la mínima puntuación posible que puede obtener la mujer (MIN), este valor se calcula sumando todos los valores ponderales: $(MIN) = \sum VP$.

4. Finalmente, ha de aplicarse la siguiente fórmula para obtener la puntuación final (PF): $PF = (\sum P - MIN) (100) / [(MIN)(4)]$

Esta fórmula debe aplicarse dos veces: una para obtener una puntuación de violencia física y otra para obtener una puntuación de violencia no física; para obtener la puntuación de violencia no física hay que aplicar los cálculos solamente a los ítems que miden violencia no física, e igualmente para los ítems que miden solamente violencia física.

Ítems que valoran violencia física: 4, 7, 13, 18, 22, 24, 25, 30.

Ítems que valoran violencia no física: 1, 2, 3, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 19, 20, 21, 23, 26, 27, 28, 29.

Puntos de corte.

Los autores establecieron los puntos de corte para mujeres maltratadas por violencia no física: puntuaciones iguales o superiores a 14 y para violencia física: puntuaciones iguales o superiores a 6

Tabla 2. Valor ponderal y orden del rango para violencia física o no física de cada uno de los ítems del Índice of Spouse Abuse (ISA versión en español).

Ítem	Valor o peso ponderal de cada uno de los ítems	Orden de rango (menor a mayor peso dentro de la escala)
No es una persona amable (ítem 20 en la escala española)	4	1
Controla lo que gasto y a menudo se queja de que gasto demasiado. (Ítem 15 en la escala española).	11	2
Le molesta mucho que las tareas de la casa no estén hechas (ítem 5 en la escala española).	13	3
Se enfada mucho si no estoy de acuerdo con él. (Ítem 12 en la escala española).	20	4
Me exige obediencia ante sus caprichos. (Ítem 2 en la escala española).	21	5
Exige que me quede en casa cuidando de los niños. (Ítem 17 en la escala española).	21	6
Es tacaño a la hora de darme dinero para los asuntos de la casa. (Ítem 14 en la escala española).	21	7
Me dice que soy fea y poco atractiva. (Ítem 8 en la escala española).	23	8
Me dice que no podría arreglármelas o cuidar de mí misma sin él. (Ítem 9 en la escala española).	25	9

Ítem	Valor o peso ponderal de cada uno de los ítems	Orden de rango (menor a mayor peso dentro de la escala)
Tiene celos y sospechas de mis amigos u otras personas cercanas. (Ítem 6 en la escala española).	26	10
Se enfada y se pone intratable cuando le digo que está bebiendo demasiado (ítem 3 en la escala española).	26	11
Me hace sentir inferior. (Ítem 1 en la escala española).	28	12
Cree que no debería trabajar o estudiar. (Ítem 19 en la escala española).	28	13
Actúa como si yo fuera su criada personal. (ítem 10 en la escala española)	28	14
No quiere que me relacione con mis amigas u otras personas cercanas. (Ítem 21 en la escala española).	35	15
Es un mandón y me da órdenes constantemente. (Ítem 26 en la escala española).	39	16
No me valora intelectualmente. (Ítem 16 en la escala española).	40	17
Me trata como si fuera idiota. (Ítem 29 en la escala española).	47	18
Me grita por cualquier motivo. (Ítem 23 en la escala española).	50	19
Me insulta o me avergüenza delante de los demás. (Ítem 11 en la escala española).	52	20
No respeta mis sentimientos, decisiones y opiniones. (Ítem 27 en la escala española).	52	21

Ítem	Valor o peso ponderal de cada uno de los ítems	Orden de rango (menor a mayor peso dentro de la escala)
Me hace realizar actos sexuales que no me gustan o con los cuales no disfruto. (Ítem 4 en la escala española).	54	22
Exige que tengamos relaciones sexuales sin tener en cuenta si yo quiero o no. (Ítem 22 en la escala española).	64	23
Me asusta y me da miedo. (Ítem 28 en la escala española).	72	24
Se pone agresiva conmigo cuando bebe. (Ítem 25 en la escala española).	72	25
Me da puñetazos. (Ítem 7 en la escala española).	82	26
Me da bofetadas en la cara y la cabeza. (Ítem 24 en la escala española).	86	27
Actúa como si quisiera matarme. (Ítem 30 en la escala española).	87	28
Me amenaza con un objeto o arma. (Ítem 13 en la escala española).	87	29
Me pega tan fuerte que debo buscar asistencia médica. (Ítem 18 en la escala española).	90	30

4.1.5 Control de errores y sesgos

En el desarrollo de la investigación se puede presentar los siguientes sesgos:

- Sesgo de representatividad, a pesar que la IPS atiende una población diversa, no hay representatividad nacional.
- Sesgo de selección, la aplicación del instrumento se realizó a las mujeres que asistían a los servicios de la IPS. El sesgo se puede presentar en que las mujeres que sean

víctimas de violencia no asistan a controles como consecuencia de esta. Se controló utilizando al equipo de seguimiento de la institución que hizo llamadas de contacto a las pacientes para invitarlas a regresar a los controles al programa y lograr la realización del instrumento en dicho control.

- c. Sesgo de confusión, sí la situación de violencia está precedida al diagnóstico de VIH, y de hecho actúa como un factor de riesgo para la transmisión del virus. Se controló, adicionando una pregunta en el instrumento referida a si situaciones que afectasen a la paciente por violencia de pareja se presentaban antes de ser diagnosticadas.

4.1.6 Técnicas de procesamiento y análisis de los datos

Para determinar la prevalencia de la violencia de pareja en la mujer, se incluyó en el análisis las mujeres "nunca asociadas" es decir que no tuvieron pareja. Se realizó un análisis descriptivo de los datos por medio de frecuencias para variables categóricas, y medidas de tendencia central y de dispersión para variables cuantitativas. Para el análisis bivariado se utilizó la prueba de Chi cuadrado para analizar los vínculos entre variables categóricas y se utilizó la prueba no paramétrica de Mann-Whitney para analizar los vínculos entre variables categóricas y continuas con distribución no normal.

Se calculó prevalencia, y se realizó un análisis de regresión logística para identificar los factores sociodemográficos (convertidos en variables dicotómicas) que se asociaron independientemente con cada categoría de violencia de pareja. La significancia estadística se estableció en $p < 0,05$.

Se usó el software estadístico SPSS Statistical Package for the Social Sciences versión 24 según licencia de la Universidad del Rosario(74), para el análisis del componente cuantitativo.

5. CONSIDERACIONES ÉTICAS

La investigación sobre violencia doméstica contra la mujer, conlleva una responsabilidad con las mujeres participantes, con el fin de garantizar su privacidad, dignidad y protección de la integridad física y psicológica (75). El investigador utilizó un instrumento que determinó la presencia de violencia en la pareja, siendo el riesgo estimado para las participantes como "mínimo", dado el tema sensible de ser víctima de violencia y que está relacionado con la seguridad física y psicológica de la participante; y lo que pueda generarse al indagar por este tipo de conductas de la dinámica en la relación de pareja.

Estará determinado por los siete requisitos éticos para investigación clínica:

- Valor

Por medio de este estudio se busca establecer la prevalencia de violencia de pareja en mujeres, lo cual llevará a recomendaciones sobre tamizaje de este aspecto en el ingreso de las pacientes en los programas de atención integral a personas viviendo con VIH, además se pretende con el componente cualitativo conocer a profundidad si pudiese estar relacionado con la revelación del diagnóstico de VIH por parte la mujer a su pareja, y otros determinantes. Al ser un elemento tan sensible estará asociado a mejorar la calidad de vida en las relaciones interpersonales de la paciente, además de visibilizar un tema que no es abordado comúnmente en las consultas a los pacientes y que puede afectar la adherencia al tratamiento o al seguimiento en los servicios de salud

- Validez científica

Con el fin de lograr una coherencia entre el objetivo del estudio y la metodología, se contará con la documentación sobre la temática, un diseño e instrumentos, válidos y confiables diseñados para el logro de los objetivos de la investigación. Para este estudio se utilizó el instrumento Index of Spouse Abuse (ISA) (índice de violencia en la pareja) Versión en español, validado en población latina y constituido con mujeres colombianas. Este instrumento está desarrollado con el propósito de evaluar la severidad del abuso físico y no físico sufrido por la mujer a manos de su pareja, sus ítems, describen conductas o interacciones maritales que reflejan diferentes grados de abuso. Dependiendo de las respuestas, se selecciona a mujeres que presenten un grado de vivencia de violencia, y se invitó a participar al grupo focal.

El anteproyecto fue evaluado por el comité de ética de la Universidad del Rosario. Para asegurar el rigor metodológico de la misma, se contó con la asesoría y acompañamiento de dos docentes tutoras de cada una de las fases de la investigación.

- Selección equitativa del sujeto

La población objeto de estudio son las mujeres del programa de atención integral a pacientes que viven con VIH, por lo tanto, se invitó a participar a todas las pacientes del programa.

- Proporción favorable del riesgo-beneficio

A todas las participantes se les ofrece el apoyo de asesores de salud y psicólogos, quienes están presentes en ambos momentos de evaluación. También se les proporciona información en agencias de violencia intrafamiliar locales y organismos de apoyo contra el VIH (ICBF, Comisarías de familia, Policía, DABS, Fiscalía y un listado con nombres y números telefónicos de personas o sitios a los que se podía dirigir en un momento de emergencia). Se les preguntó a las participantes si les gustaría que su médico del programa tuviera una copia del cuestionario. Si se diese a conocer información al equipo clínico ante serias preocupaciones por la seguridad de la mujer o sus hijos, se seguirá protocolos y políticas para intervención con el fin de dar protección de los niños y mujeres vulnerables.

Si bien la caracterización descriptiva de la violencia de pareja aporta algunos elementos importantes para la contextualización, la valoración del riesgo de violencia mortal se constituye en un elemento fundamental. Sí se llegase a detectar en las participantes riesgos de su estado con situaciones que colocasen en peligro su vida se aplicará el **Protocolo de valoración del riesgo de violencia mortal contra mujeres por parte de su pareja o expareja**, que además brinda a las autoridades competentes la herramienta para la adopción de medidas de protección y atención de las víctimas de conformidad con la Ley 1257 de 2008.

- Evaluación independiente

La evaluación del diseño del estudio es realizada por docentes de la especialización de epidemiología de la Universidad del Rosario y CES, donde por medio de seminarios de investigación se realizó la corrección y modificaciones pertinentes.

- Consentimiento informado

En el presente estudio se realizó una sesión de diligenciamiento de consentimiento informado, en el momento de invitar a la paciente a realizar el instrumento que deberá diligenciar, y se indicó que podía ser invitada al grupo focal para el desarrollo de la parte cualitativa. En cada uno de estos espacios se explicó los objetivos de la investigación, la naturaleza de las preguntas, el carácter confidencial de las mismas, los riesgos y las oportunidades de retiro del mismo. Como parte del procedimiento se sensibiliza a las participantes de la investigación, frente a lo que podría generar el tema en términos de susceptibilidad, emotividad o alguna otra reacción afectiva. Se deja claro la libertad que tienen, de interrumpir la entrevista o no responder ciertas preguntas.

- Respeto a los sujetos inscritos

Se tuvo en cuenta la necesidad de mantener un sitio que facilite la privacidad durante la realización de la encuesta y el grupo focal, de la misma manera las participantes desde un inicio tuvieron la libertad de cambiar o elegir libremente la fecha y el lugar de la encuesta en la que se sintiesen más seguras y que fuese más conveniente para ellas.

Durante las entrevistas a las participantes de la investigación, se les habló de una investigación sobre la salud de las mujeres y sus experiencias de vida, para evitar el impacto que podría generar el tocar el término violencia.

No se realizó preguntas referentes al uso de violencia o de exploración de actitudes hacia la violencia o el uso de la misma, con las familiares, y amigas de las entrevistadas, para evitar curiosidad e interpretaciones inadecuadas acerca del fenómeno que se indagó. La información suministrada en las entrevistas es personal, y confidencial por esta razón los cuestionarios y grabaciones de los grupos focales fueron identificados con códigos.

Se contó con el servicio de trabajo social y psicología, de la institución para el apoyo en los casos en que se identificaran reacciones negativas relacionadas con el tema manejado, y/o a cuadros clínicos compatibles con depresión.

- Confidencialidad y protección de datos

El manejo de la identidad de la paciente se mantendrá en total anonimato, se implementó un mecanismo de asignación de códigos para el material resultante de la obtención de datos. En el cual se utilizaron las siglas del primer nombre, primer y segundo apellido, seguido de tres números arábigos correspondientes a los tres últimos números del documento de identificación. En la sesión de grupos focales no se mencionaron nombres y se pidió a las participantes que se identificaran con una "insignia creativa".

El material es resguardado en archivos con codificación de claves que solo el investigador principal conoce, así mismo se archivan en una unidad de disco duro sin acceso a internet, ni a sitios de almacenamiento en la web.

- Alcance de investigación

Con los resultados obtenidos, el primer nivel de uso estará en las propias pacientes al realizar el acompañamiento a que haya necesidad según las situaciones individuales y que no se hayan identificado en las consultas del programa. Se aplicará el **Protocolo de valoración del riesgo de violencia mortal contra mujeres por parte de su pareja o expareja**, aplicando los instrumentos de acción para acceso a la justicia y para el restablecimiento de derechos.

El documento producto de investigación será aportado como requisito de grado para la especialización en epidemiología del investigador principal y se entregará al repositorio de la Universidad del Rosario; adicionalmente se modificará el documento en una versión para consideración a publicación en revistas médicas científicas. Esto último con el fin de ampliar el público al que se dé a conocer los resultados de la investigación y sea base para que se visibilice como una situación importante en las mujeres con VIH y que puedan intervenir en los demás grupos de atención a pacientes.

Al final de la investigación se hará una sesión de retroalimentación en modo de socialización-exposición en el que se invitara a la población general, con especial énfasis en la invitación a las mujeres que participaron en el estudio. Así mismo, se realizará la charla a todo el personal de atención del grupo para que se logre identificar esta situación desde la consulta de medicina y del grupo interdisciplinario.

Si al final de todo el estudio se detecta que la participante es víctima de violencia de pareja, se le ofrecerá el acompañamiento y asesoría para acudir a las instancias en las que ella y su familia pueda obtener protección como son: fiscalía, policía nacional, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, comisarías de familia, medicina legal, Ministerio Público (Procuraduría, Defensoría del pueblo, Personería municipal) según corresponda.

Sí se detecta que la participante corre un grave peligro y está en amenaza y riesgo su vida o la de sus hijos, se actuará como Institución Prestadora de Salud responsable del cuidado de la paciente, en procura de protegerla a ella y su familia, y si es el caso denunciar para intervenir a nivel intrafamiliar con las instancias ya descritas como fiscalía o policía nacional.

Para ello, por parte del investigador se realizará un informe detallado al área de jurídica de la IPS desde donde se llevará a cabo la denuncia a las instituciones correspondientes.

6. RESULTADOS

6.1 Caracterización de la población

Se aplicó el instrumento **índice de violencia en la pareja** a 227 mujeres que asistieron al centro especializado del programa de atención integral para VIH de la ciudad de Bogotá durante el año 2017. De ellas se logró una muestra válida de 223 encuestas, excluyendo 11 encuestas: 2 por ser pacientes que no tienen diagnóstico de VIH, 2 debido a que su diagnóstico es inferior a 6 meses y se identificaron 7 encuestas duplicadas. Gráfico 1.

Gráfico 1. Muestra válida de participantes



Las mujeres tenían edades comprendidas entre los 20 y 71 años con una edad media de 40 años, IC95% [38,6-41,6]. Para el análisis de las variables de estudio se distribuyó por grupos de edad teniendo en cuenta ciclos determinantes de la vida en la mujer, observando un mayor porcentaje en las mujeres de 26 a 45 años. Tabla 3

Dentro de las condiciones de vida evaluadas de las mujeres que participaron del estudio se encuentra que viven en mayor porcentaje en los estratos socio-económicos 2 y 3, (48,8 y 33,6% respectivamente); tienen más formación académica en bachillerato completo que en otros niveles (38,6%), seguido por los estudios técnicos que les permiten acceder más fácilmente a actividades laborales (22,9%).

La conformación familiar de las mujeres participantes está más representado por la familia nuclear, y la monoparental, 47 y 23,8% respectivamente. El estado civil tiene una distribución muy similar entre las personas solteras, casadas y separadas, con un mayor porcentaje de mujeres en unión libre, 58 mujeres refirieron no tener pareja actualmente; para el último año el 8,5% de las mujeres estaban embarazadas representado por 19 mujeres, el número de hijos promedio es de 2, con una desviación estándar de 1,8, 24 mujeres no tienen hijos, y 175 mujeres tienen menos de 3 hijos. El número de parejas que han tenido las mujeres que participan en el estudio tiene una media de 2,97, con una desviación estándar de 2,5.

Dentro de la estructura familiar, la mujer aporta económicamente el 100% en un 26% de los casos, aportan un 50% el 18,4% de mujeres, un 15,2% no tiene participación en los aportes económicos en el hogar.

En relación al VIH, las mujeres participantes tienen en promedio alrededor de 6 años de diagnóstico, con una desviación estándar de 5 años, un mínimo de 6 meses, y un máximo de 29 años. El motivo de diagnóstico más frecuente ha sido el tamizaje al momento del embarazo, seguido de la presencia de infecciones oportunistas, y que se realicen el tamizaje al enterarse que sus parejas sexuales hayan sido diagnosticadas. La clasificación del CDC, que puede reflejar el avance producido por la infección de VIH, muestra que 111 mujeres se encuentran en estadio 3, dado por su recuento de linfocitos CD4+ menores a 200 o por la presencia de patologías marcadoras de SIDA, lo que representa un 49,7%. 97 mujeres están en estadio 1, y 15 mujeres en estadio 2.

De estas mujeres el 98,2% se encuentra en tratamiento: 80,3% (179 mujeres) reportan adecuada adherencia al tratamiento antirretroviral, con una supresión virológica en esta población del 79,8% (178 mujeres), y una mejoría en recuento celular CD4+ con una media de 525 cel/ μ L³ una desviación estándar de 250 cel/ μ L³, mínimo de 36 y máximo de 1176.

Dentro de otras variables clínicas reconocidas en la población femenina, se indagó si su pareja actual tiene diagnóstico de VIH, a lo cual el 31,8% refirió que sí, y un 5,4% no lo sabe (12 mujeres); con respecto al uso de preservativo en sus relaciones sexuales el 12,6% refiere no lo utiliza, y que solo a veces el 27,8%, para un total de 90 mujeres que tienen relaciones sexuales de riesgo; en cuanto al consumo de drogas psicoactivas, el 90% refiere nunca haberlas utilizado y el 36% refiere nunca haber consumido alcohol. Tabla 3

Tabla 3. Caracterización de la muestra

VARIABLE		n(%)	VARIABLE		n(%)
Grupo edad	<26 años	12 (5,4)	Aporte económico	Nada	34 (15,2)
	26-45 años	153 (68,6)		100%	59 (26,5)
	>45 años	58 (26)		Entre 75-99%	25 (11,2)
	Total	223 (100)		Entre 50-75%	27 (12,1)
Estrato socio-económico	1	28 (12,6)		50%	41 (18,4)
	2	109 (48,9)	Entre 25-49%	21 (9,4)	
	3	75 (33,6)	Menos de 25%	16 (7,2)	
	4	9 (4)	Motivo de diagnóstico	Voluntaria	13 (5,8)
	5	2 (0,9)		Por pareja	49 (22)
Estado civil	Soltera	43 (19,3)		Donación sanguínea	10 (4,5)
	Unión libre	86 (38,6)		Embarazo	66 (29,6)
	Casada	44 (19,7)		Diagnostico a hijo	3 (1,3)
	Separada	35 (15,7)		Morbilidad asociada	31 (13,9)
	Viuda	15 (6,7)	Infecciones oportunistas	51 (22,9)	
Escolaridad	Ninguna	1 (0,4)	Estadio CDC	A1	13 (5,8)
	Primaria	46 (20,6)		A2	84 (37,7)
	Bachillerato	86 (38,6)		A3	37 (16,6)
	Técnico	51 (22,9)		B1	2 (0,9)
	Universitaria	30 (13,5)		B2	13 (5,8)
	Posgrado	9 (4)		B3	11 (4,9)
Tipo de Familia	Familia unipersonal	6 (2,7)		C1	2 (0,9)
	Familia sin hijos	10 (4,5)		C2	3 (1,3)
	Familia nuclear	105 (47,1)		C3	58 (26)
	Familia monoparental	53 (23,8)	Pareja VIH	No	82 (36,8)
	Familia extensa con pareja	7 (3,1)		Si	71 (31,8)
	Familia extensa sin pareja	42 (18,8)		No se	12 (5,4)
		No tengo pareja		58 (26)	
Número de parejas	1	42 (18,8)	Uso de condón	No	28 (12,6)
	2	70 (31,4)		Siempre	133 (59,6)
	3	57 (25,6)		A veces	62 (27,8)
	4	25 (11,2)	Consumo de drogas	Nunca	201 (90,1)
	5	12 (5,4)		Alguna vez	17 (7,6)
	6	6 (2,7)		Antes, actualmente no	5 (2,2)
	7	5 (2,2)	Consumo de alcohol	Nunca	81 (36,3)
	8	2 (0,9)		Esporádicamente	126 (56,5)
	10	2 (0,9)		Una vez al mes	12 (5,4)
	13	1 (0,4)		Semanal sin embriaguez	3 (1,3)
	30	1 (0,4)		Semanal con embriaguez	1 (0,4)

En el análisis bivariado, se encontró dependencia entre violencia y las variables estado civil, conformación familiar, haber sido víctima de violencia en el pasado, adherencia al tratamiento antirretroviral y el aporte económico de la mujer para el sostenimiento familiar, todas estas relaciones con p inferior a 0,016.

La violencia física dependió de haber sufrido violencia en el pasado, ser adherente al tratamiento, estado civil separada y de un aporte económico de la mujer entre 25 y 49%.

La violencia no física dependió de haber sufrido violencia en el pasado, ser adherente al tratamiento, estado civil separada, soltera y casada; de una conformación familiar nuclear y de aportes económicos del 25 al 49% y de 75 a 99%.

Haber sufrido tanto de violencia física como no física en la muestra, dependió de haber sufrido violencia en el pasado, ser adherente al tratamiento, del estado civil separada, de una conformación familiar unipersonal, extensa sin pareja y familia sin hijos y, de un aporte a la economía familiar tanto menor del 25% como del 100%.

No ser víctima de violencia dependió, en esta muestra, de tener 1 o 2 hijos, no haber sido víctima de violencia en el pasado y no haber consumido nunca drogas, el único tipo de aporte económico de la mujer al sostenimiento de la familia que se asoció con no violencia fue 50% (Tabla 4).

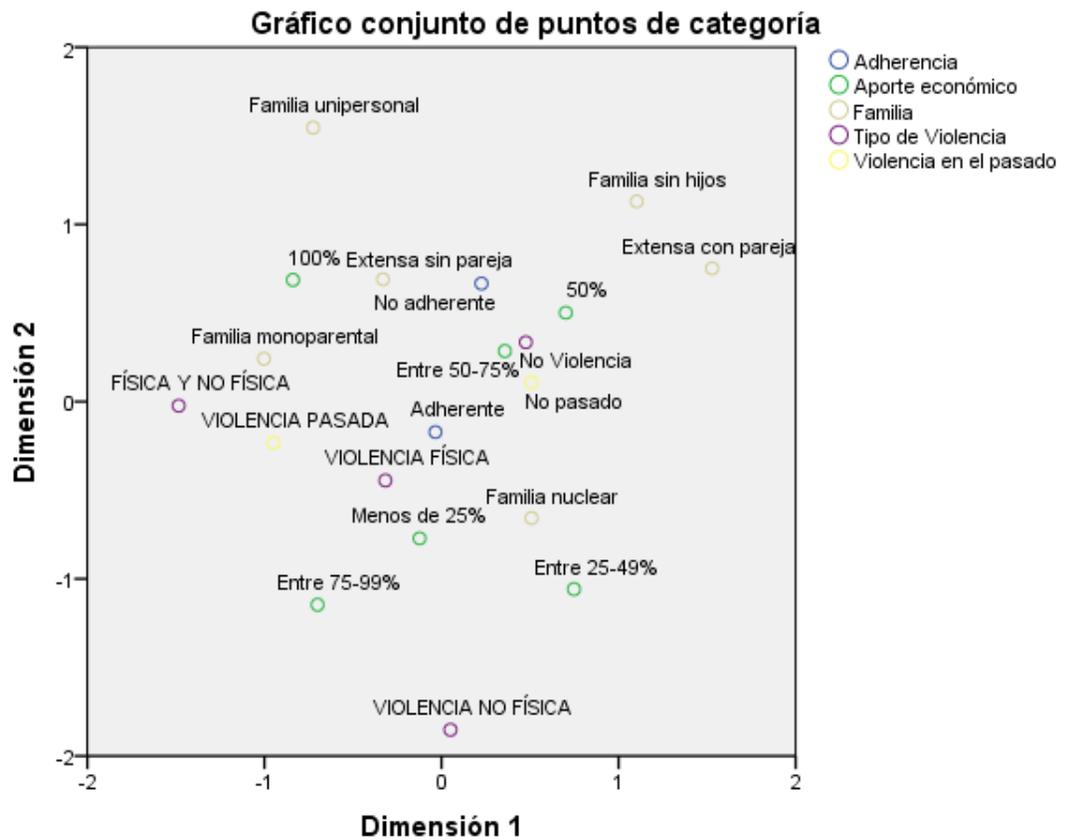
Estas dependencias se pueden visualizar en la aproximación de las categorías a las variables violencia, violencia física y violencia no física en el análisis de correspondencias múltiples. Gráfico 2.

Tabla 4. Análisis bivariado

Tablas cruzadas n (%)		NO FÍSICA		X ²	FÍSICA		X ²	VIOLENCIA		X ²
		NO	SI		NO	SI		NO	SI	
Grupos etarios	Menor de 25 años	11 (7,2)	1 (1,4)	0,098	12 (6,9)	0 (0)	0,041	11 (7,4)	1 (1,3)	0,132
	Entre 26 y 34 años	39 (25,7)	15 (21,1)		45 (25,9)	9 (18,4)		37 (25)	17 (22,7)	
	Entre 35 y 49 años	84 (55,3)	40 (56,3)		96 (55,2)	28 (57,1)		82 (55,4)	42 (56)	
	Más de 50 años	18 (11,8)	15 (21,1)		21 (12,1)	12 (24,5)		18 (12,2)	15 (20)	
Estado civil	Soltera	34 (22,4)	9 (12,7)	0,000	38 (21,8)	5 (10,2)	0,000	34 (23)	9 (12)	0,000
	Unión libre	66 (43,4)	20 (28,2)		76 (43,7)	10 (20,4)		64 (43,2)	22 (29,3)	
	Casada	29 (19,1)	15 (21,1)		37 (21,3)	7 (14,3)		29 (19,6)	15 (20)	
	Separada	12 (7,9)	23 (32,4)		12 (6,9)	23 (46,9)		11 (7,4)	24 (32)	
	Viuda	11 (7,2)	4 (5,6)		11 (6,3)	4 (8,2)		10 (6,8)	5 (6,7)	
Número de Hijos por grupos	Sin hijos	19 (12,5)	5 (7)	0,256	19 (10,9)	5 (10,2)	0,042	19 (12,8)	5 (6,7)	0,162
	Entre 1 y 2 hijos	91 (59,9)	40 (56,3)		109 (62,6)	22 (44,9)		89 (60,1)	42 (56)	
	Más de 3 hijos	42 (27,6)	26 (36,6)		46 (26,4)	22 (44,9)		40 (27)	28 (37,3)	
Escolaridad	Ninguna	1 (0,7)	0 (0)	0,541	1 (0,6)	0 (0)	0,646	1 (0,7)	0 (0)	0,628
	Primaria	30 (19,7)	16 (22,5)		35 (20,1)	11 (22,4)		30 (20,3)	16 (21,3)	
	Bachillerato	61 (40,1)	25 (35,2)		69 (39,7)	17 (34,7)		57 (38,5)	29 (38,7)	
	Técnico	37 (24,3)	14 (19,7)		40 (23)	11 (22,4)		37 (25)	14 (18,7)	
	Universitaria	19 (12,5)	11 (15,5)		24 (13,8)	6 (12,2)		19 (12,8)	11 (14,7)	
	Posgrado	4 (2,6)	5 (7)		5 (2,9)	4 (8,2)		4 (2,7)	5 (6,7)	
Escolaridad codificado	Hasta Primaria	31 (20,4)	16 (22,5)	0,475	36 (20,7)	11 (22,4)	0,554	31 (20,9)	16 (21,3)	0,568
	Bachillerato	61 (40,1)	25 (35,2)		69 (39,7)	17 (34,7)		57 (38,5)	29 (38,7)	
	Técnico	37 (24,3)	14 (19,7)		40 (23)	11 (22,4)		37 (25)	14 (18,7)	
	Universitario	19 (12,5)	11 (15,5)		24 (13,8)	6 (12,2)		19 (12,8)	11 (14,7)	
	Postgrado	4 (2,6)	5 (7)		5 (2,9)	4 (8,2)		4 (2,7)	5 (6,7)	
Estrato	1	20 (13,2)	8 (11,3)	0,575	24 (13,8)	4 (8,2)	0,594	19 (12,8)	9 (12)	0,677
	2	76 (50)	33 (46,5)		86 (49,4)	23 (46,9)		74 (50)	35 (46,7)	
	3	51 (33,6)	24 (33,8)		57 (32,8)	18 (36,7)		50 (33,8)	25 (33,3)	
	4	4 (2,6)	5 (7)		6 (3,4)	3 (6,1)		4 (2,7)	5 (6,7)	
	5	1 (0,7)	1 (1,4)		1 (0,6)	1 (2)		1 (0,7)	1 (1,3)	
Número de parejas por grupos	Entre 1 y 2	76 (50)	36 (50,7)	0,92	86 (49,4)	26 (53,1)	0,527	75 (50,7)	37 (49,3)	0,871
	Entre 3 y 4	57 (37,5)	25 (35,2)		67 (38,5)	15 (30,6)		55 (37,2)	27 (36)	
	Más de 5	19 (12,5)	10 (14,1)		21 (12,1)	8 (16,3)		18 (12,2)	11 (14,7)	
Embarazo con VIH	No	109 (71,7)	48 (67,6)	0,532	120 (69)	37 (75,5)	0,375	106 (71,6)	51 (68)	0,576
	Si	43 (28,3)	23 (32,4)		54 (31)	12 (24,5)		42 (28,4)	24 (32)	
Familia	Familia unipersonal	4 (2,6)	2 (2,8)	0,041	4 (2,3)	2 (4,1)	0,000	4 (2,7)	2 (2,7)	0,016
	Familia sin hijos	9 (5,9)	1 (1,4)		9 (5,2)	1 (2)		9 (6,1)	1 (1,3)	
	Familia nuclear	75 (49,3)	30 (42,3)		92 (52,9)	13 (26,5)		73 (49,3)	32 (42,7)	
	Familiamonoparent	27 (17,8)	26 (36,6)		29 (16,7)	24 (49)		25 (16,9)	28 (37,3)	
	Familia extensa con	6 (3,9)	1 (1,4)		7 (4)	0 (0)		6 (4,1)	1 (1,3)	
	Familia extensa sin	31 (20,4)	11 (15,5)		33 (19)	9 (18,4)		31 (20,9)	11 (14,7)	
Pareja VIH	No	59 (38,8)	23 (32,4)	0,326	65 (37,4)	17 (34,7)	0,013	58 (39,2)	24 (32)	0,447
	Si	48 (31,6)	23 (32,4)		62 (35,6)	9 (18,4)		47 (31,8)	24 (32)	
	No se	10 (6,6)	2 (2,8)		10 (5,7)	2 (4,1)		9 (6,1)	3 (4)	
	No tengo pareja	35 (23)	23 (32,4)		37 (21,3)	21 (42,9)		34 (23)	24 (32)	
Uso de condón	No	18 (11,8)	10 (14,1)	0,618	21 (12,1)	7 (14,3)	0,566	17 (11,5)	11 (14,7)	0,688
	Siempre	94 (61,8)	39 (54,9)		107 (61,5)	26 (53,1)		91 (61,5)	42 (56)	
	A veces	40 (26,3)	22 (31)		46 (26,4)	16 (32,7)		40 (27)	22 (29,3)	
Consumo de alcohol	Nunca	57 (37,5)	24 (33,8)	0,649	68 (39,1)	13 (26,5)	0,274	57 (38,5)	24 (32)	0,357
	Esporádicamente	86 (56,6)	40 (56,3)		96 (55,2)	30 (61,2)		83 (56,1)	43 (57,3)	
	Una vez al mes	6 (3,9)	6 (8,5)		7 (4)	5 (10,2)		5 (3,4)	7 (9,3)	

Tablas cruzadas n (%)	NO FÍSICA		X ²	FÍSICA		X ²	VIOLENCIA		X ²	
	NO	SI		NO	SI		NO	SI		
Semanal sin	2 (1,3)	1 (1,4)		2 (1,1)	1 (2)		2 (1,4)	1 (1,3)		
Semanal con	1 (0,7)	0 (0)		1 (0,6)	0 (0)		1 (0,7)	0 (0)		
Consumo de alcohol Modificado	Nunca	57 (37,5)	24 (33,8)	0,553	68 (39,1)	13 (26,5)	0,2	57 (38,5)	24 (32)	0,261
	Esporádicamente	86 (56,6)	40 (56,3)		96 (55,2)	30 (61,2)		83 (56,1)	43 (57,3)	
	Una vez al mes	6 (3,9)	6 (8,5)		7 (4)	5 (10,2)		5 (3,4)	7 (9,3)	
	Una vez a la	3 (2)	1 (1,4)		3 (1,7)	1 (2)		3 (2)	1 (1,3)	
Consumo de drogas	Nunca	141 (92,8)	60 (84,5)	0,135	161 (92,5)	40 (81,6)	0,039	138 (93,2)	63 (84)	0,088
	Alguna vez	9 (5,9)	8 (11,3)		11 (6,3)	6 (12,2)		8 (5,4)	9 (12)	
	Antes, actualmente	2 (1,3)	3 (4,2)		2 (1,1)	3 (6,1)		2 (1,4)	3 (4)	
Violencia en el pasado	No	123 (80,9)	25 (35,2)	0,000	137 (78,7)	11 (22,4)	0,000	121 (81,8)	27 (36)	0,000
	Si	29 (19,1)	46 (64,8)		37 (21,3)	38 (77,3)		27 (18,2)	48 (64)	
Años de diagnóstico por grupos	Menos de 2 años	37 (24,3)	14 (19,7)	0,737	43 (24,7)	8 (16,3)	0,377	35 (23,6)	16 (21,3)	0,89
	Entre 3 y 5 años	35 (23)	18 (25,4)		42 (24,1)	11 (22,4)		34 (23)	19 (25,3)	
	Más de 6 años	80 (52,6)	39 (54,9)		89 (51,1)	30 (61,2)		79 (53,4)	40 (53,3)	
Estado CDC	A1	12 (7,9)	1 (1,4)	0,271	12 (6,9)	1 (2)	0,394	12 (8,1)	1 (1,3)	0,24
	A2	56 (36,8)	28 (39,4)		68 (39,1)	16 (32,7)		53 (35,8)	31 (41,3)	
	A3	27 (17,8)	10 (14,1)		30 (17,2)	7 (14,3)		27 (18,2)	10 (13,3)	
	B1	1 (0,7)	1 (1,4)		1 (0,6)	1 (2)		1 (0,7)	1 (1,3)	
	B2	6 (3,9)	7 (9,9)		9 (5,2)	4 (8,2)		6 (4,1)	7 (9,3)	
	B3	8 (5,3)	3 (4,2)		8 (4,6)	3 (6,1)		8 (5,4)	3 (4)	
	C1	2 (1,3)	0 (0)		2 (1,1)	0 (0)		2 (1,4)	0 (0)	
	C2	1 (0,7)	2 (2,8)		1 (0,6)	2 (4,1)		1 (0,7)	2 (2,7)	
Estadio CDC 2008	1	13 (8,6)	2 (2,8)	0,197	13 (7,5)	2 (4,1)	0,573	13 (8,8)	2 (2,7)	0,115
	2	62 (40,8)	35 (49,3)		77 (44,3)	20 (40,8)		59 (39,9)	38 (50,7)	
	3	77 (50,7)	34 (47,9)		84 (48,3)	27 (55,1)		76 (51,4)	35 (46,7)	
Tratamiento	No	3 (2)	1 (1,4)	0,767	3 (1,7)	1 (2)	0,883	3 (2)	1 (1,3)	0,712
	Si	149 (98)	70 (98,6)		171 (98,3)	48 (98)		145 (98)	74 (98,7)	
Motivo de diagnóstico	Voluntaria	8 (5,3)	5 (7)	0,844	12 (6,9)	1 (2)	0,25	8 (5,4)	5 (6,7)	0,942
	Por pareja	36 (23,7)	13 (18,3)		38 (21,8)	11 (22,4)		34 (23)	15 (20)	
	Donación	7 (4,6)	3 (4,2)		9 (5,2)	1 (2)		7 (4,7)	3 (4)	
	Embarazo	47 (30,9)	19 (26,8)		55 (31,6)	11 (22,4)		46 (31,1)	20 (26,7)	
	Dx a hijo	2 (1,3)	1 (1,4)		3 (1,7)	0 (0)		2 (1,4)	1 (1,3)	
	Morbilidad asociada	18 (11,8)	13 (18,3)		22 (12,6)	9 (18,4)		18 (12,2)	13 (17,3)	
Adherencia	No	37 (24,3)	7 (9,9)	0,011	37 (21,3)	7 (14,3)	0,278	36 (24,3)	8 (10,7)	0,015
	Si	115 (75,7)	64 (90,1)		137 (78,7)	42 (85,7)		112 (75,7)	67 (89,3)	
Embarazo en el último año	No	139 (91,4)	65 (91,5)	0,98	159 (91,4)	45 (91,8)	0,919	135 (91,2)	69 (92)	0,843
	Si	13 (8,6)	6 (8,5)		15 (8,6)	4 (8,2)		13 (8,8)	6 (8)	
Carga viral por grupos	Indetectable	117 (77)	61 (87,1)	0,056	139 (80,3)	39 (79,6)	0,092	115 (77,7)	63 (85,1)	0,118
	Menor de 1000	15 (9,9)	7 (10)		14 (8,1)	8 (16,3)		14 (9,5)	8 (10,8)	
	Más de 1000	20 (13,2)	2 (2,9)		20 (11,6)	2 (4,1)		19 (12,8)	3 (4,1)	
Aporte económico	Nada	27 (17,8)	7 (9,9)	0,001	30 (17,2)	4 (8,2)	0,034	26 (17,6)	8 (10,7)	0,001
	100%	35 (23)	24 (33,8)		40 (23)	19 (38,8)		34 (23)	25 (33,3)	
	Entre 75-99 %	9 (5,9)	16 (22,5)		16 (9,2)	9 (18,4)		9 (6,1)	16 (21,3)	
	Entre 50-75 %	23 (15,1)	4 (5,6)		24 (13,8)	3 (6,1)		23 (15,5)	4 (5,3)	
	50%	34 (22,4)	7 (9,9)		34 (19,5)	7 (14,3)		33 (22,3)	8 (10,7)	
	Entre 25-49 %	14 (9,2)	7 (9,9)		19 (10,9)	2 (4,1)		13 (8,8)	8 (10,7)	
	Menos de 25 %	10 (6,6)	6 (8,5)		11 (6,3)	5 (10,2)		10 (6,8)	6 (8)	

Gráfico 2. Análisis de correspondencias múltiples



Normalización de principal de variable.

7. DISCUSIÓN

La vulnerabilidad de las mujeres no solo está sujeta al factor biológico al ser más susceptibles de adquirir la infección del VIH por sus características fisiológicas, sino que también factores sociales, económicos y culturales tienen un peso enorme en la desigualdad para mejorar su salud sexual. Esta vulnerabilidad no es modificada por la intervención médica, sino por las condiciones de vida y las opciones personales que reflejan los determinantes sociales de salud en cada individuo. No es ajeno para Colombia que el ámbito de la violencia ha traído graves repercusiones dentro del conflicto interno, y que la violencia de género – representada por las manifestaciones físicas, repercusiones psicológicas, económicas y de relaciones de poder– presenta una alta prevalencia en la mayor parte de la población.

En esta investigación el instrumento evaluador “índice de violencia de pareja” permitió establecer que, del total de mujeres encuestadas, el 33,6% [IC 95% 27-40%] presentaron violencia de pareja de cualquier tipo, física o no física; solo violencia física el 21,9% [IC 95% 16-27%], y violencia no física del 31,8% [IC 95% 26-38%]. Este resultado es menor al que se registró en la revisión de la literatura a nivel mundial, en la cual regiones como Norteamérica reportaron que el 62% de las mujeres entrevistadas habían sufrido de violencia de pareja, en África el 52% (51), Brasil 59,8% (63) o en México 37,3% (64). Sin embargo, en esos estudios no había una definición en el horizonte temporal de la presencia de violencia, se registraba si alguna vez en la vida habían sido víctimas de violencia de pareja y no se tenía como criterio de inclusión el tiempo de diagnóstico; mientras que en la evaluación de este estudio, se preguntaba por la presencia de situaciones de violencia para los últimos 12 meses en personas que tuvieran más de 6 meses de diagnóstico de VIH, situación que si se indaga en mujeres con diagnósticos recientes podría implicar un sesgo de confusión.

Para el estudio multicéntrico en población general realizado por Garcia-Moreno y colaboradores (76) el reporte sólo se daba para violencia física y sexual, y se disgregó para cualquier momento de la vida, y en los últimos 12 meses, por lo cual fue útil la comparación con parámetros de evaluación en tiempo similares. En ese estudio, los países latinoamericanos incluidos fueron Perú y Brasil, que reportaron una violencia física en el último año de 16,9% [14,5-19,2] y 8,3% [6,4-10,2], respectivamente, siendo mayor para la población de mujeres con VIH en este estudio (21,9% IC 95% [16-27%]).

Para Colombia las cifras de la encuesta nacional de demografía y salud indagaron por la presencia de los diferentes tipos de violencia, pero no mencionan que se haya discriminado si se presentaba la violencia en un determinado rango de tiempo antes de realizar la encuesta. Es así, que la violencia física de 31,9% para esa población no pueda ser claramente comparada con los resultados de esta investigación de 21,9% para los últimos 12 meses al diligenciamiento del instrumento.

Como en otros estudios(77), en esta investigación la violencia no física fue más prevalente que la violencia física, y también se encontró que de las 75 mujeres que reportan cualquier tipo de violencia, 26 pacientes no la presentaron antes del diagnóstico de VIH (11,6%), y de las 75 mujeres que presentaron violencia en el pasado, 26 no presentaron violencia posterior al diagnóstico de VIH; aunque pareciese indicar la misma cifra casuística no son las mismas mujeres y hace parte de una coincidencia numérica en la prevalencia de los casos.

En cuanto a la violencia física de pareja antes del diagnóstico de VIH, de las 223 mujeres encuestadas 75 indicaron que la habían sido víctimas de violencia (33,6%), y posterior al diagnóstico 49 mujeres (21,9%). No se evidenció esta diferencia con respecto a la violencia no física (verbal, psicológica, económica), ya que posterior al diagnóstico 71 mujeres la presentaron (31,8%). Al momento del desarrollo del instrumento 45 mujeres (20,1%) refirieron sufrir ambos tipos de violencia tanto física como no física, a las cuales se les continuó un seguimiento posterior a la culminación del estudio por el área psicosocial del programa.

A pesar que la lectura que se debe realizar al instrumento "índice de violencia sexual en la pareja", es el de caracterizar la violencia física, y no física, se debe analizar de una manera mucho más cautelosa las respuestas de las mujeres que han consentido el compartir una situación que afecta su integridad. Por ejemplo, dentro de las situaciones indagadas por el instrumento de violencia se encontró que 27 mujeres respondieron afirmativamente a la condición de violencia sexual cuando se les pregunto si su pareja exigía que tuvieran relaciones sexuales sin tener en cuenta si ella quisiera o no. 23 mujeres registraron que su pareja actuaba como si quisiera matarla, y 3 mujeres indicaron que su pareja les había pegado tan fuerte que tuvieron que buscar asistencia médica. Como también mencionan los estudios de validación del instrumento (78), se pudo constatar que el utilizar el instrumento no sólo debe consistir en buscar un aumento de los casos ocultos sino también contribuir a disminuir los desenlaces críticos para la paciente, se debería medir la disminución de la enfermedad física y mental secundaria al maltrato, y no sólo de la víctima sino también de las otras víctimas que están presentes en esta situación como son los hijos. Lo cual demuestra que los alcances que tiene la violencia y su manejo son complejos, no sólo se trata de la relación entre la causa y el efecto, sino que puede generar cambios en la calidad de vida de esas familias, secuelas, ausentismo laboral, aumento en la utilización de servicios de atención de salud y afectación de los años de vida perdidos.

Dentro de los hallazgos más importantes de este trabajo, se encuentra que nos permitió identificar cómo las variables "estado civil", "número de hijos", "composición familiar", "diagnóstico de VIH en la pareja", "haber sufrido violencia en el pasado", "adherencia", y "aporte económico en el hogar", se comportan de manera diferente y significativa según la categoría de violencia de pareja analizada. Para la violencia de pareja no física está más relacionada con mujeres separadas o en unión libre (32,4 y 28,2%, respectivamente $p=0,000$), con una composición familiar nuclear, (42,3% $p=0,041$), o si la mujer tenía un aporte

económico de 100% en el hogar (33,8% $p=0,001$). Mientras que la violencia física se informa como más frecuente en mujeres separadas (46,9% $p=0,000$), en parejas con hijos (89,8 $p=0,042$), familia monoparental (49% $p=0,000$), en mujeres que se encuentran sin pareja (42,9% $p=0,013$), y con aporte económico en el hogar del 100% (38,8% $p=0,001$). En el escenario de violencia física el comportamiento de las variables podría deberse a que el desenlace de la separación lleve al cambio de la estructura familiar; sin embargo, este es un estudio transversal que no permite extraer estas conclusiones, por lo que podría ser el caso de que las mujeres separadas tuvieran un mayor riesgo de violencia de pareja o que la violencia podría haber terminado con la unión o matrimonio.

Dentro del análisis del comportamiento de las variables, se esperaba encontrar que el "consumo de licor", "consumo de drogas psicoactivas", "un bajo nivel educativo", o "un menor aporte económico al hogar" fueran significativas en relación a la presencia de violencia de pareja, sin embargo los resultados no lo mostraron. Así mismo, se observó que las mujeres que habían sufrido violencia de pareja antes del diagnóstico de VIH tenían mayor riesgo de presentar violencia posteriormente, para violencia física 64,8% $p=0,000$, violencia no física 77,3% $p=0,000$, y en mujeres con ambos tipos de violencia 64% $p=0,000$.

Por otro lado, el uso del tratamiento antirretroviral no mostró una diferencia significativa, con una distribución semejante entre las mujeres que fueron víctimas o no de violencia de pareja; igual sucedió con las variables de "edad", "años de diagnóstico" y "diagnóstico de VIH en la pareja".

Se pudo establecer que la buena adherencia a la toma de la medicación en estas mujeres (interpretada por el cumplimiento de llegar a una supresión virológica como efecto del esquema antirretroviral), pudiese estar guiado por el empoderamiento en el control de su salud, y que evita un deterioro del estado de su salud. Sin embargo, se debe tener en cuenta, y como debilidad del estudio, que no se logró captar a todas las mujeres no adherentes a los controles del programa de atención para que desarrollaran el instrumento, y que estas mujeres puede que no vayan a los controles médicos, no reclamen medicación o no realicen laboratorios, sin poder definir si se deba a que sean víctimas de violencia.

Las fortalezas de este trabajo incluye la identificación de un perfil de las pacientes con factores de riesgo para ser víctimas de violencia de pareja; estas fortalezas aportaran información a grupos de atención similares, de tal manera que se pueda realizar una promoción de la salud sexual, no solo interviniendo en la patología de la mujer sino interactuando con sus sentimientos, emociones en la experiencia de sus vivencias, y se logre su bienestar integral. Adicionalmente, estos resultados nos permiten conocer el estado de nuestras pacientes, ya que no se han hecho estudios similares en nuestro medio.

8. CONCLUSIONES

No pasa desapercibido que en la realidad que afronta el país, la violencia de pareja en la paciente con diagnóstico de VIH, podría ser un reflejo de la magnitud de la violencia general contra la mujer, en la cual la pareja masculina se rige por normas de género desiguales, con actitudes de aceptación de la violencia, conceptos de “privilegios masculinos” y condiciones en que se acepte la subordinación de la mujer, incluso llegando a tener cifras en el mundo de prevalencias de violencia medida en cualquier momento de la vida en 62%. Este es el primer estudio latinoamericano que define la violencia de pareja en la mujer con VIH en un horizonte temporal, estudios en la región como el de Barros y Kendall definen prevalencias del 37.3 al 59.8% a lo largo de la vida, siendo en nuestra muestra del 33,6%, similar a las poblaciones donde la prevalencia de VIH es mayor que la de nuestro país. Es importante recalcar, que como factor de riesgo la desigualdad en el aporte económico familiar fue significativa tanto para la violencia física como no física.

La identificación de los casos de violencia de pareja contra la mujer en este estudio, implica la intervención desde los diferentes contextos en los que la paciente tenga contacto con el personal de salud en la atención a personas con VIH. Debe existir una intervención desde el momento inicial del diagnóstico de VIH hacia un adecuado afrontamiento y una sana convivencia en las parejas con diagnóstico de VIH o de las mujeres que más adelante establezcan una relación de pareja; si no es así, desde la intervención se debe promover la igualdad de género, establecer planes de acción para abordar este tipo de violencia, así como ejecutar las rutas de atención y cuidado de las víctimas. Además, se debe realizar una prevención primaria de la violencia de pareja, para lo cual los profesionales deben comprender las realidades que viven sus pacientes y que afectan sus relaciones familiares, sus vínculos afectivos, su desarrollo sexual y su entorno económico.

Los resultados en estas mujeres relacionados con violencia de pareja, sugieren que se debe hacer un tamizado en detección de violencia como parte del asesoramiento post prueba del VIH mediante un instrumento validado, y que se aborde la violencia como una parte rutinaria del tratamiento y la atención del VIH que conlleven, a mejorar la calidad de vida de las mujeres con VIH.

Este estudio nos demuestra que siendo la violencia de pareja en la mujer una casuística importante, se debe capacitar y fortalecer los conocimientos en los profesionales que trabajen en los programas de atención de VIH sobre: i) formas específicas de reconocimiento de violencia de pareja en la mujer, ii) rutas de atención integral para mujeres víctimas de violencia, y iii) legislación sobre la violencia contra la mujer existente en Colombia. También se debería dar oportunidades para deconstruir las creencias personales y culturales en el personal de salud sobre la violencia contra la mujer y el VIH, así como socializar información

sobre obligaciones profesionales y protocolos de atención médica. Todo lo anterior, con el fin de garantizar adecuadas condiciones de salud relacionadas con el VIH entre las mujeres, como una importante preocupación de salud pública, y que inclusive tiene implicaciones penales.

Para complementar este estudio, se podría realizar un seguimiento a una población cohorte y/o con un grupo comparador, y observar los cambios en el comportamiento de la dinámica de pareja con relación al tiempo desde el momento en que se realiza el diagnóstico de VIH/SIDA, su progresión y su relación con la violencia de pareja contra la mujer.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Kouyoumdjian FG, Findlay N, Schwandt M, Calzavara LM. A systematic review of the relationships between intimate partner violence and HIV/AIDS. *PLoS One*. 2013;8(11):e81044.
2. Ministerio de la Protección Social Colombia, Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Factores de vulnerabilidad a la infección por VIH en mujeres [Internet]. 2009 [consultado noviembre 2016]. Disponible en: http://www.academia.edu/26227699/Factores_de_Vulnerabilidad_a_la_Infecci%C3%B3n_por_VIH_en_Mujeres.
3. Ministerio de Salud y Protección Social Colombia, Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Guía de prevención VIH/sida. Mujeres en contextos de vulnerabilidad [Internet]. 2011. [Consultado enero de 2017]. Disponible en: <http://colombia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/MUJERES-EN-CONTEXTOS.pdf>
4. Stevens PE, Hildebrandt E. Life changing words - Women's responses to being diagnosed with HIV infection. *Advances in Nursing Science*. 2006;29(3):207-21.
5. Lafaurie MM, Zúñiga M. Mujeres colombianas viviendo con VIH/sida: contextos, experiencias y necesidades de cuidado de enfermería. *Enfermería Global*. 2011(24): 315-330.
6. Puente-Martínez A, Ubillos-Landa S, Echeburúa E, Páez-Rovira D. Factores de riesgo asociados a la violencia sufrida por la mujer en la pareja: una revisión de meta-análisis y estudios recientes. *Risk factors associated with the violence against women in couples: a review of meta-analyzes and recent studies*. 2016;32(1):295-306.
7. Colombini M, James C, Ndwiga C, Team I, Mayhew SH. The risks of partner violence following HIV status disclosure, and health service responses: Narratives of women attending reproductive health services in Kenya. *Journal of the International AIDS Society*. 2016;19(1).
8. Maeri I, El Ayadi A, Getahun M, Charlebois E, Akatukwasa C, Tumwebaze D, et al. "How can I tell?" Consequences of HIV status disclosure among couples in eastern African communities in the context of an ongoing HIV "test-and-treat" trial. *AIDS Care - Psychological and Socio-Medical Aspects of AIDS/HIV*. 2016;28:59-66.
9. Hatcher AM, Woollett N, Pallitto CC, Mokoatle K, Stöckl H, MacPhail C, et al. Bidirectional links between HIV and intimate partner violence in pregnancy: Implications for prevention of mother-to-child transmission. *Journal of the International AIDS Society*. 2014;17.
10. Mulrenan C, Colombini M, Howard N, Kikuvi J, Mayhew SH. Exploring risk of experiencing intimate partner violence after HIV infection: A qualitative study among women with HIV attending postnatal services in Swaziland. *BMJ Open*. 2015;5(5).
11. Emusu D, Ivankova N, Jolly P, Kirby R, Foushee H, Wabwire-Mangen F, et al. Experience of sexual violence among women in HIV discordant unions after voluntary HIV counselling and testing: A qualitative critical incident study in Uganda. *AIDS Care - Psychological and Socio-Medical Aspects of AIDS/HIV*. 2009;21(11):1363-70.
12. Mohammadi N, Kochak HE, Gharacheh M. The Lived Experience of Domestic Violence in Iranian HIV-Infected Women. *Global journal of health science*. 2015;7(5):43-50.
13. Cianelli R, Villegas N, Lawson S, Ferrer L, Kaelber L, Peragallo N, et al. Unique factors that place older hispanic women at risk for HIV: Intimate partner violence, machismo, and marianismo. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*. 2013;24(4):341-54.

14. Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2015: Bogotá (Colombia) [Internet]. 2016 [consultado en marzo de 2016]. Disponible en: <https://profamilia.org.co/investigaciones/ends/>
15. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Forensis. Herramienta para la interpretación, intervención y prevención de lesiones de causa externa en Colombia. Colombia, 2014 [Internet]. Disponible en: <http://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/49520/Forensis+2014+Datos+para+la+vida.pdf>
16. Ceccon RF, Meneghel SN, Hirakata VN. Women with HIV: gender violence and suicidal ideation. *Revista de Saude Publica*. 2014;48(5):758-65.
17. Njie-Carr V. Violence experiences among HIV-infected women and perceptions of male perpetrators' roles: a concurrent mixed method study. *The Journal of the Association of Nurses in AIDS Care : JANAC*. 2014;25(5):376-91.
18. Cuenta de Alto Costo. Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. Situación actual del VIH en Colombia, 2015. Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. Ministerio de Salud y Protección Social. República de Colombia [Internet]. 2015 [consultado enero de 2017]. Disponible en: <https://cuentadealtocosto.org/site/images/Publicaciones/Situacio%20del%20VIH%20en%20Colombia%202015.pdf>
19. Tiendrebeogo G. Violence of everyday life, prejudice, secrecy and adherence to antiretroviral treatment. *Tropical Medicine and International Health*. 2009;14:52.
20. Procópio EV, Feliciano CG, Silva KV, Katz CR. Social representation of sexual violence and its relationship with the adherence to the chemoprophylaxis protocol of HIV in young women and adolescents. *Ciência & saúde coletiva*. 2014;19(6):1961-9.
21. Organización Mundial de la Salud. Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y la violencia doméstica. WHO. Grundy & Northedge Designers ed. Suiza: World Health Organization; 2014.
22. Corsi J, Aumann V. Maltrato y abuso en el ámbito doméstico: fundamentos teóricos para el estudio de la violencia en las relaciones familiares: Grupo Planeta; 2003.
23. Gómez C, Murad R, Calderón M. Historias de violencia, roles, prácticas y discursos legitimadores. *Violencia contra las mujeres en Colombia Agosto de 2013* [Disponible en: <http://docplayer.es/3684523-Historias-de-violencia-roles-practicas-y-discursos-legitimadores-violencia-contra-las-mujeres-en-colombia-2000-2010.html>].
24. Li Y, Marshall CM, Rees HC, Nunez A, Ezeanolue EE, Ehiri JE. Intimate partner violence and HIV infection among women: a systematic review and meta-analysis. *J Int AIDS Soc*. 2014;17:18845.
25. Kennedy CE, Haberlen S, Amin A, Baggaley R, Narasimhan M. Safer disclosure of HIV serostatus for women living with HIV who experience or fear violence: a systematic review. *J Int AIDS Soc*. 2015;18(Suppl 5):20292.
26. Canaval G, Valencia C, Forero L, Guardela N, Magaña A, Vargas Y. Factores protectores y de riesgo para VIH/Sida en mujeres de Cali, Colombia / Protective and risk factors for HIV/AIDS in women from Cali, Colombia. *Ciencia y enfermería*. 2005(2):23.
27. Valencia C, Canaval G, Molina A, Echeverry N, Collazos M. Riesgo de VIH/SIDA en la mujer: no es cuestión de estrato socioeconómico. *Colombia Médica*, 2005;Vol 36, Iss 3 Supl 2, Pp 50-57 (2005). 2005(3 Supl 2):50.

28. Collazos M, Echeverry N, Molina A, Canaval G, Valencia C. Riesgo de VIH/SIDA en la mujer: no es cuestión de clase. *Colombia Médica*, 2009;36(3):50-57
29. López Z, Ochoa S, Alcaraz G, Leyva R, Ruiz M. Vulnerabilidad a infecciones de transmisión sexual y SIDA en mujeres en situación de desplazamiento forzado. Medellín, Colombia. *Investigación y Educación en Enfermería*. 2010(1):11.
30. Congreso de la República de Colombia. Ley 1257 de 2008. Diciembre 4 de 2008. *Diario Oficial* [Internet]. 2008 [consultado enero de 2017]. Disponible en: https://www.oas.org/dil/esp/LEY_1257_DE_2008_Colombia.pdf
31. Organization WH. OMS | Violencia contra la mujer: World Health Organization; 2016 [updated 2016-09-05 16:11:39. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/>.
32. López SM, Gómez-Sánchez PI, Arévalo-Rodríguez I. Violencia contra la mujer. Análisis en el Instituto Materno Infantil de Bogotá, Colombia, 2005: Estudio de corte transversal / Violence against women. Analysis at the Instituto Materno Infantil in Bogotá, Colombia, 2005: A cross-sectional study. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*. 2008(1):10.
33. Expósito F, Herrera M, Moya M, Glick P. Don't rock the boat: Women's benevolent sexism predicts fears of marital violence. *Psychology of women quarterly*. 2010;34:36-42.
34. Marugán B. Violencia de género. *Eunomía Revista en Cultura de la Legalidad*. 2013;4:226-33.
35. Organización de las Naciones Unidas. Resolución 34/180 de la Asamblea General de las Naciones Unidas (18 de diciembre de 1979). Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer [Internet]. 1979 [consultado noviembre de 2016];1-13. Disponible en: <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/sconvention.htm>
36. Romito P, Molzan Turan J, De Marchi M. The impact of current and past interpersonal violence on women's mental health. *Social Science & Medicine*. 2005;60:1717-27.
37. Organización de las Naciones Unidas. Declaración de Beijing, IV Conferencia Mundial sobre las Mujeres; A/CONF. 177/20. Disponible en: <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/BDPfA%20S.pdf>.
38. Organización de las Naciones Unidas (ONU). Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. Resolución 48/104 de la Asamblea General de las Naciones Unidas [Internet]. 1994 [consultado noviembre de 2016]. Disponible en: <http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/RES/48/104&Lang=S>.
39. Krug E. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Ginebra, Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Ginebra, Organización Mundial de la Salud. 2002.
40. Johns Hopkins University. School of Public Health. Ending violence against women. *Population Reports*. Johns Hopkins University Press [Internet]. 1999 [consultado octubre de 2016];27(4). Disponible en: <https://www.k4health.org/sites/default/files/L%2011.pdf>
41. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España. Portal Estadístico. Delegación del gobierno para la violencia de género [Internet]. 2016 [consultado marzo de 2017]. Disponible en: <http://estadisticasviolenciagenero.msssi.gob.es/>
42. Organización Panamericana de la Salud. Violencia contra las mujeres en América Latina y el Caribe: análisis comparativo de datos poblacionales de 12 países [Internet]. 2014 [consultado enero de 2017]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=8175%3A2013-

violence-against-women-latin-america-caribbean-comparative-analysis&catid=1505%
%3Aviolence-against-women&lang=es

43. Vaiz R, Nakano A. La violencia intrafamiliar, el uso de drogas en la pareja, desde la perspectiva de la mujer maltratada. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2004(spe):433.
44. Prosvote P. Violencia contra la mujer en la pareja: respuestas de la salud pública en Santiago de Chile. *Naciones Unidas. Serie Mujer y Desarrollo Chile*. 2007;85:40.
45. Pontecorvo C, Mejia R, Aleman M, Vidal A, Majdalani M, Fayanas R, et ál. Violencia doméstica contra la mujer: una encuesta en consultorios de atención primaria. *Medicina (Buenos Aires)*. 2004;6:492.
46. Ministerio de Salud. Colombia. Guía de atención de la mujer maltratada [Internet]. 2013 [consultado en noviembre de 2016]. Disponible en: <http://www.idsn.gov.co/index.php/subdireccion-de-salud-publica/34-salud-mental/575-ministerio-de-salud-y-proteccion-social-guia-de-atencion-de-la-mujer-maltratada>.
47. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Forensis. Comportamiento de la violencia de pareja. Colombia, 2015 [Internet]. 2016 [consultado en marzo de 2017]. Disponible en: <http://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/49523/Violencia+de+pareja.pdf>.
48. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (UNAIDS). Global AIDS Update 2016 [Internet]. 2016 [consultado en diciembre de 2016]. Disponible en: <http://aidsinfo.unaids.org/>.
49. Organización Panamericana de la Salud. Tratamiento antirretroviral bajo la lupa: un análisis de salud pública en Latinoamérica y el Caribe [Internet]. Washington, D. C.: OPS; 2013 [consultado en noviembre de 2016]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=23711&Itemid=270
50. Ministerio de Salud y Protección Social Colombia. Informe GARPR 2014 - Seguimiento de la Declaración de Compromiso sobre el VIH/Sida [Internet]. 2014 [consultado en febrero de 2017]. Disponible en: http://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents//COL_narrative_report_2014.pdf narrative_report_2014.pdf2014 [
51. Campbell JC, Baty ML, Ghandour RM, Stockman JK, Francisco L, Wagman J. The intersection of intimate partner violence against women and HIV/AIDS: a review. *International Journal of Injury Control & Safety Promotion*. 2008;15(4):221.
52. Maman S, Campbell J, Sweat MD, Gielen AC. The intersections of HIV and violence: directions for future research and interventions. *Social Science & Medicine*. 2000;50:459-78.
53. Zierler S, Witbeck B, Mayer K. Sexual violence against women living with or at risk for HIV infection. *Am J Prev Med*. 1996;12(5):304-10.
54. Cohen M, Deamant C, Barkan S, Richardson J, Young M, Holman S, et al. Domestic Violence and Childhood Sexual Abuse in HIV-Infected Women and Women at Risk for HIV. *American Journal of Public Health*. 2000;90(4):560-5.
55. Zierler S, Cunningham WE, Andersen R, Shapiro MF, Bozzette SA, Nakazono T, et al. Violence Victimization After HIV Infection in a US Probability Sample of Adult Patients in Primary Care. *American Journal of Public Health*. 2000;90(2):208-15.
56. Manfrin-Ledet L, Porche DJ. Features: The State of Science: Violence and HIV Infection in Women. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*. 2003;14:56-68.

57. Koenig LJ, Moore J. Women, Violence, and HIV: A Critical Evaluation with Implications for HIV Services. *Maternal & Child Health Journal*. 2000;4(2):103.
58. Kalichman SC, Kelly JA. Violence Against Women and the Impending AIDS Crisis in Russia. *American Psychologist*. 2000;55(2):279.
59. Campbell JC, Baty ML, Ghandour RM, Stockman JK, Francisco L, Wagman J. The intersection of intimate partner violence against women and HIV/AIDS: a review. *International Journal of Injury Control & Safety Promotion*. 2008;15(4):221-31.
60. Gielen AC, McDonnell KA, Burke JG, O'Campo P. Women's lives after an HIV-positive diagnosis: disclosure and violence. *Maternal And Child Health Journal*. 2000;4(2):111-20.
61. Semrau K, Kuhn L, Vwalika C, Kasonde P, Sinkala M, Kankasa C, et al. Women in couples antenatal HIV counselling and testing are not more likely to report adverse social events. *AIDS*. 2005;19(6):603-9.
62. Pantalone DW, Rood BA, Morris BW, Simoni JM. A systematic review of the frequency and correlates of partner abuse in HIV-infected women and men who partner with men. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2014;25(1 Suppl):S15-35.
63. Barros C, Schraiber LB, França-Junior I. Association between intimate partner violence against women and HIV infection. *Revista De Saúde Pública*. 2011;45(2):365-72.
64. Kendall T, van Dijk M, Wilson KS, Picasso N, Lara D, Garcia S. A lifetime of violence: results from an exploratory survey of Mexican women with HIV. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2012;23(5):377-87.
65. Hatcher AM, Smout EM, Turan JM, Christofides N, Stockl H. Intimate partner violence and engagement in HIV care and treatment among women: a systematic review and meta-analysis. *AIDS*. 2015;29(16):2183-94.
66. Schafer KR, Brant J, Gupta S, Thorpe J, Winstead-Derlega C, Pinkerton R, et al. Intimate partner violence: a predictor of worse HIV outcomes and engagement in care. *AIDS Patient Care And Stds*. 2012;26(6):356-65.
67. Liebschutz JM, Feinman G, Sullivan L, Stein M, Samet J. Physical and sexual abuse in women infected with the human immunodeficiency virus: increased illness and health care utilization. *Arch Intern Med*. 2000;160(11):1659-64.
68. Weber K, Anastos A, Burke-Miller J, Agniel D, Schwartz R. The effect of gender based violence (GBV) on mortality: A longitudinal study of US women with & at risk for HIV. *AIDS*. 2012;17-22.
69. Medley A, Garcia-Moreno C, McGill S, Maman S. Rates, barriers and outcomes of HIV serostatus disclosure among women in developing countries: Implications for prevention of mother-to-child transmission programmes. *Bulletin of the World Health Organization*. 2004(4):299.
70. Obermeyer CM, Baijal P, Pegurri E. Facilitating HIV Disclosure Across Diverse Settings: A Review. *American Journal of Public Health*. 2011;101(6):1011-23.
71. Plazaola-Castano J, Ruiz-Perez I, Escriba-Aguir V, Montero-Pinar I, Vives-Cases C. The Assessment of Intimate Partner Violence in Spanish Women: The Index of Spouse Abuse. *Journal of Interpersonal Violence*. 2011;26(16):3267-88.
72. Plazaola-Castaño J, Ruiz-Pérez I, Escribà-Agüir V, Jiménez-Martín JM, Hernández-Torres E. Validation of the Spanish Version of the Index of Spouse Abuse. *Journal of Women's Health* (15409996). 2009;18(4):499-506.

73. Ramírez E. Relación entre violencia de pareja contra la mujer y la aparición de depresión en el postparto, 2012. Repositorio Universidad Nacional de Colombia Biblioteca Digital. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/8905/#sthash.6oyW2HnC.dpuf>:
74. Greasley P. Quantitative Data Analysis Using SPSS : An Introduction for Health & Social Science. Maidenhead: McGraw-Hill Education; 2008.
75. World Health Organization. WHO. Dando prioridad a las mujeres: Recomendaciones éticas y de seguridad para la investigación sobre la violencia doméstica contra las mujeres. World Health Organization [Internet]. 1999 [consultado febrero de 2017]. Disponible en: http://www.who.int/violence_injury_prevention/media/en/132.pdf.
76. Garcia-Moreno C, Jansen HA, Ellsberg M, Heise L, Watts CH. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. Lancet. 2006;368(9543):1260-9.
77. Ruiz-Perez I, Escriba-Aguir V, Montero-Pinar I, Vives-Cases C, Rodriguez-Barranco M. Prevalence of intimate partner violence in Spain: A national cross-sectional survey in primary care. Aten Primaria. 2017;49(2):93-101.
78. Plazaola-Castano J, Ruiz-Perez I, Hernandez-Torres E. Validation of the short version of the Woman Abuse Screening Tool for use in primary care in Spain. Gac Sanit. 2008;22(5):415-20.
79. Centro Cochrane Iberoamericano, trads. Manual Cochrane de revisiones sistemáticas de intervenciones, versión 5.1.0. [Internet]. Barcelona: Centro Cochrane Iberoamericano; 2012. Disponible en: <http://www.cochrane.es/?q=es/node/2692011>

ANEXOS

Anexo A. Revisión clásica de literatura

Dada la evolución del manejo de la infección por VIH y observar los fenómenos socio-culturales que lo han acompañado, se hace necesario la obtención de datos recientes con respecto a la influencia que pueda llevar el VIH a la violencia de pareja contra la mujer. Por tal motivo se hizo una búsqueda de revisiones sistemáticas y sus respectivos resúmenes de evidencia. Se realizó una estrategia de búsqueda según parámetros establecidos en estos casos (79), utilizando como palabras claves a: violence, domestic violence, violence against women, intimate partner violence, HIV Infections, HIV, acquired immunodeficiency syndrome, se aumentó la sensibilidad de la búsqueda con estos términos en título y resumen. Se consultó las bases de datos de pubmed, embase, scielo, psychology and behavioral science collection, academic search, ebscohost collection y opengrey de trabajos en inglés y español desde hace 10 años.

Búsqueda en Pubmed realizada el 19/09/16:

```
Search (((((((Intimate Partner Violence [MeSH]) OR Violence Against Women [MeSH]) OR Domestic violence [MeSH]) OR Violence [MeSH])) AND (((((((((((((((("HIV Infections"[MeSH]) OR HIV[MeSH]) OR HIV[tiab]) OR hiv-1*[tiab]) OR hiv-2*[tiab]) OR hiv1[tiab]) OR hiv2[tiab]) OR HIV infect*[tiab]) OR human immunodeficiency virus[tiab]) OR human immunodeficiency virus[tiab]) OR human immunodeficiency virus[tiab]) OR (((human immun*) AND (deficiency virus[tiab]))) OR acquired immunodeficiency syndrome[tiab]) OR acquired immunodeficiency syndrome[tiab]) OR acquired immuno-deficiency syndrome[tiab]) OR acquired immune-deficiency syndrome[tiab]) OR (((acquired immun*) AND (deficiency syndrome[tiab]))) OR Acquired Immunodeficiency Syndrome[Mesh]))) AND systematic[sb]
```

Articulos obtenidos en con primer filtro de revisiones sistemáticas: 45

```
Search (((((((Intimate Partner Violence [MeSH]) OR Violence Against Women [MeSH]) OR Domestic violence [MeSH]) OR Violence [MeSH])) AND (((((((((((((((("HIV Infections"[MeSH]) OR HIV[MeSH]) OR HIV[tiab]) OR hiv-1*[tiab]) OR hiv-2*[tiab]) OR hiv1[tiab]) OR hiv2[tiab]) OR HIV infect*[tiab]) OR human immunodeficiency virus[tiab]) OR human immunodeficiency virus[tiab]) OR human immunodeficiency virus[tiab]) OR (((human immun*) AND (deficiency virus[tiab]))) OR acquired immunodeficiency syndrome[tiab]) OR acquired immunodeficiency syndrome[tiab]) OR acquired immuno-deficiency syndrome[tiab]) OR acquired immune-deficiency syndrome[tiab]) OR (((acquired immun*) AND (deficiency syndrome[tiab]))) OR Acquired Immunodeficiency Syndrome[Mesh]))) AND (systematic review[tiab] OR Meta-Analysis[pt] OR Meta-Analysis as Topic[mh] OR Meta-Analys*[tiab] OR "Cochrane Database Syst Rev"[Journal:_jrid21711])
```

Artículos obtenidos en con segundo filtro de revisiones sistemáticas: 23

Búsqueda realizada con términos emtree de artículos tipo cualitativo en Embase el 20/09/17: 85

Búsqueda realizada con términos Mesh en scielo realizada el 21/09/16: 22

Búsqueda realizada en sistema integrado de búsqueda de plataforma biblioteca universidad el rosario: 118 artículos.

Anexo B. Formato de recolección de datos

CUESTIONARIO DE EVALUACION

CODIGO: _____

EDAD: _____

1. ESTADO CIVIL: Casada Unión libre Soltera Viuda Separada

2. ESCOLARIDAD: Ninguna Primaria Bachillerato Técnico
Universidad Posgrado

3. A que se dedica: _____

4. ¿Qué porcentaje de dinero aporta usted en su hogar?

100% Entre 75-99% Entre 50-75% 50%

Entre 25-49% Menos de 25% Nada

5. En que estrato vive: 1. 2. 3. 4. 5. 6.

6. Ha estado embarazada en el último año: Si No

7. Cuantos hijos tiene: _____

8. Quienes conforman su familia actual:

9. ¿Cuántas parejas ha tenido?: _____

10. ¿Su actual pareja tiene VIH?: Si No No sé No tengo pareja

11. ¿En sus relaciones sexuales utiliza preservativo?: No Siempre A veces

12. Con qué frecuencia consume alcohol:

Nunca Esporádicamente Una vez al mes Una vez a la semana sin llegar a embriaguez

Una vez a la semana con embriaguez Varias veces a la semana

13. Ha consumido drogas psicoactivas?

Nunca Alguna vez Antes, actualmente no Regularmente

14. ¿Sufrió usted de violencia física, agresión verbal antes del diagnóstico de VIH por parte de la pareja de ese momento?

Si No

Este cuestionario está diseñado para conocer si usted ha experimentado maltrato en su relación de pareja en el último año, y la frecuencia de ese maltrato. No es un examen, por lo tanto, no hay respuestas buenas o malas. Conteste a cada una de las preguntas detenidamente, marcando con una X la respuesta que considere más adecuada para usted. Si usted no vive con su pareja, deje las preguntas 5 y 14 en blanco, igualmente, si no tiene hijos, deje la pregunta 17 en blanco.

ITEM	NUNCA	RARA VEZ	ALGUNAS VECES	FRECUE TEMENTE	MUY FRECUENT EMENTE
1. Mi pareja me hace sentir inferior (por ejemplo, me dice que no valgo nada o que no hago nada bien).	1	2	3	4	5
2. Mi pareja me exige obediencia ante sus caprichos.	1	2	3	4	5
3. Mi pareja se enfada y se pone irritable cuando le digo que está bebiendo demasiado.	1	2	3	4	5
4. Mi pareja me hace realizar actos sexuales, que no me gustan o con los cuales no disfruto.	1	2	3	4	5
5. A mi pareja le molesta mucho que la cena, las tareas de la casa o la comida no estén hechas para cuando él piensa que debería estarlo.	1	2	3	4	5
6. Mi pareja tiene celos y sospechas de mis amigos u otras personas cercanas (vecinos, compañeros de trabajo).	1	2	3	4	5
7. Mi pareja me da puñetazos.	1	2	3	4	5
8. Mi pareja me dice que soy fea y poco atractiva.	1	2	3	4	5
9. Mi pareja me dice que no podría arreglármelas o cuidar de mi misma sin él.	1	2	3	4	5
10. Mi pareja actúa como si yo fuera su criada personal.	1	2	3	4	5
11. Mi pareja me insulta o me avergüenza delante de los demás.	1	2	3	4	5
12. Mi pareja se enfada mucho si no estoy de acuerdo con él.	1	2	3	4	5
13. Mi pareja me amenaza con un objeto o arma (por ejemplo, un cuchillo).	1	2	3	4	5
14. Mi pareja es tacaña a la hora de darme dinero para los gastos de la casa.	1	2	3	4	5

15. Mi pareja controla lo que gasto y a menudo se queja que gasto demasiado (por ejemplo, ropa, teléfono).	1	2	3	4	5
16. Mi pareja no me valora intelectualmente (por ejemplo, me dice que no se nada, que me calle, que soy tonta, etc.).	1	2	3	4	5
17. Mi pareja me exige que me quede en casa al cuidado de los niños.	1	2	3	4	5
18. Mi pareja me pega tan fuertemente que debo buscar asistencia médica.	1	2	3	4	5
19. Mi pareja cree que no debería trabajar o estudiar.	1	2	3	4	5
20. Mi pareja no es una persona amable.	1	2	3	4	5
21. Mi pareja no quiere que me relaciones con mis amigas u otras personas cercanas (por ejemplo, mi familia, vecinas o compañeras/os de trabajo.)	1	2	3	4	5
22. Mi pareja me exige que tengamos relaciones sexuales sin tener en cuenta si yo quiero o no.	1	2	3	4	5
23. Mi pareja me grita por cualquier motivo.	1	2	3	4	5
24. Mi pareja me da bofetadas en la cara y la cabeza.	1	2	3	4	5
25. Mi pareja se pone agresiva conmigo cuando bebe.	1	2	3	4	5
26. Mi pareja es un mandón y me da órdenes constantemente.	1	2	3	4	5
27. Mi pareja no respeta mis sentimientos, decisiones y opiniones.	1	2	3	4	5
28. Mi pareja me asusta y me da miedo.	1	2	3	4	5
29. Mi pareja me trata como si fuera idiota.	1	2	3	4	5
30. Mi pareja actúa como si quisiera matarme.	1	2	3	4	5

Anexo C. Consentimiento informado.

Formulario de consentimiento

Participante

Número Identificación

**Investigador
Principal (IP)**

LEONARDO ARÉVALO MORA

Número teléfono

3223459615

Este documento de consentimiento puede contener palabras que usted no entienda. Por favor pida al investigador que le explique cualquier cosa que no entienda.

Se le ha solicitado que participe en el estudio, " *Violencia de pareja contra la mujer que vive con VIH y que es atendida en un programa de atención integral en Bogotá*", dirigido en la IPS Centro de Expertos para Atención Integral-CEPAIN, en la ciudad de Bogotá por LEONARDO ARÉVALO MORA.

Una vez haya comprendido la información, se le preguntará si desea participar del estudio. En caso afirmativo, deberá firmar este documento y recibirá una copia.

1. ¿POR QUÉ SE REALIZA ESTE ESTUDIO?

Esta investigación pretende identificar los componentes de violencia de pareja contra la mujer, quien además de lidiar con el estigma y la discriminación por VIH, está en riesgo de ser víctima de cualquier tipo de violencia, lo que se verá reflejado a nivel psicológico, físico y emocional. Además, se pretende visibilizar esta problemática en la dinámica de la infección por VIH y de aquellas personas que viven con el virus al momento del diagnóstico y su evolución.

El análisis de la información sensibilizará a los equipos de salud al respecto de las secuelas y consecuencias de la violencia en la mujer, brindará información al respecto de la existencia de la violencia en las mujeres que viven con VIH y servirá para acompañamiento y ayuda en los casos que se identifique y en que la mujer pueda tener riesgo.

2. ¿QUÉ SE ME VA A PEDIR HACER?

Si decide participar, va a realizar una encuesta sobre sus experiencias y opiniones frente al tema de violencia con su pareja. La duración es de aproximadamente 10 minutos. No se identificará su hoja de respuestas con su nombre, o número de identificación, ni en ningún momento se divulgará que usted participa en el estudio.

Al firmar, nos concede permiso para acceder a la información contenida en la historia clínica con el fin de registrar resultados de laboratorios clínicos, motivo de diagnóstico, si está en tratamiento, y estadio de enfermedad.

Posteriormente ha finalizada la etapa de encuestas, se escogerá algunas mujeres para invitarlas a que asistan a un grupo focal que se llevara a cabo en el auditorio de la IPS donde se preguntará sobre sus opiniones frente al tema de violencia de pareja. Su duración será de aproximadamente 60 minutos y estará compuesto por 7-8 personas.

3. ¿QUÉ RIESGOS HAY?

El riesgo para las participantes es “mínimo” debido al tema sensible tratado relacionado con la seguridad física y psicológica.

4. ¿HAY BENEFICIOS DE ESTAR EN ESTE ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN?

Aunque no reciba ningún beneficio directo, esperamos que las mujeres que viven con VIH puedan beneficiarse con los resultados de la investigación.

5. ¿QUÉ OTRAS OPCIONES HAY?

Es libre para decidir si quiere participar o no, en el estudio. Así mismo, en el grupo focal estará en libertad de no contestar aquellas preguntas que no desee, o de retirarse del estudio si así lo prefiere en el momento que lo decida.

6. ¿SE MANTENDRÁ MI INFORMACIÓN PRIVADA?

Los resultados del estudio serán publicados, utilizándose únicamente con el propósito académico, investigativo y como herramienta para apoyar futuros procesos de intervención con mujeres que son víctimas de violencia de pareja; la información se mantendrá bajo estricta confidencialidad y no se utilizará su nombre o cualquier otra información que pueda identificarlo personalmente. Los investigadores de este estudio son los únicos autorizados para acceder pero su nombre o identidad no será revelada, ni tampoco el de la institución prestadora de servicios de salud a la que pertenece. Sólo los miembros del equipo de investigación tendrán acceso a la información. Y en ningún caso, se incluirán nombres, direcciones u otra información identificativa.

7. ¿QUÉ COSTES Y PAGOS HAY?

Los investigadores quieren que su decisión de participar en el estudio sea absolutamente voluntaria.

8. ¿QUÉ PROCEDIMIENTOS SE REALIZARÁN EN CASO DE DERECHOS DE VULNERACIÓN DE DERECHOS A LA PARTICIPANTE?

Si al final de todo el estudio se detecta que como participante usted es víctima de violencia de pareja, se le ofrecerá el acompañamiento y asesoría para acudir a las instancias en las que puede usted y su familia obtener protección como son: fiscalía, policía nacional, ICBF, comisarías de familia, medicina legal, ministerio público (procuraduría, defensoría del pueblo, personería municipal) según corresponda.

Sí detectamos que usted corre un grave peligro y está en amenaza y riesgo su vida o la de sus hijos, actuaremos como IPS en procura de protegerla a usted y su familia, y si es el caso denunciar para intervenir a nivel intrafamiliar con las instancias ya descritas como fiscalía o policía nacional.

9. CONSENTIMIENTO VOLUNTARIO

Cualquier pregunta que tenga con relación al estudio o su participación, antes o después de su consentimiento, será contestada por los profesionales de la salud que intervengan.

Este formulario explica la naturaleza, demandas, beneficios y cualquier riesgo del proyecto.

Su participación es voluntaria y puede elegir no participar sin ninguna sanción, pérdida de beneficio o repercusiones en el manejo clínico que se brinda en la IPS. Firmando este formulario de consentimiento, no está renunciando a sus derechos legales de reclamación

Se le entregará una copia de este formulario

Su firma más abajo indica que consiente en participar en el estudio citado más arriba.

Firma del participante
Fecha

Nombre Impreso y CC.

Testigo

Firma del testigo
con participante

Nombre Impreso y CC.

Relación

10. DECLARACIÓN DE PROFESIONAL DE SALUD

"Certifico que he explicado a la persona citada arriba la naturaleza y propósito, los beneficios potenciales y posibles riesgos asociados con la participación en este estudio de investigación. Me comprometo a manejar los resultados de esta evaluación de acuerdo a las normas para la realización de investigación en Colombia (Resolución 8430 de 1993 y Resolución 2378 de 2008) y la ley para la protección de datos personales (Ley estatutaria 1581 de 2012). He contestado todas las preguntas que han surgido, y he sido testigo de la firma. He proporcionado a la participante una copia de este documento firmado".

Firma profesional de salud

Teléfono: 7957342 Ext. 101

Anexo D. Protocolo de valoración del riesgo de violencia mortal contra mujeres por parte de su pareja o expareja

DANGER ASSESSMENT-- Evaluación de Peligro. Jacquelyn C. Campbell, PhD, RN, FAAN

Copyright 2004 www.dangerassessment.com

Versión validada culturalmente para Colombia

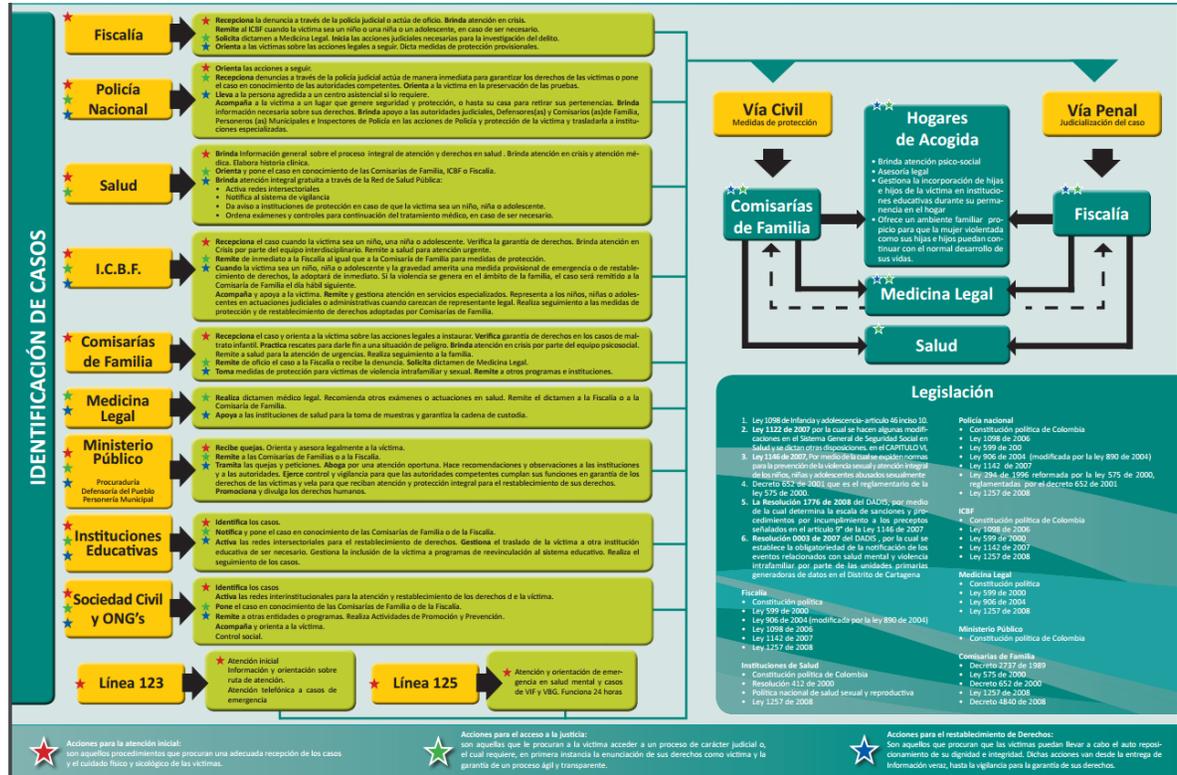
Marque Sí o No para cada una de las siguientes opciones. ("Él" se refiere a su esposo, pareja, ex esposo, o quien sea que actualmente le está haciendo daño físico.)

1. ¿Ha aumentado la violencia física en severidad o frecuencia, en el último año?	SI/NO
2. ¿Tiene él algún arma?	SI/NO
3. ¿Usted lo ha dejado después de vivir juntos, en el último año?	SI/NO
3a. ¿Usted nunca ha vivido con él?, marque aquí con una x si nunca ha vivido con él ____ Si ha vivido con él se deja en blanco	
4. ¿Él está desempleado, sin trabajo actualmente?	SI/NO
5. ¿Ha usado algún arma contra usted o le ha amenazado con algún arma?	SI/NO
5a. en caso afirmativo, ¿fue con una pistola?,	SI/NO
6. ¿Él ha amenazado con matarla?	SI/NO
7. ¿Él ha evitado ser arrestado por violencia en la familia?	SI/NO
8. ¿Tiene usted algún niño/a, hijo/a que no es de él?	SI/NO
9. ¿Le ha forzado a mantener relaciones sexuales cuando usted no lo deseaba?	SI/NO
10. ¿Ha intentado alguna vez estrangularla?	SI/NO
11. ¿Él Toma drogas como por ejemplo: anfetaminas, cocaína, heroína, u otras drogas?	SI/NO
12. ¿Es alcohólico o tiene problemas con el alcohol?	SI/NO
13. ¿Él controla la mayoría de sus actividades diarias? Por ejemplo, le dice con quién puede hacer amistades, cuándo puede ver a su familia, cuánto dinero puede usar/gastar?	SI/NO
13ª. Él lo intenta, pero usted no lo deja, marque con una X, ____ si la respuesta es NO se deja en blanco.	
14. ¿Es celoso con usted constante y violentamente? (Por ejemplo, dice "si no puedo tenerle, nadie podrá")	SI/NO
15. ¿La ha golpeado alguna vez estando embarazada?	SI/NO
15ª ¿Alguna vez has estado en embarazo de él?, marque con una X	SI/NO

16. ¿Alguna vez él ha amenazado con suicidarse o lo ha intentado?	SI/NO
17. ¿Él amenaza con hacer daño a sus hijos? si usted no tiene hijos se deja en blanco.	SI/NO
18. ¿Usted cree que es capaz de matarla?	SI/NO
19. ¿La persigue o espía, le deja notas amenazantes o mensajes en el contestador, destruye sus cosas o propiedades, o le llama cuando usted no quiere?	SI/NO
20. ¿Alguna vez ha amenazado usted con suicidarse o lo ha intentado?	SI/NO

Gracias. Por favor, hable con su enfermera, o médico sobre lo que significa la Evaluación de Peligros en términos de su situación.

Anexo E. Ruta de acceso para la prevención y la atención de violencia intrafamiliar



Tomado de Departamento administrativo distrital de salud, Cartagena. Sección Salud Sexual, Ruta de Atención Integral a Mujeres Víctimas de Violencia de Género.

<http://www.dadiscartagena.gov.co/index.php/salud-publica-dadis/salud-sexual>

Anexo F. Aprobación del Comité de ética



COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN UNIVERSIDAD DEL ROSARIO (CEI-UR) SALA DE CIENCIAS SOCIALES

MIEMBROS

DIANA ROCIO BERNAL CAMARGO
ABOGADA; ESP. DERECHOS HUMANOS; PhD
BIOÉTICA Y BIOMÉDICA - PRESIDENTE

JUAN GUILLERMO PÉREZ CARREÑO
MÉDICO; BIOTECNISTA - SECRETARIO TÉCNICO

CLAUDIA MARGARITA CORTES GARCIA
ANTROPÓLOGA; MSc SALUD PÚBLICA; PhD
SALUD PÚBLICA

DAVID HERNANDO BARBOSA RAMÍREZ
MÉDICO; ABOGADO; DOCTOR EN CIENCIAS DE
LA DIRECCIÓN

FRANKLIN GIOVANNI SOLER ESPARRAGOZA
PSICÓLOGO; MSc BIOÉTICA; MSc
PSICOLOGÍA

GUSTAVO ADOLFO ESQUERRA PÉREZ QUÍMICA
PSICÓLOGO; ESP SALUD OCUPACIONAL; MSc
EDUCACIÓN

HERNAN DE JESUS JARAMILLO SALAZAR
ECONOMISTA; ESP ECONOMÍA ENERGÉTICA

JUAN THOMAS ORDÓÑEZ ROTH
ANTROPÓLOGO; MSc ANTROPOLÓGICA; PhD
ANTROPOLÓGICA MÉDICA

JULIAN DAVID CORTES SANCHEZ
ADMINISTRADOR DE NEGOCIOS
INTERNACIONALES; MSc ESTUDIOS
INTERDISCIPLINARIOS SOBRE DESARROLLO

JORJANNA MAVERLY GONZÁLEZ
AUXILIAR ADMINISTRATIVA



CEI-DVN021-2-022

Bogotá D.C., 21 de junio de 2017

Doctor

Leonardo Arévalo Mora

Investigador Principal

Estudio: "Violencia de pareja contra la mujer que vive con VIH y que es atendida en un programa de atención integral en Bogotá".

Bogotá, D. C.

Apreciado Leonardo:

El Comité de Ética en Investigación evaluó el protocolo titulado: "Violencia de pareja contra la mujer que vive con VIH y que es atendida en un programa de atención integral en Bogotá".

Luego de haber tenido en cuenta las observaciones efectuadas, el Comité de Ética en Investigación, APRUEBA el protocolo en referencia junto con toda la información anexa.

Para el comité de ética es importante acompañarlo durante la ejecución del estudio. Por favor no dude en contactarnos en caso de tener alguna inquietud o de necesitar apoyo para el análisis de alguna situación específica.

En aras de documentar este proceso le agradecemos nos envíe un informe de avance el 21 octubre de 2017 y otro al finalizar el proyecto. De igual forma le recomendamos notificar cualquier modificación en la ejecución del estudio no expuesta en la aprobación inicial del proyecto.

Este comité se rige por los lineamientos jurídicos y éticos del país a través de las resoluciones 8430 de 1993 y 2378 de 2008 del Ministerio de Salud y Protección Social. Igualmente, se siguen los acuerdos contemplados en la declaración de Helsinki (Fortaleza, Brasil 2013) y de la Conferencia Internacional de Armonización para las Buenas Prácticas Clínicas.

1
Dirección: Carrera 7 N° 12b – 41 Bogotá, Colombia
Teléfono: (571) 297 0200 Extensión:3295
www.urosario.edu.co



COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN
UNIVERSIDAD DEL ROSARIO (CEI-UR)
SALA DE CIENCIAS SOCIALES

MIEMBROS

DIANA ROCIO BERNAL CAMARGO
ABOGADA; ESP. DERECHOS HUMANOS; PhD
BIOÉTICA Y BIOMÉDICA- PRESIDENTE

JUAN GUILLERMO PÉREZ CARREÑO
MÉDICO, BIOTICISTA - SECRETARIO TÉCNICO

CLAUDIA MARGARITA CORTES GARCIA
ANTROPOLOGA; MSc SALUD PÚBLICA; PhD
SALUD PÚBLICA

DAVID HERNANDO BARBOSA RAMÍREZ
MÉDICO; ABOGADO; DOCTOR EN CIENCIAS DE
LA DIRECCIÓN

FRANKLIN GIOVANNI SOLER ESPARRAGOZA
PSICÓLOGO; MSc BIOÉTICA; MSc
PSICOLOGÍA.

GUSTAVO ADOLFO ESQUERRA PÉREZ QUÍMICA
PSICÓLOGO; ESP SALUD OCUPACIONAL; MSc
EDUCACIÓN

HERNAN DE JESUS JARAMILLO SALAZAR
ECONOMISTA; ESP ECONOMÍA ENERGÉTICA

JUAN THOMAS ORDÓÑEZ ROTH
ANTROPOLOGO; MSc ANTROPOLOGÍA; PhD
ANTROPOLOGÍA MÉDICA

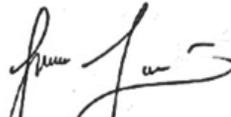
JULIAN DAVID CORTES SANCHEZ
ADMINISTRADOR DE NEGOCIOS
INTERNACIONALES; MSc ESTUDIOS
INTERDISCIPLINARIOS SOBRE DESARROLLO

JOHANNA MAYERLY GONZÁLEZ
AUXILIAR ADMINISTRATIVA

Recuerde visitar nuestra página web, en donde encontrará información actualizada de los procedimientos del Comité de Ética en Investigación de la Universidad del Rosario, así como cursos en ética de la investigación de acceso libre.

<http://www.urosario.edu.co/Servicios-al-Investigador/Sistema-de-integridad-cientifica/>

Cordialmente,



Juan Guillermo Pérez MD, MSc
Presidente (E), Secretario Técnico
Comité de Ética en Investigación (CEI)

c.c. Archivo
Proyectó: Johanna González



Anexo G. Autorización Institución prestadora de servicios de salud (IPS Especializada)

Bogotá, Febrero 6, 2017

Señores
Comité de Ética en Investigación
ATN: Dr. Juan Guillermo Pérez – Secretario Técnico
Universidad del Rosario
Bogotá D.C.

Asunto: Aval técnico de proyecto de investigación

Cordial saludo,

Como coordinadora de investigación en la EPS CEPAIN "centro de Expertos para Atención Integral", certifico que el proyecto de investigación titulado "VIOLENCIA DE PAREJA CONTRA LA MUJER QUE VIVE CON VIH EN UN PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN BOGOTÁ EN 2017" cumple con las características necesarias para su conducción. Entre las cuales:

- Plantea una pregunta de investigación cuya resolución contribuye a la generación del conocimiento.
- Aplica los métodos de investigación que mejor conducen a la resolución de la pregunta de investigación.
- Provee suficiente información acerca de la población de estudio y justifica su elección.
- Provee información necesaria y suficiente para la replicación del estudio.

Cordialmente,



Luz Jeannette Romero Ortiz

Coordinadora Investigación CEPAIN IPS

