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

LEONARDO ARÉVALO MORA

ESPECIALIZACIÓN EPIDEMIOLOGÍA
CONVENIO UNIVERSIDAD CES – UNIVERSIDAD DEL ROSARIO

BOGOTÁ, 2019

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

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

LEONARDO ARÉVALO MORA
Investigador principal

AMPARO MOGOLLON
ANACAONA MARTINEZ
Asesoras Metodológicas

ESPECIALIZACIÓN EPIDEMIOLOGÍA
CONVENIO UNIVERSIDAD CES – UNIVERSIDAD DEL ROSARIO
BOGOTÁ, ABRIL 2019

Nota de Salvedad de Responsabilidad Institucional

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

ÍNDICE DE CONTENIDO

pág.

ÍNDICE DE CONTENIDO 4

RESUMEN 7

1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA 9

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 9

1.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN 11

1.3 JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA 11

2. MARCO TEÓRICO 13

2.1 VIOLENCIA DE GÉNERO 13

2.1.1 Clases de violencia 15

2.1.2 Violencia de pareja según Medina Legal. 16

2.1.3 Resultados violencia en ENDS 2015 17

2.2 ESTADO DE LA INFECCIÓN VIH 18

2.2.1 Estado del VIH a nivel mundial. 18

2.2.2 Estado de la infección en Colombia. 18

2.3 RELACIÓN DE VIOLENCIA Y VIH 19

3. ENFOQUE METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN 21

3.1 Fase I. Componente Cuantitativo 22

3.1.1 Planteamiento de hipótesis 22

3.1.2 Objetivos 22

3.2 Fase 2. Componente Cualitativo 23

3.2.1 Objetivos 23

4. METODOLOGÍA 24

4.1 FASE 1. TIPO DE ESTUDIO 24

4.1.2 Diseño Muestral 24

4.1.3 Descripción de las variables 25
Tabla 1. Descripción de variables 26
4.1.4 Técnicas de Recolección de información....28
4.1.5 Control de errores y sesgos 34
4.1.6 Técnicas de procesamiento y análisis de los datos....35
4.2 FASE 2. TIPO DE ESTUDIO- COMPONENTE CUALITATIVO 36
4.2.1 Población....36
4.2.2 Diseño Muestral....36
4.2.3 Técnicas de Recolección de información 37
4.2.4 Estrategias utilizadas para garantizar la calidad....41
5. CONSIDERACIONES ÉTICAS.... 42
6. RESULTADOS.... 46
6.1 Fase I. Componente Cuantitativo 46
6.2 Fase 2. Componente Cualitativo....53
Significados después del diagnóstico de VIH....65
Estudio de caso de una paciente con diagnóstico de VIH, víctima de violencia de pareja....70
7. DISCUSIÓN 77
8. CONCLUSIONES.... 85
9. RECOMENDACIONES 86
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.... 88
ANEXOS 95
Anexo A. Revisión clásica de literatura....95
Anexo B. Formato de recolección de datos....97
Anexo C. Consentimiento informado.... 100
Anexo D. Protocolo de valoración del riesgo de violencia mortal contra mujeres por parte de su pareja o expareja 104
Anexo E. Ruta de acceso para la prevención y la atención de violencia intrafamiliar 106

Anexo F. Aprobación del Comité de ética..... 107

Anexo G. Autorización Institución prestadora de servicios de salud (IPS Especializada) 109

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 hacia 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 caracterizo los casos de violencia de pareja contra la mujer, b) y 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 se dispuso según los criterios de inclusión a la segunda fase de desarrollo cualitativo con la técnica de grupo focal.
Resultados: 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%]. 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=38,8).
Conclusiones: 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 con VIH.

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 was carried out, and an analysis of the data obtained was carried out. According to these results, it is available according to the inclusion criteria to the second phase of qualitative development with the focus group technique.
Results: Of the total of women, 33.6% CI 95% [27-40%] presented Intimate partner violence of any type, physical or not; only physical violence 21.9% CI 95% [16-27%], and non-physical violence 31.8% CI 95% [26-38%]. For non-physical partner violence it is more related to separated women or consensual union (32.4 and 28.2%, respectively p = 0.000), with a nuclear family composition, (42.3% p = 0.041), or if the woman had an economic contribution of 100% at home (33.8% p = 0.001). Physical violence is reported as more frequent in separated women (46.9% p = 0.000), in couples with children (89.8 p = 0.042), single-parent family (49% p = 0.000), in women who are they found no partner (42.9% p = 0.013), and with 100% of economic contribution at home (38.8% p = 38.8).
Conclusions: The results in these women related to intimate partner violence suggest that screening should be done in detecting violence as part of post-HIV counseling, and that violence be addressed as a routine part of HIV treatment and care.

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 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, se incrementan en el contexto del VIH, dada la tendencia a aumentar la incidencia en la población femenina, representada en que para el año 1.987 había una relación de 27.5 hombres por una mujer, 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 presentará 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, conllevara a que no haya abordajes especiales a estas mujeres, ni una 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 afectaran su calidad de vida, la adherencia que pueda tener a los manejos necesarios y aumentaran 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 es 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 humana (SIDA).

La Organización de las Naciones Unidas en el año 2006 señalo 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 influencian 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 a 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 influencian 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 victimas 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 (42) (9). En México, se reportó 4773 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, dada 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 Medico-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 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 estrangularla 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 denuncio.

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 personas 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 1315 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 autocalificada 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, de localización predominantemente urbana, y con diferente nivel socioeconómico (bajo, medio y medio-alto).

En la recolección de la información se combinaron 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.

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 la mujer cuando convive 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.

3.2 Fase 2. Componente Cualitativo

Un tema como la violencia, no puede, ni debe ser solo analizado desde el punto de vista descriptivo- estadístico. Es por eso, que el estudio debía tener una visión que pretenda comprender el fenómeno social de la violencia de pareja en la mujer, desde la interpretación subjetiva de las mujeres, y conocer que consideran y que factores son importantes en esta dinámica de pareja. Desde la perspectiva paradigmática naturalista(71) se puede realizar este abordaje, y más importante aún si se considera pueda estar relacionado el diagnóstico de VIH en la generación de violencia de género en la pareja, lo cual implicaría llegar a generar una hipótesis causa-efecto en las parejas que enfrentan el diagnostico.

3.2.1 Objetivos

- **Objetivo General**

Identificar los factores que están relacionados con la violencia de pareja en mujeres con VIH que asisten a un programa de atención integral en Bogotá (Colombia) para el 2017

- **Objetivos Específicos**
  a) Analizar el proceso psico-social que experimentan las mujeres con VIH y que son víctimas de violencia de pareja.
  b) Conocer las características del comportamiento de las mujeres posterior a agresión y la relación que puede tener con el diagnostico de VIH.
  c) Identificar factores de riesgo y protección sobre violencia de pareja en mujeres que viven con VIH.

4. METODOLOGÍA

4.1 FASE 1. TIPO DE ESTUDIO

En la fase 1 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 realiza 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 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,

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

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. Diagnostico 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 (índex 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 subescala 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 subescala 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 graduada	Cualitativa	Grado escolar: primaria, bachiller, universitaria, escolaridad incompleta	Ordinal
Estado civil	Estado civil	Cualitativa	Estado civil	Nominal
Ocupación	Labor	Cualitativa	Ocupación	Nominal
Número de parejas	Número de parejas en toda la vida.	Cuantitativa		Continua
Número de hijos	Número de hijos	Cuantitativa		Continua
Pareja VIH	Si actualmente está en una relación con una persona VIH (+).	Cualitativa	Dicotómica Ej: 1. Si 2. No	Nominal dicotómica
Contribución económica al hogar	Si contribuye al ingreso para gastos del hogar en 100, 75 o menos del 50%	Cuantitativa		Continua
Violencia de pareja	Resultado de instrumento aplicado	Cualitativa	Dicotómica. Si/No	Nominal dicotómica
Violencia física	Existencia o no de violencia física encontrado con el índice de violencia de pareja.	Cualitativa	Resultado de instrumento 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	Resultado de instrumento 1. Violencia física 2. No violencia física	Nominal

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 tenía en sus proyectos varios estudios en marcha, uno de ellos relacionado con la salud sexual de la mujer, y se explicó en qué consistía sus alcances, se dio a leer el consentimiento y se esperó su respuesta para aceptar ser participe. Posterior a ello, 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 *(72, 73)***.**

En la fase cuantitativa se utilizó el instrumento "Index of Spouse Abuse" (ISA), original de Estados Unidos y diseñado en 1.981 para determinar presencia de violencia de pareja, y traducido y validado en España en 2009. Este índice está compuesto de 30 ítems que pueden ser contestados oralmente o de forma escrita. 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 (α=0.93) y la segunda 11 ítems (α=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 = Σ VP
Finalmente, ha de aplicarse la siguiente fórmula para obtener la puntuación final (PF):
PF = (Σ 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 estuvo 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 Organization, 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 ±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 (74).

- Obtención de la puntación 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 puntación posible que puede obtener la mujer (MIN), este valor se calcula sumando todos los valores ponderales:(MIN)=Σ VP.
4. Finalmente, ha de aplicarse la siguiente fórmula para obtener la puntuación final (PF):PF= (Σ P- MIN) (100)/[(MIN)(4)]
Esta fórmula debe aplicarse dos veces: una para obtener una puntación 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 Índex 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 hecha (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 tacaña 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

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
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 pudieron presentar los siguientes sesgos:

a. Sesgo de representatividad, a pesar que la IPS atiende una población diversa, no tiene representatividad nacional.
b. Sesgo de selección, la aplicación del instrumento se realizó a las mujeres que asistían a los servicios de la IPS. El sesgo se pudo presentar porque las mujeres que eran víctimas de violencia no asistieron 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 trasmisión del virus. Se controló, adicionando una pregunta en el instrumento referida a si situaciones que afectaron 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". 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, ORs, 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 21 según licencia de la Universidad del Rosario(75), para el análisis del componente cuantitativo.

4.2 FASE 2. ESTUDIO CUALITATIVO

En esta investigación el enfoque general adaptado es el fenomenológico, se realizó un estudio cualitativo descriptivo exploratorio centrado en las percepciones de mujeres que presentan VIH y que habían sido víctimas de violencia de pareja tanto física (física y sexual), como no física (verbal, psicológica, y/o económica). Que buscó a partir de su experiencia, aprehender sobre el fenómeno y su aclaración (76), ya que el ser víctima de violencia implica una asimetría social en las relaciones entre hombres y mujeres (33), el conocer el concepto de la mujer ante esta realidad, debe tener un relato exacto de lo que se experimenta para reconocer la vivencia en esta situación particular (77). Con lo cual, la investigación fenomenológica que se centra en las experiencias de los individuos, con respecto a ciertos fenómenos y a la manera en que interpretan dichas experiencias (78), es la indicada para este abordaje.

4.2.1 Población

En el estudio participaron mujeres que asistían a una IPS especializada en el manejo de VIH, que tenían su lugar de residencia en el departamento de Cundinamarca, y que pertenecían a estratos socio-económicos medio. Estas pacientes eran mayores de edad, y habían sido remitidos de toda la red de IPS básicas y ocasionalmente de los servicios de hospitalización de los niveles III y IV.

4.2.2 Diseño Muestral

Se utilizó el muestreo de caso crítico, el cual se edifica sobre la base de elegir una situación, fenómeno o realidad humana que permite ganar comprensión sobre una condición hipotética sometida a análisis por parte del investigador, pero sometida a juicio de un actor social(79)

- **Criterios de inclusión:**
  1. Mujeres que hayan participado en la segunda fase de la investigación, desarrollando el instrumento "índice de violencia en la pareja".
  2. Mujeres en quienes el resultado del instrumento indique que hayan sufrido de violencia de pareja física y/o no física.

- **Criterios de exclusión:**
  1. No deseo de participación.
  2. No estar de acuerdo con el consentimiento informado y el manejo de la información.

4.2.3 Técnicas de Recolección de información

Instrumento de recolección de información

Entrevistas grupales

En el componente cualitativo se utilizó como técnica de recolección de información, las entrevistas de grupo, cuyo propósito principal es hacer que surjan actitudes, sentimientos, creencias, experiencias y reacciones en las participantes mediante un diseño semiestructurado, que gira alrededor de una temática propuesta por el investigador.
Posterior a la realización del instrumento "Índice de violencia de pareja", se realizó una invitación por medio de llamada telefónica a las mujeres quienes habían obtenido un resultado compatible de ser víctimas de algún tipo de violencia.

Si bien se garantizó la confidencialidad, y el anonimato de las participantes, se presentó una situación que incidió desde la primera actividad, que fue la no asistencia de las mujeres invitadas; a pesar de la llamada telefónica, la convocatoria, y la confirmación el día anterior a la fecha asignada para la reunión. A ninguno de los grupos focales asistió el número de personas previsto. La restricción de la participación de las mujeres conllevo a conducir el desarrollo de entrevistas grupales en un promedio de tres personas por sesión, así como la realización de una historia de vida.

Se realizaron 4 entrevistas grupales, con un número de 2 a 4 personas, que fueron convocadas en cada sesión según características comunes como eran el estado civil y el tipo de violencia de pareja sufrido (físico, no físico, o ambas). En total participaron 13 mujeres, las entrevistas tuvieron una duración entre 2 y 3 horas.

En cuanto a la historia de vida, como investigación cualitativa, ésta busca descubrir la relación dialéctica(80), la negociación cotidiana entre la situación y las diferentes opciones que se presentaron a la mujer ante la violencia de pareja , y lo que logró hacer o vio limitado en el contexto cultural. Se realizó en una selección de forma intencional de una participante por su condición de ser una mujer que vive con VIH y que es activista, así como haber recibido formación en atención en salud, y ha vivido situaciones de violencia de pareja. Se desarrolló en una primera parte donde se llevó a cabo la entrevista y una segunda donde se elaboró la historia de vida. La primera parte permitió exponer las experiencias de la protagonista cronológicamente y entender, a su vez, a la situación social en la que se enmarcan. Las temáticas a explorar fueron: (a) etapa de adolescencia y conocer a futura pareja; (b) transición y dinámica a vida de pareja; (d) violencia de pareja; (e) diagnóstico de VIH; (f) superación.

Definición del área de estudio

El estudio se desarrolló en la ciudad de Bogotá, en una institución prestadora de servicios de salud (IPS) especializada en el abordaje y manejo integral de pacientes que viven con el virus de inmunodeficiencia humana. Estos pacientes están afiliados a una sola entidad administradora de planes de beneficios de salud (EAPB), que es una de las más grandes del país. La actividad se realizó en el auditorio de la IPS, con reuniones que fueron guiadas por el investigador principal, acompañado de las psicólogas, y trabajadoras sociales del programa interdisciplinario, que actuaron como observadoras, sin embargo, el rol principal de las profesionales fue el de intervenir si alguna de las participantes presentase algún episodio de labilidad emocional importante debido a la recordación y/o afrontación de haber sido víctima de violencia. Las participantes y el moderador se sentaron en círculo para facilitar el contacto visual y la interacción del grupo. Todas las sesiones eran registradas por medio de grabación, y por registro escrito de los aportes de las participantes.

Previo a las sesiones y para que se lograra la comprensión de los presupuestos teóricos y metodológicos de la entrevista de grupo, se preparó al equipo de trabajo de la investigación (moderador y observadoras), equiparando el nivel de conocimiento en relación a la aplicación de la técnica, con el fin de que fuese ejecutada con calidad. Se hizo énfasis en los objetivos de investigación, se aclaró la metodología a ser utilizada, las particularidades de su aplicación y el papel a ser desarrollado por cada participante en los encuentros grupales. En el primer momento de la sesión, se realizó la bienvenida a las mujeres invitadas por el moderador. A continuación, para esta actividad en la cual se encontraron varias participantes, no se pidió que se identificaran con su nombre, sino que se realizó una dinámica conocida como "presentación personal con insignias creativas", en la que se pusieron a disposición revistas, tijeras, rotuladores, pegante y cordón con el objetivo de que cada una confeccionase libremente su propia insignia para presentarse al grupo, ya que no se mencionaron los nombres de las participantes en ningún momento. Tras esta presentación individual, eran explicados los objetivos del estudio y la recolección de los datos mediante entrevistas grupales. Se aclaró la dinámica del tipo de actividad, informando que no era una evaluación de conocimientos y, por tanto, no existían respuestas ciertas o erradas, sino un debate en el que todas eran libres para expresar sus consideraciones sobre el tema, destacando la importancia de la participación de cada una en la discusión.(81)

Se presentaron y aclararon los aspectos éticos, la privacidad y la confidencialidad de los datos, resguardando la identidad de las participantes. Las participantes eran informadas acerca de que la conversación se daría con preguntas orientadoras, con preguntas referentes a los objetivos propuestos. Se orientó sobre la importancia de no hablar al mismo tiempo evitando discusiones paralelas, con el fin de facilitar la posterior transcripción de las conversaciones extraídas de una grabadora digital.

Al finalizar el investigador y el grupo de apoyo se reunieron para una evaluación acerca de las discusiones, sentimientos e impresiones, con el fin de evaluar la realización del Grupo

Focal y trazar estrategias para los próximos encuentros. Con iguales pasos se realizaron las siguientes reuniones. Al lograr la "saturación teórica" se dio por terminada la fase de recolección de información.

Análisis de datos

Los datos fueron segmentados por grupo de informantes y temas. El proceso de generación de categorías fue principalmente abductivo, considerando categorías a priori construidas a la luz del marco referencial y a la vez un análisis inductivo a partir de las categorías que fueron emergiendo de las entrevistas(82). Los temas se identificaron, a través de un proceso de comparación constante codificándose, recodificándose, clasificando, identificando patrones comunes observando regularidades, convergencias y divergencias entre las perspectivas en torno a las categorías de análisis, conformando el material de análisis que fue sometido a un estudio de contenido en la modalidad temática, en el cual se identificó apreciaciones y nociones de las participantes, en apartados de texto y se colocó en unidades comparables de categorización para análisis temático(83), teniendo en cuenta aspectos del significado, sentido o interpretación de palabras, expresiones o representaciones formales. (Ver anexo categorías del estudio).

El análisis de los datos obtenidos se procesó bajo el software Atlas.ti, se elaboró un primer árbol categorial basado en la guía de entrevista, que fue ampliando al codificar el texto. A partir de los códigos se formaron unidades, categorías y patrones, con el fin de explicar contextos, situaciones, hechos y fenómenos que establecían vínculos entre categorías, registrando las categorías y las relaciones entre ellas (temporales, causales o de conjunto-subconjunto). Esto permitió enmarcar el contexto, la situación o el evento, en el cual se ubicaba el fenómeno de estudio.

Con la metodología cualitativa, se pudo obtener un aporte valioso a la investigación, ya que, comparados con la entrevista individual, las entrevistas grupales permitieron obtener una multiplicidad de miradas y procesos emocionales dentro del contexto del grupo. Esta técnica parte desde diferentes posiciones epistemológicas, principalmente desde el realismo y el constructivismo contextual; el realismo parte de categorías preexistentes para analizar los datos, busca la consistencia del significado entre múltiples análisis y aplica los conceptos de confiabilidad y validez. Por su parte, el constructivismo contextual rechaza el supuesto de una única realidad que puede ser revelada a través de la correcta aplicación de un método. Se decidió por la técnica de grupo focal ya que, según la investigación previa, se requiere involucrar nuevos métodos y datos para lograr la validez; lo que permitió descubrir la percepción de las personas respecto a lo que genera o impide un comportamiento, así como su reacción ante diferentes ideas, conductas, productos o servicios. Posibilita también, captar los textos y los contextos, tanto lingüísticos como extralingüísticos sin ninguna restricción.

El análisis implico la interpretación de las categorías realizándose a partir de los propios datos, es decir de manera inductiva. En una primera etapa exploratoria se desarrolló una codificación descriptiva, la cual emerge de los datos recolectados; se emplea códigos sustantivos. A continuación, se generó un segundo tipo de categorías resultantes de la organización inicialmente formuladas; con un proceso de conceptualización de los datos obtenidos, y que fueron las categorías axiales. Y por último, luego de una depuración empírica y conceptual, se desarrolló la categorización selectiva, cuyo producto fue la identificación o el desarrollo de una o varias categorías núcleo, que articularon todo el sistema de categorías construido durante la investigación. La operatividad de este proceso se diligencio e hizo en un análisis extenso con el software Atlas.ti (84), que es una herramienta informática cuyo objetivo es facilitar el análisis cualitativo de grandes volúmenes de datos textuales. No se pretende automatizar el proceso de análisis, sino ayudar al intérprete humano agilizando considerablemente muchas de las actividades implicadas en el análisis cualitativo y su interpretación.

Dentro de las categorías analíticas que emergieron se encuentran:

1. Actitudes y reacción de la mujer que es víctima de violencia.
2. Tipo de rechazo o resignación posterior a la agresión.
3. Violencia como producto del VIH.
4. Causa de violencia por culpabilización de trasmisión.
5. Relación de violencia con embarazo.
6. Separación de pareja por maltrato.
7. Relacionado con consumo de alcohol.

Calidad de los datos

Para garantizar la calidad de los resultados, todas las entrevistas se grabaron y trascribieron literalmente por una persona externa; los análisis fueron discutidos con un analista externo, y por comparación, convergencia, o por consenso se analizó la información obtenida. Los resultados se contrastaron con diferentes informantes, con distintas características y la bibliografía. Lo cual confirió representatividad y heterogeneidad de las participantes que se tenían de una perspectiva especifica. Se retroalimentaron los resultados para garantizar la confirmabilidad de la información con las participantes.

Los resultados describen las vivencias de las mujeres víctimas de violencia de pareja y que han sido diagnosticadas con la infección por VIH, se describen por temas o grandes categorías los principales hallazgos. Al tratarse de un tema como la violencia, conllevo a que

las participantes se involucraran nuevamente con el revivir sus historias, examinándolas, y reactualizando sus sufrimientos, respecto a momentos particularmente difíciles y dolorosos.

La presentación de los resultados está guiada por dos estructuras de la vivencia de situaciones de violencia con la pareja, y están divididas por el momento del diagnóstico de VIH en un antes y un después. Momento que marca las vidas de los pacientes hacia cambios en la vida para una adecuada adaptación a un diagnostico estigmatizante, o para sufrir situaciones de negación, rabia, y/o tristeza. Bajo cada estructura, los resultados se presentan en torno a temas que surgieron del análisis.

4.2.4 Estrategias utilizadas para garantizar la calidad

Los criterios que se utilizaron para garantizar la calidad científica del componente cualitativo fueron la credibilidad, la auditabilidad y la transferibilidad(85), consistencia lógica (86, 87),

1. Credibilidad. Se analizaron las notas de campo que surgieron de las sesiones de grupo focal, siendo transcritas textualmente para respaldar los significados e interpretación presentados en los resultados del estudio. Las interpretaciones que surgieron fueron discutidas con la asesora metodológica para garantizar su retroalimentación.
2. Auditabilidad. Se usaron y conservaron archivos de grabación del audio de las sesiones de trabajo, posteriormente se analizó la trascripción fiel de los grupos focales con la discusión de los contextos físicos, interpersonales y sociales.
3. Transferibilidad. Para mantener la posibilidad de extender los resultados del estudio a otras poblaciones, se examinó la representatividad de los datos como un todo, indicando las respuestas comunes de los informantes.
4. Consistencia lógica. Cumpliendo los anteriores criterios, se conservó la sistematización en la recolección y el análisis cualitativo, para que se pudiera verificar que otro investigador que recolecte datos similares y efectúen los mismos análisis, genere resultados equivalentes.
5. Retroalimentación: Se realizarán sesiones de socialización de los datos una vez terminada la investigación a todas las participantes.

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 (88). El investigador utilizo 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 que pueda generarse al indagar por este tipo de conductas de la dinámica en la relación de pareja.

Estuvo determinado por los siete requisitos éticos para investigación clínica:

- Valor

Por medio de este estudio se buscó establecer la prevalencia de violencia de pareja en mujeres, lo cual llevara 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 pretendio 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 causar inadherencia en tratamiento o en seguimiento a los servicios de salud

- Validez científica

Con el fin de lograr una coherencia entre el objetivo del estudio y la metodología, se contó 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.

- Selección equitativa del sujeto

La población objeto de estudio fueron 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 los participantes se les ofreció el apoyo de asesores de salud y psicólogos, quienes estuvieron presentes en ambos momentos de evaluación. También se les proporcionó 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. Se estableció desde el inicio que en caso de que se requiriese se daría 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.

Para ello desde un inicio se determinó que en caso de detectar en las participantes riesgos de su estado con situaciones que colocasen en peligro su vida se aplicaría 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 fue analizada con los docentes de la especialización de epidemiologia 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 sensibilizo 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 tenían 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 facilitara 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 hablo 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 realizaron 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 fue 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 identificaron reacciones negativas relacionadas con el tema manejado, y/o a cuadros clínicos compatibles por depresión.

- Confidencialidad y protección de datos

El manejo de la identidad de la paciente se mantuvo 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". La designación de los nombres de las participantes en el componente cualitativo es ficticia para salvaguardar su identidad.

El material ha sido resguardado en archivos con codificación de claves que solo el investigador principal conoce, así mismo se archivaron 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 está en las propias pacientes al realizar el acompañamiento necesario según las situaciones individuales y que no se hayan identificado en las consultas del programa. Se aplicó 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 se aporta como requisito de grado para la especialización de epidemiologia 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 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 hizo una sesión de retroalimentación en modo de socialización-exposición en el que se invitó a la población general, con especial énfasis en la invitación a las mujeres que participaran en el estudio. Así mismo, se programó una 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.

Se previo que durante el desarrollo del estudio si se detectase que la participante era víctima de violencia de pareja, se le ofrecería 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 correspondiera.

Sí se detectaba que la participante corría un grave peligro y estaba en amenaza y riesgo su vida o la de sus hijos, se actuaría como Institución Prestadora de Salud responsable del cuidado de la paciente, en procura de protegerla a ella y su familia, y si era 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 realizaría un informe detallado al área de jurídica de la IPS desde donde se llevaría a cabo la denuncia a las instituciones correspondientes. Sin embargo, no se presentó el caso y no hubo necesidad de acudir a dichas instancias.

6. RESULTADOS

6.1 Fase I. Componente Cuantitativo

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 2.017. 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 1.

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 representada por la familia nuclear, y la monoparental, 47 y 23,8% respectivamente. El estado civil tiene una distribución muy similar entes 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 tenían en promedio alrededor de 6 años de diagnóstico, un mínimo de 6 meses, y un máximo de 29 años. El motivo de diagnóstico más frecuente fue el tamizaje al momento del embarazo, seguido de la presencia de infecciones oportunistas, y que se realizaran el tamizaje al enterarse que sus parejas sexuales habían sido diagnosticadas. La clasificación del CDC, que pudo reflejar el avance producido por la infección de VIH, mostró que 111 mujeres se encontraban en estadio 3, dado por su recuento de linfocitos CD4+ menores a 200 o por la presencia de patologías marcadoras de SIDA, lo que representó que un 49,7%. 97 mujeres están en estadio 1, y 15 mujeres en estadio 2.

De estas mujeres el 98,2% se encontraba en tratamiento: 80,3% (179 mujeres) reportaron 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/μL^3 una desviación estándar de 250 cel/μL^3, mínimo de 36 y máximo de 1176.

Dentro de otras variables clínicas reconocidas en la población femenina, se indago si su pareja actual tenía 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).

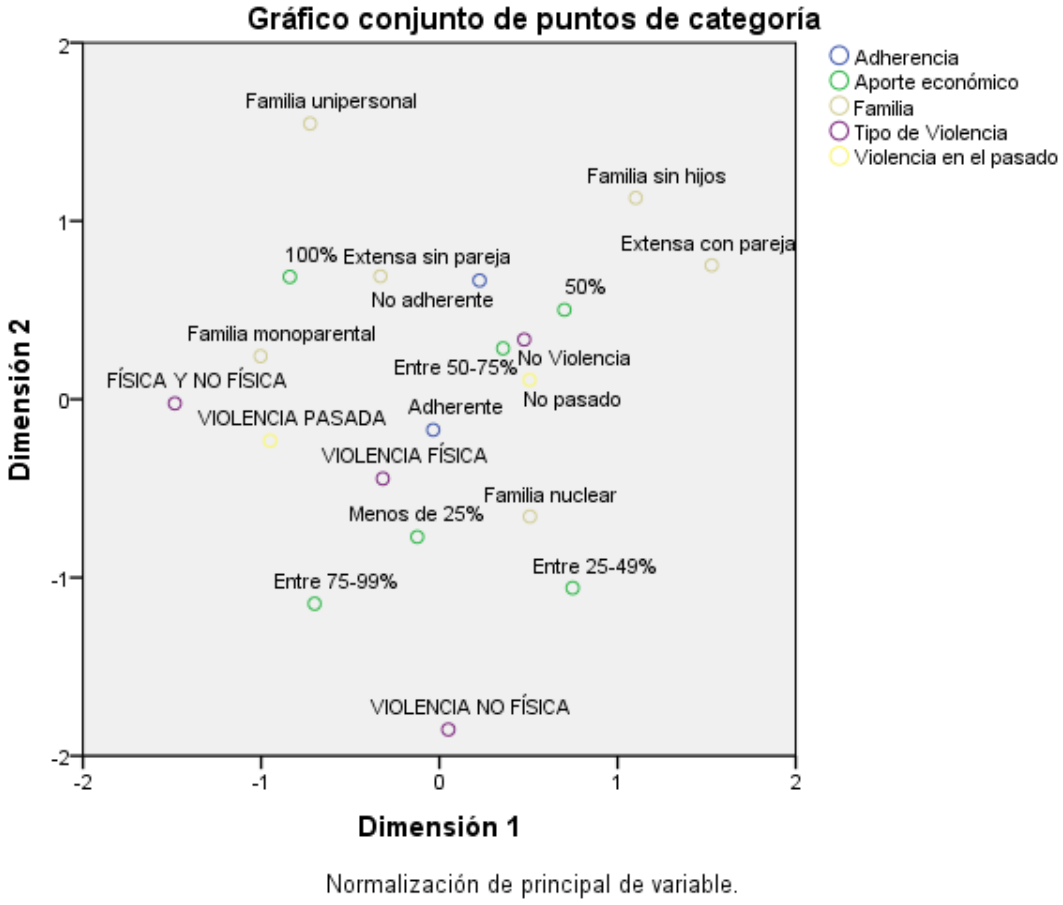
Estas dependencias se pueden visualizar en la aproximación de las categorías a las variables violencia, violencia física y violencia no física en el análisis de correspondencias múltiples. Gráfico 2.

Tabla 4. Análisis bivariado

Tablas cruzadas n (%)		NO FÍSICA		X²	FÍSICA		X²	VIOLENCIA		X²
		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		X²	FÍSICA		X²	VIOLENCIA		X²
		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)	
	C3	39 (25,7)	19 (26,8)		43 (24,7)	15 (30,6)		38 (25,7)	20 (26,7)	
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)	
	IO	34 (22,4)	17 (23,9)		35 (20,1)	16 (32,7)		33 (22,3)	18 (24)	
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.

6.2 Fase 2. Componente Cualitativo

Características y tamaño de la muestra

La mayoría de las mujeres se encontraban entre los 43 y 65 años, procedían de Bogotá, y una pequeña proporción eran naturales de la costa Atlántica, se encontraban en niveles 2 a 4 de estrato socioeconómico, eran mujeres separadas y tres mujeres aún se encontraban en unión libre, dos mujeres eran viudas.

Luego de identificadas las mujeres, fueron contactadas telefónicamente por medio de la trabajadora social y la psicóloga del programa, se les invitó a participar en los grupos focales recordándoles que hacía parte de la continuación de la Fase I del estudio, de la cual ya habían diligenciado un cuestionario previo y en el cual habían dado su consentimiento informado para su participación, se presentaron los objetivos de la investigación, se solicitó su aprobación para asistir a la actividad y se acordaron lugares y fechas para las entrevistas.

Tabla 5. Características de participantes de componente cualitativo.

Participante	Edad	Estado civil	Nro. de Hijos	Ocupación
Ana	48	Casada	2	Cajera
Blanca	65	Viuda	2	Pensionada, vive en un ancianato
Claudia	55	Separada	4	Operaria
Diana	50	Separada	2	Auxiliar de enfermería
Felipa	47	Soltera	2	Enfermera
Gabriela	43	Separada	2	Vendedora
Ernestina	48	Viuda	2	Ingeniera industrial
Manuela	48	Casada	5	Hogar
Ines	56	Separada	4	Auxiliar servicios generales
Juana	43	Casada	3	Cajera-vendedora
Lilia	45	Separada	2	Consultora de seguridad en salud
Mónica	49	Separada	5	Auxiliar servicios generales

Dentro de las historias de vida de las participantes se ha tenido en cuenta su estado civil y su relación con el VIH, esto debido a las consecuencias de morbilidad y mortalidad de la infección y las condiciones en las participantes para presentar violencia de pareja (Gráfica 3). Se observo que solo algunas mujeres han perdido a su pareja a causa de infecciones oportunistas por VIH, y precisamente estas personas no han tenido pareja posteriormente. Se logro establecer que las mujeres separadas, lo son por motivos diferentes al diagnóstico de VIH, a no más de la mitad de las participantes no se encuentran en unión. Solo para algunas mujeres se logró documentar que las parejas de quienes se creyó que trasmitió el VIH ya habían fallecido para el momento de la investigación

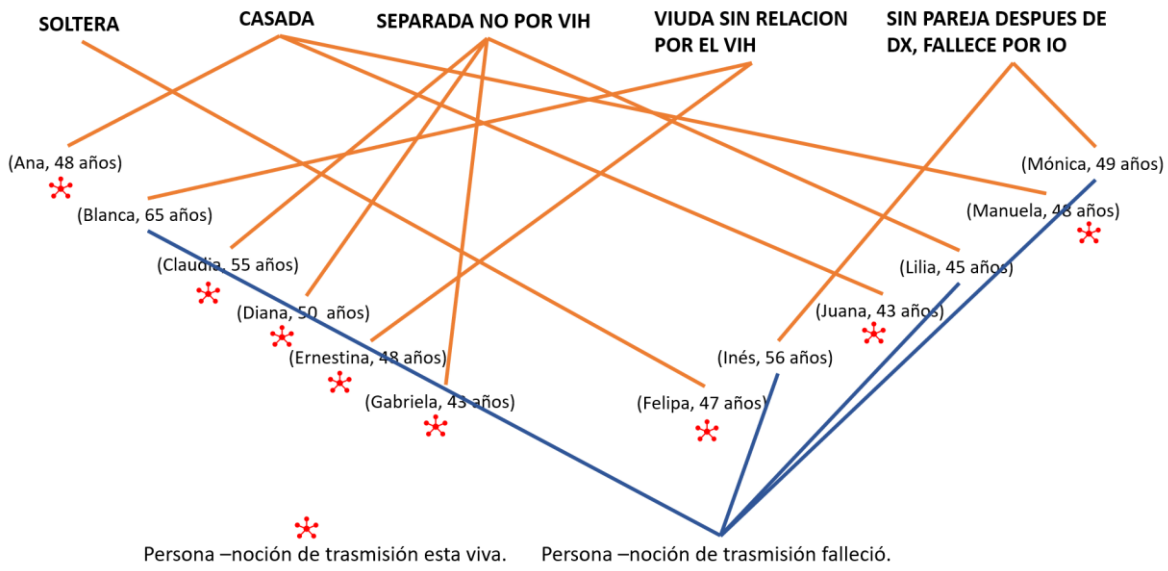


Gráfico 3. Perfil de participantes Categorías de análisis

En el análisis de contenido de las entrevistas surgieron como categorías de respuesta las enunciadas en la tabla 6, las cuales están determinadas por un antes y un después del diagnóstico de infección por VIH.

Tabla 6. Categorías de análisis.

La violencia antes del diagnóstico de VIH	
Opinión de violencia de pareja	Concepto general sobre la "violencia de pareja" y las principales manifestaciones de violencia que se conocen.
Tipo de violencia sufridos	Vivencias relacionadas con violencia física (agresiones, golpes), violencia verbal (insultos), violencia psicológica, violencia económica, violencia sexual, referidas antes del diagnóstico de VIH y que fue cometido por sus parejas del momento.
Factores predisponentes	Consta de las situaciones que aumentan el riesgo de sufrir violencia por parte de los compañeros antes de haber sido diagnosticadas con VIH.
Mecanismos de afrontamiento de la violencia	Hace referencia a las respuestas individuales/ familiares que desarrollaron las mujeres como estrategia para contrarrestar o disminuir las acciones de violencia, cometidas por su pareja
Consecuencias de la violencia	Se refiere a los efectos secundarios que generó la violencia tanto en la esfera individual de la mujer como en otros miembros de la familia
Opinión sobre violencia posterior al diagnóstico de VIH	
Relación violencia con VIH	Percepción de la manera como las mujeres identifican el diagnóstico de VIH como un factor desencadenante de violencia.

Tipos de violencia desencadenados posterior al diagnóstico de VIH	Situaciones de violencia física, verbal, psicológica, económica y sexual padecidas por lar mujeres posterior a la socialización del diagnóstico de VIH con sus parejas
Impacto de las manifestaciones de violencia tras el diagnóstico de VIH	Efectos sobre la condición individual o familiar que generaron las manifestaciones de violencia posterior al diagnóstico del VIH

Opinión sobre la violencia de pareja antes del diagnóstico de VIH

La mayoría de las mujeres reconocieron como un tipo de violencia especifica la sufrida por la pareja con quienmantenían una relación, y consideraron que se trataba de una experiencia muy dolorosa que producía un gran golpe en la vida de las mujeres, ya que esta persona había sido escogida como compañero de vida y consideran debía proteger y cuidar a la mujer, y no maltratarla.

Hay un reconocimiento de las diferentes manifestaciones de la violencia, predominando la violencia de tipo física con el uso de la fuerza, los golpes, o cualquier contacto físico brusco que afecta la estructura corporal de la mujer (empujar, sacudir, jalar el cabello, etc.),

Se identificaron manifestaciones de violencia verbal atribuidas a expresiones orales de subvaloración, bajo reconocimiento a la autonomía y a la capacidad de la mujer de ser independiente, y a la escasa dignificación que se le da en cuanto a su papel o rol como madre; predominando dentro de los recursos las palabras soeces, de intimidación, y sometimiento.

"Bruta, bestia, no haga eso, usted no sirve para nada" (Claudia, 55 años).

Se otorga un amplio reconocimiento a la violencia verbal, la cual resulta hiriente. En sus definiciones impera el ejercicio de intimidación por parte del hombre. Algunas mujeres consideran que su impacto es mayor ya que la humillación de la subvaloración no conlleva a una recuperación como lo tiene un golpe, sino que genera un menosprecio y subvaloración que afecta la dignidad y autoestima la mujer.

"yo prefiero que me den un puño y no que me expresen así, o sea que me grite para mí la verbal es mortal "(Gabriela, 43 años).

En menor medida se describe la violencia psicológica, que asocian a un discurso que conlleva a humillaciones, discriminación, subvaloración, y bajo reconocimiento de la mujer, como madre y pareja, afectando su estabilidad emocional.

"la autoestima se la quitan a uno terriblemente. Se supone que es el esposo, la pareja de uno y pues se supone que es el que tiene que protegerlo, cuidarlo, amarlo y le hace eso, entonces uno dice: ¿qué somos?" (Inés, 56 años).

Algunas mujeres relataron la manipulación ejercida por la pareja producto del ingreso económico que aportan al hogar o por la posición económica que ostenta el hombre y que conlleva a situaciones de menosprecio hacia la mujer o de coacción para crear una dependencia, con un deseo vehemente de demostrar superioridad en la generación de ingresos económicos, o la visión de que la mujer al no aportar económicamente se encuentra en una condición de inferioridad en relación con el hombre. Tales circunstancias generan amenaza permanente frente al no cubrimiento de sus necesidades básicas, ni la de sus hijos o incluso amenazas de desprotección y marginación del núcleo familiar.

"cuando lo someten a uno. O sea, lo chantajean prácticamente a uno, que, si no hace esto o hace lo otro, uno se aguanta toda esa cantidad de violencia cuando le van a dar para la comida o el mercado, para los chicos para el vestuario, y la mujer se tiene que quedar ahí aguantando todo eso porque uno no tiene la comida para los hijos, o no trabajan, depende de esa persona" (Inés, 56 años).

En cuanto a la violencia sexual, se describe de una parte el acceso carnal, manteniendo relaciones sexuales por la fuerza, y de otra, la subvaloración de su rol de esposas o de parejas en un contexto donde son totalmente ignoradas.

"cuando uno tiene muchos problemas de pareja y no quiere estar con la pareja, puede no ser violación ni nada, sino el no querer estar con su esposo, su pareja y que lo obliguen porque es una obligación, y le toca a uno por que le toca entonces se siente uno violada". (Lilia, 45 años).

"no solamente que te obligan a hacer cosas que no quieras, sino que también cuando te ignoran, cuando no te quieren tocar, eso para mí es ese tipo de ataque de violencia, un rechazo" (Ernestina, 48 años).

Tipos de violencia padecidos antes del diagnóstico de VIH

Las mujeres que fueron entrevistadas habían padecido algún tipo de violencia antes del diagnóstico de VIH. En sus discursos describieron experiencias de violencia relacionadas con las parejas, a nivel físico, verbal, psicológico, económico, y/o sexual. Sus respuestas

guardan relación con las categorías iniciales en cuanto al reconocimiento de los tipos de violencia, caracterizando con detalles los componentes de dicha violencia o ratificando las connotaciones de cómo habían sido percibidas.

Se encontraron manifestaciones principalmente de violencia física. La mayoría de mujeres entrevistadas relataron situaciones que tuvieron diferentes detonantes pero que terminaron en una imposición de fuerza de sus parejas ya fuera por el uso de los golpes, o por el padecimiento de ataques con objetos contundentes.

"me pego, me tumbo la dentadura; me cogía a correa como una china chiquita" (Manuela, 48 años)

A medida que las mujeres identificaron vivencias similares a las padecidas porotras participantes, los relatos fueron más detallados y revelaron circunstancias extremas y graves en cuanto a cómo fueron agredidas.

"venia como tomado, más que tomado venia como drogado, me acuerdo es porque me dio un puño en la cara, volteé no sé si fue con el puño o con una mesita de noche que me golpeé y hasta ahí me acuerdo…mi madre me tocó que me recogiera de donde yo vivía y me llevó al hospital porque me golpeó tanto que me dejó inconsciente, esa vez yo duré como una semana que no sabía quién era, o sea perdí el juicio, me golpeó y me rompió el tabique y cuando mi madre llegó yo estaba bañada en sangre y votada, pero yo no conocía a nadie".

Solo una mujer describió la violencia física ejercida por su pareja cuando ella se encontraba en estado de gestación, lo que le implicó la pérdida de su bebé.

"yo salí en embarazo y el me pego y yo perdí el bebe…nos agarramos a pelear y me agarro a puños en el estómago y me empujo duro contra la cama y yo me caí y con esto le pegue a la cama me fui para atrás y lo agarre a él y me lo traje así, y ahí peleamos un rato y después al otro día yo con ese dolor me acosté a dormir y todo el día con esa maluquera, al otro día me fui al médico y el doctor me mando una ecografía y cuando llegue allá a la ecografía no que el bebe estaba ahí pero estaba muerto" (Juana, 43 años).

La siguiente forma de violencia fue la verbal, que se manifestaba en el uso de palabras vulgares y groserías, siendo una agresión que pasaba desapercibida, al no dejar marcas a la vista, y que se producía en el contexto íntimo del hogar, por lo que en su relacionamiento con el entorno, resultaba más llevadera y de difícil comunicación a otras personas para solicitar ayuda. El objetivo del victimario con este comportamiento hacia su pareja era la exigencia de subordinación:

"se perdía regresaba y empezaba, creía que con los gritos tenía que obligar, y uno tenía que recibirlo y no hacer ninguna pregunta" (Ana, 48 años)

O generar un daño con palabras hirientes:

"la detesto…..ojalá se muriera" (Ana, 48 años)

"me ofendía con palabras feas, me escupía, palabras horribles, me decía a usted no se la come ni el óxido, me decía feas palabras feas" (Manuela, 48 años)

Derivada de la violencia verbal surge la violencia psicológica, que fue descrita por agresiones verbales permanentes que conllevaban a una humillación intensa y continuada, a amenazas de violencia de diversa índole, de control, desaprobación, desprecio, y/o a la amenaza del abandono. Según lo describen las mujeres, se presentaba ya hasta en las vivencias de todos los días:

"y cuando tenía el periodo me apartaba cobijas; mi autoestima estaba ya baja y me tocó llegar hasta ir a un psicólogo, entonces vea que yo, yo al pie de él me sentía horrible, me sentía fea yo me miraba a un espejo y decía yo si soy fea, pero yo me sentía fea porque él ya me había hecho sentir así" (Manuela, 48 años)

E incluso esta violencia conllevaba a limitar comportamientos que afectaban directamente a las mujeres con prohibiciones para trabajar o estudiar, y restricciones en sus proyectos de vida

"Pero en opacarme si lo hizo bastantes veces, hasta hace muy poquito tiempo, quise estudiar y no me dejaba, cuando empecé entonces era como a sentárseme encima, a no dejarme" (Diana, 50 años).

"decía cosas como: usted no sirve para nada, tiene que quedarse aquí, que tiene que estar con el niño, que porque no había estudiado, que en mi casa me trataban mal que por eso yo me había ido con él, que me tenían como muchacha porque criaba a sus hijos y hermanos y por eso era que querían deshacerse de mí, entonces que por eso fue que me recogió y él estaba conmigo" (Felipa, 47 años).

Algunas mujeres manifestaron en el discurso de víctimas de violencia de pareja, el maltrato económico. En ese escenario la mayoría tenían al hombre bajo un rol de proveedor, quien controlaba los gastos, despilfarraba el dinero o no aportaba a los gastos del hogar. Este desequilibrio económico obligó a las mujeres a depender financieramente de sus parejas, lo que las hacía más vulnerables, coaccionándoles su autonomía, y/o generando dependencia y temor.

"me quitaba la plata, la escondía le echaba llave. Se la llevaba…" (Juana, 43 años).

"me humillaba por lo que él me daba; me faltaba la comida, se iba por allá a jugar y se le olvidaba que yo comía" (Manuela, 48 años).

Aunque solo algunas mujeres describieron vivencias de violencia sexual, pocas narraron el acceso carnal violento ejercido por su pareja, las demás comentaban que sufrían de este tipo de violencia por tener relaciones sexuales con la pareja por su obligación marital con el riesgo de si se negaban, eran acusadas de infidelidad.

"cuando yo no quería tener relaciones con él, el me obligaba. El me violaba... así de sencillo" (Claudia, 55 años).

Factores predisponentes

No todas las mujeres identificaron factores predisponentes para los diversos tipos de violencia y de su intensidad, solo algunas de ellas identificaron alguna relación. Dentro de los factores más enunciados se destacó la infidelidad, pero no como el generador de las acciones violentas sino como una circunstancia concomitante a la disfunción familiar.

"la primera vez que me pego fue porque yo iba pasando por un parque y lo vi con una mujer, entonces el me vio, y en vez de decirme discúlpeme, o algo así, se me devolvió y fue a pegarme" (Ana, 48 años).

La reproducción de los ciclo de violencia de la familia, fue otro de los factores enunciados destacándose la presencia de comportamientos agresivos al interior de las familias donde había crecido la pareja.

"la mama de él siempre me decía que era por violencia con el papa de él, por eso era que ella había dejado al papa de ellos, que no era que se fuera, imagínese que la hermana menor de ellos tenía como una semana de nacida cuando la señora se fue y los dejo, pero ella se los llevó a todos. Ellos pasaron muchas necesidades. Ellos se criaron como con la idea de que de que él era el que se había ido, pero en realidad la que se fue la señora con todos... el papa de él ha sido un hombre mujeriego, empedernido, perro, ha tenido las 200 mujeres de la vida y la mama de él se aguantaba, se las pasa por la cara y esa señora ahí muy sumisa, él quería que el hijo orgullosamente fuera igual que él y él era igual que el papá…" (Juana, 43 años).

Las situaciones de violencia más graves se dieron cuando las mujeres reaccionaban con violencia, que fue en una mínima proporción de las mujeres participantes. Ellas manifestaban que el carácter agresivo de ambos podría llevar a situaciones mortales.

"y le dije la segunda y la última vez que usted me vuelve a hacer esto, porque si usted no me mata yo a usted si lo voy a matar……..y él sabía que yo era explosiva" (Ana, 48 años).

"El problema es que yo también he sido un poco de mal genio, siempre he sido de mal genio, y entonces cualquier cosa que me dijera de pronto me daba mal genio, entonces no contestaba, me quedaba callada pues por evitar y pues a él lo que le enfurecía era que no contestara, entonces ahí se formaba el lio" (Mónica, 49 años).

Los celos para algunas mujeres representaban la causa principal de los problemas como pareja, aunque el grado de celotipia descrito podía ser catalogado como patológico,

"….me echaba candado en la puerta" (Juana, 43 años).

"llegue como 15 minutos tarde del horario habitual de la tarde, entonces se formó el problema y dijo que yo estaba con el mozo" (Mónica, 49 años).

"era muy celoso. A veces no iba a trabajar, y se metía debajo de la cama, a ver yo que hacía...por celos; igual uno no podía saludar a alguien, ya decía que era el mozo, que era una perra, una put"* (Inés, 56 años).

Solo algunas mujeres hicieron referencia al consumo de alcohol como potencializador de la violencia, describiendo que se trató de un factor que incrementó la agresividad hacia los distintos integrantes de la familia

"Él no me hizo caso regreso a los tres días, sin vergüenza, borracho; entonces el niño grandecito le dijo: "huy yo vi a mi papi con la jeta abierta en una tienda casando moscas", así le dijo el niño porque era un niño pequeño que no sabía que estaba diciendo, el cogió con un cuchillo a matar al niño, se lo clavo, y al coger otra vez el cuchillo se partió. El niño fue corriendo, el pequeñito, de un año y medio, y cogió un palo, y me lo paso: "péguele, péguele", entonces yo no quería que mis niños se afectaran... el pequeñito se metió entre la nevera, la niña cogió y se escondió detrás de la estufa, y el niño mayor se quedó debajo de la mesa. Yo tenía agua caliente porque estaba haciendo aseo y tenía agua caliente para hacer aseo, yo cogí la ollada de agua caliente, no la sentía del mismo mal genio, no la sentía en mis manos, y le dije o usted se va o yo lo quemo, y él sabía que yo era explosiva, cuando el vio que yo tenía el agua así, el salió corriendo y él se fue" (Ana, 48 años).

Una mujer describió que, uno de los factores que generaba violencia era la posibilidad de generación de ingresos económicos por parte de la mujer ,y la decisión de que tipo de gastos deberían ser cubiertos por la pareja.

"Si, que por qué no le ayudaba más, yo trabajaba y estudiaba me pagaba mi estudio y le pagaba el estudio a mi hija, porque la niña es fuera del matrimonio, entonces yo le decía yo corro con los gastos de mi hija y los míos, usted tiene que mantener lo que es del hogar,

entonces a él le molestaba, que por que eso era de dos, entonces si peleábamos mucho por eso" (Lilia, 45 años).

Otra entrevistada refirió en su discurso que la causa principal de la violencia era una preconcepción masculina, de que el rol de subordinación lo debería tener la mujer, y en caso de no cumplir ameritaba algún tipo de castigo.

"son personas que quieren que piensan que una mujer es la ven no como la esposa si no como una empleada. Si por lo menos no se me podía derramar la leche porque de una vez me trataba re mal, tocaba tenerle todo al día si me pedía un tinto ahí mismo, si yo no lo hacía pues de una sola vulgaridad o como un día me tiro un pocillo" (Manuela, 48 años).

Mecanismos de Afrontamiento de la violencia

La respuesta individual a la violencia de pareja por parte de las mujeres fue diversa, encontrándose respuestas en algunos casos opuestas. Por una parte, se evidenciaron respuestas de agresión hacia la pareja mediante el uso de los golpes, que según los relatos se constituyó en un mecanismo de defensa, y que no fue reactiva a las situaciones iniciales sino que se dio con el paso del tiempo cuando la violencia se estableció como una dinámica propia de la relación de pareja.

"igual, así como él me pegaba, pues al principio uno si como que no… de todas formas un hombre es más fuerte que uno, pero ya después uno va sacando valor, y no tampoco, ya no me dejaba, así como él me pegaba yo también le daba" (Juana, 43 años).

"él me agarro acá del cuello y me mando contra la pared, y me estaba dando duro en la cara, cuando saque los fósforos y los prendí sin que él se diera cuenta, y como nosotros trabajábamos con gasolina, pues se lo eche encima y él se le prendió el pantalón y después las manos" (Juana, 43 años).

Otro grupo de entrevistadas denotó en sus discursos respuestas de sumisión. Esta actitud se relacionó de manera directa con el daño presentado, o como prevención para no recibir otra acción que consideraban peor, como no cubrir los gastos de ella o sus hijos, sufrir más violencia física y/o considerar el abandono del hogar.

"la verdad que yo tolere, aguante demasiado, permisiva…. Se vuelve uno muy sumiso, y agacharse la cabeza por los hijos doc. Por los hijos uno se queda callado" (Diana, 50 años).

Tan solo dos mujeres relataron que habían reaccionado con ambos tipos de respuesta, primero de manera verbal y luego con violencia física (golpes); las demás habían presentado solo un tipo de comportamiento violento. Una de las participantes que no refirió en sus vivencias haber respondido con violencia o sometimiento, narró que tuvo que cambiar su actitud de dependencia, asumiendo las responsabilidades del hogar, sin exigir al hombre sus aportes.

"yo solamente asumí mi responsabilidad de papá y mamá y sin exigirle, es mas es la hora y yo vengo a exigirle cuando yo quedo sin trabajo" (Felipa, 47 años).

Dentro del afrontamiento de las mujeres víctimas de violencia, no se visualizó la búsqueda de apoyo con sus redes sociales más cercanas. La mayoría de ellas refirieron que no recibían apoyo de sus familias, dado que no pidieron su ayuda, no comentaban de las situaciones de violencia que padecían y en otras circunstancias porque la familia prefería no involucrarse en situaciones que consideraban hacían parte de la intimidad de la familia. La búsqueda de apoyo ante instancias legales tampoco fue una estrategia adoptada por la mayoría de las mujeres.

"no, ellos todavía me dicen nosotros hubiéramos podido hacer más, pero desafortunadamente no hablaste, y yo les respondía: ¡¡¡¡pero si las únicas veces ustedes nunca me hicieron caso!!!!" (Lilia, 45 años).

"la familia de uno, cuando uno se casa, ya no es familia son familiares. Entonces los problemas son de uno, no de los demás, ¿por qué?, porque ellos pueden opinar bien, si son la familia de él, opinan a favor de él, sí es la familia de uno opinan a favor de uno, si?, entonces uno no tiene por qué comentarle los problemas a los familiares" (Ana, 48 años).

Tan solo dos mujeres refirieron tuvieron ayuda de hermanos, pero luego de mucho tiempo, lo que puede ratificar que estos problemas de violencia intrafamiliar pueden ser considerados vergonzosos no llegaban a reconocer el maltrato o lo asumían como un problema que solo incumbía a la pareja, y debía ser tratado al interior del hogar.

En cuanto a denunciar al agresor en las comisarías de familia o ante alguna otra institución, las mujeres participantes no lo hicieron porque no sabían cómo hacerlo, no creían en que podían darles un apoyo o porque consideraban que podían arreglárselas solas.

"No, tal vez uno no estaba bien informado, uno deja como así, igual hacen la maldad hoy y ya mañana están amables. Uno siempre con la esperanza de tener el hogar por tener un papá, una mamá, una familia completa, que van a cambiar…" (Inés, 56 años).

"La verdad a la ley no le creo nada, entonces hay una ley que es más justa que es la divina. Cada quien le llegan sus cosas a su debido tiempo" (Mónica, 49 años).

Y las mujeres que asistieron y denunciaron a sus parejas, no obtuvieron la respuesta que esperaban, ya que existen procesos que implicaban la conciliación y las sesiones de evaluación. Se evidencio que las mujeres no sabían a quién debían acudir según la gravedad de la situación.

"fuimos a una comisaria de familia y yo lo demande, el comisario como era de familia de una vez al otro día nos atendió, y él dijo que él me iba a dejar tranquila, que yo hiciera lo que quisiera, y cuando salimos de ahí, de la comisaria de familia, me agarro en la calle y me dio una golpiza y me toco ir a la fiscalía por golpes, y todo eso entonces yo no volví más, deje eso así…la verdad es que es una perdedera de tiempo no le paran bolas a uno, y peor es sí uno vuelve con esa persona" (Juana, 43 años).

Consecuencias de violencia

Los efectos de las vivencias de violencia de pareja fueron muy diversos y no hubo un patrón común que siguiera la mayoría. Los impactos que en mayor medida fueron descritos lo constituyó la separación, aunque fue una decisión que se presentó muchos años después de padecer la violencia de pareja,

"yo decidí ser madre de los niños sola, no con él, porque él era una carga para mí" (Felipa, 47 años).

Algunas mujeres manifiestan sus temores, pero no ante sufrir más actos de violencia sino en romper la relación por miedo a perder el apoyo económico,

"Entonces yo que hice, siempre me estuve en esa casa para tenerles un techo fijo a mis hijos" (Claudia, 55 años).

O miedo al abandono, situación que aún no estaba relacionada con el diagnostico de VIH.

"él se iba, yo sabía que estaba con más mujeres, me daba cuenta de muchas cosas y yo siempre me quedaba callada para que no se fuera de la casa, y pues a mí me daba miedo quedarme sola" (Diana, 50 años).

Y como consecuencia lógica los sentimientos hacia sus parejas cambiaron, pero esto solo fue expresado muy pocas mujeres, a pesar de lo que hubieran vivido.

"ya lo fui dejando en el camino, ya la decepción… nunca escuche un perdóname, discúlpame- nunca lo ha hecho, no es que él reconozca… no hace falta. Pero si deje esa arrogancia y acepte de que la cago, después de cometer todas esas cosas …" (Ernestina, 48 años)

Otra mujer expreso un cambio hacia su pareja, pero no con el objeto de separarse, denunciarlo o hacer algo para evitar más reacciones de violencia, sino la actitud que tenía hacia él,

"mire que yo ahorita lo que él me haga me resbala, como que todo se lo lleva el viento y como que no le pongo cuidado igual el que está pecando es él…" (Manuela, 48 años).

Posterior a lo vivido como víctima de violencia, dos mujeres se atrevieron a juzgarse a sí mismas, lo que impacta con gran peso sobre su autoestima,

"pienso que me sentí muy usada, me sentí como un objeto…, ósea me pregunto, busco respuesta porque me deje… que si el diagnostico no me llevo a desestabilizarme tanto como mujer, por qué permití que una persona como el me desequilibrará tanto" (Felipa, 47 años).

"pienso que me intimido mucho de sentirme poca mujer, me hizo sentir que…. de que nadie me podía aceptar, que tenía que morir sola, que me impacto la violencia…" (Felipa, 47 años).

Una de las mujeres participantes explica que, a pesar de las experiencias de violencia, ella se sentía mal por su estado civil de unión libre, y en lugar de separarse, o de buscar ayuda, decide insistirle a la pareja para que se casen,

"Porque yo estoy asistiendo a la iglesia y yo no podía seguir viviendo con el así, si en fornicación. Entonces yo lo hice más que todo por obedecerle a Dios. Y para yo estar bien" (Manuela, 48 años).

Con lo cual, se casan hace dos años bajo un contexto mítico-religioso, llama la atención que en su narración fue la única mujer que relata haber vivido todos los tipos de violencia con las dos parejas que ha tenido.

Opinión sobre la violencia posterior al diagnóstico de VIH

Ninguna de las participantes había relatado hasta ese momento sentimientos de afecto o amor hacia la pareja que las maltrató, así que el diagnóstico del VIH reforzó la decepción que tenían sobre el daño causado por éstos. Todas las mujeres relataron la vivencia y las circunstancias que llevaron al diagnóstico, siendo experiencias totalmente diferentes. Para algunas, el diagnóstico se dio tiempo después de haberse separado de la pareja, solo dos relataron que fueron diagnosticadas en controles prenatales, otro grupo fue diagnosticado al haber presentado alguna patología sospechosa de inmunosupresión sin ser infecciones oportunistas mientras convivían con el victimario, y solo una mujer relató que la pareja de

ese momento fue diagnosticada con una infección oportunista definitoria de Sida que lo llevo a la muerte a los pocos meses.

De las doce mujeres participantes para el momento de la entrevista, la mayoría no convivía con alguna persona, ni poseían relaciones sentimentales. Tres personas indicaron que no tenían relaciones desde el fallecimiento de sus parejas, dos de ellas refirieron que sus parejas fallecieron por causas diferentes a la patología infecciosa (comorbilidades propias de tercera edad, y asesinato por hurto). Las demás mujeres se encontraban separadas y todas refirieron que el motivo de la separación no se había dado por el diagnóstico de VIH. Tres mujeres indicaron que las personas que les habían trasmitido el virus ya habían fallecido, dos de ellas se encontraban separadas al momento de su muerte por causas relacionadas con el Sida; solo cuatro mujeres narraron que se encontraban casadas o en unión libre.

Relación Violencia con el VIH

Al instante en que se les pregunto si consideraban que el diagnostico de VIH había sido un factor precipitante de la violencia de pareja, solo en algunos casos se reconoció explícitamente que a partir del diagnóstico del VIH se incrementaron las situaciones de violencia de distinta índole. Algunas entrevistadas destacaron la violencia psicológica, y física, esta última exteriorizada por el reclamo con agresiones físicas hacia la pareja.

Si bien la mayoría no manifestó directamente una relación de la violencia de pareja con el diagnostico de VIH, llama la atención que en el desarrollo de sus relatos un grupo de mujeres hablaron de situaciones de violencia que correspondían a la problemática de vivir con la infección.

"un día discutimos y fue terrible, fue duro… eso me dolió muchísimo, me lastimó porque me decía sidosa hijueput"* (Inés, 56 años).

"me decía: si ve, confiésese todos los días porque lo que tienes es un pecado muy grande" (Lilia, 45 años).

"yo sentía que él me empezó a dejar en la parte sexual de tocarme él a mí, porque yo si lo tocaba a él y lo complacía de igual forma de que él me viera, pero yo si sentí que él en ese sentido si me fue rechazando, por mi condición en la parte sexual, y entonces ahí si yo sentí si puedo decir que sentí como una violencia sexual" (Ernestina, 48 años).

"cuando empezamos la parte como intima, ya no quería que lo tocara- porque no, besos no, caricias muy poquitas y tocaba doble condón, si se rompía uno el otro no" (Lilia, 45 años).

Estos hechos fueron relacionados con violencia de tipo verbal, psicológica, sexual (cabe anotar que las dos mujeres que indicaron que se trataba de violencia sexual al sentirse ignoradas, y rechazadas tenían parejas que no habían sido diagnosticadas con VIH), e incluso sentían presión económica cuando eran amenazadas de retirarlas de su respectivo régimen de aseguramiento al interior del sistema de salud, lo que implicaba que no podrían asistir a controles para el manejo del VIH. Tres mujeres opinaron que no evidenciaban una relación directa entre la violencia con el VIH, dado que estas mujeres se habían separado antes de conocer el diagnostico de VIH, o habían tenido relaciones sentimentales donde el hombre no conocía su diagnóstico.

Una mujer con un proceso inadecuado de aceptación de su enfermedad, fue diagnosticada por una candidiasis esofágica y con una inmunosupresión severa, pero no le comento a su familia sobre su diagnóstico, ni a la pareja con quien se había separado y tuvo situaciones de violencia, ni a una segunda persona con quien tuvo una relación corta que finalizo por infidelidad de parte de él. Así mismo, decidió en su vida no tener ninguna otra relación por miedo al rechazo,

"estar lidiando con tener una pareja porque no es igual, yo sé que al enterarse esa otra persona lo va a señalar, a juzgar; es que no me hago a la idea de que sea algo que me esté pasando, no me hago a la idea…estar lidiando con eso que no sea curable, mientras yo no acepte el diagnostico siento que no soy la misma que no me veo igual que antes." (Mónica, 49 años).

Otras mujeres, una que perdió a su pareja por complicaciones del VIH y una mujer ya separada, también manifestaron su deseo de no tener otras relaciones sentimentales.

"*Desde que quede sola ha sido muy difícil porque precisamente el susto de contar, salgo de vez en cuando con alguien, pero eso era como por la parte sexual con protección, pero no más, porque me da susto decir: oye tengo VIH, no he sentido la fuerza de Dios…. si llego a tener a alguien como le voy a decir, y si esa persona con la que tengo intimidad no sabe…*" (Lilia, 45 años).

Se destacan sentimientos negativos sobre experiencias previas y su interés de no volver a vivir situaciones de violencia

"no me gustaría vivir de pronto esa situación no, porque ya no estaría dispuesta a dejarme… a dejarme golpear o a dejarme -no más con que me dijeran algo-, no friegue!!!, tendría para salir corriendo… y además que la gente no está abierta a ese tema del VIH, entonces como explicarle a una persona, como aceptarle de pronto un beso sin decirle antes o si le digo después que lo desprecien a uno" (Inés, 56 años).

Solo una de las mujeres que continúa en unión refiere un impacto positivo con el diagnóstico de VIH y que cambio el ciclo de violencia que vivía.

"Hoy en día le doy gracias a Dios porque gracias a eso, vivimos muy bien, tenemos un hogar muy bonito" (Juana, 43 años).

Algunas participantes refirieron violencia física posterior al diagnóstico de VIH, dentro de las cuales se observó que la cronicidad del ciclo violento no permitía la reacción por parte de la víctima a denunciar o considerarlo nocivo,

"yo por aguantar entonces me fue pegando, me fui acostumbrando, me fui acostumbrando como al maltrato…" (Lilia, 45 años).

Impacto de las manifestaciones de violencia tras el diagnóstico de VIH

Posterior al diagnóstico y de ser atendidas en el programa especializado en pacientes VIH, las mujeres han pasado por un proceso de adaptación a la patología con cambios en sus vidas por un estado estigmatizado. No obstante, algunas manifiestan que a pesar de las asesorías y ayudas continúan presentando temor, y contrario a la violencia donde el problema "supuestamente" es manejado y controlada al interior del hogar, creen que el diagnóstico va a ser evidente y que puedan llegar a descubrir su diagnóstico personas a quienes se lo ocultan, ya sea por las consultas, medicamentos, exámenes o situaciones relacionadas con su atención y manejo.

"Duro, me ha dado muy duro porque yo me la paso llorando solo con eso, no lo he podido asimilar" (Lilia, 45 años).

Inicialmente solo algunas mujeres recuerdan que creían que se trataba de una enfermedad letal,

"*Yo pensaba que me iba a morir ahí mismo, entonces a raíz de eso fue cuando la niña se la entregué a mi hermana, porque yo pensé yo me muero rápido*" (Manuela, 48 años).

Dos mujeres fueron enfáticas en expresar que la interacción como pareja cambió, llegando a presentarse situaciones de recrudecimiento de la violencia.

"pero afecto más para darle poder a él, de manipulación y de poder hacer conmigo lo que quiera, por lo que él era negativo." (Lilia, 45 años).

"lo apuñale, yo lo corte en la pierna y le había echado candado a la puerta, como que yo tenía todo pensado, yo dije aquí nos vamos a matar porque ni yo me lo voy a aguantar más ni él me va a aguantar a mí tampoco y él se estaba desangrando" (Juana, 43 años).

En algunas mujeres el sentimiento de culpa tras el diagnóstico del VIH, las acompaña de manera permanente, En unos casos por no haber tomado medidas de protección y en otros, por haber confiado en su pareja.

"Porque como le digo yo, es que yo no sé cómo fue la transmisión porque para decir que con varias personas no, por el problema de que no he tenido relaciones no me he protegido la verdad nunca. Entonces me siento culpable de eso debido a eso, por no haber exigido protección" (Lilia, 45 años).

"Como arrepentimiento de no cuidarme y de ser así como tan…." (Lilia, 45 años)

El discurso cambió cuando se hablada de los hijos. Las mujeres narraron que antes del diagnóstico de VIH, cuando se presentaban situaciones de violencia, temían porque sus hijos fueran desprotegidos y por ello no abandonaron a sus parejas. No obstante, posteriormente los hijos fueron quienes tomaron la iniciativa de dejar al padre,

"ellos me decían ya mama ya está bueno, el hace contigo lo que se le da la gana todo por nosotros, vamos a salir adelante porque no lo mandas a la mierd"* (Ernestina, 48 años).

Impacto del VIH

El contexto del VIH trajo consigo cambios fisiológicos que afectaron a las mujeres. La mitad de ellas, percibieron un deterioro de su autoimagen producto de los impactos físicos que genera la enfermedad. En algunos casos lo asociaron a la presencia de lesiones en la piel que las estigmatizaba y en otros, lamentaban la pérdida de su agilidad mental, como consecuencia de su deterioro cognitivo,

"Yo dije Dios mío, sí, me toca quedarme con él. Si ya tengo un hombre que me va a mirar cómo me enfermo, y si será que me iba a reemplazar…me sentía como una leprosa y quien me va a querer a mi así" (Ernestina, 48 años).

De igual manera, se evidencia pérdida de la autoestima en su rol de parejas, al considerar que el ser portadora del VIH, daba potestad a sus maridos para sostener relaciones sexuales con mujeres sanas con quienes no tuvieran el riesgo de contagiarse,

"Tenía que aceptar el hecho de que el tuviera amantes allá en Panamá, porque con sus amantes que estaban sanas podía tener relaciones sin condón" (Ernestina, 48 años).

Dos mujeres reconocieron que su proyecto de vida se interrumpió de manera abrupta ya que la continuidad de sus estudios se vio limitada como consecuencia de la enfermedad,

"A mí me afecto en terminar de estudiar...porque fue muy duro en dos ocasiones quise matarme, tirarme del apartamento donde vivía" (Diana, 50 años).

Estudio de caso de una paciente con diagnóstico de VIH, víctima de violencia de pareja

Se presenta la sistematización de un caso de una mujer con diagnóstico de VIH que asiste a un programa de atención integral en VIH en la ciudad de Bogotá y que fue víctima de violencia de pareja.

Judith[1], es una mujer colombiana de 56 años, separada, con una hija de 24 años y un hijo de 31 años, quien realizó estudios hasta noveno de bachillerato, y posteriormente continuó sus estudios técnicos como auxiliar de enfermería. Judith no conoció a su padre, dado que éste no formalizó su unión con su madre y ésta nunca le comentó nada acerca de él. Luego de esta primera relación, su madre se casó y tuvo 4 hijos, 3 mujeres y un hombre. Como hija mayor, Judith tuvo que cuidar de sus hermanos, y adquirió deberes en el hogar, que ella consideraba eran producto de no tener los mismos derechos y ser la hija de una relación fuera de ese hogar, indicando que tenía que cocinar, hacer labores del hogar llevar a sus hermanos al colegio y permanecer al cuidado del hogar.

A los 17 años conoció a Luis[2], con quien tuvo una relación durante 5 años y aunque su madre no lo aceptaba, nunca se opuso a ella. No obstante, Judith decide escaparse a vivir con él como un acto de rebeldía, y para buscar una mejor vida a la que llevaba en su hogar, dado que no visualizaba un destino diferente que estar al servicio de sus hermanos y padrastro. Al año de vivir juntos quedó embarazada, y antes de que su hijo cumpliera el primer año de

[1] Judith es un nombre ficticio que se ha dado para proteger el anonimato de la usuaria.

[2] Luis es un nombre ficticio que se ha dado para proteger anonimato.

vida, Luis empezó a tener actitudes de subvaloración hacia las actividades que desarrollaba en el hogar.

Judith intentó culminar sus estudios de educación secundaria y para ello tomaba clases en el horario nocturno. Para ese momento ella no trabajaba, y el dinero del que podía disponer era el que Luis le daba, que en ocasiones no le alcanzaba para las matrículas de los siguientes periodos. Fueron sus compañeros quienes le colaboraron reuniendo dinero para que regresara a las clases, y pudiera comprarle alimentos a su hijo. Un día, uno de sus compañeros llegó a la casa llevándole un tarro de leche y unos paños de aseo para bebés. Judith recuerda que no había ningún interés, ni otra intención de parte de él. En ese momento llegó Luis, y al observarlos dedujo que se trataba de una infidelidad y que Judith tenía relaciones con su compañero de estudios, despachó a esta persona, y cuando estuvieron solos, le pego varias veces sin que ella pudiera defenderse, por lo cual se fue a vivir sola con su hijo en una pieza.

Judith narra que esta situación continuó, reiterándose los episodios de violencia física, y que esta dinámica se mantuvo sin que ella pudiera hacer nada al respecto, a pesar de que ella no vivía con él y que los episodios de violencia se daban cuando él iba a visitarlos. Ella evoca que Luis padecía de celos infundados, y que no podía discutir con él. Ella decidió irse a vivir con él, con la esperanza de que no volvieran a repetirse esos eventos, dado el compromiso, que él había adquirido de no volverlos a cometer. No obstante, la convivencia continuó igual, y las manifestaciones de violencia se daban ante cualquier situación ("*ninguno…que, porque está lloviendo, que porque está haciendo sol, que por que hace escándalo*").

Luis entró a trabajar de noche en un bar, e iba a la casa a dormir de día. Ello implicaba que durante el día Judith debía permanecer callada y procuraba que el niño no hiciera ruido, pues él se molestaba. El niño creció e ingresó a estudiar en el jardín y ella comenzó a estudiar en el SENA[3] confecciones, y con ello pudo conseguir algunos trabajos casuales. Para ese momento vivían en un barrio de la localidad de Suba (Bogotá), y en el tercer piso de la vivienda, ella adecuó un taller de costura y trabajaba en un satélite[4]. Para ese entonces, Luis ya no iba con regularidad a la casa. En el lugar donde trabajaba de noche tuvo que cumplir varias funciones: hacer de portero, y vigilante, atender a los clientes, y luego fue promovido como administrador del negocio, hasta que logró empezar con un negocio independiente. Judith recuerda que se trataba de un club nocturno que para los años ochenta no tenía ningún tipo de supervisión y lo refiere como un lugar que era solo de trago, droga y mujeres. En ese entonces, el empezó a involucrarse con estas adicciones, Judith dice que él comenzó

[3] El SENA, servicio nacional de aprendizaje, es una entidad de formación para el trabajo del estado colombiano, es un establecimiento público del orden nacional y con autonomía administrativa, adscrito al ministerio de trabajo colombiano

[4] Trabajar en satélite significa laborar en una máquina de costura.

a consumir drogas, y que cuando llegaba a la casa, se encontraba en malas condiciones y permanecía somnoliento. Ante cualquier comentario de recriminación por su comportamiento como esposo y padre, él respondía con golpes.

Ella se describe en esa época como una mujer dependiente, que asumía todas las actividades domésticas y a cargo del cuidado de su hijo, buscando con ello que Luis no tuviera ningún tipo de queja. No obstante, el círculo de violencia se mantenía. Él llegaba y le pegaba, "al ratico" se contentaba, le prometía cosas, la invitaba a salir y al siguiente mes volvía a suceder lo mismo. El trato hacia ella era despectivo, "*usted no sirve para nada, tiene que quedarse aquí, tiene que estar con el niño, porque no ha estudiado, que en su casa la trataban mal y que por eso ella se había ido con él, que en su casa la tenían como muchacha del servicio, que por eso fue que la recogió*".

Judith comenta que no solo llegó a la violencia verbal, y física, sino que también se presentó violencia sexual. Recuerda que para la época en el que Luis permanecía en el bar, trabajaba con una mujer que hacía las veces de camarera, y Judith pensaba que ante esa situación era posible que Luis tuviese alguna relación con ella. Cuando llegaba a la casa, Judith refiere que él la "*cogía a las malas*", al rechazarlo ante esa sospecha de ser infiel, él la insultaba y la obligaba a estar con él: *"entonces por supuesto eran violaciones, violaciones porque yo no quería"*.

La situación había llegado a ser tan grave que en una ocasión cuando su hijo tenía tres años, su madre tuvo que ir a recogerla donde vivían y llevarla al hospital porque Luis la había golpeado tanto que la dejó inconsciente, Para cuando su madre llegó Judith recuerda que estaba bañada en sangre y tirada a un lado de la sala, sin conocer a nadie. Él la había golpeado tan fuerte que le había fracturado el tabique, y permaneció una semana sin saber quién era. Cuando se recuperó regresó a la casa, sin que nadie la apoyara a pesar de que su madre conocía su situación como víctima de violencia intrafamiliar.

Para ese momento, Judith y su familia vivían en una casa en arriendo con una señora y un amigo de él. Para ese momento el continuaba manipulándola, prometiéndoles que no le iba a volver a golpear, y hacia planes de proyectos, paseos, sin que se evidenciara un cambio efectivo.

"*Era, muy sumisa, él me pegaba y yo lo que lo único que hacía era enrollarme, yo no era capaz de alzarle la mano, ni era capaz de coger nada para defenderme, él me daba una patada y me mandaba a un rincón, y de allá me levantaba y me mandaba para el otro lado la única defensa que cogí con el tiempo era como gritarle y yo me volví fue grosera pero al mucho tiempo…"*.

Posteriormente quedó embarazada de su segunda hija y Judith recuerda que, ni siquiera eso respetaba, y que cuando tenía cuatro meses, Luis le pegó y la metió a la ducha fría, haciéndole el reclamo de no estar en la casa y de no responderle como esposo y padre. Como respuesta a estas situaciones de violencia, Judith se iba de la casa, pero volvía con sus dos hijos al lugar donde residían con Luis. Ella se iba para donde su madre, pero se desmotivaba pues no se sentía bien allí, por los comentarios de su madre, ya que ésta le indicaba que no se debía ir de la casa: "*usted allá tiene su casa mal que bien, ahí le pegan, pero usted tiene su casa*". Judith describe en su relato que no quería sentirse "*arrimada*" y estar en un lugar que no sentía que fuese propio.

En cuanto a su apreciación sobre la figura de Luis como padre, ella señala que nunca asumió tal responsabilidad y que, al contrario, le increpó por no haber adoptado estrategias de planificación y haber tenido a sus hijos: "*él no estaba preparado para tener hijos todavía, por lo que yo le exigía o yo le pedía que estuviera ahí, que al niño le hacían falta cosas y él no estaba preparada para eso*". En ese sentido, relata que tuvo que afrontar los partos sola e incluso asumir dos abortos provocados.

Judith no buscó ayuda durante los primeros años de matrimonio. Cuando por fin decidió buscar ayuda en una comisaría de familia, ya su segunda hija tenía cinco años. Después, alguien le aconsejo que lo demandara, "*claro yo fui a la comisaria de familia, me apoyé, pero no, no recibe uno el suficiente apoyo. Si, lo llamaron, pero eso fue peor, él llegó a reclamarle que lo estaba demandando*". Al ver que esa no era la salida, y que continuaban los actos de violencia, ella trataba de no dejarse, le gritaba que no le golpeara y cuando le pegaba se iba a medicina legal, la incapacitaban, llegaba a la casa a mostrarle los documentos, las citaciones, las conciliaciones que le solicitaban en la comisaria, y él juraba que no volvería a lastimarla. Recuerda que casi siempre le dejaba la cara y su cuerpo con hematomas y que cuando llegaba por la mañana de trabajar le llevaba rompecabezas o juegos para que no saliera en todo el día, y que nadie se diera cuenta que él la había golpeado.

Para cuando llevaba 10 años de relación, Judith notó que estaba empezando a perder peso, tanto así, que decidió ir al médico. Le hicieron varios exámenes, y con los resultados el médico quiso hacerle varias preguntas de las cuales ella desconfió, preguntas de como era su vida de pareja, que en que trabajaba el esposo, al momento de decirle que él trabajaba en un club nocturno inmediatamente el médico le indico que le iba a hacer un examen de VIH: "*entonces pues obvio que uno oye más o menos, pero tampoco…. siempre pensamos que a nosotros no nos va a tocar, entonces yo dije bueno, pero no le puse mayor atención, pero yo dije eso no es nada…*". A los quince días de realizar los exámenes la llamaron y ella fue sola, el médico hizo entrar al consultorio a la psicóloga y la trabajadora social: "*entonces yo sentí como un frio de ver como estaban entrando todos y yo sentí como si se hubieran entrado unos espíritus malignos*".

Relata Judith que el médico le entregó un sobre para que lo destapara, adentro se encontraba el resultado del laboratorio que decía VIH POSITIVO. Ella le preguntó qué significaba eso. Luego de la explicación del médico ella cuenta que no entendió nada, y le dijeron que debía llevar a su esposo al médico, ella sólo pensaba cómo se lo iba a decir. No recuerda cómo llegó a la casa y tan pronto llegó, empezó a llorar… Luis como cosa rara, llegó temprano ese día a la casa y al verla llorando solo se limitó a increparle que esta vez por qué estaba "chillando", ella le arrojó el papel del examen y le dijo que el médico lo necesitaba.

Al leer el resultado, Luis se arrodilló y le decía que lo perdonara, ella describe ese momento como horrible. El asistió al médico donde le realizaron el examen. Lo primero que pensaron era que se iban a morir juntos, él comenzó en los siguientes días a hacer un balance de lo que tenía y lo que debían o le debían y le entregó a su hermano el negocio. Judit esperó que después del diagnóstico la relación cambiara, pero Luis iba a las consultas le daban sus medicamentos, pero no seguía las indicaciones médicas y no se tomaba los medicamentos. La no adherencia al tratamiento fue otro peso que tuvo que asumir, ya que tenía que reclamarle los medicamentos y dárselos, y concientizarlo de lo que podía pasar si no se los tomaba.

Los actos de violencia tampoco disminuyeron. Después de un tiempo se enteró que tenía derechos, pero aun así sentía que no tenía ningún tipo de apoyo ni personal ni gubernamental. Luis seguía tratándola igual, iba y hacia compromisos y regresaba a la casa y continuaba la misma situación, después con el tiempo ya le dieron tantas citaciones de idas y venidas, que le dijeron que saliera de la casa. Cuando a él lo sacan de la casa por orden judicial, él se fue para la casa de su madre que vivía muy cerca de Judith, y ella tenía que salir de su casa con temor de que sucediera algo.

Para esa época, su hija tenía ya 16 años y su hijo se había ido de la casa ya que no soportaba la situación familiar, y se enfrentaba a su padre por el trato que le proporcionaba a Judith, pero en esa dinámica de violencia Luis de un golpe lo callaba.

En una de las citaciones al juzgado, se sorprendió pues encontró con que debería someterse a una conciliación. Su sorpresa fue mayor al evidenciar que Luis y su hija la habían demandado para que se fuera de la casa, y que Luis le iba a pagar la universidad a la hija. Judith se enfrentó al juez gritándole en contra de esto, ya que era él quien había salido de la casa con orden de caución por violencia. Ella recuerda que el juez le dijo "*mire señora lo que pasa es una cosa, a usted le conviene irse de la casa porque el señor le va a dar universidad a su hija*", aun ella no logra comprender como Luis convenció a su hija, al salir de allí ella les dijo que se iba de la casa, y así él volvió a la casa.

Él la llamaba para atormentarla, en una ocasión le dijo estaba involucrado con una joven que trabajaba en el negocio, y le dijo que ella estaba embarazada, pero que él no sabía si era

hijo suyo. Judith lo único que pudo decirle fue que pensara lo que eso implicaba y que tenía que decirle para que se tomara exámenes, lo único que supo después, fue que la chica había fallecido hacía 6 años.

Ya que no vivían juntos, la violencia física ya no se presentaba, pero no las demás manifestaciones de violencia. Estando en consulta en el mismo sitio de atención, él la aborda gritándola que ella era la culpable de la trasmisión del VIH, y le gritaba en la calle "*no se metan con esa vieja que es una sidosa*". Ante estas situaciones, Judith, por consejo de amigos y sabiendo de lo que hablaban en los grupos de apoyo a los que ella había empezado a asistir, decidió demandarlo, dado que la había infectado. Sin embargo, el continuaba yendo a su casa a amenazarla. Un día llegó borracho a la casa donde ella vivía, entró y rompió la puerta del garaje para sacar cosas. Judith evitaba cualquier contacto con Luis, y le atemorizaba tener que encontrárselo en el programa de atención a VIH al cual asistía.

Judith recibió ayuda de los amigos que hacía en los programas de apoyo a los que asistía. Primero en el programa de atención y luego fue conociendo que había otras organizaciones donde se reunían los pacientes, así que a medida que asistía a las sesiones comenzó a involucrarse y encontró sentido al ayudar a otros. Así fue llamada para comenzar proyectos como parte civil, y luego fue contratada por fundaciones, para capacitaciones, tamizajes, apoyo de pares, e incluso alcanzó a ayudar a un grupo que era solo para mujeres. Dentro de esas actividades, en una de ellas, se requería que fuese auxiliar de enfermería, así que estudio por dos años, y logró graduarse: "a mí eso no me gusta del todo, eso de la enfermería, fue para poder continuar ayudando a personas que sufren esta situación de la trasmisión del VIH y que pueden estar como yo en alguna ocasión perdidos".

En estos grupos de apoyo conoció a Jorge, una persona que había sido diagnosticada recientemente y que había empezado a asistir a las reuniones de pacientes, y junto con otras personas, formó un grupo que desarrollaban actividades lúdicas. La relación que estableció le hizo olvidar su vida con Luis y logró idealizar la posibilidad de construir una nueva relación. Sin embargo, ella cuenta que para ese tiempo se había convertido en una persona muy reactiva, luego de todo lo vivido, por lo que había pensado que, aunque iniciaron una relación, no quería vivir con él y solo pasaban juntos fines de semana. Ella había sacado un subsidio con el cual pudo comprar una casa en Melgar (municipio ubicado a 1,5 horas de Bogotá), buscando huir de sus recuerdos como víctima de violencia. Jorge iba a pasar allí los fines de semana, ella creyó haber encontrado por fin una adecuada pareja. No obstante, con el paso del tiempo, el comenzó a ir cada vez menos a Melgar. Al preguntarle, él decía que se sentía incómodo que cada vez que iba había muchas otras personas como la mama de Judith, sus hermanos y amigas. Ante esto Judith decidió vender la casa y se regresó a la ciudad de Bogotá y tomó como alternativa, arrendar un apartamento entre los dos, y comenzaron a vivir juntos. Ella se enfermó, no recuerda que fue lo que le sucedió, pero Jorge

tuvo que decirle que no trabajara para que cuidara su salud. Llevaban dos meses viviendo y una noche Jorge le dijo que estaba saliendo con otra persona. Judith sintió que su vida se había acabado y que no habían servido de nada los sacrificios y el esfuerzo hecho para sacar adelante la relación.

Después de año y medio de su separación, Judit vive en la actualidad con su hijo mayor, quien se separó posterior a situaciones de maltrato intrafamiliar. Su hija se había ido a vivir sola, estudió una carrera profesional y se graduó. Regresó a la casa donde vivía con su padre con quien reside en la actualidad. El estado de salud de Luis ha empeorado debido al poco control de la infección. Hace algunos años presentó una neuropatía, y tuvo que ser hospitalizado en una clínica de salud mental.

En la actualidad Judith trabaja en una corporación haciendo pruebas rápidas de diagnóstico de VIH.

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 factores sociales, económicos y culturales tienen un peso enorme en la desigualdad en 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 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– implica 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, que 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 sí se indaga en mujeres con diagnósticos recientes podría implicar un sesgo de confusión.

Para el estudio multicéntrico realizado por Garcia-Moreno y colaboradores (89) el reporte solo se daba para violencia física y sexual, y se desagregó 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 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(90), en esta investigación la violencia no física fue más prevalente que la violencia física, y también se encontró que de las 75 mujeres que reportaron 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 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 continúo 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 preguntó si su pareja exigía que tuvieran relaciones sexuales sin tener en cuenta si ella querían 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 (91), se pudo constatar que el utilizar el instrumento no solo 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 solo 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 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=38,8). En el escenario de violencia física el comportamiento de las variables podría deberse a que el desenlace de la separación lleva 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 cualquier 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.

En torno al fenómeno de violencia, el componente cualitativo pretendió profundizar en las vivencias de las mujeres que eran víctimas de actos de violencia por sus parejas y como llegaban a relacionarse con el diagnóstico de VIH, y que según indican los hallazgos de la literatura internacional previamente descritos, la violencia podía llegar a incrementarse posterior al diagnóstico.

El modelo socioecológico sugiere que los factores individuales, de relación y estructurales influyen en los resultados de salud, y se utiliza ampliamente en la investigación de violencia de pareja porque incorpora muchos factores complejos que influyen en la pareja (92). Dentro del modelo ecológico del estudio (Gráfico 4), y con la información obtenida a través de las entrevistas grupales se puede observar que hay una mayor influencia de los factores de relación de pareja, y que, con la estructura de la sociedad identificada por las pacientes, llevan a mayor presentación de situaciones de violencia de pareja antes del diagnóstico de VIH. Las mujeres entrevistadas identificaron como factores que afectan la dinámica de pareja la preconcepción masculina de subordinamiento, la celotipia, el consumo de alcohol, carácter agresivo de ambos, el descubrimiento de infidelidad, antecedentes de violencia familiar, y no apoyo de familiares. Dentro de los factores individuales como comportamientos personales que afectan la salud de la persona, las mujeres hicieron mención de miedo al abandono, miedo a perder apoyo económico, la respuesta que tenían a la violencia de sumisión o de responder con más violencia, y la respuesta a la ruptura del vínculo de pareja dentro de la dinámica de convivencia.

Y los factores estructurales referidos como factores sociales o comunitarios más amplios que impactan en la salud, están dados básicamente por un sistema de salud débil que no tiene un engranaje institucional y que no brinda adecuadas respuestas a las expectativas de las mujeres con respecto a la ayuda que le puedan brindar.

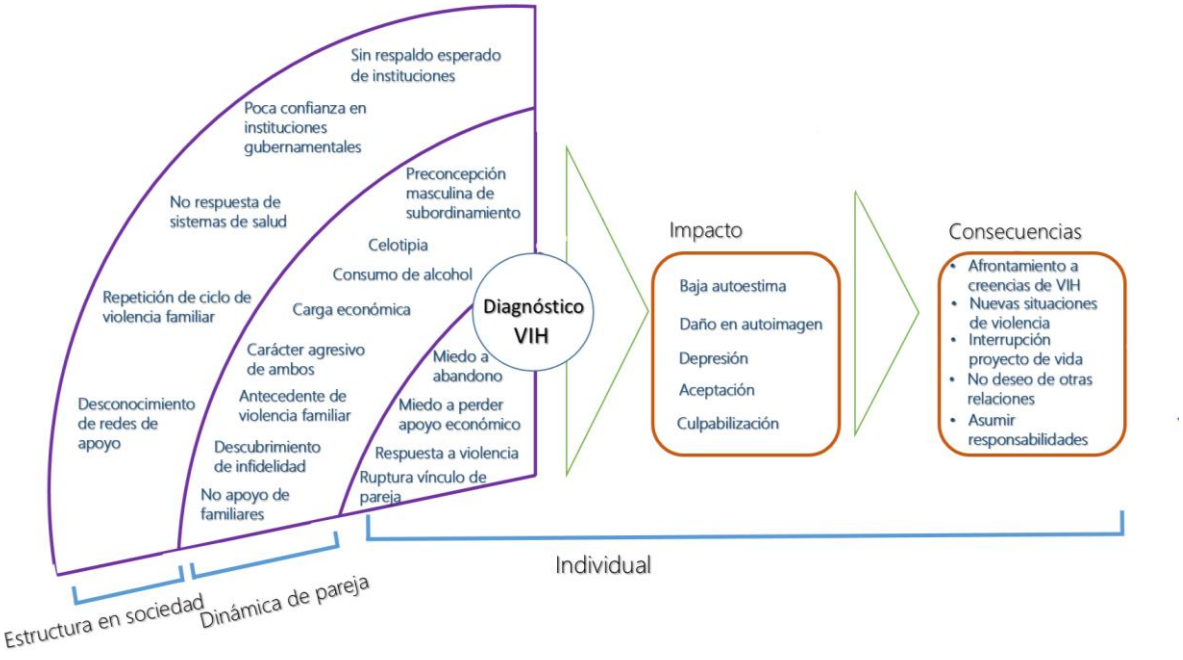


Gráfico 4. Modelo de relación entre la violencia de pareja y VIH

Como se muestra en el gráfico 5, el tipo de respuesta en cuanto a los fenómenos de violencia de pareja posterior al diagnóstico de VIH entre las pacientes tienden a cruzarse y cambiar. En lugar de caer en categorías distintas, las participantes a menudo presentaban historias con algunos puntos en común y con múltiples desenlaces, compuestas por aspectos tanto positivos como negativos como reacción a la violencia de pareja después del diagnóstico. Mientras que un mayor tiempo de convivencia y el empoderamiento por parte de la mujer de su proyecto de vida parecieron disminuir los episodios de violencia, posiblemente dado por una mayor cantidad de situaciones vividas y una superación de los mismos, la intensidad mayor en la violencia sufrida antes del diagnóstico pareció empeorar los resultados.

Si bien la maternidad era un elemento que influenció la respuesta a los actos de violencia de la pareja, al continuar en una relación dañina en procura de tener asegurado las necesidades básicas de sus hijos por el aporte económico que, hacia el hombre, posterior al diagnóstico de VIH las mujeres asumían un papel de desesperanza y sacrificaban sus propias necesidades por las de sus hijos, y solo con el trascurso de tiempo hay un empoderamiento para lograr objetivos trazados en sus proyectos de vida. Un elemento en común en todas las narraciones es la negación a que sus hijos hubiesen presentado daños psicológicos con las situaciones de violencia de sus padres; a pesar que las mujeres no puedan proteger por completo a sus hijos de este tipo de daños (93).

Gráfico 5. Respuesta a la interacción entre la violencia de pareja y el VIH

Si bien se ha documentado que la experiencia de ser víctima de violencia de pareja puede obstaculizar la disposición de las mujeres para tomar medicamentos antirretrovirales, ninguna de las mujeres entrevistadas manifestó problemas de adherencia a sus tratamientos para el momento de la entrevista, sin significar que las situaciones de violencia no las hubieran afectado en su autocuidado.

La teoría del género y el poder (94), que postula que las dinámicas de poder desiguales limitan la capacidad de las mujeres para ejercer el control personal en las relaciones (95), se encuentra marcado en el contexto de estas parejas cuando eran diagnosticadas con VIH. El modelo de Rigby y Johnson(96) establece las relaciones y los mecanismos que pudiesen dar origen a más situaciones de violencia (gráfico 6). Sin embargo, la mayoría de las participantes de las entrevistas no identifican al diagnóstico de VIH como un factor para que se presentara situaciones de violencia, lo que refuerza los hallazgos en la fase I donde las mujeres habían referido presentar más situaciones de violencia antes del diagnóstico de VIH, y fue en el análisis de las narraciones que se encontró que varias mujeres si habían presentado violencia verbal, psicológica, y sexual como manifestaciones producidas por el estado de vivir con el virus.

En cuanto a la violencia sexual, identificada como el rechazo de parte de las parejas a tener relaciones sexuales, extremar los cuidados de trasmisión equivocados como evitar abrazos, caricias o utilizar doble condón, se logró identificar que se trataba cuando la relación se daba en una pareja discordante, es decir cuando el hombre es negativo para VIH, y surgía como un miedo a la trasmisión lo que conlleva a maltrato psicológico y estigmatizante sobre vivir con VIH.

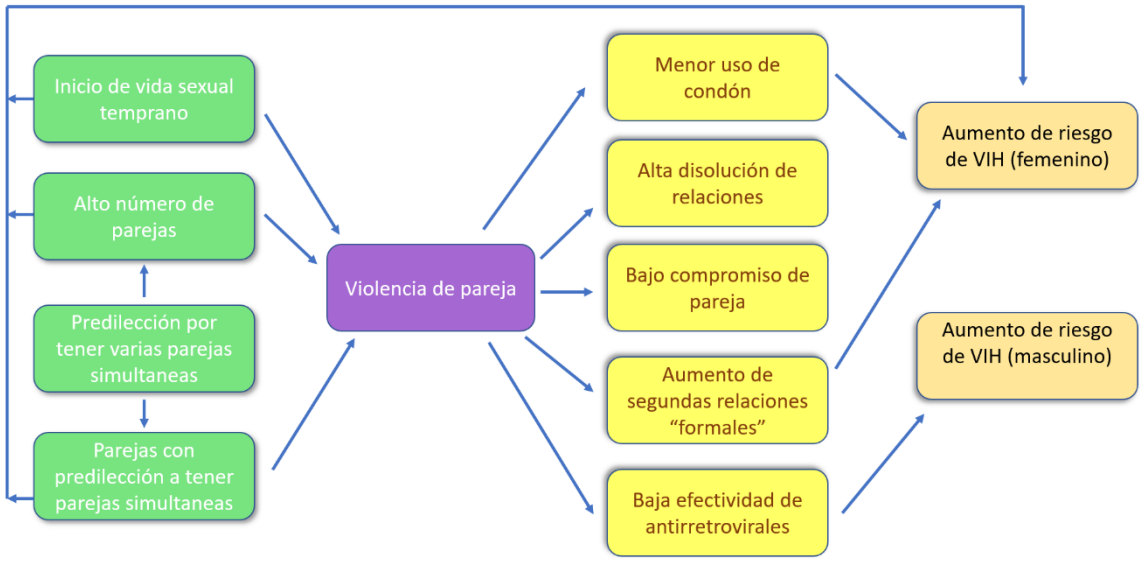


Gráfico 6. Diagrama causal de la relación entre violencia de pareja y VIH. Tomado de Rigby, Johnson, 2017(96).

En todas las mujeres se vio un escaso empoderamiento cuando vivían situaciones de violencia y pocas herramientas para acudir a redes de apoyo poder abordar este tema para dejar de ser maltratadas. No hubo un buen soporte o creencia en las instituciones para que les puedan brindar ayuda, sea porque no querían acudir a ellas o porque no recibían la respuesta que esperaban inmediata, los procesos que utilizan según sus relatos no las protegían y si las exponían a recibir represalias por parte de los victimarios.

No se encontró factores protectores en las circunstancias en que fueron maltratadas, y a pesar de que la mayoría eran separadas, esta separación se dio luego de mucho tiempo de convivir en relaciones nocivas; y lo que el diagnóstico de VIH implico con sus parejas era refrendar la imagen de abusador que habían sido en sus vidas.

Contrario a lo publicado en cuanto a un aumento de las situaciones de violencia en el embarazo, en general las mujeres participantes no tuvieron un incremento de estos escenarios en su gestación, una de las mujeres relato que podrían ser tristes, pero no violentos. Sin embargo, una mujer tuvo un desenlace fatal ya que perdió la gestación por secuelas de en su organismo luego de varios golpes recibidos por su pareja.

A pesar de lo descrito, ninguna de las mujeres relato algún tipo de culpa por lo que llegaran a considerar decisiones incorrectas en su vida de pareja, ni de como eligieron a su conyugue;

las personas pueden vivir juntas, pero experimentan cambios en sus sentimientos, perdiendo relaciones sociales significativas y vínculos emocionales.

Para ambos componentes se evidenció que la influencia del consumo de licor y drogas psicoactivas no fue significativa, en el análisis bivariado no se presentó, y en las narraciones del componente cualitativo fueron pocas las mujeres que mencionaron vivir estas situaciones, sin embargo, cuando se presentó aumentaba la intensidad de la violencia causada por sus parejas.

Aunque no se pudo determinar que la separación de sus parejas se hubiera debido al diagnóstico de VIH, si se encontró en el componente cualitativo que la mayoría de ellas se habían separado por situaciones de violencia previas, o por años de mala convivencia y no resolución de problemas, y en todos estos casos surgió por iniciativa de la mujer.

Las fortalezas de este trabajo incluyen la identificación de un perfil de las pacientes con factores de riesgo para ser víctimas de violencia de pareja; estas fortalezas aportarán 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 las pacientes, ya que no se han hecho estudios similares en nuestro medio.

8. CONCLUSIONES

Los hallazgos encontrados en este estudio, indican que la violencia de pareja en mujeres con VIH es un problema que debe ser intervenido y debería estar en las agendas de las políticas de salud sexual y reproductiva del país. De la población de estudio el 33,6% de las mujeres presentaron violencia de pareja física y/o no física, y solo un pequeño porcentaje de ellas solicitaron ayuda a instituciones gubernamentales, sin encontrar la repuesta que esperaban de protección del sistema de salud. Así mismo, las percepciones de las mujeres víctimas de violencia mostraron que experimentaron una variedad de reacciones a las situaciones de violencia tanto de reacción, como de actitud hacia la pareja. Y muestra el grado de aceptación de la mujer hacia la violencia dado por los años sin tomar una decisión para actuar en contra de las situaciones que le hicieran daño a sus parejas.

En el componente cualitativo se ratificó que la violencia puede tener múltiples causas como pueden ser factores culturales, sociales, personales, y de relación. Cuando se puede intervenir las variables personales, y de relación, se logra romper el círculo de violencia instaurado por relaciones inequitativas de poder que aún persisten en nuestra sociedad.

Los resultados en estas mujeres sugieren que se debe hacer un tamizado en la detección de la 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 permita mejorar la calidad de vida de las mujeres con VIH. 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, y deberá 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 establecen 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.

9. RECOMENDACIONES

Recomendaciones para instituciones

Los resultados en este estudio relacionados con violencia de pareja sugieren que se debe hacer un tamizaje para la detección de la violencia como parte del asesoramiento post prueba del VIH, y que se aborde la violencia como un elemento rutinario del tratamiento y la atención del VIH que conlleven, a mejorar la calidad de vida de las mujeres con VIH.

Recomendaciones para profesionales vinculados con programas de atención a 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 trabajan 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.

Recomendaciones para mujeres víctimas de violencia de pareja

Las vivencias de las mujeres víctimas de violencia de pareja, nos demostró que la mayoría de las mujeres nunca acudieron a redes de apoyo institucionales. Y dada esta circunstancia, se prolongó los rangos de ciclo de violencia. Se indica como recomendación para las mujeres que se encuentren en situación de vulnerabilidad, la necesidad de acudir a las instituciones que brindan protección, comprendiendo que los cambios que deben hacerse en la dinámica de pareja deben ser: radicales y perdurables.

Recomendaciones para la academia

Para complementar este estudio, se podría realizar un seguimiento a una población cohorte y/o con un grupo comparado, 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.

De igual manera, se hace necesario introducir en los planes de estudio, principalmente en el diseño de programas de prevención, el análisis multidimensional de los distintos tipos de violencia, y en particular la de género, con el fin de establecer acciones conducentes a su mitigación y superación.

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. Disponible en: http://www.unfpa.org.co/?portfolio=factores-de-vulnerabilidad-a-la-infeccion-por-vih-en-mujeres2009.
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. 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 / Colombian women living with hiv/aids: experiences and needs of nursing care. Enfermería Global. 2011(24):0.
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. Gomez C, Vega A, Murad R, Sanchez S, Gomez G. Encuesta nacional de demografía y salud - ENDS- 2015: Bogotá (Colombia) Profamilia 2016; 2016.
15. Cardenas W, Cifuentes S. Forensis Datos para la vida. Herramienta para la interpretación, intervención y prevención del hecho violento en Colombia. Grupo Centro de Referencia Nacional sobre Violencia ed: Bogotá (Colombia) Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses 2015; 2014.
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. Acuña L, Quintero P, Pulido D, Gutiérrez A, Uribe D, Valencia O, et al. Situación Actual del VIH en Colombia, 2015: Cuenta de Alto Costo. Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social.; 2015.
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 [Available from: 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, 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, Vol 36, Iss 3 Supl 2, Pp 50-57 (2009). 2009(3 Supl 2):50.
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. Disponible en: https://www.oas.org/dil/esp/LEY_1257_DE_2008_Colombia.pdf
31. World Health Organization. WHO. Violencia contra la mujer: violencia de pareja y violencia sexual contra la mujer. World Health Organization [Internet]. 2016 [consultado febrero de 2017]. Disponible en: 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. 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 benvolent 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;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 ONU. 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. Organización Panamericana de la Salud para la Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2002 Disponible en: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/summary_es.pdf.
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. 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 / The violence intrafamiliar, the use of drugs in the couple, from the mistreated woman's perspective / A violência intrafamiliar, o uso da droga no casal, desde a perspectiva da mulher 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 CEPAL serie mujer y desarrollo Chile. 2007;85:40.
45. Carla P, Raul M, Maria A, Alfredo V, Maria Pia M, Roberto F, et al. 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 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 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 Up Date 2016 [Internet]. 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 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
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 C, A Anastos, K 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 July 2012.
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. Vanegas B. La investigación cualitativa: un importante abordaje del conocimiento para enfermería Revista Colombiana de Enfermería. 2010;6:128-42.
72. 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.
73. 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.
74. Ramírez E. Relación entre violencia de pareja contra la mujer y la aparición de depresión en el postparto. Universidad Nacional de Colombia Biblioteca Digital -3- Sede Bogotá - Disponible en: http://www.bdigital.unal.edu.co/8905/#sthash.6oyW2HnC.dpuf: Universidad Nacional de Colombia; 2012.

75. Greasley P. Quantitative Data Analysis Using SPSS : An Introduction for Health & Social Science. Maidenhead: McGraw-Hill Education; 2008.
76. Bevan MT. A method of phenomenological interviewing. Qualitative Health Research. 2014;24(1):136-44.
77. Sanchez B. Fenomenología: Un método de indagación para el cuidado de enfermería. Cuidado y practica de enfermeria. 2000:24-36.

78. Polit & Hungler. Investigación científica en ciencias de la salud 6ed. McGraw – Hill Interamericana 2000.
79. Quintana A, Montgomery W. Metodología de Investigación Científica Cualitativa In: Psicología. 2006:47-84.
80. Chárriez M. Historias de vida. cualitativa: Una metodología de investigación cualitativa. Revista Griot. 2012;5(1):50-67.
81. Silveira D., Colomé C., Heck T., Fernandes N., Viero V. Grupo focal y análisis de contenido en investigación cualitativa. Index de Enfermería. 2015(1-2):71.
82. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qualitative Research in Psychology. 2006;3(2):77-101.

83. Cabrera F. Categorización y triangulación como procesos de validación del conocimiento en investigación cualitativa. Theoria. 2005;14(1):61-71
84. Pastor I, Belzunegui Á, Moreno B, Mañ-Rodríguez C. Mapas conceptuales a partir de entrevistas cualitativas. Integración de métodos mediante el uso conjunto de ATLAS/ti y SPSS. Papers. Revista de Sociología. 2010(95):507.
85. Edelmira C, Marta Lucía V. El rigor metodológico en la investigación cualitativa. Colombia Médica, Vol 34, Iss 3, Pp 164-167 (2009). 2009(3):164.
86. Cornejo M, Salas N. Rigor y Calidad Metodológicos: Un Reto a la Investigación Social Cualitativa. Psicoperspectivas. 2011(2):12.
87. Salgado A. Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos. Liberabit. 2007(13):71.
88. Organización Mundial de la Salud. Dando prioridad a las mujeres: Recomendaciones éticas y de seguridad para la investigación sobre la violencia doméstica contra las mujeres. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_FCH_ GWH_01.1.pdf2005.
89. 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.
90. 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.
91. 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.
92. Hatcher AM, Stöckl H, Christofides N, Woollett N, Pallitto CC, Garcia-Moreno C, et al. Mechanisms linking intimate partner violence and prevention of mother-to-child transmission of HIV: A qualitative study in South Africa. Social Science and Medicine. 2016;168:130-9.
93. Lapierre S. Mothering in the context of domestic violence: the pervasiveness of a deficit model of mothering. Child & Family Social Work. 2008;13(4):454-63.

94. Connell RW. Theorising Gender. Sociology. 1985;19(2):260-72.
95. Amaro H, Raj A. On the Margin: Power and Women's HIV Risk Reduction Strategies. Sex Roles. 2000;42(7):723-49.
96. Rigby SW, Johnson LF. The relationship between intimate partner violence and HIV: A model-based evaluation. Infect Dis Model. 2017;2(1):71-89.
97. Centro Cochrane Iberoamericano, traductores. Manual Cochrane de Revisiones Sistemáticas de Intervenciones, versión 5.1.0. Barcelona: Centro Cochrane Iberoamericano; 2012. 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 (97), 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 immuno-deficiency virus[tiab]) OR human immunedeficiency virus[tiab]) OR (((human immun*) AND (deficiency virus[tiab]))))) OR acquired immunodeficiency syndrome[tiab]) OR acquired immunedeficiency 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 immuno-deficiency virus[tiab]) OR human immunedeficiency virus[tiab]) OR (((human immun*) AND (deficiency virus[tiab]))))) OR acquired immunodeficiency syndrome[tiab]) OR acquired immunedeficiency 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])

Articulos obtenidos en con segundo filtro de revisiones sistemáticas: 23

Búsqueda realizada con términos emtree de articulos 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 articulos.

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	FRECUEN 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, sí 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 DERECTAR CASOS 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 Nombre Impreso y CC.
Fecha

Testigo

_____ _____ _____

Firma del testigo Nombre Impreso y CC. Relación con participante

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

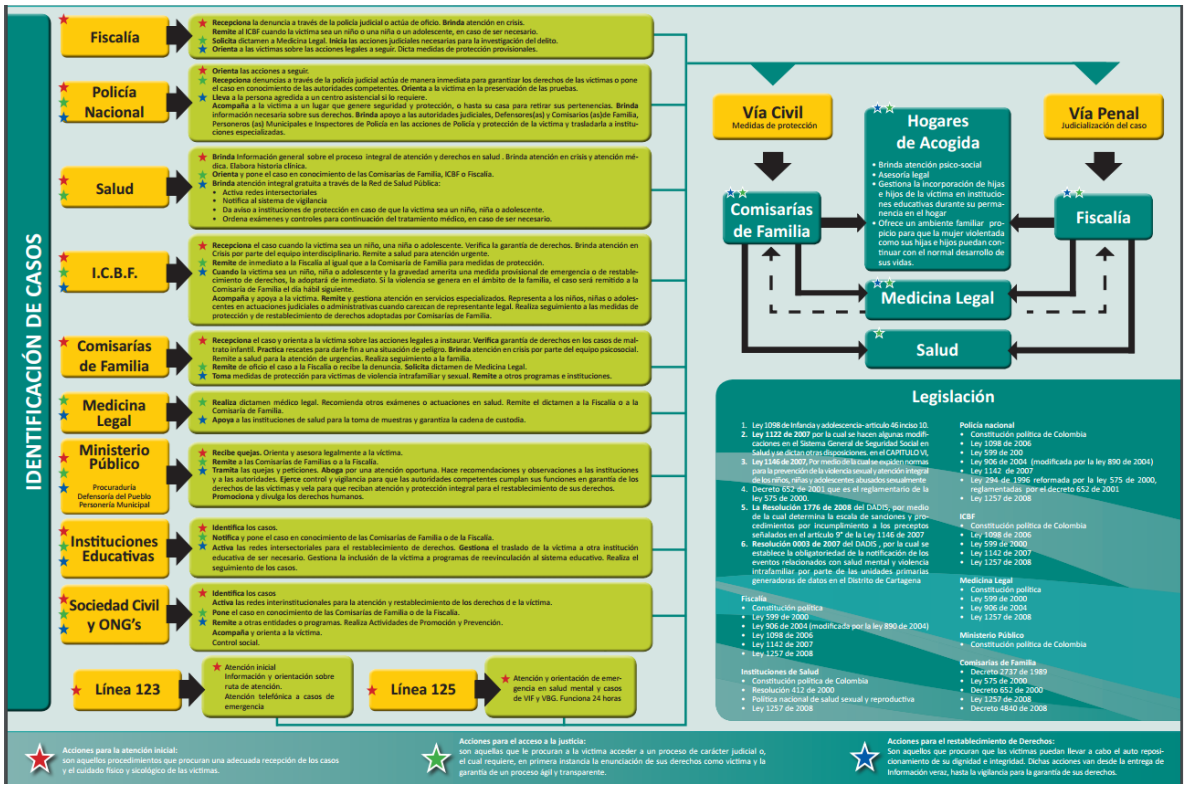
Marque Sí o No para cada una de las siguientes opciones. ("Él" se refiere a su esposo, pareja, ex esposo, o quien sea que actualmente le está haciendo daño físico.)

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 tenerte, 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

Universidad del Rosario

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 Biojurídica- presidente

Juan Guillermo Pérez Carreño
Médico, Bioeticista - 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 Esguerra Perez Química
Psicólogo; Esp Salud Ocupacional; MSc Educación

Hernan De Jesus Jaramillo Salazar
Economista; Esp Economía Energética

Juan Thomas Ordonez Roth
Antropólogo; MSc Antropología; PhD Antropología Médica

Julian David Cortes Sanchez
Administrador de Negocios Internacionales; MSc Estudios Interdisciplinarios sobre Desarrollo

Jorianna Mayerly González
Auxiliar Administrativa

SCAN ME

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 envié 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.

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 Biojurídica- presidente

Juan Guillermo Pérez Carreño
Médico, Bioeticista - 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 Esguerra Perez Química
Psicólogo; Esp Salud Ocupacional; MSc Educación

Hernan De Jesus Jaramillo Salazar
Economista; Esp Economía Energética

Juan Thomas Ordonez Roth
Antropólogo; 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

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

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,

CEPAIN IPS
EXPERTOS A SU SERVICIO
PROGRAMA R001
BOGOTÁ

Luz Jeannette Romero Ortiz
Coordinadora Investigación CEPAIN IPS