

Mujeres víctimas de violencia de pareja en el contexto de la infección por VIH en la ciudad de Bogotá. Fase I, 2017

Women victims of intimate partner violence in the context of HIV infection in the city of Bogotá. Phase I, 2017

Leonardo Arévalo-Mora

Recibido 8 agosto 2018 / Enviado para modificación 20 octubre 2018 / Aceptado 22 diciembre 2018

RESUMEN

LA: MD. Especialista en Epidemiología. M. Sc. Salud Sexual y Reproductiva. Centro de Expertos para Atención Integral CEPAIN IPS. Bogotá, Colombia. larevalom79@hotmail.com

Objetivo Identificar la prevalencia y características de la violencia contra la mujer cuando convive con la infección por el virus de inmunodeficiencia humana y explorar los factores asociados a la presencia de la violencia, en un programa de atención integral en VIH de la ciudad de Bogotá en el año 2017.

Métodos Diseño analítico transversal que identificó las características que componen la violencia contra la mujer con VIH.

Resultados De las 223 mujeres encuestadas, el 33,6% [IC95% 27-40%] presentaron violencia de pareja de cualquier tipo, física o no física; solo violencia física 21,9% [IC95% 16-27%], y violencia no física 31,8% [IC 95% 26-38%]. Para la violencia de pareja no física se encontró dependencia con ser mujeres separadas o en unión libre (32,4 y 28,2%, $p=0,000$), con una composición familiar nuclear (42,3% $p=0,041$), o si la mujer tenía un aporte económico de 100% en el hogar (33,8% $p=0,001$). Mientras que la violencia física se informa como más frecuente en mujeres separadas (46,9% $p=0,000$), en parejas con hijos (89,8% $p=0,042$), familia monoparental (49% $p=0,000$), en mujeres que se encuentran sin pareja (42,9% $p=0,013$), y con aporte económico en el hogar del 100% (38,8% $p=0,001$).

Conclusiones 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 (fuente: DeCS, BIREME).

ABSTRACT

Objective To establish the prevalence and characteristics of violence against women living with human immunodeficiency virus infection and to explore factors associated with violence in an HIV care program in the city of Bogotá in 2017.

Materials and Methods Analytical cross-sectional study design that identified characteristics associated with violence against women living with HIV in the city of Bogotá.

Results Of the 223 women surveyed, 33.6% (95%CI 27-40%) experienced intimate partner violence of any type, physical or non-physical, only physical violence 21.9% (95% CI 16-27%), and non-physical violence 31.8% (95% CI 26-38%). Non-physical partner violence was found to be related to being separated or in a consensual union (32.4 and 28.2%, respectively, $p=0.000$), to a nuclear family composition (42.3% $p=0.041$), or to 100% economic contribution of the woman in the household (33.8% $p=0.001$). On the other hand, physical violence is more frequent in separated women (46.9%, $p=0.000$), in couples with children (89.8%, $p=0.042$), in single-parent families (49%, $p=0.000$), in single women (42.9%, $p=0.013$), and in women who make 100% economic contribution at home (38.8%, $p=38.8$).

Conclusions The results related to intimate partner violence in these women suggest that screening should be done to detect violence as part of post-HIV counseling, and that violence should be addressed as a routine part of HIV treatment and care to improve the quality of life for women living with HIV.

Key Words: Intimate partner violence; domestic violence; HIV infections; prevalence; women (*source: MeSH, NLM*).

El abordaje de la violencia de pareja contra la mujer, en el ámbito de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), ha establecido una relación que genera repercusiones sociales y graves consecuencias para la salud y bienestar de la mujer, sin permitir un adecuado desarrollo del enfoque de género(1); 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 las mujeres víctimas de violencia en el contexto de VIH, llevan a plantear un marco de construcción para el manejo integral en la salud sexual de la mujer. Así mismo, las consecuencias que pueden llegar a ocasionar dan una baja asistencia a los servicios de salud y una mala adherencia a las recomendaciones médicas con una inadecuada toma del manejo antirretroviral(2,3). Esto conlleva a una disminución del número de linfocitos CD4+, y con ello un aumento en el 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 señaló que «los costos de la violencia contra la mujer van más allá de la disminución de la producción económica y la reducción de la formación de capital humano, también comprenden los costos conexos a la inestabilidad política y social mediante la transmisión intergeneracional de la violencia, así como los fondos necesarios para los programas a favor de las víctimas/ sobrevivientes de violencia»(4). En Colombia, la violencia en la población general contra las mujeres se entiende como una expresión de las inequidades de género(5) 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(6) .

La evidencia científica sobre el fenómeno de estudio ha sido ampliamente abordada en el exterior, en especial en África (7-9), pero no se encuentran investigaciones a nivel local o nacional, las existentes se enfocan hacia el riesgo de adquirir VIH por situaciones de violencia, o los cambios de rol de la mujer (10-13). Los resultados servirán para contextualizar si existe una relación de violencia posterior al diagnóstico de VIH en el contexto de la cultura del país, donde hay más inequidad comparada con otros 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.

El objetivo de este estudio es identificar la prevalencia y características de la violencia contra la mujer cuando convive con la infección por el virus de inmunodeficiencia humana y explorar los factores asociados a la presencia de la violencia, y que son atendidas en un programa de atención integral a personas con diagnóstico de VIH en la ciudad de Bogotá en el año 2017.

MÉTODOS

La investigación consta de dos 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 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 primera fase de la cual trata este estudio comprende un diseño 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. Se desarrolló en una IPS especializada en atención a pacientes VIH, en la ciudad de Bogotá (Colombia), que tiene una población de localización predominantemente urbana, y con diferente nivel socioeconómico (bajo, medio y medio-alto). Se realizó el cálculo del tamaño de la muestra, con un nivel de confianza de 95%, y 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 (consulta médica, psicología, enfermería, químico-farmacéutico, vacunación, laboratorio clínico y farmacia). Los criterios de exclusión incluyeron: ser menor de 18 años, tener un diagnóstico reciente de VIH (menos de seis meses), no deseo de participación, no estar de acuerdo con el consentimiento informado y el manejo de la información.

Se utilizó el instrumento “Index of Spouse Abuse”(ISA), original de Estados Unidos y diseñado en 1981 para determinar presencia de violencia de pareja, y traducido y validado en España en 2009(15,16). Está compuesto de 30 ítems que pueden ser contestados oralmente o de forma escrita en aproximadamente cinco minutos. Los

ítems explican con una afirmación una conducta de la pareja hacia la mujer, y la mujer encuestada debe responder por frecuencia según una escala Likert de 1 a 5, siendo 1 “nunca” y 5 “muy frecuentemente”.

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

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(17), para el análisis del componente cuantitativo.

El anteproyecto fue evaluado y aprobado 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 una tutora. Se realizó una sesión de diligenciamiento de consentimiento informado, y se indicó que podía ser invitada al grupo focal para el desarrollo de la parte cualitativa (Fase 2). Como parte del procedimiento se sensibiliza a las participantes de la investigación, frente a lo que podría generar el tema en términos de susceptibilidad, emotividad o alguna otra reacción afectiva.

RESULTADOS

Las mujeres tenían edades comprendidas entre los 20 y 71 años con una edad media de 40 años, 109,5% [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 entre las personas solteras, casadas y separadas, con un mayor porcentaje de mujeres en unión libre, 58 mujeres refirieron no tener pareja actualmente; para el último año el 8,5% de las mujeres estaban embarazadas representado por 19 mujeres, el número de hijos promedio es de 2, con una desviación estándar de 1,8, 24 mujeres no tienen hijos, y 175 mujeres tienen menos de 3 hijos. El número de parejas que han tenido las mujeres que participan en el estudio tiene una media de 2,97, con una desviación estándar de 2,5.

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

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

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

Dentro de otras variables clínicas reconocidas en la población femenina, se indaga si su pareja actual tiene diagnóstico de VIH, a lo cual el 31,8% refirió que sí, y un 5,4% no lo sabe(12 mujeres); con respecto al uso de preservativo en sus relaciones sexuales el 12,6% refiere no lo utiliza, y que solo a veces el 27,8%, para un total de 90 mujeres que tienen relaciones sexuales de riesgo; en

Tabla 1. Caracterización de la muestra

Variable	N(%)	Variable	n(%)	
Grupo edad	<26 años	12(5,4)	Nada	34(15,2)
	26-45 años	153(68,6)	100%	59(26,5)
	>45 años	58(26)	75-99%	25(11,2)
	Total	223(100)	50-75%	27(12,1)
Estrato socioeconómico	1	28(12,6)	50%	41(18,4)
	2	109(48,9)	25-49%	21(9,4)
	3	75(33,6)	<25%	16(7,2)
	4	9(4)	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)	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)
Tipo de Familia	Posgrado	9(4)	B3	11(4,9)
	Unipersonal	6(2,7)	C1	2(0,9)
	Sin hijos	10(4,5)	C2	3(1,3)
	Nuclear	105(47,1)	C3	58(26)
	Monoparental	53(23,8)	No	82(36,8)
Número de parejas	Extensa con pareja	7(3,1)	Si	71(31,8)
	Extensa sin pareja	42(18,8)	No se	12(5,4)
	1	42(18,8)	No tengo pareja	58(26)
	2	70(31,4)	No	28(12,6)
	3	57(25,6)	Siempre	133(59,6)
Número de parejas	4	25(11,2)	A veces	62(27,8)
	5	12(5,4)	Nunca	201(90,1)
	6	6(2,7)	Alguna vez	17(7,6)
	7	5(2,2)	Antes, actualmente no	5(2,2)
	8	2(0,9)	Nunca	81(36,3)
Número de parejas	10	2(0,9)	Esporádicamente	126(56,5)
	13	1(0,4)	Una vez al mes	12(5,4)
	30	1(0,4)	Semanal sin embriaguez	3(1,3)
			Semanal con embriaguez	1(0,4)

cuanto al consumo de drogas psicoactivas, el 90% refiere nunca haberlas utilizado y el 36% refiere nunca haber consumido alcohol (Tabla 1).

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%.

Las variables “estado civil”, “número de hijos”, “composición familiar”, “diagnóstico de VIH en la pareja”, “haber sufrido violencia en el pasado”, “adherencia”, y “aporte económico en el hogar”, se comportan de manera diferente y significativa según la categoría de violencia de pareja analizada. Para la violencia de pareja no física está más relacionada con mujeres separadas o en unión libre (32,4 y 28,2%, respectivamente $p=0,000$), con una composición familiar nuclear (42,3% $p=0,041$), o si la mujer tenía un aporte económico de 100% en el hogar (33,8% $p=0,001$). Mientras que la violencia física se informa como más frecuente en mujeres separadas (46,9% $p=0,000$), en parejas con hijos (89,8 $p=0,042$), familia monoparental (49% $p=0,000$), en mujeres que se

encuentran sin pareja (42,9% $p=0,013$), y con aporte económico en el hogar del 100% (38,8% $p=0,034$).

En cuanto a la violencia física de pareja antes del diagnóstico de VIH, de las 223 mujeres encuestadas 75 indicaron que la habían sido víctimas de violencia (33,6%), y posterior al diagnóstico 49 mujeres (21,9%). No se evidencio esta diferencia con respecto a la violencia no física (verbal, psicológica, económica), ya que posterior al diagnóstico 71 mujeres la presentaron (31,8%). Al momento del

desarrollo del instrumento 45 mujeres (20,1%) refirieron sufrir ambos tipos de violencia tanto física como no física, a las cuales se les continuó un seguimiento posterior a la culminación del estudio por el área psicosocial del programa.

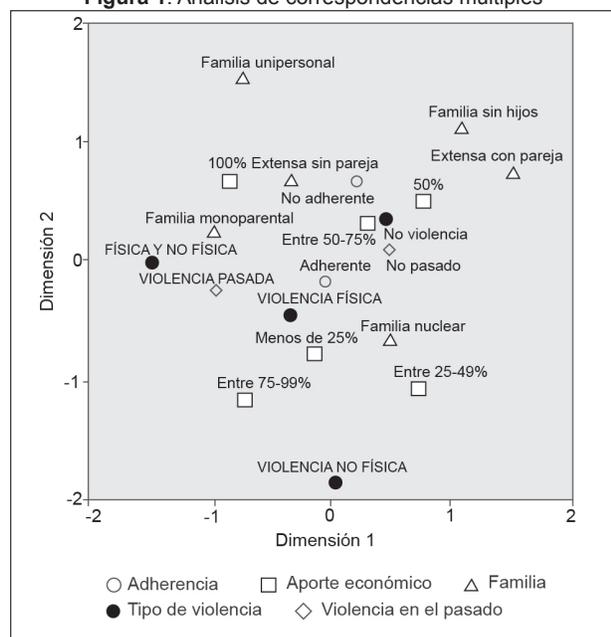
No ser víctima de violencia dependió, en esta muestra, de tener 1 o 2 hijos, no haber sido víctima de violencia en el pasado y no haber consumido nunca drogas, el único tipo de aporte económico de la mujer al sostenimiento de la familia que se asoció con no violencia fue 50% (Tabla 2).

Tabla 2. Análisis bivariado

Tablas cruzadas	n (%)	No Física		X ²	Física		X ²	Violencia		X ²
		No	Si		No	Si		No	Si	
Grupos etarios (años)	< 25	11(7,2)	1(1,4)	0,098	12(6,9)	0(0)	0,041	11(7,4)	1(1,3)	0,132
	26-34	39(25,7)	15(21,1)		45(25,9)	9(18,4)		37(25)	17(22,7)	
	35-49	84(55,3)	40(56,3)		96(55,2)	28(57,1)		82(55,4)	42(56)	
	>50	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	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
	1-2 hijos	91(59,9)	40(56,3)		109(62,6)	22(44,9)		89(60,1)	42(56)	
	>3 hijos	42(27,6)	26(36,6)		46(26,4)	22(44,9)		40(27)	28(37,3)	
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
	Sin hijos	9(5,9)	1(1,4)		9(5,2)	1(2)		9(6,1)	1(1,3)	
	Nuclear	75(49,3)	30(42,3)		92(52,9)	13(26,5)		73(49,3)	32(42,7)	
	Monoparental	27(17,8)	26(36,6)		29(16,7)	24(49)		25(16,9)	28(37,3)	
	Extensa con pareja	6(3,9)	1(1,4)		7(4)	0(0)		6(4,1)	1(1,3)	
	Extensa sin pareja	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)	
Consumo de drogas	Nunca	141(92,8)	60(4,5)	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 no	2(1,3)	3(4,2)		2(1,1)	3(6,1)		2(1,4)	3(4)	
Violencia en 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)	
Estadio CDC	1	13(8,6)	2(2,8)	0,197	13(7,5)	2(4,1)	0,573	13(8,8)	2(2)	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)	
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)	
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 último año	No	139(91,4)	65(1,5)	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(7,1)	0,056	139(80,3)	39(79,6)	0,092	115(77,7)	63(85,1)	0,118
	<1000	15(9,9)	7(10)		14(8,1)	8(16,3)		14(9,5)	8(10,8)	
	>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)	
	75-99%	9(5,9)	16(22,5)		16(9,2)	9(18,4)		9(6,1)	16(21,3)	
	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)	
	25-49%	14(9,2)	7(9,9)		19(10,9)	2(4,1)		13(8,8)	8(10,7)	
<25%	10(6,6)	6(8,5)	11(6,3)	5(10,2)	10(6,8)	6(8)				

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 (Figura 1).

Figura 1. Análisis de correspondencias múltiples



DISCUSIÓN

La vulnerabilidad de las mujeres no solo está sujeta al factor biológico al ser más susceptibles de adquirir la infección del VIH por sus características fisiológicas, sino que también factores sociales, económicos y culturales tienen un peso enorme en la desigualdad para mejorar su salud sexual. Esta vulnerabilidad no es modificada por la intervención médica, sino por las condiciones de vida y las opciones personales que reflejan los determinantes sociales de salud en cada individuo. No es ajeno para Colombia que el ámbito de la violencia ha traído graves repercusiones dentro del conflicto interno, y que la violencia de género—representada por las manifestaciones físicas, repercusiones psicológicas, económicas y de relaciones de poder— 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%(18), Brasil 59,8%(19) o en México 37,3%(20). Sin embargo, en esos estudios no había una definición en el horizonte temporal de la presencia de violencia, se registraba si alguna vez en la vida habían sido víctimas de violencia de pareja y no se tenía como criterio de inclusión el tiempo de diagnóstico; mientras que en la evaluación de este estudio, se preguntaba por la presencia de situaciones de violencia para los últimos 12 meses en personas que tuvieran más de 6 meses de diagnóstico de VIH, situación que sí se indaga en mujeres con diagnósticos recientes podría implicar un sesgo de confusión.

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

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

Como en otros estudios(22), en esta investigación la violencia no física fue más prevalente que la violencia física, y también se encontró que de las 75 mujeres que reportan cualquier tipo de violencia, 26 pacientes no la presentaron antes del diagnóstico de VIH(11,6%), y de las 75 mujeres que presentaron violencia en el pasado, 26 no presentaron violencia posterior al diagnóstico de VIH; aunque pareciese indicar la misma cifra casuística no son las mismas mujeres y hace parte de una coincidencia numérica en la prevalencia de los casos.

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 quisiera o no. 23 mujeres registraron que su pareja actuaba como si quisiera matarla, y 3 mujeres indicaron que su pareja les había pegado tan fuerte que tuvieron que buscar asistencia médica. Como también mencionan los estudios de validación del instrumento(23), 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.

En el escenario de violencia física el comportamiento de las variables podría deberse a que el desenlace de la separación lleve al cambio de la estructura familiar; sin embargo, este es un estudio transversal que no permite extraer estas conclusiones, por lo que podría ser el caso de que las mujeres separadas tuvieran un mayor riesgo de violencia de pareja o que la violencia podría haber terminado con la unión o matrimonio.

Dentro del análisis del comportamiento de las variables, se esperaba encontrar que el “consumo de licor”, “consumo de drogas psicoactivas”, “un bajo nivel educativo”, o “un menor aporte económico al hogar” fueran significativas en relación con 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 inadherentes 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.

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

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.

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 ♣

Agradecimientos: Anacaona Martinez por su gran apoyo y colaboración en esta investigación, y a Lily Cantor, Najly Karkomes, Claudia Avila, Patricia Murcia, Yenny Ortiz, Derly Bernal por su asistencia en la recolección de datos.

Conflicto de interés: Ninguno.

REFERENCIAS

1. Arévalo-Mora L. Violencia de pareja en la mujer que vive con VIH/ Intimate partner violence in women who live with HIV. *Revista Colombiana de Enfermería*. 2018;16(13):52-63.
2. Tiendrebeogo G. Violence of everyday life, prejudice, secrecy and adherence to antiretroviral treatment. *Tropical Medicine and International Health*. 2009;14:52.
3. 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.
4. 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.
5. 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.
6. Gómez C, Murad R, Calderón M. Historias de violencia, roles, prácticas y discursos legitimadores. *Violencia contra las mujeres en Colombia Agosto de 2013* [Internet] Disponible en: <http://bit.ly/2np0k0X>.
7. 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.
8. 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.
9. 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.
10. 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.
11. Collazos M, Echeverry N, Molina A, Canaval G, Valencia C. Riesgo de VIH/SIDA en la mujer: no es cuestión de clase. *Colombia Médica*. 2005; 36(3): 50-57.
12. 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.
13. Hoyos-Hernández PA, Duarte-Alarcón C. Roles y desafíos de mujeres jefas de hogar con VIH/Sida / Roles and challenges of female heads of household with HIV/AIDS. *Revista de Salud Pública*. 2016(4):554.
14. Gomez C, Vega A, Murad R, Sanchez S, Gomez G. Encuesta nacional de demografía y salud -ENDS- 2015: Bogotá (Colombia) Profamilia; 2016.
15. 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.
16. Plazaola-Castaño J, Ruiz-Pérez I, Escribà-Agúir 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.
17. Greasley P. *Quantitative Data Analysis Using SPSS : An Introduction for Health & Social Science*. Maidenhead: McGraw-Hill Education; 2008.
18. 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.
19. 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.
20. 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.
21. 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.
22. Ruiz-Perez I, Escriba-Aguir V, Montero-Pinar I, Vives-Cases C, Rodríguez-Barranco M. Prevalence of intimate partner violence in Spain: A national cross-sectional survey in primary care. *Aten Primaria*. 2017;49(2):93-101.
23. 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.