

Violencia de pareja y salud de las mujeres que consultan a las comisarías de familia, Cali, Colombia^a

Gladys E. Canaval^b; Martha Cecilia González^c;
Janice Humphreys^d; Nileth De León^e; Shirley González^f

RESUMEN

La violencia de pareja es un problema de salud pública y el modelo para manejo de síntomas fue el marco conceptual que guía este estudio. **Objetivo:** medir el efecto de la violencia de pareja sobre la salud mental de las mujeres que consultan a las comisarías de familia de Cali. **Metodología:** diseño analítico, transversal, con mujeres que denuncian violencia de pareja en las comisarías de familia de Cali, Colombia. Se aplican la Lista de Chequeo de Síntomas de Distres SCL-90R y las Escalas de Tácticas de Resolución de Conflictos y de Resiliencia. **Resultados:** la muestra de 100 mujeres adultas que denuncian violencia de pareja presentó un Índice Global de Severidad de Síntomas de 1,36; un Índice de Distrés de Síntomas Positivos de 2,27, y puntajes altos en las nueve dimensiones de síntomas psicológicos. En la comparación con muestras normativas de pacientes psiquiátricas ambulatorias no se aprecian diferencias significativas para la mayoría de los índices. El 60% de las mujeres presentan síndrome de estrés postraumático. **Discusión:** los hallazgos son preocupantes por la similitud con las muestras normativas de pacientes psiquiátricas ambulatorias; las mujeres de nuestro estudio presentan una necesidad de cuidado que les permita adquirir o desarrollar sus recursos personales y externos para salir adelante.

Palabras clave: violencia de pareja, distrés, estrés postraumático, escala SCL-90R, cuidado de enfermería, salud mental, síntomas.

Cómo citar este artículo:

Canaval GE, González MC, Humphreys J, De León N, González S. Violencia de pareja y salud de las mujeres que consultan a las Comisarias de Familia. Invest Educ Enferm. 2009;27(2):209-217.

- a Este artículo es producto de la investigación "Resiliencia, Espiritualidad y Distrés en mujeres Maltratadas de Cali, Colombia" realizada con el apoyo de la Universidad del Valle en el período 2005 – 2008.
- b Enfermera., MSc., PhD. Profesora Titular Universidad del Valle, Cali. Correo electrónico: glacanav@univalle.edu.co. Miembro de la Red de Enfermeras del Anillo del Pacífico Investigadoras en Violencia de Pareja – EAPIVP
- c Enfermera., MSP, Profesora Asociada Universidad del Valle. Correo electrónico: mago6087@yahoo.es
- d RN., PH.D., Profesora Universidad de California en San Francisco (UCSF). Miembro de la Red de Enfermeras del Anillo del Pacífico Investigadoras en Violencia de Pareja – EAPIVP. Correo electrónico: janice.humphreys@nursing.ucsf.edu
- e Enfermera Saludcoop. Correo electrónico: nilethe@yahoo.es
- f Enfermera Fundación Valle de Lili. Correo electrónico: Shurla86@yahoo.com

Recibido: Noviembre 12 de 2008. Envío para correcciones: Mayo 12 de 2009. Aceptado: Julio 28 de 2009.

Partner violence and women's health reported to the family commissaries in Cali, Colombia

Gladys E. Canaval; Martha Cecilia González;
Janice Humphreys; Nileth De León; Shirley González

ABSTRACT

Partner's violence is a public health problem. Symptom management is the theoretical framework guiding this study. The research question is: what is the effect of partner's violence on women's mental health reporting it to the Cali, Colombia Family Commissaries? **Objective:** to measure the effect of partner's violence on women's mental health asking help to the Family Commissaries of Cali, Colombia. **Methodology:** cross-sectional design with a sample of women that denounce their situation to the Family Commissaries of Cali. The Check List of Symptom -SCL-90R, the Conflict Resolution Tactics and the Resilience scales are applied. **Results:** the sample comprises 100 women. The Global Distress Index is 1.36; the Distress Index for Positive Symptom is 2.27; nine dimensions of symptoms obtain high scores. Comparison with normative samples of psychiatric out-patients do not show statistical significant differences for most of the indexes; 60% of women present post-traumatic stress disorder. **Discussion:** the findings are similar to normative samples from psychiatric out-patients. The partner's violence effect on mental health is considerable and calls for action. Women have needs related with care. They need help to gain or develop personal skills and external resources to handle partner's violence.

Key words: *partner's violence, distress, post-traumatic stress disorder, SCL-90R, nursing care, mental health, symptom.*

INTRODUCCIÓN

La violencia que experimentan las mujeres en una relación íntima, con o sin vínculo marital, es apenas una parte de la violencia de género, un grave problema de salud pública a nivel mundial por sus consecuencias sobre la salud mental y física, además de ser consecuencia y causa de la inequidad de género (1).

La violencia contra la mujer está presente en la mayoría de las sociedades pero generalmente no se reconoce, y se acepta como parte del orden establecido; algunas veces se vive en el seno del hogar, y entonces se denomina violencia de pareja, la cual fue vista en el pasado como algo normal que se mantenía en la esfera de lo privado, y no se denunciaba ni se castigaba.

En diferentes partes del mundo se reportan cifras que oscilan entre 10% y 69% de mujeres que experimentan violencia física de parte de sus compañeros; respecto a la violencia sexual ejercida por el compañero, las cifras son variables, y sobre la violencia sexual en general, se sabe que por lo menos una de cada cinco mujeres ha sido objeto de violación o intento de violación en el transcurso de su vida (2- 3).

En Colombia el problema de la violencia de pareja ha sido documentado nacional y localmente; de acuerdo con el Estudio Nacional de Demografía y Salud del año 2005 – ENDS 2005 (4), el 66% de las mujeres manifestó que sus esposos o compañeros ejercían situaciones de control sobre ellas, y el 39% de las mujeres unidas alguna vez, reportaron haber sufrido agresiones físicas. Según

el Observatorio de Violencia de Cali, en el año 2006, el 71,2% de casos de violencia familiar fueron reportados por mujeres (5); en Antioquia la violencia de pareja se reporta como una de las más frecuentes de la violencia intrafamiliar, con cifras entre 59% y 97% (6- 7).

La violencia de pareja ocurre en la esfera privada y, como se mencionó anteriormente, es parte de la violencia contra la mujer; es un patrón de comportamientos abusivos que incluye un amplio rango de maltrato físico, sexual y psicológico ejercido por una persona en una relación íntima para ganar poder o mantener a la otra bajo su control o su autoridad (8).

El maltrato de pareja produce en las mujeres un efecto psicológico cuyo amortiguamiento depende de su capacidad de respuesta al estrés percibido; algunos investigadores consideran el maltrato como una situación de estresores múltiples (9).

Diversos estudios señalan que la violencia de pareja genera en las mujeres una reacción de malestar que puede conducir a distrés y estrés postraumático; Humphreys (10), y Jaramillo y colaboradores (11) reportaron estos síntomas en las mujeres de San Francisco, Estados Unidos, y de Medellín, Colombia, respectivamente, entendido el estrés como una transacción entre la persona y el ambiente, que resulta cuando existe una discrepancia real o percibida entre la demanda de la situación y los recursos biológicos, psicológicos o sociales, que el individuo interpreta como una amenaza que pone en peligro su bienestar (2).

Los estudios realizados hacen énfasis en que el estrés tiene un impacto negativo sobre la salud al disminuir la competencia inmunológica del individuo. También se ha podido constatar que las estrategias de afrontamiento pueden regular dichas consecuencias (12- 13).

Cuando el estrés se presenta en forma crónica, prolongado en el tiempo, continuo, aunque no sea intenso, exige adaptación permanente, supera la capacidad de control del individuo, es decir, el organismo se encuentra sobre-estimulado, se agotan sus resistencias fisiológicas y el estrés se convierte en distrés (10).

El trastorno de estrés postraumático es un trastorno de ansiedad que puede surgir después que una persona pasa por un evento traumático que le causó pavor, impotencia u horror extremo. El trastorno puede producirse a raíz de traumas personales o por haber presenciado o sabido de un acto violento o trágico. Los síntomas del trastorno de estrés postraumático aparecen, por lo general, durante los tres meses que siguen a la situación traumática, sin embargo, a veces se presentan después de meses o hasta años (14).

Este estudio, para su marco conceptual, se basó en el Modelo para Manejo de Síntomas, de la Escuela de Enfermería de la Universidad de California, en San Francisco, utilizado por las investigadoras en estudios anteriores (15). La experiencia de los síntomas es una dinámica que involucra la interacción de la percepción del síntoma por la persona, la evaluación de su significado y la respuesta al mismo.

El propósito de esta investigación fue estudiar el efecto que tiene la violencia de pareja en la salud mental de las mujeres, lo cual permitirá identificar los síntomas más relevantes y determinar aspectos que podrían contribuir con un cuidado apropiado a las necesidades de las mujeres.

Con base en lo anterior se planteó la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es el efecto de la violencia de pareja sobre la salud mental en las mujeres que consultan a las comisarías de familia de Cali, Colombia?

Objetivo general

Medir el efecto de la violencia de pareja en la salud mental de las mujeres que consultan a las comisarías de familia de Cali.

Objetivos específicos

1. Determinar los síntomas psicológicos más frecuentes y severos en las mujeres que viven maltrato de pareja y que consultan a las comisarías de familia de Cali.
2. Identificar la existencia de distrés y estrés postraumático en mujeres maltratadas por su pareja, que consultan a estas comisarías.
3. Establecer la relación entre los síntomas psicológicos de distrés y la violencia de pareja, y la resiliencia que poseen las mujeres de la muestra.
4. Comparar los resultados de los síntomas psicológicos de distrés con los datos para muestras normativas y con los resultados de muestras de mujeres de estudios semejantes realizados en San Francisco, Estados Unidos, y en Medellín, Colombia.

METODOLOGÍA

Estudio analítico, de corte transversal. La muestra por conveniencia estuvo conformada por mujeres que asistieron a las comisarías de familia de la ciudad de Cali a denunciar su situación de violencia de pareja, entre marzo de 2005 y marzo de 2006. El tamaño de la muestra se calculó con la Tabla Maestra para un poder del 95%, un efecto crítico

del tamaño de 0.34 y un nivel de significancia del 5%, para pruebas de una cola. El resultado fue igual a 88. A las mujeres se les presentó el objetivo del estudio y se les solicitó su consentimiento, asegurándoles confidencialidad y anonimato. El estudio cumplió con los requerimientos de la legislación sobre protección a participantes en investigación y contó con el aval del Comité Institucional de Revisión de Ética Humana de la Universidad del Valle. Se hizo entrevista personal para aplicar los instrumentos en la misma comisaría.

Instrumentos: se empleó la Lista de Chequeo de 90 Síntomas Revisada (SCL-90R), elaborada por Leonard R. Derogatis en 1977 (16) y modificada posteriormente (17), escala de 90 enunciados que mide nueve dimensiones de síntomas y tres índices globales de distrés; está diseñada para medir el estado de los síntomas psicológicos. Las personas señalan el grado de malestar que les causa cada uno de los enunciados de acuerdo con un puntaje que oscila entre 0 (nada) y 4 (mucho); las dimensiones de síntomas con sus abreviaturas como aparecen en inglés son: somatización (SOM), obsesivo compulsivo (O-C), sensibilidad interpersonal (IS), depresión (DEP), ansiedad (ANX), hostilidad (HOS), ansiedad fóbica (PHOB), ideas paranoides (PAR), psicoticismo (PSY), más los enunciados (ítems) adicionales (I-A).

Los índices globales de distrés son: 1. Índice Global de Severidad (GSI), que se calcula con la suma de todas las dimensiones más los ítems adicionales y se divide por el número de respuestas en cada dimensión; refleja el nivel actual o la profundidad del trastorno, combina el número de síntomas reportados con la intensidad del distrés percibido. 2. Índice Total de Síntomas Positivos (PST), es el resultado de la suma de los ítems diferentes a 0, por consiguiente, refleja el número de síntomas marcados positivamente por las encuestadas, independientemente del nivel de distrés reportado. 3. El Índice de Distrés de Síntomas Positivos (PSDI) es el resultado de la suma del valor de todos los ítems, dividido entre el total de síntomas positivos; reproduce el nivel promedio de distrés y se puede interpretar como una medida de la intensidad de los síntomas. La confiabilidad del SCL-90R, medido con el coeficiente Alfa, ha sido reportada para las dimensiones de síntomas y los índices de distrés entre 0.77 y 0.90; la validez de la escala ha sido reportada para la validez de construcción, de criterio, convergente – discriminante y en la estructura factorial a través de validación empírica (17). Para la valoración de los resultados de la escala SCL 90-R se establecen comparaciones con grupos denominados muestras normativas (17); estos grupos están formados por

pacientes adultos psiquiátricos ambulatorios, adultos no pacientes, pacientes adultos psiquiátricos hospitalizados y adolescentes no pacientes.

El síndrome de estrés postraumático es un trastorno que surge como respuesta tardía o diferida a una situación de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica y que por sí misma sería capaz de causar malestar generalizado en cualquier persona (18). Para identificar este síndrome, Saunders (19) recomienda utilizar 28 de las preguntas de la escala SCL 90- R, sumar la media de cada uno de los puntos propuestos y considerar las sumas iguales o mayores de 0.89 indicativas del síndrome.

La frecuencia e intensidad del maltrato se midió con la Escala de Tácticas de Conflictos (CTS), elaborada por Strauss y Gelles (20). Consta de 19 enunciados que se distribuyen en tres subescalas según la forma como se resuelve el conflicto en la pareja: la subescala razonamiento (discusión racional, debate y razonamiento), la subescala agresión verbal, y la subescala violencia física (actos que van desde tirar algo al otro hasta la utilización de un cuchillo o un arma). Se agregaron una pregunta sobre ataque sexual y cuatro preguntas sobre lesiones físicas y su severidad, elaboradas por Saunders (18); la confiabilidad se ha establecido entre 0.88 y 0.95.

En este estudio se empleó la Escala de Resiliencia de 25 enunciados (21- 22), que mide la competencia personal y la aceptación de sí misma y de su vida, y la Escala de Perspectiva Espiritual (SPS) de Reed (23), con 10 enunciados; los resultados ampliados de estas dos últimas escalas se presentaron en otra publicación (24).

RESULTADOS

La muestra fue de 100 mujeres, pero para algunos cálculos se trabajó con un $n=97$, se excluyeron 3 mujeres por tener pérdida de más del 30% de los datos del SCL-90R. El rango de edad fue de 20 a 65 años, la media de 36.6 ± 10 ; el 93% vivían en barrios de estrato socioeconómico 1, 2 y 3. Del total de las mujeres, el 59% tenía educación media incompleta, el 23% tenía título de bachillerato (educación media) y el 17% estudios técnicos o universitarios; el 55% se reconoció como desempleada; el 28% se encontraban casadas, 64% en unión libre y 8% separadas; el promedio de duración de la relación fue de 13 años ± 8.7 ; el 91.5% de ellas tenía hijos, con un promedio de 2.3 ± 1.1 y el 93% estaban afiliadas a algún credo religioso. Otros datos sobre el perfil sociodemográfico se encuentran en una publicación anterior (25).

Síntomas. Los 10 primeros síntomas de la escala SCL-90-R que tuvieron mayor cantidad de respuestas positivas en orden descendente fueron: sentimiento de tristeza (93,9%), preocuparse demasiado por las cosas (93,9%), sentimientos fácilmente heridos (93,9%), pérdida de interés o placer sexual (88,8%), llorar fácilmente (87,9%), nerviosismo o temblor (85,9%), sentirse molesta por dolores de cabeza (80%), sentirse sola (79,8%), sentir que no se puede confiar en la mayoría de la gente (79,8%), sentir como si tuviera un nudo en la garganta (79,6%).

Los 10 síntomas de mayor severidad (se refiere a qué tan intenso fue el síntoma) fueron: llorar fácilmente (87,9%), sentimientos de tristeza (93,9%), preocuparse demasiado por las cosas (93,9%), pérdida de interés o de placer sexual (88,8%), sentirse sola (79,8%), sentir miedo (72,9%), nerviosismo o temblor (85,9%), sueño inquieto (69,8%), sentir que no se puede confiar en la mayoría de la gente (79,8%) y sentir que los otros la miran o hablan de ella (59,8%).

Dimensiones de los síntomas. Los promedios más altos para las nueve dimensiones de síntomas son: para Depresión (DEP), 1.85 ± 0.92 , Ideación Paranoide (PAR) 1.48 ± 0.98 , y Obsesivo Compulsivo (O-C) 1.43 ± 0.78 . En la tabla 1 se presentan las 9 dimensiones y los ítems adicionales con los tres síntomas más frecuentes en cada una y la frecuencia según la severidad de los mismos.

Dimensiones: Obsesivo Compulsivo (O-C), Sensibilidad Interpersonal (IS), Depresión (DEP), Ansiedad (ANX), Hostilidad (HOS), Ansiedad Fóbica (PHOB), Ideas Paranoides (PAR) y Psicoticismo (PSY), enunciados (ítems) adicionales (I-A).

Índices globales de distrés. Se calcularon las medias de los tres índices globales de distrés, dando como resultado para el Índice Global de Severidad un valor de $1,36 \pm 0,69$; para el Total de Síntomas Positivos (PST) $50,48 \pm 16,93$, y para el Índice de Síntomas Positivos de Distrés (PSDI) de $2,27 \pm 0,66$ (veáse tabla 2).

TABLA 1. Síntomas más frecuentes por dimensión y severidad

Dimensión	Síntomas	% Positivos	% Severidad bastante y mucho
SOM	Molesto por dolores de cabeza	80	41
	Dolores musculares	67	34.1
O – C	Sentir como si tuviera un nudo en la garganta	79.6	41.8
	Pensamientos desagradables, repetitivos, que no se apartan de su mente	78.8	31.4
	Preocupación por el desorden o descuido	72.7	46.5
I – S	Dificultad para concentrarse	73.5	31.7
	Sus sentimientos son fácilmente heridos	93.9	66.7
	Sentir que otros no le comprenden o no le tienen simpatía	71.4	30.6
DEP	Sentirse muy consciente de sí mismo en presencia de otros	63.8	34.1
	Pérdida de interés o de placer sexual	88.8	57.5
	Sentimientos de tristeza	93.9	63.4
ANX	Preocuparse demasiado por las cosas	93.9	62.6
	Nerviosismo o temblor	85.9	42.4
	Sentirse con miedo	72.9	43.8
HOS	Sentirse tenso o alterado	78.5	39.6
	Sentirse fácilmente molesto o irritado	77.8	35.3
	Explosiones de enojo que no puede controlar	64.6	24.2
PHOB	Entrar en frecuentes discusiones	62.1	25.3
	Sentirse asustado en espacios abiertos o en la calle	57.6	27.2
	Sentir miedo de salir solo de su casa	49.5	21.2
PAR	Evitar ciertas cosas, lugares o actividades porque le ocasionan miedo	47.9	15.9
	Sentir que no se puede confiar en la mayoría de la gente	79.8	41.4
	Los demás no le reconocen adecuadamente sus logros	71.1	34.1
PSY	Sentir que la gente se aprovechará de usted si se lo permite	79.2	27.5
	Otras personas conocen sus pensamientos privados	62.2	22.4
	Sentirse solo aun cuando está acompañado de la gente	63.5	36.5
I – A	Tener pensamientos acerca del sexo que le molestan mucho	47.4	25.2
	Falta de apetito	63.6	38.4
	Despertarse muy temprano por la mañana	70.1	39.2
	Dormir inquieto o trastornado	69.8	41.7

Tabla 2. Índices de Distrés. Comparación de la media con la prueba t de Student con muestras normativas y otras reportadas en la literatura.

Índices de distrés	Valores de la media y la significancia estadística de la comparación				
	Mujeres muestra Cali, Colombia	Mujeres muestra de derogatis		Mujeres Medellín	Muestra de San Francisco
		No Pacientes	Pacientes Psiquiátricas		
-Índice Global de Severidad (GSI)	1.36	0.36**	1.35	1.29	1.20*
-Total de Síntomas Positivos (PST)	50.48	22**	52.03	47.33*	51.0
-Índice de Síntomas Positivos de Distrés (PSDI)	2.27	1.37**	2.22	2.38	2.0**

** P ≤ 0,01, * P ≤ 0,05

Muestras Normativas (Derogatis, referencia 17) y reportadas en la literatura (referencias 10,11)

La comparación de estos resultados con los valores de las muestras normativas para mujeres no pacientes de Derogatis, mostró que los promedios obtenidos en nuestro estudio son mayores; la diferencia es estadísticamente significativa ($p \leq 0,05$). Los tres índices obtenidos en el presente estudio son semejantes a los de pacientes psiquiátricas ambulatorias de Derogatis. La diferencia no es significativa. Al compararlas con los valores de la muestra de Medellín se obtuvo similitud en los datos, excepto en el Índice Total de Síntomas Positivos, el cual fue superior para el presente estudio. Esta diferencia es significativa. Con respecto a la comparación con la muestra de San Francisco, nuestros resultados para el Índice Global de Severidad y para el PSDI superan el obtenido en las mujeres de San Francisco. La diferencia es estadísticamente significativa.

Síndrome de estrés postraumático. El resultado señaló que el 60% de las mujeres de la muestra presentaron este síndrome, superando los valores de la muestra de Medellín, que fue de 54,2%, y el de San Francisco, con un 56%.

En nuestro estudio las mujeres que presentaron síndrome de estrés postraumático reportaron significativa-

mente mayor frecuencia de violencia sexual, combinada con agresión mayor o no (tabla 3).

TABLA 3. Asociación entre síndrome de estrés postraumático y violencia sexual

Violencia Sexual	Síndrome de Estrés Postraumático		Perdidos	Total
	Si	No		
	Si	36	15	1
No	24	23	1	48
Total	60	38	2	100

Chi cuadrado de Pearson 104,008 $p < 0,001^*$

Correlaciones de las dimensiones de síntomas y distrés. En la tabla 4 se presentan los resultados para la correlación de Pearson del Índice de Violencia Total y Resiliencia con las nueve dimensiones de síntomas, los tres índices de distrés y el síndrome de estrés postraumático. Se hizo la correlación del Índice Global de Severidad (GSI), para estudiar la asociación con la edad, el número de hijos y los años de la relación; no se encontró asociación significativa.



Tomado de: Alter Ego Online
<http://www.alteregoonline.com>

TABLA 4. Correlaciones de Pearson (r), del índice de Violencia Total y de Resiliencia con las Dimensiones de Síntomas, Índices Globales de Distrés y Síndrome de Estrés Postraumático

	Índice de violencia Total	Resiliencia
	r	r
Dimensiones de Síntomas		
Somatización (SOM)	0.10	-0.16
Obsesivo Compulsivo (O-C)	0.12	-0.37***
Sensibilidad Interpersonal (IS)	0.22*	-0.33***
Depresión (DEP)	0.16	-0.26**
Ansiedad (ANX)	0.23	-0.16
Hostilidad (HOS)	0.13	-0.28**
Ansiedad Fóbica (PHOB)	0.21*	-0.03
Ideación Paranoide (PAR)	0.15	-0.16
Psicoticismo (PSY)	0.18	-0.23*
Índices de Distrés		
Índice Global de Severidad (GSI)	0.21*	-0.31**
Total de Síntomas Positivos (PST)	0.23*	-0.26*
Índice de Síntomas Positivos de Distrés (PSDI)	0.15	-0.27**
Síndrome de Estrés Postraumático	0.24**	-0.25**
Resiliencia	-0.22*	

*p ≤ 0,05 ** p ≤ 0,01 *** p ≤ 0,001

DISCUSIÓN

Las características de las mujeres de la muestra son semejantes a las de las mujeres de la población de Cali; la mayoría pertenecían a estratos pobres (26). Más de la mitad no tenían título de educación media o bachillerato, semejante a lo reportado por la ENDS - 2005 (4), que mostró que el 55% de las mujeres de la muestra de Cali no tienen título de educación media o secundaria. Más de la mitad de las mujeres de la muestra no trabajaban, lo que podría indicar su situación de dependencia económica. Este hallazgo podría contribuir a explicar la larga convivencia con su compañero.

Los resultados evidencian que un alto porcentaje de las mujeres que consultan a las comisarías por maltrato de pareja presentan gran distrés psicológico; más de la mitad experimentaron estrés postraumático. Estos resultados son semejantes a los reportados en otros estudios que señalan que las respuestas de las mujeres a la violencia de pareja generan una reacción de malestar que de no mejorar pueden conducir a distrés y a estrés postraumático (10,15).

Es preocupante la similitud entre los resultados de nuestra muestra y los obtenidos en las muestras normativas

de pacientes psiquiátricas ambulatorias de Derogatis (17); también son semejantes a los del estudio en San Francisco, EE. UU. (10) y a los de Medellín, Colombia (7) obtenidos con parámetros semejantes a los de este estudio, que indican que la salud de las mujeres se afecta severamente tanto en contextos semejantes como diferentes. Los primeros síntomas en frecuencia y en severidad corresponden a la dimensión de Depresión, otros síntomas prevalentes corresponden a las dimensiones de Somatización e Ideación Paranoide. Este hallazgo se asemeja a los de otro estudio realizado en Colombia con mujeres maltratadas de la ciudad de Bucaramanga, por Fajardo y otros (27), en el que se aplicó la prueba de personalidad 16PF para obtener medidas independientes de varios factores psicológicos. Estos autores encontraron que las mujeres de la muestra lloran y se deprimen con facilidad y son propensas a somatizar sus problemas, lo que las lleva a tener baja autoestima en comparación con las mujeres que no son maltratadas.

Resultados de estudios en diferentes países indican que la probabilidad de necesitar tratamiento psiquiátrico es más alta en las mujeres que viven situación de violencia que en las no maltratadas físicamente (1, 2, 4, 7, 28).

Las primeras tienen altos niveles de estrés emocional y mayor probabilidad de intentar o cometer suicidio (1).

El resultado de las correlaciones de los índices de estrés y las dimensiones de síntomas con la resiliencia, con signo negativo y significativo para la mayoría de estas, muestra que a mayor recurso personal de las mujeres en términos de su capacidad para salir adelante a pesar de la violencia, menor estrés. La correlación positiva y significativa de los índices de estrés, dimensiones y recursos personales con el índice de violencia total señala que, a mayor violencia mayor estrés; a mayor resiliencia menor índice de violencia total. El síndrome de estrés posttraumático se asocia significativamente con violencia sexual por parte de las parejas.

Implicaciones para la práctica, la educación y la investigación. La situación de maltrato y su efecto sobre la salud de las mujeres indica la necesidad de formular políticas públicas orientadas a atender y eliminar el maltrato contra la mujer y exige una respuesta efectiva del sector salud, en conjunto con otros sectores como justicia, bienestar social y educación entre otros.

Es importante que se evalúen las políticas públicas existentes. Constituye un desafío para los gobernantes y para la comunidad en general, la implementación de verdaderas soluciones y que la mujer encuentre diferentes oportunidades que le ayuden a afrontar el maltrato y contribuyan con su calidad de vida, si se tiene en cuenta que la violencia anula la autonomía de la mujer y mina su potencial como persona y miembro de la sociedad (1).

Es prioritaria la intervención del Sistema de Salud; se evidencia que las mujeres maltratadas tienen muchas necesidades y requieren un cuidado sensible a su problemática, lo que plantea un reto para enfermería y otros profesionales de la salud, sobre todo en el cuidado para la promoción de la salud y la prevención de la violencia de género. Los servicios de salud constituyen el primer sitio donde las mujeres consultan por sus síntomas. Los profesionales no deben pasar por alto el realizar una valoración de la salud en forma integral; es primordial detectar la situación de violencia, ofrecer atención y brindar un cuidado que incluya el apoyo a las mujeres y el fortalecimiento de sus recursos personales. Para ello se requiere sensibilización, capacitación y compromiso de los profesionales de la salud.

Los resultados sugieren, de acuerdo con Humphreys y Neylan (10), la necesidad de aumentar los recursos internos (espiritualidad, resiliencia y empoderamiento), y

externos (apoyo social y familiar), para abordar la problemática que viven las mujeres maltratadas. La experiencia de la violencia contra la mujer tiene consecuencias directas en su propio bienestar lo que afecta indirectamente el de sus familias y comunidades (1, 28).

Recomendaciones. Por la cercanía que tienen las enfermeras con las mujeres, están en una posición clave para brindar un cuidado en salud apropiado, significativo y culturalmente relevante. Por eso recomendamos que, desde su formación académica, estén preparadas para dar cuidado y proporcionar atención de acuerdo con rutas y protocolos claros dirigidos no sólo a la salud física sino también a la salud mental. También se necesitan acciones para promover la convivencia familiar de acuerdo con la orientación de la política pública establecida (29- 30).

Recomendamos realizar investigación desde otros enfoques y abordajes, incluido el de la investigación cualitativa, con nuevas preguntas que contribuyan a ampliar la comprensión de este fenómeno y aporten al cambio de esta situación y al mejoramiento de la calidad de vida de las mujeres.

Limitaciones del estudio. Una de las limitantes de este estudio es el tamaño y el tipo de la muestra. Los resultados corresponden a mujeres que denuncian maltrato de pareja. Por lo anterior se recomienda desarrollar investigación que involucre a las mujeres maltratadas con diferentes características. De igual manera, valorar el impacto de la violencia, no solo en la salud mental individual sino en el entorno familiar y social.

AGRADECIMIENTOS

A las mujeres participantes del estudio, a funcionarios que laboraban durante la ejecución del estudio en las Comisarias de Familia, Subsecretaría de Gobierno de Cali; a las Maestras D. Jaramillo y T. M. Uribe de la Universidad de Antioquia, por su apoyo en esta investigación, principalmente en el análisis de los datos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women. Geneva: WHO; 2005. p. 13.
2. OMS, OPS. Declaración del Director General de la OMS. Violencia contra la mujer: un tema de salud prioritario [internet]. Washington: OMS/OPS; 1998 [acceso Octubre 18 de 2006]. Disponible en: www.who.int/gender/violence/en/violencia_infopack1.pdf

3. World Health Organization. World report on violence and health. Geneva: WHO; 2002. p. 16-18.
4. Profamilia. Encuesta nacional de demografía y salud 2005 – ENDS 2005. Bogotá: Profamilia; 2005. p. 67, 314, 322.
5. Colombia. Secretaría de Salud Pública de Cali. Observatorio de violencia intrafamiliar. Cali: SSPM de Cali; 2006.
6. Ortiz MC. Vigilancia de maltrato a la mujer: diseño y aplicación de un procedimiento. *Col Med.* 2002;33(2):181-189.
7. Jaramillo DE, Giraldo CV, Uribe TM. Violencia conyugal. En: Angarita Cañas PE. Balance de los estudios sobre violencia en Antioquia. Medellín: Universidad de Antioquia; 2001. p. 231.
8. Walker LE. Psychology and domestic violence around the world. *Am Psychol.* 1999;54:21-29.
9. Hoff LA. Battered women as survivors. New York: Routledge; 1990. p. 216.
10. Humphreys J, Lee K, Neylan T, Marmar Ch. Psychological and physical distress of sheltered women. *Health Care Women Intl.* 2001;22:401-414.
11. Jaramillo DE, Uribe TM, Ospina DE, Cabarcas G. Medición de estrés psicológico en mujeres maltratadas, Medellín 2003. *Col Med.* 2006;37:133-141.
12. Bayes R, Borrás FX. Psiconeuroinmunología y salud. En: Simón MA. Manual de psicología de la salud: fundamentos, metodología y aplicaciones. Madrid: Biblioteca Nueva; 1999. p. 77-144.
13. Escibà Agüir V, Bernabé Muñoz Y. Estrategias de afrontamiento ante el estrés y fuentes de recompensa profesional en médicos especialistas de la comunidad Valenciana: un estudio con entrevistas semiestructuradas. *Rev Esp Salud Pública* 2002;76(5):595-604.
14. National Alliance on Mental Illnesses Estrés Postraumático [internet]. Arlington: NAMI; 2001 [acceso 13 junio de 2007]. Disponible en: [http://www.nami.org/Content/ContentGroups/Helpline1/Trastorno_de_estrés_postraumático_-_Post-traumático_Stress_Disorder_\(Spanish\).htm](http://www.nami.org/Content/ContentGroups/Helpline1/Trastorno_de_estrés_postraumático_-_Post-traumático_Stress_Disorder_(Spanish).htm)
15. Humphreys J. Spirituality and distress in sheltered battered women. *J Nurs Scholarsh.* 2000;32:273-278.
16. Derogatis LR. SCL-90 administration, scoring and procedures manual. Baltimore: Johns Hopkins University, School of Medicine; 1977.
17. Derogatis LR. Symptom Checklist-90-R. Administration, scoring and procedures manual. Minneapolis: National Computer Systems; 1994. p. 123.
18. Feeny NC, Lori A, Zoellner LA, Foa EB. Anger, dissociation, and posttraumatic stress disorder among female assault victims. *J Traumatic Stress.* 2000;13(1):89-100.
19. Saunders DG. Posttraumatic stress symptom profiles of battered women: a comparison of survivors in two settings. *Violence Victims.* 1994;9:31-44.
20. Straus M, Gelles R. Societal change and change in family violence from 1975 to 1985 as revealed by two national surveys. *J Marriage Fam.* 1986;48:465-479.
21. Wgnild G, Young HM. Resilience among older women. *J Nurs Scholarsh.* 1990;22(4):252-255.
22. Wgnild G, Young HM. Development and psychometric evaluation of the resilience scale. *J Nurs Measur.* 1993; 1:165-177.
23. Reed P. An emerging paradigm for the investigation of spirituality in nursing. *Res Nurs Health.* 1992;15:349-357.
24. Canaval GE, González MC, Sánchez MO. Espiritualidad y resiliencia en mujeres maltratadas que denuncian su situación de maltrato de pareja. *Col Med.* 2007;38,(Supl 2):72-78.
25. Canaval GE, González MC, Sánchez MO. Perfil socio demográfico de mujeres que denuncian maltrato de pareja. *Inv Enf Imagen y Desarrollo.* 2007;9(2):163-179.
26. CEDETES. Condiciones de salud en Cali. Cali: Cedetes, Universidad del Valle; 2007.
27. Fajardo JP, Fernández K, Escobar OB. Estilo de vida, perfil psicológico y demográfico de mujeres maltratadas por su cónyuge. *Revista Electrónica de Psicología Científica.com* [internet]; 14 de octubre de 2002 [Acceso Mayo 7 de 2007]. Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-107-1-estilo-de-vida-perfil-psicologico-y-demografico-de-mujeres-m.html>
28. Marijke V, Ellsber M, Clavel Arcas C, Garcia-Moreno C. Violence against women: the health sector responds. Washington: Pan-American Health Organization; 2003. p. 4.
29. Secretaría de Bienestar Social, Desarrollo Territorial de la Alcaldía del Municipio de Santiago de Cali. Política pública de convivencia familiar para la ciudad de Cali. Cali: Edupar; 2006.
30. Secretaría de Equidad de Género para las Mujeres Vallecaucanas, Universidad del Valle Centro de Estudios de Género, Mujer y Sociedad. Política pública para la equidad de las mujeres vallecaucanas desde su diversidad étnica y territorial. Cali: Secretaría Equidad de Género para las Mujeres vallecaucanas; 2007.