

Exposición a violencia de género en una población de mujeres consultantes a un servicio de psiquiatría comunitaria en Cali, Colombia

Exposure to gender violence in a population of women consulting a Community Psychiatry service in Cali, Colombia

Mauricio Mora-Ladino, Julio E. Villaquirán,
María A. Arboleda-Trujillo, Sara G. Pacichana-Quinayáz,
Andrés Fandiño-Losada y María I. Gutiérrez-Martínez

Recibido 27 noviembre 2021 / Enviado para modificación 3 enero 2022 / Aceptado 12 febrero 2022

RESUMEN

Objetivo Conocer las características sociales, sintomatología mental y exposiciones a hechos de violencia de mujeres consultantes a un servicio de salud mental comunitaria en una Institución de Atención Primaria.

Metodología Se realizó un estudio de corte transversal descriptivo en el programa de Psiquiatría Comunitaria de dos centros asistenciales de la Red de Salud de Ladera E. S. E. en Cali, Colombia. Se analizó el contenido de 157 registros del año 2018, usando estadística descriptiva para las variables sociodemográficas, clínicas y relacionadas con su historial psiquiátrico.

Resultados El 43,59% del total de las mujeres consultó por trastornos afectivos, ninguna enunció situaciones relacionadas con violencia en el motivo de consulta. Sin embargo, cerca del 16% enunció situaciones de violencia en el apartado de "enfermedad actual", mientras que el 39,49% lo señaló como parte de los "antecedentes personales", y el 15,29% lo relacionó con los "antecedentes familiares". tras comparar este grupo de mujeres expuestas a violencia con las no expuestas, se encontró que los trastornos depresivos eran más frecuentes en el grupo expuesto (58,53%; $p=0,035$). El manejo farmacológico fue más frecuente en mujeres no expuestas y de tipo psicosocial en mujeres expuestas ($p<0,05$).

Conclusiones Aunque se hubiese enunciado alguna forma de violencia dentro del contenido de las historias clínicas, menos del 2% de los reportes incluyó diagnósticos relacionados con violencia de género.

Palabras Clave: Violencia de género; psiquiatría comunitaria; servicios de salud mental (*fuentes: DeCS, BIREME*).

ABSTRACT

Objective This study aims to know the social characteristics, mental health symptoms, and exposure of violence of women who are patients of the community psychiatry service in a Primary Care Institution.

Methodology An observational and descriptive study was conducted. Patients were women who have been treated in the Community Mental Health Program in two healthcare centers of the Ladera Health Network: E.S.E in Cali, Colombia. 157 records from 2018 was analyzed using descriptive statistics for sociodemographic and clinical variables and those related to their psychiatric history.

Results 43.59% of all women consulted for affective disorders. None reported any situation related to violence as the reason for consultation. However, violent situations were enunciated by 15.92% of the women in the "current illness" box, while 39.49% pointed it out as part of "personal history," and 15.29% related it to the "family history".

MM: MD. Residente en Psiquiatría. Departamento de Psiquiatría, Universidad del Valle. Cali, Colombia.

mauricio.mora.l@correounivalle.edu.co

JV: MD. Residente en Psiquiatría.

Departamento de Psiquiatría, Universidad del Valle, Cali, Colombia.

julio.villaquiran@correounivalle.edu.co

MA: MD. Psiquiatra. Ph. D. Salud Mental Comunitaria. Departamento de Psiquiatría, Universidad del Valle. Cali, Colombia.

maria.arboleda@correounivalle.edu.co

SP: Fisioterapeuta. M. Sc. Epidemiología. Instituto Cisalva. Universidad del Valle. Cali, Colombia.

sara.pacichana@correounivalle.edu.co

AF: MD. M. Sc. Epidemiología.

Ph. D. Medicina. Escuela de Salud Pública, Instituto Cisalva. Universidad del Valle, Cali, Colombia.

carlos.fandino@correounivalle.edu.co

MG: MD. M.Sc. Epidemiología y Bioestadística.

Ph. D. Epidemiología Psiquiátrica y Salud Mental. Johns Hopkins University. Escuela de Salud Pública, Instituto Cisalva. Universidad del Valle. Cali, Colombia.

maria.gutierrez@correounivalle.edu.co

Comparing this group of women exposed to violence with those not exposed, it was found that depressive disorders were more frequent in the exposed group (58.53%; $p=0.035$). Pharmacological management was more frequent in unexposed women and psychosocial in exposed women ($p<0.05$).

Conclusions Although some form of violence had been stated within the medical record content, less than 2% of the reports included diagnoses related to gender violence.

Key Words: Gender-based violence; community psychiatry; mental health services (*source: MeSH, NLM*).

A pesar de la progresiva sensibilización de gobiernos y Estados, principalmente occidentales, por establecer marcos normativos que propicien la equidad, la persistencia de la asimetría social entre hombres y mujeres motiva la violencia de género, en muchos casos, experimentada por la mujer durante toda su vida (1). Al convertirse habitual, esta violencia perpetúa la subordinación y desvalorización de lo femenino frente a lo masculino, siendo esta, en especial, ejercida por la pareja y la violencia sexual, un grave problema de salud pública y una vulneración de los derechos humanos de las mujeres (2).

Respecto a esto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) (3) indica que entre un 13% y 61% de las mujeres reconocieron haber sufrido malos tratos físicos en algún momento de su vida; entre un 6% y 59%, agresiones de tipo sexual; y entre un 20% y 75%, maltrato psicológico a manos de su pareja o expareja. En el 2013 se estimó que a nivel mundial aproximadamente el 38% de los feminicidios son debido a la violencia de pareja (4).

Así mismo, las cifras mundiales indican que el 35% de las mujeres expresaron haber sufrido violencia física y/o sexual de pareja o violencia sexual por terceros en algún momento de su vida (3). Pese a esto, cualquier cifra que se publique sobre la frecuencia con la que las mujeres son víctimas de determinada forma de violencia será falible, más aún, con el subregistro latente, dado que muchas no lo reportan, o no se identifican como tal.

Parte de la problemática es, precisamente, los sentimientos introyectados, como la duda y el miedo, que en ocasiones causan que las mujeres permanezcan dentro de una relación abusiva, sin reconocer la situación de violencia en la que se encuentran inmersas (5). Esto, sumado al estigma que implica las formas de violencia, como la de pareja, hace que, incluso, cuando los servicios están disponibles, la vergüenza, la discriminación y la falta de confianza en el sistema legal sean barreras para recibir ayuda (6,7).

Ante esto, algunos estudios realizados en consulta externa han permitido evidenciar la exposición a la violencia e implicaciones en la salud mental de las mujeres. En el presente estudio, se ha reportado en consultas de salud mental exposición a violencia física y psicológica en mujeres de 26 a 35 años (46,6%) (8). En servicios como urgencias y hospitalización en psiquiatría, algunas de

las manifestaciones en salud mental de las mujeres son principalmente el trastorno depresivo (37,2%) e intento suicida previo al ingreso (12,7%). Además, el 51,2% de las mujeres o sus acompañantes, durante consulta de valoración inicial y final, reconocen sufrir o haber sufrido alguna forma de maltrato (9).

En sentido estricto, los trastornos mentales son poco prevalentes en las consultas de atención primaria, lo habitual es la presencia de síntomas, mas no de cuadros clínicos en las mujeres consultantes. No obstante, es frecuente encontrar síntomas psicológicos relacionados con el control de la ira, la empatía, así como la presencia de distorsiones cognitivas. Estos síntomas pueden incidir en la dinámica de violencia en pareja, como irritabilidad en un episodio maníaco, hostilidad, desconfianza en un cuadro psicótico, ideas de muerte y ruina en un trastorno depresivo (10).

Recientemente, un estudio realizado en dos zonas de Cali y Tuluá con alto reporte de violencia intrafamiliar indicó que las mujeres que experimentaron Violencia de Pareja (VP) presentan síntomas mentales y psicósomáticos, como depresión, miedo, frustración, nervios, baja autoestima, abuso de sustancias psicoactivas e ideación suicida, problemáticas identificadas por el personal psicosocial durante la atención integral de las víctimas (11).

La convergencia entre la VP y la salud mental debe seguirse estudiando dentro de los escenarios clínicos y comunitarios, precisamente, para evidenciar estas dinámicas de sintomatología mental respecto a la historia de violencia expuesta en los relatos de la consulta médica o psiquiátrica. De esta forma, el objetivo del presente estudio es identificar la ocurrencia concurrente de la violencia de pareja, violencia intrafamiliar (VIF) y otros problemas de salud mental en la población de mujeres que habitan una zona socialmente frágil de Cali (Colombia) y consulta un servicio de salud mental comunitario.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio

El estudio tuvo un diseño de corte transversal descriptivo. Con el fin de revelar las características psicosociales de una población de mujeres atendidas en una consulta de psiquiatría comunitaria, se indagó sobre variables

de exposición a violencia de género registradas en las historias clínicas. De esta manera, se buscó identificar asociaciones entre la presencia de violencia de pareja respecto a la sintomatología psiquiátrica presentada.

Población

Mujeres que fueron atendidas por el servicio de consulta externa de Psiquiatría Comunitaria del Departamento de Psiquiatría de la Universidad del Valle (Colombia). Dichos servicios se prestaron en una institución de salud del primer nivel de atención, la Red de Salud de Ladera ESE de Cali, en dos de sus sedes: el Centro de Salud IPS Meléndez y el Hospital IPS Siloé Siglo XXI, en el que se reciben, además, interconsultas de urgencias y hospitalización general. Ambas sedes prestan atención a la población de la zona occidental de la ciudad de Cali (Colombia), principalmente los habitantes de las Comunas 18, 20, rural sur y norte.

Descripción de la población de estudio

Se realizó la filtración y depuración de la información de los registros de las mujeres que consultaron entre el 01 de enero y el 31 de diciembre de 2018, para un total de 501 registros. Se dejó un único registro por persona durante dicho año para evitar datos repetidos, excluyendo los registros de mujeres menores a 14 años y mayores a 65 años, teniendo en cuenta que las edades de 14 a 65 años son representativas de la población con pareja, para lo cual se obtuvo finalmente una muestra propositiva de 157 pacientes que ingresaron y consultaron por el programa de Psiquiatría Comunitaria en este periodo. Estas participantes tenían en el registro de su historia el reporte de “violencia de pareja” y diagnósticos asociados, en la sección de enfermedad actual y/o motivo de consulta.

Recolección de la información

Con los registros filtrados y depurados, se procedió a eliminar la información personal o de identificación de las pacientes para evitar datos desagregados. Los datos incluidos se extrajeron de la historia clínica psiquiátrica diseñada por el Departamento de Psiquiatría de la Universidad del Valle para el software de historias clínicas digitales R-Fast® que usa la Red de Salud de Ladera ESE desde el año 2009.

Se recolectó la información básica personal como fecha de atención, documento de identidad, edad, género, municipio de origen, municipio y barrio de procedencia, personas con las cuales convive al momento de la entrevista, relación que tiene con los convivientes.

Así mismo, se buscó información relacionada con la exposición a violencia, en los apartados de motivo de consulta, enfermedad actual, historia de episodios

previos, historia personal, historia familiar, antecedentes médicos personales y familiares, examen mental y diagnósticos CIE-10.

Esta investigación se enmarcó en el estudio “Evaluación de una Intervención Cognitivo – Conductual para víctimas de Violencia Intrafamiliar en Cali y Tuluá, Valle del Cauca”. El aval ético para realizar esta investigación fue entregado mediante Acta N° 009 -017, Código interno 043-017, Comité Institucional de Revisión de Ética Humana (CIREH), de la Facultad de Salud de la Universidad del Valle (Colombia).

Análisis de la información

La información se analizó utilizando el software Stata® V14.2, a través del cual se describieron las variables numéricas, con promedios y desviaciones estándar, y las variables categóricas, presentando las frecuencias absolutas y relativas. Se realizaron tablas cruzadas de la variable de interés: presencia de violencia de género, incluyendo violencia de pareja (VP) y violencia intrafamiliar (VIF) en el relato de “enfermedad actual”, frente a las variables de seguimiento o tratamiento para este grupo. Para esto, se realizaron los test estadísticos de chi2 o Fisher de acuerdo con las frecuencias relativas esperadas, comparando dos grupos: con situación de VP mencionada en enfermedad actual vs sin situación de VP/VIF como enfermedad actual. Para las variables continuas se usó la prueba de t-student, Wilcoxon o Mann Whitney, según la distribución de los datos.

RESULTADOS

Esta población de 157 mujeres corresponde al 31% del total de las registradas en la consulta de Psiquiatría Comunitaria en la Red de Salud de Ladera ESE durante el año 2018. De acuerdo con su área de procedencia, se agruparon los barrios según las comunas a las que la institución de salud da cobertura. 65 mujeres (41%) vivían de la Comuna 20, donde se ubican los barrios de mayor vulnerabilidad socioeconómica, con un estrato moda 1; 45 (29%) en la Comuna 18, que tiene un estrato moda 3; 30 (19%) vivían en barrios que pertenecen a otras comunas de la ciudad de Cali; 16 (10%) vivían en el área rural del municipio y 1 de las mujeres procedía de otro municipio (provincia).

Dichas pacientes cumplieron con los criterios de inclusión para el presente estudio, además, acorde con lo expuesto en la Tabla 1, puede observarse una media de edad de $42 \pm 14,66$ años, siendo los diagnósticos que representan un mayor porcentaje los siguientes: trastornos afectivos con el 43,59%, seguido de los trastornos neuróticos con el 29,49%.

Tabla 1. Características generales de las consultantes al programa de Psiquiatría Comunitaria con VP/VIF. Cali, 2018 (1)

Característica	N=157	
	Total [n(%)]	
Edad [Promedio (DE)]**	42.01 (14,66)	
Área de procedencia		
Comuna 18	45 (29)	
Comuna 20	65 (41)	
Otras comunas	30 (19)	
Zona rural Cali	16 (10)	
Otros municipios	1 (1)	
Diagnóstico principal [n (%)]		
Trastornos mentales orgánicos	12 (7,69)	
Trastornos por consumo de psicotrópicos	12 (7,69)	
Esquizofrenia y trastornos delirantes	3 (1,92)	
Trastornos afectivos	68 (43,59)	
Trastornos neuróticos	46 (29,49)	
Síndrome de comportamiento por alteración fisiológica	5 (3,21)	
Trastorno de personalidad/comportamiento	2 (1,28)	
Retraso mental	5 (3,21)	
Otros	3 (1,92)	

**Desviación Estándar.

Igualmente, de los diagnósticos menos representativos, pero no menos importantes, se hallaron los trastornos mentales orgánicos y por consumo de sustancias psicoactivas con un porcentaje del 7,69% de la población, seguido de retraso mental con el 3,21%, esquizofrenia/ trastornos delirantes y otros diagnósticos con el 1,29% y finalmente los trastornos de personalidad/comportamiento con el 1,28%.

Con respecto al número de consultas ofrecidas a la población, se evidenció que, de 157 consultantes, más de dos tercios tuvo 3 o menos consultas hasta el último día del periodo observado, con una frecuencia absoluta de 108 consultantes, equivalente al 69,68%, en tanto, 37 (23,87%) hicieron uso del servicio entre 4-6 citas y 10 usuarias (6,45%) tuvieron más de 7 consultas por la especialidad en psiquiatría.

Respecto a las descripciones de exposición a alguna forma de violencia de pareja y/o intrafamiliar (Tabla 2),

durante las atenciones por el servicio de psiquiatría durante el año 2018, no se reportó violencia como motivo de consulta. Sin embargo, de las 157 consultantes, 25 mujeres (16%) manifestaron dentro de su “enfermedad actual” alguna situación de VP o VIF, 15 (13,20%) de las cuales tenían ACTIVA la situación de VP o VIF, y 10 (6,37%), INACTIVA. Las demás, equivalente al 76,43% de las consultantes, no aplicaron para esta situación.

De igual forma, en la historia personal, 95 de las mujeres que consultaron durante el 2018 (60,51%) no refirieron alguna situación de VP o VIF, mientras que 62 de ellas (39,49%) sí la enunciaron, de las cuales 7 (4,46%) presentaron la situación descrita durante los últimos 2 años y 59 (37,38%) presentaron una historia personal de alguna forma de violencia más de dos años atrás al momento del registro.

Tabla 2. Violencia de pareja/intrafamiliar enunciada en historia clínica de mujeres atendidas en consulta de Psiquiatría Comunitaria. Cali, 2018

Característica	N=157		
	Si [n(%)]	No [n(%)]	N/A [n(%)]
Enfermedad actual			
Se enuncia en enfermedad actual la VP/VIF	25 (15,92)	132 (84,08)	-
Situación enunciada en enfermedad actual está ACTIVA	10 (6,37)	15 (13,20)	120 (76,43)
Historia personal			
Se enuncia en historia personal la VP/VIF	62 (39,49)	95 (60,51)	-
Situación enunciada en historia personal se dio en los últimos 2 años	7 (4,46)	59 (37,58)	91 (57,96)
Historia familiar			
Se enuncia en historia familiar la VP/VIF	24 (15,29)	133 (84,71)	-
La situación de VP/VIF enunciada en historia familiar se dio en los últimos 2 años	2 (1,27)	49 (31,21)	106 (67,52)
CIE-10			
Los diagnósticos incluyen CIE-10 de VP/VIF	3 (1,91)	154 (98,09)	-
Indicaciones			
Recibió tratamiento farmacológico	136 (87,74)	19 (12,26)	-
Asistió a control psiquiátrico	96 (61,54)	60 (38,46)	-
Recibió manejo por psicología	96 (61,15)	61 (38,85)	-
Recibió manejo por trabajo social	55 (35,03)	102 (64,97)	-
Fue remitido a otra institución	2 (1,27)	146 (92,99)	9 (5,73)
En “Evoluciones” se menciona situación de VIF	2 (1,27)	128 (81,53)	27 (17,20)

En cuanto a las situaciones de VP o VIF presentadas en la historia familiar, la mayoría de las consultantes, 133 (84,71%), no informaron esta situación en la familia, mientras que 24 de ellas (13,29%) sí la manifestaron. Respecto a si la situación de violencia en la historia familiar ocurrió o no en los últimos dos años, de las 24 mujeres que informaron historia familiar de situaciones de VP o VIF, solo 2 de los hechos reportados como violencia en la historia familiar ocurrieron en dicho periodo de tiempo.

Al abordar si la situación de VP o VIF se registraba con códigos diagnósticos del CIE-10, no se encontró registro de diagnóstico de violencia en la mayoría de los casos reportados 154 (98,09%). Solo 3 de los casos contaban con código CIE-10 para la situación de violencia.

Por otra parte, el esquema de tratamiento de la Tabla 2 muestra que a la mayoría de mujeres (87,74%) les fueron prescritas medidas farmacológicas, mientras que en 19 (12,26%) no se consideró un esquema farmacológico como medida terapéutica. De modo similar, más de la mitad de las consultantes, 96 (61,15%) asistieron a control psiquiátrico y manejo por psicología (61,14%), las 60 restantes (38,46%) tuvieron una única consulta por el servicio de psiquiatría y no asistieron al control ordenado.

Los resultados de la Tabla 3 comparan el grupo de mujeres con presencia de VP (24 mujeres, 15,28%) o VIF en su enfermedad actual con el grupo de mujeres no expuestas a violencia (133 mujeres, 84,75%). Mujeres menores de 40 años fueron las de mayor frecuencia en el grupo de exposición a VP. No obstante, en términos de edad, es una población homogénea y comparable ($p > 0,05$)

Los diagnósticos clínicos, según la clasificación del CIE-10, se agruparon en tres categorías: trastorno depresivo, de ansiedad, y otros. Entre el grupo de exposición a VP o VIF, la mayoría presentaron trastorno depresivo (58,53%), seguido de trastorno de ansiedad (33,33%), en comparación con las mujeres del grupo de no exposición, en el que la presencia de trastorno depresivo fue de 38,35% y de ansiedad, en 29,32%. Se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ($p = 0,035$).

Sobre el tratamiento psicosocial, la Tabla 3 indica que el manejo de psicología y trabajo social fue más frecuente en las mujeres con VP o VIF en su enfermedad actual, en comparación con las no expuestas. Esta diferencia fue significativa entre los grupos ($p < 0,05$). Por su parte, el número de consultas no presentó diferencias estadísticas, pero se mantienen los porcentajes más altos en el menor número de consultas (1-3 consultas).

Tabla 3. Diagnóstico principal en ambos grupos de mujeres que enunciaron y no enunciaron VP/VIF en el relato de "enfermedad actual"

Características	VP/VIF (n=24)	No VP/VIF (n=133)	Total (N=157)	Valor p
Edad [Promedio (DE)]*	37,12 (15,21)	42,90 (14,44)	42,01 (14,66)	0,075 [§]
Diagnóstico [n(%)]				
Trastorno depresivo	14 (58,53)	51 (38,35)	65 (41,40)	0,035 [§]
Trastorno ansiedad	8 (33,33)	39 (29,32)	47 (29,94)	
Otros trastornos	2 (8,33)	43 (32,33)	45 (28,66)	
Tratamiento farmacológico [n(%)]				
Sí	20 (83,33)	116 (85,55)	136 (87,74)	0,499 [§]
No	4 (16,67)	15 (11,45)	19 (12,26)	
Control psiquiátrico [n(%)]				
Sí	11 (45,83)	85 (64,39)	96 (61,54)	0,086*
No	13 (54,17)	47 (35,61)	60 (38,46)	
Manejo psicología [n(%)]				
Sí	20 (83,33)	76 (54,14)	96 (61,15)	0,021 [§]
No	4 (16,67)	57 (42,86)	61 (38,85)	
Manejo trabajo social [n(%)]				
Sí	13 (54,17)	42 (31,58)	55 (31,58)	0,033*
No	11 (45,83)	91 (68,42)	102 (68,42)	
Número de consultas [n(%)]				
1-3	19 (79,17)	89 (67,94)	108 (69,68)	0,688 [§]
4-6	4 (16,67)	33 (25,19)	37 (23,87)	
>7	1 (4,17)	9 (6,87)	10 (6,45)	

*Desviación Estándar [§]t-test [§]Test exacto de Fisher * Chi².

DISCUSIÓN

La violencia de género es un fenómeno complejo que solo puede ser explicado como el resultado de diferentes acciones en conjunto de las múltiples variables que se presentan continuamente, aun cuando se han realizado

diversas investigaciones e intervenciones al respecto, lo cual podría decirse que se determina por el análisis o las atenciones apropiadas del trabajo social comunitario y de las organizaciones de salud que puedan lograr la atención, comprendiendo las variables asociadas a dicho fenómeno.

Estas formas de violencia pueden afectar negativamente la salud física, mental, sexual y reproductiva de las mujeres y, en algunos entornos, puede aumentar el riesgo de contraer infecciones transmitidas sexualmente.

Se encontró que la media de edad para las mujeres que reportaron alguna forma de maltrato fue de 42 años, en comparación con la edad media en el grupo víctimas de VP de un estudio similar, en el que fue de 38,5 (12).

La presencia de las historias personales en situaciones de violencia anteriores de algún miembro dentro del núcleo familiar es relevante para la emergencia reiterada de las situaciones de violencia de pareja a largo plazo. En el caso de nuestra muestra, 24 (13,29%) de las consultantes enunciaron en su historia familiar alguna forma de violencia, que es menor con lo reportado en estudios previos, en los que se describe que entre el 35% y el 64% de las mujeres dentro de estudios sobre violencia doméstica presenta experiencias de maltrato en su familia de origen (13,14).

Dado que la presencia de una enfermedad física o mental está relacionada en igual medida con los factores de riesgo asociados a la violencia, en nuestra muestra, el 43,59% de las consultantes que cumplió con criterios de inclusión presentó diagnóstico de algún trastorno del afecto, correspondiente a la mayor proporción dentro del total de diagnósticos registrados, lo que coincide con estudios previos que ponen a los trastornos del afecto dentro de los más prevalentes en esta población (15). Un estudio comparativo de mujeres víctimas de violencia de pareja y mujeres no víctimas encontró que, de las mujeres diagnosticadas con depresión grave, 47 (97,9%) fueron víctimas de esta forma de violencia. De las que presentaron depresión moderada, 44 (91,7%) fueron víctimas de violencia, y 8,3%, mujeres del grupo de las no víctimas. De las que presentaron depresión leve, 84,8% fueron mujeres víctimas, y 15,2%, del grupo de las no víctimas. Entre las que presentaron depresión mínima, el 24,2% fueron mujeres VP, y 75,8%, las no víctimas. El 100% de las participantes que presentó trastorno de ansiedad pertenecía al grupo de mujeres víctimas de VP (12). En nuestro estudio, encontramos que el 92% de las mujeres, que en el transcurso de la enfermedad actual manifestó situaciones de violencia, fueron registradas con diagnóstico CIE 10 para algún trastorno del afecto (depresivo, ansioso, mixto, distimia).

Aunque varios estudios reportan trastorno de estrés postraumático en las mujeres víctimas de violencia de género en el 63,8% (16) y 84,4% de los casos (17). En el presente estudio, ninguna de las pacientes que manifestó en su enfermedad actual o en su historia personal haber estado expuesta a alguna forma de violencia; sin embargo, fueron enmarcadas dentro de este diagnóstico.

Por otro lado, el nivel socioeconómico también se comprende como una variable determinante, puesto que

manifiesta los niveles de educación, cultura y aspectos laborales. Estos, a su vez, determinan el grado de dependencia, ya sea emocional o económica, dentro de la relación de pareja, en la cual el hombre, según la constitución de una cultura patriarcal occidental, es quien se percibe como el dominante ante la relación conyugal (relación de poder), lo que hace que la mujer sea más vulnerable y esté más propensa a sufrir de violencia por parte de su pareja (18). En este sentido, no fue posible realizar un análisis estadístico al estrato socioeconómico, pues la mayor parte de la población que reside en la Comuna 20 corresponde a estratos uno y dos, de acuerdo con la base de datos del SISBEN, y están inscritas en el régimen subsidiado en salud que es la población que se atiende en la Red de Salud Ladera ESE. La Comuna 18, el otro espacio geográfico con una muestra importante de consultantes, si bien tiene una predominancia de los estratos 2 y 3 (19), en teoría, menos vulnerabilidades económicas, presenta altos niveles de recepción de población desplazada desde otros municipios del Valle del Cauca y otros departamentos de Colombia.

Autores como Rodríguez (20) y Otero e Ibarra (5) mencionan en sus trabajos la presencia de subregistros de VP y VIF, parcialmente explicada por la sensación de vergüenza, culpa y miedo de las mujeres para enunciar dichas situaciones. Lo anterior se relaciona con determinantes de tipo cultural, a la naturalización de las situaciones y experiencias institucionales negativas previas, dirigidas a otras mujeres del grupo de referencia o a sí mismas, lo que las lleva a desconfiar de la contención del Estado mediante sus representantes, incluyendo el sector salud. Esto podría explicar, en parte, por qué más de la mitad de las mujeres incluidas en el estudio (60,51%) no enunciaron casos de violencia en ningún momento de la atención.

Las intervenciones que promueven la sensibilización y emancipación de la mujer, la prestación de orientación psicológica y las visitas domiciliarias podrían favorecer la prevención o la reducción de la violencia de pareja contra la mujer (3,4). En este sentido, más del 80% de las mujeres que expresaron en su enfermedad actual exposición a violencia fueron enviadas para manejo por psicología y, más de la mitad, a trabajo social, como parte de un abordaje interdisciplinario en esta población, desde la comprensión de la atención subjetiva y sociofamiliar de sus determinantes, no limitada a la formulación de una medicación, en el entendido que esta intervención solo paliará el malestar, pero no abordará las raíces del problema.

Como describía Tizón hace más de dos décadas, el diagnóstico psiquiátrico tradicional resulta parcial e insuficiente en un trabajo clínico en la Atención Primaria en la Salud Mental (21). Por lo anterior, es necesario tener en cuenta elementos psicosociales, que desafortunadamente las clasificaciones actuales han minimizado.

La corriente mercantilista de la asistencia clínica actual ha limitado la importancia y extensión de las entrevistas psicoterapéuticas y las historias clínicas resultantes. La exigencia de recibir más consultantes en menor tiempo, con un criterio economicista, resulta opuesto a los valores de la medicina comunitaria (22).

El programa de Psiquiatría Comunitaria de la Universidad del Valle (Colombia), presente en la Red de Ladera ESE desde mediados de los ochenta del siglo pasado (23), ha buscado preservar en la práctica institucional, la dimensión formativa de estudiantes de Psiquiatría y Medicina General desde un criterio centrado en el consultante como un miembro de la comunidad. Los resultados de este estudio apoyan nuestra postura de conservar espacios de al menos una hora por consultante en la primera atención en salud mental y, de media hora, en consultas de control, los cuales nos permiten, además de establecer un vínculo médico-paciente que apoye la contención terapéutica, el abordaje biográfico que nos conduce a reconocer y atender las vivencias de violencia en el ámbito familiar, entre otras.

La rigidez de los códigos diagnósticos de los sistemas de historias clínicas digitalizadas, basadas en nuestro medio en la CIE-10, se muestra como un limitante para relacionar las situaciones de violencia, que permitan una mirada multidimensional como correspondería ♦

Financiación: Este estudio se desarrolló como parte del proyecto marco "Evaluación de una intervención cognitiva conductual para víctimas de violencia intrafamiliar en Cali y Tuluá, Valle del Cauca, Colombia", con financiación de MinCiencias No.: RC-756-2016.

Conflictos de intereses: Ninguno.

REFERENCIAS

- Águila Gutiérrez Y, Hernández Reyes VE, Hernández Castro VH. Las consecuencias de la violencia de género para la salud y formación de los adolescentes. *Rev. Med. Electrón [Internet]*. 2016 [cited 2021 Nov 7]; 38(5):697-710. <https://bit.ly/3sS52DA>.
- Rosado J, Rico E, Cantón-Cortés D. Influence of psychopathology on the perpetration of child-to-parent violence: differences as a function of sex. *Anal. Psicol.* 2017; 33(2):243-51. <https://dx.doi.org/10.6018/analesps.33.2.240061>.
- Concha-Eastman A, Krug E. Informe mundial sobre la salud y la violencia de la OMS: una herramienta de trabajo. *SciELO Public Health [Internet]*. 2002 [cited 2021 Nov 1]. <https://bit.ly/3HSTIk9>.
- Chaib F, Orton J, Steels K, Ratsela K. Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer: prevalencia y efectos de la violencia conyugal y de la violencia sexual no conyugal en la salud [Internet]. Geneva: Organización Mundial de la Salud; 2013 [cited 2021 Nov 4]. <https://bit.ly/3sZmBBL>.
- Otero García MA, Ibarra Melo ME. Behind the Numbers of Violence Against Women in Colombia. *Sociedad y Economía [Internet]*. 2017 [cited 2021 Nov 5]; (32):41-64. <https://bit.ly/374MUh3>.
- Hynes ME, Sterk CE, Hennink M, Patel S, DePadilla L, Yount KM. Exploring gender norms, agency and intimate partner violence among displaced Colombian women: A qualitative assessment. *Global public health.* 2016; 11(1-2):17-33. <https://doi.org/10.1080/17441692.2015.1068825>.
- Vu A, Adam A, Wirtz A, Pham K, Rubenstein L, Glass N, et al. The prevalence of sexual violence among female refugees in complex humanitarian emergencies: a systematic review and meta-analysis. *PLoS currents.* 2014;6. <https://doi.org/10.1371/currents.dis.835f10778fd80ae031aac12d3b533ca7>.
- Suárez Guzmán N. Violencia hacia la mujer por su pareja. *Centro de Salud Mental. Aguada de Pasajeros*, 2014. *Rev. Med. Electrón. [Internet]*. 2017 [cited 2021 Nov 5]; 39(5):1041-51. <https://bit.ly/3HIS0BU>.
- de Guadalupe Martínez-Rocha R, Segura-Sifuentes T, Martínez-Saldaña CG, Cruz-Ortiz M, Moreno-Tapia JA. Abordaje de la violencia de género por profesionales de la salud mental. *Revista CONAMED [Internet]*. 2019 [cited 2021 Nov 6]; 24(S1):8-16. <https://bit.ly/3HXHfQ8>.
- Mohino Justes S, Pujol Robinat A. Violencia de pareja y enfermedad mental. *Revista Española de Medicina Legal.* 2019; 45(2):77-82. <https://doi.org/10.1016/j.reml.2019.03.002>.
- Lennon SE, Ramírez Aramburo AM, Morales Garzón EM, Arboleda MA, Fandiño-Losada A, Pacichana-Quinayaz SG, Rodas Muñoz GI, Gutiérrez-Martínez MI. A Qualitative Study on Factors Associated with Intimate Partner Violence in Colombia. *Cien Saude Colet.* 2020. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.21092020>.
- Caba EZL, Torres CJA, Boluda RZ, Callejas CMB, Rodríguez RA. Depresión y ansiedad en mujeres víctimas de violencia en la relación de pareja. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento (RACC)*. 2019; 11(1):1-8. <https://doi.org/10.32348/1852.4206.v11.n1.21864>.
- Echeburúa Odriozola E, Corral Gargallo Pd, Amor Andrés PJ. Mujeres maltratadas en convivencia prolongada con el agresor: variables relevantes. *Acción Psicológica.* 2002; 1(2):135-50.
- Klevens J. Violencia física contra la mujer en Santa Fe de Bogotá: prevalencia y factores asociados. *Revista Panamericana de Salud Pública [Internet]*. 2001 [cited 2021 Nov 3]; 9:78-83. <https://bit.ly/3vLK8Yt>.
- García Oramas MJ, Matud Aznar MP. Salud mental en mujeres maltratadas por su pareja. Un estudio con muestras de México y España. *Salud Ment.* 2015; 38(5):321-7. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2015.044>.
- Golding JM. Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: A meta-analysis. *Journal of family violence.* 1999; 14(2):99-132. <https://doi.org/10.1023/A:1022079418229>.
- Santandreu M, Ferrer VA. Eficacia de un tratamiento cognitivo conductual para el trastorno de estrés posttraumático en víctimas de violencia de género. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual [Internet]*. 2014 [cited 2021 Nov 5]; 22(2):239-56. <https://bit.ly/3IU05m5>.
- Hardesty JL, Ogolsky BG. A socioecological perspective on intimate partner violence research: A decade in review. *Journal of marriage and family.* 2020; 82(1):454-77. <https://doi.org/10.1111/jomf.12652>.
- Alonso JC AM, Solano JA, Llanos RV, Gallego Al. Una mirada descriptiva a las comunas de Cali [Internet]. Cali: Municipio de Santiago de Cali, Departamento Administrativo de Planeación, Universidad Icesi; 2007 [cited 2021 Nov 6]. <https://bit.ly/3q7BgJh>.
- Cárdenas FP, González BZ, Rodríguez GH, González MdLLH, Martínez JIV, Sierra VP. Violencia en el noviazgo en una muestra de jóvenes mexicanos. *Rev. costarric. Psicol [Internet]*. 2013 [cited 2021 Nov 6]; 32(1):27-40. <https://bit.ly/3MviGnE>.
- Tizón JL, San-José J, Nadal D. Protocolos y programas elementales para la atención primaria a la salud mental. Barcelona: Herder Editorial; 1997.
- Desviat M. La psiquiatría: ¿Ciencia en crisis? *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatr [Internet]*. 2004 [cited 2021 Nov 4]; (90):3-6. <https://bit.ly/3pHvL3p>.
- Desviat M, Castro Sardi X, Bravo OA, Arboleda Trujillo MA, Castrillón Libreros DM, Dimenstein M, et al. *Pensar la salud mental: aspectos clínicos, epistemológicos, culturales y políticos-Primera edición.* Cali: Facultad de Derecho y Ciencias Sociales, Universidad Icesi; 2016.