

Violencia física marital en Barranquilla (Colombia): prevalencia y factores de riesgo

R. Tuesca / M. Borda

Departamento de Salud Familiar y Comunitaria. Programa de Medicina. Universidad del Norte. Barranquilla. Colombia.

Correspondencia: Dr. R. Tuesca Molina.

Universidad del Norte, km 5. Antigua vía a Puerto Colombia. Barranquilla. Colombia.

Correo electrónico: rtuesca@uninorte.edu.co

Recibido: 12 de marzo de 2002.

Aceptado: 4 de abril de 2003.

(Marital violence in Barranquilla [Colombia]: prevalence and risk factors)

Resumen

Objetivos: Determinar la prevalencia de maltrato físico marital en mujeres en edad fértil que viven con su pareja, así como identificar factores personales, socioeconómicos y de función familiar que se relacionen con el maltrato.

Métodos: Estudio transversal sobre una muestra aleatoria de 275 mujeres en edad fértil del barrio Carlos Meissel, de la ciudad de Barranquilla, Colombia. La información se obtuvo mediante entrevista personal en el hogar a partir de un cuestionario estructurado y siguiendo las recomendaciones éticas y de seguridad para la investigación sobre violencia doméstica contra mujeres de la Organización Mundial de la Salud. En el cuestionario se recogen datos sobre características personales, consumo habitual de alcohol y drogas, función familiar (según test de Apgar Familiar), características socioeconómicas y antecedentes de maltrato físico durante los 12 meses previos a la entrevista.

Resultados: La prevalencia de maltrato marital fue del 22,9%, y el grupo de 25-29 años es el más afectado (33,3%). Se asociaron con el maltrato físico el consumo habitual de alcohol en las mujeres (*odds ratio*, OR = 6,02; intervalo de confianza del 95%, IC del 95%, 1,7-22,2) y en el cónyuge (OR = 10,11; IC del 95%, 5,1-20,1) y el consumo de sustancias psicoactivas en el cónyuge (OR = 11,01; IC del 95%, 4,2-29,5). Los ingresos mensuales por debajo de 300.000 pesos colombianos (140 euros) también se asociaron con maltrato, así como presencia de disfunción familiar moderada o grave (OR = 16,9; IC del 95%, 4,8-59,0; OR = 81,6; IC del 95%, 18,8-35,5, respectivamente).

Conclusiones: La naturaleza transversal del estudio limita la interpretación de los resultados. Sin embargo, se ha observado que en las mujeres de la muestra estudiada en este estudio el maltrato físico de la mujer por parte de su pareja se asocia con factores potencialmente modificables.

Palabras clave: Maltrato conyugal. Violencia doméstica. Test de Apgar Familiar.

Abstract

Objective: To determine the prevalence of violence against women of fertile age living in a couple and identify the personal, socioeconomic, and family function characteristics associated with this phenomenon.

Methods: We performed a cross-sectional study in a random sample of 275 women of fertile age living in the neighborhood of Carlos Meisel in Barranquilla, Colombia. Information was gathered through a structured questionnaire and face-to-face interviews at the participants' homes. The questionnaire was adapted from the World Health Organization's recommendations on ethics and safety when investigating domestic violence. The questionnaire included items on personal characteristics, habitual alcohol and drug consumption, family function test (Family Apgar), socioeconomic characteristics, and physical abuse in the 12 months prior to the interview.

Results: The prevalence of marital violence was 22.9%. Women aged 25-29 years old were the most commonly affected (33.3%). Factors associated with violence were habitual alcohol consumption in women (Odds ratio [OR] = 6.02; 95% confidence interval [95% CI], 1.7-22.2) and in the spouse (OR = 10.11; 95% CI, 5.1-20.1) and drug consumption by the husband (OR = 11.01; 95% CI, 4.2-29.5). A monthly wage of less than 300,000 Colombian pesos (140 euros) was also significantly associated with domestic violence as was moderate or severe family dysfunction (respectively, OR = 16.9; 95% CI, 4.8-59.0; OR = 81.6; 95% CI, 18.8-335).

Conclusions: Because this was a cross-sectional study, the results should be interpreted with caution. Nevertheless, violence against women in the study sample was associated with potentially modifiable factors.

Key words: Spouse abuse. Domestic violence. Family Apgar test.

Introducción

La violencia contra las mujeres en sus diversas formas, tanto en el entorno doméstico como en el público, es endémica en comunidades y países de todo el mundo, sin distinción de clase, raza, edad o religión. Según una declaración de las Naciones Unidas de 1993, en la que se respaldaba el consenso de la Conferencia Mundial sobre los Derechos Humanos, la violencia contra la mujer se define como «todo acto de violencia por razón de su género que produce o que puede generar daño físico, sexual o psicológico, o sufrimiento a las mujeres, incluidas las amenazas de tales actos, la coerción o las privaciones arbitrarias de la libertad, independientemente de si ocurren en instancias de la vida pública o privada»¹. En 1997 se incluyó la violencia doméstica en el programa político de la Unión Europea y se implementaron campañas de sensibilización y movilización de la opinión pública a favor de medidas preventivas y de protección a la mujer^{2,3}.

La violencia intrafamiliar ejercida contra la mujer en el supuesto de su inferioridad corresponde a una forma de poder masculino para mantener su dominio y la subordinación del otro sexo, determinados por estructuras culturales autoritarias. Durante siglos se ha afirmado que las mujeres son menos inteligentes, menos productivas y menos capaces, y se las ha confinado al hogar como única fuente posible de realización, vulnerando su derecho al libre desarrollo de su personalidad⁴⁻⁶.

Según un informe del Banco Mundial⁷, las violaciones y la violencia doméstica contra las mujeres suponen una pérdida del 5% de los años de vida saludables en edad reproductiva. En Canadá, este tipo de violencia conlleva un gasto de 1.600 millones de dólares anuales, incluyendo la atención médica de las víctimas y las pérdidas de la productividad. En Estados Unidos se determinaron pérdidas anuales entre 10.000 y 67.000 millones de dólares por las mismas razones⁸.

Se estima que la prevalencia mundial de maltrato marital oscila entre el 16 y el 30%. En los países desarrollados, las tasas de prevalencia son muy parecidas. En Canadá, un 29% de las mujeres de 18 a 40 años de edad afirmaban haber sido agredidas físicamente por su compañero actual o anterior desde los 16 años de edad⁹. En el Reino Unido, la prevalencia fue del 25% en mujeres del barrio de Islington, en Londres, quienes manifestaron haber recibido puñetazos o bofetadas de un compañero actual o anterior en algún momento de su vida¹⁰. El proyecto ACTIVA⁵ informaba que un 2,4% de los varones entrevistados en Madrid afirmaron haber dado por lo menos una bofetada a su pareja en el último año, y el 0,15% la golpeó con un objeto que pudo haberla lastimado. En Estados Unidos, el 28% de las mujeres fueron agredidas físicamente por su compañero al menos una vez^{11,12}. Por

otra parte, un 70% de las mujeres maltratadas manifiesta que el primer incidente de conflicto o violencia en la pareja ocurre durante el primer o segundo año de convivencia¹³. En América Latina, la prevalencia de maltrato marital sobrepasa las anteriores cifras. En Chile, durante 1996, el 26% de las mujeres de 22-55 años de edad encuestadas, con relaciones matrimoniales o de hecho de más de 2 años de duración, informaron ser víctimas de al menos un episodio de violencia por parte de su compañero, y el 15% de las mujeres informaron al menos un episodio de violencia de mayor gravedad¹⁴. En León, Nicaragua, la tasa de maltrato físico marital durante 1996 corresponde al 52%, y la tasa de ataques físicos el año inmediatamente anterior fue del 27%¹⁵.

La violencia en la mujer tiene consecuencias directas, no sólo para su propio bienestar, sino también para el de sus familias y comunidades. Además, es considerado como un obstáculo para la igualdad, el desarrollo y la paz de los pueblos, impidiendo que las mujeres disfruten de sus derechos humanos y libertades fundamentales. El maltrato puede tener secuelas a largo plazo para la salud mental con el desarrollo de trastornos, como depresión, baja autoestima, intentos de suicidio y síndrome de estrés posttraumático. También puede tener repercusiones intergeneracionales; por ejemplo, los varones que son testigos de los maltratos que recibe su madre por parte de su compañero tienen una mayor probabilidad que otros niños de usar la violencia cuando sean adultos. Las niñas que presencian este mismo tipo de violencia tienen una mayor probabilidad de establecer relaciones en las que serán maltratadas por sus compañeros⁷.

Entre las mujeres existe una tendencia a ocultar o restar importancia al hecho de haber padecido o estar padeciendo algún tipo de maltrato, y sólo se denuncian las acciones que atentan contra su vida o la de sus hijos. Esta situación determina una infravaloración de la magnitud del evento, del que sólo se conoce la punta del iceberg, que correspondería a los casos más graves o mortales. El objetivo del presente estudio ha sido valorar la prevalencia del maltrato físico marital e identificar los factores de riesgo de violencia física marital en mujeres en edad fértil en la ciudad de Barranquilla, Colombia. Nuestro interés por desarrollar esta investigación en este barrio obedece a que pertenece a la zona de influencia del Proyecto UNI-Barranquilla (Una Nueva Iniciativa), un programa de formación para profesionales de la salud desarrollado conjuntamente por los servicios de salud, la universidad y la propia comunidad, y en el que estudiantes de medicina, enfermería y derecho prestan servicios sociosanitarios. Además, por las características de su población, en la ciudad de Barranquilla existen importantes desigualdades sociales en todos los ámbitos. Por otra parte, se ha observado que la prevalencia del maltrato a la mujer ha aumentado en Colombia en los últimos años, con una tasa

de incidencia para 1996, 1999 y 2000 de 163, 179 y 190 por 100.000 mujeres, respectivamente^{16,17}.

Métodos

Población

Se realizó un estudio transversal dirigido a mujeres con edades entre 15 y 44 años, casadas o que convivieran con su pareja, y que residieran en el barrio Carlos Meissel, en la ciudad de Barranquilla, Colombia.

La población de referencia está compuesta por 4.230 mujeres, repartidas en 66 manzanas con un promedio de 12 casas por manzana. El tamaño de la muestra se calculó con el programa informático EpiInfo¹⁸, y se estimó un error alfa del 5%, un poder del 87% y una probabilidad de ocurrencia del evento en estudio del 0,5, con un ajuste del 10% por falta de colaboración, en un total de 269 viviendas.

Cuestionario, variables de interés y trabajo de campo

La información se recogió mediante una entrevista personal en el domicilio utilizando un cuestionario estructurado. Las entrevistas fueron realizadas por un grupo de encuestadoras debidamente entrenadas. Para realizar las entrevistas se contó con la aprobación y el apoyo de las Juntas de Acción Comunal y las organizaciones sociales del área de influencia. Se informó a las participantes de la importancia y el objetivo del estudio, así como de sus aspectos éticos y los relativos a su propia seguridad, y se garantizó la absoluta confidencialidad de la información recogida. También se contó con la colaboración del personal de la policía local con el fin de brindar protección a las encuestadoras y a las entrevistadas.

El cuestionario utilizado se adaptó a las recomendaciones éticas y de seguridad para investigación sobre violencia doméstica establecidas por la Organización Mundial de la Salud¹⁹. En él se incluyen 19 preguntas, correspondientes a 15 variables y divididas en cinco apartados: datos de identificación (5 ítems: edad, estado civil, escolaridad, tiempo de convivencia y número de hijos); consumo de alcohol y sustancias psicoactivas (4 ítems que evalúan de forma cualitativa nominal politémica el consumo de alcohol y drogas durante el último año, tanto en la encuestada como en su pareja –para el análisis, esta variable se presenta en forma dicotómica–); características económicas y sociales (4 ítems: situación laboral de la entrevistada y su cónyuge, ingresos familiares mensuales y gastos familiares mensuales, los dos últimos referidos a la media durante el último año); función familiar (5 preguntas tomadas

del cuestionario de función familiar Apgar Familiar^{20,21} que miden las funciones de adaptación, participación, crecimiento, afecto y resolución, con respuesta en 3 categorías ordinales de tipo Likert –«casi nunca», «a veces», «casi siempre»–) y, por último, la identificación del maltrato físico, que se valoró según existiese o no el antecedente de haber sufrido algún acto violento o agresión física por parte de la pareja (golpe, patada o paliza) durante los 12 meses previos a la entrevista.

En el test de Apgar Familiar, la función familiar se valora según la suma de las puntuaciones a las 5 preguntas, estableciéndose cuatro niveles: función familiar buena (FFB, 9-10), disfunción familiar leve (DFL, 7-8), disfunción familiar moderada (DFM, 4-6) y disfunción familiar grave (DFG < 4). Este instrumento ha demostrado tener validez de constructo²⁰ y se emplea para detectar el impacto de la función familiar en la salud de sus miembros, así como para conocer hasta qué punto la familia influye sobre la salud y la atención sanitaria.

El cuestionario fue evaluado en una prueba piloto sobre un grupo de mujeres en edad fértil residentes en el barrio La Manga del Sur Occidente de Barranquilla, para determinar su grado de comprensibilidad y su funcionamiento en general.

Análisis estadístico

Para el procesamiento y análisis de los datos se empleó el programa informático EpiInfo¹⁸. Se ha llevado a cabo un análisis descriptivo de todas las variables y se han calculado las *odds ratio* (OR) y los intervalos de confianza del 95% para los diferentes factores potenciales de riesgo mediante análisis bivariado.

Resultados

En todas las viviendas seleccionadas se consiguió entrevistar a una o más mujeres que convivían en pareja y se cumplieron los datos de un total de 275 cuestionarios. El 23,6% de las encuestadas pertenecía al grupo de edad de 30-34 años. El 70,9% estaba casada con su pareja por cualquier rito. Predominaba el grupo con estudios secundarios incompletos (28%). El 50,2% de las mujeres habían convivido con su pareja durante menos de 10 años. La mayoría de las mujeres tenían 3 hijos (41,5%). Para el total de la muestra, la prevalencia de maltrato fue del 22,9% y el grupo de edad más afectado fue el de mujeres entre 25 y 29 años (tabla 1).

Una proporción elevada de los varones (26,9%) eran consumidores habituales de alcohol durante el último

Tabla 1. Características sociodemográficas y prevalencia de maltrato físico en 275 mujeres de Barranquilla, Colombia

	n (%)
<i>Maltrato físico (sí)</i>	63 (22,9)
Edad (años)	
15-19	26 (9,5)
20-24	43 (15,6)
25-29	63 (22,9)
30-34	65 (23,6)
35-39	43 (15,6)
40-44	35 (12,7)
Estado civil	
Casada	195 (70,9)
Unión libre	80 (29,1)
Escolaridad	
Ninguna	17 (6,2)
Primaria incompleta	41 (14,9)
Primaria completa	53 (19,3)
Secundaria incompleta	77 (28,0)
Secundaria completa	38 (13,9)
Vocacional-técnica	32 (11,6)
Universidad	17 (6,1)
Tiempo de convivencia marital (años)	
0-4	46 (16,7)
5-9	92 (33,5)
10-14	82 (29,8)
15-19	25 (9,1)
20-24	13 (4,7)
25-29	17 (6,2)
Número de hijos	
0	8 (2,9)
1	25 (9,1)
2	78 (28,4)
3	114 (41,5)
4 o más	50 (18,2)
Consumo habitual de alcohol hasta embriagarse en los últimos 12 meses (sí)	
Mujer	13 (4,7)
Cónyuge	74 (26,9)
Consumo habitual de drogas durante la convivencia (sí)	
Mujer	2 (0,7)
Cónyuge	27 (9,8)
Situación laboral mujer	
Ama de casa	171 (62,2)
Empleada	57 (20,7)
Oficio informal	35 (12,7)
Desempleada	12 (4,4)
Situación laboral cónyuge	
Empleado	161 (58,6)
Empleo informal	76 (27,6)
Desempleado	38 (13,8)
Ingresos mensuales familiares en pesos (euros)	
< 150.000 (< 70)	49 (17,8)
150.000-300.000 (70-140)	172 (62,5)
> 300.000 (> 140)	54 (19,6)
Función familiar	
Buena función familiar	73 (26,5)
Disfunción leve	106 (38,5)
Disfunción moderada	69 (25,1)
Disfunción grave	27 (9,8)

año, que tomaban hasta la embriaguez, y aproximadamente un 10% consume o había consumido alguna sustancia psicoactiva durante el último año para uso recreativo. En cambio, entre las mujeres, el consumo de alcohol y de sustancias psicoactivas fue bajo en comparación con estudios nacionales²²⁻²⁴. Un 4,4% de las mujeres estaban desempleadas y el 62,2% era amas de casa. En los varones, la proporción de desempleados fue del 13,8% y el 58,6% tenía un empleo fijo. El 62,5% de los hogares ingresaban entre 150.000 y 300.000 pesos (70-140 euros). Por otra parte, según el test de Apgar Familiar el 38,5% de las mujeres presentaban DFL y un 9,8% DFG (tabla 1).

No se observó ninguna asociación entre maltrato y la edad, el tipo de unión marital, el grado de escolaridad, el tiempo de convivencia marital o la situación laboral del cónyuge o de la mujer. Las mujeres con dos hijos tenían un menor riesgo de maltrato físico, mientras que el consumo habitual de alcohol en la mujer o en su cónyuge aumentaba el riesgo de maltrato. De forma análoga, el consumo de alguna sustancia psicoactiva también fue factor de riesgo para maltrato físico. El grado de disfunción familiar se relaciona directamente con el riesgo de maltrato físico, que aumentaba muy marcadamente en las categorías de disfunción familiar moderada y grave (tabla 2).

Discusión

La violencia doméstica es un problema generalizado en países desarrollados y en desarrollo. Se estima que el 22% de las mujeres estadounidenses sufren violencia física marital, así como el 21% de las suizas, el 29% de las canadienses, el 34% de las egipcias, el 67% de las mujeres de Papúa-Nueva Guinea, el 16% de las camboyanas, el 47% de las de Bangladesh, el 45% de las etíopes o el 20% de las sudafricanas^{7,25}. En Colombia existen diferentes estadísticas que estiman esta misma prevalencia entre el 20²⁵ y el 50%²² (en mujeres desplazadas). Según datos del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF)^{16,17}, en Colombia, la violencia física está aumentando en los últimos años y ha llegado a afectar a 189,6 personas por 100.000 habitantes en el año 2001. Del total de los casos registrados en el país por violencia conyugal, el 91% son mujeres. Las ciudades con mayores tasas de violencia doméstica fueron Tunja, San Andrés, Puerto Carreño, Leticia, Villavicencio, Yopal y Popayán. En ciudades como Cali, Barranquilla, Ibagué, Neiva, Arauca, Bucaramanga y Bogotá se produjo un descenso de la tasa con respecto al año anterior. En las ciudades pertenecientes a dependencias del INMLCF¹⁷ es más fácil declarar el acto de agresión o maltrato a las mujeres con ciertas garantías, pese a que el aparato judicial sea

Tabla 2. Factores asociados a maltrato físico en 275 mujeres de Barranquilla, Colombia

Variable	Maltratadas (n)	No maltratadas (n)	OR cruda	IC del 95%
Edad (años)				
15-19	5	21	0,95	0,22-4,02
20-24	10	33	1,21	0,36-4,12
25-29	21	42	2,0	0,69-6,00
30-34	11	48	0,92	0,29-2,99
35-39	9	40	0,90	0,26-3,09
40-44	7	28	1,0	-
Estado civil				
Casada	44	151	0,94	0,49-1,81
Unión libre	19	61	1,00	-
Escolaridad:				
Ninguna	4	13	0,79	0,20-3,06
Primaria incompleta	12	29	1,05	0,38-2,94
Primaria completa	16	37	1,11	0,42-2,91
Secundaria incompleta	22	55	1,02	0,40-2,55
Vocacional-técnica	9	23	1,0	-
Tiempo de convivencia (años)				
0-4	11	35	1,02	0,24-4,64
5-9	23	69	1,08	0,29-4,40
10-14	15	67	0,73	0,18-3,08
15-19	7	18	1,26	0,25-6,59
20-24	3	10	0,98	0,13-7,11
25-29	4	13	1	-
Número de hijos				
0	5	7	1	-
1	7	19	0,52	0,12-2,17
2	7	66	0,15 ^a	0,04-0,59
3	30	84	0,5	0,15-1,70
4 o más	14	36	0,54	0,15-2,0
Consumo alcohol mujer				
Sí	8	5	6,02	1,7-22,2
Consumo drogas cónyuge				
Sí	19	8	11,01	4,22-29,51
Consumo alcohol cónyuge				
Sí	41	33	10,11	5,11-20,16
Situación laboral mujer				
Ama de casa	50	121	2,20	0,95-5,23
Situación laboral cónyuge				
Desempleado	12	26	1,35	0,58-3,10
Ingresos mensuales en pesos (euros)				
< 150.000 (< 70)	16	33	8,24	2,03-38,83
150.000-300.000 (70-140)	44	128	5,84	1,64-24,73
> 300.000 (> 140)	3	51	1	-
Función familiar				
Buena función familiar	3	70	1	-
Disfunción leve	10	96	2,43	0,65-9,16
Disfunción moderada	29	40	16,92	4,84-59,08
Disfunción grave	21	6	81,67	18,8-355

poco operativo¹⁶. En la muestra estudiada en el presente trabajo se observaba una prevalencia de violencia doméstica contra las mujeres del 23% durante el último

año, frecuencia que es relativamente alta si se tiene en cuenta que se trata de una subpoblación.

En nuestro estudio, el grupo de edad que presenta una mayor frecuencia de maltrato corresponde a las mujeres de 25-29 años. Otros estudios obtienen diferentes resultados. En Buenos Aires²⁶, las mujeres entre 15 y 24 años padecen menos agresiones que el resto de las mujeres, mientras que, según el informe de Profamilia^{22,27,28}, las mujeres colombianas de 17-18 años presentan una mayor proporción de maltrato, seguidas del grupo de mujeres de 30-39 años. El proyecto ACTIVIA⁵ encuentra que el grupo de 18 a 30 años es el más afectado.

En nuestro estudio no se observa ninguna relación entre el tipo de unión con la pareja y el maltrato. En el estudio realizado por la Dirección General de la mujer de la ciudad de Buenos Aires²⁶ se encontró que la mayor proporción corresponde a mujeres casadas. No obstante, Straus et al²⁸ consideran que las parejas con un vínculo no formal tienen una mayor probabilidad de sufrir malos tratos debido al menor compromiso de la unión y al poco esfuerzo para mantenerla. En el caso de Colombia, cabe destacar que, actualmente, la unión no formal tiene los mismos derechos que la unión formal.

El papel del consumo de alcohol o drogas psicoactivas por parte del varón se encuentra documentado por diversos estudios. En México, en el 49% de los casos el agresor se encuentra bajo los efectos del alcohol o las drogas²⁹. Si a este hecho se suma la disfunción familiar, se incrementa la generación de violencia, teniendo en cuenta que ambos factores aumentan las dificultades en la comunicación, elevan el nivel de estrés y permiten que se perpetúe el ciclo de pobreza. En el proyecto ACTIVIA⁵ se describen, como aspectos que facilitan la violencia, la embriaguez, haber sido golpeado durante la infancia y tener armas de fuego. En nuestro estudio encontramos diferencias significativas en cuanto a la función familiar: en la medida en que la familia es menos capaz de resolver sus problemas y adaptarse, la situación de violencia se incrementa. Es muy probable que a esta situación se sumen otras variables de tipo social, como el nivel educacional, y otras actitudes de orden comunicativo que pueden explicar este fenómeno.

En Perú, la Policía Nacional y la Oficina de Desarrollo Estratégico del Perú³⁰ evaluaron a 6.118 mujeres maltratadas, de las que el 63% tenía problemas de tipo conyugal, el 10%, problemas en el ámbito familiar y el 9%, problemas de tipo económico, entre otros. Según la ocupación, las amas de casas presentaron el mayor porcentaje de maltrato respecto a las diferentes opciones de trabajo (ama de casa, 53%; ocupación informal, 23%; profesionales, 6%, y otras ocupaciones, 0,3%). En nuestro estudio, el hecho de ser ama de casa no mostró ser un factor de riesgo para violencia física marital.

El riesgo de maltrato marital aumenta conforme los ingresos mensuales disminuyen por debajo de 300.000 pesos (140 euros). Algunos autores consideran que la condición socioeconómica está relacionada de forma directa con la violencia, y argumentan que la pobreza se comporta más como un factor que define conductas agresivas que como un elemento que las facilita^{5,6,22,27}.

Entre las variables evaluadas hemos encontrado que tener dos hijos podría ser un factor protector contra la violencia física marital. En otros trabajos se ha señalado que, al aumentar el número de hijos, se incrementa el riesgo de violencia²⁶, entendiéndose que al aumentar los miembros en una familia se genera estrés y se incrementa la carga económica para la pareja.

Los actos de violencia en la pareja se generan de forma bidireccional y son producto de múltiples factores, entre los que destacan haber experimentado malos tratos en la infancia, el bajo nivel social, el hacinamiento, el desempleo, las dificultades de comunicación y determinadas actitudes y valores. Es importante tener en cuenta la hipótesis del proceso circular de la violencia o de su transmisión generacional, planteada en el proyecto ACTIVA⁵, lo cual permite diseñar estrategias preventivas desde la salud pública, así como el abordaje y la intervención multiprofesional.

Es poco probable que en nuestros datos exista un sesgo de memoria con referencia al hecho violento, a pesar de que las mujeres eviten denunciar a sus cónyuges a las autoridades locales; sin embargo, no descartamos que se subestime la presentación del maltrato físico marital debido a que las mujeres justifican en cierta medida estas conductas como formas de control^{5,11,28}. El análisis de algunas variables (consumo de alcohol o sustancias psicoactivas) se ha basado en categorías dicotómicas debido a la distribución de las respuestas obtenidas por parte de las mujeres, lo que limita las posibilidades. Esta situación guarda una estrecha relación con el nivel cultural y con el hecho de que ésta sea la primera experiencia de este tipo de encuesta en esta ciudad, en la que se indaga un tema de carácter privado e íntimo.

Las entrevistadoras eran acompañadas por un policía, que tenía el papel de proteger tanto al grupo de encuestadoras como a las encuestadas de cualquier acto violento durante el desarrollo de la entrevista. Sin embargo, consideramos que esto no influyó en las respuestas, dado que los policías no estaban presentes en el hogar en el momento de la encuesta; el mismo papel desempeñaron los representantes de la Junta de Acción Comunal del área.

En este estudio no se han contemplado otros elementos referidos a la actitud y a aspectos emocionales potencialmente relacionados con la violencia doméstica. Por tratarse de un diseño de tipo transversal, la dirección de las asociaciones observadas es incierta. Por tanto, se hace necesario continuar esta línea de investigación con diseños longitudinales. Según los resultados de este estudio, entre las mujeres del área estudiada de la ciudad de Barranquilla, las que tienen un mayor riesgo de maltrato físico por parte de sus parejas son las que manifiestan haber consumido o consumen con frecuencia alcohol y sustancias psicoactivas; las que tienen ingresos económicos inferiores a 140 euros mensuales y las que presentan problemas de disfunción familiar moderada y grave. Todos estos factores son potencialmente modificables.

Agradecimientos

Los autores de esta investigación agradecen la participación de las estudiantes de medicina de la Universidad del Norte, Ana María Castro, Mónica Manjares y Ana Elena Quintero, en la aplicación y tabulación de encuestas, y la participación de los líderes comunitarios del barrio Carlos Meissel de Barranquilla. De igual forma, agradecen los comentarios recibidos del Dr. Fernando Rodríguez-Artalejo.

Asimismo, agradecen el apoyo prestado por el Proyecto UNI-Barranquilla, de la Universidad del Norte, por el apoyo logístico y técnico necesario para el desarrollo de esta investigación.

Bibliografía

1. Naciones Unidas. Declaración sobre la eliminación de la violencia contra las mujeres 1993. Informe técnico No. A/RES/48/104. New York: ONU, 1994.
2. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de la Mujer. Violencia contra las mujeres, Salud 12. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2000; p. 1-42.
3. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de la Mujer. La atención sociosanitaria ante la violencia contra las mujeres. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2001; p. 7-125.
4. Franco S. Violencia, derechos humanos y salud. En: Derechos Humanos Salud. México: Instituto de Estudios Jurídicos. Universidad Autónoma de México, 1961.
5. Moreno MF. La violencia en pareja. Rev Panam Salud Publica 1999;5:245-58.
6. Moreno MF. Actitudes autoritarias y violencia en Madrid. Rev Panam Salud Publica 1999;5:286-94.
7. Banco Mundial. World development report 1993: Investing in health. New York: Oxford University Press, 1993.
8. Day T. The health related cost of violence against women in Canada: the tip of the iceberg. Ontario: Center of Research on Violence Against Women and Children, 1998; p. 320-2.
9. Rodgers K. Wife assaults: the findings of a National Survey. Juristat Service Bulletin Statistics Canada 1994;9:14-89.

10. Mooney J. The hidden figure: domestic violence in north of London. London: Middlesex University, School of Sociology and Social Policy, 1995.
11. Gelles R, Straus MA. Societal change and change in family violence from 1985-1996 as revealed by two National Survey. *J Marriage Fam* 1996;48:465-79.
12. Flynn C. Relationship violence by women: issues and implications. *Family Relations* 1990;39:194-8.
13. Bennett T, Cohen R, Ellard J. Coping with an abusive relationships (I): how and why do women stay? *J Marriage Fam* 1991;53:311-25.
14. Larrain S. Violencia doméstica contra la mujer en América Latina y el Caribe: revisión de dos décadas de acción. En: Conferencia sobre violencia doméstica en América Latina y el Caribe. Washington: Banco Interamericano de Desarrollo, 1997.
15. Ellsberg M. Confites en el infierno: prevalencia y características de la violencia conyugal. Managua: Asociación de Mujeres por la Democracia, 1996.
16. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Forensis, 1999 datos para la vida. Santafé de Bogotá: Panamericana, 2000; p. 72-94.
17. Instituto Nacional de Medicina legal y Ciencias Forenses. Consolidado por regiones y tipo de violencia 1999-2000-2001. Consultado el 1 de septiembre de 2002. Disponible en: <http://www.medicinalegal.org.co>
18. EpiInfo 6 (programa informático) versión 6.04 en español. Atlanta: Centro de Control de Enfermedades de Atlanta y Organización Panamericana de la Salud, 1996.
19. Organización Mundial de la Salud. Dando prioridades a las mujeres. Recomendaciones éticas y de seguridad para investigación sobre violencia doméstica contra las mujeres. Informe técnico n.º OMS/EIP/GPE/99. Geneve: Organización Mundial de la Salud, 1999.
20. Asociación Colombiana de Facultades de Medicina y Fundación WK Kellog. Salud Familiar para América Latina. Bogotá: ASCOFAME, 1991.
21. Badía X, Salamero M, Alonso J. La medida de la salud. Guía de escala de medición en español. Barcelona: Edimac, 1999; p. 78-82.
22. Departamento Nacional de Estadística. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Departamento Nacional de Planeación y Ministerio de Salud. Encuesta sobre la niñez y la adolescencia en Colombia. Bogotá: República de Colombia, 1996; p. 16-7.
23. Profamilia. Encuesta nacional de salud sexual y reproductiva de mujeres y adolescentes que viven en condiciones marginales y de desplazamiento forzado en Colombia. Consultado en abril de 2002. Disponible en: <http://www.profamilia.org.co>
24. Ministerio de Salud. Dirección General de Promoción y Prevención. Política nacional de salud mental y reducción del riesgo del consumo de sustancias psicoactivas. Informe técnico. Santa Fe de Bogotá: República de Colombia, 1998; p. 28-30.
25. Population Reports. Information program. Center for Communication Programs, Johns Hopkins School of Public Health. Para acabar con la violencia contra la mujer. Disponible en: <http://www.jhucpp.org/pr/prs/sl11edsum.shtml>
26. Arbisi F. Mujer golpeada. La mayoría trabaja y tiene más de 35 años. Buenos Aires: Clarín, 26 de septiembre de 1997; p. 42.
27. Profamilia. Reflexiones para la investigación en el problema familiar. Bogotá: Consejería Presidencial para la Política Social, 1995.
28. Straus MA, Gelles RJ, Steinmetz SK. Behind closed doors: violence in the American family. Garden City: Anchor Press, 1980.
29. Shiroma M. Salud reproductiva y violencia contra la mujer. Asociación Mexicana de Población, Consejo Estatal de Población. Nuevo León: El Colegio de México, 1996.
30. Ministerio de Promoción de la Mujer y del Desarrollo Humano. Cendoc Promudec. Revista Bibliográfica sobre la Mujer 1998;1:1-79.