

Violencia intrafamiliar en Chile y su impacto en la salud: una revisión sistemática

TOMÁS LEÓN^{1,a}, MARCELA GREZ^{2,b}, JUAN ANDRÉS PRATO¹,
RAFAEL TORRES¹, SERGIO RUIZ^{1,3,4}

Domestic violence in Chile

According to recent surveys, there is a high prevalence of domestic violence (DV) in Chile. A systematic review was conducted in PubMed, Scielo, and Lilacs with the MeSH terms "Chile", "Mental Health", "Health", "Domestic Violence", to explore the impact of DV on health in Chile. Eleven studies fulfilled the inclusion criteria. Two studies were prospective, exploring the influence of DV on maternal-infant health. Nine studies explored the influence of DV on mental health in adults. DV was associated with deranged mental health indicators specially anxiety and depressive symptoms and suicidal ideation. Similar results were observed among mothers who were victims of violence and their children. It is concluded that DV is a complex phenomenon with serious effects on health. However the number of studies on the subject is low and new follow up studies are required. Predictive models for DV and effective preventive measures are urgently needed.

(Rev Med Chile 2014; 142: 1014-1022)

Key words: Chile; Domestic Violence; Mental Health.

¹Departamento de Psiquiatría, Pontificia Universidad Católica de Chile.

²Universidad del Desarrollo, Facultad de Psicología, Santiago, Chile.

³Centro Interdisciplinario de Neurociencias, Pontificia Universidad Católica de Chile.

⁴Institut für Medizinische Psychologie und Verhaltensneurobiologie. Eberhard Karls. Universität Tübingen. Deutschland.

^aResidente de Psiquiatría.
^bPsicóloga.

Fuente de apoyo financiero: Dirección de Investigación, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Recibido el 5 de noviembre de 2013, aceptado el 18 de julio de 2014.

Correspondencia a:
Dr. Sergio Ruiz Poblete
Departamento de Psiquiatría,
Escuela de Medicina,
Centro Interdisciplinario de
Neurociencias, Pontificia
Universidad Católica de Chile.
Marcoleta 391, oficina 201c,
Santiago.
Teléfono: + 56 9 50059213
smruiz@med.puc.cl

A pesar de la creciente preocupación por las desigualdades de género, una de sus más graves manifestaciones, la violencia intrafamiliar (VIF) -o violencia doméstica-, se presenta aún con alta frecuencia. Estudios internacionales han mostrado que su prevalencia puede llegar a 70%¹. Ya sea de forma psicológica, física o sexual, la VIF se ha asociado a mayores gastos en salud² y a una mayor prevalencia de diversas patologías de salud mental, tales como trastornos de ansiedad, trastornos por abuso de sustancias y trastornos anímicos^{1,3-5}.

Literatura internacional sugiere que los factores de riesgo para la presencia de VIF son múltiples, e incluyen un bajo nivel socio-económico (NSE), la baja escolaridad de los integrantes de la familia, la situación de embarazo de la víctima, entre otros⁵⁻⁸. Como factores protectores se han descrito tener empleo, el apoyo familiar y social y encontrarse casado⁹.

En Chile, estudios realizados en las últimas décadas sugieren que la VIF es un fenómeno frecuente, con prevalencias de vida descritas entre 35 y 80%, dependiendo de la población analizada y la metodología utilizada¹⁰⁻¹². A modo ilustrativo, datos presentados por el Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM) muestran que durante el año 2012 ocurrieron 34 femicidios¹³. Sin embargo, a pesar de que una serie de estudios sugieren que la VIF se presenta frecuentemente en nuestro país^{10-12,14}, el conocimiento que poseemos de las particularidades de la relación entre de la VIF y la salud en Chile es limitado.

El presente estudio busca revisar la literatura nacional que explore la relación entre la VIF y la salud física y mental. Asimismo, se intentará identificar los factores de riesgo o protectores que hayan sido estudiados para la aparición de VIF y su influencia en la salud de las víctimas.

El objetivo final de esta revisión es establecer el

grado de conocimiento respecto al fenómeno de la violencia y su impacto en la salud en nuestro país. De esta forma, se espera establecer la base teórica sobre la que, a posteriori, se inicien nuevos estudios que permitan una mayor comprensión de este importante fenómeno en Chile.

Objetivos

Revisar la literatura disponible en nuestro país que estudie la VIF y su relación con la salud tanto física como mental.

Métodos

Se realizó una revisión sistemática con los términos MESH “Chile”, “Mental Health”, “Health” y “Domestic Violence” en PubMed donde se encontraron 13 artículos, en Scielo donde se encontraron 29 publicaciones y en Liliacs donde se encontraron 62 trabajos. Mediante lectura de resúmenes se seleccionaron 11 trabajos que cumplieran los siguientes criterios de inclusión: a) trabajo realizado con población Chilena; b) que incluyera algún tipo de estandarización para la evaluación de la VIF y la salud.

Resultados

Nueve de los 11 estudios encontrados fueron de carácter transversal y realizados en comunidades urbanas. El detalle respecto a la metodología y el tipo de población evaluada en cada estudio se resume en la Tabla 1.

A continuación se presentan resultados de estos estudios incluyendo los valores estadísticos disponibles.

Prevalencia de VIF

En general, los estudios incluidos en esta revisión confirmaron que la VIF en Chile presenta una alta prevalencia de vida. En población general se reportó un prevalencia de vida de 40,85% (15), 49,3% (16) y 50,3% (10). En servicios de atención pública de salud (APS) se reportó una prevalencia de vida de 42,2% (17), 64% (14), 79% (12) y 86,4% (11).

Sólo dos estudios evaluaron la prevalencia de último año de VIF encontrando 22% de prevalencia en APS¹¹ y 14,5% en pacientes embarazadas que consultaron a sus controles de natalidad en APS¹⁷.

Seis estudios exploraron la prevalencia de los distintos tipos de violencia, mostrando que el tipo más frecuente es la violencia psicológica, seguida por la violencia física y por último la sexual^{11,12,14-17}. Las combinaciones de estas distintas formas de violencia fueron también frecuentes, variando entre 13,2% para la combinación de violencia física y psicológica y 12,5% para la violencia física-psicológica-sexual¹⁰.

Con respecto a los factores de riesgo o protectores, en cuatro estudios^{10,12,14,15} se evaluó la relación entre el NSE y VIF. Los resultados mostraron que un nivel socio económico bajo se asoció a una mayor prevalencia de VIF, especialmente en el caso de la violencia sexual. Urzúa y cols. mostraron que la prevalencia de VIF en el NSE alto era 26,7%, versus 42,8% en los NSE medio-bajo y bajo. Este estudio señaló además que un mayor nivel educacional de ambos integrantes de la pareja se comporta como un factor protector¹⁰. En la misma línea, Vizcarra mostró que la menor educación se asoció a VIF física ($p = ,019$)¹⁵. El antecedente de VIF durante la infancia del cónyuge se asoció significativamente a la presencia de violencia psicológica ($p = ,02$) pero no a violencia física ($p = ,1$) ni sexual ($p = ,06$)¹⁵.

En relación al rol de las redes sociales y familiares se observó que una adecuada red de apoyo se asoció a una disminución de la VIF en el estudio de Urzúa y cols.¹⁰, pero no se comportó como factor protector en el estudio de Vizcarra y cols. ($p = ,07$)¹⁵. El estado conyugal por su parte no influyó en la prevalencia de VIF^{10,12,15}.

El consumo de alcohol se asoció a una mayor prevalencia de VIF, tanto el consumo de la mujer ($p = ,001$) como el del marido ($p = ,000$)¹⁵.

Finalmente, la edad de la mujer no mostró relación significativa con la presencia de VIF¹⁰.

Impacto de la VIF en la salud

a) Salud general

La mayoría de los estudios incluidos en esta revisión mostraron que la VIF tiene un efecto negativo en la salud (Tabla 2).

Cuatro estudios evaluaron el estado de salud general por medio de escalas de autoreporte. Dos fueron de carácter prospectivo^{18,19}, mientras que los otros fueron de carácter transversal, analizando la situación de mujeres en controles ambulatorios¹¹ o en comunidades urbanas¹⁰.

Tabla 1. Descripción de los estudios que exploran la relación entre VIF y salud en Chile

Referencia	Tipo de muestra	Diseño experimental	Instrumentos de evaluación
Arcos et al 2001	79 Embarazadas con VIF vs 52 embarazadas sin VIF. En APS	Seguimiento. Desde embarazo a 11 meses vida	Test Norton Fichas clínicas
Arcos et al 2003	79 Embarazadas con VIF vs 52 embarazadas sin VIF. En APS.	Seguimiento. Desde embarazo a 11 meses vida	Test Norton Ficha clínica Mediciones antropométricas
Arcos et al 2006	59 mujeres En control por trastornos ansiosos o depresivos en Consultorio Rural de la ciudad de San José de la Mariquina	Transversal	Test Norton
Urzúa 2001	Mujeres de 15 a 49 años de las regiones Metropolitana y de la Araucanía, Región Metropolitana: 1.358 mujeres Región de la Araucanía: 1.363 mujeres En comunidades urbanas	Transversal	Protocolo básico para la investigación llamado Estudio Multinacional de la OMS sobre la Salud de la Mujer y la Violencia Intrafamiliar. Incluye Self Report Questionary
Crempien et al 2011	256 embarazadas en control prenatal En APS Edad promedio 25 años. DS 6,65	Transversal	Abuse Assessment Screen Goldberg's General Health Questionnaire
Aguirre 2010	42 mujeres Consultantes derivadas a de instituciones destinadas a manejo de víctimas de violencia. En la Región del Bio-Bío	Transversal	Entrevista Ad hoc, basada en Labrador y Rincón. Ficha de Antecedentes Personales de Rincón Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático
Vizcarra 2001	422 mujeres entre 15 a 49 años. Comunidad Santa Rosa, Temuco	Transversal	Escala ad hoc para violencia. Self Reporting Questionnaire (SRQ)
Vizcarra 2010	3.972 mujeres, de Chile Egipto India y Filipinas En Chile: comunidad Santa Rosa, Temuco	Transversal	VIF física definida como "se abofeteado, golpeado, pateado, herido o amenazado por la pareja hombre durante el último año". VIF psicológica incluyó ser insultado, minimizado, amenazado o abandonado. Self Reporting Questionnaire (SRQ)
Quelopana 2012	163 mujeres APS	Transversal	Women Abuse Screen, validada en hispano parlantes The Postpartum Depression Screening Scale (PDSS)-Spanish version
Illanes 2007	422 mujeres Comunidad urbana	Transversal	Cuestionario de Self Reporting Questionnaire (SRQ 20)
Ceballos 2004	215 mujeres En APS en control de sus hijos	Transversal	Graffar specific index para NSE Social readjustment rating scale modificado para eventos estresantes Conflict tactics scale para VIF CES-D para síntomas depresivos y cuestionario de criterios DSM III R para TEPT

Tabla 2. Principales resultados de los estudios incluidos

	Resultado relacionado con salud	Otros Resultados
Salud general		
Arcos et al 2001	<p>Mujeres con historia de VIF</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mayor número de embarazos no planificados • Mayor incidencia de parto prematuro • Mayor incidencia de Síndrome Hipertensivo del Embarazo • Mayor incidencia de Colestasia intrahepática del embarazo <p>Mujeres con VIF en el embarazo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mayor frecuencia de de infección urinaria • Retardo del crecimiento intrauterino • Colestasia intrahepática del embarazo <p>Hijos de madres con historia de VIF</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mayor incidencia de prematuridad • Bajo peso al nacer 	
Arcos et al 2003	<p>Niños de madres que sufrieron VIF presentaron</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menor adherencia a controles • Mayor morbilidad en etapa neonatal y post neonatal • Mayor frecuencia de bronconeumonía • Mayor número de consultas médicas en período neonatal • Sin diferencias antropométricas 	
Arcos et al 2006	<p>Mujeres con VIF</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mayor frecuencia de consultas médica en consultorio 	
Salud mental		
Urzúa 2001	<p>Mujeres con VIF presentaron</p> <ul style="list-style-type: none"> • Peor autopercepción de salud • Mayor autoreporte de enfermedades • Mayor número de síntomas de salud mental • Mayor frecuencia de ideas e intentos de suicidio • Peor bienestar emocional en hijos 	<p>Factores protectores de VIF</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mayor NSE • Mayor nivel educacional de jefe de hogar • Mayor nivel educacional mujer • Mujeres casadas • Red apoyo familiar
Crempien et al 2011	<p>Mujeres con VIF</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mayor posibilidad de tener escala de Golberg positiva 	
Aguirre 2011	<p>Mujeres con VIF</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un 66,7% de la muestra presentaba sintomatología de estrés postraumático • Un 40,5% presentaba TEPT y un 26,2% reunía los criterios de estrés postraumático subsindromático 	
Vizcarra 2001	<p>Mujeres con VIF</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mayor número de síntomas depresivos y ansiosos 	<p>Factores de riesgo de VIF</p> <p>En el marido</p> <ul style="list-style-type: none"> • Historia de VIF • Bajo nivel escolaridad • Empleo ocasional • Consumo excesivo de alcohol <p>En la mujer</p> <ul style="list-style-type: none"> • Historia de VIF • Bajo nivel de escolaridad • Carencia de empleo • Consumo de alcohol • Falta de redes de apoyo vecinal
Vizcarra 2010	<p>En la muestra Chilena un SRQ positivo no se asoció a VIF</p>	
Quelopana 2012	<p>Mujeres con VIF</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existe una relación positiva entre cualquier tipo de violencia actual o en historia y síntomas de depresión post parto 	
Illanes 2007	<p>Mujeres con VIF</p> <ul style="list-style-type: none"> • La violencia psicológica se asocia a síntomas ansiosos y depresivos • La violencia sexual se asocia a síntomas ansiosos y depresivos 	
Ceballos 2004	<p>Mujeres con VIF</p> <ul style="list-style-type: none"> • Violencia psicológica se asoció más síntomas depresivos y a más TEPT • Violencia física se asoció más síntomas depresivos y a más TEPT 	<p>Factores de riesgo de VIF</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bajo NSE • Mayor cantidad de eventos vitales estresantes • Mayor número de hijos

Abreviaciones: VIF = Violencia intra familiar. NSE = Nivel Socio Económico. SRQ = Self Reporting Questionnaire. TEPT = Trastorno de estrés post traumático. Los resultados presentados son todos significativos con $p < ,05$.

El estudio realizado por Urzúa y cols., en que se incluyó a mujeres de la comunidad de la Región Metropolitana y de la Araucanía mostró que las mujeres que han sufrido VIF tienen peor percepción de su propia salud que el grupo control: 65% de las mujeres sin VIF reportaban su salud como “muy buena o excelente” en comparación con 47% de las mujeres que reportaron VIF física o sexual¹⁰. Un mayor porcentaje de mujeres víctimas de VIF reportaron problemas de salud en el último mes (56%) comparadas con las mujeres sin VIF (42%)¹⁰. En la misma línea, Arcos y cols. evaluaron mujeres de un consultorio rural mostrando que aquellas que sufrieron VIF consultaron significativamente más a medicina general que mujeres que no reportan experiencias de violencia (media: 4,3 vs 3,3 consultas; $p < ,05$)¹¹.

b) Salud Materno-Infantil

Dos trabajos evaluaron la salud materno-infantil y su asociación con violencia, ambos de carácter longitudinal, incluyendo madres en control de embarazos en APS^{18,19}.

Los resultados mostraron que la presencia de VIF de cualquier tipo se asoció con un mayor número de consultas por bronconeumonía (35,5 vs 23,9; $p < ,05$, RR 2,8; IC 95%: 1,01-7,8)¹⁹, a una mayor comorbilidad en el embarazo¹⁸ y a peores resultados en las evaluaciones de salud de estos niños¹⁹.

Además, la mayoría de los indicadores de salud empeoraron significativamente en el grupo que reportaba haber sido víctima de violencia previo al embarazo. Este grupo presentó una significativa ($p < ,05$) mayor incidencia de parto prematuro (6,5% vs 2,0%), amenaza de aborto (RR 1,44), síndrome hipertensivo (RR 1,5) y colestasia intrahepática del embarazo (CIE; RR 1,47). Si la violencia persistía durante el embarazo, se reportó además un aumento de riesgo de infección urinaria (RR 2,88), retardo del crecimiento intrauterino (RR 3,7), y CIE (RR 2,58), comparado con el grupo que sólo experimentó violencia previa al embarazo¹⁸.

Luego del parto, los neonatos del grupo de madres víctimas de VIF presentaron una mayor incidencia, aunque no significativa, de prematuridad (5,1% vs 2,0%), peso insuficiente (19,2% vs 10,2%) y bajo peso al nacer (3,8% vs 2,0%)¹⁸. Además, los neonatos del grupo VIF tuvieron mayor morbilidad respiratoria que el

control. El resto de las variables, como talla, apgar y circunferencia craneana, no mostraron diferencias significativas^{18,19}.

El seguimiento durante un año del nacer mostró que los niños cuyas madres sufrieron violencia tuvieron una menor asistencia a “controles de salud niños sano” (56,5% vs 75,5%, respectivamente, $p < ,05$), siendo 1,8 veces mayor el riesgo relativo de incumplimiento para el grupo índice (RR: 1,8; IC 95%: 1,0-3,5, $p < ,05$). No se encontraron diferencias significativas en las variables antropométricas entre ambos grupos y no hubo diferencias en la prevalencia de otras morbilidades¹⁹.

c) Salud mental

De los 11 trabajos analizados, 9 evaluaron la salud mental de sus participantes. Todos estos trabajos fueron de carácter transversal, en mujeres consultantes en servicios de atención ambulatoria (ya sea en control en servicios APS^{11,12,14,17} o centros especializados en VIF (20)), o evaluadas en sus hogares^{10,15,16,21}. La escala de medición más utilizada fue el “Cuestionario de auto-reporte” (SRQ por sus siglas en inglés) creado por la Organización Mundial de Salud (OMS)^{22,23}, que reúne síntomas ansiosos y depresivos (aunque sin establecer diagnósticos).

Síntomas ansioso-depresivos

La asociación entre VIF y detrimento de la salud mental fue evaluada en tres estudios utilizando el cuestionario SRQ. Dos de estos trabajos reunían mujeres de comunidades urbanas del sector de Santa Rosa, en la comuna de Temuco^{15,21}. Mientras que uno de estos estudios mostró que todo tipo de violencia se asoció a una mayor sintomatología ($p = ,000$)¹⁵, el segundo estudio (estudio multinacional, que reunió información de mujeres seleccionadas en cuatro países con encuestas estandarizadas) no encontró relación entre violencia actual y empeoramiento de síntomas psiquiátricos²¹.

El estudio de Illanes y cols., realizado en Temuco, mostró que tanto la violencia psicológica como la sexual se asociaron a un mayor puntaje en el SQR con ORs de 3,2 ($p = ,000$) y 9,72 ($p = ,007$) respectivamente¹⁶.

Crempien y cols., por su parte, utilizaron la

escala heteroaplicada de Goldberg para síntomas ansiosos y depresivos. Esta escala se aplicó en mujeres durante su control prenatal, reportándose que la violencia se asociaba una mayor sintomatología psiquiátrica, con $r = ,247$ ($p = ,000$)¹⁷.

Suicidio

La historia de VIF se asoció con un riesgo cuatro veces mayor de ideación suicida, y a mayor número de intentos suicidas¹⁰.

Consumo de alcohol

Urzua y cols. no encontraron asociación entre presencia de VIF y consumo de alcohol en mujeres¹⁰.

Depresión post-parto

El estudio de Quelopana¹⁴ evaluó la asociación entre VIF y síntomas de depresión post parto en mujeres en control en APS de una comunidad urbano-rural. La presencia de violencia actual o previa se asoció a una mayor prevalencia de síntomas de depresión post parto (OR = 5,31, 95% CI = 2,52-11,18), usando la "Escala de tamizaje para depresión post parto", escala validada en Chile²⁴.

Trastorno de estrés postraumático

Aguirre y cols. evaluaron a mujeres en tratamiento en centros de atención a víctimas de VIF. Los resultados mostraron que 60,7% de las encuestadas presentaba síntomas de trastorno por estrés post traumático (TEPT). Además, 40,5% cumplía los criterios para establecer diagnóstico, según la cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV por sus siglas en inglés). El subtipo más frecuente encontrado en este grupo fue el de TEPT crónico²⁰. En la misma línea, el trabajo de Ceballos¹² realizado en APS encontró que la violencia psicológica y verbal se asociaban significativamente a la presencia de TEPT, usando los criterios del DSM III-R ($R = ,33$, $p < ,01$).

Discusión

A la fecha, once estudios publicados han explorado la relación entre la VIF y la salud en nuestro país. Los resultados de estos estudios arrojan una alta prevalencia de vida de VIF (50-80%), cifras mayores a las reportadas en estudios epidemiológicos en Chile, que han descrito prevalencias cercanas a 35%^{25,26}. Esta diferencia podría ser explicable pues la mayoría de los trabajos incluidos en esta revisión incluyen poblaciones consultantes, donde, debido a la potencial relación entre VIF y salud, es esperable una mayor prevalencia de VIF. Los estudios que incluyeron poblaciones no consultantes, también reportaron prevalencias mayores a las descritas por el SERNAM^{10,16,21}, diferencias que pudieran explicarse por las distintas metodologías utilizadas.

Comparados con datos disponibles en la literatura internacional, las prevalencias de VIF encontradas en nuestro país son en general comparables o tienden a ser superiores. A modo de ejemplo, el estudio realizado por la OMS en distintos países desarrollados y no desarrollados mostró prevalencias de VIF entre 15 y 71%²⁷. Otro estudio en atención primaria de un país en vías de desarrollo encontró cifras comparables a las chilenas, con una prevalencia de vida de 80,8%²⁸.

Respecto a la modalidad de violencia, la violencia psicológica mostró ser la de mayor prevalencia^{11,12,14-17}, de forma congruente con lo reportado por estudios internacionales²⁸⁻³⁰. La asociación entre VIF, bajo NSE y la baja escolaridad de ambos cónyuges^{6,31}, coincide también con lo descrito en la literatura.

Con respecto al apoyo social, encontramos resultados contradictorios, apareciendo como protectores en algunas poblaciones^{32,33} y sin asociaciones significativas en otras^{7,34}.

En relación al impacto de la VIF y la salud general, los estudios coinciden en mostrar que la VIF se asocia a un detrimento de distintos parámetros de salud. En efecto, los resultados indican que las mujeres víctimas de VIF poseen un mayor utilización de servicios de salud¹¹ y una peor percepción de su estado de bienestar¹⁰. Además, al menos dos estudios confirman el negativo impacto de la VIF durante el puerperio¹⁸ y en la salud neonatal¹⁹.

Respecto a la salud mental, la mayoría de los estudios revisados muestran que la VIF se asocia a peores índices de salud, ya sea a nivel de síntomas

ansioso-depresivos¹⁷, de síntomas de estrés post traumático¹² o de ideación suicida¹⁰. La única excepción es el estudio de Vizcarra y cols.²¹, en que la alta prevalencia de sintomatología psiquiátrica en la muestra seleccionada pudiera dificultar el hallazgo de asociaciones entre las variables. Comprensiblemente, el trastorno mental más estudiado fue el TEPT. Los hallazgos confirmaron que es un trastorno frecuente en víctimas de VIF²⁰ y que se asocia a las distintas modalidades de violencia¹².

En resumen, los trabajos incluidos en esta revisión confirman la asociación entre la VIF y el detrimento de salud de las víctimas, tanto física como psicológica.

Sin embargo, la interpretación de estos resultados posee severas limitaciones. En primer lugar, el número de estudios que han abordado este tema es escaso, resultado llamativo si se considera la alta prevalencia de VIF en nuestra sociedad, el demostrado impacto de la VIF en la salud poblacional y la alta difusión mediática de este fenómeno.

Además, si bien se ha analizado el rol de algunos factores de riesgo y protectores, la mayoría de los análisis son descriptivos y correlacionales. El uso de modelos conceptuales que permitan un análisis más complejo de la interrelación entre los distintos factores predictores de violencia y su impacto en la salud es aún una excepción¹².

En el caso específico de la salud mental, no existe en Chile ningún trabajo de carácter prospectivo que investigue la presencia de VIF y su asociación con síntomas mentales, ni que analice cómo estos factores se interrelacionan en el tiempo con otros factores epidemiológicos.

Los instrumentos de evaluación de la violencia por su parte no han estado siempre validados para población chilena o latinoamericana^{12,14,17}. Además, el uso de instrumentos de "auto-reporte" pudiera producir una sub-valoración tanto de la VIF como de la salud. Con sólo dos excepciones^{12,14}, la mayoría de los trabajos han utilizado escalas que miden la presencia de síntomas psiquiátricos, pero que no establecen la presencia de entidades diagnósticas.

Por otra parte, no existen en nuestro país estudios en población consultante a centros especializados de salud mental, ya que la mayoría de la información publicada se enfoca en centros de atención primaria. Tampoco existen estudios nacionales que establezcan el potencial impacto de la prevención de VIF (medidas de intervención sobre

los factores de riesgo, promoción de autonomía, educación para la denuncia) o del tratamiento médico sobre el pronóstico en salud. Otros elementos no estudiados en Chile, pero descritos en la literatura internacional, incluyen el efecto a largo plazo en la salud mental de la víctima, el seguimiento a largo plazo de niños de madres víctimas de VIF durante la gestación, o el efecto en la salud mental de niños testigos de VIF³⁵⁻³⁷.

Finalmente, todos los estudios encontrados incluyeron como población de estudio a mujeres, de modo que no existe información a nivel nacional en relación al impacto de la VIF en la salud masculina. Si bien la VIF contra el hombre tiene una prevalencia menor, no es inexistente y probablemente se comporte de forma distinta a la VIF contra la mujer³⁸.

Comparados con estudios de otros países, los estudios a nivel nacional presentan algunos resultados que son similares respecto a la prevalencia, factores de riesgo, tipo y efecto de la VIF²⁷. Sin embargo, el escaso número de investigaciones en nuestro país no permite asegurar que esta aparente coincidencia se deba a un fenómeno real o simplemente a la falta de mayores y más complejos estudios. El conocimiento de las características "locales" del fenómeno de la VIF y su impacto en la salud permitirá el uso adecuado tanto de intervenciones individuales como de políticas públicas de salud, y el establecimiento de medidas dirigidas a fortalecer cambios culturales que permitan la adecuada prevención y tratamiento de este fenómeno.

Agradecimientos: Agradecemos a la Dirección de Investigación de la Escuela de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile, y a María José García por su desinteresada y valiosa ayuda.

Referencias

1. Devries K, Watts C, Yoshihama M, Kiss L, Schraiber LB, Deyessa N, et al. Violence against women is strongly associated with suicide attempts: evidence from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women. *Social Science & Medicine* 2011; 73 (1): 79-86.
2. Bonomi AE, Anderson ML, Rivara FP, Thompson RS. Health care utilization and costs associated with physical and nonphysical-only intimate partner violence. *Health Services Research* 2009; 44 (3): 1052-67.

3. Ellsberg M, Jansen HA, Heise L, Watts CH, Garcia-Moreno C, Health WHOM-cSoWs, et al. Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: an observational study. *Lancet* 2008; 371 (9619): 1165-72.
4. Ansara DL, Hindin MJ. Psychosocial consequences of intimate partner violence for women and men in Canada. *Journal of Interpersonal Violence* 2011; 26 (8): 1628-45.
5. Berrios DC, Grady D. Domestic violence. Risk factors and outcomes. *The Western Journal of Medicine* 1991; 155 (2): 133-5.
6. James L, Brody D, Hamilton Z. Risk factors for domestic violence during pregnancy: a meta-analytic review. *Violence and Victims* 2013; 28 (3): 359-80.
7. Flury M, Nyberg E, Riecher-Rossler A. Domestic violence against women: Definitions, epidemiology, risk factors and consequences. *Swiss Medical Weekly*. 2010; 140: w13099.
8. Xu X, Zhu F, O'Campo P, Koenig MA, Mock V, Campbell J. Prevalence of and risk factors for intimate partner violence in China. *American Journal of Public Health* 2005; 95 (1): 78-85.
9. Dalal K. Does economic empowerment protect women from intimate partner violence? *Journal of Injury & Violence Research* 2011; 3 (1): 35-44.
10. Urzúa R, Ferrer M, Larraín S, Gutiérrez C. Detección y Análisis: Prevalencia de la Violencia Intrafamiliar. In: *Mujer SNI*, editor.: Gobierno de Chile 2001.
11. Arcos E, Ritter P, Gutiérrez C. Violencia doméstica en mujeres con patología mental ambulatoria *Cuad Méd-Soc* 2006; 46 (3): 9.
12. Ceballos R, Ramírez C, Castillo M, Caballero GA, Lozoff B. Domestic violence and women's mental health in Chile. *Psychology of Women Quarterly* 2004; 28 (4): 10.
13. Prevención. Ud, Acoge. PC. Descripción del número de femicidios ocurridos en Chile, desde el 2007 y el año 2012 Servicio Nacional de la Mujer: Gobierno de Chile; [cited 2013 21 de marzo]. Available from: <http://estudios.sernam.cl/?m=s&i=64>.
14. Quelopana AM. Violence against women and postpartum depression: the experience of Chilean women. *Women & Health* 2012; 52 (5): 437-53.
15. Vizcarra MB, Cortés J, Bustos L, Alarcón M, Muñoz S. [Conjugal violence in the city Temuco. Prevalence studies and associated factors]. *Revista Med Chile* 2001; 129 (12): 1405-12.
16. Illanes E, Bustos L, Vizcarra MB, Muñoz S. [Social and familial determinants of anxiety and depressive symptoms in middle to low income women]. *Revista Med Chile* 2007; 135 (3): 326-34.
17. Crempien RC, Rojas G, Cumsille P, Oda MC. Domestic Violence during Pregnancy and Mental Health: Exploratory Study in Primary Health Centers in Penalolén. *ISRN obstetrics and gynecology* 2011; 265817.
18. Arcos E, Uarac M, Molina I, Repossi A, Ulloa M. [Impact of domestic violence on reproductive and neonatal health]. *Revista Med Chile* 2001; 129 (12): 1413-24.
19. Arcos E, Uarac M, Molina I. [The impact of domestic violence on children's health]. *Revista Med Chile* 2003; 131 (12): 1454-62.
20. Aguirre P. Estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 2010; 48 (2): 8.
21. Vizcarra B, Hassan F, Hunter WM, Muñoz SR, Ramiro L, De Paula CS. Partner violence as a risk factor for mental health among women from communities in the Philippines, Egypt, Chile, and India. *Injury Control and Safety Promotion* 2004; 11 (2): 125-9.
22. Vicente B, Vielma M, Rioseco P, Medina E. Validación del Autorreportaje de Síntomas (SRQ) como instrumento de screening en estudios comunitarios. *Revista de Psiquiatría* 1994; 4: 5.
23. Organization WH. A user guide to the Self Reporting Questionnaire. 1994.
24. Quelopana AM, Champion JD. Validation of the Postpartum Depression Screening Scale-Spanish version in women from Arica, Chile. *Ciencia y Enfermería* 2010; 16: 10.
25. SERNAM. Encuesta Nacional de Victimización por Violencia Intrafamiliar y Delitos Sexuales 2013 [cited 2013 29-oct]. Available from: <http://estudios.sernam.cl/documentos/?eMjM1MTAxOQ==>-Encuesta_Nacional_de_Victimizacion%C3%B3n_por_Violencia_Intrafamiliar_y_Delitos_Sexuales_2012.
26. SERNAM. Encuesta nacional de victimización por violencia intrafamiliar y delitos sexuales www.sernam.cl2008 [cited 2013 29-oct]. Available from: <http://estudios.sernam.cl/?m=e&i=151>.
27. García-Moreno C, Jansen HA, Ellsberg M, Heise L, Watts CH, Health WHOM-cSoWs, et al. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *Lancet* 2006; 368 (9543): 1260-9.
28. Selic P, Pesjak K, Kersnik J. The prevalence of exposure to domestic violence and the factors associated with co-occurrence of psychological and physical violence exposure: a sample from primary care patients. *BMC Public Health* 2011; 11: 621.
29. Moracco KE, Runyan CW, Bowling JM, Earp JA.

- Women's experiences with violence: a national study. *Women's health issues: official publication of the Jacobs Institute of Women's Health* 2007; 17 (1): 3-12.
30. Hegarty KL, O'Doherty LO, Astbury J, Gunn J. Identifying intimate partner violence when screening for health and lifestyle issues among women attending general practice. *Australian Journal of Primary Health* 2012; 18 (4): 327-31.
 31. Jewkes R, Levin J, Penn-Kekana L. Risk factors for domestic violence: findings from a South African cross-sectional study. *Social Science & Medicine* 2002; 55 (9): 1603-17.
 32. Weinraub M, Wolf BM. Effects of stress and social supports on mother-child interactions in single- and two-parent families. *Child Development* 1983; 54 (5): 1297-311.
 33. Vives-Cases C, Torrubiano-Domínguez J, Escriba-Aguir V, Ruiz-Pérez I, Montero-Pinar MI, Gil-González D. Social determinants and health effects of low and high severity intimate partner violence. *Annals of Epidemiology* 2011; 21 (12): 907-13.
 34. Vives-Cases C, Torrubiano-Domínguez J, Gil-González D, Parra DL, Agudelo-Suárez AA, Davo M, et al. Social and immigration factors in intimate partner violence among Ecuadorians, Moroccans and Romanians living in Spain. *European Journal of Public Health* 2013 Sep 12 [Epub ahead of print].
 35. Kilpatrick KL, Williams LM. Potential mediators of post-traumatic stress disorder in child witnesses to domestic violence. *Child Abuse & Neglect* 1998; 22 (4): 319-30.
 36. Mertin P, Mohr PB. Incidence and correlates of post-trauma symptoms in children from backgrounds of domestic violence. *Violence and Victims* 2002; 17 (5): 555-67.
 37. Mertin P, Mohr PB. A follow-up study of posttraumatic stress disorder, anxiety, and depression in Australian victims of domestic violence. *Violence and Victims* 2001; 16 (6): 645-54.
 38. Carmo R, Grams A, Magalhaes T. Men as victims of intimate partner violence. *Journal of Forensic and Legal Medicine* 2011; 18 (8): 355-9.