

ORIGINAL

El torbellino de la violencia. Relatos biográficos de mujeres que sufren maltrato

Francisca Muñoz Cobos^{a,*}, María Luz Burgos Varo^b, Amalia Carrasco Rodríguez^c,
María Luisa Martín Carretero^d, Josefa Río Ruiz^e, Inmaculada Ortega Fraile^f y
Mercedes Villalobos Bravo^g

^aCentro de Salud El Palo Servicio Andaluz de Salud, Málaga, España

^bCentro de Salud El Palo y Limonar, Servicio Andaluz de Salud, Málaga, España

^cCentro de Salud Huelín, Servicio Andaluz de Salud, Málaga, España

^dCentros de Salud San Pedro de Alcántara, Servicio Andaluz de Salud, Málaga, España

^eCentro de Salud Puerta Blanca y La Luz, Servicio Andaluz de Salud, Málaga, España

^fCentro de Salud Rincón de La Victoria, Servicio Andaluz de Salud, Málaga, España

^gCentro de Salud Ciudad Jardín, Servicio Andaluz de Salud, Málaga, España

Recibido el 3 de octubre de 2008; aceptado el 2 de febrero de 2009

Disponible en Internet el 17 de mayo de 2009

PALABRAS CLAVE

Violencia de género;
Relatos biográficos;
Atención primaria

Resumen

Objetivo: Analizar la experiencia de mujeres que sufren violencia de género desde su propio punto de vista. Identificar los factores relacionados con el mantenimiento o la ruptura de la situación.

Diseño: Investigación cualitativa interpretativa. Perspectiva fenomenológica.

Emplazamiento: Estudio multicéntrico en 6 centros de salud urbanos de Málaga.

Participantes: Mujeres que sufren violencia de género. Estos casos se detectaron en atención primaria y las mujeres reconocieron su situación (maltrato percibido).

Métodos: Técnica de relato biográfico mediante entrevista entre la mujer informante y la trabajadora social, de forma audiograbada y transcrita. Asimismo, se utilizó la teoría fundamentada de Glasser y Strauss, la codificación abierta y axial, y el programa ATLAS-TI 5.2.

Resultados: Se analizaron 35 relatos. La vivencia del maltrato fue descrita mediante la metáfora del «torbellino» (ceguera, aislamiento, indefensión, sufrimiento, destino, dependencia, fantasías y círculos viciosos). Ésta se relacionó con el término «aguantar»: valores inculcados, ideal de familia, incertidumbre, anulación, fracaso personal, amor, falta de apoyos, imagen de sí misma y pública, protección a los hijos, miedos múltiples y aspectos materiales. Las mujeres identifican 2 tipos de «salidas» con distintas repercusiones según la participación en la toma de decisiones: una activa y otra pasiva. El término «salir» se relacionó con: situaciones límite, hartazgo, intervención de los hijos,

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: franciscam@ono.com (F. Muñoz Cobos).

KEYWORDS

Gender violence;
Biographical
narrations;
Primary health care

ruptura del ideal de familia y pérdida del miedo. Salir es un proceso de cambio o un «camino». No siempre se da el apoyo institucional y se valora más el apoyo emocional que el legal.

Conclusiones: Las mujeres definen «aguantar» y «salir» como estados cualitativamente distintos, con intervención de múltiples factores personales y culturales, y definen un «camino» o proceso entre ambos, que puede ser distinto según el grado de protagonismo de la mujer en la toma de decisiones.

© 2008 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Coming out of the whirlwind of abuse. Qualitative research on gender violence
Abstract

Objectives: To analyse the experience from the point of view of women who have suffered domestic violence. To identify factors related to continuing or resolving the problem.

Design: Qualitative interpretative research from a phenomenological perspective.

Population sample: Women, detected in primary care, who have suffered domestic violence and have recognised the problem, and who accepted to participate in this research.

Multicentre Study: Six health centres in the city of Malaga.

Methods and techniques: The technique used is the biographical narration using individual open interviews between social workers and women. This narration was tape-recorded and verbatim transcribed to written text. Grounded theory. Qualitative analysis was made with ATLAS-TI 5.2.

Outcomes: A total of 35 narrations were analysed. The abuse situation was described as “whirl-wind” metaphor (blindness-isolation-helplessness-suffering-destiny-dependence-fantasies -about love, protection, happiness, change- and vicious circles). Enduring experience is reported to be related to several factors: inculcated gender values, family-ideal, uncertainty, annulment, personal failure sensation, love, support defects, self-image, children protection, multiple fears and material aspects. They identified two types of “exit”: passive and active with different mechanisms and repercussions. Exit experience is related to: limit situations, children intervention, family ideal attempts, and fear-loss. Leaving is a transitional process or “pathway”. Institutional support is not always guaranteed and emotional support is better evaluated than a legal one.

Conclusions: Enduring and coming out are reported as two qualitatively different states, which involve many cultural and personal factors. There is a gap between these two states with a process that varies depending on the involvement of the women in decision-making.

© 2008 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La «violencia de género» debe considerarse un problema de salud de primer orden¹⁻⁵ sobre el que se conocen aspectos epidemiológicos y sanitarios, como la elevada prevalencia poblacional (del 10 al 50%)⁶⁻¹¹, algunos factores de mayor vulnerabilidad¹², los tipos de presentación en servicios sanitarios (mujeres jóvenes con lesiones agudas en servicios de urgencias con mayor capacidad de percibirse como maltratadas y mujeres de más edad con malos tratos de larga evolución, con gran dificultad de reconocerlos², con importantes repercusiones y con una complicada relación con sus médicos de familia); también se conocen las consecuencias^{9,10,13-15} físicas, funcionales, psíquicas y sociales, incluida la mayor mortalidad. Aunque no hay suficientes pruebas para aconsejar el cribado sistemático en la población general¹⁶, la infradetección¹⁵ contribuye al mantenimiento del problema, por lo que se recomienda al profesional: estar alerta a los síntomas e indicios, con preguntas específicas en el curso de la entrevista clínica¹⁷, estar atento a las peticiones de ayuda no expresa¹⁸, e incluir el maltrato en el diagnóstico diferencial¹⁹. La complejidad del problema lleva a la necesidad de

abordarlo desde perspectivas que incluyan la subjetividad y el contexto²⁰⁻²². El objetivo de este estudio es analizar la experiencia de mujeres que sufren o han sufrido violencia por parte de sus parejas o exparejas desde su propio punto de vista y, en concreto, identificar los factores relacionados con el mantenimiento o ruptura de la situación de maltrato.

Participantes y métodos**Diseño**

Investigación cualitativa interpretativa y perspectiva fenomenológica.

Muestra y participantes

El estudio es multicéntrico, se realizó en 6 centros de salud urbanos de Málaga. A partir de investigaciones previas, se conocían los perfiles y los problemas de salud de las mujeres que sufren maltrato detectadas en atención primaria^{23,24}. Se incluyen mujeres que reconocen sufrir o haber sufrido malos

tratos de cualquier tipo infringidos por su pareja o expareja, según muestreo intencional hasta saturación, para el que se utilizó como criterio de saturación la redundancia de códigos (uso predominante de los «códigos por lista» o preexistentes). El acceso a los casos se efectuó mediante captación de las trabajadoras sociales en el marco de la atención integral protocolizada⁴ que se prestaba a estas mujeres; se usaron como criterios de segmentación: edad joven-media (hasta los 64 años) y edad avanzada (mayores de 65 años) y ruptura o no ruptura de la relación con el agresor.

Métodos

Se utilizó la técnica del relato biográfico²⁵ mediante entrevista que realizaba la trabajadora social a la que correspondía prestar asistencia a cada mujer. Las entrevistas se audio-grabaron y se transcribieron para su posterior análisis. No se utilizó guión prefijado, es decir, se invitó a la mujer a contar su experiencia. **Estrategia de análisis:** se procedió a la lectura de los relatos completos para la identificación de temas emergentes y la posterior codificación y análisis simultáneo, en el marco de la teoría fundamentada de Glasser y Strauss²⁰ sobre la base de los siguientes pasos:

1) La codificación abierta, microanálisis: asignación de códigos a segmentos de narración (*labeling* o etiquetado). Se emplean los procedimientos: «muñecas rusas» (codificación sucesiva), «hacer preguntas a los datos», detección de patrones y dimensiones bipolares y registro de «memos» (reflexiones subjetivas). Posteriormente, se hace una corrección de errores en la codificación y la fusión de categorías redundantes o similares.

2) La codificación axial: agrupación de categorías en familias como unidades relacionales significativas, con vuelta continuada a los relatos para su verificación. Se recurrió a las comparaciones teóricas para ayudar a la conceptualización («salirse» del dato en el contexto dado para buscar propiedades y dimensiones en otros contextos).

3) La identificación de categorías nucleares que ayudasen a integrar la comprensión global de la vivencia por parte de las mujeres entrevistadas y su relación con el mayor número de categorías. Se utilizó el programa informático Atlas-Ti 5.2 en la codificación abierta y en la interrelación de códigos en la codificación axial. Se utilizaron los siguientes métodos para garantizar la validez²²:

- Sesión previa al inicio del estudio para explicitar la visión de las investigadoras sobre el problema del maltrato con coordinación externa.
- Devolver a informantes clave los resultados del estudio para su validación e inclusión de sus correcciones.
- Realización del microanálisis por 2 investigadoras y de la codificación axial por todo el equipo de investigación.
- Recogida de datos contextuales mediante informe de encuadre de cada caso.

Resultados

Se realizaron 35 relatos entre septiembre de 2005 y abril de 2007. Las características de las mujeres participantes se

Tabla 1 Características de las mujeres participantes

Edad (Rango de 30 a 74 años) Menos de 40 años: 6 mujeres 40 a 59 años: 18 mujeres 60 o más años: 11 mujeres
Número de hijos (Rango de 0 a 8) Sin hijos: 2 mujeres 1 hijo: 7 mujeres 2 a 4 hijos: 20 mujeres 5 o más hijos: 6 mujeres
Estudios Analfabeta o lee y escribe: 12 mujeres Estudios primarios: 11 mujeres Estudios medios: 6 mujeres Estudios universitarios: 6 mujeres
Estado de relación con la pareja Mantienen convivencia: 5 mujeres En trámites de separación: 5 mujeres Separadas: 25 mujeres (9 con denuncia del agresor)

recogen en la [tabla 1](#). Se obtuvieron 3.800 códigos que se agruparon en 64 familias. Las mujeres describieron la situación de maltrato como un estado específico («estar dentro») mediante la metáfora del «torbellino», caracterizado por ([tabla 2](#)): **ceguera**: no se ve lo que ocurre alrededor, falta de conciencia; **aislamiento**: dentro del torbellino se está totalmente aislada, con un sentimiento profundo de soledad e incluso de prisión; **indefensión**: percepción de total incapacidad para salir de la situación por sí mismas, desconcierto, desamparo, inexplicabilidad y falta de control sobre lo que les ocurre (como una catástrofe de la naturaleza); **sufrimiento**: amargura, desesperación, dolor profundo que atraviesa todas las facetas y perdura durante toda la vida, incluso en el futuro; **destino**: su situación es fruto de mala suerte o del sino, manifestando un pensamiento mágico que externaliza la responsabilidad, reduce la reflexión crítica y dificulta la salida; **dependencia**: estar en el centro del torbellino, aislada y anulada, lleva a una gran dependencia afectiva, a centrarse en lo que se tiene (falta de confrontación); **fantasías de amor, protección y cambio**: desean e interpretan que él las quiere y las protege; expectativa de que el torbellino es transitorio y pasará; **anulación**: sobreviven en el interior intentando adaptarse, con apreciación de que eso es su vida aunque reconocen la anulación y la despersonalización que estas cesiones paulatinas producen; **círculos viciosos**: como en los torbellinos, el giro aumenta la fuerza de las situaciones adversas y alimenta su persistencia ([figura 1](#)).

Aguantar

Las mujeres son **conscientes del aguante**. Éstas reconocen la importancia de los **valores inculcados** ([tabla 3](#)) que justifican las discriminaciones basadas en la dominación masculina como realidad que no precisa explicación. En la

Tabla 2 Descripción de la vivencia del maltrato mediante la metáfora del torbellino. Características y textos de ejemplo

Torbellino	«Porque antes estás... o yo por lo menos me veía o me veo ahora que estaba como en un torbellino metida y entonces yo giraba en torno a ese torbellino, pero no veía lo que me estaba pasando. Estaba. Es que no sé cómo decirte. Ya te digo, yo le digo remolino, era tal remolino que yo no veía más allá de... de... de las paredes del remolino, y yo estaba en el centro, y eso era mi vida, yo no veía más allá de lo que estaba viendo... porque yo no se lo notaba, o igual estaba tan absorta en mantener en... en... en mantener el tipo como pudiera, que no me daba cuenta, la verdad».
Ceguera	«Pero no me daba cuenta, yo estaba como... como si tuviera una venda en los ojos», «Dios mío, ¿cómo yo estaba tan ciega?...pero es que tú no ves más allá, no lo ves».
Aislamiento	«Es que estás tan metida, tan metida, tan metida, que no te das cuenta de que hay un mundo alrededor tuyo que es totalmente distinto a lo... al mundo que tú llevas» «Van a hacer 5 años que estoy aquí, estoy peor que presa, porque no tengo amigas, no tengo parientes».
Anulación	«Si yo hubiese reaccionado antes, si hubiese sido fuerte, pero en aquellos momentos no era yo, era otra persona, una persona anulada por completo en todos los aspectos de la vida, como madre, como mujer, como esposa y, sobre todo, como persona adulta que era», «A veces por decir “bueno, pues si tú eres feliz con esto, yo también”, vas cediendo, vas cediendo y te das cuenta al final de que te anulas totalmente, que te dejas machacada, que te dejas».
Sufrimiento imborrable	«Ha sido un calvario» «Me he intentado matar muchas veces» «Pero me ha dolido mucho y eso se me ha quedado grabado para toda la vida, para toda la vida se me va a quedar...».
Destino	«La vida es... la vida es así, y estaría de Dios que fuera para mí». «Esta persona pues la conocí, pues eso, porque tenía que llegar a mi vida» «Yo no me explico por qué, no sé si es que yo tendré un sello en la frente».
Dependencia	«Para mí era una droga, no podía (recalcando las sílabas), no podía... no podía ni respirar sin él. Se convirtió en el centro de mi vida... es que yo no podía respirar sin pensar en él».
Fantasia de amor y protección	«Sí, me sentía mal con mi marido, pero mi marido era que lo quería y yo no veía las faltas que él tenía ni el por qué me hacía todas esas cosas, yo creía que era porque me quería» «Así, tú ves que se preocupa por ti, que está pendiente de ti» «Tú lo único que quieres es querer a esa persona y tú sabes que esa persona te quiere y que esa persona te protege de esa forma».
Fantasia de cambio	«Y se aguanta muchas veces, pienso, porque piensas que va a cambiar, que va a cambiar todo, que vas a cerrar los ojos y que al día siguiente a lo mejor va a ser distinto, o que tú lo vas a ver de otra manera».
Círculos viciosos	Mayor sumisión, mayor dominio: «Me dejaba de hablar, se iba al bar, no comía, me tiraba 2 o 3 días sin hablarme, yo le hablaba, me echaba hasta que, a fuerza de mucho, de mucho trabaj... trabaj... trabajármelo, hacíamos las paces». Aguante para evitar sufrimiento, mayor sufrimiento: «... de 31 años que llevo, son varias cosas las que he pasado, y aguantando siempre, aguantando, y ¡siempre callando!, siempre callando, siempre callando, porque callando parece ser que se venía un poco más eso y se... se le pasaba, y mira “para que no me vaya a meter mano”, porque se viene para mí», “Ay, para que no me vaya a mí ahora a hacer esto, ay me vaya lo otro”, y aguantando, aguantando, aguantando, y esto no hay quien lo soporte». «Lo que más lamento es mi error de que no pasaran hambre, han sufrido horrores, han sufrido mucho, eso yo creo que podía haberlo evitado ¿no? pensando que no iban a pasar hambre». A mayor esfuerzo en la relación mayor sensación de fracaso si se rompe: «¿Por qué se aguanta muchas veces esta situación? Pues yo pienso que se aguanta, primero, porque has apostado mucho. Yo, por lo menos, lo hice. Yo aposté muchísimo por la relación, y creo, hombre, tendré mis fallos, por supuesto, eso está clarísimo, pero que... que colaboré creo, más en que fuera bien, que fuera bien... Se aguanta porque has apostado mucho, yo aposté mucho por esa relación».

justificación del aguante (tabla 4) hay un fuerte peso del **ideal de familia**, que obstaculiza su decisión de acabar con la situación ya que significa romper su propio proyecto de vida que está por encima de la propia vida. Estas mujeres identifican como **factores que se relacionan con aguantar: incertidumbre** de no saber qué hacer, y sobre todo de no saber adónde ir; **falta de decisión; sensación de fracaso personal**, no querer perder todo lo que se ha puesto para mantener la relación; **amor**, que en algunos casos se reconoce como superior al de los hijos; **falta de apoyos; cargas** y responsabilidades (salir compromete y arriesga la estabilidad, la seguridad y rutinas de sus hijos); **imagen de sí misma y pública**, valoración de sí mismas como diferentes

a sus parejas, con un elevado concepto de la fidelidad y de la lealtad; **protección de los hijos** para evitar carencias; **miedo** a la violencia que él pueda ejercer pero también a la soledad; **aspectos materiales**, sobre todo en relación con la vivienda como hogar.

Salir

Salir de la situación lleva a otro estado que se cataloga espacialmente como «afuera» y que se produce de 2 formas: una forma activa, con determinación de la mujer, y otra forma pasiva, por decisión ajena o circunstancias externas.

La **forma activa** supone una decisión que tiene que ver con la percepción de sentirse capaz de tomarla y es un proceso temporal de irse «dando cuenta» progresivamente. Esta forma se ha descrito como una dinámica de fases: culpable, víctima (reconocimiento), superviviente (recuperación de la identidad dañada) y liberación (integración del trauma en la vida cotidiana)²⁶. Las mujeres valoran a los profesionales de

la atención primaria porque su ayuda es importante para el proceso de salir. La **decisión de salir** se produce frecuentemente en relación con las situaciones que rompen expectativas del ideal de familia: infidelidades de él, mentiras y, en especial, la acusación de infidelidad de ella, también por hartazgo extremo, agotamiento y saturación. El miedo tiene un papel paralizante, de forma que se considera necesario perder el miedo para salir. Es importante disponer de recursos propios, así como el papel de los hijos, tanto para tomar la decisión como por intervención directa de éstos. **Después de la salida activa** las mujeres se sienten aliviadas y libres, pero con dificultad para borrar el sufrimiento que experimentaron. Por otro lado, la **forma pasiva** implica no tomar una decisión por sí mismas; frecuentemente supone un fin de la convivencia con el agresor porque él se va y suele asociarse a la persistencia del sufrimiento tras la ruptura y, en último término, a una «falsa» salida, con la posibilidad de recurrencia de la situación. Las mujeres tienen **conciencia del problema social** de los malos tratos y presentan alternativas. Estas mujeres valoran las **instituciones**, sobre todo, en el apoyo emocional y la ayuda psicológica más que en la aplicación de leyes. Además, reconocen el apoyo en el «camino» hacia la salida activa, y en ocasiones se sienten apremiadas a tomar decisiones que no tienen claras²⁷, por lo que algunas entrevistadas no perciben protección legal y judicial e incluso hay casos de desprotección en situaciones de alto riesgo. Esta percepción puede considerarse como una forma de violencia estructural que se ejerce en las interacciones con los sistemas profesionales, con doble victimización de las mujeres que acuden a dispositivos precisamente concebidos para

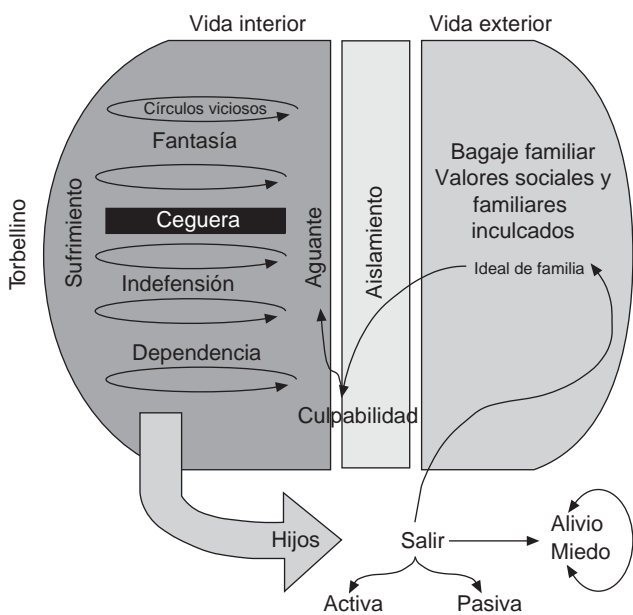


Figura 1 Metáfora del torbellino. Esquema de resultados.

Tabla 3 Valores inculcados. Textos de ejemplo

Valores inculcados	
Superioridad y privilegios de los hombres sobre las mujeres La finalidad de la mujer es casarse El matrimonio es para toda la vida	«Los varones son los que tienen que comer porque son los que trabajan». «En realidad, para lo que te preparaban era para casarte». «Porque ellos pensaban que un matrimonio era para toda la vida y entonces, claro, yo estaba... yo estaba... esos eran los valores que a mí me habían inculcado, jamás llegué a pensar que me podía separar».
El valor de la virginidad y la entrega al hombre a través de las relaciones sexuales	«Tuvimos relaciones, tuvimos relaciones y yo cogí el miedo ese de “¡cuando se entere mi madre!, cuando se entere de esto...” Total, que ya estaba condicionada, como si hubiera sido su prisionera vaya, yo me encerré de que tenía que estar con ese hombre toda mi vida y ya está».
Resignación	«Me enseñaron a callar», «Se lo conté y me dijo que... que con la cuchara que había escogido tenía que comer, que esas son cosas del... del matrimonio y que “después se pasa”, y que si ella se metía, después la que perdía era ella».
El marido trae el dinero a la casa, la mujer no debe trabajar La mujer no se vale por sí misma	«En aquellos tiempos, que la mujer trabajara estaba muy mal visto porque entonces lo hacía de menos a él» «No quería separarme de ninguna de las formas. Decía ella que una mujer sola con los niños era un disparate, que por mucho que hubieran cambiado los tiempos estaba mal visto, que una mujer sola era una mujer sola y que no me lo aconsejaba».
Ideal de familia	«Tener una familia siempre, cosa que, por el camino que voy... veo que no lo voy a poder tener...» «Yo quiero para mantener una familia que esté unida, y me echa la culpa, que la familia la destruí yo» «Sí, vale, tu le has quitado a tu hija» «Porque yo tenía temor... de que le había quitado a mi hija, de que, de que no viviera con su padre. Yo tenía el ideal de familia con su padre, con su madre... Y eso era para mí..., con la idea de familia tradicional que yo tenía».

Tabla 4 Factores relacionados con aguantar. Textos de ejemplo

Incertidumbre	«Una lágrima me caía, y otra me secaba, y otra me caía, y otra me... y un guarda que había allí me miraba, porque claro, eran tantas horas, pero ¿qué hago?, ¿adónde voy?, no tengo hermanas, no tengo hermanos, no tengo a nadie, ¿adónde voy?» «Porque yo a la calle no me voy a ir, no tengo adónde irme».
Falta de decisión	«Y yo he pedido muchas veces ayuda, pero tampoco he tenido decisión para dejarlo».
Sensación de fracaso personal	«Se aguanta porque has apostado mucho, yo aposté mucho por esa relación».
Amor	«Y, ¿por qué lo has aguantado tanto? Pues sí, lo aguanté once años, porque lo quería tanto y quería cambiarlo tanto...» «Yo lo quería con locura, yo lo quería mucho, muchísimo, yo decía que lo quería hasta más que a mi hija».
Falta de apoyos	«Y esto si me lo quitaran de mi lado, pero ¿adónde voy?, ¿a pedir la separación?, ¿a vender el piso?, ¿a volverme loca?, ¿adónde? Y si contara con una hermana, con un hermano o con algo, que me pudieran echar un... una manita, pero si es que no tengo a nadie, yo es que no tengo a nadie... ¿y yo adónde me meto con mis niños?» «Quería separarme de él, pero luego pensaba ¿y adónde voy? ¡con cuatro!».
Imagen propia y pública	«Y yo no tenía corazón para echarlo a la calle, era invierno y me daba pena echarlo a la calle, y porque no le fallé un segundo de mi vida, como madre, mujer y persona» «Que fuera un escándalo».
Protección de los hijos	«Yo tenía que aguantar porque mi hija quería estudiar».
Miedos múltiples	«Yo estoy asustada porque yo sé que cuando él se vea fuera de su casa es que me corta a mí la cabeza, porque es violentísimo, es violentísimo, y yo no voy a vivir tranquila», «Me da mucho miedo estar sola», «Él no me acompañaba, que tampoco me acompañaba, pero no sé, es como “está ahí”, es como cuando estás sola en casa y enciendes la tele, te sientes acompañada, lo que pasa, eso, que hay mucho... mucho miedo a la soledad ¿no? a estar sola un día y otro y otro».
Aspectos materiales	«Yo he aguantado no por él... por no salir de mi casa, que es muy duro, salir de la casa de una...», «y que él se quedaba allí en la casa y yo tenía que salir de allí, ¿por qué no yo, mis hijos, que tenían todas sus cositas y todo? ¡todo! No había derecho, no había derecho porque él estaba tan pancho en la casa y nosotros teníamos que huir».

servirles de ayuda. La vivencia de las **casas de acogida** es negativa.

Discusión

El trastorno por estrés postraumático, como la categoría diagnóstica que mejor caracteriza las consecuencias psicológicas del maltrato^{28,29} aparece en estos relatos mediante referencias a la desorganización completa del patrón de vida, descrito como un «torbellino» (metáfora que representa además una catástrofe natural), causa frecuente del trastorno mencionado. Los relatos describen estar dentro o fuera del maltrato como dos estados cualitativamente distintos, entre los que hay un proceso de construcción de una nueva vida y muestran una perspectiva que se aproxima al modelo de las adicciones. En este sentido, el modelo de estados de cambio se ha aplicado al análisis de la violencia doméstica³⁰⁻³⁴, si bien se discute si el proceso de cambio no podría considerarse como un proceso continuo³⁵ sino que existe, como ponen de relieve algunos relatos, una gran variabilidad, cambios no lineales, «saltos» y puntos críticos o momentos cruciales³⁶. Desde una perspectiva sociocultural, los factores fundamentales que influyen en el cambio o en el mantenimiento de la situación son relativos a los valores inculcados, y ponen de relieve la importancia de las variables cognitivas (esquemas) y su bidireccionalidad

(«transformación de significado»)^{37,38}. Al comparar este estudio con otros, hay coincidencias en el rechazo a abandonar el hogar, la necesidad de recursos y trabajo propio y la falta de apoyo³⁹; importancia de los hijos, grado de amenaza percibida y miedo al maltratador y al daño; el grado de unión a la pareja e incluso protección del maltratador; «ceguera», baja autoestima, culpa y miedo a las pérdidas^{34,40}.

En cuanto a la aplicación práctica, habría que considerar si las intervenciones deben orientarse más a una nueva construcción del proyecto vital que a decisiones puntuales: más importantes que la denuncia o la separación parece ser «entender lo que ha pasado»²⁷ y no respetar la autonomía de la mujer «prescribiendo» actuaciones concretas puede reproducir por parte de los profesionales la desvalorización de su capacidad de tomar decisiones⁴¹⁻⁴⁴.

Las limitaciones fundamentales de este estudio son los criterios de inclusión selectivos a mujeres que reconocen la situación de maltrato, la falta de consideración de la comunicación no verbal debido al formato audiodgrabado y la ingente cantidad de información aportada por los relatos que abarca muchos aspectos no inicialmente incluidos en los objetivos de este estudio, pero que deben ser analizados en posteriores investigaciones para determinar la línea de los factores explicativos del fenómeno, cara a abordar la intervención y, muy especialmente, la prevención.

Lo conocido sobre el tema:

- La violencia contra las mujeres es un problema de salud de alta prevalencia e importantes repercusiones físicas, psicológicas y sociales.
- Las formas de presentación en las consultas de atención primaria son diversas, poco explícitas y difíciles de detectar y de abordar.
- La mayoría de las mujeres tiene gran dificultad para reconocer el maltrato, aguanta la situación durante muchos años, les es muy difícil tomar por sí mismas la decisión de romper y si lo hacen, es muy frecuente que se arrepientan.

Qué aporta este estudio:

- La vivencia del maltrato por parte de las mujeres es una experiencia compleja globalizadora que encierra fenómenos que la autoalimentan: ceguera, aislamiento, anulación.
- Se definen estados cualitativamente distintos («dentro» y «fuera») en la experiencia del maltrato. Hay datos concordantes con modelos psicopatológicos, socioculturales y de adicciones.
- Desde una perspectiva sociocultural, aguantar se relaciona de forma muy importante con los valores inculcados.
- Salir activamente de la situación es un proceso progresivo que requiere darse cuenta y llegar a la toma de decisiones por sí misma.

Financiación

Proyecto financiado con ayuda convocatoria en junio de 2005, Consejería de Salud Junta de Andalucía.

La presentación de los resultados parciales del estudio ha obtenido premios: accésit a mejor comunicación póster XXVII Congreso semFYC, Valladolid, 2007 y mejor comunicación póster en WPA WONCA Thematic Conference Depression and other Common Mental Disorder in Primary Care, Granada, 2008.

-Carrasco Rodríguez A, ortegra Fraile I, Río Ruiz J, Villalobos Bravo M, Martín Carretero ML, Burgos Varo ML. Relatos biográficos de mujeres víctimas de Violencia de Género. Comunicación XXVII Congreso senFYC. Valladolid 2007.

-Río Ruiz J, Villalobos Bravo M, Muñoz Cobos F, Burgos Varo ML, Carrasco Rodríguez A, Ortega Fraile I, Martín Carretero ML. Biographical narrations by domestic violence victims women. The meaning of "endure". Comunicación WONCA Thematic Conference Depression and other Common mental disorders in Primary Care. Granada, 2008.

Agradecimientos

A José Miguel Morales Asensio, por su asesoramiento y apoyo durante toda la realización de la investigación, por su

aportación gráfica y, sobre todo, por su disponibilidad y entusiasmo.

Bibliografía

1. Consejo Interterritorial Sistema Nacional de Salud. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género. Comisión contra la violencia de género. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.
2. Jiménez C, Lorente M, Perlado del Campo P, Rodríguez M. Instituto Andaluz de la Mujer. Violencia contra las mujeres. Ámbito sanitario. Sevilla: Instituto Andaluz de la Mujer; 1999.
3. Abarrategui A, Cáliz R, Gutiérrez P, Moreno A, Pereiro R, Sepúlveda MA, et al. Atención sanitaria a mujeres víctimas de malos tratos. Servicio Andaluz de Salud. Plan Estratégico. Sevilla: Consejería de Salud. Junta de Andalucía, 2001.
4. Comisión Técnica sobre Maltrato y Abusos sexuales. Guía de actuación en malos tratos y agresiones sexuales. Distrito Sanitario Málaga. Junio, 2000.
5. Fernández MC, Herrero S, Buitrago F, Ciurana R, Chocron L, García J, et al. Violencia doméstica. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2003.
6. Bradley F, Smith M, Long J, O'Sowd T. Reported frequency of domestic violence: Cross-sectional survey of woman attending general practice. *BMJ*. 2002;324:271.
7. Richardson J, Coid J, Petruckevitch A, Chung W, Moorey S, Feder G. Identifying domestic violence: Cross sectional study in primary care. *BMJ*. 2002;324:274.
8. Watts Ch, Zimmerman C. Violence against women: Global score and magnitude. *Lancet*. 2002;359:1232-7.
9. Fernández Alonso MC. Violencia doméstica: ¿conocemos los efectos de la violencia sobre la salud de las víctimas? *Aten Primaria*. 2004;34(3):125-7.
10. Raya Ortega L, Ruiz Pérez I, Plazaola Castaño J, Brun López-Abisab S, Rueda Lozano D, García de Vinuesa L, et al. La violencia contra la mujer en la pareja como factor asociado a una mala salud física y psíquica. *Aten Primaria*. 2004;34:117-27.
11. Aguilar-Fernández M, Delgado-Sánchez A, Castellano-Arroyo M, Luna del Castillo JD. Prevalencia de malos tratos en mujeres que consultan al médico de familia. *Aten Primaria*. 2006;37(4):241-2.
12. Jewkes R. Intimate partner violence: Causes and prevention. *Lancet*. 2002;359:1423-9.
13. Domingo F. La violencia intrafamiliar. *FMC*. 2000;7:205-8.
14. Campbell L. Health consequences of intimate partner violence. *Lancet*. 2002;359:1331-6.
15. Fernández Alonso MC, Herrero Velásquez S, Cordero Guevara JA, Maderuelo Fernández JA, González Castro ML. Protocolo para la evaluación de la efectividad de una intervención sensibilizadora y formativa en profesionales de atención primaria para la mejora de la detección de la violencia doméstica (ISFVIDAF). *Aten Primaria*. 2006;38(3):168-73.
16. Ramsay J, Richardson J, Carter YH, Davidson LL, Feder G. Should health professional screen women for domestic violence? Systematic review. *BMJ*. 2002;325:314.
17. Fernández MC, Herrero S, Buitrago F, Ciurana R, Chocron L, García J, et al. Violencia en la pareja: Papel del médico de familia. *Aten Primaria*. 2003;32(7):425-33.
18. Fernández Alonso MC, Buitrago Ramírez F, Ciurana Misol R, Chocrón Bentata L, García Campayo J, Montón Franco C, et al. Programa de prevención en salud mental en atención primaria. *Aten Primaria*. 2007;38(Supl 3):88-108.
19. Lorente Acosta M. La violencia de género y sus consecuencias sobre la salud pública. I Jornadas Andaluzas Mujeres y Salud. Instituto Andaluz de la Mujer. Sevilla, 2007. p. 115-22.

20. Amezcua M, Gávez A. Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Rev Esp Salud Pública*. 2002;76:423–36.
21. Tuliá J, Jaramillo DE. Del laberinto a la luz. El proceso de cambio que viven las mujeres en una experiencia conyugal violenta. *Index Enferm*. 2000;30:12–6.
22. March Cerdá JC, Prieto Rodríguez MA, Hernán García M, Solas Gaspar O. Técnicas cualitativas para la investigación en salud pública y gestión de servicios de salud: algo más que otro tipo de técnicas. *Gaceta Sanitaria*. 1999;13(4):312–9.
23. Muñoz F, Martín ML, Vivancos D, Blanca F, Rodríguez T, Ruiz M. Mejora de la atención prestada a víctimas de violencia doméstica. Impacto de una intervención priorizada. *Aten Primaria*. 2001;28:241–8.
24. Ortiz MD, Muñoz F, Martín ML, Río J. Detección de violencia doméstica en Atención Primaria. ¿Qué sabemos de las víctimas? *Medicina de Familia (And)*. 2004;2:12–9.
25. Medrano C. El enfoque narrativo y las relaciones entre el razonamiento y la conducta moral. *Revista de Orientación Pedagógica*. 2001;53(3):409–22.
26. Gómez Saldaña A, Fernández Delgado I. La mujer víctima de violencia. *AMF*. 2007;3(6):317–25.
27. Blanco Prieto P. ¿Cómo se puede colaborar desde los centros de salud en la prevención, detección y atención a las mujeres víctimas de violencia? I Jornadas Andaluzas Mujeres y Salud. Sevilla: Instituto Andaluz de la Mujer; 2007. p. 123–40.
28. Golding JM. Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders. A metaanalysis. *Journal Of Family Violence*. 1999;14:99–132.
29. Labrador FJ, Fernández Velasco MR, Rincón PP. Eficacia de un programa de intervención individual y breve para el trastorno por estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica. *Int J Clin Health Psychol*. 2006;6(3):527–47.
30. Prochaska JO, Di Clemente CC, Norcross JC. In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *Am Psychol*. 1992;47:1102–14.
31. Prochaska JO, Velicer WF, Rossi JS, Golstein MG, Marcus B, Rakowski W, et al. Stages of change and decisional balance for 12 problem behaviors. *Health Psychol*. 1994;13:39–46.
32. Burke J, Gielen A, McDonnell K, O'Campo P, Maman S. The process of ending abuse in intimate relationships. *Violence Against Women*. 2001;7:1144–63.
33. Frasier PY SL, Kowlowitz V, Glowa PT. Using the stages of change model to counsel victims of intimate partner violence. *Patient Educ Couns*. 2001;43:211–7.
34. Zink T, Elder N, Jacobson J, Klostermann B. Medical management of intimate partner violence considering the stages of change: Precontemplation and contemplation. *Ann Fam Med*. 2004;2(3):231–9.
35. Cluss PA, Chang JC, Hawker L, Scholle SH, Dado D, Buranosky R, et al. The process of change for victims of intimate partner violence: Support for a psychosocial readiness model. *Womens Health Issues*. 2006;16(5):262–74.
36. Chang JC, Dado D, Ashton S, Hawker L, Cluss PA, Buranosky R, et al. Understanding behavior change for women experiencing intimate partner violence: Mapping the ups and downs using the stages of change. *Patient Educ Couns*. 2006;62(3):330–9.
37. Janoff-Bulman R. Posttraumatic growth: Three explanatory models. *Psychological Inquiry*. 2004;15(1):30–4.
38. Calvete E, Estévez A, Corral S. Trastorno por estrés postraumático y su relación con esquemas cognitivos disfuncionales en mujeres maltratadas. *Psicothema*. 2007;19(3):446–51.
39. Petersen R, Moracco K, Golstein K, Andersen K. Women's perspectives on intimate partner violence services: The hope in pandora' box. *Womens Health*. 2004;40(3):63–76.
40. Petersen R, Moracco KE, Golstein KM, Vlark KA. Moving beyond disclosure: Women's perspectives on barriers and motivators to seeking assistance for intimate partner violence. *Women Health*. 2004;40(3):63–76.
41. Feder GS, Hutson M, Ramsay J, Taket AR. Women exposed to intimate partner violence. *Arch Intern Med*. 2006;166:22–37.
42. Chang JC, Cluss PA, Ranieri L, Hawker L, Buranosky R, Dado D, et al. Health care interventions for intimate partner violence: What women want. *Womens Health Issues*. 2005;15(1):21–30.
43. Liebschutz J, Battaglia T, Finley E, Averbuch T. Disclosing intimate partner violence to health care clinicians-what a difference the setting makes: a qualitative study. *BMC Public Health*. 2008;8:229.
44. Battaglia TA, Finley E, Liebschutz JM. Survivors of intimate partner violence speak out: Trust in the patient-provider relationship. *J Gen Intern Med*. 2003;18(8):617–23.