

Análisis de las experiencias de mujeres víctimas de Violencia de Género en la consulta de enfermería. Estudio cualitativo

Deborah Atance Pereira

Enfermera y Licenciada en Antropología Social y Cultural. Máster Oficial Cuidados Críticos. Máster Oficial Género y Salud. Máster Oficial Internacional Formación y Gestión en Medicina Humanitaria. Doctora en Ciencias de la Salud. Enfermera SUMMA-112

Tercer premio. II Premios de Investigación CODEM 2018

Cómo citar este artículo: Atance Pereira, D. Análisis de las experiencias de mujeres víctimas de Violencia de Género en la consulta de enfermería. Estudio cualitativo. *Conocimiento Enfermero* 3 (2019): 13-28.

RESUMEN

La violencia de género es considerada un problema de salud pública, causando una fuerte violación de los derechos humanos por su frecuencia, gravedad e impacto que tiene en la víctima, la familia y la sociedad. En los últimos años ha pasado de pertenecer al ámbito privado a ser un fenómeno en ámbito público, dejando de ser visto como un problema individual y pasando a ser considerado un problema social, en el que toda la sociedad y sus instituciones deben poner solución. Este cambio es el que ha podido hacer que la violencia doméstica hoy en día sea más visible y por tanto, objeto de estudio de diferentes ámbitos tanto sociales como sanitarios comprometiéndolos a tomar medidas para su abordaje.

Palabras clave: violencia doméstica; violencia de pareja; investigación cualitativa; salud de la mujer; consulta de enfermería.

Analysis of the experiences of women victims of gender violence in the nursing consultation. Qualitative study

ABSTRACT

Gender-based violence is considered a public health problem, causing a serious violation of human rights due to its frequency, severity and impact on the victim, the family and society. In recent years it has gone from belonging to the private sphere to being a phenomenon in the public sphere, it has stopped being seen as an individual problem and it has become a social problem, in which all society and its institutions must find a solution. This change is what has made domestic violence more visible and, therefore, object of study in different social and health areas, committing them to take measures to face them.

Keywords: domestic violence; intimate partner violence; qualitative research; women's health; mental health.

Este artículo está disponible en: <https://www.conocimientoenfermero.es/index.php/ce/article/view/55>

1. Introducción

La violencia de género es un importante problema de salud pública que afecta a un tercio de las mujeres en todo el mundo (World Health Organization, 2013). Una de cada cinco mujeres de quince o más años ha sufrido este tipo de violencia en Europa (European Union Agency for Fundamental Rights, 2014). En España, el Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad sobre mujeres,

describe cómo a lo largo de sus vidas, las mujeres sufrieron algún tipo de violencia: un 10,3% violencia física; un 8,1 % de violencia sexual; un 25,4% violencia psicológica de control; un 21,9% violencia psicológica emocional y un 10,8% violencia de tipo económico (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015a).

El concepto de violencia de género se asocia a diferentes terminologías como la violencia contra la mujer, violencia de pareja o violencia domés-

tica (Dardis et al, 2014). Este tipo de violencia se define como la agresión masculina hacia una pareja femenina (Martinez-Torteya, 2009). Engloba cualquier acto u omisión que, basado en el género, cause muerte, lesiones físicas, sexuales o psicológicas y daños morales a las mujeres. Puede ser infligido por individuos con o sin vínculos familiares que estén relacionados por vínculos naturales, por afinidad o por voluntad expresa, incluyendo relaciones esporádicas (Meyersfeld, 2012; Labronici, 2012). Se trata de un problema que afecta a las mujeres independientemente de su edad, color, etnia, religión, nacionalidad, opción sexual o condición social. (Dardis et al, 2014).

A su vez, se ha demostrado que las mujeres víctimas de violencia de género que acuden a los servicios de salud presentan un mayor riesgo de depresión, ansiedad, estrés postraumático y suicidio (Tarzia, 2016) problemas físicos (heridas, fracturas, contusiones); abuso de sustancias (tabaco, alcohol y otras drogas) infecciones de transmisión sexual y abortos electivos (Ferrari et al 2016; Sutherland et al, 2016).

A pesar de ello la mayoría de las mujeres víctimas de violencia no denuncian sus experiencias ni a la policía ni a una organización de apoyo a las víctimas de este tipo de delitos (European Union, 2014). Las mujeres presentan una salud física y mental deteriorada, más hospitalizaciones, un mayor uso de atención sanitaria ambulatoria para problemas agudos y una menor atención preventiva (Cronholm, 2011). Debido a la violencia y a la tortura durante el maltrato, muchas presentan trastornos psicoemocionales que debe ser tratada por profesionales sanitarios (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012; Comunidad de Madrid, 2014). Incluso, muchas de estas mujeres son derivadas a centros de salud mental, donde se realiza un seguimiento, y un acompañamiento continuo (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015b).

Dado a la gran incidencia de casos, su elevada morbi-mortalidad, sus repercusiones físicas, psíquicas y sociales, y la ausencia de investigaciones cualitativas sobre el tema en el contexto de la salud mental, es preciso desarrollar estudios que den voz a las mujeres y describan su situación. El objetivo de este estudio es describir la experiencia de mujeres que sufrieron violencia de pareja y fueron acompañadas por enfermeras en centro de salud mental.

2. Justificación de la relevancia

La violencia contra la mujer está presente en la mayoría de las sociedades pero a menudo no es reconocida y se acepta como parte del orden establecido (Guruge, 2012).

La violencia contra la mujer en el hogar se ha documentado a nivel global y en todos los ambientes socioeconómicos (Jewkes, 2013).

Las evidencias existentes indican que su alcance es mucho mayor de lo que se suponía ya que en distintas partes del mundo, entre 16% y 52% de las mujeres experimentan violencia física de parte de sus compañeros, y por lo menos una de cada cinco mujeres son objeto de violación o intento de violación en el transcurso de su vida (Organización Mundial de la Salud, 2015d).

La violencia anula la autonomía de la mujer y mina su potencial como persona y miembro de la sociedad (Ruiz-Pérez, 2006).

Aunque la violencia contra las mujeres se ha analizado desde diversas perspectivas, es preciso comprender ampliamente el fenómeno y cada vez más de forma integral (Fernández, 2012).

La complejidad del problema lleva a la necesidad de abordarlo desde perspectivas que incluyan la subjetividad y el contexto (Amezcuca & Gálvez, 2002).

Por ello es clara la necesidad de nuevas investigaciones sobre la conexión entre los aspectos de derechos humanos, jurídicos y económicos y las dimensiones de salud pública de la violencia (Ruiz-Pérez, 2006).

Apenas existen estudios fenomenológicos descriptivos publicados en los últimos 10 años dentro del panorama nacional que aborden la percepción de las mujeres sometidas a violencia de género. Tan solo cabe destacar que Muñoz-Cobos et al (2009) realizaron un estudio multicéntrico en 6 centros de Salud de Málaga. A dicha circunstancia hay que sumar la dificultad que conlleva la reproductibilidad y extrapolación de los resultados a otros contextos por las diferencias socioculturales (Castillo & Vásquez, 2003).

Debido a esto, es preciso desarrollar estudios cualitativos que describan y analicen las perspectivas de las mujeres víctimas de violencia de género y con ello, conseguir proporcionar a los profesionales de salud una visión amplia panorama sobre el maltrato desde la perspectiva de la víctima, de la mujer que sufre la violencia. Para que de este modo puedan

identificar, atender y tratar a las mujeres que presentan síntomas relacionados con el abuso sexual, psicológico y/o la agresión física, y puedan realizar una atención sanitaria que englobe todas las necesidades de la mujer, dentro del ámbito sanitario.

3. Objetivos

Pregunta de investigación:

Este trabajo pretende dar respuesta a las siguientes interrogantes.

¿Cuál es la experiencia vivida de las mujeres sometidas a violencia de género? ¿Qué significado tiene para estas mujeres el maltrato y la violencia ejercida sobre ellas?

Objetivo general:

Conocer la experiencia vivida de mujeres víctimas de violencia de género.

Objetivos específicos:

- Describir el significado del maltrato desde la perspectiva de la mujer.
- Describir la experiencia vivida de las mujeres víctimas de violencia de género respecto a la evolución y progresión del maltrato.
- Describir la experiencia vivida de las mujeres víctimas de violencia de género respecto al miedo y la culpabilidad.
- Describir el significado del miedo y la culpabilidad vivido por las mujeres víctimas de violencia de género.
- Describir el significado de las obligaciones de la mujer desde la perspectiva de las mujeres víctimas de violencia de género.

4. Material y método

Este estudio se realizó siguiendo los criterios de los Criterios de la guía Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ) (Tong et al, 2007).

Diseño

Se realizó un estudio fenomenológico cualitativo. Los métodos cualitativos son útiles para compren-

der procesos sociales complejos, captar aspectos esenciales de un fenómeno desde la perspectiva de los participantes del estudio y descubrir las creencias, valores y motivaciones que subyacen a las conductas de salud individuales (Pope y Mays, 2006; Curry et al, 2009). La fenomenología es un tipo de estudio cualitativo que explora las experiencias de las personas inmersas en situaciones o fenómenos (por ejemplo, violencia de pareja). La fenomenología, que se basa en experiencias narradas en primera persona (entrevistas, revistas y cartas personales), intenta comprender la esencia de un fenómeno (Norlyk, 2010)

Contexto

En España, las mujeres que han sufrido episodios de violencia por sus parejas y desarrollan trastornos psíquicos, como crisis de ansiedad, depresión, síndromes de estrés postraumáticos o abuso de alcohol y/o sustancias psicoactivas, son derivadas entre otras, a las consultas de enfermería de los centros de salud mental (CSM).

En los CSM, a las mujeres se les aplica un plan integral de atención, por un equipo interdisciplinar. En este plan se realiza un acompañamiento y seguimiento, con el que se pretende fomentar actitudes, valores y actividades que favorezcan la autonomía personal de la mujer. Además, se intenta que la paciente víctima de violencia hable de su relación traumática con el agresor ayudándola así a visibilizar la naturaleza de su relación abusiva y superar la negación, culpa y otras secuelas psicológicas. Por último, se potencia todos los recursos psíquicos y sociales de la mujer, para poder comenzar una nueva vida. (Comunidad de Madrid, 2014).

Participantes

Los criterios de inclusión fueron: a) mujeres sometidas a malos tratos físicos, psíquicos y/o sexuales por su pareja o ex pareja, reconocidos por la víctima, b) tener una edad comprendida entre 18 y 65 años, c) ser derivada al CSM donde se realizó el estudio. Se excluyeron: a) aquellas mujeres con sospecha de maltrato, pero no son reconocidos, b) aquellas mujeres que no quisieron participar en el estudio.

En los estudios cualitativos, es común incluir participantes en base a un muestreo intencional (Carpenter & Suto, 2008). El muestreo intencional se puede definir como la selección de individuos con base en propósitos específicos asociados con abordar la pregunta o el objetivo del estudio de investigación. Veintinueve mujeres fueron incluidas dentro de la muestra, ninguna de las cuales se retiró del estudio.

Recogida de datos

Los datos se recolectaron entre enero de 2014 y marzo de 2015. Con base en el diseño fenomenológico, se utilizaron simultáneamente herramientas de recopilación de datos en primera persona (entrevistas en profundidad y cartas) y notas de campo del investigador (Carpenter & Suto, 2008). Las entrevistas en profundidad (no estructuradas y semiestructuradas) se utilizaron como la herramienta principal para la recopilación de datos. Con los participantes del 1 al 17, la entrevista comenzó con una pregunta abierta: “¿Cuál es su experiencia con la violencia de pareja?”. Una segunda etapa (participantes 18-29) consistió en entrevistas semiestructuradas que se basaron en una guía de preguntas diseñada para reunir información sobre temas específicos de interés (Anexo 1) (Carpenter & Suto, 2008).

Todas las entrevistas fueron grabadas y transcritas textualmente, grabando 2123 min entrevistas en total. Las primeras 17 entrevistas variaron de 128 min a 33 min (promedio 82.9, SD \pm 29.29), y el segundo grupo de entrevistas varió de 102 min a 41 min (promedio 59.5, SD \pm 18.86). Solo se consiguió una carta personal en la segunda fase de la participante 2. Las entrevistas se llevaron a cabo en el hogar de la participante (n = 1) o en la consulta de enfermería del CSM (n = 28), dependiendo de la preferencia de la participante.

La transcripción literal completa de cada una de las entrevistas, las cartas de las mujeres y las notas de campo de los investigadores se recopilaban para realizar un análisis cualitativo. Finalmente, se continuó con la recolección de datos hasta que el investigador logró la redundancia de la información, momento en el que no surgió nueva información del análisis de datos (en nuestro estudio, esto ocurrió con la participante 29). (Carpenter & Suto, 2008).

Análisis

Al elegir la fenomenología como diseño cualitativo, se ha aplicado la teoría de interpretación de Ricoeur, a través de la propuesta de análisis interpretativo de Geanellos (2000). La esencia del significado y su comprensión, emerge desde la lectura y relectura del texto, sugiriendo que la interpretación de un fenómeno refleje la intersección de la visión del investigador (horizonte pasado) con la visión del texto (horizonte presente) (Singsuriya, 2015). El objetivo es analizar el significado dado por las mujeres incluidas en el estudio, a través de un proceso profundo de interpretación de los símbolos.

El proceso de análisis consistió en: a) explicación, análisis de la transcripción y codificación; b) comprensión ingenua, agrupación en temas principales e identificación de subtemas; y c) comprensión en profundidad, interpretación y explicación de los resultados. (Geanellos, 2000; Singsuriya, 2015).

Rigor y calidad

Se siguieron las pautas COREQ (Tong et al, 2007). Además, usamos los criterios de Guba y Lincoln (Anexo 2) para establecer la fiabilidad de los datos mediante la revisión de cuestiones relativas a la credibilidad, transferibilidad, confiabilidad y confirmación de los datos (Lincoln & Guba, 1985; Shenton, 2004).

Consideraciones éticas

Este estudio fue aprobado por el Comité de Investigación Ética del Hospital Infanta Sofía de Madrid al que pertenece el CSM de Alcobendas y por el Comité de Ética de la Universidad Rey Juan Carlos.

El estudio se realizó de acuerdo con la Declaración de Helsinki (Asamblea General de la Asociación Médica Mundial, 2004). Se solicitó el consentimiento informado, verbal y escrito, a todos los participantes. La confidencialidad se mantuvo en todo momento durante la recopilación de datos personales y el procesamiento de datos, por lo que el equipo de investigación solo pudo acceder a estos datos. Todos los participantes obtuvieron permiso para grabar las entrevistas.

5. Resultados

En el estudio participaron 29 mujeres, con una edad media de 46,34. Respecto a su país de origen, 22 mujeres eran de España mientras que 7 eran de nacionalidad extranjera (Marruecos, Yemen, Venezuela, Santo Domingo, Argentina y Ecuador), de las cuales, 22 mujeres habían denunciado el maltrato y 7 mujeres no lo habían puesto en conocimiento de las autoridades. (Anexo 2).

Se identificaron 5 temas principales: 1) sintiéndose una víctima, (subtema: progresión del maltrato); 2) alcanzando un límite; 3) viviendo con miedo; 4) viviendo con las obligaciones como mujer; y 5) sintiéndose culpable.

Tema 1: Sintiendo una víctima

Hace referencia a aquellos actos que causan sufrimiento, daño, amenazas, coerción u otra privación de libertades hacia las mujeres por sus parejas.

Dentro de este grupo aparecen en las narraciones diferentes unidades de significado como: “Falta de respeto”, “desprecios”, “indiferencia”, “desvalorización de la mujer”, “quererte como un objeto para su conveniencia”, “control-amenazas”.

Dentro de las narraciones recogidas, algunos ejemplos muestran como la mujer percibe el maltrato, y como siendo mujer lo percibe, lo siente y lo padece.

“ No me respetaba, empecé a notar que ya no me respetaba, me insultaba, me llamaba de todo, que yo le daba asco, que yo le daba pena, que yo no valía para nada, que sólo valía para fregar, que no valía ni para eso, se refería al tema sexual, que era una hija de puta”. (P2, 49 años, entrevista no estructurada)

“... ya no me hablaba. Pero ni una palabra, eh, es que no me miraba ni a la cara. Y cuando le intentaba yo hablar no me contestaba, estaba viendo la tele y seguía viendo la tele, me ignoraba como si no fuera nadie. Y esa indiferencia no te imaginas lo que me dolía, porque me trataba como un mueble”. (P5, 64 años, entrevista no estructurada)

La mujer se da cuenta de que no vale nada para el maltratador, es un objeto más que puede ser desechado, zarandeado y tirado.

“La relación conmigo en el sentido de persona... pues muchos altos y bajos, muchos desprecios físicos, psíquicos, “eres una mierda, no vales nada, no sabes ni leer, no sabes escribir”. Pero para él no sabía nada: “eres una mierda, eres no sé qué, eres no sé cuál...”. (P3, 59 años, entrevista no estructurada)

“... su mujer para él era como “es mía y hago lo que me da la gana”, como un objeto. Si, como un objeto. Humillándome”. (P8, 40 años, entrevista no estructurada)

“Sí, porque yo soy de las que en los momentos malos cuando hay que demostrar cuánto quieres a alguien. Entonces vi que yo no le importaba, y esa persona que no te importa en esos momentos, es que no te importa nada...pienso que te quiere como un objeto y eso es así, y él me quería para su conveniencia”. (P6, 48 años, entrevista no estructurada)

La mujer se da cuenta como el maltratador intenta controlar todos los aspectos de su vida.

“Empezó a controlarme todo, las llamadas, cuando salía, empezó a comer la cabeza de los niños, empezaba a amenazarme a mí que como salga te voy a cortar las piernas”. (P1, 36 años, entrevista no estructurada).

Subtema: Progresión del maltrato

Hace referencia a los mecanismos de ascensión progresiva en el proceso de maltrato, diferenciándose un conjunto de fases comunes que varían en cada caso.

Dentro de este grupo aparecen en las narraciones las unidades de significado: “ir de menos a más”, “es como subir una escalera”, “rompiendo mobiliario”, “agresión física”, “ cada vez más fuerte”, “sentimiento de muerte por un mal golpe”, “secuelas postmaltrato”. Las mujeres describen como los primeros indicios de maltrato eran de origen psicológico, como poco a poco el maltratador iba aumentando la frecuencia de los maltratos.

“...eso fue yendo de menos a más, primero ha sido como maltrato psicológico, que hacía cosas que a mí me dolían, me molestaban pero a mí no me tocó en ese tiempo” (P2, 49 años, entrevista no estructurada)

“Al principio fue muy poco, ¿no?... echo un poquito la vista para atrás y ha sido como subir una

escalera, ha sido a través de meses años” (P2, 49 años, entrevista no estructurada)

En esta primera fase, la mujer describe como el maltratador comienza a mostrar violencia física hacia los objetivos de su entorno familiar; muebles, vajilla, etc.

“...yo estaba sentada en el salón con el niño y le vi que traía una cara muy rara, como de así como despeinado, muy agresivo, y empezó a decirme cosas muy raras, digo: “¿qué te pasa?”. Muy exaltado. Y no sé qué pasó, empezó a pegar patadas al mueble, a un mueble que tengo en el salón, que lo rompí. Empezó a tirar cosas y yo claro, yo me quedé alucinada porque como era la primera vez que lo hacía”. (P5, 64 años, entrevista no estructurada)

“...salió de la habitación como algo que lleva el demonio, los pasos los tengo aquí, aquí tengo el sonido, paf, paf. Y se lió a puñetazos contra el mueble que tengo en el salón, que el mueble se movía. Mi hija lo vio, mi hija en el pasillo se meó toda, se meó”. (P3, 59 años, entrevista no estructurada)

De igual modo, un día de repente comienzan los maltratos físicos. Se rompe la barrera de tocar a la mujer.

“Él al principio parecía muy cariñoso, pero luego ya empezó a decirme “hija de la gran puta”, “asquerosa”, “me das asco”, “no te vas a ir de aquí ahora sin que me hagas lo que me tienes que hacer”, “de aquí no te vas sin que me corra”(…) él como estaba sentado me pegó así, me cruzó la cara y de ahí tengo la mandíbula, lo que es la mandíbula de aquí me desencajó la mandíbula y la boca no la podía cerrar de la hostia que me dio”. (P2, 42 años, entrevista no estructurada)

“Me cogía de los pelos, tenía una coleta y hacía lo que él quería, me movía la cabeza para todas las direcciones, por eso luego al día siguiente tenía las cervicales fatal. Me pegó otra hostia después, luego me decía. “ponte así, ponte asa”, todo a lo bestia”. (P4, 52 años, entrevista no estructurada)

Llega un momento en la progresión del maltrato que la mujer llega un momento que es consciente que la resistencia puede provocarle la muerte.

“... yo al principio me defendía, le insultaba, le tiraba a él, le tiraba de los pelos, pero llegó un momen-

to en que ya dije: “estete quieta porque te mata, porque te mata”, porque él me amenazaba con matarme, me decía que “un día de estos te voy a matar”. Porque cada vez me daba más fuerte, porque cada vez veía más odio en sus ojos, porque cada vez me daba más veces y más fuerte (...) Y cada vez me dejaba más marcas. Entonces un día de estos, me va a dar en mal sitio y me va a matar”. (P7, 47 años, entrevista no estructurada)

El maltrato no solo produce lesiones y daños en el momento, deja de igual modo secuelas físicas y psíquicas en la mujer que la pueden acompañar durante años e incluso el resto de su vida.

“... yo es que tengo mis achaques, que me han venido muchos a raíz de tener la depresión por todo lo que yo he pasado con él, me han venido muchas cosas, la úlcera y me han venido la tensión, la tengo alta, y unas cosas creo que se me ha adelantado de tantos nervios y tantas cosas”. (P4, 52 años, entrevista no estructurada)

“ Sí, llevaba dos años que tomaba las pastillas con él, pero a él le daba igual, le daba igual, me decía lo que decía, le daba igual y problemas psicológicos muchos, muchos, psicológicos lo peor yo creo”. (P5, 64 años, entrevista no estructurada)

“yo ahora me encuentro feliz, como tranquila, me sienta bien lo que como, antes comía mal, me dolía la tripa, estaba siempre con problemas de colon, de los nervios que me hacía meterme”. (P3, 59 años, entrevista no estructurada)

“...porque la última vez, me tiró cosas, que eso claro, te da en la cabeza y te mata, y estaba cerca del pico del lavaba, me tiró al suelo, me dijo: “como no te calles te abro la cabeza y te mato”. Después de darme unas bofetadas, claro, que a pesar que ya sabía que tenía el tímpano roto de otro episodio, porque se me quedó taponado el oído, perdí el 50% de audición. Y yo creo que me ha dejado secuelas, porque desde entonces, este oído noto que cuando me constipo me duele, no le tengo igual que antes, no”. (P2, 49 años, entrevista no estructurada)

Tema 2: Alcanzando un límite.

Hace referencia a la percepción subjetiva que tiene la mujer de su capacidad máxima de aguante ante los malos tratos.

Dentro de este grupo aparecen en las narraciones las unidades de significado: “notar que llegas al límite”, “no poder más físicamente ni mentalmente”, “no callarse, contestar”, “estar quemada”.

En este tema se puede observar leyendo las narraciones de las mujeres como se va alcanzando un límite que la propia mujer es consciente. Ese límite va acompañado de un agotamiento progresivo, acompañado de un cansancio de la situación que está viviendo. Una apatía “del maltrato y del maltratador”.

“... no sé pero no podía, no podía aguantar más. No podía aguantar. Yo estaba muy quemada, yo no podía..., llegó un día que digo: “es que va a pasar algún día”. (P1, 36 años, entrevista no estructurada)

“... luego tuve la depresión y luego pasaron más veces y más continuo y yo ya tenía un límite, porque yo no quería, pero yo ya mi cuerpo, mi mente, todo estaba como diciendo “ya no puedes más, ya no puedes más”. (P2, 49 años, entrevista no estructurada)

“Yo estaba ya que no podía más, yo estaba ya, ya había llegado a un límite, porque me lo notaba yo, yo me levantaba por las mañanas muy desanimada, no tenía ganas de hacer la casa, no tenía hambre...”. (P2, 49 años, entrevista no estructurada)

Junto a esa sensación de agotamiento, aparece en la mujer maltratada episodios de resistencia ante el maltrato y el maltratador. En ocasiones ellas narran que sintieron una especie de “rebelión” de la situación que estaban viviendo, “un despertar”.

“...ya me revelé mucho, ya empecé a contestar, empecé a contestarle aunque me exponía a que me diera, pero ya empecé yo a contestar, porque antes no contestaba, estaba cagadita de miedo, nada más que me tapaba”. (P3, 59 años, entrevista no estructurada)

“Era un infierno el que vivíamos ahí, los niños estaban también muy mal, mis niños sufrían mucho, porque nos insultábamos. Pero él más, él me insultaba, decía de todo, “puta, guarra” delante de mis hijos. Y cosas muy duras. Yo al principio no le contestaba, pero luego ya no podía. Empecé a contestarle yo también. Sí, le decía “pues tú que eres un

demonio”, yo también empecé a insultarle, es que llega un momento que no puedes más”. (P1, 36 años, entrevista no estructurada)

“... cómo se te ocurre venir aquí, como vuelvas a casa me voy a hacerte una denuncia de malos tratos y como vuelvas aquí...”. Y no sé, y digo: “y no te acerques aquí a casa, no vengas aquí más a esta casa que no quiero verte más”. Porque me sentí ya, es que es lo último”. (P6, 48 años, entrevista no estructurada)

“Gracias a Dios que me lo he quitado de encima. Yo no me arrepiento, yo creo que si llego a estar unos años más con él me había pasado algo pero malo”. (P7, 47 años, entrevista no estructurada)

Tema 3: Viviendo con miedo

Hace referencia al estado afectivo y emocional caracterizado por una sensación desagradable provocada por la percepción de un peligro real o supuesto presente, futuro o pasado. Las mujeres narran como la sensación de miedo es constante y continua dentro de su vida diaria. La falta de elementos que la ayuden a manejarlo, la incertidumbre de cuando, donde y qué tipo de maltrato o violencia sufrirán hacen empeorar esta sensación. Lo que se mantiene constante es la presencia de un peligro real.

Dentro de este grupo aparecen en las narraciones las unidades de significado: “miedo a agresiones”, “miedo a llegar a casa”, “miedo a ruidos”, “miedo a denunciar”, “miedo a estar sola”.

“... yo cerré la puerta y pensaba yo en cualquier momento entra y me clava el cuchillo. Mi hermana, menos mal que estaba mi hermana. Yo creo que ahí ya empezó a amenazarme, ahí empecé a cogerle miedo, ahí yo ya empecé a cogerle miedo”. (P1, 36 años, entrevista no estructurada)

“... pero siempre tuve ese miedo dentro, un miedo-terror. Empecé a coger, yo le tenía un miedo atroz. Cuando volvía a casa tenía miedo, siempre con miedo, e incluso en el trabajo por el teléfono, porque ya me llamaba, ya me insultaba (...) y me entraba la cosa esa, el agobio, el agobio. Yo le tenía un miedo, le cogí tal miedo, tal pánico que yo cuando le veía respirar o abrir la puerta me hacía el corazón... Miedo, yo le he llegado a tener miedo. Miedo, no sabes..., y todavía le tengo. Y fija-

te que no está en casa”. (P3, 59 años, entrevista no estructurada)

“Cuando hablaba solo ya me daba miedo porque empezaba a decir. “Hija de la gran puta” con esa voz como de loco y que me daba un miedo horroso” (P4, 52 años, entrevista no estructurada)

“...yo tenía tanto miedo que yo estaba... Te voy a decir lo que sentía, yo creo que me meé encima para que te des cuenta cómo estaba. Yo no sentía nada, estaba como inerte, yo estaba en un estado que me meé encima y no me di cuenta. Y yo pensaba que se había meado él. Y entonces pensé: “pero si soy yo, que me estoy meando pero es del miedo que tengo”. (P2, 49 años, entrevista no estructurada)

Debido al miedo, una sensación compartida por algunas mujeres, era que se miedo las impedía tomar la decisión de denunciar al maltratador. Eran conscientes de que su vida corría peligro, de la incertidumbre de la situación y de lo incontrolable de la misma, pero debido al miedo no podían reaccionar o actuar.

“No he denunciado nunca. No, nunca, tenía miedo a la denuncia, por las consecuencias que pudiera tener contra mí si yo lo hacía”. (E6 entrevista no estructurada)

“Yo soy una persona y que a pesar de que yo sabía que me estaba haciendo daño no quería dejarlo, porque me daba miedo... Sí, tenía muchos miedos, tenía muchos miedos. No sabía qué iba a pasar, yo no quería estar sola, porque yo a pesar de todo, a pesar de todo el día que yo le denuncié le seguía queriendo”. (P2, 49 años, entrevista no estructurada)

Compartida con muchas mujeres, el alcohol y el momento de “estar bebido” o “borracho” es cuando empezaban los maltratos o se acentuaban en su intensidad y violencia.

“...cuando estaba bebido se ponía en un estado que a mí me daba un miedo horroso, yo me ponía en un estado de ansiedad, que simplemente oír que abría la puerta me empezaban a temblar las manos, me entraba un estado de ansiedad que me empezaba a latir muy deprisa el corazón y me dolía hasta el pecho”. (P5, 64 años, entrevista no estructurada)

Tema 4: Viviendo con las obligaciones como mujer

Hace referencia a la percepción de la mujer respecto a qué considera ella misma y el maltratador que son sus obligaciones como “mujer”.

En las narraciones obtenidas, se observa como las diferentes mujeres perciben como el maltratador las exige ciertas obligaciones que deben cumplir. Esas obligaciones aparecen, en ocasiones, ser compartidas por algunas de las mujeres entrevistadas. No es lo común, pero si existe cierto “ideario” sobre lo que debe y no debe hacer la mujer como obligación en el hogar. Las mujeres narran como esas supuestas obligaciones son utilizadas como excusas para ejercer el maltrato y la violencia sobre ellas.

Dentro de este grupo aparece en las narraciones las unidades de significado: “ser su propiedad”, “tener sexo cuando el maltratador quiere”, “realizar las prácticas sexuales que él desea”, tareas domésticas” “cuidado de los hijos”.

Entra estas obligaciones se encuentra el sexo, en las maneras y momentos que el maltratador desea, independientemente de los deseos de la mujer.

“... esa era la sensación que yo tenía, que él se creía que por haberse casado conmigo yo era de su propiedad, que era algo suyo, ¿no? Que yo tenía que hacer lo que él dijera y cuando él dijera, que tenía que obedecer, vamos. Esa era la sensación que a mí me daba (...) “si no lo haces por las buenas lo vas a hacer por las malas”. (P3, 59 años, entrevista no estructurada)

“... “Esto ha pasado porque tú has querido, esto no pasaría si tú no me negaras lo que me tienes que dar”, “Es que es tu obligación dármelo”. Y yo le contestaba. “no sabía yo que tenía la obligación, yo pienso que eso hay que hacerlo cuando dos personas quieren, cuando lo desean y tú no me puedes a mí obligar”. (P2, 49 años, entrevista no estructurada)

De igual modo, dentro de esas obligaciones se encuentran aspectos del cuidado diario, realizar tareas del hogar, limpieza, cocinar, etc.

“... yo todo lo hacía, fregaba el suelo, limpiaba la ventana del polvo, no había una mota de polvo, porque no veas que pasaba, que una vez pasó el dedo, qué pasa “a ver si limpiamos, guarra”. (P6, 48 años, entrevista no estructurada)

“... yo le hacía sus comidas favoritas, me metía en la cocina y le hacía muchas cosas que le gustaban, que sabía que le gustaba, sobre todo la pasta y el arroz le gustaba mucho, y le hacía muchas cosas así. Y siempre estaba buscando recetas, a ver qué más le podía buscar, siempre mimándole, siempre lo tenía todo perfecto. Me levantaba por la mañana y cuando él venía de trabajar estaba todo colocado, todo súper limpio, todo vamos, estaba la casa como los chorros del oro”. (P5, 64 años, entrevista no estructurada)

“... me veía que mi cabeza estaba en ese aspecto mejor que la suya. Yo llevaba las cuentas de mi casa, las he llevado siempre, él no sabe, él no sabe si qué luz, si hay colegio, si no había colegio, si los niños, cuando estudiaban nunca se ha preocupado, o sea, ha sido todo a mi cargo”. (P8, 40 años, entrevista no estructurada)

Se observa en algunas mujeres, como el concepto de “obligación” está unido al concepto de ser “buena o mala mujer”. El haber realizado las tareas o roles esperados es determinante para la mujer sometida a violencia por el maltratador. El no haber sido considerada, ni ella ni sus esfuerzos o trabajo dentro de lo esperado de ella como “mujer” es algo que algunas mujeres narran como algo relevante, junto a la presencia de maltrato.

“... tengo la conciencia tranquila, a pesar de todas las broncas continuas. Creo que he sido una buena mujer con él, me he portado bien con él, le he dado todo lo que podido y lo que he sabido, quizás más de lo que se ha merecido, más de lo que se ha merecido, porque hay cosas que no se ha merecido, la verdad. Y creo que he sido una buena madre y todo eso me duele que no haya valorado nada de eso”. (P3, 59 años, entrevista no estructurada)

Muchas mujeres coinciden en que su rol se resumía en tres aspectos; ser esclava, criada y niñera de su expareja. Esclava respecto a temas sexuales, criada para hacer las cosas de la casa, cocinar, limpiar y niñera para el cuidado de los hijos y de apoyo al maltratador.

Tema 5: sintiéndose culpable.

Hace referencia a la sensación de cuenta pendiente, de deber algo, de sentirse mal por tomar medi-

das contra el maltratador o por haberse retrasado en tomarlas.

Dentro de este grupo aparece en las narraciones: “a pesar de todo le quiero y me siento mal denunciándole”, “la culpa está ahí”, “su familia me marcaba como la responsable de todo”.

Muchas de las mujeres incluidas en el estudio, están separadas de su pareja o tienen orden de alejamiento. Estas mujeres narran como se sienten culpables por no haber cortado la situación mucho antes, y haber evitado determinadas situaciones que ellas y sus hijos han vivido.

“Tras todos estos años... tuvo que enviarme al hospital para darme cuenta de todo. Aun me siento culpable... culpable por dejar que pasará, culpable por no tomar medidas antes, culpable por no poder evitar que mis hijos estén marcados, culpable por quererle aún...” (P8, 40 años, entrevista no estructurada)

Por otro lado, en el momento de tomar la decisión de cortar con el maltrato y el maltratador, incluso en la denuncia, tras realizarla siente culpabilidad.

“La denuncia ha sido el momento donde más me sentí culpable. Lo tenía claro, era él o yo, me iba a matar... Pero cuando vi los ojos de mis hijos dude, les alejaba de su padre ¿qué pensarían de mí? (P13, 40 años, entrevista semi-estructurada)

Algunas mujeres relacionan la culpabilidad por no haber podido cumplir sus “funciones” u “obligaciones” como mujer. La sensación de que deberían haberlo intentado más o haberse esforzado permanece en las narraciones de algunas de las mujeres. Este punto, podría integrarse de igual modo en el tema: **Viviendo con las obligaciones como mujer.**

“¿Qué si siento culpa? Claro. No puedo evitar pensar que tal vez sea por mí, que no me entregara lo suficiente, que no le atendiera como se merecía... Sé que es una tontería, y no debo pensar esto, pero esto se me ha quedado dentro, como una marca a fuego, marcada...” (P8, 40 años, entrevista no estructurada)

6. Discusión

Nuestros resultados muestran que las mujeres se reconocen como víctima de violencia, y coinciden

con estudios previos (Hayati et al, 2013; Malpass et al, 2014), donde se muestran que las mujeres presentan falta de autoestima y de confianza, sobre todo aquellas en las que el maltrato se mantiene durante largo tiempo. El apoyo psicosocial permite que estas mujeres recuperen su autoestima, su confianza y aumente la necesidad de cambiar sus vidas (Albuquerque et al, 2015). Sin embargo, la presencia de lesiones graves y severas puede desencadenar el proceso de denuncia y separación sin estar recuperadas psíquicamente. (Othman et al, 2014).

Por otro lado, las mujeres que han sufrido maltrato experimentan una estigmatización, debido a la vergüenza que siente ella y su familia, al considerar el maltrato como un asunto privado (McCleary-Sills et al, 2016). Esta vergüenza se basa en la creencia equivocada que la violencia es un problema conyugal eventual, y no se debe involucrar a otras personas (profesionales, familia), considerando la ayuda intrusiva e innecesaria (Othman et al, 2014). Esta vergüenza puede condicionar sus relaciones sociales, cerrando cada vez más su círculo social, sobre todo en comunidades pequeñas (Roush & Kurth, 2016).

El miedo es una constante en las narraciones de nuestras participantes. Ese miedo constante es vivido como una situación aterradora e incontrolable que perdura pese a interrumpirse la relación (Keeling et al, 2016), que se asocia la persistencia de este miedo a la presencia simbólica del agresor; aunque este no se encuentre físicamente (Souto et al, 2015)

El miedo no aparece sólo por la amenaza de daño físico a la mujer, también aparece por otras circunstancias, como el secuestro o el daño de los hijos (Gregory et al, 2017). Además, otros estudios revelan como el maltrato se puede ocultar por miedo al insulto, la discriminación, o el abandono en el caso de mujeres embarazadas (Turan et al, 2016) o dependientes económicamente al hombre (McCleary-Sills et al, 2016; Rishal et al, 2016)

Nuestros resultados muestran como aparece culpabilidad en la mujer maltratada, al considerarse como responsable. Esto coincide con estudios previos (Othman et al, 2014), en los que se describe como las mujeres asociaban esa violencia con sus propios fallos, y era su esposo el encargado de corregirlo. Esto tiene un elevado riesgo para la mujer debido a que se puede llegar a aceptar so-

cialmente la violencia como un instrumento a esgrimir por el hombre-esposo (McCleary-Sills et al, 2016) o puede llegar a ser minimizado o aceptado por la víctima. (Othman et al, 2014).

Este tema estaría relacionado en ocasiones con la culpabilidad experimentada por las víctimas ante el desempeño de sus "obligaciones o funciones como mujer". Las obligaciones de la mujer se fundamentan en el rol establecido por una sociedad patriarcal. Nuestros resultados coinciden con estudios previos que muestran como la mujer es catalogada dentro del hogar, cuya función es la crianza de los hijos, y no debe trabajar fuera de casa (Kelmendi, 2015; Mannell et al, 2016; Roush et al, 2016). Por otro lado, Cardoso et al (2016), describe como la violencia hacia la mujer se produce en casos donde se invierten los roles, en los que la mujer trabaja y es la principal fuente de ingresos, al vez que el hombre está desempleado.

Las relaciones sexuales, son vividas por nuestras participantes como desagradables, y muchas veces las mujeres se sintiesen forzadas. Estudios previos, definen estas situaciones como violaciones (Stern et al, 2016), generando un rechazo de las mujeres hacia el sexo (Roush & Kurth, 2016). En contra, de manera sorprendente, existen situaciones donde las relaciones sexuales se consideran una obligación de la mujer y el hombre puede sentirse autorizado a mantenerlas (Cardoso et al, 2016).

7. Conclusiones

El análisis de los testimonios evidenció que la violencia conyugal es un fenómeno social multifacético recurrente y que influye en forma significativa en la salud de las mujeres que vivencian esta experiencia. (Anexo 3)

La violencia es cada vez más analizada como un problema importante de salud pública, considerando que las mujeres enfrentan situaciones muy difíciles.

Desde la experiencia de las mujeres, el maltrato es un proceso largo y continuo en el que sufren miedo, incertidumbre y culpabilidad.

Ocultar el maltrato es un rasgo que aparece en la mayoría de las mujeres; ocultamiento ante su familia, su círculo social más cercano así como al propio personal sanitario que las atiende en las urgencias hospitalarias o las consultas de Aten-

ción Primaria. La relación con los profesionales es variable, viviendo la mujer situaciones de comprensión y sospecha ante la mirada de los profesionales.

Confrontar esta problemática exige que los profesionales de la salud reconozcan que la violencia es un problema de salud colectiva que sobrepasa todas las dimensiones de las relaciones sociales, cuyas raíces están en la desigualdad de género.

La violencia puede estar presente en todos los ámbitos de la vida de la mujer y puede manifestarse de diferentes formas (la violencia física, la violencia psicológica y la violencia social) y en diversas circunstancias donde, incluso, los hijos/as se ven incluidos en el maltrato.

La violencia ejercida sobre la mujer deteriora su integridad, dando como consecuencias una salud deficiente, trastornos familiares y del grupo social.

De entre las consecuencias para la salud de la mujer se pueden destacar, las complicaciones físicas y las psicológicas que producen incapacidad importante en una mujer sin olvidar las consecuencias sociales que la imposibilitan dejar ese hogar violento donde se vulnera sus derechos como persona y denigran su individualidad. Por ello, se trata de un fenómeno que afecta la salud de la persona y que tiene repercusiones en la salud pública en todos los niveles (regional, nacional e internacional).

Estos resultados pueden ser utilizados para comprender de una manera más cercana y profunda la experiencia de vivir el maltrato desde la perspectiva de las propias mujeres. Además, estos resultados pueden servir de guía y apoyo para elaborar protocolos de asistencia en centros sanitarios, y programas específicos para mujeres que han vivido situaciones de maltrato.

BIBLIOGRAFÍA

- Albuquerque, N. L., Moura, M. A., Fernandes, E. S. G., Penna, L. H., & Pereira, A. L. (2015). Women in situation of violence by their intimate partner: making a decision to seek a specialized violence support service. *Revista Gaucha de Enfermagem*, 36, 135-142.
- Amezcu, M. & Gálvez, A. (2002). Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Salud Pública*, 76(5), 423-436.
- Cardoso, L. F., Gupta, J., Shuman, S., Cole, H., Kpebo, D., & Falb, K. L. (2016). What factors contribute to intimate partner violence against women in urban, conflict-affected settings? Qualitative findings from Abidjan, Cote d'Ivoire. *Journal of Urban Health*, 93(2), 364-378.
- Carpenter C, Suto M (2008) *Qualitative research for occupational and physical therapists: A practical guide*. Black-Well Publishing, Oxford.
- Castillo, E. & Vásquez, L. (2003). El rigor metodológico en la investigación cualitativa. *Revista Colombia Médica* 34(3).
- Comunidad de Madrid (2014). *Plan estratégico de salud mental 2010-2014*. Consejería de Sanidad.
- Cronholm PF, Fogarty CT, Ambuel B, Harrison SL. (2011). Intimate partner violence. *American Family Physician*, 83(10):1165-1172
- Curry, L. A., Nembhard, I. M., & Bradley, E. H. (2009). Qualitative and mixed methods provide unique contributions to outcomes research. *Circulation*, 119(10), 1442-1452.
- Dardis, C., Dixon, K., Edwards, K. & Turchik, J. (2014). An examination of the factors related to dating violence perpetration among young men and women and associated theoretical explanations: a review of the literature. *Trauma Violence Abuse*, 16(2), 136-152.
- European Union. (2014). Violence against women: an EU- wide survey. *FRA European Union Agency for Fundamental Rights*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Fernández, D. (2012). *Destrucción y reconstrucción de la identidad de mujeres maltratadas: Análisis de discursos autobiográficos y de publicidad institucional*. (Tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Ciencias de la Información, España.
- Ferrari, G., Agnew-Davies, R., Bailey, J., Howard, L., Howarth, E., Peters, T. J., Feder, G. S. (2016). Domestic violence and mental health: a cross-sectional survey of women seeking help from domestic violence support services. *Global Health Action*, 9, 10.3402/gha.v9.29890.
- Geanellos, R. (2000). Exploring Ricoeur's hermeneutic theory of interpretation as a method of analysing research texts. *Nursing Inquiry*, 7(2), 112-119.

- Gregory, A., Feder, G., Taket, A., & Williamson, E. (2017). Qualitative study to explore the health and well-being impacts on adults providing informal support to female domestic violence survivors. *BMJ Open*, 7(3), e014511.
- Guruge, S. (2012). Intimate partner violence: a global health perspective. *The Canadian Journal of Nursing Research*, 44(4), 3654.
- Hayati, E., Eriksson, M., Hakimi, M., Högberg, U. & Emmelin, M. (2013). Elastic band strategy': women's lived experience of coping with domestic violence in rural Indonesia. *Global Health Action*, 2(6), 1-12
- Jewkes, R. (2013). Intimate partner violence: the end of routine screening. *The Lancet*, 382(9888), 190-191.
- Keeling, J., Smith, D., & Fisher, C. (2016). A qualitative study exploring midlife women's stages of change from domestic violence towards freedom. *BMC Women's Health*, 16(1), 13.
- Kelmendi, K. (2015). Domestic violence against women in Kosovo: a qualitative study of women's experiences. *Journal of Interpersonal Violence*, 30(4), 680-702.
- Labronici, L. M. (2012). Resilience in women victims of domestic violence: a phenomenological view. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 21(3), 625-632.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Sage.
- Malpass, A., Sales, K., Johnson, M., Howell, A., Agnew-Davies, R. & Feder, G. (2014). Women's experiences of referral to a domestic violence advocate in UK primary care settings: a service-user collaborative study. *The British Journal of General Practice*, 64(620), 151-158
- Mannell, J., Jackson, S., & Umutooni, A. (2016). Women's responses to intimate partner violence in Rwanda: Rethinking agency in constrained social contexts. *Global Public Health*, 11(1-2), 65-81.
- Martinez-Torteya, C., Anne Bogat, G., von Eye, A., & Levendosky, A.A. (2009). Resilience among children exposed to domestic violence: the role of risk and protective factors. *Child Development*, 80(2):562-77.
- McCleary-Sills, J., Namy, S., Nyoni, J., Rweyemamu, D., Salvatory, A., & Steven, E. (2016). Stigma, shame and women's limited agency in help-seeking for intimate partner violence. *Global Public Health*, 11(1-2), 224-235.
- Meyersfeld, B. C. (2012). Council of Europe Convention on preventing and combating violence against women and domestic violence--Introductory note by. *International Legal Materials*, (1), 106-132.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2012). *Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género 2012*. Observatorio de Salud de las Mujeres.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2015a). *Macroencuesta de violencia contra la mujer. Delegación del Gobierno para la Violencia de Género*.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2015b). *Guía de actuación en Atención Especializada para abordar la violencia de pareja hacia las mujeres*. Delegación del Gobierno para la Violencia de Género.
- Muñoz-Cobos, F., Burgos, M.L., Carrasco, A., Martín, M.L., Río, J., Ortega, I. & Villalobos, M. (2009). Coming out of the whirlwind of abuse. Qualitative research on gender violence. *Atención Primaria*, 41(9), 493500.
- Norlyk, A., & Harder, I. (2010). What makes a phenomenological study phenomenological? An analysis of peer-reviewed empirical nursing studies. *Qualitative Health Research*, 20(3), 420-431.
- Organización Mundial de la Salud. (2015b). *Resumen: Respuesta a la violencia de pareja y a la violencia sexual contra las mujeres*.
- Othman, S., Goddard, C., & Piterman, L. (2014). Victims' barriers to discussing domestic violence in clinical consultations: A qualitative enquiry. *Journal of Interpersonal Violence*, 29(8), 1497-1513.
- Pope C, Mays N.(2006) *Qualitative research in health care*. Oxford: Blackwell Publishing.
- Rishal, P., Joshi, S. K., Lukasse, M., Schei, B., Swahnberg, K., & ADVANCE Study Group. (2016). 'They just walk away'—women's perception of being silenced by antenatal health workers: a qualitative study on women survivors of domestic violence in Nepal. *Global Health Action*, 9(1), 31838.
- Roush, K., & Kurth, A. (2016). The lived experience of intimate partner violence in the rural setting. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 45(3), 308-319.
- Ruiz-Pérez, I., Plazaola, J., Blanco, P., González, J.M., Ayuso, P. & Montero, M.I. (2006). La violencia contra la mujer en la pareja. Un estudio en el ámbito de la atención primaria. *Gaceta Sanitaria*, 20(3).
- Shenton, A. K. (2004). Strategies for ensuring trustworthiness in qualitative research projects. *Education for Information*, 22(2), 63-75.

- Singsuriya, P. (2015). Nursing researchers' modifications of Ricoeur's hermeneutic phenomenology. *Nursing Inquiry*, 22(4), 348-358.
- Souto, R. Q., Merighi, M. A. B., Guruge, S., & Jesus, M. C. P. (2015). Older Brazilian women's experience of psychological domestic violence: a social phenomenological study. *International Journal for Equity in Health*, 14(1), 44.
- Stern, E., Buikema, R., & Cooper, D. (2016). South African women's conceptualisations of and responses to sexual coercion in relation to hegemonic masculinities. *Global Public Health*, 11(1-2), 135-152
- Sutherland, M. A., Fantasia, H. C., & Hutchinson, M. K. (2016). Screening for intimate partner and sexual violence in college women: missed opportunities. *Women's Health Issues*, 26(2), 217-224.
- Tarzia, L., Murray, E., Humphreys, C., Glass, N., Taft, A., Valpied, J., & Hegarty, K. (2016). I-DECIDE: an online intervention drawing on the psychosocial readiness model for women experiencing domestic violence. *Women's Health Issues*, 26(2), 208-216.
- Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(6), 349-357.
- Turan, J. M., Hatcher, A. M., Romito, P., Mangone, E., Durojaiye, M., Odero, M., & Camlin, C. S. (2016). Intimate partner violence and forced migration during pregnancy: Structural constraints to women's agency. *Global Public Health*, 11(1-2), 153-168.
- World Health Organization. (2013). *Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*. Geneva: World Health Organization.
- World Medical Association General Assembly. (2004). World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *International Journal of Bioethics*, 15(1), 124.

ANEXO 1. Guión de preguntas de la entrevista semiestructurada

Pregunta temática / Aspectos a investigar	Pregunta dinámica/ Preguntas a realizar en el campo
Relación de pareja	¿Cómo ha vivido esa relación de pareja? ¿Cómo se siente conviviendo en pareja? ¿Qué fue lo más relevante para usted en su relación? (Antes y después de la primera vez que sucedió el maltrato).
Preocupaciones	¿Cómo le ha afectado esa relación pareja en su vida? ¿Qué consecuencias ha tenido para usted y su entorno? ¿Cómo ha manejado la situación?
Rol de mujer	¿En qué medida ha afectado esa relación a su condición de mujer? ¿Se ha sentido limitada o influenciada de alguna manera? ¿Cómo vivía usted la situación teniendo hijos en casa? ¿Cuál cree que es su papel dentro de la relación de pareja? ¿Y en casa con el resto de familia?
Reconocimiento ser víctima	¿Qué significado tiene para usted ser maltratada? ¿Qué ocasión recuerda usted especialmente de forma positiva/ negativa? ¿De qué manera le ha afectado esta situación en su vida?
Miedo y culpabilidad	¿Cómo se sentía cuando comenzaban los malos tratos? ¿Qué pensamientos tenía durante el proceso? ¿Cómo se sentía cuando cesaban los malos tratos? ¿Cómo se sintió tras tomar la decisión de denunciar? ¿Cómo se sintió tras la separación con el agresor? ¿En algún momento del maltrato usted sintió culpabilidad o de alguna manera responsable de algo de esa situación?

ANEXO 2. Características sociodemográficas

Código	Edad	País	Situación laboral	Nivel de estudios	Nº de persona de convivencia	Nº de personas a su cargo	Nº de hijos	Denuncia	Relación con el agresor
P1	36	Marruecos	Desempleada	Sin estudios	3	2	2	Si	Orden de alejamientos
P2	49	España	Desempleada	Graduado escolar	5	5	5	Si	Orden de alejamientos
P3	59	España	Ama de casa	Sin estudios	0	0	2	No	Separación física
P4	52	España	Desempleada	Formación profesional	3	2	3	Si	Orden de alejamientos
P5	64	España	Ama de casa	Sin estudios	1	0	3	No	Separación física
P6	46	Santo Domingo	Trabajadora	Sin estudios	0	0	3	Si	Orden de alejamiento
P7	47	España	Desempleada	Bachillerato	0	0	2	Si	Orden de alejamiento
P8	40	España	Pensionista	Graduado escolar	4	3	4	Si	Orden de alejamiento
P9	46	España	Desempleada	Graduado escolar	0	0	2	Si	Divorcio
P10	35	España	Trabajadora	Graduado escolar	1	1	1	Si	Orden de alejamiento
P11	40	España	Desempleada	Estudios universitarios	3	3	3	No	Divorcio
P12	50	España	Trabajadora	Sin estudios	0	0	2	Si	Divorcio
P13	40	España	Trabajadora	Estudios universitarios	2	0	0	Si	Orden de alejamiento
P14	42	Yemen	Desempleada	Estudios universitarios	2	2	2	No	Separación física
P15	47	Marruecos	Desempleada	Sin estudios	4	4	6	Si	Divorcio
P16	44	España	Pensionista	Estudios universitarios	2	1	1	Si	Divorcio
P17	35	España	Trabajadora	Graduado escolar	0	0	1	Si	Divorcio
P18	46	España	Jubilada	Graduado escolar	0	0	0	No	Separación física
P19	60	España	Pensionista	Sin estudios	0	0	1	No	Separación física
P20	58	España	Desempleada	Estudios universitarios	0	0	2	Si	Divorcio
P21	24	España	Trabajadora	Graduado escolar	2	1	1	Si	Separación física
P22	48	España	Pensionista	Graduado escolar	4	1	2	Si	Divorcio
P23	47	Venezuela	Desempleada	Estudios universitarios	5	0	0	Si	Divorcio
P24	38	España	Trabajadora	Formación profesional	3	1	1	Si	Divorcio
P25	54	España	Pensionista	Sin estudios	1	0	3	Si	Divorcio
P26	49	Argentina	Desempleada	Graduado escolar	3	2	2	Si	Divorcio
P27	45	Ecuador	Trabajadora	Bachillerato	10	8	3	No	Divorcio
P28	63	España	Ama de casa	Graduado escolar	1	0	2	Si	Divorcio Orden de alejamiento
P29	38	España	Trabajadora	Bachillerato	5	3	3	Si	Divorcio

ANEXO 3. Mapa conceptual de la experiencia de vivir el maltrato

