

Investigación cualitativa en mujeres víctimas de violencia de género

F. Muñoz-Cobos^a, M.L. Burgos-Varo^b, A. Carrasco-Rodríguez^c, M.L. Martín-Carretero^d, J. Río-Ruiz^e, M. Villalobos-Bravo^f y I. Ortega-Fraile^g

Objetivo. Analizar la experiencia de mujeres víctimas de la violencia de género atendidas en centros de atención primaria desde el punto de vista de las mujeres.

Diseño. Investigación cualitativa interpretativa. Perspectiva fenomenológica.

Emplazamiento. Estudio multicéntrico en centros de salud urbanos.

Participantes. Mujeres víctimas de la violencia de género (física, psíquica, sexual) atendidas en los centros de salud. Muestreo intencional y teórico hasta el punto de saturación. Criterios de segmentación: edad (jóvenes-edad media-ancianas); maltrato actual o pasado; detección en urgencias-consultas.

Mediciones principales. Relatos biográficos y análisis de contenido de la transcripción literal de las grabaciones. Codificación mediante programa NUD-IST. Utilización para la interpretación de la Teoría Fundamentada.

Limitaciones. Complejidad del fenómeno de estudio. Proyección de la perspectiva del investigador. Volumen ingente de datos. Se proponen estrategias para mejorar la credibilidad, la conformabilidad y la transferibilidad.

Aplicabilidad práctica. Mejorar el conocimiento de la situación de las mujeres víctimas de la violencia doméstica desde una perspectiva no directiva, lo que permitirá mejorar la calidad de las intervenciones.

Palabras clave: Violencia de género. Atención primaria. Relatos biográficos. Teoría Fundamentada.

QUALITATIVE RESEARCH INTO WOMEN WHO ARE VICTIMS OF MALE VIOLENCE

Objective. To analyse, from the point of view of the women, the experience of women who are victims of male violence and attended at primary care centres.

Design. Interpretative, qualitative research. Phenomenological perspective.

Setting. Multi-centre study in urban health centres.

Participants. Women victims of male violence (physical, psychological, or sexual) seen at health centres. Intention and theoretical sampling to saturation point. Segmentation criteria: age (young/middle-aged/elderly); current or past ill-treatment; detection in casualty/consultations.

Main measurements. Biographical accounts and content analysis of recordings' literal transcription. Coding through the NUD-IST programme. Use for interpreting Well-Founded Theory.

Limitations. Complexity of the phenomenon under study. Projection of researcher's perspective. Huge amount of data.

Strategies are proposed for increasing credibility, conformity and transferability.

Practical use. To improve understanding of the situation of women who are victims of domestic violence, from a non-directive perspective that enables the quality of interventions to be improved.

Key words: Male violence. Primary care. Biographical accpounts. Well-Founded Theory

^aCentro de Salud El Palo. Málaga. España.

^bCentros de Salud El Palo y Limonar. Málaga. España.

^cCentro de Salud Huelin. Málaga. España.

^dCentro de Salud San Miguel y Carihuela. Torremolinos. Málaga. España.

^eCentro de Salud Puerta Blanca y la Luz. Málaga. España.

^fCentro de Salud Ciudad Jardín. Málaga.

^gCentro de Salud Limonar. Málaga. España.

Correspondencia:
Francisca Muñoz Cobos.
Avda. Moliere, 25, esc 2, 5.º 3.
29004 Málaga. España.

Correo electrónico:
francisca@supercable.es.

Introducción

Hasta el momento se han desarrollado investigaciones sobre la violencia de género en atención primaria (AP) que van aportando mayor conocimiento de esta realidad, desde la perspectiva de considerarlo un problema de salud de primer orden caracterizado por la alta prevalencia y la necesidad de la detección precoz y la atención integral a las víctimas. Disponemos de directrices de actuación en el ámbito sanitario que orientan nuestras intervenciones como profesionales de AP¹⁻⁵. La complejidad de este fenómeno lleva a plantear interrogantes continuos y hace necesario el desarrollo de investigaciones sobre aspectos concretos. A este respecto, en el ámbito de la AP se conoce:

– Respecto a la prevalencia y el perfil: los estudios muestran prevalencias poblacionales del 10-40%⁶⁻⁸ en los países anglosajones y > 12% en las mujeres españolas mayores de edad⁹. Se conoce que puede producirse en todas las culturas, en todas las clases sociales y en cualquier grupo de edad, aunque se han identificado algunos factores de mayor vulnerabilidad¹⁰: violencia doméstica en la familia de origen, aislamiento psicológico y social, consumo del alcohol y drogas, bajo nivel cultural y socioeconómico. Los factores epidemiológicos señalados como fundamentales para la aparición de la violencia de género son la desigualdad en la posición de la mujer respecto al varón en las relaciones personales y sociales, y la existencia de una cultura de la violencia (aceptación de la violencia como forma de resolución de conflictos)¹¹.

– Respecto al perfil de mujer maltratada que acude a los servicios sanitarios parece necesario diferenciar entre el caso de mujeres más jóvenes, que acuden con lesiones agudas generalmente a los servicios de urgencias y que tienen mayor capacidad de percibirse como maltratadas, y los casos de mujeres de más edad, con malos tratos de muy larga evolución, con gran dificultad para reconocerlos, detectados más a largo plazo en la relación de confianza y de continuidad asistencial establecida con el profesional sanitario que les atiende habitualmente². Es importante resaltar que, por sus características, estas pacientes presentarán mayores repercusiones del maltrato en su salud en todos los ámbitos y que incluso pueden ser consideradas pacientes-problema¹².

– Respecto a las consecuencias: hay múltiples estudios¹³⁻¹⁵ en los que se determinan las importantes consecuencias de la violencia doméstica, tanto físicas (consecuencia directa de la agresión como fracturas y heridas, limitaciones funcionales, mayor frecuentación de servicios sanitarios, mayor número de días en cama, mayor número de intervenciones quirúrgicas, frecuencia mayor de síntomas y signos mal definidos y de enfermedades crónicas, conducta sexual de riesgo, mayor

mortalidad) como psíquico (ansiedad, depresión, insomnio, trastorno de estrés postraumático, abuso de alcohol y drogas, peor salud autopercebida, mayor riesgo de suicidio) y social (aislamiento, desarraigo, falta de empleo), a corto y largo plazo¹⁶, y sobre la familia (dificultades de aprendizaje y socialización, y mayor frecuencia de enfermedades psicosomáticas y trastornos psicológicos en los hijos) y la sociedad en general (transmisión intergeneracional de la violencia, años potenciales de vida perdidos, impacto social: enseñanza, medios de comunicación, legislación, papel de las instituciones, etc.).

– Respecto a la detección: no hay suficientes evidencias científicas que permitan aconsejar el cribado sistemático en la población general para la detección del maltrato¹⁷. La Canadian Task Force y la US Preventive Services Task Force establecen una recomendación tipo C. Sin embargo, se aconseja que el médico de familia esté alerta ante situaciones de riesgo y la presencia de síntomas e indicios, y que incluya preguntas específicas en el curso de la entrevista clínica. Así, el PAPPS¹⁸ incluye algoritmos de actuación específica en prevención primaria, secundaria y terciaria. Se conoce que la práctica totalidad de las víctimas acudió a su médico de familia e incluso se observa un aumento de la frecuentación, también constatada en nuestro medio.

– Respecto a las intervenciones: hay suficiente evidencia de las intervenciones basadas en programas de apoyo específico (incluidos el establecimiento de un plan de seguridad, *counselling*, acceso a recursos comunitarios como vivienda, empleo y apoyo social) a mujeres maltratadas que salen del domicilio¹⁹ que han mostrado reducir el reabuso físico (no el psicológico) y mejorar la calidad de vida. Otras intervenciones, como programas dirigidos a maltratadores o medidas coercitivas contra éstos, como el arresto, así como intervenciones comunitarias basadas en programas educativos y visitas domiciliarias de policía y trabajadoras sociales, no han mostrado hasta el momento ser eficaces para reducir la violencia contra las mujeres. No obstante, en las recomendaciones PAPPS se recoge la puesta en marcha de estrategias de actuación con la víctima, con los hijos y con el agresor.

Son pocas las investigaciones cualitativas realizadas desde servicios sanitarios, a pesar de la necesidad de abordar determinados problemas de salud desde perspectivas que incluyan la subjetividad y el contexto²⁰. Destacamos otras investigaciones cualitativas con mujeres víctimas de violencia de género que ayudan a ampliar la perspectiva del problema: estudio de mujeres en casas de acogida del Instituto Andaluz de la Mujer mediante grupos de discusión y entrevista abierta a informantes clave²¹ y aplicación de la Teoría Fundamentada como método de

TABLA 1 Investigaciones realizadas mediante la técnica de historias de vida en relación con problemas de salud de las mujeres

Autores, año, lugar	Población de estudio	Emplazamiento	Aspecto investigado
Numhauser J, Schwartz N, 1999, Santiago de Chile ²⁷	Mujeres (n = 256) con al menos 2 de los siguientes: Violencia intrafamiliar Alcoholismo de pareja Síndrome depresivo Policonsultas Enfermedad somática y/o psíquica abigarrada Incapacidad laboral	Unidad de salud mental	Definición perfil de «mujer sobrepasada» y comprensión génesis de su enfermedad
Souza VLC, Ferreira SL, 2000, Brasil ²⁸	Mujeres ingresadas por aborto provocado	Centro hospitalario, enfermería	Influencia de la violencia doméstica en la decisión de abortar
Rodríguez de Guzmán YE, 2003, Río de Janeiro ²⁹	Mujeres (n = 10) víctimas de violencia doméstica en centro de emergencia	Centro de emergencia, enfermería	Concepciones y estrategias adoptadas por las mujeres que sufren violencia conyugal
Altea MA, 2000, Granada ³⁰	Relato biográfico de un caso	Entrevista realizada por una enfermera	Reflexiones de la entrevistada
Velasco C, 2000, Granada ³¹	Relato biográfico de un caso	Entrevista realizada por una matrona	Ilustra el caso del maltrato psicológico, con interpretaciones de la entrevistada

análisis para explorar las condiciones que llevan a la mujer a permanecer o rechazar la situación de maltrato²². La técnica de relato biográfico se enmarca en el enfoque narrativo y tiene como objeto comprender las experiencias humanas mediante la interpretación de la narración de sus vidas²³ y la descripción de distintos ámbitos de desarrollo personal a lo largo del ciclo vital²⁴. En la tabla 1 resumimos algunas investigaciones, en el ámbito de la salud femenina, que utilizan relatos biográficos. La justificación de este estudio se centra en conocer el fenómeno de violencia de género desde una perspectiva más integral y comprensiva, no desde la visión exclusiva de los profesionales sanitarios, que nos permita determinar de forma no directiva cuáles son las necesidades de ayuda de estas mujeres y realizar modificaciones concretas de la actuación de los profesionales de los centros de salud con este grupo de personas.

Objetivos del estudio

General

Analizar la experiencia de mujeres víctimas de la violencia de género atendidas en centros de atención primaria desde su propio punto de vista.

Específico

Identificar factores relacionados con el mantenimiento o la ruptura con la situación de maltrato.

Método

Diseño

Investigación cualitativa interpretativa. Perspectiva fenomenológica.

Emplazamiento

Atención primaria. El estudio es multicéntrico en poblaciones de Málaga (centros de salud El Palo, Limonar, Puerta Blanca, la Luz, Ciudad Jardín, Huelin) y Torremolinos (centros de salud San Miguel y Carihuela). Hay servicios de urgencias de 24 h en los centros de salud El Palo, Puerta Blanca y San Miguel.

Criterios de inclusión y exclusión

Mujeres víctimas de la violencia de género en cualquiera de sus variantes (física, psíquica, sexual) detectadas en el ámbito de atención primaria. Criterios de inclusión:

- Sexo femenino.
- Malos tratos físicos, psíquicos y/o sexuales infringidos por la pareja o ex pareja, reconocidos por la víctima (maltrato percibido).
- Consentimiento informado para participar en el estudio en el que se constate expresamente la autorización a la grabación de la entrevista, garantizando la confidencialidad; la mujer puede decidir en cualquier momento ser excluida del estudio.

Criterios de exclusión:

- Maltrato sospechado, no reconocido por la paciente.
- No aceptar el consentimiento informado o solicitud de la mujer de ser excluida en cualquier momento del estudio.

Método de selección de los sujetos

El tipo de muestreo es intencional, con un tamaño muestral hasta conseguir el punto de saturación y la posibilidad de mo-

dificación durante el estudio (muestreo teórico). Se definen los siguientes criterios de segmentación: edad < 30 años, > 65 y 40-50 años; maltrato actual o pasado; consulta de detección: casos detectados en servicios de urgencias de atención primaria y casos detectados en el resto de consultas del centro de salud.

Definiciones y métodos de medida de las variables principales

Se utilizará la técnica del relato biográfico mediante entrevista en profundidad semiestructurada, realizada por la trabajadora social con ayuda de guión de temas y que será grabada y transcrita literalmente para su posterior análisis. La entrevista se pactará con anterioridad y se atenderá siempre a la previa realización de todos los procesos de atención que cada caso requiera, y siempre bajo las directrices de estrategia de entrevista y atención psicológica a las mujeres víctimas de violencia doméstica² y de los derechos de la mujer agredida³. Se utilizarán métodos de codificación informática (NUD-IST).

Estrategia de análisis

La investigación tiene un propósito que permite la interpretación, es decir, la generación de conceptos, proposiciones e hipótesis a partir de los datos, para lo cual utilizaremos la llamada Teoría Fundamentada^{25,26}, basada en reconocimiento de los propios sujetos como intérpretes de su realidad y en la inducción de teorías directamente a partir de los datos, evitando formulaciones *a priori* y a partir de 2 estrategias:

- Método comparativo constante: recogida de información, codificación y análisis simultáneo (permite modificar aspectos de la investigación, incluso este protocolo «sobre la marcha»).
- Muestreo teórico: permite la selección de nuevos casos en función de su potencial para aclarar o refutar («casos negativos») conceptos y teoría ya desarrollados.

La aplicación de la metodología de análisis se hará de acuerdo con los siguientes pasos:

1. Ordenación conceptual: estructuración de los datos en categorías discretas, de acuerdo con propiedades y dimensiones que las distinguen.
2. Teorización: ordenación lógica, sistemática y explicativa de los conceptos.
Codificación. Microanálisis: consiste en examinar el «rango de plausibilidad» y abandonar el modo de pensar propio («dejar que los datos hablen»). Incluye:
 - Hacerle preguntas a los datos:
 - Preguntas sensibilizadoras: orientan al investigador sobre qué podrían estar indicando los datos.
 - Preguntas teóricas: ayudan al investigador a ver procesos, variaciones y la manera de establecer conexiones entre conceptos.
 - Preguntas estructurales: dan una dirección para el muestreo y ayudan al desarrollo de la estructura de la teoría que se está construyendo.
 - Preguntas guía: guían las entrevistas, las observaciones y los análisis de documentos y tiene las características de cambiar a lo largo del proceso, se van basando en la teoría en construcción, son específicas de cada estudio y comienzan abiertas, para ir especificándose cada vez más.
 Como técnicas concretas de la codificación se utilizará la codificación abierta (proceso analítico por el que se identifican con-

ceptos de modo que sus dimensiones sean descubiertas en los datos), en concreto:

- *Labeling* (etiquetado): proceso de asignación de etiquetas a los datos.
- Análisis comparativo (microanálisis): detección de significados, patrones, dimensiones, etc.
- Categorización de las etiquetas: reducción del número de unidades de análisis.

En un segundo paso se realizará la codificación axial: interrelación de categorías según sus propiedades y dimensiones; «reconstrucción» de los datos «desconstruidos» en la codificación abierta y establecimiento de subcategorías (categorías que nos hablan del cómo, cuándo, porqué, quién... del fenómeno).

3. Clasificación de hechos, acciones, resultados (saliencia).

4. Comparación constante (muestreo conceptual): identificación de patrones. Comparaciones teóricas: se recurre a ellas cuando surge un fenómeno difícil de clasificar o etiquetar. Consiste en: «salirse» del dato en el contexto dado, para «buscar» propiedades, dimensiones en otros y «regresar» con una mirada más clara y «sensibilizarse» con propiedades que podría tener el fenómeno, que de no «salirnos» del contexto, no seríamos capaces de distinguir. Como técnicas específicas se emplearán:

- Flip-flop: «jugar a los contrarios». Obtener perspectivas contrarias del mismo fenómeno.
- Comparación sistemática: comparación del fenómeno con alguno extraído de la bibliografía o la experiencia.
- «Bandera roja»: activación de la alerta ante la posibilidad de que el sesgo de los informantes esté afectando al análisis.

5. Elaboración de hipótesis provisional.

Discusión

Limitaciones del estudio

Respecto a los potenciales problemas de la investigación, prevemos los siguientes posibles problemas:

- Complejidad del fenómeno de estudio con múltiples vertientes y diversidad de enfoques.
- Dificultad de acceder al relato biográfico audiograbado por parte de las mujeres, ya que pueden manifestar reticencias importantes no sólo a «contar» su problema, sino a que sea grabado y utilizado en investigación. Ante este hecho pretendemos explicar a las posibles participantes la necesidad de la audiograbación como método de rigor científico que exige el empleo de esta técnica, para evitar dejar a la «memoria» y a la «interpretación» de la entrevistadora lo que es tan importante y único: su propia experiencia. Además, se presentará el consentimiento informado como una garantía de confidencialidad para la propia mujer, en el que se hace constar el compromiso de la trabajadora social entrevistadora de guardar el anonimato y la posibilidad de la mujer de decidir en cualquier momento retirarse de la investigación. También utilizare-

TABLA 2
Estrategias para mejorar la validez del estudio

Credibilidad	Devolver a informantes-clave los resultados del estudio para su validación
Conformabilidad	Recogida precisa de todos los pasos realizados durante la investigación con el fin de poder ser reproducidos
Transferibilidad	Recogida de datos contextuales suficientes y de calidad Criterios de inclusión precisos, nivel restricción medio Criterios de segmentación explícitos

mos como estrategia para evitar la falta de participación la técnica de «bola de nieve», es decir, las propias participantes podrán ser mediadoras ante otras mujeres para su introducción en el estudio.

Con el fin de facilitar el acceso del máximo número de casos a la trabajadora social se realizará una presentación del estudio en los centros participantes y se recordará la indicación de la guía de derivar todos los casos conocidos a esta profesional.

– Generación de gran volumen de información debido a la complejidad intrínseca del fenómeno de estudio y a las características propias de la investigación cualitativa (comprensión de significados, búsqueda de la variabilidad y la discrepancia) y de la técnica concreta (relatos biográficos audiograbados y transcritos).

– Dificultad en la realización de la técnica narrativa: posibilidad de proyectar la propia perspectiva del investigador sobre el fenómeno. Se realizará el paso previo de explicitar la narración de los investigadores sobre su visión y valoración del fenómeno.

– Dificultad para realizar el análisis: se basa en la dificultad para realizar abstracciones teóricas a partir de los datos concretos debido a nuestra formación en investigación de carácter positivista. El análisis de todos los relatos será realizado por los mismos investigadores y se podrá contar con el apoyo externo de profesionales expertos en investigación cualitativa.

Pretendemos preservar el rigor científico de nuestra investigación sobre la base de las estrategias descritas en la tabla 2.

Aplicabilidad práctica

El conocimiento de la perspectiva de las mujeres sobre su realidad permitirá que los profesionales comprendamos mejor la actitud de las mujeres víctimas de la violencia de género, evitemos la iatrogenia en nuestras intervenciones y mejoremos la ayuda prestada, confiriendo a éstas el protagonismo en la toma de decisiones. Además, es posible aplicar las conclusiones del estudio en la intervención social en otros ámbitos no sanitarios con las mujeres víctimas de violencia de género (servicios sociales, judiciales, policiales, educativos), y también puede contribuir a la consideración no estereotipada del fenómeno desde el ámbito social.

La utilidad del estudio puede extenderse al ámbito de investigación, de forma que de las conclusiones puedan derivarse nuevas hipótesis de estudio abordables con metodología cuantitativa o cualitativa.

Bibliografía

1. Protocolo sanitario ante los malos tratos domésticos. Consejo interterritorial sistema nacional de salud. Plan de actuación contra la violencia doméstica 1998-2000. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales. Instituto de la Mujer; 1999.
2. Jiménez C, Lorente M, Perlado del Campo P, Rodríguez M. Instituto Andaluz de la Mujer. Violencia contra las mujeres. Ámbito sanitario. Sevilla: Ed 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. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud. Plan Estratégico; 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, Petrukevitch 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. Encuesta La violencia contra las mujeres. Madrid: Instituto de la Mujer; 2000.
10. Cobo JA. Manual de actuación sanitaria, policial, legal y social frente a la violencia doméstica. Guión de actuación y formulario. Barcelona: Masson; 1999.
11. Jewkes R. Intimate partner violence: causes and prevention. *Lancet*. 2002;359:1423-9.
12. Voces D, Real MA, Barajas MA. Atención a la mujer maltratada. *FMC*. 1999;6:87-92.
13. Sarasúa B, Zubizarreta I. Violencia en la pareja. Málaga: Aljibe; 2000.
14. Suárez T, Mullor A. Violencia psicológica: la parte sumergida del iceberg. *Medifam*. 1998;8:34-42.
15. Domingo F. La violencia intrafamiliar. *FMC* 2000;7:205-208.
16. Campbell L. Health consequences of intimate partner violence. *Lancet*. 2002;359:1331-6.
17. Ramsay J, Richardson J, Carter YH, Davidson LL, Feder G. Should health professional screen women for domestic violence? Systematic review. *BMJ*. 2002;325:314.
18. 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;32:425-33.
19. Wathen CN, MacMillan HL. Interventions for Violence Against Women. *Scientific Review. JAMA*. 2003;289:589-610.

20. Amezcua M, Carricondo A. Investigación cualitativa en España: análisis de la producción bibliográfica en salud. *Index Enferm.* 2000;28-9:26-34.
21. Sotomayor E. La violencia contra las mujeres. Estudios de la situación y características de las mujeres en los centros de acogida. Sevilla: Instituto Andaluz de la Mujer; 2001.
22. Tulia 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.
23. Medrano C. El enfoque narrativo y las relaciones entre el razonamiento y la conducta moral. *Revista Orientación Pedagógica.* 2001;53:409-422.
24. Medrano C, Aierbe A, Cortés A. Hacia una comprensión de los ámbitos de desarrollo personal desde el enfoque narrativo. *Revista Española de Pedagogía.* 2002;60:523-42.
25. 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.
26. Castillo C, Vázquez ML. El rigor metodológico en la investigación cualitativa. *Colomb Med.* 2003;34:164-7.
27. Numhauser J, Schwuartz N. Mujeres sobrepasadas, el drama médico-social de las jefas de hogar politraumatizadas desde la infancia: revisión clínica de 256 casos. *Rev Psiquiatr (Santiago de Chile).* 1999;16:221-9.
28. Souza VLC, Ferreira SL. Influencia da violencia conjugal sobre a decisão de abortar. *Rev Bras Enfermagem.* 2000;53:375-85.
29. Rodríguez de Guzmán YE. Violencia conjugal contra a mulher: bases APRA a aconselhamento em enfermagem. Río de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery; 2003.
30. Altea MA. La historia de Lucía. El relato de una mujer maltratada. *Index Enferm.* 2000;30:43-6.
31. Velasco C. Castigadas a la soledad y el silencio. El maltrato psicológico también es violencia. *Index Enferm.* 2000;30:47-51.