
Prácticas de Autocuidado en Mujeres Víctimas de Violencia de Género

Alicia Pérez-Tarrés

Máster en psicología General Sanitaria - Universitat Autònoma de Barcelona - España

Leonor María Cantera Espinosa

Universitat Autònoma de Barcelona - España

Joilson Pereira da Silva

Universidade Federal de Sergipe - Brasil

Resumen

La violencia de género es un fenómeno de carácter social considerado como un problema de salud pública. Numerosas investigaciones remarcan la gravedad de las repercusiones que ocasionan los malos tratos a diferentes niveles: físico, psicológico, social y económico. Las devastadoras consecuencias que ocasiona este fenómeno justifican la necesidad de ahondar en el conocimiento de las prácticas de autocuidado que realizan las mujeres para conservar su salud mientras son maltratadas por sus parejas. El objetivo de este estudio fue describir y analizar el autocuidado de las mujeres en dos momentos temporales; antes y después de la relación. Se investigó también la violencia recibida y las repercusiones sufridas a consecuencia de los malos tratos. Nuestros datos confirman un déficit en las prácticas de autocuidado mientras duró la relación de violencia. Los resultados obtenidos revelan un aumento del autocuidado relacionado con el empoderamiento y la recuperación de la autonomía al finalizar la relación.

Palabras clave: Autocuidado. Violencia de género. Salud de las mujeres.

Abstract

Gender-based violence is a social phenomenon considered a public care problem. Many researches underline the severity of the aftermath resulting from several types of gender-based violence: physical, psychological, social and economic. The devastating consequences of this phenomenon justify the need to examine, in depth, the knowledge and practice of self-care that many women carry out in order to remain healthy while they are abused by their partners. The goal of this study was to describe and analyze the so-called self-care in two different situations in time; before and after the relationship. The violence that was committed as well as the consequences of that abuse was also researched. Our data confirms a shortfall in the use of self-care while the violent relationship lasted and the results obtained demonstrate an increase in self-care related with the empowerment and recovery of autonomy after termination of that relationship.

Keywords: Self care. Gender-based violence. Women's health.

Resumo

A violência de gênero é um fenômeno de carácter social considerado como um problema de saúde pública. Numerosas pesquisas destacam a gravidade das repercussões que ocasionam os maus tratos a diferentes níveis: físico (traumatismos, golpes, doenças, etc.), psicológico, emocional, social e econômico. As devastadoras consequências que ocasiona este fenômeno justificam a necessidade de aprofundar o conhecimento sobre as práticas de autocuidado que realizam as mulheres para conservar e manter sua saúde enquanto são maltratadas por seus maridos. O objetivo deste estudo foi descrever e analisar o autocuidado das mulheres nos momentos temporais; antes e depois da relação. Também se pesquisou a violência recebida, as repercussões (físicas e psicológicas) e a consequência dos maus tratos. Nossos dados confirmam um déficit nas práticas de autocuidado durante a violência na relação afetiva. Os resultados também revelam um aumento do autocuidado relacionado com o empoderamento e a recuperação da autonomia ao finalizar a relação.

Palavras-chave: Autocuidado. Violência de Gênero. Saúde das Mulheres.

Introducción

La violencia de género en la pareja es la cara más visible de un sistema social patriarcal que presenta numerosas desigualdades en base al género. El carácter macro y estructural que define este fenómeno pone en relieve la necesidad de investigar las condiciones sociales e individuales que lo hacen posible. Es por eso que instituciones sanitarias, educativas y políticas han puesto en marcha la creación de acciones de prevención e intervención a nivel general e individual enfocadas a su erradicación. Según Cantera (2003), la violencia de género en la pareja se podría definir como:

un comportamiento hostil, consciente e intencional (de carácter no accidental) que, por acción o inhibición, causa en la persona maltratada un daño físico, psíquico, jurídico, económico, moral o sexual, atentando así contra su libertad y su derecho a desarrollarse como persona (p. 196).

El maltrato que se ejerce hacia las víctimas, puede darse en la esfera física, psicológico/emocional,

institucional, económica, sexual e institucional. La violencia producida no solo se ejerce a través de actos violentos físicos sino que consiste en un amplio abanico de acciones tales como coaccionar, amenazar, humillar, controlar y someter entre otros. Algunos/as autores y autoras advierten del incremento de los efectos de victimización que se producen debido al carácter repetitivo, intermitente y crónico de la violencia. Se remarca también el efecto devastador que ocasiona el hecho de que la violencia se produzca dentro del propio hogar proviniendo de la persona con la que se convive diariamente (Follingstad, Neckerman y Vormbrock, 1988; Herman, 1999; citado en Rivas-Diez & Sánchez-López, s.f).

Las consecuencias físicas y psicológicas de sufrir violencia por parte de la pareja son ampliamente reconocidas (Alberdi y Matas, 2002; Lorente, 2006, Naciones Unidas, 2006, OMS, 2005; Villavicencio y Sebastián, 1999 citado en Cala 2011). Algunos/as autores y autoras, como por ejemplo Guido (2002), conceptualizan la violencia de género como un problema de salud pública, siguiendo con las directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que la declaró como tal en 1996.

Numerosos estudios describen y aportan información sobre qué les sucede a las personas que son objeto de violencia por parte de sus parejas durante

un periodo de tiempo indeterminado. Un estudio de Guido (2002) subraya el carácter multidimensional de la violencia de género haciendo hincapié en la multitud de consecuencias sobre la salud que se pueden llegar a sufrir. Según esta investigación las consecuencias y los costes de sufrir violencia de género se pueden producir en la salud mental, sexual o perinatal. Además, se afirma que puede aumentar la vulnerabilidad ante enfermedades de transmisión sexual y que frecuentemente se producen problemas económicos y sociales. Otros/as autores y autoras como Walker (1999) afirman que la depresión y el trastorno por estrés post traumático (TEPT) son los trastornos que más se han estudiado en mujeres víctimas de la violencia en la pareja. Del mismo modo, Rivas-Diez y Sánchez-López (s.f), llevaron a cabo un estudio con 97 mujeres chilenas víctimas de malos tratos llegando a la conclusión de que el cuadro clínico más presente en la muestra de mujeres fue el trastorno de estrés postraumático (75,3%). Asimismo, las mujeres presentaban niveles altos de ansiedad y de depresión (60,8%). Según Ellsberg et al. (2001) citado en Guindo (2002) se afirma:

Los efectos psicológicos del abuso en muchas mujeres son más debilitantes que el efecto físico: miedo, ansiedad, estado de cansancio, trastornos de sueño y depresión. Los trastornos psicológicos son uno de los efectos más comunes de la violencia conyugal hacia las mujeres (p. 245).

Leonore Walker, formuló el llamado “Síndrome de la Mujer Maltratada” el cual incluye un estado de ánimo depresivo, rabia, culpa, baja autoestima, quejas somáticas, disfunciones sexuales, conductas adictivas, distorsiones de la memoria (Walker, 1989; Dutton, 1993; Lorente, 1998; citado en Cala, 2011). Otra de las gravísimas consecuencias de vivir una situación de maltrato que resulta menos citada y comentada es el suicidio o el intento de suicidio por parte de mujeres que sufren violencia en la pareja (Lorente, Sánchez & Naredo, 2006; Cala, 2011). En esta misma línea, un estudio de la OMS (2013) afirma que la violencia contra la mujer en la pareja puede producir muerte y discapacidad como consecuencia de los traumas físicos y psicológicos que se producen.

El carácter multidimensional y multifacético de la violencia de género supone que las consecuencias trascienden la vida de las mujeres maltratadas, deteriorando la calidad de los vínculos familiares y provocando secuelas a muchos otros niveles. Se entiende que la violencia de género es la principal causa de reducción en la calidad de vida de las víctimas, pero que también tiene serios efectos secundarios para la familia, la comunidad y la economía (Labrador, Rincón, De Luis y Fernández-Velasco, 2007). Las mujeres que han sufrido violencia en la pareja tienen una baja salud autopercebida así como más problemas para realizar

actividades de la vida cotidiana (Sanz-Barbero, Rey y Otero-García, 2014). Este problema que mata y enferma supone un deterioro funcional y psicológico que deteriora la calidad de vida de quien la sufre (Ruiz, 2010).

Una pregunta que habitualmente surge es el ¿por qué las mujeres, incluso aquellas que podrían ser autosuficientes en el ámbito laboral y personal, continúan conviviendo con su pareja soportando las múltiples consecuencias traumáticas y aversivas de una situación de este tipo? También, el ¿qué hacen para autocuidarse en una relación de maltrato? Existe cierto acuerdo al señalar que las implicaciones de la violencia de género son catastróficas para la salud de las mujeres y, sin embargo, poco sabemos de aquellas acciones que ellas realizan para cuidarse mientras conviven con el agresor.

La idea del autocuidado ha sido investigada y desarrollada en diferentes ámbitos: “para el autocuidado, se han diseñado y desarrollado programas según problemas crónicos como el grupo de hipertensos, el de diabéticos o de sida; o según factores de riesgo como la prevención de cáncer cervicouterino o de mama” (Uribe, 1999). Sin embargo, se desconoce la importancia de las prácticas de autocuidado en personas que viven situaciones de violencia tal y como sería una situación de maltrato por parte de la pareja.

Ni si quienes padecen de la violencia tienen conciencia de la importancia de lo que Cantera y Cantera (2014) denominan autocuidado activo.

Para poder comprender este fenómeno es preciso conceptualizar qué se entiende por autocuidado. Encontramos diversas definiciones que arrojan luz a este concepto:

el autocuidado es una práctica que involucra líneas de crecimiento en las que toda persona debe trabajar cotidianamente para tener un desarrollo armónico y equilibrado. Estas líneas de crecimiento que propician un desarrollo integral se relacionan con la dimensión emocional, física, estética, intelectual y trascendental del ser, a través del desarrollo de las habilidades afectivas, cognitivas y sociales (Uribe, 1999, p.35).

Esta autora enmarca las prácticas de autocuidado en la promoción de la salud, afirmando que estas prácticas constituyen estrategias imprescindibles para alcanzar el bienestar integral así como la consecución del desarrollo humano (Uribe, 1999). Orem (1999), por su parte, señala el autocuidado como una “conducta aprendida por el individuo dirigida hacia sí mismo y el entorno para regular los factores que afectan su desarrollo en beneficio de la vida, salud y bienestar” (citado en Vega y González, s.f.). Según Prado, González, Gómez y Romero (2014) el autocuidado se entiende como:

Una función reguladora del hombre que las personas deben, deliberadamente llevar a cabo, por sí solas, una actividad del individuo, aprendida por este y orientada hacia un objetivo, una conducta que aparece en situaciones concretas de la vida, y que el individuo dirige hacia sí mismo o hacia el entorno para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y actividad en beneficio de la vida, salud o bienestar (p. 841)

Esta misma autora, define lo que deberían ser los principios del autocuidado (Uribe, 1999): (a) acciones de vida que permiten asumir a los sujetos la responsabilidad de sus propias acciones, por lo tanto se trata de un proceso voluntario; (b) se debe entender como una “filosofía”, una responsabilidad individual ligada a la cotidianidad y a las experiencias vividas aunque apoyado o soportado por un sistema social; (c) se trata de una práctica social que implica un conjunto de saberes dando lugar a intercambios y relaciones interindividuales.

Algunos autores afirman que el cuidado de sí mismo es un movimiento social (Giraldo y Arango, 2009), poniendo en relieve la fortísima relación que existe entre el autocuidado y prácticas culturales y sociales. Asimismo, Uribe (1999), afirma que los comportamientos y las representaciones sociales, que están arraigados a un sistema de creencias, guían las conductas de salud. De este modo, se implica a las condiciones y factores sociales en la correcta realización del autocuidado.

Para Cantera y Cantera (2014) el auto-cuidado no es algo con lo que se nace o que se obtenga como resultado de según qué suerte. Para estas autoras, hay un elemento que lo hace clave, el hecho de que conlleva una acción y de que requiere el que esa acción sea “activa y consciente”. Comporta un trabajo que va “del afuera hacia adentro y viceversa.” (Cantera y Cantera, 2014, p.92). Para ellas, esa o esas acciones activas y conscientes no solo contempla la primera persona (es decir, a quien la o las ejerce/n); sino que ha de tener presente el ámbito relacional y social. De ahí, que definan al auto-cuidado añadiendo a la denominación “activo”, de la siguiente manera:

(...el auto-cuidado activo). Definimos el mismo como el desarrollo de habilidades para el manejo de las emociones, que permiten, de manera activa y consciente, el cuidado en primera persona al tiempo que se interviene con el objetivo de promover el bienestar personal y colectivo. (p.89).

La ausencia de información e investigación del autocuidado en el ámbito de la violencia y su relación con la víctima, nos conduce a exportar información de otros ámbitos que puede resultar de interés para comprender el fenómeno. De este modo se presentan, a continuación, algunas prácticas de autocuidado que se han mostrado favorables en los ambientes laborales, entendiendo que en estos ambientes se producen situaciones de estrés

con las que se debe lidiar: usar el sentido del humor (Moran, 2002, citado en Olivares, Morales, Rodríguez y Guerra, 2007), participar de actividades de ocio con los compañeros (Gentry, 2003 citado en Olivares et al. 2007), participar en actividades recreativas con las redes sociales extralaborales (Salston y Figley, 2003; Stamm 2002; Valent, 2002 citado en Olivares et al. 2007), realizar deporte y actividad física (Murillo, 2004, citado por Torres y Romero, 2005), realizar actividades de crecimiento espiritual (Gentry, 2003 citado por Olivares et al., 2007), mantener una alimentación sana (Murillo, 2004, citado por Torres y Romero, 2005), evitar el aislamiento (Ojeda, 2006), entender la mecánica, habilidades o simplemente lo que implica la acción de autocuidado (Cantera y Cantera, 2014).

El interés del presente estudio nace como consecuencia de la ausente investigación respecto a qué tipo de autocuidado realizan las mujeres víctimas de violencia de género y cómo estas prácticas se relacionan con la promoción de su bienestar mientras son maltratadas por sus parejas.

Así pues, formulamos tres preguntas de investigación: ¿Cómo es el autocuidado de las mujeres víctimas de la violencia de género mientras se da la situación de maltrato?, ¿Cómo se relacionan estas prácticas con el bienestar y la violencia que sufren? y, ¿Cambian las prácticas de autocuidado tras finalizar la relación?

Para dar respuesta a nuestras preguntas de investigación nos planteamos un objetivo general que fue el de investigar a través del discurso de las mujeres cómo eran sus prácticas de autocuidado durante y después de la relación de maltrato y qué relación tenían con la violencia recibida y sus repercusiones.

Así pues, nos propusimos tres objetivos específicos:

Describir y analizar las prácticas de autocuidado que utilizaban las mujeres víctimas de violencia de género en la pareja para preservar y aumentar su bienestar mientras se encontraban en la situación de violencia.

Describir, analizar y relacionar la violencia que recibían las mujeres en su relación de pareja y los sentimientos derivados de esta con las prácticas de autocuidado que realizaban durante la relación de maltrato.

Describir y analizar cómo evoluciona el autocuidado tras finalizar la relación de pareja.

Método

Participantes

En este estudio exploratorio participaron cinco mujeres de la provincia de Barcelona que habían sufrido violencia de género. El único criterio de exclusión fue el estar viviendo violencia de género en la pareja en el momento de la entrevista. Las edades de las mujeres

oscilaron entre los 35 y los 74 años, siendo la media 56. La elección de las participantes no fue aleatoria, los casos se eligieron a conveniencia.

Instrumentos

Con el objetivo de indagar en la experiencia vivida de las participantes se creó una entrevista semi-estructurada en la cual aparecieron los siguientes temas: violencia de género, autocuidado, estrategias de afrontamiento y apoyo social. Esta entrevista se diseñó tras una búsqueda exhaustiva en la literatura de conceptos relevantes para el presente estudio. Estos conceptos se eligieron teniendo en cuenta la evidencia científica actual en torno a los fenómenos que se pretendían estudiar. A través de la entrevista se recogió un conjunto de datos socio demográficos referidos a la edad, ocupación, estado civil, hijos/as y formación. La creación y realización de la entrevista tuvo como objetivo hallar respuesta a los objetivos planteados en la presente investigación.

Procedimiento

Las entrevistas realizadas tuvieron una duración de entre 40 y 60 minutos. Se concertaron a conveniencia de las participantes procurando adaptarse a las necesidades que estas presentaran. Todas las entrevistas fueron

grabadas en audio utilizando una grabadora simple. Durante las entrevistas, se procuró establecer un clima de seguridad y confianza, aumentando la intensidad de las preguntas conforme se establecía un *rapport* adecuado con la investigadora. En todos los casos se pidió el consentimiento informado a las mujeres para poder incluirlas en el estudio. Las participantes fueron informadas de la metodología utilizada así como de los objetivos planteados en la investigación. El consentimiento informado incluyó la siguiente información: metodología, objetivos, divulgación y fases. Se informó también de la información relativa a su propio anonimato y de la confidencialidad de las informaciones que pudieran reportar. Se especificó el derecho de las mujeres a abandonar el estudio cuando lo consideraran oportuno. Con el objetivo de preservar el anonimato de las mujeres se procedió a utilizar nombres ficticios (Carla, Susana, Lidia, Noemí y Núria) intentando con ello aproximar la narrativa a las y los lectores disminuyendo la percepción de objeto-número de estudio.

Procedimiento de análisis

Todas las entrevistas fueron grabadas en audio, procediendo a su transcripción con el programa InqScribe. Para el análisis de las transcripciones se

organizó la información en dimensiones, categorías, subcategorías y elementos de análisis. Estas transcripciones se re-leyeron en varias ocasiones con el objetivo de comprender y captar la experiencia de las participantes a través de su discurso.

Resultados y Discusión

Para el primer objetivo, que fue describir y analizar las prácticas de autocuidado que utilizaban las mujeres durante la relación, se partió de la siguiente premisa: se define el autocuidado como aquellas prácticas-acciones (cognitivas y conductuales) que realizan las personas, para promover su bienestar físico, psicológico, emocional y espiritual, que las dirigen hacia una adecuada calidad de vida y a un desarrollo personal armónico a corto y largo plazo. Y que tienen en cuenta la dinámica personal, relacional y social; así como la bidireccionalidad de las acciones llevadas de manera activa y consciente.

Los resultados encontrados indican que todas las mujeres realizaron un amplio abanico de acciones para sentirse mejor durante el periodo en el que fueron maltratadas por sus parejas. Entre estas acciones encontraríamos leer, escribir, pasear, realizar tareas del hogar, comer, mantenerse ocupada o pasar tiempo con los hijos. Por ejemplo, Noemí nos cuenta

para estar bien, intentar salir de casa, no estar mucho en casa, irme con mis hijos, dar un paseo, ir a ver a mi madre, en ese momento me sentía mejor, más aliviada, pero bueno, después todo volvía a ser igual así que de poco servía...

o Susana que relata en este fragmento

Lo que yo hacía para estar bien era distribuirme el tiempo. Cuando me levantaba, las cosas de casa, los niños, hacer mis crucigramas, punto o hacer ganchillo, todo como un círculo, un tiempo para una cosa, un tiempo para otra y así todos los días.

Las prácticas que estas mujeres identificaron como promovedoras de su bienestar se han clasificado en los siguientes categorías: relacionarse con otros (hacer visitas, hablar con familiares o amigos); desconectar, es decir, acciones que permitan mantener la mente ocupada (leer, escribir, juegos, trabajar, etc.); mantener un equilibrio personal y familiar (rutinas estrictas, llorar, fumar, etc.); pasar tiempo fuera del hogar (pasear, comprar, etc.); y, por último, buscar placer en actividades alternativas (cualquier acción que produzca placer de forma personal). Tal y como podemos observar, no todas estas acciones o actitudes correlacionan de forma positiva con una conducta de salud (por ejemplo, fumar o trabajar en exceso) y, sin embargo, las mujeres identificaron estas prácticas como acciones encaminadas hacia su bienestar o como conductas que les permitían sentirse bien.

Por otro lado, se indagó en las funciones que tenían las prácticas de autocuidado que realizaban las mujeres. Los resultados de este análisis mostraron que la mayoría de estas prácticas les hacían sentir bien porque les permitían evadirse o encontrar fuentes de placer compensatorias ante la violencia cotidiana. Por lo tanto, estas funciones están relacionadas con la forma en que se afrontan los malos tratos. Es decir, las mujeres describen los cuidados que se realizan a sí mismas como una forma de *solventar, mitigar o atenuar* las consecuencias de la violencia. La violencia de género en la pareja ocasiona un efecto desequilibrante en la vida de las mujeres cuya respuesta más habitual es restablecer el equilibrio perdido adaptándose a la nueva situación.

Respecto al segundo objetivo de esta investigación que fue describir, analizar y relacionar la violencia recibida y los sentimientos de las mujeres con las prácticas de autocuidado que se llevaron a cabo durante la relación encontramos los siguientes resultados:

Todas las mujeres afirman haber sufrido violencia física, como forcejeos, palizas, puñetazos o patadas de forma repetida a lo largo de la relación. Se observa también la presencia de violencia psicológica en todos los casos la cual fue manifestada de formas muy diversas (humillación, insultos, amenazas, coacción, etc.). Por ejemplo, Clara nos cuenta “me menospreciaba, me desvalorizaba, me hacía sentirme inútil, torpe, tonta, o sea... me degradaba muchísimo...”. Dos de las cinco mujeres entrevistadas afirmaron haber sufrido violencia sexual (violaciones por parte de la pareja), en los otros casos, las

mujeres no manifestaron haber sido víctimas de este tipo de violencia. Encontramos un ejemplo en las palabras de esta participante: “sexualmente, pues sí, me violaba cuando quería...” Susana. Por último, todas las mujeres relataron haber sufrido violencia económica, entendiendo esta como el control de su economía o el abuso en torno a los recursos económicos de los que disponían.

Los sentimientos relatados por todas las participantes describen el sufrimiento y el malestar emocional que les ocasionó la vivencia de maltrato por parte del cónyuge durante un periodo de tiempo que en todos los casos fue mayor a 10 años. Entre los sentimientos más citados por las participantes encontramos: vacío, inutilidad, culpa, apatía, frustración, tristeza y soledad. Además, los resultados indican que las mujeres tenían un conjunto de pensamientos negativos respecto al sentido o significado de la vida mientras duró la relación, un ejemplo de ello son las palabras de Laura “solo quería morirme, y si no me moría era por mis hijos, porque no se lo merecían y tiraba hacia delante por eso...”. Entre estos pensamientos encontramos el librar una lucha en vano, la desesperación o no avanzar en la consecución de metas vitales así como pensamientos depresivos. Por otro lado, las mujeres afirmaron darle sentido a sus vidas a través de la voluntad por sobrevivir y de la protección de los hijos.

Según un estudio de Menéndez, Pérez y Lorence (2010):

El maltrato de pareja tiene, de acuerdo con diversos estudios (e.g., Amor et al., 2002; Del Río et al., 2013; Fontanil et al., 2002; Labrador et al., 2004, 2010; Matud, 2004; Matud et al., 2004; Patró et al., 2007; Sarasua et al., 2007) graves implicaciones en todas las esferas de la vida cotidiana (rendimiento laboral, vida social, uso del tiempo libre, etc.), y para la salud física (síntomas somáticos, abuso de medicamentos, mayor vulnerabilidad frente a enfermedades, insomnio, etc.) y psicológica (trastorno de estrés postraumático, síntomas depresivos, ansiedad, baja autoestima, etc.) de la mujer, tanto a corto y medio como a largo plazo (p.47).

Así pues, los datos encontrados en nuestro estudio coinciden con los encontrados en otras investigaciones: las participantes relatan una serie de repercusiones físicas asociadas a la falta de autocuidado o a la violencia física recibida (moratones, anemia o traumatismos, etc.) por ejemplo, Susana nos cuenta “tuve dos abortos... no tuve nunca asistencia médica, y claro, los abortos que tuve fueron complicados, esto ocasionó una anemia que con los años se me fue agravando al no tomar nada...enfermé...”. Nuestros resultados indican que la ausencia de prácticas de autocuidado devino un factor de riesgo para la salud de las participantes. Según Prado, González, Paz y Romero, (2014), siguiendo el modelo de Orem:

Existe un déficit de autocuidado cuando la demanda de acción es mayor que la capacidad de la persona para actuar o cuando la persona no tiene la capacidad y/ o no desea emprender las acciones requeridas para cubrir las demandas de autocuidado (p.841)

A pesar de que las mujeres realizaron acciones encaminadas a su autocuidado activo, consideramos que estas fueron insuficientes teniendo en cuenta la violencia que recibían así como las múltiples repercusiones sobre la salud (mental y física) que sufrieron durante esa etapa de su vida.

Asimismo, tras el análisis del discurso de las participantes, encontramos ciertas contradicciones en torno a la realización de actividades orientadas a la promoción de su autocuidado: algunas mujeres expresan no hacer nada para sentirse bien o para cuidarse mientras son mal tratadas por sus parejas. Sin embargo, cuando se ahonda en esta ausencia expresada, se encuentran multitud de prácticas de autocuidado. Las contradicciones en las que incurren las participantes muestran una falta de *conciencia* en relación con la necesidad de cuidarse más allá de sobrevivir a la violencia diaria. Esto refuerza la necesidad de lo que señala Cantera y Cantera (2014) como ingrediente imprescindible para el autocuidado. He aquí algunos ejemplos del relato de las participantes: “*No hacía nada para estar bien... no, no, sólo ir viviendo...*” (Lidia); “*No hacía nada para mí, estar con mis hijos y pensar que todo eso pasaría...*” (Susana).

Para comprender este fenómeno es preciso contextualizar estas prácticas de autocuidado dentro de una situación de violencia de género. Nuestros

resultados indican que las participantes no tenían control, autonomía e independencia en sus vidas a consecuencia del aislamiento y la subordinación a la que eran sometidas por parte de sus parejas. De este modo, su autocuidado estaba limitado no sólo por factores propios e individuales (apatía, indefensión, tristeza, etc.), sino también por factores externos (en este caso la falta de autonomía) que les impedían realizar prácticas de autocuidado saludables. En un estudio de Tobón (2003) se afirmó que el autocuidado estaba determinado por aspectos propios de la persona y por aspectos externos. Asimismo, se asevera que algunos determinantes se relacionan con factores protectores para la salud y con factores de riesgo generando prácticas favorables o peligrosas. Por otro lado, Thomsson y Schlehofer (2007) remarcan la importancia de la percepción de control para alcanzar el bienestar psicológico. Los resultados de nuestro estudio están en la línea de los encontrados por estos autores ya que las prácticas de autocuidado de las participantes se encontraron limitadas por la falta de autonomía y de control sobre la propia vida. Y, Cantera y Cantera (2014) enfocan la importancia del trabajo a tres niveles: personal, relacional y social; para el avance y afincamiento del autocuidado activo en las vidas de las personas. Subrayan que estar en contacto con la violencia produce un desgaste y peligro constante en

la calidad de vida, así como la influencia e importancia de la dinámica bidireccional entre la persona y los tres niveles señalados, y sus repercusiones.

El tercer objetivo tuvo como fin describir y analizar la evolución del autocuidado tras finalizar la relación de maltrato. Así pues, se produjo un refuerzo significativo de los cuidados que se procuran las mujeres a sí mismas tras finalizar la relación. En primer lugar, se produjo un aumento de las prácticas saludables que aumentó su calidad de vida como por ejemplo, realizar ejercicio o cuidar su aspecto físico. Además, aumentó la cantidad de actividades que se realizaban (viajes, excursiones, compras, etc.) y la frecuencia de estas. Se promovieron hábitos de vida saludables, como comer mejor o dormir más horas. Aumentó la realización de actividades gratificantes (existe un amplio abanico de acciones ligado a los intereses personales), como por ejemplo dar paseos por la montaña o aprender a bailar. Por último se recuperaron vínculos íntimos (los cuales habían disminuido a consecuencia de la relación), aumentaron los círculos de relación y se produjeron nuevas asociaciones. Las palabras de Laura resultan un ejemplo de lo comentado anteriormente: *“ahora me quiero a mí misma, como persona y como mujer y me gusta cuidarme, hago ejercicio... me gusta cuidar de mi aspecto físico y mental también... esto antes no lo hacía, no me quería a mí misma”*.

Del mismo modo, las mujeres afirman que la recuperación de su independencia les permitió llevar a cabo un autocuidado más exhaustivo lo cual redundó en un incremento de su bienestar y en una mejora de su autoestima y calidad de vida. Nuestros resultados indican la importancia del empoderamiento de la mujer como vehículo de recuperación personal y de aumento de las prácticas de autocuidado tal y como se aprecia en estos relatos *“ahora salgo a cenar, de compras... tengo una vida totalmente independiente...”*(Susana); *“soy feliz, tomo decisiones... eso te hace ser más feliz, estar más a gusto el poder tomar decisiones”*(Clara).

El análisis del discurso de las participantes indicó que tras la ruptura con la situación de violencia se produjo un aumento de la conciencia de las prácticas de autocuidado que realizaban las mujeres. Así pues, las mujeres reconocen su propio autocuidado, es decir, se incrementa la conciencia de que realizan actividades para fomentar su bienestar y su desarrollo personal. Las participantes reconocieron la importancia del autocuidado y cómo este redundaba en su autoestima y calidad de vida.

Conclusiones

A partir del análisis de los datos encontrados en este estudio se pueden inferir que las participantes

utilizaron prácticas de autocuidado durante la relación encaminadas a aumentar o mantener su bienestar físico, psicológico y emocional. Entre estas prácticas encontramos acciones utilizadas para desconectar, buscar placer en actividades alternativas o pasar tiempo fuera del hogar. Además, se indagó en las funciones que el autocuidado cumplía para las mujeres. Este análisis puso de manifiesto la utilización de prácticas de autocuidado como forma de mitigar, atenuar o disminuir las consecuencias de la violencia.

Respecto al segundo tema a explorar, nuestros datos indican que las participantes sufrieron violencia física, psicológica, sexual y económica, la cual provocó repercusiones tanto a nivel físico (heridas, anemia, dejadez, etc.) como psicológico (tristeza, baja autoestima, sentimientos de culpa, etc.) suponiendo costes muy elevados para sus vidas. Asumimos, dadas las informaciones reportadas por nuestro estudio, que las prácticas de autocuidado resultan un factor de protección para la salud de las mujeres. Sin embargo, nuestros hallazgos indican que el autocuidado realizado fue insuficiente mostrando un *déficit del autocuidado*; si bien algunas mujeres reconocen que realizaban acciones para sentirse bien, otras afirman no llevar a cabo ninguna práctica o muy pocas prácticas de autocuidado. La comprensión de este fenómeno nos obliga a tener en cuenta las características de la

situación, factores contextuales, relacionales y factores individuales. Las mujeres se encuentran en una situación de pérdida de autonomía e independencia lo cual supone que no disponen de las condiciones externas necesarias para llevar a cabo un autocuidado de forma adecuada. Asimismo, las repercusiones psicológicas y emocionales (apatía, alexitimia, indefensión) que sufrieron a consecuencia de la violencia se plantean como otro obstáculo para realizar prácticas orientadas hacia su bienestar.

Respecto a nuestro tercer objetivo, los hallazgos de este estudio indican un aumento de las acciones (en cantidad y frecuencia) de autocuidado una vez finalizada la relación de violencia. Este incremento reafirma la hipótesis de los problemas externos (aislamiento, comportamiento controlador del cónyuge, etc.) que encontraron las mujeres durante su relación para llevar a cabo prácticas de autocuidado que les permitieran aumentar su estado de salud y bienestar. Asimismo, la liberación de la carga emocional que supuso la relación y la recuperación de sus vidas redundaron en un aumento de la autoestima y de la salud autopercibida.

Este estudio pone de relieve la importancia del autocuidado como una herramienta imprescindible para las mujeres que están sufriendo violencia de género. Nuestros datos confirman la importancia del empoderamiento y de la recuperación de la autonomía

como punto de referencia para llevar a cabo prácticas de autocuidado adecuadas.

Sin embargo, cabe mencionar, que este estudio posee algunas limitaciones que se deberían superar para alcanzar un conocimiento exhaustivo en torno a esta temática: es preciso continuar estudiando los mecanismos o variables que propician el surgimiento del autocuidado activo, su mantenimiento y desaparición. También, la comprensión del grado de conciencia o voluntariedad que poseen las mujeres al realizar las

acciones, y en qué momento y porqué, llegan a tomar conciencia de la necesidad de cuidarse si es que lo hacen. No obstante, consideramos que la vivencia del maltrato, de por sí, es una variable fuerte, constante e inhibidora de espacios que propicien, favorezcan y/o sostengan el autocuidado activo. Futuros estudios podrían estar orientados a investigar en profundidad las limitaciones comentadas anteriormente.

En este estudio de carácter exploratorio se invita a profundizar en el estudio de los datos encontrados.

Referencias

- CALA, M. J. (2011). Recuperando el control de nuestras vidas: reconstrucción de identidades y empoderamiento en mujeres víctimas de violencia de género. Memoria final de investigación. Plan Nacional de I+D. Universidad de Sevilla. Instituto de la Mujer.
- CANTERA, L. (2003). Maltrato infantil y violencia familiar. De la atención a la prevención. En Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (Ed.), Dimensiones de la violencia (pp. 191-219). San Salvador: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).
- CANTERA, L. y Cantera, F. (2014). El auto-cuidado activo y su importancia para la Psicología Comunitaria. *Psicoperspectivas*, 13(2), 88-97. doi:10.5027/PSICOPERSPECTIVAS-VOL13-ISSUE2-FULLTEXT-406
- GIRALDO, V. y ARANGO, M. (2009). Representaciones sociales frente al autocuidado en la prevención del cáncer de mama. *Investigación y educación en enfermería* 27(2), 191-200. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v27n2/v27n2a04>
- GUIDO, L. (2002). Violencia conyugal y salud pública. El sector salud y el derecho de las mujeres de vivir una vida sin violencia. *La ventana*, 15, 231-262. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/884/88411126012.pdf>
- LABRADOR, F. J., RINCÓN, P., DE LUIS, P., FERNÁNDEZ-VELASCO, R., (2007). Mujeres víctimas de la violencia doméstica: Programa de actuación. Madrid: Pirámide.
- Lorente, M., Sánchez, C. y Naredo, C. (2006). Suicidio y violencia de género. Madrid: Rumagraft S.A.
- MENÉNDEZ, S., PÉREZ, J. Y LORENCE, L. (2013). La violencia de pareja contra la mujer en España: Cuantificación y caracterización del problema, las víctimas, los agresores y el contexto social y profesional. *Psychosocial Intervention*, 22(1), 41-53. Doi: <http://dx.doi.org/10.5093/in2013a6>
- OJEDA, T. (2006). El autocuidado de los profesionales de la salud que atienden a víctimas de violencia sexual. *Revista Ginecología y Obstetricia*, 51(1), 21-27. Recuperado de: http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/ginecologia/vol52_n1/pdf/a05v52n1.pdf
- OLIVARES, R., MORALES, G., RODRIGUEZ, K. Y GUERRA, C. (2007). La frecuencia de emisión de conductas de autocuidado y su relación con los niveles de estrés traumático secundario y de depresión en psicólogos clínicos. *Pensamiento psicológico*, 3(9), 9-19.
- OMS (1996). The World Health Report. Fighting disease. Fostering development. Geneva. Recuperado de: http://www.who.int/whr/1996/media_centre/en/whr96_presskit_en.pdf?ua=1

- OMS (2011). Prevención de la violencia sexual y violencia infringida por la pareja contra las mujeres. Qué hacer y cómo obtener evidencias. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud. Recuperado de: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789275316531_spa.pdf
- OMS (2013). Resumen del informe “Organización Panamericana de la Salud para la O.M.S”. Washington, D.C. Recuperado de: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/summary_es.pdf
- PRADO, A., GONZÁLEZ, M., GÓMEZ, L. Y ROMERO, K. (2014). La teoría del déficit del autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la intervención. *Revista médica electrónica*, 36(6), 835-845. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000600004
- Rivas-Diez, R. y Sánchez-López, M. (s.f). Impacto psicológico y repercusiones en la salud del maltrato a la mujer por parte de su pareja. *Avances en psicología clínica*. 823-826. Recuperado de: https://www.researchgate.net/profile/Maria_Sanchez-Lopez/publication/235248354_IMPACTO_PSICOLGICO_Y_REPERCUSIONES_EN_LA_SALUD_DEL_MALTRATO_A_LA_MUJER_POR PARTE_DE_SU_PAREJA/links/0fcfd510a4004646c7000000.Pdf
- RUIZ, J., (2010). Proyectos innovadores de Andalucía en materia de violencia de género. I congreso para el estudio de la violencia contra las mujeres. La intervención disciplinar. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social de la junta de Andalucía. Recuperado de: <http://www.juntadeandalucia.es/iam/catalogo/doc/iam/2007/14124070.pdf>
- SANZ-BARBERO, B., REY, L. Y OTERO-GARCÍA, L. (2014). Estado de salud y violencia contra la mujer en la pareja. *Gaceta sanitaria*, 28(2), 102-108. Doi: doi.org/10.1016/j.gaceta.2013.08.004
- THOMPSON, S.C. Y SCHLEHOFER, M. M. (2007). Perceived control. In M. Gerard and K.D. McCaul (Eds.), *A web-based health lexion*. National Cancer Institute. Recuperado de: <http://dceps.cancer.gov/brp/constructs/perceived-control/perceived-control.pdf>
- Tobón, O. (2003). El Autocuidado una habilidad para vivir. *Hacia la promoción de la salud*, 8, 37-49.
- TORRES, P, Y ROMERO, S. (2005). La Violencia en la Familia, Escuela y Sociedad. Sentidos, consecuencias y estrategias de intervención. Trabajo presentado y publicado en el seminario internacional La Violencia en la Familia, Escuela y Sociedad: Sentidos, consecuencias y estrategias de intervención. Universidad Internacional SEK. (pp. 154 -166). Santiago de Chile.
- URIBE, M. (1999). El autocuidado y su papel en la promoción de la salud. *Revista de Investigación y Educación en Enfermería*, XVII(2).
- VEGA, M. Y GONZÁLEZ, D. (s.f). Teoría del déficit de autocuidado: interpretación desde los elementos conceptuales. *Ciencia y cuidado*, 4 (4), 28-35. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2534034>
- WALKER, L.E. (1999). Psychology and domestic violence around the world. *American Psychologist*, 54, 21-29.