

Artículo de Investigación

Violencia de la pareja íntima en relatos de gestantes atendidas en el Hospital de Usaquén (Bogotá, Colombia)

Intimate partner violence in narratives of pregnant women attending Hospital de Usaquen (Bogota, Colombia)

Violência por parceiro íntimo em relatos de gestantes atendidas no Hospital de Usaquén (Bogotá, Colômbia)

María Mercedes **Lafaurie V.**¹

RESUMEN

El estudio cualitativo tuvo como objeto realizar un acercamiento a la violencia de la pareja íntima (VPI), partiendo de los relatos que hicieron gestantes atendidas en el Hospital de Usaquén (Bogotá) sobre su vida amorosa. De 38 mujeres, catorce narraron historias de VPI y, de estas, nueve refirieron este tipo de situaciones durante el embarazo actual. En el grupo de participantes con historias de VPI es frecuente el inicio temprano de relaciones afectivas y de convivencia; en varias de esas narraciones está presente una construcción romántica del amor, en que las mujeres todo lo dan y todo lo aceptan. Uno de los hallazgos de este trabajo es que se presentan relatos de violencia física que atenta contra el embarazo y de violencia emocional, incluso en el parto. El abandono de la pareja resulta ser una forma frecuente de violencia emocional y económica en el embarazo: siete de las participantes enfrentan solas la gestación. El sentido de vida de las gestantes se ve fortalecido por la maternidad y ello puede constituir una oportunidad de desarrollo humano.

Palabras clave: género, violencia doméstica, embarazo, investigación cualitativa.

Recibido: 2015-04-26; aprobado: 2015-09-10

1. Psicóloga, magíster en Igualdad y Género en el Ámbito Público y Privado. Profesora asociada, docente de la Facultad de Enfermería, Universidad El Bosque. Bogotá, Colombia. Correo electrónico: lafauriemaria@unbosque.edu.co

ABSTRACT

The study took a close look at intimate partner violence (IPV), starting from firsthand accounts of pregnant women attending Hospital de Usaquén in Bogotá. From thirty-eight women, fourteen provided IPV accounts; of these fourteen, nine reported these situations during pregnancy. Early initiation of intimate relationships and cohabitation is frequent in the group of participants with stories of IPV. A romantic construction of love is present in several of these narratives in which women give everything and accept everything. Stories of physical violence that threaten pregnancy, and of emotional violence even in childbirth are among the findings of this study. The abandonment of the partner is a common form of emotional and economic violence during pregnancy: seven participants faced gestation alone. The meaning of life is strengthened by motherhood and this may be an opportunity for human development.

Key words: gender, domestic violence, pregnancy, qualitative research.

RESUMO

O estudo qualitativo teve como objetivo fazer uma abordagem sobre a violência por parceiro íntimo (VPI), partindo dos relatos de gestantes atendidas no Hospital de Usaquén (Bogotá) sobre suas vidas amorosas. De 38 mulheres, quatorze narraram histórias de VPI e, destas, nove citaram este tipo de situação durante a gravidez atual. No grupo de participantes com histórias de VPI, é comum o início precoce de relações afetivas e de convivência. Em várias dessas narrações está presente uma construção romântica do amor, na qual as mulheres tudo dão e tudo aceitam. Uma das descobertas deste trabalho é que são apresentados relatos de violência física que ameaçam a gravidez e de violência emocional, inclusive no parto. O abandono por parte do parceiro resulta em uma forma frequente de violência emocional e econômica na gravidez: sete das participantes enfrentam sozinhas a gestação. O sentido de vida das gestantes se vê fortalecido pela maternidade e pode constituir uma oportunidade de desenvolvimento humano.

Palavras-chave: gênero, violência doméstica, gravidez, pesquisa qualitativa.

INTRODUCCIÓN

La violencia contra las mujeres es una grave violación de los derechos humanos que, por su frecuencia y dimensiones, ha sido sancionada por diversas disposiciones y pactos de las Naciones Unidas. La Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer define la *violencia de género* como

[...] todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, incluso las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública o privada (1).

La violencia contra las mujeres que se ejerce en el ámbito privado de la familia y la pareja es cada vez en mayor medida objeto de reconocimiento y de abordaje en el terreno de lo público. En Colombia, la Ley 1257 de 2008 ha tenido un papel crucial en este sentido; esta ley establece como *violencia a la mujer*:

[...] cualquier acción u omisión que le cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual, psicológico, económico o patrimonial por su condición de mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, bien sea que se presente en el ámbito público o privado (2).

La categoría de análisis *violencia de la pareja íntima* (VPI) designa la violencia o maltrato a la mujer por parte de su pareja o expareja. Esta forma de violencia se refiere a:

“aquellos actos que causan daño físico o emocional, que pueden incluir coacción sexual o violación, intimidación física, intentos de muerte o daño, restricción de las actividades normales o de la libertad y negación de acceso a los recursos” (3).

Esta expresión de la violencia tiene una estrecha asociación con problemáticas en la esfera de la salud sexual y reproductiva; es responsable de embarazos no deseados, infecciones de transmisión sexual, abortos y un sinnúmero de situaciones que ponen en riesgo la salud y la vida de las mujeres (4). Cuando la violencia se presenta durante el embarazo, puede tener serias implicaciones en la salud materno-perinatal (5). Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la violencia doméstica contra las mujeres durante el embarazo puede traer como consecuencias, entre otras, infecciones del sistema reproductivo y complicaciones como sangrado vaginal, hemorragia, trauma abdominal, aborto e inclusive la muerte de las mujeres

así como efectos sobre el recién nacido, dentro de los que se destaca el bajo peso al nacer (6). La VPI en el embarazo se asocia también con la depresión posparto (7).

Aspectos como la edad de las mujeres (8, 9), su nivel educativo (10, 11), su estatus marital (7, 12), la multiparidad (13) y la convivencia con parejas que consumen alcohol y sustancias psicoactivas (14), así como la procedencia rural o urbana (15) y la existencia de violencia contra las mujeres en su contexto familiar (16) se han relacionado con el incremento de esta problemática. De acuerdo con algunos estudios, la violencia psicológica resulta ser la más extendida, seguida por la violencia física y la sexual (17).

La atención en salud representa una ventana de oportunidad para el abordaje de la violencia contra las mujeres (18). El contexto de la gineco-obstetricia es especialmente favorable para su detección y prevención (19). Los proveedores de cuidado prenatal están llamados a animar a sus pacientes a evaluar la violencia de pareja de que pueden ser objeto y trabajar para minimizar esta situación de manera interdisciplinaria (20). A pesar de la incidencia de la violencia de género y de sus consecuencias, a menudo el personal sanitario o no lo reconoce como problema (21) o no dispone de los recursos metodológicos necesarios para hacerle frente, por lo que se requiere capacitarlo para su abordaje y comprensión (22). Igualmente, es importante evaluar los procesos de intervención en este campo y su efectividad, con el fin de obtener evidencia científica (23).

En países de América Latina, el embarazo no parece ser necesariamente un factor protector contra la violencia de la pareja íntima (24). Estudios realizados en México (9), Guatemala (25) y Nicaragua (26) muestran que la VPI no desaparece con el embarazo y que incluso puede llegar a iniciarse o a incrementarse en esa etapa. De acuerdo con la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), las mujeres latinoamericanas que experimentan violencia en sus relaciones son forzadas a mostrar actitudes negligentes en su autocuidado, presentan embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual. Durante la gestación pueden ser golpeadas

y sometidas a tener relaciones sexuales aun cuando hayan entrado en trabajo de parto (27). En Bogotá, en 2005, se realizó un estudio hospitalario donde se halló una tasa de VPI durante el embarazo del 30%, siendo más frecuente la violencia psicológica (33%), seguida de la violencia física (30%) y la violencia sexual (7%) (28). En 2012 un estudio realizado en una institución prestadora de servicios de salud (IPS) privada de Bogotá, con 81 púérperas primigestantes, reporta que el 54% de ellas fueron maltratadas durante el último año y que prevaleció el abuso no físico (psicológico y patrimonial); se encontró un 33% de síntomas depresivos en el posparto, así como niveles de correlación entre la violencia y este tipo de síntomas (29).

Bogotá muestra altos niveles de violencia de pareja contra las mujeres (30). De acuerdo con la Encuesta Distrital de Demografía y Salud (31), cuatro de cada diez bogotanas en edad reproductiva han experimentado violencia física por parte de su compañero. En la localidad de Usaquéen, ubicada al nororiente del Distrito Capital, la mujer es la cabeza del hogar en el 42% de los casos. Las mujeres que no han tenido unión representan el 39%. Un 72% ha sido víctima alguna vez del control de sus parejas; el 27% ha recibido agresiones físicas y el 6% ha sido objeto de violencia sexual por parte de su pareja. Un 36% buscó ayuda cuando fue agredida y el 16% acudió a una entidad de salud (31).

En concordancia con la necesidad de profundizar en las dimensiones cualitativas del fenómeno, el estudio que se reporta a continuación tuvo como objeto realizar un acercamiento a la VPI, partiendo de relatos autobiográficos sobre su vida amorosa elaborados por mujeres gestantes atendidas en el Hospital de Usaquéen, ubicado en esa localidad.

METODOLOGÍA

En este estudio cualitativo, participaron 38 gestantes que acuden al programa de preparación para la maternidad y la paternidad: 19 en el Centro de Atención Médica Inmediata (CAMI) Verbenal y 19 en la Unidad Primaria de Atención (UPA) de San Cristóbal, que hacen parte del Hospital de

Usaquén I Nivel E.S.E. Ellas estuvieron dispuestas a participar y eligieron un seudónimo, con el cual se identificaron a lo largo de la jornada. En un primer momento, se aplicó un cuestionario autodiligenciado de pregunta abierta para caracterizar cada caso y explorar necesidades de apoyo por parte de enfermería. Posteriormente se desarrolló una actividad lúdico-narrativa sobre la vida amorosa, orientada por un relato autobiográfico. Una vez obtenido el material narrativo, se procedió a su transcripción y clasificación. Se seleccionaron los casos donde las mujeres narraron experiencias de violencia de su pareja íntima y se llevó a cabo la codificación y análisis con apoyo del software Atlas.ti 7.

Consideraciones éticas

Atendiendo a la Resolución 008430 de Ministerio de Salud de 1993 (32), por tratar aspectos sensibles de las personas, el estudio se considera de riesgo

mínimo. Al implementar un enfoque de género, se favoreció la construcción de un clima de confianza entre participantes e investigadoras. Teniendo en cuenta lo estipulado por el Tribunal Nacional Ético de Enfermería (Ley 911 de 2004, artículo 29), se ha establecido la importancia de salvaguardar la dignidad, la integridad y los derechos de los seres humanos, como principio ético fundamental (33). Se garantiza la confidencialidad y se protege la identidad de las participantes mediante seudónimos. Se utilizó un consentimiento informado de tipo escrito.

PRINCIPALES HALLAZGOS

Una vez revisado el material obtenido, se identificó que 14 de las 38 participantes narraron historias de haber sido agredidas por su pareja en algún momento de la vida. La Tabla 1 presenta los datos de caracterización de estos catorce casos.

Seudónimo	Edad	Tiempo de gestación (trimestre)	Nº hijos	Escolaridad	Ocupación	Vive en pareja	Violencia en actual embarazo
Nashly	14	Segundo	0	Secundaria incompleta	Estudiante	No	Sí
Emmy	18	Tercero	0	Secundaria incompleta	Estudiante	No	Sí
Danna	19	Segundo	0	Secundaria incompleta	Desempleada	No	Sí
Angélica	19	Segundo	1	Primaria completa	Ama de casa	Sí	Sí
Sandra	20	Segundo	0	No reporta	Desempleada	No	Sí
Deisy	20	Segundo	1	Secundaria completa	Auxiliar de cocina	No	Sí
Sofía	20	Segundo	1	Secundaria incompleta	Vendedora	Sí	No
Nicol	21	Tercero	1	Técnico completo	Ama de casa	Sí	No
Luna	22	Tercero	0	Secundaria completa	Estudiante	Sí	No
Kehimyth	24	Tercero	1	Secundaria completa	Farmacéuta	No	Sí
Dayana	24	Tercer	0	No reporta	Desempleada	Sí	No
Palita	26	Segundo	1	No reporta	Ama de casa	Sí	No
María	27	Segundo	3	No reporta	Trabajo independiente	Sí	Sí
Sara	32	Segundo	0	Secundaria incompleta	Desempleada	No	Sí

Tabla 1. Caracterización de las participantes con relatos de VPI

Nótese que todas las mujeres de este grupo, 14, son adolescentes o adultas jóvenes; una de ellas atraviesa la adolescencia temprana (34). Únicamente cuatro de las catorce mujeres cuenta con alguna actividad laboral; solo la mitad convive con su pareja. En seis casos las participantes no lograron completar la secundaria.

La escasa posibilidad de contar con ingresos propios y los bajos niveles educativos de varias de ellas nos hablan de mujeres en especial condición de vulnerabilidad social. En nueve de los catorce casos, las participantes reportan violencia por parte de su pareja en el embarazo actual. A continuación, se presenta el análisis cualitativo de las narraciones obtenidas.

El temprano y doloroso comenzar de la vida afectiva

De acuerdo con lo narrado por este grupo de participantes, un aspecto marca con frecuencia el comienzo de sus relaciones afectivas: la premura. Se inician vínculos amorosos a muy temprana edad y a menudo se consolidan vidas de pareja sin que medie un mayor conocimiento mutuo. En el caso de Keymith, el padre de su hija –y también del hijo que espera– fue su primer amor. Inició su vida de pareja con él a los 19 años de edad, al poco tiempo de haberlo conocido: “Conocí una persona, pues fue mi primer novio, me enamoré como nunca. Nos fuimos a vivir juntos a los dos meses de habernos conocido”.

En ocasiones, en los relatos sobre el primer amor, las participantes se refieren a parejas que las superan visiblemente en cuanto a la edad, asimetría que puede conducir a abusos de poder e inequidad (35). Este fue el caso de Dayana, quien relata experiencias de violencia en el embarazo, que desembocaron en abortos a repetición, con una pareja que prácticamente le doblaba la edad:

Mi vida amorosa comenzó a los diez y seis años cuando conocí a mi primera pareja; él tenía treinta años y duramos siete años de relación; no me fue muy bien con él porque me maltrataba verbal y físicamente y perdí dos embarazos de él por culpa de los golpes.

El aborto causado por violencia contra la mujer por parte de su pareja ha sido descrito en diversos

estudios realizados en países de América Latina (4, 24, 36). Los golpes en el abdomen son frecuentes, según lo establecido en estudios desarrollados en la región (9, 26).

Según los relatos de las participantes, prima la construcción del amor como algo totalizante, lo cual, según lo expone Lagarde, resulta funcional para el mantenimiento de relaciones de dominación propias del patriarcado (37). El abandono del proyecto de vida, inherente a unas relaciones afectivas en que el amor por su pareja lo invade todo, lo describe Luna, quien muy pronto vio desdibujarse su primera historia de amor:

A los diez y seis años conocí a un hombre que cambiaría todos mis pensamientos; me enamoré de él y día a día el centro de mi vida fue él, no hacía tareas, no presentaba trabajos, llegaba tarde a clase y poco a poco pasaba menos tiempo en la casa; al principio me trataba muy bien, me consentía, me mimaba y me daba todo su amor (eso fue el primer año); luego de esto empezó a ser muy diferente, me gritaba, me golpeaba y era muy celoso, así duramos cuatro años.

De acuerdo con lo expuesto por Bosch y colaboradores, los mitos anudados al amor romántico con frecuencia se hallan en la base de la violencia contra las mujeres por parte de la pareja (38). Aceptarlo todo por amor es una realidad que se presenta en varios de los casos analizados en este estudio. Esto lo ilustra la historia de violencia de pareja narrada por Keymith, de 27 años, quien se refiere a realidades frecuentes en la vida de las mujeres de la localidad de Usaquén (31):

Recuerdo tanto que yo lloraba mucho pero era tanto el amor que le tenía que yo aceptaba todo eso. Comenzó a prohibirme todo; mis amistades, mi familia, mis compañeros, mi estudio, mi vestir, fueron aspectos que yo permití que cambiara de mí, manejaba mi tiempo como un relojito, él se iba con sus amigos y amigas a parrandear y me dejaba sola. Se iba desde el jueves, viernes, sábado y domingo a jugar y a tomar; llegaba muy borracho, se gastaba todo el dinero.

La violencia emocional, ejercida a través del control, la prohibición y el abandono, aunada a la violencia económica experimentada por Keimith, no fue suficiente para hacerla reaccionar. Durante varios años ella vivió con la ilusión de ver un cambio en su pareja, el cual nunca se dio:

Cuando quedé en embarazo de mi primer bebé fue muy traumático porque las cosas entre él y yo no iban nada bien, pero yo seguía con una esperanza de que él cambiara [...] El día del

parto recuerdo que lo llamé del hospital y le dije que yo estaba hospitalizada, que me trajera las cosas del bebé y me respondió que no podía, porque estaba viendo un partido, pues llegó como siete horas después y, lo peor de todo, borracho.

Esta narración muestra a un varón que se desentiende de sus responsabilidades para con su pareja nada menos que en una de las situaciones de mayor requerimiento de compañía, cuidado y respeto hacia ella: el parto. Ferrer y Bosch consideran que la misoginia o desvalorización de lo femenino lleva a los hombres a considerar que la mujer es un ser inferior, que más que persona es una “cosa” que requiere ser manejada y controlada. Como parte de ese control, afirman las autoras, “aparecerían los celos, el aislamiento social de su pareja, el mantenerla en una situación de dependencia” (39). El consumo de sustancias psicoactivas y de alcohol suelen ser detonantes de estos tipos de violencia (40). Dado que la autoestima, la libertad y la autonomía se ven seriamente afectadas con la violencia de pareja, se limita la capacidad de la mujer de escapar de esta situación de maltrato (41).

Esta realidad hace necesaria la intervención psicosocial y el decidido apoyo de redes sociales e institucionales. De allí la importancia de incluir una mirada de género en los procesos de acompañamiento e intervención con mujeres que han sido maltratadas.

Violencia durante el embarazo actual

Como se indica en la Tabla 1, en nueve de los catorce casos seleccionados se presenta violencia durante el embarazo actual; de estos nueve casos, en siete se reporta abandono de la pareja y, en dos, la violencia es un continuo del maltrato de pareja que experimentaban las participantes desde antes del embarazo. El proceso colectivo de empoderamiento de las mujeres, que implica el reconocimiento de sus derechos como ciudadanas, aunado a la reconstrucción conjunta de la noción del amor y de la ética amorosa, son destacados por Lagarde como posibilidades para el cambio de paradigmas en las relaciones entre mujeres y hombres (37). María, de 27 años, desplazada de la violencia, con dos hijos, escribe la siguiente narración que devela una historia afectiva de inmensa aflicción, con expresiones de ideación suicida, que se ha visto paliada por la ilusión del embarazo:

Conocí un hombre que a veces no se comporta bien que digamos; parece que mi destino es sufrir [...] pensé que lo mejor es reunirme con mi mamita en el cielo, pero Dios me mandó una razón más para vivir, mi nuevo bebé, que espero con todas las fuerzas de mi corazón.

Angélica, de 19 años, convive con su esposo y tiene un hijo de dos años. Su experiencia de violencia está relacionada con el maltrato que él ejerce sobre el niño: “lo triste que me ha pasado es cuando mi esposo llega borracho a pegarle a mi hijo; pues me pongo a llorar porque no me gusta que me humillen a mi hijo”.

Los malos tratos psíquicos implican desvalorización y generan sufrimiento a las mujeres (42). De acuerdo con Follingstad y colaboradores, una de las formas de violencia psicológica contra las mujeres consiste en amenazas verbales de maltrato, daño o tortura, dirigidas tanto hacia ella como hacia sus hijos e hijas, otros familiares o personas amigas (43). Como ya se mencionó, la violencia psicoemocional durante el embarazo prevalece por encima de la violencia física y sexual (44, 17).

Siete de las nueve participantes que narraron historias de violencia de pareja en su actual embarazo afirman haber experimentado abandono. Este resulta ser una de las situaciones de maltrato más frecuentemente en las mujeres embarazadas, según un estudio con los miembros del equipo de salud de un servicio hospitalario de maternidad (22). Como lo señalan Luquin y Miranda, el abandono por parte de la pareja es una expresión de la violencia psicológica que pueden experimentar las gestantes en el embarazo (45). Izquierdo afirma que son frecuentes los casos en los que el primer acto de violencia por parte de la pareja se presenta cuando la mujer queda embarazada (46). Entre las siete mujeres que se han enfrentado al abandono de sus parejas, cinco son primigestantes.

Las participantes relatan que su pareja no asume la responsabilidad del hijo y niega su paternidad, o no acepta apoyarlas durante el embarazo; incluso cuando es citado ante las autoridades pertinentes, con el fin de exigirle el cumplimiento de su compromiso como padre, insiste en negar su paternidad. Sara escribe lo siguiente: “dice que no es de él y vive con otra señora”.

Esto hace parte de la narración de Emmy: “cuando lo cité a la comisaría me negó al bebé y hasta el día de hoy seguimos así”. De acuerdo con datos publicados por Manrique, en Colombia, en el año 2013, “se presentaron 10.902 solicitudes de dictámenes a padres que no han reconocido a sus hijos”. Cerca del 90% de estos casos “son contra hombres objeto de investigaciones que empiezan con una denuncia y terminan, luego de un largo proceso, en un fallo que otorga un apellido y una liquidación económica” (47).

La evasión de la responsabilidad por parte de los padres lleva a que sean las gestantes y en buena parte de los casos, sus familias, quienes asuman toda la responsabilidad durante en el embarazo. Danna, primigestante de 19 años, escribe lo siguiente: “el papá de mi hijo me ha dejado todo a mí sola. No se le ve mucho interés ni tampoco responde como debe y siempre busca pretextos y saca excusas para todo”.

En los relatos analizados, se evidencia que las gestantes tienen condiciones económicas limitadas, aunadas a la situación de maltrato emocional generada por el abandono. Como lo expresan Herrera y Romero, “el proceso gestacional y la maternidad se convierten en una tarea solitaria para la mujer, donde la primera palabra no es de gratificación y acompañamiento sino de reproche y de negación” (48).

De acuerdo con Muñoz y colaboradores, las evidencias muestran que la salud reproductiva, neonatal, mental y familiar se afecta cuando las mujeres tienen condiciones educativas, laborales y habitacionales precarias, embarazos sin seguridad social, ausencia de la pareja en el hogar, riesgo psicosocial por insuficiente apoyo familiar, síntomas depresivos, violencia de género, abuso de sustancias psicoactivas y conflictos con la maternidad (49). Herrera y Romero, en un estudio con mujeres con embarazos de alto riesgo, afirman que “el cuadro emocional que emerge de las entrevistas con las mujeres gestantes es uno en el que prevalece la disminución del autoconcepto, la pérdida de autoestima y una gran ausencia de autonomía”. Subyacen a ello situaciones de violencia y de precariedad económica y social (48). Bacchus y sus colaboradores establecieron que, en mujeres con VPI durante su gestación, el hecho de ser solteras, estar separadas

o no cohabitar con la pareja se asoció significativamente con complicaciones obstétricas (50).

Todo esto lleva a alertar al personal de salud sobre la importancia de reconocer el abandono por parte de la pareja como una situación de maltrato que afecta la vida emocional de la gestante al hallarse en situación de vulnerabilidad y riesgo de exclusión (51), a lo que se puede sumar la falta de redes de apoyo familiar y social. De acuerdo con las participantes en el estudio, esto se presenta en algunas ocasiones. Es de recordar que la vivencia de maltrato durante la gestación se asocia con complicaciones del embarazo (17) y que afecta la salud mental, como lo reporta Ramírez en su estudio con púrpuras de Bogotá (29).

La maternidad como sentido de vida

En Canadá se realizó un estudio cualitativo cuyo propósito era explorar la experiencia de la maternidad desde la perspectiva de las mujeres que han sido maltratadas durante el embarazo. El análisis reveló que el abuso afecta y define sus experiencias de la maternidad y que las mujeres enfrentan desafíos complejos; sin embargo, la maternidad actúa como un amortiguador contra el abuso y como una fuente de fuerza (52). Algo similar sucede en los casos analizados en esta investigación: el nuevo ser que llega a la vida de las participantes otorga sentido a su existencia, dándoles fuerzas para continuar, a pesar de las dificultades que enfrentan. En sus narraciones, el hijo que está por nacer es el centro de su realidad y su principal motivación; todo lo demás resulta intrascendente, tal como lo revela la narración de Sara:

[...] hoy voy muy contenta por esta vida, me llevo mi pedacito; quiero lo mejor para mi bebé así no esté con el papá, sé que sin él voy a seguir y le brindaré lo mejor, con la bendición de mi Dios.

En concordancia con lo hallado por Muñoz y colaboradoras en el estudio que realizaron con mujeres de contextos sociales vulnerables de Chile, la educación, se visualiza como la fuente principal de movilidad social (49). Siendo la maternidad lo primordial para las participantes en este estudio, su proyecto de vida se orienta a mejorar sus condiciones para sacar a sus hijos adelante. De acuerdo con Nashly, estudiar es el vehículo en la construc-

ción de un mejor futuro: “quisiera seguir estudiando para ofrecerle un mejor futuro a mi bebé y darle ahora sí una alegría a mi mamá”.

Los hijos por nacer generan en las participantes expectativas positivas hacia el futuro; algunas como Danna esperan que su bebé sea su apoyo más adelante:

Por eso le doy gracias a Dios, por haberlo puesto en mí, porque sé que el día de mañana va a ser mi soporte, mi orgullo y la única personita que me apoye y me ayude a levantarme cada vez que me caiga.

También se presenta el caso de esperar que al nacer el hijo se mejoren las relaciones de pareja, como sucede con María, para quien su bebé representa la esperanza de que su pareja cambie la forma de tratarla: “creo que con su llegada todo cambie en mi vida y que mi esposo sea más atento conmigo”.

Importancia del apoyo familiar

De acuerdo con las narraciones analizadas, no obstante la precariedad económica de muchos hogares, el apoyo brindado por la familia resulta ser definitivo en la vida de las mujeres que asumen solas la gestación. Por ejemplo, contar con la compañía y el apoyo de sus padres es esencial en la vivencia de Danna: “doy gracias al cielo por tener una madre y un padre que me apoyan y a pesar de todo están siempre conmigo; que no me dejan sola”.

Para Nashly, como para varias de las participantes que se encuentran viviendo solas su embarazo, el soporte materno ha sido definitivo:

Mi mamá, ella sí me apoya, ella es la que me da lo necesario para mi embarazo y pues cuento con el apoyo de ella y me consiente mucho la barriga y –el bebé– se mueve mucho con mi mamá.

Afirma Puyana que “los hogares extensos se convierten en refugio de madres solteras o separadas jóvenes, quienes acuden a sus madres y padres en busca de protección cuando cuentan con poco apoyo de su pareja”; según la autora, este tipo de hogares que amortiguan la crisis económica y la pobreza van en aumento atendiendo al crecimiento de la tasa de fecundidad juvenil en Colombia (53).

Necesidades de las gestantes

Comprender lo vivido por las madres en situación de vulnerabilidad “proporciona elementos

sustantivos para ejercer una práctica del cuidado humanizado y comprensivo”, afirman Muñoz y su equipo (49). Para las gestantes es una prioridad poder ofrecer un hogar y suplir necesidades de su hijo. Contar con recursos económicos derivados de un buen empleo, lograr la independencia que da tener una casa propia y poder ofrecerle estabilidad afectiva y psicológica a su hijo resumen buena parte de las necesidades sociales expresadas por las participantes. En algunos casos se devela la necesidad de apoyo emocional. Por ejemplo, Danna afirma: “estoy un poco baja de nota. Necesito afecto, un poco más de apoyo de parte de mi núcleo familiar y del papá de mi bebé”. Sara, como varias de las participantes, quisiera mejorar su condición laboral: “quiero lo mejor para mi bebé [...] Poder tener un buen empleo para ofrecerle lo mejor a mí bebé”.

Laza y Cárdenas destacan la importancia de reconocer el peso de la cultura en el proceso de gestación, el cual debe ser visto por el equipo de enfermería no solo desde la dimensión biológica sino como un evento social, lo cual beneficia la adecuación de las prácticas de cuidado a las necesidades integrales de las mujeres (54). Según Muñoz y su equipo (49), la falta de comunicación efectiva, el temor a no ser escuchadas ni comprendidas y sentirse insatisfechas con la atención son realidades frecuentemente vividas por las gestantes provenientes de contextos sociales vulnerables, quienes otorgan gran importancia a sentirse escuchadas. Según lo señalan las autoras, es necesario enfrentar, desde el equipo de salud, las relaciones asimétricas e invisibilidad propias de la vulnerabilidad social. Para la disciplina de enfermería, el conocimiento derivado del abordaje de las situaciones experimentadas por las mujeres en sus experiencias maternas, considerando sus realidades y sus contextos, se constituye en evidencia científica que favorece la pertinencia social “del diseño e implementación de estrategias, que ayuden a superar la desesperanza que inmoviliza y refuerza el fatalismo aprendido en mujeres que se sienten excluidas por su invisibilidad y condición de pobreza” (49).

Realizar actividades donde sea posible para ellas expresarse es una de las principales necesidades de apoyo que mencionan las gestantes en relación con

el cuidado de enfermería. Las estrategias educativas de tipo lúdico y recreativo son particularmente valoradas por las participantes, tal como responde Keymith ante la pregunta de cómo puede apoyarla enfermería: “con actividades lúdicas, charlas, motivación, recreación. Estar en actividades que me distraigan; un trabajo, a veces me veo alcanzada con las cosas de mi bebé”. El acompañamiento psicosocial por parte de enfermería es de gran significado para las participantes en el estudio quienes, al vivir sus embarazos en condiciones de vulnerabilidad, valoran el poder sentirse acompañadas y apoyadas por las enfermeras. Esto expresa Emmy: “me gustaría tener un apoyo y mucha ayuda para poder afrontar lo que me viene de hoy en adelante”.

La carencia de redes de apoyo, entre otros factores, puede relacionarse con la depresión en mujeres que han experimentado violencia en el embarazo. Ramírez sugiere a los profesionales de enfermería fortalecer sus habilidades para detectar la problemática de violencia y la depresión posparto. De igual modo, los convoca a desarrollar capacidades para identificar situaciones que pueden estar afectando a las mujeres que consultan en los servicios y participar activamente en su cuidado (29).

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El inicio temprano de relaciones afectivas y de convivencia, frecuente en el grupo de mujeres participantes en el estudio que relatan historias de violencia de la pareja íntima, está asociado a un sinnúmero de situaciones de riesgo y de vulnerabilidad en las relaciones de pareja y afecta la autonomía y el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos (35). Una construcción romántica del amor, en que las mujeres todo lo dan y todo lo aceptan, está presente en varios de los relatos sobre la primera relación afectiva donde se describen a menudo historias amorosas con hombres que superan visiblemente su edad, son consumidores de alcohol y sustancias psicoactivas y, en ocasiones, están comprometidos con otras parejas. Las relaciones inequitativas entre hombres y mujeres son un ámbito propicio para la violencia de pareja. Esto lleva a ver la importancia de fortalecer la inclusión de “la pareja” en la formación dada a la juventud en aspectos que empiezan a desarrollarse en esa

etapa, como lo son el amor, el autocuidado y el cuidado del otro, insistiendo en la construcción ética de las relaciones afectivas, en la creación de proyectos de vida sólidos para mujeres y hombres y en la equidad de género (55). En los procesos de empoderamiento de las mujeres jóvenes, se requiere considerar aspectos que aporten al desarrollo de relaciones de género igualitarias (39).

Uno de los hallazgos de este trabajo son los relatos sobre situaciones de violencia física que atenta contra el embarazo y de violencia emocional, incluso en el parto. El abandono de la pareja parece ser una forma destacada de violencia en el embarazo, según las gestantes atendidas en el Hospital de Usaquén. Debe tenerse en cuenta este aspecto en los procesos de cuidado y de educación a las gestantes, dadas sus repercusiones negativas en la salud materno-perinatal.

El sentido de vida de las gestantes se ve fortalecido por la maternidad y ello puede constituir una oportunidad de desarrollo humano para aprovechar. Trabajar con las mujeres para fortalecer la autoestima y su reconocimiento como personas con derechos por ejercer es un reto en el trabajo con gestantes en situación de maltrato y abandono. Esto implica formarlas para el control autónomo y responsable sobre su sexualidad, sin aceptar ningún tipo de vulneración o de violencia de género, viviendo el placer sin que ello conlleve un embarazo no planeado.

La decidida puesta en escena de la violencia de la pareja íntima en el embarazo dentro del contexto de la reflexión disciplinar, la investigación y la formación en enfermería, así como de la capacitación en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, de seguro tendrá repercusiones favorables en lo referente a la detección, prevención y atención de la violencia de la pareja íntima durante el embarazo. Por último, es importante recalcar la importancia de incluir una perspectiva de género en los programas de atención prenatal y de formación para la maternidad y paternidad conscientes, toda vez que, como se ha expuesto anteriormente, el abordaje de la VPI contra la gestante y su prevención tienen una importantísima ventana de oportunidad en el campo de la salud de las mujeres (18, 19).

AGRADECIMIENTOS

A las participantes en el proceso, cuyos relatos permitieron avanzar en la comprensión de la violencia por parte de la pareja íntima en el embarazo. A las estudiantes Aura Castrillón, Jessica Dimaté, Edna Gómez, Lina Fresneda, Alejandra Martínez, Laura Patiño, Natalia Pastrana, Mayra Pedraza y Carolina Sierra, de la promoción 2014-2 de la Facultad de Enfermería de la Universidad El Bosque, que apoyaron con gran interés y compromiso la realización de este estudio, como asistentes de investigación. A los doctores Claudia Quintero, Antonio Rodríguez y Noris Arteaga, del Hospital de Usaquén I Nivel E.S.E., por sus aportes al desarrollo de este proceso.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización de las Naciones Unidas. Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer [Internet] 1993 [consultado el 16 marzo de 2015]. Disponible en: <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/ViolenceAgainstWomen.aspx>
2. Ley 1257 de 2008 [Internet] 2008 [consultado el 8 de septiembre de 2014]. Disponible en: http://www.colombiaprende.edu.co/html/docentes/1596/articulos-346048_recurso_7.pdf
3. Bailey BA. Partner violence during pregnancy: prevalence, effects, screening, and management. *J Womens Health*. 2010; 2: 183-97.
4. Lafaurie MM. Achik Ñan. Salud sexual y reproductiva de las mujeres del Chimborazo, Bogotá: Fundación ESAR-IPPF; 2009.
5. Kendall-Tackett KA. Violence against women and the perinatal period: the impact of lifetime violence and abuse on pregnancy and postpartum. *Trauma Psychology Newsletter*. Trauma Violence Abuse. 2007; 8(3): 344-53.
6. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Domestic violence during pregnancy. Fact sheet [Internet] 2002 [consultado el 8 septiembre de 2012]. Disponible en: <http://www.paho.org/english/ad/ge/VAWPregnancy.pdf>
7. Sánchez B, Hernández M, Lartigue T. Violencia conyugal y depresión durante el embarazo. *Salud Pública Méx*. 2008; 50(5): 353-54.
8. Tabassum Naved R, Persson L. Factors associated with physical spousal abuse of women during pregnancy in Bangladesh. *International Family Planning Perspectives*. 2008; 34(2): 289-300.
9. Cuevas S, Blanco J, Juárez C, Palma O, Valdez-Santiago R. Violencia y embarazo en usuarias del sector salud en estados de alta marginación en México. *Salud Pública Mex*. 2006; 48(2): S239-S249.
10. Salazar-Pousada D, Astudillo C, Gonzaga M, Hidalgo L, Pérez-López FR, Chedraui P. Intimate partner violence and psychoemotional disturbance among pregnant women admitted to hospital with prenatal complications. *Int J Gynaecol Obstet*. 2012; 118(3): 194-97.
11. Arslantas H, Adana F, Ergin F, Gey N, Biçer N, Kiransal N. Domestic violence during pregnancy in an eastern city of Turkey: a field study. *J Interpers Violence*. 2012; 27(7): 1293-313.
12. Bacchus L, Mezey G, Bewley S. Domestic violence: prevalence in pregnant women and associations with physical and psychological health. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2004; (113): 6-11.
13. Jeremiah I, Kalio GB, Oriji VK. Domestic violence in pregnancy among antenatal attendees at the University of Port Harcourt Teaching Hospital, Port Harcourt. *Niger J Med*. 2011; (3): 355-59.
14. Brownridge DA, Talliew T, Tyler K, Tiwari A, Ch KL. Pregnancy and intimate partner violence: risk factors, severity, and health effects. *VAW*. 2011; 17(7): 858-81.
15. Bontha V, Babua B, Shantanu K. Abuse against women in pregnancy: a population-based study from Eastern India, WHO South-East Asia Journal of Public Health. 2012; 1(2): 133-43.
16. Ezeanochie MC, Olagbuji BN, Ande AB, Kubeyinje WE, Okonofua FE. Prevalence and correlates of intimate partner violence against HIV-seropositive pregnant women in a Nigerian population. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2011; 90(5): 535-39.
17. Lafaurie MM. Intimate partner violence against women during pregnancy: a critical reading from a gender perspective. *Rev colomb enferm*. 2015; 10(10): 65-78.
18. Center for Disease Control. Intimate partner violence during pregnancy. A guide for clinicians [Internet] 2009 junio [consultado el 22 de septiembre de 2014]. Disponible en: <http://www.cdc.gov/reproductivehealth/violence/intimatepartnerviolence/sld001.htm#2>
19. Lafaurie MM. Tras la detección y prevención de la violencia contra la mujer: el compromiso de la ginecología y la obstetricia. *Rev Col Obst. Gin*. 2008; 59(1): 8-9.
20. Cloutier S, Martin SL, Moracco KE, Garro J, Clark KA, Brody S. Physically abused pregnant women's perceptions about the quality of their relationships with their male partners. *Women Health*. 2002; (35): 149-63.

21. Martínez Galiano JM. Detección y atención a la violencia de género en el embarazo. Una asignatura pendiente. *Enferm. Glob.* 2011; (24): 352-57.
22. Colombo G, Ynoub RC, Veneranda L, Iglesias MG, Viglizzo M. Violencia familiar contra la mujer en las etapas de embarazo, parto y puerperio: la mirada de los profesionales de un servicio público de maternidad y obstetricia *Rev. argent. sociol.* 2006; 4(7): 73-98.
23. Jahnfar S, Janssen PA, Howard LM, Dowswell T. Interventions for preventing or reducing domestic violence against pregnant women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013 (2) [CD009414]. DOI: 10.1002/14651858.CD009414.pub2
24. Tavera-Orozco L, Orderique, Zegarra T, Huamani S, Felix F, Espinoza K et ál. Repercusiones maternas y perinatales de la violencia basada en género. *Rev Per Ginecol Obstet.* 2007; 53(1): 10-17.
25. Johri M, Morales RE, Boivin JF, Samayoa BE, Hoch J, Grazioso C et ál. Increased risk of miscarriage among women experiencing physical or sexual intimate partner violence during pregnancy in Guatemala City, Guatemala: cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2011; (11): 49.
26. Valladares E, Peña R, Persson LA, Högberg U. Violence against pregnant women: prevalence and characteristics. A population-based study in Nicaragua. *BJOG.* 2005; 112(9): 1243-248.
27. Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO). Grupo de trabajo violencia contra la mujer. *Rev. chil. obstet. ginecol.* 2002; 67(2): 170-71.
28. López S, Gómez-Sánchez PI, Arévalo-Rodríguez I. Violencia contra la mujer. Análisis en el Instituto Materno Infantil de Bogotá, Colombia 2005. Estudio de corte transversal. *Rev Colomb Obstet Ginecol.* 2008; 59(1): 10-19.
29. Ramírez E. Relación entre violencia de pareja contra la mujer y la aparición de depresión en el postparto. [Tesis de grado, Maestría en Enfermería]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2012.
30. Lafaurie MM. La violencia intrafamiliar contra las mujeres en Bogotá: una mirada de género. *Rev colomb enferm.* 2013; 8(8): 98-110.
31. Profamilia-Secretaría Distrital de Salud del D.C. Encuesta Distrital de Demografía y Salud, 2011.
32. Resolución 008430, 1993 [Internet] 1993 [consultado el 29 de septiembre de 2015] Disponible en: https://www.invima.gov.co/index.php?option=com_content&view=article&id=2977:resolucion-no-8430-del-4-de-octubre-de-1993&catid=147:resoluciones-medicamentos-&Itemid=203
33. Ley 911 de 2004 [Internet] 2004 [consultado el 27 de septiembre de 2015]. Disponible en: http://unisystem.edu.co/wp-content/uploads/2014/10/ley_911_de_2004.pdf
34. Unicef. La adolescencia temprana y tardía [Internet] 2011 [consultado el 5 de noviembre de 2014]. Disponible en: <http://www.unicef.org/spanish/sowc2011/pdfs/La-adolescencia-temprana-y-tardia.pdf>
35. Rincón-Silva A. Primera relación sexual en adolescentes escolares de Montelíbano (Córdoba, Colombia): un análisis desde sus relatos. *Rev colomb enferm.* 2013; 8(8): 61-73.
36. Han A, Stewart D. Maternal and fetal outcomes of intimate partner violence associated with pregnancy in the Latin American and Caribbean region. *International Journal of Gynecology and Obstetrics.* 2014; 124(1): 6-11.
37. Lagarde M. Claves feministas para la negociación en el amor. Managua: Puntos de encuentro, 2001.
38. Bosch E, Ferrer V, Ferreiro V, Navarro C. La violencia contra las mujeres. El amor como coartada. Barcelona: Antrophos Editorial; 2013.
39. Ferrer V, Bosch E. Violencia de género y misoginia: reflexiones psicosociales sobre un posible factor explicativo. *Papeles del Psicólogo.* 2000; (75): 13-19.
40. Jimeno M, Góngora A, Martínez M, Suárez C. Manes, mansitos y manazos: una metodología de trabajo sobre violencia intrafamiliar y sexual. Bogotá: Centro de Estudios Sociales – CES, Universidad Nacional de Colombia; 2007.
41. Lafaurie MM, Veloza E. Nada justifica la violencia contra las mujeres. Trazando una ruta para motivar reflexiones en torno a las violencias basadas en género, Bogotá: OIM-Ministerio de la Protección Social; 2010.
42. Ferrer V. Algunas consideraciones generales sobre el maltrato de mujeres en la actualidad. *Anuarios de Psicología.* 2003; 34(2): 203-13.
43. Follingstad DR, Rutledge LL, Berg B, House ES, Polck DS. The role of emotional abuse in physical abusive relationships. *J Fam Violence.* 1990; 5(2): 107-20.
44. Castro R, Ruiz A. Prevalencia y severidad de la violencia contra mujeres embarazadas. México. *Rev Saúde Pública.* 2004; 38(1): 62-70.
45. Luquin Villanueva A, Miranda Anaya AB. Violencia de género en la época del embarazo. *Revista electrónica Portalesmedicos.com* [Internet] 2011 [consultado el

- 7 de noviembre de 2013]. Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/3559/1/Violencia-de-genero-en-la-epoca-del-embarazo.html>
46. Izquierdo A. Desmontando mitos: la violencia de género durante el embarazo. [Trabajo de grado para optar por el título de Máster interdisciplinar en estudios de género, Universidad de Salamanca]. Salamanca: 2013.
47. Manrique D. Pruebas de paternidad siguen rodeadas de prejuicios. UN Periódico, mayo 10 de 2014.
48. Herrera SL, Romero MN. Vivencias e imaginarios femeninos que naturalizan la violencia intrafamiliar. *Index Enferm* [Internet] 2014 junio [consultado el 15 de abril de 2015]; 23(1-2): 26-30. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962014000100006>
49. Muñoz L, Sánchez X, Arcos E, Vollrath A, Bonatti C. Vivenciando la maternidad en contextos de vulnerabilidad social: un enfoque comprensivo de la fenomenología social. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet] 2013 julio-agosto [consultado el 15 de abril de 2015]; 31(4): (7 pantallas). Disponible en: <http://www.revistas.usp.br/rlae/article/viewFile/76003/79597>
50. Bacchus L, Mezey G, Bewley S. Domestic violence: prevalence in pregnant women and associations with physical and psychological health. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2004; 113: 6-11.
51. Pueyo A, López S, Álvarez E. Papeles del Psicólogo. 2008; 29(1): 107-22.
52. Irwin LG, Thorne S, Varcoe C. Strength in adversity: motherhood for women who have been battered. *Can J Nurs Res.* 2002; 34: 47-57.
53. Puyana Y. La familia extensa: una estrategia local ante crisis sociales y económicas. *Trabajo Social.* 2004; 6: 77-86.
54. Laza Vásquez C, Cárdenas FJ. Una mirada al cuidado en la gestación desde la enfermería transcultural. *Rev Cubana Enfermer* [Internet] 2008 diciembre [consultado el 5 de febrero de 2015]; 24: 3-4. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192008000300009&lng=es
55. Lafaurie MM, Calderón A, Cuellar J, Gómez FD, Gómez M, Rojas Y. Significados de 'la pareja' en proyectos de vida de jóvenes afectados(as) por el desplazamiento. *Rev colomb. enferm.* 2009; 4(4): 23-30.