



**El Colegio
de la Frontera
Norte**

**CUIDADOS PRENATALES Y VIOLENCIA DOMÉSTICA
DURANTE EL EMBARAZO EN LA CIUDAD
DE TIJUANA, B. C.**

Tesis presentada por

Guadalupe Isabel Ceballos Álvarez

para obtener el grado de

**DOCTORA EN CIENCIAS SOCIALES CON
ESPECIALIDAD EN ESTUDIOS REGIONALES**

Tijuana, B. C., México
2010

*A mi esposo Jorge Alberto porque estuvo conmigo apoyándome
en todo momento a pesar de la distancia. Te amo Flaquito.
Ahora, a seguir adelante en nuestro nuevo proyecto de papás.*

*A quien traigo en mi vientre, Juan Pablo.
Sentirte ha sido mi mayor motivación para
concluir con esta etapa profesional de mi vida.*

*A mis padres, José Isabel y Luz María,
pues gracias a ellos soy la persona que soy.
Siempre mostrándome con sus actos el buen ejemplo.*

A mis hermanos Martha Elena, José Fabián y Luz del Carmen.

*A mi querida suegra María Luisa,
siempre al pendiente de mí.*

*A mis sobrinas Danna, Melanie, Paola y Fernanda.
Quiero que se sientan orgullosas de su tía.
También a Alejandro quien está por llegar a
esta bonita familia.*

A Dios y a mi Virgencita, eternamente agradecida.

AGRADECIMIENTOS

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por el apoyo económico brindado estos cuatro años de estudio. Asimismo, quiero expresar mi más profundo agradecimiento a El Colegio de la Frontera Norte A. C. por haberme aceptado en sus programas de posgrado, tanto de maestría como de doctorado.

A mi directora de tesis, Dra. Norma Ojeda de la Peña, quien siempre mostró disponibilidad para atender mis dudas en este proceso de investigación así como también por permitirme realizar una estancia de investigación en la Universidad Estatal de San Diego. Agradezco al Dr. Jim Gerber, director del Centro de Estudios Latinoamericanos de la UESD, por haberme aceptado en tan prestigiosa Universidad. Asimismo, agradezco a mis lectoras de tesis, Dra. Christina Von Glascoe, Dra. María del Rosario Cárdenas Elizalde, Dra. Teresa Fernández de Juan y Dra. Gudelia Rangel Gómez por haber aceptado ser parte del comité evaluador y por el tiempo que se tomaron en leer mi trabajo de investigación. Muchas gracias.

A mis compañeros de salón, pero sobre todo a René, Fabiola, Ruth y Rosy, pues pasamos momentos de mucha risa que hicieron más sencilla la estancia en Tijuana. De igual forma a mis profesores y amigos Raúl González y Yolanda Palma con quienes pasé ratos muy agradables, sobre todo en los desayunos de La Espadaña. Una vez más agradezco a la Dra. Silvia López Estrada, pues gracias a ella tomé la decisión de involucrarme en la investigación cuando fui su asistente en el año 2004. A mis amigos de la Biblioteca, Don Carlos, Víctor, Isabel, Angie y Don Fili. Gracias por el apoyo incondicional recibido.

A mis amigas Lizbeth y Graciela pues estuvieron conmigo en las buenas y en las malas, siempre a mi lado cuando más necesité de compañía. Muchas gracias amigas, las quiero mucho. A mis queridos amigos Don Teo y Lupita por hacerme placentera la vida en Tijuana con tantas atenciones. A mi vecina, señora Elena, al pendiente de mí, de que comiera bien, de consentirme. Muchas gracias señora bonita. Y finalmente, a mi querida Tijuana, a quien llevaré en mi corazón por el resto de mi vida.

RESUMEN

El objetivo del presente trabajo de tesis es analizar los cuidados prenatales, en un contexto de violencia doméstica, así como el impacto que esto traería como consecuencia en la salud de la madre y el hijo entre un grupo de mujeres residentes de la ciudad de Tijuana, B. C. El enfoque teórico utilizado es el de los modelos de atención a la salud de Eduardo L. Menéndez el cual supone relaciones de hegemonía/subalternidad, estableciendo tres tipos de modelos (el modelo médico hegemónico, el modelo médico alternativo subordinado y el modelo de autoatención). En este sentido, la mujer embarazada cuenta con diversas opciones para cuidar de su embarazo. La metodología empleada fue la cualitativa con la técnica específica de la entrevista semiestructurada. Se analizaron un total de 13 entrevistas realizadas en un albergue que protege a mujeres de situaciones relacionadas con la violencia doméstica. Los principales resultados del presente trabajo permiten establecer que los cuidados prenatales más buscados por este grupo de mujeres fueron los médicos; sin embargo, no se realizaron de la manera adecuada, hablando en términos del número total de revisiones y de las recomendaciones hechas por el personal médico. También se observó que, en un ambiente de violencia, la mujer embarazada descuidó su embarazo, aún con la asistencia al control médico. Finalmente, el haber vivido en un ambiente de violencia trajo como consecuencia una serie de problemas en la salud de la mujer y el hijo. Las consecuencias más comunes de la primera se enmarcan en la perspectiva psíquica y del comportamiento. En lo relacionado al hijo, se observó el peso al nacer y problemas relacionados con el aprendizaje.

ABSTRACT

The objective of this dissertation is to analyze prenatal care in a context of domestic violence, as well as the impact that this would bring as a consequence in the health of the mother and the son between a groups of female residents of the city of Tijuana, B. C. The theoretical approach is that of the models of health care of Edward L. Menéndez which supposes relations of hegemony / subordinate, establishing three types of models (medical hegemonic model, medical alternative subordinated model and self-care model). In this sense, the pregnant woman has several options to take care of her pregnancy. The methodology used was qualitative with the specific technique of semi-structured interviews. There were analyzed a total of 13 interviews in a shelter that protects women in situations related to domestic violence. The main results of the present work allow to establish that the most sought prenatal care for this group of women were the medical ones; however, these were not realized in an appropriate manner, speaking in terms of the total number of reviews and of the recommendations done by the medical personnel. Also was observed that in an environment of violence, the pregnant woman neglected her pregnancy, even with the assistance of medical control. Finally, having lived in an atmosphere of violence resulted in a series of health problems of women and child. The most common consequences of women are part of the psychological and behavioral perspective. In relation to the child, it was observed birth weight and problems associated with learning.

ÍNDICE GENERAL

Introducción

Capítulo I. Modelos médicos de atención a la salud, medicalización y cuidados prenatales

1.1 Historia y aportaciones de la antropología médica	15
1.2 Modelos teóricos del proceso salud/enfermedad/atención	17
1.3 Modelos médicos y sistemas de atención a la salud	19
1.3.1 Propuesta de A. Kleinman	20
1.3.2 La propuesta de Eduardo L. Menéndez	22
1.4 El proceso de medicalización	26
1.4.1 La medicalización del embarazo	29
1.5 Cuidados prenatales	31
1.5.1 Autocuidado de la mujer embarazada	31
1.5.2 Atención médica prenatal	33
1.5.2.1 El nuevo modelo de control prenatal de la Organización Mundial de la Salud	36
1.5.2.2 Principios que respaldan al nuevo modelo de control prenatal de la OMS	37
1.5.2.3 El componente básico del nuevo modelo de control prenatal de la OMS	37

Capítulo II. Violencia basada en el género, violencia doméstica contra la mujer y violencia doméstica en la mujer embarazada

2.1 Teorías que explican la violencia doméstica	39
2.2 Violencia basada en el género o violencia contra la mujer	41
2.2.1 Esfuerzos para erradicar la violencia contra la mujer	44
2.2.2 La violencia contra la mujer alrededor del mundo. Ejemplos y datos.	49
2.2.3 Consecuencias de la violencia basada en el género	50
2.3 Violencia doméstica	51
2.4 Violencia doméstica contra la mujer. El caso de la violencia de pareja	57
2.4.1 Tipos de violencia doméstica contra la mujer	58
2.4.2 Sucesos desencadenantes de violencia y factores de riesgo de conductas violentas hacia la mujer	65
2.5 Consecuencias de la violencia doméstica en la salud de la mujer	71
2.5.1 Consecuencias en la salud física	71
2.5.2 Consecuencias en la salud reproductiva	72
2.5.3 Consecuencias en la salud mental	73
2.6 La violencia doméstica en la mujer embarazada y sus consecuencias	74
2.6.1 Datos sobre violencia en la mujer embarazada	77

Capítulo III. Metodología

3.1 El Análisis Cualitativo	81
3.2 La técnica de la entrevista	84
3.3 La entrevista semiestructurada y la guía de entrevista	85
3.4 El diseño de la investigación	86
3.4.1 Sujetos de estudio	86
3.4.2 Trabajo de campo	86

3.4.2.1 Primera etapa	87
3.4.2.2 Segunda etapa	88
3.4.2.3 Tercera etapa	88
3.5 Estrategia de análisis y codificación	89
3.6 Inspección del ambiente o lugar de estudio	93

Capítulo IV. Análisis de resultados

4.1 Perfil social de las entrevistadas	95
4.2 Perfil reproductivo de las entrevistadas	98
4.2.1 Embarazos e hijos	100
4.2.2 Uso de métodos anticonceptivos	101
4.2.3 Abortos y/o intención de abortar	103
4.2.3.1 Intención de abortar	103
4.2.3.2 Abortos inducidos	104
4.2.3.3 Abortos espontáneos	105
4.3 Antecedentes de violencia doméstica	106
4.3.1 Relación entre los padres	106
4.3.2 Relación con los padres	107
4.3.3 El recuerdo de su niñez y su adolescencia	108
4.3.3.1 Percepción de la niñez	109
4.3.3.2 Percepción de la adolescencia	110
4.3.4 La violencia doméstica en la niña y en la adolescente	111
4.3.4.1 La violencia doméstica en la niñez	112
4.3.4.2 La violencia doméstica en la adolescencia	114
4.3.4.3 Consecuencias de la violencia doméstica en la niñez y en la adolescencia	116
4.4 ¿Vivieron felices por siempre? La vida en pareja	117
4.4.1 El comienzo de una relación debido a la necesidad de salir del hogar	117
4.4.2 La violencia doméstica por parte de la última pareja	119
4.5 El embarazo y la violencia doméstica	121
4.5.1 La reacción de la mujer al saberse embarazada	121
4.5.1.1 El primer embarazo	121
4.5.1.2 Los embarazos siguientes	124
4.5.1.3 El último embarazo	126
4.5.2 Violencia doméstica en el embarazo ejercida por la pareja	128
4.5.2.1 Violencia emocional/psicológica en el embarazo ejercida por la pareja	129
4.5.2.2 Violencia física en el embarazo ejercida por la pareja	131
4.5.2.3 Violencia económica en el embarazo ejercida por la pareja	132
4.5.2.4 Violencia sexual en el embarazo ejercida por la pareja	133
4.5.3 Violencia doméstica en el embarazo ejercida por otro familiar/persona	133
4.5.3.1 Violencia emocional/psicológica en el embarazo ejercida por otro familiar/persona	134
4.5.3.2 Violencia física en el embarazo ejercida por otro familiar/persona	136
4.5.3.3 Violencia sexual en el embarazo ejercida por otro familiar/persona	137

4.6 Cuidados prenatales en un ambiente de violencia doméstica	137
4.6.1 Los cuidados no médicos	138
4.6.1.1 Cuidados no médicos sin presencia de violencia	138
4.6.1.2 Cuidados no médicos en situación de violencia	139
4.6.2 Los cuidados médicos	141
4.6.3 “A veces no comía yo por...coraje a veces...”. El descuido del embarazo como consecuencia de una vida con violencia	148
4.6.4 Consecuencias de la violencia doméstica en la salud de la mujer	155
4.6.4.1 Consecuencias en los ámbitos psíquicos y del comportamiento	155
4.6.4.2 Consecuencias sexuales y reproductivas	162
4.6.5 Consecuencias de la violencia doméstica en la salud del hijo	165
4.7 Apoyo en el embarazo por parte de otras personas	167
4.8 “Ahorita lo que pienso es en sacar a mis hijos adelante”. Expectativas para su futuro	169
Conclusiones	171
Bibliografía	179
Anexos	
Anexo i. El instrumento de trabajo	i
Anexo ii. Guía de entrevista para la directora del albergue	v
Anexo iii. Descripción del albergue “Hogar X”	vii

ÍNDICE DE CUADROS

Introducción

Cuadro I.1 Mujeres de 15 años y más con al menos un incidente de violencia intrafamiliar en los últimos 12 meses (%)	7
--	---

Capítulo II. Violencia basada en el género, violencia doméstica contra la mujer y violencia doméstica en la mujer embarazada

Cuadro 2.1 Ejemplos de violencia contra las mujeres a lo largo de su vida	44
Cuadro 2.2 Tipos de violencia doméstica	59
Cuadro 2.3 La violencia doméstica contra las mujeres	60
Cuadro 2.4 Factores asociados con el riesgo de que un hombre maltrate a su pareja	66
Cuadro 2.5 Factores que favorecen la supervivencia de violencia doméstica	70
Cuadro 2.6 Consecuencias sobre la salud de la violencia masculina en la pareja	75

Capítulo III. Metodología

Cuadro 3.1 Tres tipos de datos cualitativos	82
Cuadro 3.2 Diagrama del proceso de investigación cualitativa	83
Cuadro 3.3 Primera etapa de trabajo de campo (septiembre-diciembre 2008)	87
Cuadro 3.4 Segunda etapa de trabajo de campo (enero de 2009)	88
Cuadro 3.5 Tercera etapa de trabajo de campo (septiembre de 2009)	89
Cuadro 3.6 Códigos relacionados con el contexto de las entrevistadas	90
Cuadro 3.7 Códigos relacionados con la violencia doméstica	91
Cuadro 3.8 Códigos relacionados con el embarazo y el cuidado prenatal	92

Capítulo IV. Análisis de resultados

Cuadro 4.1 Motivo por el cuál la entrevistada migró	95
Cuadro 4.2 Perfil social de las entrevistadas	97
Cuadro 4.3 Perfil reproductivo de las entrevistadas	99
Cuadro 4.4 La percepción de su niñez y su adolescencia	109
Cuadro 4.5 Violencia doméstica en la niñez	111
Cuadro 4.6 Violencia doméstica en la adolescencia	112
Cuadro 4.7 Consecuencias de la violencia en la niñez y adolescencia	117
Cuadro 4.8 La violencia doméstica ocasionada por la última pareja	119
Cuadro 4.9 Reacción primera de las entrevistadas al conocer cada uno de sus embarazos	122
Cuadro 4.10 Reacción al conocer el último embarazo	126
Cuadro 4.11 Violencia doméstica en el embarazo ocasionada por la pareja	129
Cuadro 4.12 Violencia emocional/psicológica en el embarazo ejercida por la pareja	130
Cuadro 4.13 Violencia doméstica en el embarazo perpetrada por otro familiar/persona	133
Cuadro 4.14 Descuido del embarazo como consecuencia de una vida con violencia	149
Cuadro 4.15 Consecuencias psíquicas y del comportamiento	156

INTRODUCCIÓN

Diversos estudios han mostrado la relevancia que los cuidados prenatales representan para la salud del bebé y de la mujer embarazada ya que con ellos se prevén situaciones que pondrían en riesgo la vida de la madre y del producto. Estos riesgos van desde la muerte materna hasta la nacimiento prematuro, el crecimiento retardado intrauterino así como el bajo peso al nacer constituyendo temas de suma importancia en el ámbito de la salud materno-infantil y, tanto en los países desarrollados como en los menos desarrollados, resultan ser buenos indicadores que guardan estrecha relación con la morbilidad y mortalidad fetal y neonatal, de la mortalidad post neonatal y de la morbilidad infantil, del bienestar del binomio madre-hijo en la etapa postparto, así como causa de enfermedades crónicas en la vida futura del niño (Kramer, 1987; WHO y UNICEF, 2004) aspectos todos del desarrollo social, económico y sanitario de un país.

Por otro lado, la violencia contra la mujer es una realidad que no respeta los aspectos raciales, religiosos, educacionales y económicos que desde hace pocas décadas han traspasado la frontera de lo privado a lo público al ser considerada ya un problema de salud pública por la estrecha relación que guarda con la morbilidad y mortalidad femenina. La violencia más frecuente ejercida contra la mujer es la violencia doméstica la cual es ejercida por algún miembro de la familia en relación de poder y la mujer que se encuentra en estado de embarazo no está exenta de padecerla, más aún, se intensifica por la presión que genera la llegada de nuevos cambios en la familia.

Bajo este contexto, esta investigación pretende conocer los cuidados prenatales de mujeres que vivieron su embarazo en situación de violencia doméstica así como las posibles consecuencias en la salud de la mujer y su hijo ocasionadas por la misma, entre mujeres residentes de la ciudad de Tijuana, B. C. El estudio estará basado en las teorías médicas de atención a la salud con un enfoque cualitativo, específicamente con la técnica de la entrevista semiestructurada.

Cuidados prenatales y violencia doméstica

Los cuidados prenatales se refieren a todas aquellas prácticas médicas y no médicas que la mujer embarazada realiza para beneficio de ella y de su bebé. Los cuidados prenatales se clasifican en dos categorías: 1) el *autocuidado*, donde se incluyen aspectos de alimentación, prácticas de medicina doméstica y los cuidados físicos durante el embarazo; 2) la de *atención médica* se refiere a las prácticas de control prenatal y el control de enfermedades que las mujeres llevan a cabo al asistir a los servicios de salud (Castro y Salazar, 2000).

“La cultura se constituye en un sistema de concepciones heredadas y expresadas en forma simbólica, por medio de las cuales hombres y mujeres se comunican, perpetúan y desarrollan su conocimiento y actitudes frente a la vida” (Muñoz, 2006: s/p). Por otro lado, este mismo autor define al autocuidado como una actividad que es aprendida por las personas y que se dirige hacia ellas mismas, hacia los demás y hacia su entorno, para regular los factores que afecten su propio desarrollo y su funcionamiento en beneficio de su vida, salud y bienestar. La combinación de estos dos conceptos –cultura y autocuidado– ha permitido diversas prácticas en torno a la salud de la mujer gestante.

Con base en lo anterior, se entiende por autocuidado en la mujer embarazada a todas aquellas prácticas de autoatención, autogestión y cuidados personales, caseros o domésticos, así como a las decisiones que las mujeres toman para cuidarse durante el embarazo, tanto en la alimentación y cuidados físicos como algunas prácticas más específicas de medicina doméstica que se han transmitido por tradición familiar (Castro y Salazar, 2000).

Los cuidados en la alimentación se refieren, sobre todo, a algunos hábitos alimenticios básicos así como también a la importancia de comer bien durante el embarazo. Por otro lado, la medicina doméstica se refiere a las prácticas en los cuidados y atenciones a través de prácticas caseras para la salud durante el embarazo, así como el control de algunas enfermedades por medio de remedios naturales. Esta forma de cuidado es llevada a cabo por la misma persona o por personas cercanas a la familia y/o comunidad (Ídem).

Por otro lado, la atención prenatal, llamada también control prenatal, es el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos

[...] que tienen como principales propósitos la prevención de las complicaciones maternas durante el curso del embarazo o el diagnóstico oportuno y la atención adecuada de las mismas, así como evitar intervenciones innecesarias y favorecer la satisfacción de la mujer embarazada, a través de una serie de acciones específicas enfocadas hacia la prevención y la educación (McDonagh, 1996:59).

Este mismo autor señala que, en términos más coloquiales, el objetivo principal es producir una madre y un bebé saludable al final del embarazo.

El cuidado prenatal pudiera tener un efecto benéfico en el crecimiento intrauterino o la duración de la gestación, ya sea por el diagnóstico y por ende un tratamiento a tiempo en caso de que se hayan encontrado complicaciones durante el embarazo y, de esta manera, se eliminarían o reducirían algunos factores de riesgo (Kramer, 1987). Mientras que la estructura y el contenido de la atención prenatal no fue desarrollada en principio para la prevención del bajo peso al nacer, algunos datos indican que las mujeres que tuvieron estos cuidados durante su embarazo tuvieron menos bebés con bajo peso y menos muertes infantiles. La atención prenatal es muy variada; sin embargo, con frecuencia incluye un paquete de servicios de atención médica dentro de un horario definido de visitas (Shiono y Berman, 1995).

Dentro del ámbito internacional, del 31 de octubre al 4 de noviembre de 1994, un grupo de trabajo de la OMS se reunió en Ginebra, Suiza, con el propósito de formular recomendaciones para la atención prenatal, ya que con ella se reduciría la mortalidad y morbilidad materna y del bebé. Entre estas recomendaciones se acordaron la periodicidad y el contenido de un número mínimo de visitas para todas las mujeres, así como también la identificación de factores de riesgo y condiciones médicas en aquellas mujeres que necesitan recibir especial atención y cuidado (World Health Organization, 1996).

La atención prenatal ha sido calificada como un medio para identificar a las madres en riesgo de concebir un hijo prematuro o de crecimiento retardado intrauterino, para así proveer un conjunto de intervenciones médicas, nutricionales y educativas que conlleven a reducir los determinantes y la incidencia del bajo peso al nacer y otros resultados adversos del embarazo y del producto (Alexander y Korenbrot, 1995). De igual manera, puede

enseñar a las mamás a reconocer señales durante el embarazo y parto, y así animarlas a planear partos seguros –preferentemente con la ayuda de gente preparada para ello (Bale et al., 2001). La etapa del embarazo en la cual la mujer busca por vez primera la atención prenatal puede ser de suma importancia porque en caso de que existan complicaciones o riesgos, al atenderse tempranamente (en los primeros meses de la gestación), éstos puedan ser mitigados (Kramer, 1987).

En muchos países en desarrollo, e incluso entre los pobres de los países desarrollados, las mujeres pueden buscar esta atención hasta los últimos meses del embarazo. Estas mujeres y aquellas que nunca recibieron atención son más probables de diferir en distintas maneras de aquellas que buscaron atención temprana: son más jóvenes, primerizas, pobres, miembros de una minoría racial/étnica, desnutridas y son más propensas a fumar y beber (Ídem).

Los factores que pueden modificar la probabilidad de utilizar en forma adecuada la atención prenatal, notificados en la literatura, se pueden clasificar en dos: las características propias de la mujer embarazada y las de los servicios de salud. Entre las primeras se ha considerado el nivel de escolaridad, el estrato socioeconómico, el ingreso, la edad, la ocupación, la paridad, la raza, el estado civil, el deseo de estar embarazada, el estrés y los problemas del embarazo, la red de apoyo social, la falta de conocimiento sobre el estado de embarazo durante los primeros cuatro meses, el intervalo intergenésico, la motivación para demandar la atención, el estado de depresión, la disponibilidad del transporte, la disponibilidad de personas para que cuiden a sus hijos, el idioma, y algunos factores culturales (Martínez et al, 1996). Las características de los servicios de salud que se han estudiado son la accesibilidad, la disponibilidad y la calidad de la atención otorgada, la actitud del personal no médico que labora en las instituciones, y el esquema de financiamiento (Ídem).

Esta investigación considera importante tomar en cuenta a ambos tipos de cuidados pues la literatura especializada ha manifestado que los dos son relevantes durante la gestación y que se verá reflejado en la salud de la madre y del hijo.

En cuanto a la violencia doméstica, en 1996 la 49ª Asamblea Mundial de la Salud, llevada a cabo del 20 al 25 de mayo en Ginebra, reconoció la prevención de la violencia como una prioridad de salud pública, pues se estimaba que, anualmente, 1.6 millones de personas perdían la vida por actos violentos. Se ha reconocido que la mayoría de estos actos toman lugar dentro de los hogares, que si bien no terminan en la muerte de alguno de los miembros del hogar, sí traen como consecuencias, entre otros, trastornos mentales y reproductivos, enfermedades de transmisión sexual, discapacidades físicas o mentales permanentes.¹ A lo anterior se le denomina “violencia doméstica” constituyendo un problema social que afecta a importantes sectores de la población y que trasciende los aspectos raciales, religiosos, educacionales y económicos (Benítez et al., 2004).

Por definición, la violencia doméstica “es toda acción u omisión cometida por algún miembro de la familia en relación de poder, sin importar el espacio físico donde ocurra, que perjudique el bienestar, la integridad física, psicológica o la libertad y el derecho al pleno desarrollo de otro miembro de la familia” (Herrera, 2002; Aliaga et al., 2003). Así, los grupos vulnerables identificados por la literatura son las **mujeres**, los niños y ancianos de ambos sexos (Candelas, 2004).

De acuerdo con el informe del Secretario General de las Naciones Unidas, emitido en 1992 y titulado *Esfuerzos encaminados a erradicar la violencia contra la mujer en la familia y la sociedad*, existe una serie de características que describen el tema:

- a) La violencia en la familia ocurre fundamentalmente de los hombres hacia las mujeres.
- b) La mayoría de las víctimas son los miembros más débiles de la familia, en función del sexo, la edad o la condición física.
- c) La violencia se produce como consecuencia de poner en entredicho el poder del “fuerte”, que se convierte en victimario, para dejar de reconocer los Derechos Humanos de la víctima (Saucedo, 1996:39).

En este sentido, millones de mujeres en el mundo se encuentran expuestas simultáneamente a dos experiencias que marcan sus vidas (con efectos duraderos en su desarrollo físico y psicosocial): el ejercicio de su salud reproductiva y la experiencia de la violencia en alguna de sus expresiones -la violencia doméstica, la violación, el incesto, las mutilaciones genitales, el homicidio, el abuso sexual a niñas, la prostitución forzada y el tráfico de mujeres, son algunas de ellas (Valdez y Sanín, 1996).

¹ Informe Ejecutivo de la Encuesta Nacional de Violencia contra las Mujeres, 2003

La literatura sobre el tema ha manifestado cuatro tipos de violencia doméstica hacia la mujer: el abuso físico (golpes, mordeduras, quemaduras, heridas con arma blanca o fuego, homicidio), el abuso psicológico o emocional (intimidación, humillaciones verbales, manipulación, omisión, abandono y negligencia), el abuso sexual (que consiste en forzar física o emocionalmente a la mujer a la relación sexual o a cierto tipo de conducta sexual) y, finalmente, el abuso económico (el uso del poder económico para dominar, apropiarse o destruir el patrimonio de la pareja) (Watts y Mayhew, 2004; Valdez y Sanín, 1996).

No obstante, hasta ahora, los estudios no han demostrado el perfil psicosocial de las mujeres maltratadas; sin embargo, las que se encuentran en estado de embarazo constituyen el grupo que se encuentra en situación de mayor riesgo. En países donde se ha estudiado más a fondo la relación entre violencia doméstica y embarazo, se ha descubierto que aquellas mujeres embarazadas que son violentadas están en mayor riesgo de abortar espontáneamente, tener partos prematuros, ser cuatro veces más propensas a tener productos de bajo peso y sus hijos tienen 40 veces más riesgo de morir en el primer año de vida (Heise, 1994; Núñez et al., 2003), “configurando lo que se conoce como abuso prenatal, el cual es, para muchos menores, el inicio de una cadena cuyos resultados incluyen desde la muerte prematura hasta el abandono del hogar por parte del menor” (Valdez y Sanín, 1996:353).

Bajo este contexto, se han realizado esfuerzos por conocer las causas que originan este tipo de violencia contra la mujer embarazada. En el supuesto que el agresor fuera la pareja, se ha manifestado la relación que existe entre la violencia durante el embarazo y los episodios de violencia experimentados, tanto por la mujer como por ella, dentro de sus familias de origen, es decir, si en su niñez fueron testigos de violencia entre sus padres y/o familiares (Paredes, 2005). Asimismo, para algunas mujeres que sufren la violencia durante el embarazo, el abuso es la continuación o intensificación de abusos anteriores, aunque en otros casos, la violencia se inicia en el momento en que quedan embarazadas (Watts y Mayhew, 2004). De igual forma, el consumo de drogas y de bebidas alcohólicas por parte de la pareja y ciertas características sociodemográficas de la mujer (estado civil, nivel de escolaridad, paridad alta, ocupación, etc.) constituyen factores de riesgo (Valdez y Sanín, 1996).

Identificación y delimitación del problema

La violencia es un problema de salud pública de alcance global. En el caso de las mujeres, la violencia de pareja tiene una importancia especial tanto por su frecuencia como la carga de enfermedad que provoca. De acuerdo con el Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud de la Organización Mundial de la Salud, entre el 10 y 69% de las mujeres en el mundo sufren algún tipo de violencia, estos resultados se derivan de una encuesta aplicada en 48 países. En México también se han realizado estudios sobre violencia familiar o de pareja, cuyos resultados oscilan entre el 28% y 72% de las mujeres que la han padecido.²

Según la ENDIREH 2003, las mujeres jóvenes son las que más tienden a sufrir algún tipo de violencia conyugal: 52 de cada 100 mujeres de 15 a 29 años de edad declararon haber sido objeto de al menos un incidente de violencia en el año 2003; en particular 56 de cada 100 mujeres de 15 a 19 años de edad manifestó haber sido violentada en ese periodo. Son objeto de violencia emocional 41.7% de las mujeres jóvenes; el 33.4% sufre violencia económica; el 12.6% fue víctima de algún tipo de violencia física; y, 7.6% tuvo algún incidente de violencia sexual por parte de su pareja.

El siguiente cuadro muestra la proporción –nacional y del estado de Baja California- de mujeres que reportaron haber sufrido algún tipo de violencia en los últimos 12 meses previos a la encuesta.

Cuadro I.1 Mujeres de 15 años y más con al menos un incidente de violencia intrafamiliar en los últimos 12 meses (%)		
Tipo de violencia	Nacional	Baja California
Emocional	38.38	40.06
Económica	29.3	29.3
Física	9.31	7.57
Sexual	7.84	6.49

Fuente: Instituto Nacional de las Mujeres-INEGI-ENDIREH, 2003

² Informe Ejecutivo de la Encuesta Nacional de Violencia contra las Mujeres, 2003

En el caso particular de la ciudad de Tijuana, en el año de 1996, la Unidad de Violencia Doméstica atendió en promedio diez casos diarios de violencia intrafamiliar, misma que es provocada por el esposo hacia su mujer, o bien, por parte de las mujeres hacia sus hijos.³

En lo referente a la violencia en la mujer embarazada, la ENVIM (2003) declara que la quinta parte de las entrevistadas refirieron haber sufrido este tipo de maltrato en alguno de sus embarazos. Esta clase de violencia se caracterizó principalmente por humillaciones (8.4%), el ser obligadas por su pareja a tener relaciones sexuales (6.3%), y por golpes (5.3%). El embarazo no protege a las mujeres de la violencia, ya que 48.6% de las mujeres maltratadas antes del embarazo señaló que la violencia se mantuvo igual durante el periodo de gestación, y para 25.8% de ellas, incluso empeoró. Un 4.4% de mujeres, del total de entrevistadas, refirieron haber sido golpeadas y pateadas en el abdomen mientras estuvo embarazada.

Además de las encuestas nacionales, en México también se han llevado a cabo investigaciones sobre violencia en la mujer embarazada (Benítez et al., 2004; Cuevas et al., 2006; Paredes et al., 2005; Valdez y Sanín, 1996) cuyo objetivo primordial es conocer las características sociodemográficas y económicas de las mujeres que las reciben y cómo influyó la violencia en el producto, en las complicaciones en el parto y posparto inmediato. Estas investigaciones tienen en común la aplicación de una encuesta no probabilística a mujeres que recién acaban de parir y del uso de los métodos cuantitativos para el análisis de los datos, es decir, del empleo de la estadística tanto descriptiva como inferencial. Por ejemplo, Valdez y Sanín (1996) realizaron un estudio para conocer la relación entre la violencia doméstica en el embarazo y el peso al nacer del producto. Para tal fin, los autores diseñaron una encuesta con preguntas cerradas que se aplicó a 110 usuarias del servicio de ginecobstetricia del Hospital Civil de Cuernavaca, Morelos. A través del empleo de estadística inferencial, llegaron a la conclusión que las mujeres maltratadas tienen tres veces más complicaciones durante el parto y posparto inmediato y tener hijos con menor peso que aquellas que manifestaron no haber sido violentadas.

³ <http://www.signonsandiego.com/news/mexico/tijuana/20060313-0738-violencia.html>

Por otro lado, la importancia de la atención prenatal médica se ha fundamentado en estudios que reportan, entre las mujeres que la reciben, menor riesgo de tener hijos de bajo peso al nacer, menor probabilidad de nacimientos prematuros, menos mortinatos y complicaciones durante el embarazo y el parto, así como menor probabilidad de muerte materna. Además, se ha señalado que estos efectos se encuentran en función no solamente del hecho de acudir o no a consultas durante el embarazo, sino, al inicio de las mismas y el número de consultas recibidas (Aguilar et al., 2006).

De igual forma, también se han llevado a cabo investigaciones para conocer las barreras socioeconómicas, sociodemográficas, biomédicas y culturales de las mujeres, que obstaculizan la búsqueda o la utilización adecuada de la atención prenatal médica (Aguilar et al., 2006; Martínez et al., 1996; Sánchez et al., 1998; Ramírez et al., 2000). Asimismo, las barreras ajenas a la mujer (llamadas también “no intencionales” como por ejemplo la atención del personal médico y no médico, el tiempo de traslado a la clínica, etc.) han sido identificadas. El estudio realizado por Ramírez et al. (2000) sobre “La atención prenatal en la ciudad fronteriza de Tijuana, México” tuvo como propósito conocer las condiciones en que se realiza la atención prenatal en dicha ciudad, las barreras que la limitan; así como estudiar las posibles asociaciones con el resultado neonatal en términos de peso al nacer, el estado de salud del neonato y nacimiento prematuro. Entre sus resultados se encontró que la ausencia del control prenatal se asoció con bajos ingresos familiares, con la dependencia económica materna, vivir en unión libre, poca comunicación con la pareja, la falta de seguro médico, la presencia de un embarazo no deseado y haber acudido al Hospital General para la atención del parto. En cuanto al producto, se observó una asociación significativa entre la ausencia de control prenatal y un menor peso al nacer. La herramienta que se utilizó fue la encuesta y el análisis de los datos fue cuantitativo descriptivo e inferencial.

Sin embargo, aún existe poco conocimiento sobre los factores que contribuyen a la utilización de los servicios de atención prenatal y sus características en Tijuana. Uno de ellos podría ser la posible influencia de la violencia doméstica en este fenómeno, pues se ha establecido que la mujer embarazada violentada presenta cierta renuencia o incapacidad de buscar el control prenatal por el ambiente mismo de violencia que vive con la pareja, lo que trae como consecuencia la obstaculización de la vigilancia adecuada de los embarazos y dificulta la detección y el tratamiento oportuno de posibles complicaciones (Cuevas et

al., 2006). Por este motivo, el presente trabajo pretende conocer la influencia que la violencia doméstica pudiera tener en los cuidados prenatales, así como su posible efecto en la salud de las madres y sus hijos en la ciudad de Tijuana, Baja California, México.

Marco Teórico. Modelos teóricos médicos que explican los procesos de salud/enfermedad
Se ha visto que a través del tiempo el hombre ha elaborado diferentes modelos conceptuales sobre los determinantes del proceso salud-enfermedad. Dichos modelos han sido acordes con el nivel científico y tecnológico alcanzado y con la forma de organización social predominantes en cada época y cultura. Explicar y entender los determinantes del proceso salud-enfermedad no es una tarea fácil ya que existen diferentes modelos para su análisis con múltiples variables, en ocasiones contrapuestas y que expresan diferencias en la manera de interpretar la realidad y el mundo (Arredondo, 1992).

Dada su complejidad, el proceso en cuestión presenta dificultades para su comprensión y análisis. Diversos especialistas, a lo largo del tiempo, se han dado a la tarea de desarrollar modelos que intentan, desde diferentes perspectivas, explicar fenómeno, pero, según Arredondo (1992) hasta el momento no se ha hecho una confrontación de estos modelos y mucho menos un análisis cruzado tanto del conflicto de sus resultados como de las variables que cada uno considera como determinantes y de la metodología que cada autor y/o representante siguió para llegar al modelo planteado.

Sin embargo, la Antropología Médica se ha encargado de abordar las interrelaciones entre los modelos médicos en situaciones de pluralismo (médico) con el propósito de analizar dicha convivencia entre los distintos tipos de medicinas. Una de las posiciones teóricas que aborda la relación entre los modelos de atención socialmente reconocidos es la formulada por Eduardo L. Menéndez en 1984 a partir de un análisis relacional de las condiciones sociohistóricas, económicas, ideológicas y políticas que influyen en la dinámica y organización de dichos modelos (Osorio, 2000). Los modelos se describen a continuación:

Modelo Médico Hegemónico (MMH).- Este modelo se basa en los saberes de la medicina científica la que ha ido hegemonizando a los demás saberes desde fines del siglo XVIII hasta llegar a posicionarse como “la única forma correcta de diagnosticar, explicar, atender y solucionar los problemas de enfermedad” (Osorio, 2000:26).

Modelo Médico Alternativo Subordinado (MMAS).- Este modelo integra prácticas que el MMH ha tendido a estigmatizar o simplemente a subordinar ideológica e institucionalmente. Así, contempla a las prácticas médicas reconocidas como “tradicionales” al igual que la llamada medicina alternativa (por ejemplo: acupuntura, herbolaria, etc.) (Osorio, 2000).

Modelo de Autoatención (AA):

[...] supone la realización de una serie de actividades orientadas directa o indirectamente a asegurar la reproducción biológica y social a partir de la unidad doméstico/familiar. Dichas actividades en lo que respecta a los procesos de salud/enfermedad integran alimentación, limpieza e higiene, curación y prevención de las enfermedades. La autoatención (a la enfermedad) y a la salud, refiere en términos teóricos a la actividad de un grupo primario y no de una persona (Osorio, 2000:27).

Este modelo puede ser identificado estructuralmente en cualquier sociedad constituyendo el primer nivel real de atención generado por los conjuntos sociales frente a los procesos de salud/enfermedad, y cumpliría funciones curativo-preventivas y de índole socioeconómica. Dentro de este modelo se encuentra la *automedicación (AM)* que se encarga de limitar, eliminar y/o solucionar padecimientos y problemas de salud por parte del enfermo, a través del grupo primario, y sin la participación de curadores profesionales (Osorio, 2000).

Justificación

A pesar de que existen algunos trabajos que tratan de identificar y de explicar las barreras por las cuales las mujeres no acuden a las consultas prenatales, ninguno de ellos ha considerado a la violencia doméstica como parte del problema. En Tijuana, Ramírez et al. (2000) identifican ciertas barreras que obstaculizan el uso adecuado de los servicios de salud prenatal; sin embargo, no contemplan factores culturales, psicosociales y de violencia durante el embarazo.

Por otro lado, en México, encuestas como la ENVIMH⁴ 2003 y la ENDIREH⁵ 2003 y 2006 tienen como propósito dar a conocer el panorama general sobre la violencia doméstica. Los resultados muestran que tal panorama no es para nada agradable

⁴ Informe Ejecutivo de la Encuesta Nacional de Violencia contra las Mujeres, 2003

⁵ Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares, 2003

convirtiéndolo, entonces, en un problema de salud pública que merece especial atención. Las mujeres de la ciudad de Tijuana no están exentas a ser violentadas, de hecho, las estadísticas, así como las instancias creadas para atender estos casos, muestran la gravedad y seriedad del problema. Bajo este contexto, esta investigación pretende analizar los cuidados prenatales en presencia de violencia doméstica así como sus consecuencias en la salud de la madre y el hijo entre mujeres residentes de la ciudad de Tijuana, B. C.

En este sentido, se busca contribuir al conocimiento en materia de salud reproductiva, específicamente en la salud materno-infantil, pues tanto las mujeres como los niños representan los grupos más vulnerables que requieren de constante atención, vigilancia y cuidado en las distintas etapas y áreas de su desarrollo y de su vida diaria.

Para cumplir con los objetivos del trabajo se realizó un análisis cualitativo con la técnica específica de la entrevista semiestructurada pues ello permitió explorar en profundidad algunos de los factores que inciden en dicha problemática desde las vivencias, experiencias y puntos de vista de las mujeres, situación que no sucedería si se aplicaran encuestas con preguntas cerradas.

Pregunta de investigación

- ¿Cómo es el cuidado prenatal de las mujeres embarazadas víctimas de violencia doméstica?

Objetivo general y específicos

- Analizar los cuidados prenatales, bajo un contexto de violencia doméstica, así como el impacto que esto traería como consecuencia en la salud de la madre y el hijo entre mujeres residentes de la ciudad de Tijuana, B. C.

Objetivos específicos

- Investigar si la experiencia de la violencia doméstica surgió en el embarazo o antes del mismo.
- Conocer los tipos de cuidado prenatal y la decisión que guía su uso en contextos de violencia.

- Analizar los posibles efectos en la salud de la madre y de su hijo ocasionados por la violencia doméstica en el embarazo.
- Identificar los tipos de violencia perpetrados hacia las mujeres.

Hipótesis general de trabajo

Para dar respuesta a las preguntas que guiarán esta investigación se plantea la siguiente hipótesis:

- Los cuidados prenatales de las mujeres embarazadas víctimas de violencia doméstica están en gran medida relacionados con la medicina tradicional y el autocuidado, dejando de lado la atención médica prenatal de los servicios de salud, o en su caso, esta atención no la tienen de manera adecuada lo que pudiera tener efectos en la salud de la madre y en la de su hijo.

Metodología y técnicas de investigación

a) Sujetos de investigación

Los sujetos de estudio fueron mujeres violentadas de nivel socioeconómico bajo que hayan estado embarazadas en algún momento de su vida; así, se indagó sobre sus historias de embarazo, de cuidados prenatales, de salud y de violencia doméstica. El lugar de las entrevistas fue el albergue “Hogar X” que refugia a mujeres que buscan ayuda debido a la violencia vivida con sus parejas o con algún otro tipo de personas.

b) Técnicas de investigación

Para cumplir con los objetivos planteados se empleó el análisis cualitativo de investigación con la técnica específica de la entrevista semiestructurada. Se realizaron 22 entrevistas de las cuales solamente 13 son las analizadas en la investigación. Las visitas al albergue para realizar las entrevistas se hicieron en tres periodos de tiempo: a) septiembre a diciembre de 2008; b) enero de 2009; y, c) septiembre de 2009.

Estrategia de análisis

Una vez transcritas las 13 entrevistas se hizo uso del software para análisis de datos cualitativos Atlas.ti para codificarlas y comenzar el análisis de las mismas.

Capitulado

La estructura de esta investigación queda conformada de la siguiente manera: En el capítulo I, se presenta una revisión bibliográfica del tema de los cuidados prenatales incluyendo los modelos médicos y de atención a la salud mismos que pueden ser identificados por los cuidados prenatales de las mujeres embarazadas.

El capítulo II está compuesto por los temas relacionados con la violencia basada en el género, la violencia doméstica contra la mujer así como la violencia doméstica en la mujer embarazada.

La descripción de la metodología cualitativa, la técnica de investigación de la entrevista semiestructurada, la estrategia de análisis y el diseño de la investigación se encontrarán en el capítulo III. En el capítulo IV se analizan los resultados que arrojó el estudio.

Finalmente, se dan a conocer las conclusiones a las que se llegaron, construidas gracias a los resultados obtenidos; de igual forma, se presenta la bibliografía empleada así como los anexos.

CAPÍTULO I. MODELOS MÉDICOS DE ATENCIÓN A LA SALUD, MEDICALIZACIÓN Y CUIDADOS PRENATALES

En este capítulo se presenta una revisión bibliográfica del tema de los cuidados prenatales, para ello, se expone una breve reseña de la historia antropológica médica entre cuyos aportes se encuentran los modelos médicos y de atención a la salud mismos que pueden ser identificados por los cuidados prenatales de las mujeres embarazadas. Los cuidados prenatales pueden ser clasificados en dos grandes ramas: el autocuidado y la atención médica prenatal. Esta última deviene de la medicalización que consiste en definir un problema o acontecimiento en términos médicos y que ha abarcado varios aspectos del proceso salud/enfermedad/atención.

1.1 Historia y aportaciones de la antropología médica

Los comienzos de la Antropología Médica en Latinoamérica se identifican en Mesoamérica en la década de los veinte gracias a una serie de investigaciones biomédicas que culminaron con el informe Shattuck para Yucatán y que contaron con la colaboración de antropólogos como Redfield, Steggerda, Benedict. De esta manera, se distinguen tres periodos en la producción de la Antropología Médica sobre América Latina: 1920-1930; b) 1940-1960 y c) 1970- (Menéndez, 1985a).

- a) 1920-1930.- Periodo que se caracteriza por presentar proyectos aislados relacionados con proyectos biomédicos, con bajo desarrollo teórico.
- b) 1940-1960.- Periodo que se caracteriza por ser el más relevante, tanto por la cantidad de trabajos como por la relación de los mismos con los organismos de salud locales. Fue en este periodo la constitución de un modelo explicativo de notable influencia.
- c) 1970- A partir de este año existe un estancamiento en la producción, especialmente por una repetición de las temáticas y del modelo explicativo, que además implicó un total dominio de las posiciones empiricistas (Menéndez, 1985a).

Para Menéndez (1985a), las bases temáticas, metodológicas y teóricas dominantes en la Antropología Médica de América Latina se constituyeron entre los años cuarenta y cincuenta, desarrollándose principalmente en México, Colombia y Perú y entre cuyos temas primordiales estuvieron la relación médico-paciente, las enfermedades

“tradicionales”, las terapias “nativas” así como también el interés por algunos problemas de salud mental (alcoholismo, principalmente), problemas nutricionales y el proceso de embarazo, parto y puerperio.

Sin embargo, es a partir de los años cincuenta donde la mayor parte de la producción teórico y empírica en la Antropología y Sociología Médica se enfocó al análisis de las instituciones médicas, tomando en cuenta el papel desempeñado por los terapeutas profesionales biomédicos o populares en relación con los pacientes, en determinados espacios de atención como el hospital o la comunidad (Caudill, 1953; Polgar, 1963). La mayoría de estos trabajos de orientación aplicada se llevaron a cabo en poblaciones indígenas y rurales y consideraban a la población como receptora de las acciones y programas de salud diseñados por los profesionales del sector salud; y los individuos eran estudiados básicamente en su papel de pacientes sobre los cuales actuaban dichos profesionales. Así, el trabajo del antropólogo consistió en “descifrar las claves de acceso cultural y allanar los posibles obstáculos encontrados en el marco de las políticas indigenistas” (Osorio, 2000:21).

Es a partir de los años setenta donde se manifiesta un interés creciente en recuperar la forma en que la población concibe y actúa frente a sus padecimientos, destacando el rol de la familia como estructura social así como también las redes de apoyo como instancia de atención a los procesos de salud/enfermedad. El 12 de septiembre de 1978, la Organización Mundial de la Salud (OMS) llevó a cabo la Conferencia Alma-Ata (Almaty desde 1994 y capital de la entonces República Socialista Soviética de Kazakhsan) cuyo objetivo primordial fue la consideración de la atención primaria de la salud como la clave para la consecución de la salud para todos.⁶ En esta reunión se hicieron recomendaciones a los gobiernos para impulsar planes y programas de atención primaria que incorporasen más directamente a la población (Osorio, 2000). Así, en el artículo IV de la Declaración Alma-Ata se establece que “el pueblo tiene derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de la atención a su salud”.⁷

⁶ http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA56/sa56r6.pdf

⁷ <http://webs.uvigo.es/mpsp/rev02-1/AlmaAta-02-1.pdf>

Es a partir de este momento cuando se comienza a desarrollar toda una serie de investigación socioantropológica interesada en analizar el papel activo de la población, ahora no solamente como generadora de significados y sentidos culturales, sino como instancia de resolución de sus propios problemas de salud, estudiando más a fondo las respuestas sociales a la enfermedad. Dentro del campo de la Antropología Médica se pueden observar los distintos puntos de vista que han tratado el fenómeno de la construcción social de los padecimientos, muchos de los cuales se interrelacionan genealógicamente compartiendo o refutando categorías, conceptos o interpretaciones sobre la realidad (Osorio, 2000).

1.2 Modelos teóricos del proceso salud/enfermedad/atención

Se ha visto que a través del tiempo el hombre ha elaborado diferentes modelos conceptuales sobre los determinantes del proceso salud/enfermedad. Dichos modelos han sido acordes con el nivel científico y tecnológico alcanzado y con la forma de organización social predominantes en cada época y cultura. Explicar y entender los determinantes del proceso salud/enfermedad no es una tarea fácil ya que existen diferentes modelos para su análisis con múltiples variables, en ocasiones contrapuestas y que expresan diferencias en la manera de interpretar la realidad y el mundo (Arredondo, 1992).

Dada su complejidad, el proceso en cuestión presenta dificultades para su comprensión y análisis. Diversos especialistas, a lo largo del tiempo, se han dado a la tarea de desarrollar modelos que intentan, desde diferentes perspectivas, explicar el fenómeno, pero, según Arredondo (1992) hasta el momento no se ha hecho una confrontación de estos modelos y mucho menos un análisis cruzado tanto del conflicto de sus resultados como de las variables que cada uno considera como determinantes y de la metodología que cada autor y/o representante siguió para llegar al modelo planteado. Algunos de los modelos se describen a continuación:

a) Modelo Mágico-Religioso

En esta propuesta la enfermedad resulta de fuerzas o espíritus; representa un castigo divino, o bien se trata de un estado de purificación que pone a prueba la fe religiosa. Este modelo facilita la aceptación de la muerte; sin embargo, fomenta la prevención a la obediencia de normas y tabúes, y la curación a la ejecución de ritos. Son las sociedades

primitivas, desde la edad media hasta la actualidad las que siguen este modelo siendo sus representantes los chamanes, brujos, curanderos, sacerdotes y espiritistas (Piña 1990).

b) Modelo Sanitarista

La salud/enfermedad es consecuencia de las condiciones insalubres que rodean al hombre. Bajo este contexto son las condiciones ambientales los determinantes primarios, promoviendo la introducción de medidas de saneamiento contra los índices de morbimortalidad. Su época data de la revolución industrial europea con la penetración capitalista a las colonias teniendo como representantes a Smith y Pettenkofer (Piña, 1990).

c) Modelo Unicausal

La salud/enfermedad es la respuesta a la presencia activa de agentes externos. Gracias a este modelo fue que se desarrollaron medidas de control y de fármacos que revolucionaron el tratamiento individual del enfermo. Este modelo surgió en la segunda mitad del siglo diecinueve y a principios del veinte, cuyos máximos representantes fueron Pasteur y Koch (Arredondo, 1992).

d) Modelo Multicausal

Los condicionantes del estado de salud que guarda el individuo o un conjunto poblacional están relacionados con la influencia simultánea de factores que corresponden al agente, al huésped y al ambiente. Al hacer un análisis de las variables incluidas en este modelo, se puede conocer más de un factor participante en el fenómeno de estudio, sobre los cuáles se puede actuar preventivamente. La segunda mitad del siglo veinte fue la época en la que surgió este modelo teniendo como representantes a Leavell y Clark (Leavell y Clark, 1953).

e) Modelo Histórico-Social

Este modelo propone la existencia de perfiles diferenciales de salud/enfermedad que guardan una estrecha relación con el contexto histórico, el modo de producción y las clases sociales. El aporte especial de esta propuesta es la incorporación de la dimensión histórica-social al análisis epidemiológico, al mismo tiempo que provee de nuevas categorías de análisis y cuestiona la eficacia de la prevención y control de la salud/enfermedad manteniendo intactas las relaciones de explotación que la generan. Entre sus representantes se encuentran Berlinguer, Laurell y Breilh en la década de los setenta (Arredondo, 1992).

f) Modelo Geográfico

La enfermedad resulta de la interacción de factores patológicos y de factores propios del ambiente geográfico donde este último es considerado como factor determinante del proceso salud/enfermedad. Este modelo surgió en 1950 teniendo como representantes a Jaques May y Voronov (May, 1977).

1.3 Modelos médicos y sistemas de atención a la salud

Sin embargo, la antropología médica ofrece una alternativa más en el campo de los problemas de salud/enfermedad, reconociendo la existencia de diversos modelos de atención y la interacción entre ellos. Así, los modelos de atención se refieren a aquellas actividades de tipo biomédico así como también a todas aquellas que tienen que ver con la atención de los padecimientos en términos intencionales, esto es, que buscan prevenir, dar tratamiento, controlar, aliviar y/o curar un padecimiento determinado (Menéndez, 2003).

En las sociedades latinoamericanas actuales existen formas diversas de atención a la enfermedad las cuales emplean diferentes técnicas de diagnóstico, distintos indicadores para la detección del problema, así como variadas formas de tratamiento y diferentes criterios de curación. No obstante, desde la perspectiva del Sector Salud y de la biomedicina, toda una serie de actividades de atención a los padecimientos es negada, ignorada y/o marginada a pesar de que es utilizada con frecuencia por diferentes sectores de la población. Las formas de atención que actualmente operan en cualquier sociedad están relacionadas con las condiciones religiosas, étnicas, económico/políticas, técnicas y científicas que habrían dado lugar al desarrollo de formas antagónicas o por lo menos fuertemente diferenciadas especialmente entre la biomedicina y la mayoría de las otras formas de atención (Ídem).

Bajo este contexto, las interrelaciones entre los modelos médicos han sido abordadas desde la Antropología Médica en distintos estudios teóricos y empíricos, donde existen situaciones de pluralismo médico, con el fin de analizar esta convivencia entre distintos tipos de medicina (Osorio, 2000). El pluralismo médico hace hincapié en que la mayoría de la población en cualquier sociedad latinoamericana emplea distintas formas de atención, no sólo para diferentes problemas, sino para un mismo problema de salud.

Existen dos posiciones teóricas que abordan la relación entre los modelos médicos destacándose tanto por su desarrollo teórico como empírico. Estas propuestas son las desarrolladas por A. Kleinman y E. L. Menéndez. Para efectos de la problemática de estudio, se considerará la de Menéndez por ofrecer una visión más crítica e integral. No obstante, se plantea de una manera sintética los conceptos y líneas de análisis más relevantes de la propuesta de Kleinman.

1.3.1 Propuesta de A. Kleinman

Bajo esta perspectiva los sistemas médicos son entendidos como sistemas culturales simbólicos a partir de los cuales se pueden analizar las respuestas de la sociedad hacia la enfermedad, en términos de sus significados y experiencias; tomando en cuenta “las relaciones entre sus instituciones, papeles desempeñados, relaciones interpersonales, redes sociales, escenarios de interacción y, en menor medida, las condicionantes económicas y políticas” (Osorio, 2000:23). Kleinman (1978:86) plantea que

[...] los Sistemas de atención a la salud (Health care systems) son sistemas simbólicos contruidos por significados, valores y normas de conducta, que articulan al padecimiento como un idioma cultural, uniendo [las] creencias sobre la causalidad de la enfermedad, la experiencia de los síntomas, los patrones específicos de la conducta frente al padecer, las decisiones respecto de los tratamientos alternativos o las prácticas terapéuticas vigentes y la evaluación de los resultados terapéuticos y estableciendo relaciones sistemáticas entre estos componentes.

Los Sistemas de atención a la salud funcionan en la realidad social a través de relaciones que las personas establecen en la sociedad y deben ser analizados como construcción institucionalizada, internalizada y objetivada, mediante la atribución de significados y sentidos particulares. Bajo este contexto, Kleinman hace hincapié en el nivel microsocial, clínico, de la relación terapeuta-paciente, en la estructura interna de estos sistemas y a pesar de que reconoce la relevancia de los factores macrosociales que inciden en esta relación, su fuerza explicativa recae en el nivel micro, aspecto que le ha valido críticas por parte de otros autores (Osorio, 2000).

Ahora bien, dentro de cada sistema y en casi cualquier sociedad, se pueden identificar tres arenas sociales en las cuales la enfermedad es experimentada e identificada en realidades clínicas socialmente construidas y legitimadas. Estas arenas, llamadas “sectores de cuidado a la salud” son: el sector profesional, concerniente a los practicantes

de la biomedicina; el sector *folk* o nativo, relativo a los curadores indígenas; y, el sector popular, que incluye la cultura médica profana, que surge en el ámbito familiar, en las redes sociales o en la comunidad, sin la intervención de un terapeuta profesional (Osorio, 2000).

a) Sector profesional

Se incluyen todos los terapeutas cuya práctica se ha formado en profesiones de curación que son organizadas a través de instituciones legitimadas por el Estado. A pesar de que en la mayoría de las sociedades occidentales este sector toma en cuenta solamente a los terapeutas de la medicina científica moderna, en otros contextos culturales se toman en cuenta otras prácticas médicas también profesionales o paraprofesionales, como por ejemplo: medicina ayurvédica, homeopatía, quiropraxia y acupuntura. Este sector se basa en una racionalidad fundada en lo natural-biológico, donde se asume la científicidad, racionalidad y veracidad de sus planteamientos (Osorio, 2000).

b) Sector folk o nativo

Este sector incluye a todos aquellos terapeutas especializados no profesionales, conocidos como curadores *folk* o nativos quienes realizan diversas prácticas médicas que dada su heterogénea composición, “estructuran sus conocimientos a través de actividades e ideologías seculares o sacras e introducen un aspecto ritual en la curación” (Osorio, 2000:24).

c) Sector Popular

Es en este sector donde se llevan a cabo la mayoría de las actividades de diagnóstico, atención y curación de las enfermedades de cualquier sociedad. Según Osorio (2000), existe evidencia de que entre el 70% y el 90% de los casos de enfermedad se han resuelto en esta arena.

Finalmente, la propuesta teórica de Kleinman ofrece los denominados “modelos explicativos” que se refieren a

[...] las nociones sobre un episodio de enfermedad y su tratamiento, que son empleadas por todos aquellos que se ocupan del proceso clínico. La interacción de los modelos explicativos de los pacientes y de los practicantes es un componente central del cuidado a la salud. El estudio de los modelos explicativos de los practicantes, nos dicen algo sobre

cómo ellos entienden y tratan a las enfermedades (disease). El estudio de los modelos explicativos (MES) del paciente y de la familia nos dicen cómo ellos le dan sentido a los episodios de padecimientos (illness) y cómo eligen y evalúan los tratamientos particulares. El estudio de la interacción de los MES de los pacientes y de los practicantes nos ofrece un análisis más preciso de los problemas de comunicación clínica (Kleinman, 1978:105).

1.3.2 La propuesta de Eduardo L. Menéndez

La segunda propuesta teórica que aborda la relación entre los modelos de atención socialmente reconocidos es la formulada por Eduardo L. Menéndez en 1984 a partir de un análisis relacional de las condiciones sociohistóricas, económicas, ideológicas y políticas que influyen en la dinámica y organización de los modelos de atención a la salud (Osorio, 2000). Uno de sus planteamientos centrales es el reconocimiento de que

[...] el proceso capitalista conduce a la emergencia de varios modelos de atención médica. En dicho proceso el modelo médico hegemónico, intenta la exclusión ideológica y jurídica de los otros modelos alternativos, lo cual en la práctica social se resuelve por la apropiación y transformación de los mismos, que cada vez en mayor medida constituyen derivados conflictivos y/o complementarios del modelo médico hegemónico (Menéndez, 1984:1).

Según Menéndez (1985b), de acuerdo con los comportamientos de los sujetos y de los grupos con respecto a sus padeceres –refiriéndose a conjuntos sociales estratificados y/o diferenciados a través de condiciones ocupacionales, económicas, étnicas, religiosas, etc.- se podrían utilizar las siguientes formas de atención:

a) De tipo biomédica. En ella se encuentran los médicos correspondientes al primer nivel de atención así como del nivel de especialidades para padecimientos físicos y mentales que la biomedicina reconoce como enfermedades. Esta forma de atención se efectúa a través de instituciones públicas y privadas. Se incluyen también otras formas antiguas y marginales de la biomedicina como son la medicina naturista, la balnoterapia o la homeopatía. Las diferentes formas de psicoterapia individual, grupal y comunitaria se incluyen también en este tipo de atención.

b) De tipo “popular” y “tradicional”. Son los curadores especializados como los queseros, culebreros, brujos, curanderos, espiritistas, yerberos, shamanes, etc. los encargados de este tipo de atención. Se incluye el papel curativo de ciertos santos o figuras religiosas (cristianas o de otros cultos), así como el desarrollo de actividades curativas a través de grupos como los pentecostales o los carismáticos.

c) Alternativas, paralelas o new age. Incluye a sanadores, bioenergéticos, nuevas religiones curativas de tipo comunitario, etc.

d) Devenidas de otras tradiciones médicas académicas. Como es el caso de la acupuntura, de la medicina ayurvédica, la medicina mandarina, etc.

e) Finalmente, las centradas en la autoayuda. Alcohólicos Anónimos, Neuróticos Anónimos, Clubes de Diabéticos, padres de niños con síndrome de Down, cuya característica básica radica en que están organizadas y orientadas por las personas que padecen o co/padecen algún tipo de problema.

En este sentido, Menéndez (1984) elabora su propuesta teórica partiendo del análisis de las relaciones de hegemonía/subalternidad que se establecen en los modelos de atención arriba mencionados: el modelo médico hegemónico (MMH), el modelo médico alternativo subordinado (MMAS) y el modelo de autoatención (AA). Para el autor, estos modelos son construcciones teórico-metodológicas con un nivel de abstracción, que posibilitan aprehender desde un enfoque relacional y dinámico los procesos de producción, funcionamiento y organización de saber teóricos-técnicos, ideológicos y socioeconómicos que establecen los conjuntos sociales, los terapeutas y las instituciones con respecto a los procesos de salud/enfermedad/atención, en contextos históricamente determinados. Según Osorio (2000) es necesario comprender que la categoría de “modelos médicos” constituye una abstracción que emerge de los sistemas médicos específicos de las sociedades y se concreta en las representaciones y prácticas sociales.

Bajo este contexto, el Modelo Médico Hegemónico (MMH) incluye a la biomedicina, medicina alopática o medicina científica permitiendo comprender el saber médico en términos de sus racionalidades ideológico-técnicas (Osorio, 2000). Se refiere al

[...] conjunto de saberes generados por el desarrollo de la denominada medicina científica, el cual ha ido hegemonizando a los otros saberes desde fines del siglo XVIII, hasta lograr identificarse, por lo menos en algunos contextos, como la única forma correcta de diagnosticar, explicar, atender y solucionar los problemas de enfermedad, legitimada por criterios científicos como políticos. Las funciones que cumple este modelo las hemos diferenciado en tres grupos: a) curativas, preventivas y de mantenimiento; b) de control, normatización, medicalización, legitimación; y c) las económicas y ocupacionales (Menéndez y Di Pardo, 1996:59).

Como construcción metodológica, las principales características del MMH son las siguientes: biologismo, a-sociabilidad, a-historicidad, a-culturalismo, individualismo, eficacia pragmática, orientación curativa, relación médico-paciente asimétrica y subordinada, exclusión del saber del paciente, subordinación técnica y social del paciente, concepción del paciente como ignorante o como portador de un saber médico equivocado, paciente como responsable de su enfermedad y como consumidor pasivo, profesionalización formalizada, identificación ideológica con la racionalidad científica, la salud/enfermedad como mercancía, tendencia a la medicalización de los problemas, tendencias a la escisión entre teoría y práctica (Menéndez, 1985b; Menéndez y Di Pardo, 1996).

El conjunto de estas y otras características del MMH, y no cada característica en sí misma (Menéndez, 1990. Citado en Osorio, 2000) tiende a establecer una relación de hegemonía/subalternidad de la biomedicina respecto de las otras formas de atención no biomédicas, de tal manera que tiende a excluirlas, ignorarlas o a estigmatizarlas aunque también a una aceptación crítica o a una apropiación o a un uso complementario sobre todo de ciertas técnicas, pero sin olvidar el carácter de subordinación (Menéndez, 1985b).

El siguiente modelo es el denominado Médico Alternativo Subordinado (MMAS) el cual integra prácticas que el MMH ha tendido a estigmatizar o simplemente a subordinar ideológica e institucionalmente. Así, contempla a las prácticas médicas reconocidas como “tradicionales” al igual que la llamada medicina alternativa (Osorio, 2000). Entre ellas se encuentra la herbolaria, una práctica terapéutica basada en el uso de plantas. Con el desarrollo de la mercantilización, hoy en día se han establecido la venta y consumo de plantas envasadas o procesadas que ofrecen una opción médica alternativa de origen natural (Arganis, 2005).

Finalmente, se encuentra el Modelo de Autoatención (AA) que constituye una de las actividades básicas del proceso salud/enfermedad/atención; representa la actividad nuclear y sintetizadora desarrollada por los grupos sociales respecto de dicho proceso. Además, representa una actividad constante aunque intermitente la cual se desarrolla a partir de los propios sujetos y grupos en forma autónoma o teniendo como referencia alternativa o decisiva a las otras formas de atención (Menéndez, 1985b). Por Autoatención se entiende

[...] las representaciones y prácticas que la población utiliza a nivel de sujeto y grupo social para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguantar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud en términos reales o imaginarios, sin la intervención central, directa e intencional de curadores profesionales, aun cuando estos pueden ser la referencia de la actividad de autoatención; de tal manera que la autoatención implica decidir la autoprescripción y el uso de un tratamiento en forma autónoma o relativamente autónoma (Menéndez, 1985:198).

Este modelo puede ser identificado estructuralmente en cualquier sociedad constituyendo el primer nivel real de atención generado por los conjuntos sociales frente a los procesos de salud/enfermedad, y cumpliría funciones curativo-preventivas y de índole socioeconómica. Dentro de este modelo se encuentra la *automedicación (AM)* la cual suele ser confundida por la biomedicina como autoatención; sin embargo, la AM se refiere a la decisión más o menos autónoma de utilizar determinados fármacos para tratar determinados padecimientos sin la intervención directa y/o inmediata del médico o del personal de salud habilitado para ello (Menéndez, 1985b; Osorio, 2000). La automedicación incluye el diagnóstico, la selección y prescripción de un tratamiento y su administración, mismo que puede incluir sustancias, acciones físicas, procedimientos mentales, medicamentos de patente, etc. Es necesario resaltar que la AM no se refiere únicamente a la utilización de fármacos desarrollados por la industria química farmacéutica, sino que toma en cuenta a todas las sustancias (infusiones de hierbas, alcohol, marihuana, etc.), y también actividades diversas (cataplasmas, ventosas, masajes, etc.) que son decididas y usadas por los sujetos y microgrupos con autonomía relativa para actuar con respecto a sus padeceres o para estimular determinados comportamientos (Menéndez, 1985b).

Otro término que se ha utilizado como sinónimo de autoatención es el de “autocuidado” el cual se desarrolló a partir de la biomedicina y del salubrismo a partir del concepto de estilo de vida, de tal forma que “autocuidado” se refiere a “todas aquellas acciones desarrolladas por los individuos para prevenir el desarrollo de ciertos padecimientos y para favorecer ciertos aspectos de salud positiva” (Menéndez, 1985b:199). En resumen, la automedicación y el autocuidado forman parte del proceso de autoatención pero no son equivalentes ya que autoatención constituye el concepto y proceso más inclusivo.

1.4 El proceso de medicalización

Como se mencionó con anterioridad, una de las características del Modelo Médico Hegemónico es la tendencia a la medicalización de los problemas. Ahora bien, el término medicalización surge en la literatura social científica durante la década de los setentas del siglo veinte (Conrad, 1992). Los primeros trabajos que se realizaron sobre este fenómeno fueron los realizados por Pitts (1968), Freidsson (1970) y Zola (1972).

Los sociólogos, antropólogos e historiadores médicos han dado innumerables explicaciones de la penetración exitosa de la medicina occidental en nuestra vida diaria. Estos investigadores han detallado las múltiples arenas en las cuales nuestras experiencias han venido a entenderse en términos médicos. Estos investigadores han documentado la medicalización de nuestras vidas y la autoridad cultural que le hemos otorgado a la medicina científica (Barker, 1998).

La medicalización denota un proceso en el cual una explicación médica es ofrecida, con frecuencia acompañada de un remedio médico, a varias dificultades humanas que alguna vez formaron parte del orden natural de las cosas. La medicalización incluye la redefinición de lo desviado (comportamiento socialmente indeseable al tener una base médica). Generalmente se refiere a la explicación médica de cualquier comportamiento, por ejemplo, cambios de humor, ansiedad, somnolencia, etc. Adopta un arraigo de síntomas, enfermedades, dolencias y discapacidades para las cuales la explicación médica está disponible (Gallagher y Ferrante, 1987).

Un número de investigaciones del tipo “casos de estudio” sobre medicalización fue publicado en la década de los setentas del siglo pasado: Conrad (1975) en niños hiperactivos, Scull (1975) en enfermedades mentales, Pfohl (1977) en abuso infantil y Schneider (1978) en alcoholismo como enfermedad. Otros estudios analizaron cambios en definiciones y tratamientos no médicos a médicos aunque no necesariamente usaran un marco de medicalización (Foucault, 1965; Gusfield, 1967; Wertz y Wertz, 1989. Citados en Conrad, 1992).

El término medicalización significa literalmente “hacerlo médico” (*to make medical*); no obstante, presenta significados más amplios. A pesar de que muchos han escrito sobre medicalización, la definición no siempre ha estado claramente articulada.

Muchos están de acuerdo en que la medicalización pertenece al proceso y al resultado de los problemas humanos que “brincan” a la jurisdicción de la profesión médica, pero existen diferencias en cuanto a la manera en la que ven el proceso. Una de las definiciones más certeras es la que presenta Zola (1983:295): “Medicalización es un proceso donde cada vez más aspectos de la vida diaria se convierten en dominio, influencia y supervisión médica”.

Años atrás, Conrad la describe como “la definición de un comportamiento como problema o enfermedad y mandarlo o dar autorización a la profesión médica para proveerle algún tipo de tratamiento” (Conrad, 1975:12). Por su parte, Abercrombie, Hill y Turner (1984) la definen como el incremento de “etiquetas médicas” a comportamientos que son, tanto socialmente como moralmente, indeseables. Es decir, que la medicina moderna puede curar todos los problemas (incluyendo el vandalismo, alcoholismo, homosexualidad, etc.) una vez que éstos sean reconocidos como “enfermedades”.

La medicalización consiste en definir un problema en términos médicos, usar lenguaje médico para describirlo, adoptar un marco médico para entenderlo y/o usar la intervención médica para tratarlo. La medicalización ocurre cuando una definición médica ha sido aplicada para entender o manejar un problema. El interés en la medicalización se ha concentrado predominantemente en problemas previos no médicos que han sido medicalizados, pero actualmente la medicalización debe incluir todos los problemas que vienen a ser definidos en términos médicos (Conrad, 1992).

Ahora bien, un marco conceptual más amplio esclarece el significado de medicalización (Conrad y Schneider, 1980). La medicalización puede ocurrir en al menos tres niveles: el *conceptual*, el *institucional* y en el nivel *interactivo*. En el nivel *conceptual* se emplea un vocabulario médico para “ordenar” o definir el problema en primera instancia; pocos médicos profesionales necesitan estar involucrados y los tratamientos médicos no necesariamente son aplicados. En el nivel *institucional* las organizaciones pueden adoptar un alcance médico para tratar un problema particular en el cual la organización está especializada donde la rutina del trabajo diario es llevada a cabo por personal no médico. En el nivel *interactivo* los médicos están más involucrados. La medicalización ocurre aquí como parte de la interacción doctor-paciente, cuando un profesional define un problema como médico o trata un problema “social” con una forma o tratamiento médico. Entonces, queda claro que la medicalización es un proceso de

definición amplia, que puede o no incluir directamente a los médicos y sus tratamientos (Cornwell, 1984. Citado en Conrad, 1992).

La medicalización puede ocurrir tanto para “comportamientos desviados” (*deviant behaviors*) como para procesos de la “vida natural”. Ejemplos de los primeros: locura, alcoholismo, homosexualidad, adicción a los narcóticos, hiperactividad e incapacidades de aprendizaje en niños, problemas alimenticios (obesidad y anorexia), abuso infantil, apostador compulsivo, infertilidad, transexualismo, entre otros. Algunos ejemplos de procesos naturales de la vida que han sido medicalizados incluyen la sexualidad, el embarazo, el parto, el desarrollo infantil, el malestar premenstrual, la menopausia, el envejecimiento y la muerte (Conrad, 1992).

Otros ejemplos específicos sobre el fenómeno de la medicalización se presentan a continuación

- La obstetricia ha convertido al embarazo y al parto en un sentido médico. El embarazo es ahora supervisado médicamente y el parto es médicamente asistido. En épocas anteriores el parto era un evento doméstico en el cual las mujeres eran ayudadas por parientes mujeres o por partera.
- El síndrome premenstrual es considerado como un malestar que afecta a varias mujeres y que es tratado hoy en día con medicamentos, aspecto que en épocas anteriores era ignorado, o reconocido pero no médicamente interpretado.
- La proclividad del hombre a la violencia está asociada con otra línea de explicación de la medicalización, denominada aberraciones genéticas tal como el síndrome XXY.
- La obesidad es en términos contemporáneos explicada médicamente y tratada bajo supervisión médica y, en casos extremos, con cirugía.
- El proceso de morir ha sido altamente medicalizado a través de intensos esfuerzos médicos para prolongar la vida (Gallagher y Ferrante, 1987).

1.4.1 La medicalización del embarazo

Como se mencionó con anterioridad, la medicalización puede darse en procesos para “comportamientos desviados” así como para los comportamientos que surgen en la vida natural. Así lo demuestran las publicaciones que sobre este fenómeno se realizaron en la década de los ochentas del siglo pasado, sobre todo los realizados en torno a la vida de las mujeres: violencia, desviación sexual, obesidad, anorexia y bulimia; además de un patrón de temas reproductivos que incluyen el embarazo, el parto, la planificación familiar, la infertilidad, el aborto, la menopausia y el malestar premenstrual (Conrad, 1992). Según Riessman (1983), de acuerdo a una variedad de razones las mujeres son más vulnerables de medicalizarse que los hombres. En cualquier caso, es claro que los procesos de la vida natural de las mujeres (especialmente los correspondientes a la reproducción) son más propensos a ser medicalizados que la de los hombres y el sexo es un importante factor para entender la medicalización.

En el caso de la mujer embarazada, no fue sino hasta en el siglo veinte que surgió la noción del embarazo médicamente monitoreado, inclusive entre los obstetras. Los textos médicos del siglo XIX y de principios del XX no incluían material sustantivo correspondiente a la supervisión del embarazo. Para 1900, el 50% de todas las mujeres de los Estados Unidos tenían nacimientos asistidos por médicos, no obstante, solamente las que experimentaron severas complicaciones vieron al médico antes del parto. Menos del 5% de la población de mujeres embarazadas en los Estados Unidos había tenido contacto con un médico antes del parto durante las primeras dos décadas del siglo pasado. Sin duda, el periodo de nueve meses del embarazo se medicó durante el siglo veinte. Mientras que casi todas las mujeres no visitaban al médico antes del parto a principios del siglo pasado, casi todas las mujeres reciben este cuidado en la actualidad (Barker, 1998).

Una explicación de la medicalización del embarazo es que, en algún punto durante el siglo veinte, la atención prenatal biomédica empezó a ofrecer caminos certeros para reducir las tasas de mortalidad infantil y materna. Sin embargo, existe evidencia que esta reducción no se atribuye a la atención prenatal sino más bien a la eliminación de infecciones post parto entre otras cosas (Barker, 1998).

Para las feministas la salud es “estado en el cual no existen cambios regulares o notables en la condición del cuerpo” (Rúðólfssdóttir:339). Claramente, el cambio en el cuerpo de las mujeres embarazadas se sale de este criterio de salud. Como resultado, la condición de las mujeres embarazadas se presenta como anormal y sus cuerpos como problemáticos. Bajo este contexto, la medicalización pareciera ser la opción más viable de llevar a cabo la gestación en donde tanto los médicos como las mujeres contribuyen.

En el año de 1913, el Buró Infantil de los Estados Unidos publicó *Prenatal Care* para que fuese distribuido a todas las mujeres que estuvieran en ese momento embarazadas. Se realizaron posteriores publicaciones en los años de 1924 y 1935. En la publicación puede observarse la tendencia a medicalizar tanto el embarazo como el parto, pues ambos son tratados como problemas médicos (Barker, 1998). En cuanto al parto: “Este acto es natural y aunque doloroso y cansado, debiera terminar de manera normal con una madre y un bebé saludable. Probablemente se tendrá este final feliz si la madre ha tenido cuidados propios durante su embarazo” (Prenatal Care, 1935:35; 1924:26. Citado en Barker, 1998:1070).

Resulta evidente que una de las implicaciones más obvias de postular al embarazo como una enfermedad que requiere de supervisión médica es para evitar cualquier tipo de complicación. De la primera página de *Prenatal Care* (1935): “Lo más importante al planear el mejor cuidado posible para la madre y el hijo es que la madre debería de ir al doctor para examinarse tan pronto piense que esté embarazada y debería permanecer bajo su constante cuidado hasta el nacimiento del bebé” (Prenatal Care, 1935:1. Citado en Barker, 1998:1070).

Como se aprecia en las citas anteriores, al situar al embarazo como enfermedad se sitúa también a la mujer como paciente. Mientras las mujeres embarazadas en términos premédicos definieron su experiencia como una dificultad orgánica, en términos médicos su embarazo viene a ser definido alrededor de su identidad como paciente. Las mujeres embarazadas fueron alentadas por los expertos médicos a ver su condición como médica y a ellas mismas como pacientes (Barker, 1998).

1.5 Cuidados prenatales

Los cuidados prenatales se refieren a todas aquellas prácticas médicas y no médicas que la mujer embarazada realiza para beneficio de ella y de su bebé. Los cuidados prenatales se clasifican en dos categorías: 1) el *autocuidado*, donde se incluyen aspectos de alimentación, prácticas de medicina doméstica y los cuidados físicos durante el embarazo; 2) la de *atención médica* se refiere a las prácticas de control prenatal y el control de enfermedades que las mujeres llevan a cabo al asistir a los servicios de salud (Castro y Salazar, 2000).

1.5.1 Autocuidado de la mujer embarazada

“La cultura se constituye en un sistema de concepciones heredadas y expresadas en forma simbólica, por medio de las cuales hombres y mujeres se comunican, perpetúan y desarrollan su conocimiento y actitudes frente a la vida” (Muñoz, 2006: s/p). En el mundo simbólico, el fenómeno de salud/enfermedad se presenta bajo un marco de referencia codificado lo que da lugar a prácticas y comportamientos específicos con un trasfondo explicativo de difícil transformación, ya que se apoyan en sus mitos, creencias y costumbres arraigadas (Ídem; Chávez et al., 2007). Cuando se habla del cuidado de la salud en poblaciones y en contextos multiculturales surgen expresiones culturalmente distintas que traen como consecuencia comportamientos diferentes en el autocuidado y los cuidados transculturales que de ellas se extrapolan (Leininger, 2002. Citado en Chávez et al., 2007).

Por otro lado, Muñoz (2006) define al autocuidado como una actividad que es aprendida por las personas y que se dirige hacia ellas mismas, hacia los demás y hacia su entorno, para regular los factores que afecten su propio desarrollo y su funcionamiento en beneficio de su vida, salud y bienestar.

La condición de género surge en estas situaciones, dando a la mujer y al hombre connotaciones diferentes con respecto al cuidado humano, siendo que los cuidados relacionados con el orden público y la aplicación de fuerza física son asignados al hombre, mientras que los cuidados relacionados con todo lo que es fecundable y genera vida son propios de la mujer.

Entre los roles que se acomodan a la mujer cuidadora, como figura simbólica del eterno femenino en armonía con la naturaleza, se encuentran principalmente los cuidados que tienen que ver con la vida diaria, los alimentos y el cuerpo sano. Es ella quien se encarga del hogar y su propio cuidado lo que le permite aprender de su propia experiencia, iniciarse en el conocimiento empírico de su hábitat y proveerse autocuidado de forma innata, práctica que realiza para mantener su propia vida, salud y bienestar basado en los conocimientos que posee (Colliére, 1993).

Los cuidados son esenciales para el bienestar, la salud, la curación, el desarrollo y la supervivencia de una cultura (Leininger, 2002. Citado en Chávez et al., 2007). Buscando convergencias entre el autocuidado y la cultura se encuentran comportamientos arraigados en creencias y tradiciones culturales, la existencia de paradojas comportamentales, y la socialización estereotipada del cuidado de acuerdo con el sexo; lo que hace difíciles que las personas puedan reemplazar sus costumbres ancestrales por nuevos conocimientos. Bajo este contexto, se tiene que en salud los comportamientos están manejados por conocimientos acumulados y representaciones sociales, de las cuales hacen parte las supersticiones y los mitos construidos alrededor del cuidado de la salud (Chávez et al., 2007).

La cotidianidad en su totalidad está matizada por la cultura, y cuando se habla de salud, se puede definir que concepciones de embarazo, parto, puerperio, crianza del niño y otras entidades nosológicas, se enmarcan en un sello particular impuesta por la cultura de sus grupos sociales (Ídem).

Con base en lo anterior, se entiende por autocuidado en la mujer embarazada a todas aquellas prácticas de autoatención, autogestión y cuidados personales, caseros o domésticos, así como a las decisiones que las mujeres toman para cuidarse durante el embarazo, tanto en la alimentación y cuidados físicos como algunas prácticas más específicas de medicina doméstica que se han transmitido por tradición familiar (Castro y Salazar, 2000).

Los cuidados en la alimentación se refieren, sobre todo, a algunos hábitos alimenticios básicos así como también a la importancia de comer bien durante el embarazo. Por otro lado, la medicina doméstica se refiere a las prácticas en los cuidados y atenciones

a través de prácticas caseras para la salud durante el embarazo, así como el control de algunas enfermedades por medio de remedios naturales. Esta forma de cuidado es llevada a cabo por la misma persona o por personas cercanas a la familia y/o comunidad (Castro y Salazar, 2000).

No obstante, en este enfoque tradicional, la medicina también cobra fuerza, siendo utilizada como suplemento de los tratamientos occidentales, y donde se puede observar la presencia de curanderos, shamanes, astrólogos, quirománticos, parteras empíricas, espiritistas, entre otros (Siqueira et al., 2006. Citado en Chávez et al., 2007), haciendo uso de la medicina tradicional y siendo ampliamente divulgada y permitida dentro de las poblaciones, con más frecuencia de la población indígena (Chávez et al., 2007).

Surge también la medicina popular como técnica de tratamiento utilizada por gente común, que a su vez es transmitida generacionalmente y con poco reconocimiento por la medicina occidental ya que parte del saber popular de las personas (por ejemplo, los remedios de la abuela, té casero, etc.) para solucionar problemas diarios de la salud; siendo las personas destacadas en su uso las parteras, rezadoras, curanderos, entre otros. A final del día, el objetivo de los cuidados populares, tradicionales o no médicos están orientados, al igual que el control médico, a salvaguardar que el bebé nazca sano y llegar a un final feliz (Ídem).

1.5.2 Atención médica prenatal

Una de las líneas de acción del Programa Nacional de Salud propone crear conciencia sobre las necesidades especiales de salud de las mujeres y mejorar la calidad de la atención de los servicios. En el cuidado del embarazo, dicho programa tiene la meta de “garantizar la atención prenatal adecuada y oportuna, el nacimiento con un mínimo de riesgos y la vigilancia estrecha del crecimiento y desarrollo de los niños de nuestro país” (Secretaría de Salud, 2001).

La atención prenatal, llamada también control prenatal, es el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos

[...] que tienen como principales propósitos la prevención de las complicaciones maternas durante el curso del embarazo o el diagnóstico oportuno y la atención adecuada de las mismas, así como evitar intervenciones innecesarias y favorecer la satisfacción de la mujer embarazada, a través de una serie de acciones específicas enfocadas hacia la prevención y la educación (McDonagh, 1996:59).

El control prenatal consiste en un conjunto de actividades dirigidas a la embarazada con la finalidad de obtener el mejor grado de salud de ella y de su hijo y prevenir el riesgo de muerte o de alguna complicación del embarazo (Kroeger, 1992. Citado en Tezoquipa, 2002). McDonagh (1996) señala que, en términos más coloquiales, el objetivo principal es prevenir complicaciones para producir una madre y un bebé saludable al final del embarazo.

Durante el primer cuarto del siglo pasado, los temas sobre población declinaron, la mortalidad materna e infantil y la calidad de la salud de los ciudadanos con respecto a los intereses nacionales, incitaron a los gobiernos a involucrarse en temas relacionados con la maternidad y el cuidado infantil. En 1915, el Buró Infantil de los Estados Unidos concluyó que la mejor manera de mejorar la salud infantil era mediante los propios cuidados de la madre durante el transcurso de su embarazo. Sin embargo, en 1921 –y después de una larga batalla política- el Congreso autorizó una nueva legislación que proclamaba el cuidado obstétrico y prenatal para un embarazo sin complicaciones (Dragonas y Christodoulou, 1998).

El cuidado prenatal pudiera tener un efecto benéfico en el crecimiento intrauterino o la duración de la gestación, ya sea por el diagnóstico y por ende un tratamiento a tiempo en caso de que se hayan encontrado complicaciones durante el embarazo y, de esta manera, se eliminarían o reducirían algunos factores de riesgo (Kramer, 1987). Mientras que la estructura y el contenido de la atención prenatal no fue desarrollada en principio para la prevención del bajo peso al nacer, algunos datos indican que las mujeres que tuvieron estos cuidados durante su embarazo tuvieron menos bebés con bajo peso y menos muertes infantiles. La atención prenatal es muy variada; sin embargo, con frecuencia incluye un paquete de servicios de atención médica dentro de un horario definido de visitas (Shiono y Berman, 1995).

Dentro del ámbito internacional, del 31 de octubre al 4 de noviembre de 1994, un grupo de trabajo de la OMS se reunió en Ginebra, Suiza, con el propósito de formular recomendaciones para la atención prenatal, ya que con ella se reduciría la mortalidad y morbilidad materna y del bebé. Entre estas recomendaciones se acordaron la periodicidad y el contenido de un número mínimo de visitas para todas las mujeres, así como también la identificación de factores de riesgo y condiciones médicas en aquellas mujeres que necesitan recibir especial atención y cuidado (World Health Organization, 1996).

La atención prenatal ha sido calificada como un medio para identificar a las madres en riesgo de concebir un hijo prematuro o de crecimiento retardado intrauterino, para así proveer un conjunto de intervenciones médicas, nutricionales y educativas que conlleven a reducir los determinantes y la incidencia del bajo peso al nacer y otros resultados adversos del embarazo y del producto (Alexander y Korenbrot. 1995). De igual manera, puede enseñar a las mamás a reconocer señales durante el embarazo y parto, y así animarlas a planear partos seguros –preferentemente con la ayuda de gente preparada para ello (Bale et al., 2001). La etapa del embarazo en la cual la mujer busca por vez primera la atención prenatal puede ser de suma importancia porque en caso de que existan complicaciones o riesgos, al atenderse tempranamente (en los primeros meses de la gestación), éstos puedan ser mitigados (Kramer, 1987).

En muchos países en desarrollo, e incluso entre los pobres de los países desarrollados, las mujeres pueden buscar esta atención hasta los últimos meses del embarazo. Estas mujeres y aquéllas que nunca recibieron atención son más probables de diferir en distintas maneras de aquellas que buscaron atención temprana: son más jóvenes, primerizas, pobres, miembros de una minoría racial/étnica, desnutridas y son más propensas a fumar y beber (Kramer, 1987). Además, en estos países, la implementación de los programas de control prenatal rutinarios frecuentemente han sido deficientes y las visitas clínicas irregulares, con largos tiempos de espera y una mala respuesta en el cuidado de las mujeres. Asimismo, se les han recomendado programas de control prenatal pero que siguen lineamientos de los programas que se usan en los países desarrollados, incorporando sólo adaptaciones menores de acuerdo con las condiciones locales (OMS, 2003).

Los factores que pueden modificar la probabilidad de utilizar en forma adecuada la atención prenatal, notificados en la literatura, se pueden clasificar en dos: las características propias de la mujer embarazada y las de los servicios de salud. Entre las primeras se ha considerado el nivel de escolaridad, el estrato socioeconómico, el ingreso, la edad, la ocupación, la paridad, la raza, el estado civil, el deseo de estar embarazada, el estrés y los problemas del embarazo, la red de apoyo social, la falta de conocimiento sobre el estado de embarazo durante los primeros cuatro meses, el intervalo intergenésico, la motivación para demandar la atención, el estado de depresión, la disponibilidad del transporte, la disponibilidad de personas para que cuiden a sus hijos, el idioma, y algunos factores culturales. Las características de los servicios de salud que se han estudiado son la accesibilidad, la disponibilidad y la calidad de la atención otorgada, la actitud del personal no médico que labora en las instituciones, y el esquema de financiamiento (Martínez et al., 1996).

1.5.2.1 El nuevo modelo de control prenatal de la Organización Mundial de la Salud

Para solucionar la escasez de evidencia en cuanto a la buena implementación de los programas de atención prenatal, el Programa Especial del Banco Mundial para Investigación y Capacitación para la Investigación en Reproducción Humana (HRP) implementó un estudio clínico aleatorio multicéntrico el cual hizo una comparación del modelo occidental estándar de control prenatal -con este esquema, una mujer realiza alrededor de 12 visitas a la clínica durante su embarazo- con un nuevo modelo de la OMS – que limita el número de consultas y restringe los exámenes, los procedimientos clínicos y las acciones de seguimiento a aquellos que han demostrado por medio de sólida evidencia, que mejoran los resultados maternos y/o perinatales- (OMS, 2003).

Finalmente, este estudio compara a dos grupos de mujeres en el cual un grupo lleva su control prenatal de acuerdo al modelo estándar y el otro de acuerdo al nuevo modelo. Los resultados de este estudio concluyen que las mujeres de ambas ramas del estudio estaban, en general, igualmente satisfechas con el cuidado recibido, aunque las mujeres que recibieron el nuevo modelo expresaron cierta preocupación por la escasa frecuencia de visitas. Los prestadores de salud no mostraron ninguna resistencia importante a este nuevo modelo. En cuanto a la evaluación económica, el modelo nuevo resultó menos costoso. La interpretación de los hallazgos es que al prestar el control prenatal siguiendo el nuevo

modelo de la OMS se obtendrán resultados maternos y perinatales similares al modelo estándar actualmente en uso.

1.5.2.2 Principios que respaldan al nuevo modelo de control prenatal de la OMS

Este nuevo modelo de control prenatal se basa en cinco principios básicos:

- a) Debe incluir un formulario simple que pueda usarse fácilmente para identificar a las mujeres con patologías especiales y/o aquéllas con riesgo de desarrollar complicaciones; dichas mujeres deben ser derivadas a un nivel de atención de mayor complejidad.
- b) La identificación de las mujeres con patologías especiales o con factores de riesgo para desarrollar complicaciones debe ser minuciosa.
- c) Los prestadores de salud deben hacer que todas las mujeres embarazadas se sientan bienvenidas a su clínica. Los horarios de apertura de las clínicas que proveen control prenatal deben ser tan convenientes como sea posible para favorecer la concurrencia de las mujeres.
- d) Sólo se deben realizar los exámenes y las pruebas que responden a un propósito inmediato y que se ha demostrado que son beneficiosos.
- e) Cuando sea posible, se deben usar pruebas rápidas y fáciles de realizar en la clínica prenatal o en un servicio tan cercano a la clínica como sea posible (Ídem).

1.5.2.3 El componente básico del nuevo modelo de control prenatal de la OMS

a) La primera visita

Sería ideal que esta visita se haga durante los primeros tres meses de gestación o antes de la semana 12. No obstante, independientemente de la edad gestacional en el momento de la primera consulta, todas las embarazadas que llegan a la clínica de control prenatal serán examinadas de acuerdo a las normas para la primera visita y las visitas subsiguientes. Como el componente básico del nuevo modelo incluye sólo cuatro visitas, se debe dedicar el tiempo suficiente durante cada visita a la discusión del embarazo y temas relacionados con la paciente; por lo tanto, se espera que esta visita dure de 30 a 40 minutos. Asimismo, se les debe informar a las mujeres que la evidencia disponible demuestra que el nuevo modelo no pondrá en riesgo su salud ni la de su hijo y que pueden comunicarse con el servicio de salud en cualquier momento (Ídem).

b) La segunda visita

Esta visita se debe programar cerca de la semana 26 de embarazo. Se estima una duración de aproximadamente 20 minutos. Los exámenes y las pruebas se limitan a medir la presión sanguínea y la altura uterina y a realizar la prueba de tira reactiva múltiple para bacteriuria (Ídem).

c) La tercera visita

La tercera visita debería tener lugar a las 32 semanas de gestación o alrededor de esta fecha y su duración se estima en 20 minutos. Si no asistió a la segunda visita, la tercera también debería incluir todas las actividades de la segunda visita y la duración debería extenderse tanto tiempo como sea necesario. Los exámenes y las pruebas se limitan a medir la presión sanguínea, la altura uterina, realizar un análisis de tira reactiva múltiple para detectar bacteriuria y hemoglobina de rutina. Se debería prestar especial atención a la detección de gemelares durante el examen abdominal y la medición de altura uterina (Ídem).

d) La cuarta visita

Esta visita debería ser la visita final que tendría lugar entre las semanas 36 y 38. Es extremadamente importante detectar aquellas mujeres con fetos en presentación podálica para su derivación a un nivel superior para evaluación obstétrica y versión cefálica externa. Toda la información sobre qué hacer, a quién llamar y dónde ir (a qué servicio de salud) cuando comienza el trabajo de parto o en caso de otros síntomas, se confirmará por escrito y se comunicará no sólo al paciente, sino también a los miembros de su familia y/o amigos. Se debe aconsejar a las mujeres que, si no han tenido su parto para el final de la semana 41 se les debe aconsejar que vayan directamente al hospital para ser sometidas a una evaluación y posible inducción del trabajo de parto utilizando el mejor método posible (Ídem).

En resumen, la práctica clínica se pueden introducir los modelos con un número reducido de visitas prenatales sin riesgo de consecuencias adversas para la mujer o el feto-neonato, tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo (Ídem).

Esta investigación considera importante tomar en cuenta a ambos tipos de cuidados pues la literatura especializada ha manifestado que los dos son relevantes durante la gestación y que se verá reflejado en la salud de la madre y del hijo

CAPÍTULO II. VIOLENCIA BASADA EN EL GÉNERO, VIOLENCIA DOMÉSTICA CONTRA LA MUJER Y VIOLENCIA DOMÉSTICA EN LA MUJER EMBARAZADA

En este capítulo se comentan las distintas teorías que tratan de explicar el fenómeno de la violencia hacia la mujer. Se mencionan los temas relacionados con la violencia basada en el género, cómo es que afecta a la mujer en distintos aspectos de su vida y los esfuerzos de las organizaciones mundiales por erradicar este fenómeno. Una de las distintas formas de esta violencia es la violencia doméstica la cual incide más en las mujeres y en las niñas. La violencia más frecuente ejercida contra la mujer es la violencia ocasionada por el cónyuge o compañero íntimo y la mujer que se encuentra en estado de embarazo no está exenta de padecerla, más aún, se intensifica por la presión que genera la llegada de nuevos cambios en la familia. Se hace mención a los diferentes tipos de violencia de pareja así como sus causas y las consecuencias en la pareja femenina. Bajo este contexto, se presentan algunos datos tanto de violencia basada en el género como de violencia doméstica por parte del compañero íntimo así como de la violencia ejercida en la mujer embarazada.

2.1 Teorías que explican la violencia doméstica

Existen teorías que tratan de explicar el fenómeno de la violencia doméstica; sin embargo, no siempre lo logran pues parecen ser inadecuadas para explicar la naturaleza compleja del fenómeno y para brindar directrices precisas para su prevención control y tratamiento. Estas teorías son tan diversas que poco o nada tienen en común, ya sea que se traten de enfoques médicos, psiquiátricos, sociales o psicológicos (Borjón, 2000).

El *modelo psiquiátrico* explica la violencia a través de las características del agresor. Tales características pueden ser enfermedad mental, defectos de la personalidad, sicopatología, sociopatología y abuso de alcohol y drogas (Ídem). No obstante, “algunas investigaciones han indicado que menos del 10% de los casos de violencia doméstica son atribuibles exclusivamente a los rasgos de personalidad, enfermedad mental o a la sicopatología” (Gelles y Cornell, 1990:111).

Por otro lado, el *modelo de la estructura social o modelo sociológico* ve el maltrato a la esposa como resultado de factores de la estructura social. Explica que “la violencia surge de dos factores principales: el estrés y la permisividad social de la violencia doméstica” (Borjón, 2000:43). Sin embargo, como lo establece Gelles y Cornell (1990) no es un hecho que se ejerza la violencia cuando uno de los miembros de la familia esté estresado; además, las mujeres maltratadas, con frecuencia, saben que la violencia no debe ser permitida.

La *teoría del aprendizaje social* sostiene que las personas aprenden a ser violentas al crecer en hogares violentos, razón por la cual afirma que la violencia es transmitida de generación en generación. Según Borjón (2000), esta teoría no considera la posibilidad de que la violencia exista aunque no haya habido episodios de violencia en sus familias de origen, razón por la cual también ha sido criticada.

La *teoría de los recursos* establece que todos los recursos, inclusive la familia, se respaldan en cierta medida en la fuerza o en la amenaza de usarla. Existe una relación directa entre los recursos que tenga una persona y la fuerza que podrá utilizar. Sin embargo, quien más recursos tiene no los suele utilizar para fines violentos pues la violencia no constituye una alternativa racional (Ídem).

La *explicación feminista* de la violencia doméstica fue descrita por los sociólogos Rusell y Rebeca Dobash en 1979. Según esta teoría, el sistema patriarcal es el causante de la subordinación de la mujer y del patrón histórico de violencia sistemática contra la misma. Así, el hombre utiliza la fuerza para someter a la mujer y que esto tiene una función específica en la sociedad. El mayor aporte es reconocer que sólo a través de un cambio en la ideología se podrá prevenir la violencia doméstica y prever las consecuencias sociales y legales para los agresores. La crítica a esta posición es que deja de lado muchos más factores que pueden explicar esta problemática lo cual no es conveniente al teorizar sobre una ciencia social (Ídem).

La *teoría del patriarcado* establece que el patriarcado es la estructura familiar básica de todas las sociedades contemporáneas. Estas estructuras se caracterizan por la autoridad de los hombres sobre las mujeres y sus hijos en la unidad familiar, considerando que las relaciones entre personas también están marcadas por la dominación y la violencia,

que se origina en la cultura y las instituciones, como resultado de esta estructura familiar autoritaria (Soto, 2003. Citado en Candelas, 2004). Las críticas a esta teoría se basan, en que si bien fue muy útil como herramienta política en tanto que alertó a organismos de Naciones Unidas sobre la gravedad del asunto, la explicación del fenómeno es insuficiente.

Las anteriores aproximaciones se pueden considerar como respuestas parciales a un problema complejo que si bien tienen aportes significativos a la explicación de la violencia doméstica, ninguna de ellas por sí solas puede explicar en su totalidad el fenómeno. Desde una *perspectiva ecológica* (modelo ecológico), es necesario considerar simultáneamente los distintos contextos en que se desarrolla una persona. Este modelo, entonces, propone comprender el problema de las mujeres violentadas sin intentar reducirlo (Corsi, 1994. Citado en Candelas, 2004). De esta manera, se considera que la realidad familiar, la realidad social y la cultura pueden entenderse organizadas como un todo articulado, como un sistema compuesto por diferentes subsistemas (microsistema, exosistema, microsistema) que se articulan entre sí de manera dinámica (Candelas, 2004).

2.2 Violencia basada en el género o violencia contra la mujer

El desarrollo está relacionado con la protección de los derechos humanos de todas las poblaciones, lo que presupone la participación activa de sus pueblos en los procesos de tomas de decisiones mientras que la justicia social es una de las metas más importantes de dicho desarrollo. Sin embargo, se puede apreciar que la gente continúa siendo marginalizada en cuanto a su clase, religión, etnicidad, color, sexo y, en países como India, por el sistema de castas. En este sentido, la discriminación y la explotación basada en el género representa un serio problema que significa que la mitad de la raza humana se ve limitada en su potencial y, por el contrario, es condenada a estándares subóptimos de existencia (Subadra, 1999).

La igualdad entre mujeres y hombres es un asunto de derechos humanos y una condición para la justicia social, además que constituye un prerequisite necesario y fundamental para la igualdad, el desarrollo y la paz (ONU, 1995). Uno de los impedimentos más serios para el desarrollo de las mujeres es el fenómeno continuo y creciente de la violencia contra de ellas (Subadra, 1999). La violencia contra las mujeres y las niñas es una calamidad mundial que causa daños físicos, psicológicos, sexuales y económicos. Representa una de las violaciones de derechos humanos más difundidas que le niega a este

grupo los derechos de igualdad, seguridad, dignidad, autoestima y el gozo de las libertades fundamentales (UNICEF, 2000).

En sentido estricto, por *violencia* se entiende cualquier acción u omisión intencional que dañe o pueda dañar a una persona. Por *género* se entiende el conjunto de características que se construyen socialmente a partir de diferencias sexuales entre el hombre y la mujer. Esas características pueden llevar a asignar a hombres y mujeres roles sociales muy rígidos y excluyentes (por ejemplo, el hombre es agresivo y dominante y trabaja fuera de casa; la mujer es pacífica y sumisa y trabaja en casa), como ha sido el caso. Por *violencia de género* se entiende, entonces, cualquier acción u omisión intencional que dañe o pueda dañar a una persona porque se desvía de los estereotipos socialmente construidos. Como la violencia de género contra el hombre no es numéricamente significativa, habitualmente la expresión “violencia de género” se refiere sólo a la violencia contra la mujer (Sanmartín, 2007:11).

Según Cáceres (1993) la violencia sexista, dentro del hogar, trabajo y sociedad, constituye la problemática que expresa la desigualdad de las mujeres; y según Fawcett et al. (1999) se diferencia de cualquier otro tipo de violencia porque se refiere a todo el abuso que las mujeres y las niñas reciben simplemente por pertenecer al sexo femenino. Bajo este contexto, la teoría de género estipula que las diferencias que existen entre los hombres y las mujeres, más allá de las características biológicas, provienen de construcciones sociales que las sociedades elaboran “a partir de la diferencia sexual antomofisiológica y son la causa que ha sufrido la mujer” (Hernández, 1996:11).

La violencia contra las mujeres está presente en todo el mundo independientemente de la cultura, clase social, edad, nivel educativo, nivel económico o grupo étnico. En este sentido, ninguna sociedad puede presumir que carece de este problema; sin embargo, en lo que sí pueden diferenciarse es en las formas y tendencias en las que la violencia se presenta, dependiendo del país y de la región (UNICEF, 2000).

Para las mujeres, la violencia es un fenómeno que comienza desde la concepción y se mantiene a lo largo de sus vidas, lo que tiene por consecuencia que la mayoría de las mujeres experimenten más de un tipo de violencia provocando efectos acumulativos en su vida (Heise et al., 1994; OMS/OPS, 1998. Citado en el Informe Ejecutivo de la ENVIM,

2003; Subadra, 1999). En este sentido, la forma de violencia en la etapa prenatal es el aborto para seleccionar el sexo de los hijos (feticidio). Se manifiestan también el infanticidio femenino en las culturas donde predomina la preferencia de los hijos varones. Durante la niñez, las formas de violencia contra las niñas pueden incluir la desnutrición forzada, la falta de acceso a cuidados médicos y a la educación, la prostitución infantil, el abuso sexual, el incesto, la mutilación genital femenina, el matrimonio precoz y la prostitución forzada o el trabajo en condiciones de esclavitud (Heise et al., 1994; OMS/OPS, 1998. Citado en el Informe Ejecutivo de la ENVIM, 2003; UNICEF, 2000; Subadra, 1999).

Otras más continúan sufriendo a lo largo de su vida adulta: recibiendo golpes, padeciendo violaciones e incluso terminando asesinadas por la pareja íntima. Otros abusos contra las mujeres son el embarazo, el aborto o la esterilización forzada, y prácticas tradicionales perjudiciales como la violencia vinculada con la dote, el *sati* (la inmolación de la viuda en la pira funeraria de su marido), y los homicidios en nombre del honor. De igual forma, en la etapa avanzada de su vida, las viudas y las ancianas no están exentas de una vida sin violencia (UNICEF, 2000). El Cuadro 2.1 resume de manera precisa la violencia contra la mujer a lo largo de su vida.

La desigualdad entre los sexos, cuya manifestación más radical queda puesta en evidencia en los actos violentos que el hombre ejerce sobre la mujer, es un fenómeno que resulta de la reproducción de pautas de relación y valores por parte de diversos agentes sociales, tales como familiares, vecinos, amigos, funcionarios o prestadores de salud. Los roles de género y los modos de relación prescritos por la moral dominante no avalan necesariamente la violencia, pero con frecuencia la hacen tolerante y con ello contribuyen a su naturalización (ENVIM, 2003).

Cuadro 2.1 Ejemplos de violencia contra las mujeres a lo largo de su vida	
Fase	Tipo de violencia
Antes del nacimiento	Aborto selectivo en función del sexo; consecuencias para el neonato de los malos tratos sufridos por la madre en el embarazo.
Infancia precoz	Infanticidio femenino; violencias físicas, sexuales y psicológicas.
Niñez	Matrimonio de niñas; mutilación genital femenina; violencias físicas, sexuales y psicológicas; incesto; prostitución y pornografía infantiles.
Adolescencia y edad adulta	Violencias durante el cortejo y el noviazgo (por ejemplo ataques con ácido o violaciones durante las citas amorosas); relaciones sexuales impuestas por razones económicas (por ejemplo las estudiantes que tienen relaciones sexuales con hombres maduros a cambio del pago de las tarifas escolares); incesto; abuso sexual en el lugar de trabajo; violaciones; acoso sexual; prostitución y pornografía forzadas; trata de mujeres; violencias cometidas por la persona con quien existe una relación íntima; violaciones dentro del matrimonio; abusos y homicidios relacionados con la dote; homicidio por parte de la persona con quien existe una relación íntima; violencia psicológica; abuso de mujeres discapacitadas; embarazo forzado.
Vejez	“Suicidio” forzado u homicidio de viudas por motivos económicos; violencias físicas, sexuales y psicológicas.

Fuente: “Violence Against Women”, OMS, FRH/WHD/97.8. Citado en UNICEF, 2000:3

2.2.1 Esfuerzos para erradicar la violencia contra la mujer

En las tres últimas décadas, las organizaciones de mujeres han promovido un cambio en el paradigma relacionado con la manera de entender y acabar con la violencia contra la mujer. La violencia contra la mujer era comúnmente vista como tabú y se manifestaba en susurros o se sufría en silencio. No por nada fue denominada por las Naciones Unidas como el crimen encubierto más grande del mundo (Larrain y Rodríguez, 1993). Sin embargo, en la actualidad forma parte de la agenda pública de muchos gobiernos pues la mayoría de los países del mundo la prohíbe y penaliza.

Como una consecuencia de las diversas manifestaciones sociales que convierten a la violencia de género en una cuestión de apremio, a principios del decenio de 1990, organismos internacionales como la Organización de Estados Americanos (OEA) y la Organización de las Naciones Unidas (ONU) la incluyeron como tema primordial en sus agendas de trabajo (Híjar y Valdez, 2008). Así, en la Conferencia Mundial de Derechos Humanos, llevada a cabo del 14 al 25 de junio de 1993 en Viena, quedó establecido en el artículo 18 de la Declaración y Programa de Acción que,

Los derechos humanos de la mujer y de la niña son parte inalienable, integrante e indivisible de los derechos humanos universales. La plena participación, en condiciones de igualdad, de la mujer en la vida política, civil, económica, social y cultural en los planos nacional, regional e internacional y la erradicación de todas las formas de discriminación basadas en el sexo son objetivos prioritarios de la comunidad internacional.

La violencia y todas las formas de acoso y explotación sexuales, en particular las derivadas de prejuicios culturales y de la trata internacional de personas son incompatibles con la dignidad y la valía de la persona humana y deben ser eliminadas. Esto puede lograrse con medidas legislativas y con actividades nacionales y cooperación internacional en esferas tales como el desarrollo económico y social, la educación, la atención a la maternidad y a la salud y el apoyo social.

La cuestión de derechos humanos de la mujer debe formar parte integrante de las actividades de derechos humanos de las Naciones Unidas, en particular la promoción de todos los instrumentos de derechos humanos relacionados con la mujer.

La Conferencia Mundial de Derechos Humanos insta a los gobiernos, las instituciones intergubernamentales y las organizaciones no gubernamentales a que intensifiquen sus esfuerzos a favor de la protección y promoción de los derechos humanos de la mujer y de la niña.

Declaración y Programa de Acción de Viena, 1993

Por su parte, la Asamblea General de la ONU, llevada a cabo el 20 de diciembre de 1993, adoptó la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer (resolución 48/104) que representa el primer instrumento legal internacional en materia de derechos humanos que se ocupa exclusivamente de la violencia contra las mujeres y que constituye un documento revolucionario que ha servido de base para otros procesos paralelos (UNICEF, 2000). En esta Declaración se afirma que “la violencia de género deteriora o anula el desarrollo de las libertades y pone en peligro los derechos humanos fundamentales de las mujeres, la libertad individual y la integridad física de las mujeres” (Andrés, 2004:17). Se reconoció también que la violencia contra la mujer es una manifestación de relaciones de poder históricamente desiguales entre hombres y mujeres lo que ha conducido a la dominación sobre las mujeres por medio de la discriminación.

Asimismo, la violencia contra la mujer es uno de los mecanismos sociales cruciales por los cuales las mujeres son forzadas a una posición de subordinación comparada con los hombres. De esta manera, nace “la necesidad urgente de aplicar a las mujeres los derechos y principios con respecto a la igualdad, seguridad, libertad, integridad y dignidad de todos los seres humanos” (ONU, 1993). Así, en el artículo 1º de esta declaración se concibe a la violencia contra la mujer como: “Aquel acto que resulte o pueda resultar en daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, incluyendo amenazas de tales actos, la coerción o las privaciones arbitrarias de la libertad, que ocurren tanto en la vida pública como en la privada”.

En el artículo 2 se mencionan los tipos de violencia, los cuales abarcan los siguientes actos:

- a) La violencia física, sexual o psicológica que tenga lugar en la familia, incluyendo los malos tratos, el abuso sexual de niñas en el ámbito familiar, la violencia relacionada con la dote, la violación marital, la mutilación genital femenina y otras prácticas tradicionales dañinas para la mujer, los actos de violencia perpetrados por otros miembros de la familia y la violencia referida a la explotación.
- b) La violencia física, sexual o psicológica que suceda dentro de la comunidad, que incluye la violación, el abuso sexual, el acoso y la intimidación sexual en el trabajo, en instituciones educacionales o en otros lugares de la comunidad, el tráfico sexual de las mujeres y la prostitución forzada.
- c) La violencia física, sexual o psicológica perpetrada o tolerada por el estado donde quiera ésta ocurra.

Declaración de la Eliminación de la Violencia contra las Mujeres, ONU, 1993.

En algunos casos se habla también de violencia patrimonial o económica, la cual implica la restricción del acceso a los recursos financieros o de otro tipo como instrumento de control y sometimiento (Guerrero, 2002). Dependiendo del ámbito en el cual la violencia sea perpetrada, ésta puede ser agrupada de la siguiente manera:

- a) **En el ámbito de la familia**, incluye maltratos, palizas, abuso sexual de los(as) niños(as) en el hogar, la violencia relacionada con la dote, la violación marital, la mutilación genital femenina y otras prácticas tradicionales que afectan la salud de la mujer, los crímenes de honor, los crímenes de pasión, los actos de violencia perpetrados por otros miembros de la familia y la violencia relacionada con la explotación.
- b) **Dentro de la comunidad**, incluye la violación, el abuso sexual, el acoso y la intimidación sexuales en el trabajo, en instituciones educacionales, centros de salud

o cualquier otro lugar público, la pornografía infantil, la trata de mujeres y niñas, y la prostitución forzada.

- c) Son también considerados actos de violencia basada en el género aquellos que violan los derechos humanos de las mujeres en **situación de conflictos armados**, particularmente el asesinato, la violación sistemática, la esclavitud sexual y el embarazo forzado.
- d) Otras formas de violencia basada en el género, que pueden ocurrir **tanto en el ámbito privado como en el público** son las esterilizaciones forzadas, los abortos forzados, el uso coercitivo de anticonceptivos, el infanticidio femenino, la selección prenatal del sexo del bebé, los crímenes de motivación racial, los raptos y la venta de niñas, los ataques con ácido y los matrimonios a edad temprana.
- e) También se considera violencia basada en el género aquellos **actos de violencia física, sexual o psicológica perpetrados o condonados por el Estado**, donde quiera que éstos ocurran. En este sentido, es ampliamente aceptado que los Estados tiene la obligación de actuar con la debida diligencia para prevenir, investigar y sancionar la violencia contra la mujer (Kislinger, 2005:3).

Por otro lado, en 1994 se llevó a cabo la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo en El Cairo cuyo programa de Acción establecía como piedras angulares para el desarrollo el avance de la igualdad en materia de género, el empoderamiento de la mujer así como la eliminación de todas las formas de violencia contra ella. Asimismo, “se exhortó a los gobiernos a tomar medidas de amplio alcance para prevenir y eliminar todas las formas de explotación, maltrato, acoso y violencia contra la mujer, el/la adolescente y los/as niñas, así como medidas para rehabilitar a las víctimas” (Andrés, 2004:18).

En septiembre de 1995 se llevó a cabo la Cuarta Conferencia Mundial sobre Mujeres en Beijing, China cuya Plataforma de Acción estuvo enfocada al empoderamiento de las mujeres, buscando eliminar obstáculos a su participación activa tanto en la esfera pública como en la privada por medio de la repartición equitativa en la toma de decisiones económicas, sociales, culturas y políticas. Este principio de equidad entre hombres y mujeres implica trasladarlo también al hogar, al lugar de trabajo y a las comunidades nacionales e internacionales (ONU, 1995). De igual forma, ordenó a los estados a reconocer la vulnerabilidad frente a la violencia de las mujeres que pertenecen a ciertos grupos, llámense refugiados, desplazados, inmigrantes o personas discapacitadas (Andrés, 2004). No obstante, también reconoce que “la ausencia de datos y estadísticas adecuadas en la incidencia de la violencia [contra la mujer] hace la elaboración de programas y la supervisión de los cambios difícil de monitorear” (García et al., 2003:114).

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) identificó a la violencia contra la mujer como factor fundamental para el deterioro de su salud debido a que las agresiones físicas, psíquicas y sexuales suponen pérdidas a veces irreparables en la esfera biológica, psicológica y social de las mujeres (Andrés, 2004). Bajo este contexto, en la 49ª Asamblea Mundial de la Salud, llevada a cabo del 20 al 25 de mayo de 1996 en Ginebra –y que reunió a ministros de salud de 190 países- se reconoció la prevención de la violencia, incluida la violencia contra la mujer, como una prioridad de salud pública que requería de acción urgente por parte de los gobiernos, agencias internacionales y organizaciones nacionales, pues se estimaba que, anualmente, 1.6 millones de personas perdían la vida por actos violentos (Benítez, et al., 2004; García et al., 2003). Además, se establece que el sector salud, con frecuencia, es el primer contacto con las víctimas de violencia y tiene una capacidad técnica y una posición especial en la comunidad para ayudar a las personas expuestas a dicho riesgo (Andrés, 2004).

Una de las conclusiones a las que se llegó en esta Asamblea fue la decisión de emprender investigaciones epidemiológicas para proveer con datos sólidos el fenómeno de la violencia contra la mujer. Como resultado, el Departamento de Género y Salud de las Mujeres de la OMS llevó a cabo el Estudio Multinacional sobre Violencia Doméstica y Salud de la Mujer en 1998. Dicho estudio empleó técnicas de investigación epidemiológica para un mejor entendimiento de los factores de riesgo y las consecuencias de la violencia por parte de la pareja íntima. Los resultados permitirían diseñar intervenciones apropiadas (García et al., 2003).

Estas señales de interés han logrado que las causas y consecuencias de la violencia contra las mujeres sean comprendidas y analizadas. En varios países se han modificado y reformado las leyes relacionadas con este fenómeno. Inclusive, varias regiones han creado sus propias convenciones en esta materia como la Convención Interamericana sobre la Prevención, el Castigo y la Erradicación de la Violencia contra la Mujer y la Convención Africana sobre los Derechos del Hombre y de los Pueblos, que comprende un Protocolo Adicional sobre los Derechos de la Mujer (UNICEF, 2000).

En resumen, a pesar de estas décadas de lucha, de presión y de intervención a favor de la erradicación de la violencia contra la mujer, el verdadero reto consiste en hacerla socialmente inaceptable (Fried, 2003). Aún constituye una de las formas más penetrantes

de violación de derechos humanos en el mundo puesto que existen diversas naciones en donde el acceso a las mujeres a la educación, a la salud, a los espacios laborales y a los políticos aún permanece distante de sus objetivos más apremiantes (Fried, 2003; Subadra, 1999).

2.2.2 La violencia contra la mujer alrededor del mundo. Ejemplos y datos

El Banco Mundial estimó que la violación y la violencia doméstica representan cinco por ciento de vida perdida en las mujeres en edad reproductiva. Por ejemplo, en China, donde la mortalidad materna y las enfermedades relacionadas con la pobreza están relativamente bajo control, los años saludables de vida perdida ocasionadas por violación y violencia doméstica representan un porcentaje mucho mayor (16%) (Heise, 1994). Por otro lado, en 1983, en Delhi, en promedio dos mujeres morían quemadas vivas por día. En Bombay, una encuesta llevada a cabo por dos estaciones de policía, indicó que en un periodo de ocho meses del año 1984, una mujer era quemada a muerte cada cinco días. En Bangalore, los suicidios y “muertes por dote” se duplicaron en ese mismo año comparado con años anteriores (Subadra, 1999).

La mitad de las mujeres canadienses han experimentado al menos un incidente de violencia física o sexual desde los 16 años. En el periodo de 1969 a 1987, el número de violaciones declaradas incrementó un 125 por ciento. La mitad de ellas tuvieron lugar en la casa de la víctima. El 80% de las mujeres en las prisiones federales sufrió con anterioridad abuso físico o sexual (Lachance, 1994).

En 1999, el British Council publicó un estudio con estimaciones a nivel mundial sobre la violencia de género:

Una de cada cuatro mujeres en el mundo sufre violencia doméstica.

Una de cada cuatro mujeres en el mundo sufre violación o intento de violación.

Una de cada cuatro mujeres es acosada sexualmente en el trabajo o en espacios públicos.

Una de cada cuatro niñas es objeto de algún tipo de intromisión en su intimidad durante la niñez (Andrés, 2004:19-20).

En muchos países se le da más valor al hijo varón que a la niña, inclusive países como India se realizan abortos selectivos cuando el sexo del bebé es femenino. En China, la política del hijo único ha traído como consecuencia el abandono de niñas recién nacidas. En este país la proporción de mujeres a hombres es de 88 a 100. En las zonas rurales de

Centroamérica es común que el hombre viole a la mujer con la que desea casarse, de esta manera, se produce la unión de hecho. En países como la India es una norma común vender a las niñas según los intereses del patriarca de la familia. Asimismo, es habitual quemar hasta matar a las mujeres que fueron al matrimonio con una dote escasa o insuficiente para el varón (Andrés, 2004).

En la vida pública y privada, la violencia o la amenaza de violencia (como bien se ha definido) tiene atemorizada a muchas mujeres, manteniéndolas en un estado en el cual son incapaces de contribuir al desarrollo de sus comunidades en los ámbitos sociales, económicos y políticos (Fried, 2003). “La violencia obstaculiza todas las capacidades de las mujeres para ejercer sus derechos humanos y circunscribe su capacidad para desempeñarse como ciudadanas completas en la sociedad” (Ídem:91).

Bajo este contexto, millones de mujeres en el mundo se encuentran expuestas simultáneamente a dos experiencias que marcan sus vidas (con efectos duraderos en su desarrollo físico y psicosocial): el ejercicio de su salud reproductiva y la experiencia de la violencia en alguna de sus expresiones -la **violencia doméstica**, la violación, el incesto, las mutilaciones genitales, el homicidio, el abuso sexual a niñas, la prostitución forzada y el tráfico de mujeres, son algunas de ellas (Valdez y Sanín, 1996).

2.2.3 Consecuencias de la violencia basada en el género

Las consecuencias de la violencia contra la mujer pueden clasificarse en sociales, económicas y de salud (Kislinger, 2005).

a) Consecuencias sociales

La violencia genera miedo el cual no permite a las mujeres que lleven una vida independiente; además, limita el desarrollo pleno de su potencial⁸ y su contribución a la sociedad. El miedo a la violencia y al hostigamiento ha sido reconocido como obstáculo constante para la movilidad de la mujer, limitando su acceso a actividades y recursos

⁸ Informe preliminar presentado por la Relatora sobre violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias, Sra. Radhika Coomaraswamy, de conformidad con la resolución 1994/45 de la Comisión de Derechos Humanos (1994) Documento E/CN.4/1995, 22 de Noviembre de 1994. Comisión de Derechos Humanos, Organización de las Naciones Unidas.

básicos.⁹ De igual forma, existe evidencia en el caso de niños y niñas que han sido testigos de situaciones de violencia contra su madre que presentan problemas psicológicos; además que son más propensos a desarrollar conductas violentas dentro de sus propias relaciones (Bott et al., 2005).

b) Consecuencias económicas

Según Biehl y Andrew (1999), el monto estimado de las remuneraciones perdidas a causa de la violencia contra la mujer se encuentra entre el 1.6 y el 2.0 por ciento del producto neto bruto. Asimismo, la violencia trae como resultado una serie de consecuencias socioeconómicas entre las que destacan el aumento del gasto público dirigido a los sistemas judiciales y penitenciarios, a la creación y mantenimiento de refugios para las víctimas, a la provisión de cuidados médicos y servicios sociales tales como consejerías, educación y actividades de prevención, y al entrenamiento de policías, trabajadores de los sectores judicial y de salud. Además, también produce pérdidas de productividad, ausentismo laboral y aumento de la mortalidad y la morbilidad (Ídem).

c) Consecuencias en la salud

La violencia basada en el género además de generar lesiones físicas y problemas psicológicos de distinta gravedad, así como secuelas en el bienestar de la mujer es causa de muerte, tal como lo demuestran las muertes en Ciudad Juárez, Guatemala, Bolivia y Argentina. Por otro lado, según datos de la policía de Puerto Rico, entre 1990 y finales de 2002, se presentaron 287 casos de asesinatos de mujeres y en Perú, 142 mujeres fueron asesinadas durante el 2003 por sus parejas, familiares o algún conocido, también por razones asociadas a su género (Kislinger, 2005).

2.3 Violencia doméstica

Las mujeres y los niños corren a menudo grandes peligros precisamente allí donde deberían estar más seguros: en sus familias. Para muchos de ellos y ellas, el “hogar” es un sitio donde impera un régimen de terror y violencia, instaurado por alguien con quien tienen relaciones estrechas, por alguien de quien deberían poder fiarse. Estas víctimas de malos tratos sufren física y psicológicamente. Se ven en la incapacidad de tomar decisiones personales, de expresar sus opiniones o de brindar protección a sí mismas o, en el caso de

⁹ “Declaración y Plataforma de Acción”. Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Naciones Unidas. Beijing, China, septiembre 1995. Párrafo 117.

las madres, a sus propios hijos por miedo de las consecuencias que ello les puede acarrear. Sus derechos humanos son pisoteados y la amenaza constante de la violencia les impide vivir (UNICEF, 2000). Según Rivas (2001), la ya trillada frase “hogar dulce hogar” no es más que una utopía, pues en muchos de ellos, en vez de encontrar cuidado, afecto, protección y seguridad se presentan situaciones de tristeza, frustración y en el peor de los casos, de muerte.

La violencia doméstica constituye, en la mayoría de los casos, un asunto “privado” debido al alto valor asignado a la familia como una institución social sacrosanta indisputable. De hecho, esta creencia desacredita cualquier conocimiento legítimo de que, generalmente, la familia en realidad es el lugar y la raíz de las relaciones de género desiguales y de opresión a las mujeres (Subadra, 1999). Según Fried (2003), los análisis feministas han mostrado que no siempre la familia es un lugar para estar seguro y a salvo para las mujeres.

Con frecuencia, la violencia es cometida por los hombres que tienen (o tuvieron) con la víctima relaciones de confianza, intimidad y poder. Por ejemplo, los maridos, novios, padres, suegros, padrastros, hermanos, tíos, hijos u otros parientes (UNICEF, 2000).

La violencia doméstica es un tipo de violencia basada en el género que ocurre dentro del contexto social de la subordinación de las mujeres y sus lazos familiares. Investigaciones tanto en países desarrollados como los en desarrollo han mostrado que la violencia doméstica es muy común (Espinoza y Camacho, 2005). Según Subadra (1999) es la que sigue siendo menos informada a pesar de su frecuencia. La violencia doméstica no respeta grupos étnicos, edad, estrato social, cultura o nacionalidad. Además, es un fenómeno que sucede en todo el mundo (Borjón, 2000).

Según Borjón (2000), la violencia doméstica ha existido desde siempre y se puede observar en pasajes bíblicos. Por un lado, está el caso de Caín, quien mató a su hermano Abel (Génesis); por otro lado, en uno de los pasajes del Antiguo Testamento se narra el orden que Dios dio a Abraham de sacrificar a su hijo.

El primer caso que se conoce como maltrato infantil ocurrió en 1866, en Nueva York. Martha Ellen Wilson fue encontrada golpeada por sus padres adoptivos. Como no había instancias que se encargaran del maltrato al menor, el caso fue trasladado a la Sociedad de Prevención de la Crueldad de los Animales, partiendo del supuesto de que la niña era un animal (Ídem).

La violencia doméstica empezó a consolidarse como un tema de preocupación social en 1962, cuando el médico Henry Kempe publicó un artículo sobre “el síndrome del niño golpeado” (Ídem). Antes de esa fecha, la violencia contra el género femenino era considerada como un fenómeno poco frecuente, estaba catalogado como anormal y se le atribuía a personas con trastornos psicopatológicos (Alvarado et al., 1998).

Kempe y sus colegas empezaron a sospechar que muchas de las fracturas y lesiones infantiles que atendían eran consecuencia del maltrato a los niños por parte de sus padres. Desde la perspectiva médica este síndrome se define como los actos de violencia física que producen una lesión diagnosticable. En 1974 el Centro Nacional de Maltrato Infantil de Estados Unidos complementó esta definición para incluir actos no físicos, como aquellos de índole sexual o mental, de negligencia o el maltrato de un niño menor de 18 años ocasionado por una persona que fuera responsable del mismo (Borjón, 2000:40-41).

Fue en 1971 cuando se abrió el primer albergue para mujeres golpeadas y sus hijos en Londres; de igual forma, se escribió el primer libro que abordaba este tema denominado *No grites fuerte o los vecinos nos van a oír*. En 1972, en Minnesota, surge la primera línea telefónica con información sobre los recursos disponibles para estas víctimas. Dos años después, se abre el primer albergue en los Estados Unidos de América (Borjón, 2000).

En el año de 1990, el mundo fue testigo de un cambio dramático en la forma en que los países trataban el tema de la violencia doméstica contra la mujer. Mientras la mayoría de los países alguna vez ignoraron el problema como un asunto privado, en la actualidad la gran mayoría ha aceptado la responsabilidad para ayudar a prevenir la violencia en el hogar y perseguir a los infractores (Hawkins y Humes, 2002). Por ser este un fenómeno que recientemente está siendo estudiado, es difícil conseguir datos estadísticos confiables que presenten con exactitud la prevalencia y dimensión de la violencia doméstica; sin embargo, se estima que del 20 por ciento al 50 por ciento de las mujeres, según el país de que se

trate, han experimentado la violencia física de manos de su pareja íntima o de cualquier otro miembro de la familia (UNICEF, 2000).

En términos generales el término violencia doméstica refiere a un patrón de ocurrencia regular de abuso y violencia, o la amenaza de dicha violencia, en una relación íntima (aunque no necesariamente en cohabitación). Ya sea que el abuso sea físico, sexual, psicológico o económico, el núcleo del problema es siempre un desequilibrio de poder. El abusador aprende que la coerción “funciona”, que es efectiva en controlar la relación y reforzar el poder de este desequilibrio. De hecho, el control y la dominación pueden formar parte del abuso mismo (Chez, 1994).

Por definición, la violencia doméstica “es toda acción u omisión cometida por algún miembro de la familia en relación de poder, sin importar el espacio físico donde ocurra, que perjudique el bienestar, la integridad física, psicológica o la libertad y el derecho al pleno desarrollo de otro miembro de la familia” (Herrera, 2002; Aliaga et al., 2003). Así, los grupos vulnerables identificados por la literatura son las **mujeres**, los niños y ancianos de ambos sexos (Candelas, 2004).

Claramunt (1997:7) la define como “todo acto u omisión que resulte en un daño a la integridad física, sexual, emocional o social de un ser humano, en donde medie un vínculo familiar o íntimo entre las personas involucradas”.

La Asociación de Psicólogos Americanos (APA, 1996) define a la violencia doméstica como “un patrón que incluye un amplio rango de conductas de maltrato físico, sexual o psicológico utilizado por una persona en una relación íntima contra la otra con el fin de obtener poder, control y autoridad” (APA, 1996. Citado en Zarza y Froján, 2005:18).

Para Rivas (2001:79) es “la totalidad de hechos que causan daño tanto físicos, psíquicos como patrimoniales en contra de la mujer o cualquier otro/a integrante de la familia” asumiendo que cualquier miembro puede dañar y/o ser dañado. De cualquier forma, los estudios epidemiológicos han demostrado que son las mujeres y los niños los grupos más afectados.

El tipo de relación existente, entre la persona que sufre la agresión y quien la ejecuta, constituye el elemento central para que el abuso físico, sexual, emocional y la negligencia se califiquen como manifestaciones de violencia doméstica. A nivel general puede decirse que involucra seres humanos en una de las relaciones siguientes:

- Adulto-adulto
- Adulto-niño
- Adulto-anciano (Claramunt, 1997).

En un nivel más particular, la diferencia entre violencia doméstica y otros tipos de violencia, radica en la existencia de un contacto íntimo entre las personas. Generalmente, el vínculo obedece a un lazo familiar o de pareja. No obstante, la violencia doméstica puede ocurrir no necesariamente en el espacio familiar. Se considera como parte de ella a “cualquier tipo de agresión que ocurra en grupos que satisfagan para sus integrantes, las necesidades afectivas, de protección y cuidado que, tradicionalmente, son responsabilidad de la familia (Ídem:8).

Así, la definición de Claramunt (1997) se concreta tomando en cuenta las siguientes disposiciones:

- a) Cualquier acto de naturaleza abusiva o de negligencia contra niños, niñas, adolescentes, personas adultas, ancianas o con alguna discapacidad, que se presente al interior de una familia biológica o adoptiva, en albergues de cuidado temporal o permanente y en grupos o sectas que funcionen como familias, se considera violencia doméstica. Ejemplos de estos grupos son: internados, guarderías infantiles, instituciones dedicadas al cuidado de quienes no pueden valerse por sí mismas, residencias estudiantiles, conventos y hogares sustitutos.
- b) La observación de cualquier acto de naturaleza abusiva al interior de la familia o grupo que funcione como familia, cometido por quienes tienen mayor poder y autoridad en contra de niños, niñas, adolescentes o personas que tienen una posición de dependencia. Se incluyen, por tanto, como manifestaciones de violencia doméstica los siguientes ejemplos:
 - La observación de todo acto de naturaleza abusiva que el padre o la madre ejerza en contra de un hermano o hermana.
 - La observación de todo acto de naturaleza abusiva cometido en contra de la madre por parte del padre o padrastro.
- c) Cualquier acto de naturaleza abusiva entre dos personas adultas que mantienen una relación íntima entre ellas. Involucra a parejas heterosexuales u homosexuales, casadas o no, antiguos esposos, amantes y parejas que comparten hijos, estén o no involucradas actualmente en relaciones sexuales (Claramunt, 1997:8).

De acuerdo con el informe del Secretario General de las Naciones Unidas, emitido en 1992 y titulado *Esfuerzos encaminados a erradicar la violencia contra la mujer en la familia y sociedad*, existe una serie de características que describen el tema:

- a) La violencia en la familia ocurre fundamentalmente de los hombres hacia las mujeres;
- b) La mayoría de las víctimas son los miembros más débiles de la familia, en función del sexo, la edad o la condición física.
- c) La violencia se produce como consecuencia al poner en entredicho el poder del “fuerte”, que se convierte en el victimario, para dejar de reconocer los Derechos Humanos de la víctima.
- d) La violencia ha existido desde siempre en la familia; no obstante, sólo se ha creado conciencia sobre la misma hasta el último decenio, cuando se reconoció la violencia contra la mujer (Borjón, 2000: 39).

Con la excepción de algunas pequeñas tribus indígenas, la violencia doméstica existe en casi todas las culturas del mundo. Se han encontrado más casos de esa violencia en las sociedades donde la estructura social es patriarcal, es decir, donde el padre de la familia y los hombres en general ejercen más poder y autoridad que las mujeres (Campbell, 1992. Citado en Welland, 2001:168). Se parte de la noción de propiedad sobre el cuerpo, sexualidad, trabajo, derechos reproductivos, movilidad y nivel de autonomía de las mujeres. Las ideas profundamente arraigadas sobre la superioridad masculina autoriza a los hombres a ejercer libremente su poder ilimitado sobre la vida de las mujeres y, prácticamente, lo legaliza (Subadra, 1999).

Aunque es cierto que hay mujeres que son las agresoras primarias, es 13 veces más probable que el hombre lesione a la mujer que al contrario, excepto en los casos donde hay uso de arma (American Psychological Association, 1996. Citado en Welland, 2001:165).

Como se ha mencionado, la violencia contra la mujer es aquella que tiene como sujeto a la población femenina, independientemente del entorno político, familiar, laboral, educativo o social donde ésta se produzca. Mientras tanto, la violencia doméstica hace referencia a aquella que se produce en el entorno familiar. La intersección de estas dos formas de agresión dan como resultado un tipo particular de violencia en donde, además de ser provocada por alguien del espectro familiar, la víctima es un persona del sexo

femenino. A esta combinación se le denomina violencia doméstica contra la mujer (Ídem) cuyo agresor principal es el cónyuge o pareja.

2.4 Violencia doméstica contra la mujer. El caso de la violencia de pareja

En los últimos 20 años, los resultados de diversas investigaciones han demostrado que la violencia doméstica no es tan rara, que es una violencia de género y que, en la mayoría de los casos, la ejerce el compañero íntimo o el excompañero de la mujer (Alvarado et al., 1998). Por su parte, los hombres están más expuestos a sufrir agresiones de extraños o de conocidos que de personas de su círculo íntimo.¹⁰ Es importante señalar que también existen casos en donde la mujer puede agredir a su pareja masculina, inclusive, en las parejas del mismo sexo también hay violencia; sin embargo, “la violencia en la pareja es soportada en proporción abrumadora por las mujeres e infligida por los hombres” (Ídem:97).

La conducta violenta, entendida como el uso de la fuerza para la resolución de conflictos personales, surge cuando existe un desequilibrio de poder, permanente o momentáneo, en el cual se establece una relación de abuso. Por medio de ese tipo de conducta, “se busca someter, doblegar o subordinar al otro miembro de la relación, ocasionándole daños físico, psíquico y/o económico” (Corsi, 1994. Citado en Alvarado et al., 1998).

LA ONU (1995) define la violencia doméstica (contra las mujeres) como:

Una manifestación de las relaciones de poder históricamente desiguales entre hombres y mujeres, que han conducido a la dominación de la mujer por el hombre, la discriminación contra la mujer y la interposición de obstáculos contra su pleno desarrollo. La violencia contra la mujer a lo largo de su ciclo vital dimana especialmente de pautas culturales, en particular de los efectos perjudiciales de algunas prácticas tradiciones o consuetudinarias y de todos los actos de extremismo relacionados con la raza, el sexo, el idioma o la religión que perpetúan la condición inferior que se le asigna a la mujer en la familia, el lugar de trabajo, la comunidad y la sociedad.¹¹

Por otro lado, violencia contra la pareja se refiere “a cualquier conducta dentro de una relación íntima que cause daño físico, psicológico o sexual a alguno de los miembros de la relación, incluyendo agresiones físicas, abuso psicológico; relaciones o conductas

¹⁰ http://www.paho.org/Spanish/AM/PUB/capitulo_4.pdf

¹¹ http://www.paho.org/Spanish/AM/PUB/capitulo_4.pdf

sexuales forzadas; y conductas de control, tales como aislamiento, control de las actividades y restricciones en el acceso a información y asistencia (Heise y García, 2002. Citado en Matud, 2004:397).

Además, la violencia del hombre se puede distinguir, por un lado, la defensa por parte de él, del ejercicio irrestricto de una libertad que se siente con derecho a gozar. Si la mujer manifiesta algún intento de “control” de este ejercicio, él la maltrata para imponer su voluntad y reencauzar la relación de sumisión. Por otro lado, el maltrato tiene como fin imponer ciertas conductas o prohibir otras. Esto se manifiesta en la reglamentación de su modo de vestir, de las personas con quienes puede o no relacionarse, en la posibilidad o no de trabajar, o sobre el cumplimiento de ciertas tareas hogareñas. Esta reglamentación del comportamiento encuentra su justificación en ciertas expectativas morales de “feminidad” y tiene como objetivo, también, conjurar la infidelidad femenina, situación que los hombres violentos suelen vivir como una constante amenaza, tengan o no motivos para ello (ENVIM, 2003).

2.4.1 Tipos de violencia doméstica contra la mujer

La violencia contra la pareja se produce en todos los países, en todas las culturas y en todos los niveles sociales sin excepción. Además de las agresiones físicas, como los golpes o las patadas, este tipo de violencia comprende las relaciones sexuales forzadas y otras formas de coacción sexual, los malos tratos psíquicos, como la intimidación y la humillación, y los comportamientos controladores, como aislar a una persona de su familia y amigos o restringir su acceso a la información y la asistencia (Informe Mundial Sobre la Violencia y la Salud: Resumen, 2002). El Cuadro 2.2 presenta con más detalle esta clasificación.

- Violencia física

Actualmente, las investigaciones que sobre violencia doméstica se han llevado a cabo confirman la prevalencia de la violencia física en todas las partes del mundo. Se estima que la proporción de mujeres que la han sufrido oscila entre el 20 y el 50 por ciento. El Cuadro 2.3 muestra las agresiones físicas en países industrializados, los países en desarrollo y aquellos que atraviesan el proceso de transición económica (UNICEF, 2000). Es importante establecer que la violencia física generalmente va de la mano de la psicológica y, en la mayoría de los casos, de agresiones sexuales.

Cuadro 2.2 Tipos de violencia doméstica

Violencia física

- *Causar o intentar causar daño físico y/o enfermedad.* Por ejemplo, agarrar, punzar, pellizcar, empujar, abofetear, golpear, jalar el cabello, morder, torcer el brazo, patear, dar puñetazos, golpear con objetos sin filo, apuñalar, disparar.
- *Retener el acceso a los recursos necesarios para mantener su salud.* Por ejemplo, medicamento, cuidado médico, silla de ruedas, comida o líquidos, dormir, asistencia higiénica.
- *Forzar al consumo de alcohol u otras drogas.*

Violencia sexual

- *Obligar o intentar obligar al contacto sexual sin consentimiento.* Por ejemplo, violación marital, violación por algún conocido, sexo forzado después de los golpes físicos, ataques en las partes sexuales del cuerpo, bestialidad, prostitución forzada, sexo sin protección, caricias, sodomía, sexo con otros, uso de pornografía.
- *Intentar socavar la sexualidad de la víctima.* Por ejemplo, tratar a la víctima de una manera despectiva, criticar el desempeño y el deseo sexual. De igual forma, acusaciones de infidelidad, rehusarse al sexo.

Violencia psicológica

- *Infundir o tratar de infundir miedo.* Por ejemplo, intimidación, amenazas de dañar a la víctima, a otros o al mismo agresor, amenazas de lastimar o secuestrar a los hijos, hostigamiento, destrucción de propiedades y de mascotas, juegos mentales.
- *Aislar o intentar aislar a la víctima de amigos, familia, escuela y trabajo.* Por ejemplo, retener el acceso al teléfono y/o transporte, socavar las relaciones personales de la víctima, hostigar a otros, constante vigilancia, constante acompañamiento, uso de acusaciones infundadas, aprisionamiento forzado.

Violencia emocional

- *Socavar o intentar socavar el sentido de autovaloración de la víctima.* Por ejemplo, constante criticismo, menosprecio de las habilidades y competencias de la víctima, insultos, manipulación de los sentimientos y emociones de la víctima para causar culpa, el derrocar la relación con los hijos, el constante hacer y deshacer de promesas.

Violencia económica

- *Hacer o intentar hacer que la víctima sea financieramente dependiente.* Por ejemplo, mantener el control total sobre los recursos financieros incluyendo los ingresos ganados por la víctima o los recursos recibidos a través de la asistencia pública o la seguridad social, retener el dinero o el acceso al dinero, prohibir la asistencia a la escuela, prohibir trabajar, requerir cuentas y justificación del dinero gastado, forzar a realizar fraudes a la asistencia social, retener información sobre las finanzas familiares, adquirir cuentas en las cuales la víctima es responsable del pago.
(New York State Office for the Prevention of Domestic Violence, 1987. Citado en Chez, 1994:37).

Cuadro 2.3 La violencia doméstica contra las mujeres

Países industrializados

Canadá

- El 29% de las mujeres (muestreo representativo a nivel nacional de 12,300 mujeres) han declarado haber sufrido agresiones físicas por parte del compañero actual o precedente a partir de los 16 años de edad.

Estados Unidos

- El 28% de las mujeres (muestreo representativo de mujeres a nivel nacional) han declarado al menos un episodio de violencia física por parte de sus compañeros.

Japón

- El 59% de 796 mujeres encuestadas en 1993 han declarado haber sufrido malos tratos físicos por parte de sus compañeros.

Nueva Zelanda

- El 20% de 314 mujeres encuestadas han declarado haber recibido golpes o sufrido malos tratos físicos por parte de un compañero del sexo masculino.

Reino Unido

- El 25% de las mujeres (muestreo de mujeres seleccionadas al azar en una sola jurisdicción) habían recibido puñetazos o bofetadas a manos de un compañero o de un ex compañero a lo largo de su vida.

Suiza

- El 20% de 1,500 mujeres han declarado haber sufrido agresiones según una encuesta realizada en 1997.

Asia y el Pacífico

Camboya

- El 16% de las mujeres (muestreo representativo de mujeres a nivel nacional) han declarado haber sufrido malos tratos físicos por sus esposos; el 8% ha declarado haber sufrido heridas.

Corea

- El 38% de las esposas han declarado sufrir malos tratos físicos a manos de sus maridos, según una encuesta realizada mediante un muestreo de mujeres seleccionadas al azar.

India

- Ascende al 45% la proporción de hombres casados que reconocen someter a sus esposas a malos tratos físicos, según una encuesta realizada en 1996 entre un grupo de 6,902 hombres en el estado de Uttar Pradesh.

Tailandia

- El 20% de los maridos (muestreo representativo de 619 maridos) han reconocido haber sometido a sus esposas a malos tratos físicos al menos una vez en su vida matrimonial.

Medio Oriente

Egipto

- El 35% de las mujeres (muestreo representativo de mujeres a nivel nacional) han declarado haber sido golpeadas por sus maridos en algún momento de su vida matrimonial.

Israel

- El 32% de las mujeres han declarado al menos un episodio de malos tratos físicos por parte de sus compañeros y el 30% han declarado haber sido obligadas por sus maridos a tener relaciones sexuales forzadas el año anterior, según una encuesta realizada en 1997 entre 1,826 mujeres árabes.

África

Kenia

- El 42% de 612 mujeres encuestadas en una sola jurisdicción han declarado haber sido golpeadas por un compañero; entre ellas, el 58% han declarado ser golpeadas a menudo u ocasionalmente.

<p><i>Uganda</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • El 41% de las mujeres han declarado ser golpeadas o sufrir daños físicos por parte de un compañero; el 41% de los hombres han declarado golpear a sus compañeras (muestreo representativo de mujeres y de sus compañeros en dos jurisdicciones). <p><i>Zimbabwe</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • El 32% de 966 mujeres de una sola provincia han declarado sufrir malos tratos físicos a manos de un miembro de la familia u otra persona de la casa a partir de los 16 años de edad, según una encuesta realizada en 1996.
<p>América Latina y el Caribe</p> <p><i>Chile</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • El 26% de las mujeres (muestreo representativo de mujeres de Santiago) han declarado al menos un episodio de violencia a manos de un compañero; entre ellas, el 11% ha declarado al menos un episodio de violencia grave y el 15% ha declarado al menos un episodio de violencia menos grave. <p><i>Colombia</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • El 19% de 6,907 mujeres encuestadas han sufrido agresiones físicas por sus compañeros a lo largo de la vida. <p><i>México</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • El 30% de 650 mujeres encuestadas en Guadalajara han declarado haber vivido al menos un episodio de violencia física por parte de un compañero; el 13% ha declarado haber sufrido violencias físicas el año anterior, según informe de 1997. <p><i>Nicaragua</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • El 52% de las mujeres (muestreo representativo de las mujeres de León) han declarado haber sufrido malos tratos físicos a manos de un compañero al menos una vez; el 27% ha declarado haber sufrido malos tratos físicos el año anterior, según informe de 1996.
<p>Europa Central y Oriental/CEI/Estados Bálticos</p> <p><i>Estonia</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • El 29% de las mujeres entre los 18 y los 24 años de edad temen ala violencia doméstica, y la proporción aumenta con la edad, alcanzando el 52% de las mujeres de 65 a nos o más, según una encuesta realizada en 1994 entre 2,315 mujeres. <p><i>Polonia</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • El 60% de las mujeres divorciadas encuestadas en 1993 por el Centro de Análisis de la Opinión Pública han declarado haber sido golpeadas al menos una vez por sus ex maridos; un ulterior 25% ha declarado haber sufrido violencias repetidas. <p><i>Rusia (San Petroburgo)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • El 25% de las niñas (y el 11% de los niños varones) han declarado haber tenido relaciones sexuales no consensuales, según una encuesta realizada entre 174 niños varones y 172 niñas de 14 a 17 años de edad. <p><i>Tayikistán</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • El 23% de 550 mujeres entre los 18 y los 40 años de edad han declarado haber sufrido malos tratos físicos, según una encuesta.

(Adaptado de “Violence Against Women”, WHO, FRH/WHD/97.8, “Women in Transition”, Informe Regional de Monitoreo, UNICEF 1999, y un estudio realizado por el Centro de Investigaciones sobre la Violencia Doméstica, Japón. Citado en UNICEF, 2000:5).

Además, la mayoría de las víctimas de agresiones físicas suelen sufrir más de un tipo de maltrato. Yoshihama y Sorenson (1994) realizaron un estudio en 613 mujeres maltratadas cuyos resultados demostraron que menos del 10 por ciento de ellas sufrieron únicamente violaciones físicas, y que el 57 por ciento había sufrido maltrato físico, psicológico y sexual. Por otro lado, en un estudio llevado a cabo en México, se comprobó que cerca de la mitad de las mujeres que habían sufrido maltratos físicos habían sufrido también abusos sexuales por parte de su pareja (Granados, 1996).

- **Violencia psicológica (emotiva o emocional)**

Es cierto que los malos tratos físicos pueden ser más “visibles” que los daños psicológicos; sin embargo, también es cierto que la constante repetición de humillaciones e insultos, el aislamiento forzado, los límites impuestos a la movilidad social, las amenazas constantes de violencia y la negación de recursos económicos representan formas más sutiles e insidiosas de violencia (UNICEF, 2000). “La naturaleza intangible de la violencia psicológica la hace más difícil de definir y denunciar, conduciendo así frecuentemente a la mujer a una situación de inestabilidad mental e impotencia” (Ídem:4). Para muchas mujeres “las consecuencias psicológicas son aún más serias que los efectos físicos (pues) esta experiencia destruye su amor propio y la pone en mayor riesgo de padecer diversos problemas de salud mental” (Population Reports, 1999:19; Burín, 1991; Heise, 1994. Citados en Fernández y Pérez, 2007:21).

La violencia psicológica comprende acciones y comportamientos que humillan, avergüenzan y deterioran la autoestima de la persona. En muchas ocasiones no es tomada mucho en cuenta, inclusive por las propias mujeres; sin embargo,

Es la principal fuente de deterioro para el ser humano [...], que duele y permanece en la conciencia mucho más que un golpe físico (en tanto que) el golpe físico se cura (muchas de las veces), pero la voz del marido diciendo atrocidades queda resonando en los oídos de la mujer por mucho tiempo y termina formando un archivo de recuerdos dolorosos que se evocan permanentemente (Ferreira, 1991. Citado en Fernández y Pérez, 2007:22)

Las víctimas declaran que la violencia psicológica permanente –torturas emotivas constante y una vida basada en el terror- resulta, en la mayoría de las veces, más insoportable que las agresiones físicas. Tan es así, que crea una tensión mental que se traduce en elevadas incidencias de suicidios e intentos de suicidio (Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud: resumen, 2002). Se presenta también la depresión, la ansiedad y las

fobias, el llamado trastorno de estrés postraumático y el uso cada vez más indiscriminado de alcohol y drogas; inclusive, hasta el hábito de fumar (Ídem).

Ferreira (1991. Citado en Fernández y Pérez, 2007:23) señala que “no podemos hablar de violencia física sin mencionar que ésta se genera, indefectiblemente, en el seno de una violencia más amplia de tipo psicológico o emocional”. De hecho, puede haber presencia de violencia psicológica sin ser acompañada por la física, y comprende entre otros:

- El *asedio*. Todo lo que hace una persona para tener controlada a la otra, incluso cuando aparenta hacerlo para cuidarla o protegerla, como sería el tenerla siempre bajo su supervisión telefónica, horaria y física en cuanto a recogerla y llevarla, etcétera.
- El *abuso verbal*. Una de las formas más comunes y que comprende desde los insultos, gritos, apodos y burlas sobre el aspecto físico, hasta el silencio condenatorio. Se habla de una “cosificación”, esto es, el hacer ver a la pareja como un objeto sin valor.
- Las *amenazas* y la *intimidación*.
- El llamado “*privilegio masculino*” con el cual tratan a la compañera como sirvienta, ignoran sus opiniones, la comparan con otras mujeres, etcétera.
- El *aislamiento*. Mecanismo de presión emocional que le crea a la mujer un clima de inseguridad ya que las va alejando de toda su vida social hasta el extremo de no dejarla salir ni hablar con otras personas, lo cual las deja a merced del agresor.
- Los *componentes frente al abuso emocional* incluyen del mismo modo una *sobrecarga de responsabilidades* (que supone un enorme gasto de energía para mantener diariamente la relación, sin esfuerzo por parte de la pareja), *ignorarla*, no dar importancia o *ridiculizar* sus necesidades, *culparla* por todo lo que pasa y/o acusarla sin fundamento, *mentir* y *romper promesas*, el desprecio y la humillación delante de los hijos o el *hacerse la víctima* delante de éstos, acusándola a ella de sus sufrimientos. Llega también a contarle detalles de sus aventuras extramatrimoniales y/o *compararla negativamente con otras mujeres* (Fernández y Pérez, 2007:23-24).
- Violencia sexual

La violencia sexual es un “acto tanto de naturaleza material como simbólica (tanto golpes como amenazas a golpes, por ejemplo), dirigido a la sexualidad de [las mujeres] que agrede su integridad física, psíquica, emocional y espiritual” (Fuentes et al., 2007:209). Esa violencia tiene cinco características:

- Es un hecho físico o verbal reconocido por las mujeres como una agresión o amenaza a su sexualidad. Una mujer puede identificar una vivencia como violencia sexual o no, dependiendo, entre otros factores, de lo que la cultura de origen ha denominado como tal.

- Se refiere a la violación de sus genitales y sus senos y la amenaza de que las van a violar.
- Agresiones que transgreden las normas relacionadas al trato del cuerpo femenino, especialmente de su sexualidad. Las normas configuran, por ejemplo, que un hombre u hombres pueden o no acercarse al cuerpo de la mujer y regulan el cómo, cuándo, sí y dónde de esos acercamientos.
- Reflejan las desigualdades en las relaciones de sexo-género. En la violación sexual un hombre se apropia de la sexualidad de una mujer, como es mediada por su cuerpo y por medio de esta acción proclama que la sexualidad de ella le pertenece, está subordinada a él. Sin embargo, también son agresiones que reflejan desigualdades de poder entre hombres [y contra menores de edad]. La violación sexual ha sido empleada estratégicamente para humillar y desmoralizar al “otro”, sea mujer u hombre.
- La violencia sexual se explica a través de características socioculturales que corresponden a: la cultura de género, la normatividad formal de la cultura de género y el papel de la violencia en la sociedad (Ídem).

Esta modalidad de violencia tiene consecuencias en la salud física y mental de la víctima. Está relacionada con mayores riesgos de problemas sexuales y reproductivos que se manifiestan tanto a corto como a largo plazo en la vida de la mujer (Garbarino, 1985; Matasha, 1998; Letourneau, 1999. Citados en Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud: resumen, 2002).

No obstante, en muchos países las violaciones sexuales realizadas por el compañero íntimo no son consideradas como un delito, inclusive, en muchas sociedades las parejas no consideran que las relaciones sexuales forzadas sean un tipo de violación pues están casadas con el agresor o, en su caso, conviven con él. Una vez aceptado el contrato de matrimonio por la mujer, el esposo tiene derecho a exigirle prestaciones sexuales ilimitadas (UNICEF, 2000). Según las encuestas realizadas en varios países, entre un 10 y un 15 por ciento de las mujeres entrevistadas declararon haber sido obligadas a mantener relaciones sexuales con el hombre con el que conviven (Heise, 1994. Citado en UNICEF, 2000).

Según el Consejo Económico y Social (ECOSOC) de las Naciones Unidas (1996. Citado en UNICEF, 2000) del campo de los derechos humanos argumentan que los distintos tipos de violencia perpetrados a la mujer se pueden comparar a la tortura tanto por su naturaleza misma como por su gravedad. La violencia suele cometerse de manera intencional con el propósito específico de castigar, intimidar y controlar la identidad y el comportamiento de la mujer.

2.4.2 Sucesos desencadenantes de violencia y factores de riesgo de conductas violentas hacia la mujer

En todo el mundo, los hechos que traen como consecuencia actos de violencia son muy parecidos en las relaciones en las que existe el maltrato (Schuller, 1996; Osakue y Hilber, 1998. Citados en el Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud: resumen, 2002). Entre ellos se encuentran la desobediencia o las discusiones con la pareja masculina, preguntarle acerca del dinero o de sus amistades femeninas, no tener la comida preparada a tiempo, no cuidar a los niños o a la casa de la manera en que la pareja lo desee, negarse a la intimidad, y, la sospecha de que la mujer le es infiel (Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud, 2002). Se encuentran también el contestarle mal y salir sin permiso del hombre.¹²

En cuanto a los factores de riesgo de conductas violentas, recientemente los investigadores han empezado a buscar factores individuales y comunitarios que podrían determinar la tasa de violencia en la pareja. Se ha venido comentando que la violencia hacia la mujer existe casi en todas partes; sin embargo, se encuentran ejemplos de sociedades preindustriales en las que la violencia en la pareja es casi nula (Counts, et al., 1992; Levinson, 1989). Lo que en la actualidad se sabe sobre estos factores determinantes de violencia es gracias a estudios realizados en Estados Unidos y Canadá (lo que quizá no sea aplicable a todas las naciones) que, por lo general, están más inclinados a investigar los aspectos individuales que los comunitarios o sociales.¹³

El Cuadro 2.4 resume los factores que se consideran relacionados con el riesgo de que un hombre cometa actos de violencia contra su pareja. No obstante, esta información debe considerarse incompleta y sumamente tentativa ya que se pueden estar omitiendo factores importantes debido a que ningún estudio ha determinado su importancia, mientras que otros quizá solamente sean elementos correlacionados de la agresión de la compañera y no sean factores causales verdaderos (Ídem).

¹² http://www.paho.org/Spanish/AM/PUB/capitulo_4.pdf

¹³ http://www.paho.org/Spanish/AM/PUB/capitulo_4.pdf

Cuadro 2.4 Factores asociados con el riesgo de que un hombre maltrate a su pareja

Factores individuales	Factores de la relación	Factores comunitarios	Factores sociales
Edad joven Beber en exceso Depresión Trastornos de la personalidad Poca instrucción Ingresos bajos Haber presenciado o sufrido violencia cuando niño	Conflicto matrimonial Inestabilidad del matrimonio Dominio masculino en la familia Presiones económicas Mal funcionamiento familiar	Sanciones débiles de la comunidad contra la violencia doméstica Pobreza Poco capital	Normas tradicionales de género Normas sociales que apoyan la violencia

Fuente: http://www.paho.org/Spanish/AM/PUB/capitulo_4.pdf

- Factores individuales

En lo referente a los factores individuales, Black et al. (1999) hicieron un análisis de bibliografía americana y canadiense sobre los factores de riesgo de agredir físicamente a la pareja. De su análisis surgieron factores demográficos, de antecedentes personales y de personalidad, relacionados con la posibilidad de que el hombre agrede a su pareja. Se encontraron la edad joven y los ingresos bajos.

Algunos estudios han encontrado una relación entre la violencia física y el nivel socioeconómico y educativo; sin embargo, los datos no son completamente confiables. El Estudio de Salud y Desarrollo de Dunedin (Nueva Zelanda) comprobó que la pobreza en la niñez y la adolescencia, el bajo nivel de instrucción y la delincuencia agresiva a la edad de 15 años servían como determinantes predictores de maltrato físico a la compañera por los hombres a la edad de 21 años (Moffitt y Caspi, 1999).

Antecedentes de violencia en la familia

En cuanto a los antecedentes personales, la violencia en la familia de origen ha surgido como un factor de riesgo muy poderoso que se relaciona con las agresiones físicas hacia la pareja. En países como Brasil, Camboya, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, El Salvador, España, Estados Unidos, Indonesia, Nicaragua y Venezuela se ha comprobado que la incidencia de maltrato era superior entre aquellas mujeres cuya pareja había sido golpeada en la infancia y/o que fue testigo del maltrato hacia su madre.¹⁴ “Por haber sido

¹⁴ http://www.paho.org/Spanish/AM/PUB/capitulo_4.pdf

testigos de tales modelos de conducta, los niños pueden aprender que la violencia es un modo de resolver conflictos y de afirmar la propia virilidad” (UNICEF, 2000:8). Lo anterior no quiere decir que sea una regla general el que un niño que presencie y/o sea víctima de malos tratos se convierta en un agresor en su vida de pareja (Caeser, 1998).

De igual forma, las niñas que han sido testigos de los abusos cometidos contra su madre pueden presentar mayores posibilidades de ver y percibir a la violencia como un patrón común en el matrimonio que aquéllas que no provienen de hogares violentos (UNICEF, 2000).

Consumo de alcohol por los hombres

Asimismo, se ha observado que el consumo excesivo de alcohol y otras sustancias son un factor desencadenante de comportamientos agresivos y violentos de los hombres contra sus parejas (UNICEF, 2000). Encuestas realizadas en Brasil, Camboya, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, El Salvador, España, India, Indonesia, Nicaragua, Sudáfrica y Venezuela han hallado relación entre estas variables (Ellsberg et al., 1999). Sin embargo, en la actualidad existe un debate sobre si esta relación “consumo de alcohol-violencia” es verdaderamente causal debido a que existen investigadores que consideran que el alcohol opera como un factor coyuntural, que incrementa las posibilidades de que se origine la violencia al disminuir las inhibiciones, nublar el juicio y deteriorar la capacidad del individuo para interpretar indicios (Flanzer, 1993).

A pesar de este debate, se ha comprobado que las mujeres que viven con alcohólicos están en mayor riesgo de que éste las agreda físicamente. De igual forma, los hombres que han estado bebiendo perpetran una violencia más grave en el momento de la agresión (Johnson, 1996).

Trastornos de la personalidad

Dentro de los factores individuales se encuentran los trastornos de la personalidad que se refieren, sobre todo, a características de hombres que agreden a sus parejas como su dependencia emocional, la inseguridad, baja autoestima y mayor probabilidad de presentar dificultades para controlar sus impulsos (Kantor y Jasinsky, 1998). Comparados con sus pares no violentos, también tienden a manifestar ira y hostilidad, a deprimirse y a sacar

puntuaciones altas en ciertas escalas de trastornos de la personalidad (trastornos de personalidad antisocial, agresiva y limítrofe) (Black et al., 1999).

- Factores de la relación

Según el resumen del Informe Mundial sobre Violencia y Salud (2002), en el plano interpersonal, los indicadores más constantes son los conflictos o la discordia en la relación y un bajo nivel de ingresos. En los estudios que examinaron Black et al. (1999), los conflictos matrimoniales se relacionaron, desde moderada hasta firmemente, con la violencia masculina contra la pareja.

- Factores comunitarios

Según Schuler et al. (1996), un nivel socioeconómico alto ofrece cierta protección contra el riesgo de violencia física hacia la pareja íntima (aunque existen excepciones). Los estudios revelan que, a pesar de que la violencia contra la pareja afecta a todos los niveles socioeconómicos, las mujeres que viven en la pobreza la padecen de forma desproporcionada.

Hasta ahora, no se sabe con seguridad por qué los niveles bajos de ingresos aumentan el riesgo de violencia. Quizá porque los bajos ingresos proporcionan un motivo fácil de discordia conyugal o dificultan a la pareja a abandonar las relaciones violentas o insatisfactorias por otras razones. El hacinamiento o la desesperanza pueden ser factores vinculados con la pobreza (Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud: resumen, 2002). Para algunos hombres, vivir en la pobreza provoca estrés, frustración y un sentido de ineficacia por no haber logrado cumplir con el rol de “proveedor de su familia”.

La forma en que una comunidad responde a la violencia en la pareja puede influir en los niveles generales de maltrato en esa comunidad. Counts et al., (1992), hicieron un estudio comparativo en 16 sociedades con tasas altas y bajas de violencia en la pareja. Se encontró que las sociedades con los niveles más bajos de violencia en la pareja eran aquellas donde existían sanciones de la comunidad y donde las mujeres maltratadas tenían acceso a albergues o a otro tipo de apoyos.

Las sanciones o prohibiciones de la comunidad podían adoptar la forma de sanciones legales formales o de presiones morales para que los vecinos intervinieran si una mujer era golpeada. Este contexto de “sanciones y amparo” permite lanzar la hipótesis de que la violencia perpetrada por la pareja alcanzará su nivel más alto en las sociedades donde la situación de las mujeres se halla en un estado de transición. En los lugares donde las mujeres tienen un nivel socioeconómico muy bajo, la violencia no es “necesaria” para hacer cumplir la autoridad del hombre. Por el contrario, en los lugares donde la mujer tiene mejor situación económica, es posible que hayan logrado suficiente poder conjunto para cambiar los roles tradicionales de género. Bajo este contexto, la violencia suele alcanzar el punto más alto, pues la mujer empieza a desempeñar papeles no tradicionales o entran a formar parte de la fuerza de trabajo.¹⁵

- Factores sociales

En investigaciones sobre violencia doméstica se han encontrado factores sociales y culturales que pudiesen desarrollar conductas violentas de menor a mayor grado hacia la compañera o esposa. Por ejemplo, Levinson analizó estadísticamente los datos etnográficos codificados de 90 sociedades para examinar las modalidades culturales de maltrato físico a la esposa, explorando los factores que distinguen sistemáticamente las sociedades donde golpear a la esposa es común de aquellas donde la práctica es rara o no existe (Levinson, 1989). Los resultados de esta investigación manifiestan que el maltrato físico ocurre más a menudo en las sociedades en las cuales los hombres tienen poder económico y de toma de decisiones en el hogar, donde las parejas femeninas no cuentan con acceso fácil al divorcio y donde los adultos recurren frecuentemente a la violencia para resolver sus conflictos (Ídem).

Varios investigadores más han propuesto otros factores que desencadenan las conductas violentas en la pareja. Se dice que la violencia física es más frecuente en lugares donde hay o ha habido recientemente una guerra, conflictos armados u otras alteraciones sociales. En lugares donde la violencia es común, en donde las personas tienen acceso a las armas, las relaciones sociales –incluida la relación sentimental entre un hombre y una mujer– se ven alteradas con frecuencia (Ídem).

¹⁵ http://www.paho.org/Spanish/AM/PUB/capitulo_4.pdf

Heise (1994. Citado en UNICEF, 2000) propone otra serie de factores que favorecen la supervivencia de la violencia doméstica. El Cuadro 2.5 las resume.

Cuadro 2.5 Factores que favorecen la supervivencia de violencia doméstica
<p>Culturales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Socialización por separado según el sexo. • Definición cultural de los roles sexuales apropiados. • Expectativas asignadas a los diferentes roles dentro de las relaciones. • Creencia en la superioridad innata de los varones. • Sistemas de valores que atribuyen a los varones el derecho de propiedad sobre mujeres y niñas. • Concepción de la familia como esfera privada bajo el control del varón. • Tradiciones matrimoniales (precio de la novia, dote). • Aceptación de la violencia como medio para resolver conflictos.
<p>Económicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dependencia económica de la mujer respecto al varón. • Restricciones en el acceso al dinero contante y al crédito. • Leyes discriminatorias en materia de herencia, derecho de propiedad, uso del terreno público y pago de pensiones alimenticias a divorciadas y viudas. • Restricciones en el acceso al empleo en los sectores formales e informales. • Restricciones en el acceso de las mujeres a la educación y a la capacitación.
<p>Legales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inferioridad jurídica de la mujer, ya sea según la ley escrita o según el derecho consuetudinario y su aplicación práctica. • Leyes en materia de divorcio, cuidado de los hijos, pensiones alimenticias y herencia. • Definiciones jurídicas de la violación y los abusos domésticos. • Bajo nivel de alfabetización jurídica entre las mujeres. • Falta de tacto en el tratamiento de mujeres y niñas por parte de la policía y del personal judicial.
<p>Políticos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Representación insuficiente de la mujer en las esferas del poder, la política, los medios de comunicación y en las profesiones médica y jurídica. • Trato poco serio de la violencia doméstica. • Concepción de la vida familiar como un asunto privado y fuera del alcance del control del Estado. • Riesgo de desafiar el status quo o las doctrinas religiosas. • Restricciones en la organización de las mujeres como fuerza política. • Restricciones en la participación de las mujeres en el sistema político organizado. <p style="text-align: right;">(Heise, 1994. Citado en UNICEF, 2000:7)</p>

2.5 Consecuencias de la violencia doméstica en la salud de la mujer

“La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. La cita procede del Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados y entró en vigor el 7 de abril de 1948. La definición no ha sido modificada desde 1948.¹⁶

La mayor parte de la violencia sufrida por mujeres y niñas procede de hombres a los que conocen y a menudo es ejercida en el seno de la familia y el hogar. Esta violencia puede tener dimensiones físicas, sexuales o psicológicas, puede prolongarse durante años y puede aumentar en intensidad con el tiempo. Muchas veces, las lesiones físicas no son los resultados más importantes. La violencia contra la mujer en la pareja tiene un mayor impacto en su salud que otras formas de violencia como aquellas normalizadas socialmente (Ruiz, s/a).

En muchos países, la violencia contra la mujer aún es percibida predominantemente como una cuestión legal o de derechos humanos. No obstante, este tipo de violencia tiene grandes consecuencias en materia de salud (Watts y Mayhew, 2004) y apenas en la década de los setenta, a la violencia de pareja se le asoció con la morbilidad y mortalidad entre las mujeres (Wathen, 2003). Cada vez más se comprueba la hipótesis de que la mujer que recibe malos tratos por parte de su pareja puede tener repercusiones profundas en su propia salud. La violencia está relacionada con infinidad de resultados de salud distintos, tanto inmediatos como de largo plazo, que incluyen consecuencias físicas y psicológicas, a veces con resultados fatales (UNICEF, 2000).

2.5.1 Consecuencias en la salud física

Las consecuencias de la violencia doméstica han sido comparadas, incluso, con las consecuencias del consumo de tabaco y alcohol en el sentido que pueden desencadenar una variedad de enfermedades y afecciones.¹⁷ Según el Ministerio de Justicia de los Estados Unidos (1998. Citado en UNICEF, 2000), el 37 por ciento del total de las mujeres que se han dirigido a los hospitales en busca de atención médica en el área de primeros auxilios van

¹⁶ <http://www.who.int/suggestions/faq/es/index.html>

¹⁷ http://www.paho.org/Spanish/AM/PUB/capitulo_4.pdf

por heridas causadas durante episodios de violencia perpetrada por su cónyuge o compañero. Estas agresiones iban desde contusiones y fracturas hasta forma de invalidez permanente como la pérdida parcial o total del oído o la vista. De igual forma, las lesiones, el miedo y el estrés asociados al maltrato pueden conllevar problemas de salud crónicos. Estos problemas abarcan desde dolores musculoesqueléticos, como dolor crónico de cuello o espalda y artritis, hasta complicaciones cardiovasculares, como el infarto de miocardio y la angina de pecho, incluyendo síntomas neurológicos recurrentes, como balbuceo y tartamudeo incipientes, dolores de cabeza y migrañas (Ruiz, s/a).

Otras investigaciones muestran que entre 40 y 70 por ciento de las mujeres maltratadas físicamente por su pareja sufrieron lesiones en algún momento de sus vidas (Ellsberg et al., 2000; Rodgers, 1994; Romkens, 1997). Por ejemplo, en Canadá, 43 por ciento de mujeres violentadas físicamente recibieron atención médica y 50 por ciento tuvieron que ausentarse del trabajo (Rodgers, 1994). Sin embargo, la lesión no es el resultado físico más común del maltrato por la pareja. Por el contrario, lo son los llamados “trastornos funcionales” que se refieren “a una gran cantidad de dolencias que a menudo no tienen causa médica discernible, como el síndrome del colon irritable, la fibromialgia, los trastornos del aparato digestivo y diversos síndromes de dolor crónico”.¹⁸ La fibromialgia es un cuadro de dolor musculoesquelético crónico generalizado que padece entre el 1 y el 3% de la población, en su mayoría mujeres. Aunque existen teorías que implican como etiología de la fibromialgia a diferentes alteraciones biológicas, hoy por hoy la causa es desconocida. Este cuadro reumatológico es una de las consecuencias crónicas de la violencia contra la mujer que se menciona repetidamente en la literatura (Ruiz, s/a).

2.5.2 Consecuencias en la salud reproductiva

La magnitud y consecuencias de la violencia contra la mujer han ganado más atención, y esto ha llevado a que haya un mayor reconocimiento y comprensión acerca del impacto de la violencia en la salud reproductiva de la mujer. El sexo forzado está relacionado con una amplia gama de problemas ginecológicos y de salud reproductiva, incluidos la infección del VIH y otras infecciones transmitidas sexualmente (ITS), el embarazo no deseado, el sangrado o la infección vaginal, los fibromas, la disminución de la libido, la irritación

¹⁸ http://www.paho.org/Spanish/AM/PUB/capitulo_4.pdf (página 111).

genital, el dolor durante el coito, el dolor pélvico crónico y las infecciones en el tracto urinario. Las investigaciones han relacionado la frecuencia de embarazos no deseados y abortos voluntarios, sobre todo entre mujeres adolescentes, con la violencia en el sentido de que ésta limita, en gran medida, la capacidad de las mujeres de usar algún método anticonceptivo y el uso de condones (Ruiz, s/a; Watts y Mayhew, 2004).

Aún cuando la violencia física no se utiliza para controlar el comportamiento de la mujer, el temor a la violencia puede influir en gran medida su toma de decisiones en cuestiones sexuales y reproductivas. El temor a la violencia es un factor comúnmente mencionado por las mujeres casadas como un obstáculo al uso del condón con sus cónyuges para prevenir el embarazo o las ITS. Para muchas mujeres del África subsahariana, el retiro (o la amenaza del retiro) del apoyo económico o material si se rehúsan a mantener relaciones sexuales o usar anticonceptivos contra la voluntad de su pareja, puede significar un poderoso factor inhibitorio de su libertad sexual y práctica del sexo protegido (Watts y Mayhew, 2004).

2.5.3 Consecuencias en la salud mental

Mientras que varias encuestas sugieren que una proporción similar de hombres y mujeres reportaron violencia de pareja, las mujeres violentadas experimentan más abusos psicológicos y emocionales que los hombres (Wathen, 2003).

En lo referente a las secuelas en la salud mental de las afectadas, éstas pueden llegar a ser devastadoras, y en muchas ocasiones, fatales. Se puede mencionar por ejemplo la incidencia de tensión nerviosa y de enfermedades vinculadas con dicha tensión (neurosis postraumática, ataques de pánico, depresión, trastornos de la alimentación y del sueño, alta presión sanguínea, alcoholismo, abuso de drogas y baja autoestima). “A algunas mujeres, irremediamente condenadas a la depresión y constantemente humilladas por sus agresores, les parece que el suicidio sea la única manera de huir de una relación violenta” (UNICEF, 2000:9). Esta asociación entre la violencia doméstica y la ideación e intento de suicidio, al igual que en el caso de la depresión, ha sido constatada en países muy diferentes, como Estados Unidos de Norte América, México, Escandinavia y Papua Nueva Guinea (Ruiz, s/a).

En lo referente a la depresión, es un hecho constatado que la frecuencia de depresión en las mujeres es casi dos veces mayor que en los hombres y, aunque a menudo se recurre a diferencias biológicas para explicar este hecho lo cierto es que muy probablemente son las desigualdades de género, y entre ellas la violencia de género, las que más contribuyen a esta diferencia “no natural” (Ídem).

Como ya se mencionó, el consumo y abuso de determinadas sustancias como el alcohol, las drogas y determinados fármacos (por ejemplo antidepresivos, anfetaminas, tranquilizantes y estimulantes) han sido vistos como consecuencias en materia de salud que afectan a la mujer cuando se encuentran en situación de violencia doméstica. Con frecuencia, el uso de estas sustancias se ha planteado como estrategia de afrontamiento ante situaciones difíciles y estresantes, como es el caso del maltrato contra la mujer por la pareja (Ídem).

En el Capítulo 4 del Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud se enumeran las conclusiones derivadas de investigaciones actuales sobre las consecuencias generales del maltrato sobre la salud:

- La influencia del maltrato puede persistir mucho tiempo después que éste ha cesado.
- Cuanto más grave es el maltrato, mayores son sus efectos sobre la salud física y mental de una mujer.
- Los efectos con el transcurso del tiempo de diferentes tipos de maltrato y de episodios múltiples de maltratos parecen ser acumulativos (Ídem:110).

El Cuadro 2.6 resume las consecuencias que se han relacionado con la violencia masculina en la pareja.

2.6 La violencia doméstica en la mujer embarazada y sus consecuencias

Según la Organización Panamericana de la Salud (LA OPS), la violencia doméstica está siendo gradualmente concebida como una de las amenazas más severas en la salud de la mujer. No obstante, es necesario aún dividir el grupo de “mujeres violentadas” en pequeños subgrupos con el propósito de entender las múltiples razones detrás de la violencia. El Centro para el Control de las Enfermedades define a la violencia doméstica

en el embarazo como “la violencia física, sexual o psicológica/emocional” que es perpetrada en la mujer embarazada”.¹⁹

Cuadro 2.6 Consecuencias sobre la salud de la violencia masculina en la pareja	
Físicas	<ul style="list-style-type: none"> • Lesiones abdominales y torácicas • Moretones e hinchazón • Síndromes de dolor crónico • Discapacidad • Fibromialgia • Fracturas • Trastornos del aparato digestivo • Síndrome del colon irritable • Desgarros y abrasiones • Lesiones oculares • Mengua de las funciones físicas
Sexuales y reproductivas	<ul style="list-style-type: none"> • Trastornos del aparato genital • Esterilidad • Enfermedad inflamatoria de la pelvis • Complicaciones del embarazo, aborto espontáneo • Disfunción sexual • Enfermedades de transmisión sexual, entre ellas la infección por el VIH/SIDA • Aborto practicado en condiciones peligrosas • Embarazo no deseado
Psíquicas y del comportamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Abuso del alcohol y otras drogas • Depresión y ansiedad • Trastornos de los hábitos alimentarios y del sueño • Sentimientos de vergüenza y culpabilidad • Fobias y trastorno por pánico • Inactividad física • Poca autoestima • Trastorno por estrés postraumático • Trastornos psicósomáticos • Hábito de fumar • Comportamiento suicida y daño autoinfligido • Comportamiento sexual riesgoso
Consecuencias mortales	<ul style="list-style-type: none"> • Mortalidad relacionada con el SIDA • Mortalidad materna • Homicidio • Suicidio²⁰

¹⁹ <http://www.paho.org/english/dpm/gpp/gh/VAWPregnancy.pdf>

²⁰ http://www.paho.org/Spanish/AM/PUB/capitulo_4.pdf (página 110).

Las altas tasas de violencia doméstica y mortalidad materna en los países en desarrollo son reconocidas como un problema de salud pública global. La violencia doméstica y la mortalidad materna están vinculadas en el sentido de que muchas mujeres mueren como consecuencia de la violencia doméstica mientras estaban embarazadas o durante el periodo que le sigue al embarazo (Espinoza y Camacho, 2005). La violencia durante el embarazo puede constituir una amenaza para la vida y la salud de la madre y del feto. La violencia física durante el embarazo está relacionada con el aborto espontáneo; el inicio tardío del control prenatal; la muerte prenatal; el parto y nacimiento prematuros; y, el bajo peso al nacer (Watts y Mayhew, 2004). De igual forma, se manifiestan la diabetes, la muerte materna, riesgo de enfermedades de transmisión sexual, desprendimiento de placenta, ruptura uterina, fracturas fetales, anemia e hipoxia fetal (Regalado y Romero, sin año). Además, el bebé tiene 40 veces más probabilidades de morir en su primer año de vida (Castro, 2006). Asimismo, el inicio tardío a la atención prenatal puede manifestarse como consecuencia de la violencia.²¹

En el caso de las consecuencias psicológicas, la mujer embarazada y agredida por su pareja está en mayor riesgo de sufrir estrés, depresión y adicción al tabaco, al alcohol y a las drogas lo que puede ocasionar la pérdida del interés por parte de la madre en su salud y en la de su hijo. En el largo plazo, estas consecuencias pudieran tener un efecto perjudicial severo en el desarrollo psicológico del niño, quien seguramente será testigo de violencia después de su nacimiento; además, se ha visto que el hombre que golpea a su pareja probablemente hará lo mismo con sus hijos (Castro, 2006).

Bajo este contexto, “se ha referido a la violencia como una complicación del embarazo con una mayor frecuencia que la hipertensión o la diabetes” (Castro, 2006:1). La causa frecuentemente relacionada con el alto riesgo de la violencia doméstica durante el embarazo es el incremento del estrés que siente el padre o compañero con respecto al parto inminente (Castro, 2006). El estrés se manifiesta como frustración que se dirige a la raíz que lo causa: la madre y su hijo aún no nacido. Además, si el embarazo no era planeado, la violencia doméstica contra la mujer llega a ser cuatro veces más probable. Sin embargo, en ocasiones el propio embarazo puede ser consecuencia de la violencia doméstica ya sea por abuso sexual, violación conyugal o negación al uso de métodos anticonceptivos (Castro,

²¹ http://www.paho.org/Spanish/AM/PUB/capitulo_4.pdf

2006). La violencia doméstica en el embarazo es un factor que pone en riesgo no una vida, sino dos. A diferencia de la violencia doméstica, donde la cabeza es la más atacada, los golpes en la mujer embarazada tienden a ser directamente en los pechos, en el abdomen o en los genitales (Ídem).

Además del estrés ante la llegada de nuevas responsabilidades con el nuevo bebé, existen diversas razones por las cuales la pareja de una mujer puede recurrir a la violencia durante el embarazo:

- Él no quiere que ella acuda a la consulta médica. El control del embarazo por profesionales médicos exacerba sus celos y posesión, pues no tolera que “toquen” o “vean” el cuerpo de la mujer al cual considera suyo.
- Él sospecha que otro hombre es responsable del embarazo.
- Él considera el embarazo una carga económica, ya sea porque su pareja embarazada trabaja menos en el hogar, o fuera de éste, o porque el nacimiento inminente de un hijo acarreará nuevas demandas económicas en un hogar de pocos recursos.
- Él se pone celoso al percibir que la mujer embarazada presta menos atención a sus necesidades y sus deseos. Surge temor al abandono o desapego y esto resulta ser el prólogo de la ira o episodio de violencia.
- Él tiene dificultad de desarrollar un rol paterno maduro y protector, dado que es habitual que el hombre violento haya sido maltratado o testigo o de violencia en su infancia.
- Él ve que la mujer es más vulnerable o indefensa debido a su condición de embarazo y menos capaz de tomar represalias o defenderse.²²

2.6.1 Datos sobre violencia en la mujer embarazada

En una encuesta representativa entre mujeres en edades productivas en Nicaragua, los investigadores encontraron una frecuencia mayor de violencia por parte de la pareja durante el embarazo. En los Estados Unidos de América, las mujeres con embarazos no deseados eran cuatro veces más probables de experimentar violencia por parte del compañero que las mujeres con embarazos planeados (Espinoza y Camacho, 2005). En este país, los cálculos del embarazo varían entre tres y 11 por ciento de las mujeres adultas y hasta 38% de las madres adolescentes de bajos ingresos (Ballard, 1998).

²² <http://www.infogen.org.mx/Infogen1/servlet/CtrlImpArt?clvarticulo=11499>

Para algunas mujeres que sufren la violencia durante el embarazo, el abuso es la continuación o intensificación de abusos anteriores, aunque en otros casos, la violencia se inicia en el momento en que quedan embarazadas. El 10 por ciento de las mujeres que alguna vez estuvieron embarazadas en Zimbabwe, y por lo menos siete por ciento en Sudáfrica, habían sido alguna vez asaltadas físicamente durante su embarazo. En Butajira, Etiopía, el 77 por ciento de las mujeres actualmente embarazadas indican que han sufrido abuso físico durante el embarazo; el 28 por ciento han recibido puñetazos o puntapiés en el abdomen. En la gran mayoría de los casos, el perpetrador es el padre de la criatura (Watts y Mayhew, 2004).

Estudios basados en la población realizados en Canadá, Chile, Egipto y Nicaragua encontraron que entre el seis y el 15 por ciento de las mujeres que alguna vez han tenido pareja han sido maltratadas física o sexualmente durante el embarazo, generalmente por su pareja.²³

En una encuesta de mujeres embarazadas en el Reino Unido, Rusia y la República Checa, el dos, cuatro y 10 por ciento de las mujeres, respectivamente, informaron que habían sido maltratadas físicamente durante el embarazo (Hayward, 2000). En un estudio retrospectivo de los registros de muertes en Bangladesh se indicó que el riesgo de muerte a causa de las lesiones era tres veces más alto para las mujeres embarazadas de 15 a 19 años de edad, que para las mujeres no embarazadas (News, 1999. Citado en De Bruyn, 2003). Aproximadamente una tercera parte de las pacientes ambulatorias en un estudio de pequeña escala realizado en Pakistán, informaron de haber sido golpeadas durante su embarazo, mientras que el 42 por ciento de las mujeres estudiadas en Sri Lanka declararon lo mismo (Hayward, 2000). Cerca del 40 por ciento de las esposas golpeadas en Santiago, Chile, dijeron que el abuso en el hogar había aumentado durante el embarazo (Shallat, 2000. Citado en De Bruyn, 2003).

Aunque es posible que el embarazo no sea un factor de riesgo de violencia atribuible a la población, en el caso individual de cada mujer, el embarazo puede que, efectivamente, sea el momento en que ella empieza a ser maltratada por su pareja (De Bruyn, 2003).

²³ http://www.paho.org/Spanish/AM/PUB/capitulo_4.pdf

Enfrentar y erradicar el problema de la violencia doméstica no es sencillo debido a que este fenómeno se encuentra hilado en el tejido mismo de la estructura patriarcal y jerárquica las sociedades en el cual existe una valoración discriminada de la masculinidad y la feminidad; así, se ve a la violencia como un mecanismo de control, sometimiento y obediencia “natural” que se encuentra arraigado en la conducta aprendida y aceptada por grandes segmentos de la población (ENVIM, 2003).

CAPÍTULO III. METODOLOGÍA

En este capítulo se detallará brevemente la metodología y la técnica de investigación empleada. Se decidió utilizar el análisis cualitativo de la investigación con la técnica específica de la entrevista semiestructurada con el propósito fundamental de conocer, a través de las propias narraciones de las entrevistadas, cómo fueron los cuidados prenatales en un ambiente de violencia doméstica. De igual forma, se discutirá la estrategia de la investigación en lo referente al área de estudio, las características de los sujetos estudiados, el instrumento empleado así como el diseño del análisis de la información recolectada.

3.1 El Análisis Cualitativo

Es importante mencionar que se decidió emplear el análisis cualitativo sobre el cuantitativo debido a que, para propósitos de esta investigación, se consideró más enriquecedor contar con las narraciones de las personas entrevistadas en cuanto a sus experiencias de cuidado prenatal, de violencia doméstica, de sus expectativas para el futuro, etcétera, que un estudio cuantitativo no permitiría visualizar.

Para Hernández et al. (2003: 17) “las técnicas cualitativas de recolección de datos pueden ser múltiples (entrevistas, pruebas proyectivas, cuestionarios abiertos, sesiones de grupos, análisis de episodios, biografías, casos, grabaciones en audio o video, registros, revisión de archivos, observación, etcétera)”.

Quinn, (2001) clasifica los resultados de un estudio cualitativo, según su procedencia, de tres formas de recolectar los datos: 1) entrevistas abiertas y a profundidad; 2) observación directa; 3) documentos escritos. Las entrevistas conducen a citas directas de las personas sobre sus experiencias, opiniones, sentimientos y conocimientos. Los datos provenientes de las observaciones consisten en descripciones detalladas de las actividades, comportamientos, acciones de las personas y de rangos completos de interacciones interpersonales y procesos organizacionales que son parte de la experiencia humana observable. El análisis de documentos incluyen los estudios de extractos, citas, o pasajes completos de reportes organizacionales, clínicos o de programas; memorandos y correspondencia; reportes y publicaciones oficiales; diarios personales; las respuestas por

escrito de composición abierta de cuestionarios y encuestas. El Cuadro 3.1 describe esta clasificación.

Los datos del análisis cualitativo, en su mayoría, provienen del trabajo de campo. El trabajo de campo se traduce en una relación sensibilizada con el ambiente o lugar, en la identificación de aquéllos que informarán los datos, en la compenetración con la situación de investigación, y, finalmente, con la verificación de la factibilidad del estudio (Hernández et al., 2003). Durante el trabajo de campo, el investigador pasa tiempo en el entorno bajo estudio –un programa, una organización, una comunidad o en donde se puedan observar situaciones importantes para el estudio, personas entrevistadas y documentos analizados. De igual forma, realiza observaciones de primera mano de actividades e interacciones (y en algunas ocasiones comprometiéndose personalmente en las actividades como un observador participante) (Quinn, 2001).

Cuadro 3.1 Tres tipos de datos cualitativos
<p>Entrevistas:</p> <p>Preguntas abiertas y sondeos de las respuestas de las experiencias, percepciones, opiniones, sentimientos y conocimientos de las personas. Los datos consisten en citas textuales con suficiente contexto para ser interpretadas.</p>
<p>Observaciones:</p> <p>Las descripciones de trabajo de campo de las actividades, comportamientos, acciones, conversaciones, interacciones interpersonales, procesos organizacionales o comunales o cualquier otro aspecto observable de la experiencia humana. Los datos consisten en notas de campo: descripciones ricas y detalladas, incluyendo el contexto dentro del cual las observaciones fueron hechas.</p>
<p>Documentos:</p> <p>Materiales escritos y otros documentos provenientes de reportes organizacionales, clínicos o de programas; memorandos y correspondencia; reportes y publicaciones oficiales; diarios personales, cartas y trabajos artísticos, fotografías y recuerdos; y, respuestas escritas de encuestas con preguntas abiertas. Los datos consisten en extractos de los documentos capturados en una forma en la cual se preserve el contexto.</p> <p style="text-align: right;">(Quinn, 2001:4)</p>

Los resultados cualitativos pueden presentarse solos o en combinación con datos cuantitativos, lo cual resulta muy común en las investigaciones científicas. Un ejemplo de esto podría ser un cuestionario o entrevista que incluya tanto preguntas cerradas o abiertas. De cualquier manera, la calidad de los datos cualitativos depende, en gran medida, de la habilidad metodológica y de la sensibilidad e integridad del investigador. La generación de descubrimientos cualitativos útiles y creíbles a través de la observación, de la entrevista y del análisis de contenido, requiere de disciplina, conocimiento, entrenamiento, práctica, creatividad y trabajo arduo (Quinn, 2001).

En los estudios cualitativos el proceso no necesariamente se aplica de manera secuencial (como ocurre en las investigaciones cuantitativas, aunque pudiera aplicarse de esta forma). El muestra el proceso de la investigación cualitativa.

Cuadro 3.2 Diagrama del proceso de investigación cualitativa

- a) Desarrollo de una idea, tema o área a investigar
- b) Selección del ambiente o lugar del estudio
- c) Elección de participantes o sujetos del estudio
- d) Inspección del ambiente o lugar de estudio
- e) Trabajo de campo
- f) Selección de un diseño de investigación (o estrategia para desenvolverse en el ambiente o lugar y recolectar los datos necesarios)
- g) Selección o elaboración de un instrumento para recolectar los datos (o varios instrumentos)
- h) Recolección de datos (recabar la información pertinente) y registro de sucesos del ambiente o lugar
- i) Preparación de los datos para el análisis
- j) Análisis de los datos
- k) Elaboración o reporte de investigación

(Hernández et al., 2003:17)

“El planteamiento del problema (objetivos del estudio, las preguntas de investigación y la justificación) y las hipótesis consecuentes surgen en cualquier parte del proceso en un estudio cualitativo: desde que la idea se ha desarrollado hasta, incluso, elaborar el reporte de investigación” (Hernández et al., 2003: 17).

3.2 La técnica de la entrevista

Según la literatura especializada existen cuatro tipos de entrevistas: a) la informal, b) la no estructurada, c) la semiestructurada, y d) y la estructurada (Rusell, 2000). La técnica para recolectar información de este trabajo de investigación fue la de la entrevista semiestructurada, ya que con ella se pudieron obtener las narraciones de los sujetos de estudio que sirvieron para cumplir con los objetivos e hipótesis de la investigación. A continuación se plantea *grosso modo* dicha técnica.

La entrevista no es más que una conversación entre dos personas por lo menos, en donde una adquiere la figura del entrevistador y otro (u otros) son los entrevistados, en donde “estas personas dialogan con arreglo a ciertos esquemas o pautas acerca de un problema o cuestión determinada, teniendo un propósito profesional” (Ander-Egg, 1987: 226).

Para Goode y Hatt (1990: 227),

Del mismo modo que los procedimientos de muestreo han aumentado en complicación y precisión, hasta mucho más allá de las operaciones mentales de sentido común, pero, como quiera que sea, siguen estando basados en actividades comunes a todos los hombres, también lo está la *entrevista*, o sea, la obtención de precisión, enfoque, confiabilidad y validez de otro acto social corriente que es la conversación.

La entrevista, como técnica de recopilación de los datos, se conduce desde la interrogación estandarizada hasta la conversación libre. De cualquier forma, en los dos casos se recurre a una “guía” o “pauta” que puede ser un formulario o un esquema de cuestiones que orientarían dicha conversación (Ander-Egg, 1987).

Dependiendo al propósito con que se emplea la entrevista, ésta puede cumplir las siguientes funciones:

- a) obtener información de individuos o grupos
- b) facilitar información
- c) influir sobre ciertos aspectos de la conducta (opiniones, sentimientos, comportamientos) o ejercer un efecto terapéutico.

No obstante, existe la posibilidad que en una entrevista existan diferentes propósitos pero siempre predominando uno de ellos, de acuerdo con la finalidad profesional de la misma (Ídem).

3.3 La entrevista semiestructurada y la guía de entrevista

Como se mencionó con anterioridad, la técnica que se empleó para recolectar los datos de la presente investigación fue la entrevista semiestructurada la cual se caracteriza por ser de utilidad cuando no se tiene más que una oportunidad de entrevistar a alguien (Russell, 2000). También es conocida como entrevista guiada pues se requiere de una guía de entrevista que contenga un listado de preguntas y temas escritos que serán tratados en un orden particular en el transcurso de la misma (Quinn, 2001; Rusell, 2000).

La entrevista semiestructurada demuestra que el entrevistador tiene el control completo de lo que se quiere obtener de una entrevista; muestra también que el entrevistador está preparado y es competente sin tratar de ejercer excesivo control sobre el informante (Rusell, 2000).

Una guía de entrevista es de utilidad porque asegura que las mismas líneas de investigación se realicen con cada persona entrevistada. Además, provee de temas dentro de las cuales el entrevistador se siente con libertad de explorar, probar y preguntar cuestiones que enriquecerán el estudio. Por lo tanto, el entrevistador es libre de construir una conversación dentro de un área particular de discusión, de realizar preguntas espontáneas y de establecer un estilo conversacional pero siempre enfocado en el tema de estudio predeterminado (Quinn, 2001)

Otra de las ventajas de la guía de entrevista es que asegura que el entrevistador (o evaluador, dependiendo del caso) decidirá, de la mejor manera, el manejo del tiempo en cada tema de la misma, dependiendo de la situación que se le presente (Ídem).

3.4 El diseño de la investigación

3.4.1 Sujetos de estudio

Después de tener presente la hipótesis y los objetivos de la investigación, se prosiguió a buscar la mejor manera de llevarlos a cabo. Así, se decidió entrevistar a mujeres violentadas de nivel socioeconómico bajo que hayan estado embarazadas (o que en el momento de la entrevista se encontraran embarazadas) en algún momento de su vida, con el propósito de indagar sobre sus historias de embarazo, de cuidados prenatales, de salud y de violencia doméstica. Como se mencionó con anterioridad, la violencia doméstica no respeta a ningún estrato social; sin embargo, este albergue se caracterizó por tener en él a mujeres con esta característica.

Una vez establecida la población objeto de estudio, se prosiguió a realizar el instrumento que captaría la información relacionada con los objetivos e hipótesis de la investigación. Como ya se mencionó, la guía de entrevista caracteriza a la entrevista semiestructurada; así, en agosto de 2008 se comenzó a redactar la misma (ver anexo i) con la intención de comenzarlas en septiembre de 2008. Es importante señalar que, además de la supervisión de la asesora de la tesis, esta guía también fue revisada por la directora del albergue quien contribuyó en sugerencias y comentarios para lograr un mejor instrumento de trabajo.

3.4.2 Trabajo de campo

Desde comienzos de la investigación se tuvo presente que el lugar para realizar las entrevistas fuera un albergue donde se refugiaran mujeres con antecedentes de violencia doméstica, pues haber sido violentada se traduce en la variable independiente del estudio. Por lo tanto, se escogió el albergue “Hogar X²⁴” gracias a la sugerencia de la psicóloga Margarita Viñas, encargada del departamento de psicología de la Universidad Autónoma de Baja California; siempre con la más profunda discreción sobre el lugar, pues, por razones de seguridad, la dirección debía (hasta la fecha) permanecer anónima. En una primera instancia, el número de entrevistas a analizar serían diez. Finalmente, se realizaron 22 entrevistas de las cuales se analizaron 13 para la investigación. Las visitas al albergue se realizaron en tres etapas: 1) en el periodo de septiembre a diciembre de 2008; 2) enero de 2009; y, 3) septiembre de 2009.

²⁴ Por razones de seguridad, se ha omitido el nombre del albergue.

3.4.2.1 Primera etapa

Esta primera etapa comenzó en el mes de septiembre de 2008. En los sábados de dicho mes se realizaron visitas de trabajo voluntario al albergue con el propósito fundamental de que las mujeres conocieran a la entrevistadora y, de esta manera, establecer cierta relación para que, al momento de hacer las entrevistas, existiera cierta confianza y se sintieran cómodas y libres de expresarse. Se decidió comenzar así el trabajo de campo porque, a pesar de que nunca se les dijo el propósito original del estudio, era evidente que iban a salir temas muy delicados relacionados con la violencia que habían experimentado. Bajo este contexto, cada sábado se llegó al albergue a las 8 a. m. y se abandonaba a las 3 p. m. Dentro de las actividades que se realizaron estuvieron el cuidado de los niños en la guardería (en ocasiones dejando sola a la entrevistadora) lo que generó simpatía y confianza de las mamás (o futuras mamás, en el caso de las mujeres embarazadas); además, auxiliando a las mamás encargadas de la cocina (lavando platos, sirviendo e inclusive comiendo con ellas).

Las fechas de las entrevistas (ver Cuadro 3.3) fueron asignadas por la directora del lugar respetando las actividades y responsabilidades que las mamás tenían en el albergue.

Cuadro 3.3 Primera etapa de trabajo de campo (septiembre-diciembre 2008)			
Número de entrevista	Fecha	Nombre de la entrevistada ²⁵	Entrevista viable
1	4 de octubre de 2008	Ángeles	Sí
2	27 de octubre de 2008	Faustina	No
3	8 de noviembre de 2008	Estela	Sí
4	21 de noviembre de 2008	Dora	Sí
5	25 de noviembre de 2008	Yoya	Sí
6	28 de noviembre de 2008	Martha	Sí
7	29 de noviembre de 2008	Denisse	No
8	29 de noviembre de 2008	Muñe	Sí
9	1 de diciembre de 2008	Erin	Sí
10	15 de diciembre de 2008	Consuelo	No
11	15 de diciembre de 2008	Flor	No
12	15 de diciembre de 2008	Natalia	Sí

Fuente: Elaboración propia

²⁵ Por cuestiones de seguridad, se han cambiado los nombres originales de las entrevistadas

A pesar de que se realizaron 12 entrevistas hasta diciembre de 2010, no todas resultaron óptimas para ser analizadas. El primer caso fue el de Faustina cuya entrevista no calificó por carecer de información debido a que sus respuestas fueron muy cortantes y no mostró interés en participar. La segunda entrevista que no se incluyó en el estudio fue la de Denisse quien fue víctima de abuso sexual pero ocasionada por un desconocido, en palabras de ella “yo no lo conocía, nunca lo había visto en mi vida”. El caso de Consuelo cuya entrevista quedó inconclusa al mostrar un comportamiento anormal. Finalmente, Flor, quien se encontraba en el albergue por razones distintas a la de la violencia doméstica.

3.4.2.2 Segunda etapa

Así, para diciembre de 2008 se contaba con ocho entrevistas por lo que se decidió realizar otra ronda de las mismas para enero de 2009, quedando establecidas las siguientes fechas.

Cuadro 3.4 Segunda etapa de trabajo de campo (enero de 2009)			
Número de entrevista	Fecha	Nombre de la entrevistada	Entrevista viable
13	6 de enero de 2009	Dolly	Sí
14	6 de enero de 2009	Margarita	No
15	9 de enero de 2009	Aranza	Sí
16	9 de enero de 2009	Liliana	No
17	9 de enero de 2009	Maritza	No

Fuente: Elaboración propia

En enero de 2009 solamente se hicieron cinco entrevistas debido a que ya no había más personas (con las características buscadas en ellas) a quienes entrevistar. Las entrevistas de Margarita, Liliana y Maritza no fueron incluidas para análisis debido a que sus motivos de estancia en el albergue eran distintos al de haber sufrido violencia doméstica. Así, para enero de 2009 se tenían diez entrevistas efectivas para ser analizadas.

3.4.2.3 Tercera etapa

Después de tener transcritas y, en un primer intento, codificadas las diez entrevistas, se decidió realizar una tercera ronda en el mes de septiembre de 2009, esto para satisfacción de la investigadora y con la aprobación de la asesora de tesis debido a que se pensó enriquecer más la información, pues a pesar de tener las diez entrevistas, no todas

resultaron enriquecedoras, sea por la poca participación de las entrevistadas así como la inexperiencia de la entrevistadora.

Cuadro 3.5 Tercera etapa de trabajo de campo (septiembre de 2009)			
Número de entrevista	Fecha	Nombre de la entrevistada	Entrevista viable
18	4 de septiembre de 2009	Valeria	Sí
19	4 de septiembre de 2009	Blanquita	No
20	4 de septiembre de 2009	Emma	Sí
21	5 de septiembre de 2009	Elba	No
22	5 de septiembre de 2009	Maty	Sí

Fuente: Elaboración propia

De estas cinco entrevistas, solamente tres fueron seleccionadas para su análisis. El caso de Blanquita (15 años), a pesar de haber sufrido violencia sexual por parte de su padre, presentaba una deficiencia mental que podría afectar la veracidad de su narración, pues hablaba de un tema y, de repente, cambiaba la conversación a otro tema. Elba se encontraba en el albergue por sugerencia de su pareja, pues quería dejarla en un lugar seguro mientras regresaba de un viaje.

3.5 Estrategia de análisis y codificación

La parte más ardua para comenzar el análisis de las entrevistas es, sin duda, la transcripción de las mismas pues se requieren de muchos días para ello. Una vez teniendo transcritas las 13 entrevistas, se prosiguió a codificarlas, proceso en el cual también se requiere de tiempo ya que implica mucha concentración para que los códigos engloben las variables de cuidado prenatal y violencia doméstica encontradas en las narraciones de las entrevistadas. Este proceso de codificar las entrevistas llevó aproximadamente un mes y medio, que fueron los meses de mitad de septiembre y el mes completo de octubre.

Los códigos se realizaron con la ayuda del software para análisis cualitativo Atlas.ti tomando en cuenta las variables esenciales de la investigación: los cuidados prenatales, el embarazo y la violencia doméstica en sus distintas modalidades; además, de otras variables de contexto que serán de utilidad para el análisis de la información. A continuación se

presentan los códigos relacionados con estas variables con una breve descripción de los mismos.

Cuadro 3.6 Códigos relacionados con el contexto de las entrevistadas		
Familia	Código	Descripción
Contexto	A1. Características de la mujer	(Edad, nivel de educación, ocupación, estado civil, lugar de origen, número de embarazos, número de hijos).
	A2. Características de los padres de la entrevistada	(Ocupación, consumo de alcohol, drogas, relación entre los padres).
	A3. Características de la pareja (si la hay)	(Ocupación, consumo de alcohol, drogas).
	A4. Motivo por el cual migró	(Trabajo, cuestión económica, problemas familiares, antecedente de violencia doméstica).
	A5 Necesidad de salir del núcleo familiar	(Esta necesidad es, en gran medida, ocasionada por el ambiente de violencia doméstica).

Fuente: Elaboración propia

Cuadro 3.7 Códigos relacionados con la violencia doméstica		
Familia	Código	Descripción
Violencia doméstica	B1. Momentos de la violencia	(Niñez, adolescencia, vida adulta).
	B2. Perpetrador de la violencia en la niñez	(Ambos padres, el padre, la madre, otro familiar).
	B3. Perpetrador de la violencia en la adolescencia	(Ambos padres, el padre, la madre, ex-esposo o ex-pareja, esposo o pareja actual).
	B4. Perpetrador de la violencia en la vida adulta	(Pareja o esposo, madre, padre, otro familiar).
Tipo de violencia	C1. Psicológica	(Intimidación, amenazas, constante acompañamiento, aprisionamiento forzado, hostigamiento, destrucción de propiedades, juegos mentales, constante vigilancia, etc.).
	C2. Emocional	(Criticismo, menosprecios de las habilidades y competencias de la víctima, insultos, manipulación, derrocamiento de la relación con los hijos).
	C2. Física	(Golpes, cachetadas, patadas, tratar de ahorcar, heridas con arma blanca, empujones).
	C3. Económica	(La pareja es quién decide sobre los gastos, no darle dinero a ella ni a sus hijos, apropiación del dinero de ellas por parte de la pareja, ellas son las que mantienen el hogar).
	C4. Sexual	(Violación marital o por algún conocido, prostitución forzada, sexo sin protección, uso de pornografía, etc.).

Fuente: Elaboración propia

Cuadro 3.8 Códigos relacionados con el embarazo y el cuidado prenatal		
Familia	Código	Descripción
Embarazo	D1. Reacción al conocer el embarazo	(Se refiere al sentimiento tenido justo en el momento de que se sabe embarazada).
	D2. Reacción de la pareja sobre el embarazo	(La forma de tomar el embarazo de la pareja).
	D3. Rechazo del embarazo	(La entrevistada reconoció no haber aceptado el embarazo, aunque éste no haya terminado en un aborto).
	D4. Rechazo del embarazo por parte de la pareja	(La pareja no brinda el apoyo a la entrevistada; desinterés).
	D5. Molestias en el embarazo	(Debilidad, dolores, mareos).
	D6. Aborto (intención de)	(Aborto inducido o espontáneo como consecuencia de la violencia doméstica).
	D7. Descuido del embarazo	(Omisiones en el cuidado del embarazo ocasionadas por la violencia doméstica).
Cuidado prenatal	E1. Cuidado médico	(Visitas mensuales al doctor, consumo de vitaminas y ácido fólico, seguir las recomendaciones del doctor, meses de embarazo a la primera revisión, total de revisiones).
	E2. Cuidado no médico	(Hacer ejercicio, cuestiones de alimentación).
	E3. Salud mental	(Estado emocional que caracterizó a la entrevistada en su embarazo)
	E4. Entorno saludable	(El ambiente más óptimo para que la entrevistada lleve su embarazo libre de preocupaciones en el ámbito de pareja, familiar, económico, etc.).

Fuente: Elaboración propia

3.6 Inspección del ambiente o lugar de estudio

Además de las visitas hechas en el mes de septiembre de 2008, se decidió realizar una entrevista a la directora del albergue (ver anexo ii) para conocer más sobre él en lo referente al origen del mismo, su forma de operar, su organización, así como los apoyos que reciben las mujeres por parte de otras personas o empresas. Esta descripción se presenta en el anexo iii.

CAPÍTULO IV “ANÁLISIS DE RESULTADOS”

4.1 Perfil social de las entrevistadas

El cuadro 4.2 presenta el resumen de las principales características sociales de las entrevistadas. La edad promedio de las entrevistadas, al momento de la entrevista, es de 24 años lo cual se puede constatar al observar que la mayoría de ellas son menores de 25 años; inclusive se encuentran seis adolescentes.

Las 13 entrevistadas no son originarias de la ciudad de Tijuana, B. C.; las ciudades más cercanas son Ensenada y Mexicali de donde provienen Natalia (16) y Aranza (21), respectivamente. Para ir conociendo el ambiente familiar en el que se desarrolló este grupo de mujeres es necesario conocer el motivo por el cuál migraron.

Cuadro 4.1 Motivo por el cuál la entrevistada migró	
Nombre	Causa de la migración
Ángeles	Problemas de violencia doméstica
Estela	Problemas de violencia doméstica
Dora	La suegra conociera a su nieta
Yoya	Problemas de violencia doméstica y económicos
Martha	Apoyar a una hija en problemas
Muñe	Problemas del esposo con la justicia
Erin	Problemas de violencia doméstica
Natalia	Problemas de violencia doméstica y económicos
Dolly	Problemas de violencia doméstica
Aranza	Su mamá fue por ella para vivir juntas
Valeria	Problemas con la mamá
Emma	Problemas económicos
Maty	Siguiendo a su pareja

Fuente: Elaboración propia

Como se puede observar en el cuadro anterior, la mayoría de las razones por las que se abandonó el lugar de origen se traducen a problemas de violencia doméstica, salvo en los casos de Dora (18), Martha (41), Muñe (19), Aranza (21), Emma (31) y Maty (21). Sin embargo, es necesario comentar el caso de Emma (31), pues ya había sufrido la violencia por parte de su primera pareja, padre de sus dos hijos mayores, motivo por el cual se separó de ella y sola asumió la responsabilidad total de los niños: “Me vine para acá porque me separé de mi marido y pensé que acá había más oportunidades de trabajo. Como yo venía con hijos, ése fue el motivo por el que me vine”.

Resulta conveniente mencionar el tiempo que este grupo de mujeres lleva residiendo en la ciudad de Tijuana. Se aprecia que éste es muy variado. Los casos de Natalia (16) y Aranza (21), quienes son las que menos tiempo llevan viviendo en la ciudad, se resumen a que han vivido en el albergue desde que llegaron a Tijuana, es decir, de sus lugares de origen fueron trasladadas a este lugar. En el otro extremo se encuentra el caso de Estela (19) quien prácticamente ha vivido toda su vida en la ciudad ya que fue entregada a sus tíos para cuidar de su integridad pues un familiar había intentado violentarla sexualmente cuando era una niña pequeña.

En cuanto al nivel educativo, se puede observar que Dora (18) y Aranza (21) no tienen ningún tipo de educación; inclusive, esta última no sabe leer ni escribir. Erin (17), Dolly (17) y Maty (21) no terminaron la escuela primaria; solamente la primera llegó al cuarto año, las demás hicieron solo un año. El resto de las entrevistadas tienen la primaria completa y de ellas Estela (19), Yoya (25) y Emma (31) terminaron hasta la secundaria. Estela (19) es la única que llegó a la escuela media superior pero sin terminarla. En general, este grupo de mujeres comparten un nivel educativo bajo, salvo los casos de aquellas que terminaron la secundaria quienes sí completaron el nivel básico de educación.

La ocupación y el estado civil que la mujer tenía antes de entrar al albergue es un aspecto muy relevante a mencionar, pues, de las 13, solamente Martha (41) trabajaba en una mueblería para poder sostener a su hijo pequeño ya que se encontraba separada de su pareja. De las seis entrevistadas cuya ocupación era el hogar, todas vivían una unión consensual. Ninguna de ellas se casó por el civil ni por la iglesia.

Cuadro 4.2 Perfil social de las entrevistadas							
Nombre	Edad	Lugar de origen	Tiempo viviendo en la ciudad	Nivel educativo	Ocupación ²⁶	Estado civil ²⁷	Núm. de parejas
Ángeles	35	San Juan del Río, Qro.	13 años	Primaria	Ama de casa	Unida	2
Estela	19	México, D. F.	17 años	Preparatoria incompleta	Ninguna	Soltera	1
Dora	18	Chiapas	4 años	Ninguno	Ama de casa	Unida	1
Yoya	25	Chiapas	9 años	Secundaria	Ama de casa	Unida	4
Martha	41	Culiacán, Sin.	5 años	Secundaria incompleta	Empleada	Separada	2
Muñe	19	EUA	3 años	Primaria	Ama de casa	Unida	1
Erin	17	Durango	1 año	Primaria incompleta	Ama de casa	Unida	1
Natalia	16	Ensenada, BC.	Días	Secundaria incompleta	Ninguna	Soltera	1
Dolly	17	Amozoc, Puebla	6 años	Primaria incompleta	Ninguna	Soltera	0
Aranza	21	Mexicali, BC.	“Poquito tiempo”	Ninguno	Ninguna	Soltera	0
Valeria	31	Córdoba, Ver.	10 años	Secundaria incompleta	Ninguna	Separada	1
Emma	31	Guadalajara, Jal.	2 años	Secundaria	Ninguna	Separada	2
Maty	21	Guerrero	1 año	Primaria incompleta	Ama de casa	Unida	2

Fuente: Elaboración propia

²⁶ Se refiere a la ocupación que tenía antes de ingresar al albergue

²⁷ Se refiere al estado civil que tenía antes de ingresar al albergue

Las seis restantes manifestaron no tener ninguna ocupación al momento de llegar al albergue. Estela (19), Natalia (16), Dolly (17) y Aranza (21) se declararon como solteras pues la primera nunca vivió con el papá de su hijo; la segunda vivió unos cuantos meses; y las dos últimas nunca habían tenido pareja sentimental sino que fueron atacadas sexualmente por un familiar y producto de esa violación quedaron embarazadas. Valeria (31) se encontraba separada de su única pareja, padre de sus hijos. El caso de Emma (31) quien se encuentra separada de su primera pareja (y padre de sus dos hijos mayores); sin embargo, con su segunda pareja (padre de su hija bebé) nunca vivió.

Para concluir con el perfil de las entrevistadas se plantea el total de parejas que cada una tuvo en su vida. Se pueden observar los casos de Dolly (17) y Aranza (21), las únicas dos entrevistadas que tuvieron sus respectivos hijos como consecuencia del abuso sexual al que fueron sometidas; es decir, no tenían pareja sentimental. Ángeles (35), Martha (41), Emma (31) y Maty (21) han tenido dos parejas. Salvo Ángeles (35), las tres tuvieron hijos con ambas parejas. Yoya (25) es quien más parejas ha tenido, las mismas con las que tuvo hijos. Las mujeres restantes tuvieron solamente una pareja, padre de sus hijos. A manera de resumen, se puede inferir, a través de esta descripción del perfil de este grupo de mujeres, que todas se pueden ubicar en un nivel socioeconómico bajo.

4.2 Perfil reproductivo de las entrevistadas

Ya que se analizó el perfil que contiene algunas cuestiones sociales y demográficas resulta importante conocer un perfil reproductivo de las mujeres que participaron en este estudio. En el Cuadro 4.3 se presentan las características más importantes relacionadas a esta temática.

Cuadro 4.3 Perfil reproductivo de las entrevistadas										
Nombre	Núm. de embarazos	Núm. de hijos	Embarazada al momento de la entrevista	Edad al momento de la unión	Edad al primer embarazo	Edad al último embarazo	Uso de anticonceptivos ²⁸	Abortos y/o intención	Tipo de aborto	Método empleado para abortar
Ángeles	2	2	No	18	30	31	No lo menciona	No	-----	-----
Estela	1	0	Sí	18	19	-----	No lo menciona	Sí	-----	-----
Dora	2	2	No	14	14	18	No*	No	-----	-----
Yoya	6	4	Sí	-----	15	25	No*	Sí	Inducido	Pastillas
Martha	4	4	No	14	14	37	No*	No	-----	-----
Muñe	3	2	Sí	14	14	19	No lo menciona	No	-----	-----
Erin	2	2	No	15	15	16	No lo menciona	No	-----	-----
Natalia	2	0	Sí	14	14	16	No lo menciona	Sí	Espontáneo**	-----
Dolly	1	1	No	-----	12	-----	Víctima de violencia sexual	Sí	-----	-----
Aranza	2	1	No	-----	16	17	Víctima de violencia sexual	Sí	Espontáneo**	-----
Valeria	3	3	No	18	22	26	No lo menciona	No	-----	-----
Emma	3	3	No	21	21	30	Sí	Sí	-----	-----
Maty	5	4	No	15	15	20	No lo menciona	Sí	Inducido	Consumo de drogas

Fuente: Elaboración propia

²⁸ Esta información no fue parte de la guía de entrevista; sin embargo, salió el tema en algunas de las entrevistas

*Debido a que la pareja no le permitía el uso de algún método anticonceptivo

** Espontáneo en el sentido que no fue ocasionado voluntariamente por la madre; sin embargo, sí fue provocado por otra persona o por el descuido involuntario del embarazo ocasionado por el ambiente de violencia vivido

4.2.1 Embarazos e hijos

El promedio de embarazos por mujer es de 2.7; sin embargo, se puede observar los casos de Yoya (25) y Maty (21) quienes son las dos mamás con el mayor número de embarazos, seis y cinco, respectivamente. El grupo restante oscila entre uno y cuatro embarazos. Ahora bien, se puede apreciar que el número de embarazos no coincide, en algunos casos, con el número de hijos que declararon tener las entrevistadas. Estos casos son los de Estela (19), Yoya (25), Muñe (19), Natalia (16), Aranza (21) y Maty (21). Estela (19) y Natalia (16) no tienen hijos pues, al momento de la entrevista, se encontraban embarazadas, al igual que Muñe (19). La segunda, a pesar de haber tenido ya un embarazo previo, no llegó a término. Los casos de Yoya (25), Aranza (21) y Maty (21) no coinciden debido a que presentaron una interrupción de su embarazo y, en el caso de esta primera, se encontraba también embarazada.

La edad del primer embarazo resulta importante comentar, sobre todo si se observa la edad al momento de la unión. Por “momento de la unión” se entenderá el momento en que la entrevistada comenzó una relación sentimental con el padre de su hijo, independientemente si vivió con él, como en los casos de Estela (19) y Natalia (16) quienes nunca llegaron a vivir por un periodo de tiempo considerable con sus parejas, lo que se puede constatar al ver que su embarazo lo estaban llevando en el albergue. Los espacios del cuadro correspondientes a los casos de Yoya (25), Dolly (17) y Aranza (21) permanecen en blanco. El caso de Yoya (25) es debido a que ella tuvo su primer embarazo de un desconocido, es decir, de una persona que no tenía ninguna relación sentimental con ella. Las dos restantes, como se ha venido mencionado, fueron víctimas de un abuso sexual y como consecuencia quedaron embarazadas.

Salvo Ángeles (35) y Valeria (31), la edad del primer embarazo coincide con la edad al momento de la unión lo cual quiere decir que inmediatamente que se unieron se embarazaron. El caso de Ángeles (35) es debido a que con su primera pareja no tuvo hijos, por ello la edad a su primer embarazo fue de 30 años pero ya de su segunda pareja.

En cuanto a la edad del último embarazo, resaltan algunos casos en los que han pasado cinco años o más del primer embarazo. Estos casos son los de Martha (41) cuyo último embarazo fue a la edad de 37 años y el primero a los 14. El mismo caso es el de

Emma (31, aunque con menos periodo de tiempo) y el de Maty (21) con cinco años de diferencia entre el primer y el último embarazo. Lo anterior se explica debido a que el último embarazo es de una pareja distinta a la primera con la que también se tuvo hijos. Por otra parte, el caso de Muñe (19) se explica en el sentido de que comenzó su vida reproductiva muy joven y con intervalos intergenésicos cortos. Finalmente, el caso de Yoya (25), con seis embarazos y con una diferencia de 10 años lo que se explica, igual que Muñe (19), por intervalos cortos entre embarazos y también debido a que del embarazo uno al cuarto, fueron de distintas personas y el quinto y sexto de su última pareja.

En general, se aprecia que la mayoría de las entrevistadas (salvo aquellos casos de un solo embarazo y las dos entrevistadas que fueron abusadas sexualmente) llevaba una vida reproductiva activa que se manifiesta desde el momento en que se une con su pareja sentimental.

4.2.2 Uso de métodos anticonceptivos

Este tema no fue parte del guión empleado para realizar las entrevistas; sin embargo, cuatro entrevistadas lo mencionaron. No se toma en cuenta el caso de las dos chicas que quedaron embarazadas por haber sido atacadas sexualmente. Solamente Dora (18), Yoya (25), Martha (41) y Emma (31) hablaron sobre el uso de anticonceptivos. Las tres primeras no usaron porque, de alguna manera, su pareja no les permitió cuidarse. Dora (18) expresa,

E: ¿cuándo fue que tu esposo cambió?

D: bueno digamos que fue aquí [en Tijuana] porque él me empezó a tratarme mal.

E: ¿enseguidita que llegaste?

D: sí. Me empezó a golpear y ya pues así. No le gustaba que yo me cuidara pues...

E: ¿cómo de cuidarte?

D: pues de no tener bebés y se enojaba [...] (Dora, 18).

En cuanto a Martha (41) en su experiencia con su primer esposo, comenta que tuvo tres hijos con intervalos cortos entre uno y otro, comenzando a los 14 años con su primera hija. Dos años después nace su segundo hijo,

Yo ya no quería más hijos. Yo me quería quedar nomás con ella, la que tuve primero, pero mi suegra tenía esa creencia que uno no se debe de cuidar para no tener hijos, que uno debe de tener los hijos que Dios le quiere dar. “No”, decía yo, “no quiero tener más hijos” porque con ella [su primera hija], no sabía qué hacer, yo lloraba junto con ella

cuando lloraba la chiquilla. Llorábamos las dos [...] Él [refiriéndose a su primer pareja] feliz porque yo estuviera teniendo hijos. Él quería que tuviera muchos hijos (Martha, 41).

Martha (41) comenta que pedía asesoría a su suegra sobre cómo no salir embarazada; sin embargo, las respuestas de ella eran “que ella nunca se había cuidado y que ella había tenido los hijos que Dios le había dado”. Manifiesta que su pareja no le daba permiso de que fuera a pedir pastillas o algún otro método. Cuando su segundo hijo tiene once meses de edad queda embarazada de la última hija de esa unión y es cuando decide pedirle a un doctor algún método para cuidarse y le brinda pastillas anticonceptivas mismas que ocasionaron peleas “todo el tiempo” con esa pareja.

“Sabes qué”, le digo, “o me dejas cuidarme o hablo con mi mamá que me recoja para atrás, porque yo no quiero hijos”. “Ah, pues pero para esto te casaste conmigo, cómo es que ya no quieres hijos”. “No, para mí es muy pesado. Chiquilla yo y batallar con niños, no”. No, pues, peleando y todo ahí estuvimos hasta que se resignó. “No” me dijo “pues está bien” (Martha, 41).

El quinto embarazo de Yoya (25) terminó en un aborto inducido por lo cual se traslada a un hospital para atenderse y solicita una operación para no tener más hijos; sin embargo,

Cuando yo llegué en la ambulancia él [su pareja] ya estaba ahí [en el hospital] y se empezó a pelear. Es una persona tan agresiva que se empezó a pelear con la de ventanilla [...] Total que lo dejaron pasar hasta donde yo estaba y le dice el ginecólogo “pues tómelo con calma, señor; su esposa acaba de abortar” [...] y estaban haciendo la hoja de legrado y de cirugía, yo me quería operar, yo ya no quería más hijos y que se empieza a pelear con el doctor “ella no se va a operar, no se va a operar”, dijo. “¿Por qué no?” le pregunta el doctor. “Porque los hijos que ella tiene no son míos, yo quiero uno mío” y dice “ella es la única que me puede dar hijos” [...] Ya casi lo agarraba del cuello [al doctor], es una persona violenta, agresiva. Y ya el doctor, quieras que no, rompió la orden [...] Me metieron a la plancha, me hicieron el legrado y me pusieron el dispositivo (Yoya, 25).

Finalmente, contrario a estos casos, Emma (31) sí comentó que hacía uso de pastillas anticonceptivas; sin embargo, por dejarlas de tomar, queda por segunda vez embarazada.

4.2.3 Abortos y/o intención de abortar

Existen dos tipos de abortos, los espontáneos (que, como su nombre lo indica, ocurren cuando la pérdida del producto se produce por causas no provocadas intencionalmente) y los inducidos (que consisten en interrumpir voluntariamente el embarazo). Bajo este contexto, en esta investigación se presentan cuatro casos de aborto, dos inducidos (Yoya, 25 y Maty, 21) y dos espontáneos (Natalia, 16 y Aranza, 21). Sin embargo, estos últimos, a pesar de no haber sido ocasionados por la propia madre, sí fueron provocados por terceras personas cercanas a ella.

4.2.3.1 Intención de abortar

Aunque no llegaron a ponerle fin de manera voluntaria a sus embarazos, se tienen cuatro casos que tuvieron la intención o el pensamiento de abortar al producto. Se tiene el caso de Estela (19) quien expresa,

Pues cuando veo que no lo reconoce [el padre de su hijo al bebé] yo decía que no lo quería, que no sabía qué hacer. La señora [una amiga de ella] me decía que lo pensara [...] en varias ocasiones pensé en abortar a mi hijo pero nunca lo intenté [...] a lo mejor por dentro no quería hacerlo pero sí lo decía. Por ejemplo, uno puede decir y pensar y hacer otras cosas. Las tres cosas son cosas diferentes (Estela, 19).

Dolly (17) cuando supo que estaba embarazada tenía 12 años de edad y relata que no quería tener al bebé y para lograrlo cargaba cosas pesadas y trató de consumir algunas pastillas,

Estuve así segura, segura fue a los dos meses porque se me empezó a notar la pancita. Y luego sentía así como que se me movía algo [...] Lo quería abortar [para ello] al principio cargaba cosas pesadas y luego quería tomar pastillas. Cuando ya se me empezaba a notar me las iba a tomar [las pastillas] pero fue cuando mi hermana me cachó. A los tres o cuatros días de eso, me trajeron para acá [al albergue] (Dolly, 17).

Como ya se comentó, Yoya (25) se provocó un aborto cuando se encontraba embarazada por quinta vez y por primera vez de su última pareja. Sin embargo, es importante comentar que ya había pensado en el aborto en tres ocasiones más. La primera de ellas fue con su primer embarazo, mismo que fue consecuencia de cuando se dedicaba a la prostitución: “‘Si tengo ahorita a un bebé ¿qué voy a hacer? No, mejor lo aborto’ y lo quería abortar. Tomé pastillas y no lo aborté y ya cuando empecé a ver que...porque mi panza no creció, así se quedó hasta cuando cumplí seis meses y ya empecé a sentir que se movía y ya empecé a tomarle cariño”. También pensó en el

aborto en su tercer embarazo; no obstante, por cuestiones económicas no pudo hacerlo. A la pregunta sobre la impresión que tuvo al darse cuenta que se encontraba embarazada, manifiesta que: “Horrible, yo no quería otro bebé. Karen no fue deseada y dije ‘¡ay! Qué voy hacer’ y no pensé otra cosa que en el aborto, pero las circunstancias no me lo permitieron [...] porque las pastillas que yo ocupaba para abortar costaban 1,200 pesos y yo no los tenía”.

A pesar de utilizar el método anticonceptivo que consistía en inyecciones proporcionadas por el centro de salud, Yoya (25) vuelve a quedar por cuarta vez embarazada. No tenía una relación de pareja estable así que decide provocarse un aborto, mismo que no se logró.

Resulta que yo sí me cuidaba, me inyectaba y con las inyecciones salí embarazada de Montserrat y yo de Montserrat, sí me compré las pastillas, me tomé el frasco entero, me puse una pata más allá y otra más para acá porque ya estaba viendo el hoyo, pero yo a ella no, definitivamente no la aceptaba en mi cuerpo, yo lloraba [...] Yo no soy de las mujeres que se les retrasa la regla dos, tres días. Y ya seis días y yo estaba que me moría [...] Bueno y yo no estando conforme, me voy a la farmacia a comprarme una prueba de embarazo y me la hago y sale positiva “¡chin!”. En ese momento, estaba en el baño y haz de cuenta que el mundo vino a mí y ¡pum!, me aplastó [...] El frasco trae 28 pastillas, yo nada más tenía que tomarme cuatro. Y me tomé las primeras dos y se ponen dos por allá [refiriéndose al aparato reproductor femenino]. Y luego me tomé otras dos y nada y me vuelvo a tomar otras dos y nada y me acabé el frasco [...] Me salió un coágulo de sangre grande y yo pensé que era eso. Ya habían pasado tres meses que no me bajaba y luego un día que me dan náuseas. A los tres meses me dí cuenta que sí estaba embarazada. ¡Ay! Se me venía el mundo (Yoya, 25).

Emma (31), al referirse a su tercer embarazo, confiesa que: “Ahí sentí más feo, ahí sí yo ya no quería ni tenerla. La verdad sí pensé en abortarla pero no tenía los medios para hacerlo. La verdad, yo no la quería tener”.

4.2.3.2 Abortos inducidos

Yoya (25), estando ya con su última pareja, con la que decide tener una relación estable (pues era separado y supuestamente no podía tener más hijos) se induce un aborto debido a que la relación con esta persona había cambiado tornándose en una relación con todas las aristas de la violencia doméstica. “El primer mes, estuvo perfecto, sin nada, pero después, mira, sacó las uñas” (Yoya, 25). Al responder sobre qué sintió cuando conoce su embarazo: “Me daba un infarto. Yo sentía que definitivamente, otro chamaco ‘no lo quiero’. No y no y no aceptaba otro chamaco, porque él empezó a

portarse mal, empezó a sacar las uñas, empezó a drogarse, me empezó a tratar mal, me empezó a tratar mal” (Yoya, 25).

Y: mi cuerpo estaba afectado, estaba débil, estaba muy cansado de todo, ah pues que me compro de esas pastillas de las que te dije, ah pues que me las tomo pero yo ya tenía casi cinco meses de embarazo cuando yo hice eso.

E: ¿y sabiendo lo qué te podía pasar?

Y: sí mujer.

E: no pensaste en nada, en tus chiquitos.

Y: yo decía “no me puedo morir porque no me quiero morir”. Y me tomé cuatro y con esas cuatro tuve (Yoya, 25).

El otro caso de aborto inducido es el de Maty (21) cuando se encontraba embarazada por cuarta vez. Éste era el segundo embarazo que tenía de su segunda pareja, pero al igual que Yoya (25) ya había comenzado a vivir un ambiente de violencia. Para interrumpir el embarazo consumió drogas mismas que le fueron proporcionadas por su pareja.

M: antes de tener a este bebé [se refiere al último bebé a quien traía en brazos] sí me embaracé. Ya tenía tres meses. En ese embarazo usé cristal.

E: cuando te das cuenta que estás embarazada, ¿él llegó a saber que estabas embarazada?

M: sí. Ya tenía un mes que no me bajaba. Entonces yo le dije “sabes qué, yo estoy embarazada y no me ha bajado”, “tú estás loca, no estás embarazada. Ese chamaco ni es mío”, “bueno qué tú piensas, a quién se lo tengo que echar”, “sabes qué, yo no sé, pues no quiero tener al niño”.

E: ¿tú se lo dijiste o él?

M: él. “Ah, pues qué quieres que haga, ¿que me lo tumbe?”, “pues si tú no lo quieres, túmbatelo, usa cristal” y le digo “¿a poco sí se cae? Pues entonces ayúdame a tumbármelo” y me ayudó. Compró cristal y en varias ocasiones hasta lo comía y sudaba y sudaba.

E: ¿con la intención de abortar?

M: sí y se me cayó. Estuve varias semanas sangrando, me llevé como cinco o cuatro toallas diarias.

E: ¿y cómo te sentiste después de eso?

M: pues estaba arrepentida ya que lo había hecho (Maty, 21).

4.2.3.3 Abortos espontáneos

Los dos casos que se encontraron sobre abortos espontáneos corresponden a Natalia (16) y a Aranza (21). A pesar de no haber sido inducidos por ellas mismas, en sus relatos se puede apreciar que el ambiente hostil y de violencia en el que vivían contribuyó a que se propiciara la pérdida. Cuando se encontraba embarazada por primera vez, Natalia (16) comenta: “Yo incluso tuve un aborto por culpa de mi papá. Iban a ser dos. Tenía 14 años y ya iba para los cinco meses y mi papá me golpeó y pues

aborté. Yo ya había tenido dos amenazas de aborto de los niños. Era un embarazo muy delicado. A veces no podía salir ni levantarme ni nada”.

Aranza (21) también tuvo un aborto de gemelos, éste era su segundo embarazo y al igual que el primero también fue gestado como consecuencia de los constantes abusos sexuales perpetrados por su padrastro. Es en el momento cuando las autoridades capturan a su padrastro en que la entrevistada es llevada a una casa-hogar en un estado avanzado del embarazo. Sin embargo,

Ya me iba a aliviar, como en mayo. Y ya pasó tiempo, ya pasó tiempo y me iba a checar. Luego yo me asustaba porque mis hijos no se movían, no se movían, yo no los sentía; no tenía la panza grande y ya les dije “me quiero ir a checar porque mis bebés no se mueven”, ya me dijeron “vamos ir el lunes para ver qué pasó”. Ya fuimos el lunes a checarme y ya me dijeron “lo siento mucho, tus bebés vienen muertos” y yo me salí corriendo del hospital, salí corriendo desesperada (Aranza, 21).

Finalmente, el doctor diagnostica que la pérdida fue ocasionada por la mala alimentación, y, en general, por la depresión en la que se encontraba estaba inmersa. Una vez vistos los perfiles sociales, demográficos y reproductivos de las entrevistadas se procederá al análisis de los resultados que responderá a la pregunta y objetivos de esta investigación.

4.3 Antecedentes de violencia doméstica

Con el propósito de conocer el contexto familiar de las entrevistadas en cuanto a la presencia de antecedentes de violencia en su vida, a continuación se presentan los relatos de las mismas sobre su niñez y adolescencia.

4.3.1 Relación entre los padres

En la mayoría de los casos, la relación entre los padres fue considerada como buena; no obstante, en algunos, no fue así. Tal es el caso de Ángeles (35, tiene la idea de que fue robada por sus padres), quien relata que sus padres llevaban una buena relación y que los disgustos que llegaban a tener se los atribuían a ella: “A veces estaban bien. A veces estaban de malas porque decían que yo les pegaba a sus hijas cuando yo no les pegaba”.

La presencia del alcohol también determina la relación entre los papás como lo manifestaron Natalia (16) y Estela (19): “Pero siempre viví con mis abuelos desde que yo tenía dos años; mi mamá me dejó con ellos. Mi papá siempre tuvo problemas con el alcohol y pues siempre golpeaba a mi mamá” (Natalia, 16).

E: ¿nunca le ha faltado al respeto? [el padrastro a su madre]

Es: sí. Sí le ha pegado.

E: ¿tú has visto?

Es: no, pero mi mamá me ha dicho pero es que se pone borracho y pues...y como él es de Guerrero, los de Guerrero...

E: pero sí has visto a tu mamá lastimada.

Es: pues no moreteada pero sí (Estela 19).

En el caso de Erin (17), también el alcohol fue de los factores que propiciaron la mala relación entre la pareja. Al preguntarle “¿Qué cosas hacía tu papá que a tu mamá le molestaran?”, contestó únicamente “que mi papá tomaba y a mi mamá, pues le molestaba eso”.

Finalmente, el caso de Dolly (17) cuya madre era la que tomaba alcohol y la que ocasionaba los problemas (inclusive le llegó a pegar a su pareja).

4.3.2 Relación con los padres

De las 13 entrevistadas, sólo cinco comentaron la mala relación entre sus padres; las restantes expresaron que entre ellos se llevaban bien. Sin embargo, corresponde el turno a la relación que ellas llevaban con sus papás. Solamente Dora (18) expresó haber tenido una buena relación con ambos padres; el resto opinó lo contrario, sobre todo tratándose de la madre. Se puede describir esta relación carente de cariño, comprensión y sin inspirar confianza hacia las entrevistadas.

A la pregunta relacionada sobre cómo eran sus padres con ellas,

No sentía cariño. ¿Cómo se puede decir? Tibios, más que nada. En lugar de...no eran cálidos porque no me demostraban el cariño. No me hablaban como ellos le hablaban a sus hijos. Yo veía cómo les platicaban a sus hijos, cómo hablaban con sus hijas, conmigo no (Ángeles, 35).

Pues que yo me acuerde, nunca nos dieron un abrazo, nunca nos dieron un beso, nunca nos dijeron “bravo mi niña, sacaste diez en la escuela”. Nunca nos dijeron “qué van a

hacer mañana en la escuela”. Nunca hicieron nada de eso [...] Mi mamá me trataba muy mal en la adolescencia [...] Esa confianza de decir “mamá, me pasó esto”, incluso te puedo asegurar que cuando a mí me bajó por primera vez no le dije a mi mamá porque ella nunca se puso a platicar como una mamá con su hija, “hija, te va a pasar esto, te va a pasar aquello” (Yoya, 25).

Martha (41), que solamente se crió con su mamá, quien tenía que sostener a 13 hijos, narra que no tenía confianza con ella: “Pues ella muy renegada, muy corajuda y no nos daba tiempo de platicar con ella. No teníamos confianza en ella”. La experiencia de Maty (21), cuya madre la abandonó junto con sus demás hermanas, es similar en cuanto a la necesidad de sentirse queridas: “Mi mamá nunca se sentó a platicar con nosotras. Yo de mi mamá no tuve nunca un consejo; yo no tuve amor de ella; yo no tuve nada”. Incluso se manifiesta el miedo que se le puede llegar a tener a la madre como lo comenta Dolly (17), a diferencia de su padre, a quien califica como “bueno” con ella y sus hermanos: “Yo que me acuerde, nunca nos regañó ni nos pegó”.

D: Mi mamá pues sí llegaba y nos pegaba; nos regañaba por cualquier cosita.

E: ¿Le tenías miedo?

D: Sí.

E: Cuando tenías algún problemita, algo que te estuviera molestando, ¿tenías confianza de decírselo a tu mamá?

D: No.

E: ¿Por qué?

D: Porque una vez le quise contar así de mis hermanos que nos pegaban y decía “no, pues es que tú empezaste”. O me regañaba porque si yo les pegaba a ellos me decía que no que porque estaban más chicos o porque eran hombres y no les podía yo pegar; y, pues siempre me regañaba a mí (Dolly, 17).

Los casos de Aranza (21), asaltada sexualmente desde la adolescencia por su padrastro bajo conocimiento de su madre; Valeria (31) cuya madre era drogadicta y nunca se preocupó por ella; y Emma (31), quien prácticamente fue criada por el abuelo y una nana, ya que su madre presenta un cuadro mental delicado, reflejan, de alguna u otra manera, la misma situación de las demás entrevistadas en cuanto la relación y confianza que pudieran tener con sus progenitoras.

4.3.3 El recuerdo de su niñez y su adolescencia

Bajo este contexto, resulta interesante conocer cómo perciben su niñez y su adolescencia estas mujeres con el propósito de ir creando un ambiente en el cual se puedan identificar sentimientos negativos que han estado con ellas desde esas etapas (aunque algunas aún sean adolescentes); y que siguen formando parte de sus vidas.

4.3.3.1 Percepción de la niñez

Como se puede apreciar en el Cuadro 4.4, la mayor parte de las entrevistadas califican su niñez con algún sentimiento negativo. Solamente los casos de Estela (19), Martha (41), Erin (17) y Aranza (21) son catalogados con un recuerdo positivo. Sin embargo, es conveniente comentar que la primera sólo fue “chiqueada” mientras vivió cinco años con sus abuelos maternos (9 años-14 años). Antes de eso, fue criada por sus tíos maternos (nunca vivió con su madre) y es en ese momento que la califica como “no muy buena”. Situación similar es la de Aranza (21) quien comenta que su niñez fue bonita porque la vivió con su abuela materna.

Cuadro 4.4 La percepción de su niñez y su adolescencia		
Nombre	Percepción de su niñez	Percepción de su adolescencia
Ángeles	Triste	Muy triste
Estela	No muy buena, chiqueada.	Como la “Cenicienta”
Dora	Triste	-----
Yoya	Triste, sola, difícil.	Difícil
Martha	Bonita	Rebelde
Muñe	Con sufrimiento	-----
Erin	Feliz, normal.	-----
Natalia	Con muchos problemas	-----
Dolly	Sin niñez	-----
Aranza	Bonita	Dejó de ser bonita
Valeria	Difícil	Desastre
Emma	Solitaria	Aburrida
Maty	Difícil	Difícil

Fuente: Elaboración propia

Dora (18) califica su infancia como triste pues sufrió un ataque sexual. De la misma forma, triste fue para Ángeles (35), siempre a la sombra de sus hermanastros, pues ella sigue pensando que fue robada. Muñe (19) quien recuerda los pleitos entre sus padres a los que ella respondía saliéndose de su casa. Valeria (31) quien vivió su infancia con su abuela materna quien la golpeaba.

Mi niñez fue un poquito difícil porque mi mamá nos dejó solos porque se enfermó por muchos años y se tuvo que ir a la ciudad y nosotros no nos pudimos ir con ella y nos dejó solos un buen tiempo. Eso recuerdo yo de mi niñez y pues ¿qué te diré? A veces eso duele mucho porque mi niñez y mi adolescencia fueron un poquito difíciles (Yoya, 25).

Mi niñez fue con muchos problemas con mi familia y...incluso yo estuve en un orfanatorio a los diez años aquí en DIF Tijuana, en la Zona Río, y este, pues siempre ha habido pleitos por mi papá y mi mamá que siempre me han peleado con el DIF, hemos llegado con la juez y todo eso (Natalia, 16).

Pues casi no tuve porque me quedaba a cuidar a mis hermanos, a los más chicos. Había veces que no iba a la escuela porque en esos tiempos mi mamá se iba a tomar. Mi papá se iba a trabajar de albañil, llegaba cada ocho días, casi no estaba ahí con nosotros y pues él no se enteraba de las cosas que hacía mi mamá (Dolly, 17).

Pues fue muy solitaria, como no tuve hermanos. Crecí sola todo el tiempo; en mi casa, estuve muy restringida de amigos. A mi familia no le gustaba que fueran amigos a la casa ni que saliera a la calle. Era así “tú nada más en tu casa, tú eres señorita de casa y no puedes salir”. Me sobreprotegían demasiado (Emma, 31).

4.3.3.2 Percepción de la adolescencia

Un primer aspecto a resaltar son los espacios en blanco, en el cuadro anterior, de cinco entrevistadas. La explicación es que aún son adolescentes y aunque no hayan expresado con algún calificativo la percepción de su adolescencia, se puede inferir que ésta es difícil y triste, dada la situación y el lugar en el que se encuentran. De cualquier forma, una breve explicación de cada una de ellas justificará el por qué de esta inferencia.

Dora (18) y Erin (17) quienes se juntaron a los 14 años con sus respectivas parejas (en plena adolescencia) y que son las causantes de que se encuentren en el albergue por problemas de violencia doméstica. Muñe (19) quien fue encontrada vagando por las calles embarazada porque huía de la “mafia” como lo menciona ella. Natalia (16) quien está embarazada y no cuenta con el apoyo de su pareja ni de su madre. Finalmente, Dolly (17) quien fue abusada sexualmente en la niñez por su cuñado y producto de esa violación quedó embarazada; desde los doce años ha vivido en el albergue. Como se puede apreciar, estas historias revelan que la adolescencia de estas chicas no ha sido feliz, sino por el contrario, muy triste.

Estela (19) se autodescribe como “La Cenicienta”, pues, llegando de Veracruz a la edad de 14 años pasó a ser la doméstica de sus tíos, recibiendo castigos si no cumplía con las labores del hogar. Martha (41) recuerda que se rebeló porque ya no aguantaba

más los regaños de su madre. Aranza (21) expresa que su vida dejó de ser bonita cuando deja de vivir con su abuela para vivir con su mamá, justo en el comienzo de su adolescencia. Valeria (31) la cataloga como un “desastre” porque peleaba mucho con su mamá, aunque se drogaba junto con ella: “Mi mamá era un desastre pues. Pura vida loca”. Emma (31) percibe su adolescencia como aburrida debido a que siempre estuvo sola.

Hasta aquí, se puede ir dando una idea de la vida de las entrevistadas y que, definitivamente, puede influir en su vida futura. Sin embargo, falta conocer si llegaron a sufrir violencia doméstica. De ser así, qué tipo de violencia; además de la persona que la ejerció. El apartado siguiente está dedicado a dar respuesta a estas interrogantes.

4.3.4 La violencia doméstica en la niña y en la adolescente

Para poder hacer un comparativo de la violencia doméstica en la niñez y adolescencia, se presentan a continuación dos cuadros que representan estas etapas de la vida de las entrevistadas.

Cuadro 4.5 Violencia doméstica en la niñez						
Nombre	Violencia emocional/psicológica	Perpetrador	Violencia física	Perpetrador	Violencia sexual	Perpetrador
Ángeles	No	No	Sí	Madre	No	No
Estela	No	No	No	No	Sí	Tío
Dora	No	No	No	No	Sí	Desconocido
Yoya	No	No	Sí	Madre	No	No
Martha						
Muñe	Sí	Padre	Sí	Padre	No	No
Erin						
Natalia	Sí	Tío	Sí	Tío, padrastro, padre, madre	No	No
Dolly	Sí	Cuñado	Sí	Madre	Sí	Cuñado
Aranza	No	No	Sí	Madre, padre	No	No
Valeria	No	No	Sí	Abuela, madre	No	No
Emma	Sí	Tía, abuelo	No	No	No	No
Maty	Sí	Madre	No	No	No	No

Fuente: Elaboración propia

4.3.4.1 La violencia doméstica en la niñez

A primera instancia se puede apreciar que el cuadro correspondiente a la violencia doméstica en la adolescencia (Cuadro 4.6) está más coloreado que el de la niñez, por lo que se puede decir que es en esta etapa donde, en algunos casos, comienza la violencia y, en otros, se diversifica. Martha (41) y Erin (17) no sufrieron ningún tipo de abuso cuando eran niñas, lo que se puede corroborar en el Cuadro 4.4 en el cual califican su niñez como “bonita, feliz y normal”.

Cuadro 4.6 Violencia doméstica en la adolescencia						
Nombre	Violencia emocional/psicológica	Perpetrador	Violencia física	Perpetrador	Violencia sexual	Perpetrador
Ángeles	Sí	Madre, hermanos	Sí	Padre, madre	No	No
Estela	Sí	Tío, tía	Sí	Tío, tía	No	No
Dora						
Yoya	Sí	Madre, padre	Sí	Madre	No	No
Martha	Sí	Madre	No	No	No	No
Muñe	Sí	Padre	No	No	No	No
Erin						
Natalia	Sí	Tío, madre	Sí	Padre	No	No
Dolly						
Aranza	Sí	Madre, padrastro	Sí	Padrastro	Sí	Padrastro
Valeria	Sí	Madre	Sí	Madre	No	No
Emma	Sí	Tía	No	No	No	No
Maty	Sí	Padre, madre	Sí	Madre	Sí	Padre

Fuente: Elaboración propia

Por el contrario, Dolly (17) experimentó los tres tipos de violencia. Fue golpeada por su madre alcohólica: “Mi mamá pues llegaba y nos pegaba; nos regañaba de cualquier cosita”, lo que originó que dejara su lugar de origen para tener una vida sin problemas: “Iba a cumplir once años cuando me vine para acá. Me vine por problemas con mi mamá porque pues tomaba alcohol y nos pegaba y nos regañaba y ya no aguanté más y me vine”. Llegó a vivir con su hermana y su esposo; sin embargo, éste abusó sexualmente de ella a la edad de doce años dejándola embarazada y sin poder contárselo a alguien: “Me dijo que si le decía a mi hermana no me iba a creer y a ella no le dije nada”.

a) Violencia emocional/psicológica

Muñe (19), Natalia (16), Emma (31) y Maty (21) sufrieron este tipo de violencia en la niñez; en el caso de esta última, la agresora fue la madre pues el abandono forma parte de este tipo de violencia. El tío de Natalia (16) la culpaba de ser la causante de todos los problemas. La sobreprotección y el asedio también es considerada en este tipo de violencia, siendo éste el caso de Emma (31): “Me sobreprotegían demasiado”. Las humillaciones, el desprecio y el abuso verbal se manifiestan en el relato de Muñe (19),

Mi papá cuando yo nací no me quería. Me quería tirar en un bote de basura porque decía que yo no era su hija; que mi mamá era una piruja que andaba en la calle y que yo era hija de los cantineros. Mi mamá trabajaba en una taberna. Eso me lo decía cuando yo era chiquita (Muñe, 19).

b) Violencia física

Ángeles (35), Yoya (25), Muñe (19), Natalia (16), Aranza (21) y Valeria (31) declararon haber sido violentadas físicamente. Los asaltos físicos se traducen en golpes con la mano, con objetos y jalones, principalmente. “Mi papá me pegaba, me pegaba con cables, con lo que sea” (Muñe, 19). Natalia (16), además de ser golpeada por su tío con quien vivía en casa de sus abuelos, lo fue también por su padre, madre y padrastro:

Mi papá siempre tuvo el problema del alcohol. Incluso, por culpa de mi papá a mi abuelo casi le da un derrame cerebral porque le golpeó mucho la cabeza hasta que le abrió. Todo por una extensión, supuestamente andaba drogado. La casa de mis abuelos es una casa de dos pisos y tiene una cuartería y yo estaba jugando en la cuartería [...] pues mi papá fue y me sacó; me agarró de los cabellos, me golpeó y golpeó a mi abuelo (Natalia, 16).

Yo me fui con mi mamá y no duré ni un mes. Me metió a la escuela. Ella una mañana me golpeó porque mi hermano me prestó su ropa y yo la traía puesta y mi mamá me dijo que yo la había agarrado y cosas así; y me golpeó con un gancho de la ropa y me dejó toda marcada de los brazos (Natalia, 16).

[...] el señor [el padrastro] pues nos trataba mal, y más que nada, trataba muy mal a mis hermanos. Los que más sufrieron el caso fueron mi hermana y mi hermano porque los golpeaba mucho, porque ellos vivieron más tiempo con ellos. Mi mamá no se quería dar cuenta que mi padrastro nos pegaba (Natalia, 16).

Se puede apreciar la figura materna como responsable de esta violencia, salvo en el caso de Muñe (19),

Bien recuerdo que todavía gateaba y me iba hacia donde estaba mi mamá y le jalaba su falda para que me diera mi mamila y ella cargando a su hija. Me decía “espérate, espérate”. Y yo me esperaba. Y luego me ponía a llorar. Ella lo que hacía era bajar a la niña que traía en brazos y pegarme a mí. Ya me callaba entonces y me daba la mamila (Ángeles, 35).

c) Violencia sexual

Tres casos de abuso sexual se manifestaron en la niñez. El caso de Estela (19) quien fue mandada por su madre y abuelo de la ciudad de México a Tijuana debido a la sospecha de que había sido violentada sexualmente por un tío. A pesar de que los exámenes médicos no mostraron señales de violación, el intento a cometer el acto se considera como asalto sexual. Dora (18) fue abusada por un desconocido y el caso de Dolly (17), como ya se comentó, cuyo cuñado fue el agresor.

4.3.4.2 La violencia doméstica en la adolescencia

a) Violencia emocional/psicológica

Como ya se mencionó, el cuadro correspondiente a la violencia doméstica en la adolescencia está más coloreado que el de la niñez. Se puede apreciar que aquellas mujeres que no habían sido víctimas de violencia emocional/psicológica en la niñez lo son ahora en la adolescencia, como son los casos de Ángeles (35), Estela (19), Yoya (25), Aranza (21) y Valeria (31). Y las que la sufrieron en la niñez continuaron padeciéndola en la adolescencia. Se vuelve a apreciar la figura de la madre como agresora y en el caso donde la entrevistada no se haya criado con ella, la presencia de otra figura femenina se hace notar (el caso de las tías). Este tipo de violencia sigue caracterizándose principalmente por humillaciones, insultos, la constante vigilancia, el asedio, el menosprecio y el aislamiento.

Cuando yo empecé la adolescencia pues yo no sabía qué era la menstruación. Ya después de ahí, bien que recuerdo a mi mamá; empezaba a decirme cosas que yo no había oído nunca. Me empezaba a decir “para qué te sirven los años que traes encima. De qué te sirve eso que traes ahí [refiriéndose a su aparato reproductor]”. Yo decía “¿por qué me habla así?”. Me hice señorita y empezó a tratarme de otra manera [...] no tenía nadie con quien hablar. Yo, para ella, era una burla (Ángeles, 35).

Yo no platicaba con nadie. No le tenía confianza a mi mamá. De hecho, yo me lo guardé aquí [en el pecho] sola y con el transcurso del tiempo sólo sacaba llanto. No podía confiar en ella porque en el momento en el que yo hablaba con ella, le decía a su hija mayor “esta chamaca está bien loca” (Ángeles, 35).

El caso de Yoya (25), cuya hermana mayor huyó con el novio, trajo repercusiones en la manera de educarla, pues su madre se quedó siempre con el pendiente de que ella fuera a hacer lo mismo.

Incluso yo me acuerdo que era señorita y a mí me castigaban hasta tres meses sin salir a asomarme a la puerta. Me tenían encerrada y si me desaparecía me buscaban; me les escondía. Me dormía, no tenía nada que hacer porque no iba con mis amigas, con mis primas. No iba a fiestas. Era de la escuela a la casa; me iban a recoger. Estaba mi mamá o mi papá y yo ya estaba harta (Yoya, 25).

Me arruinaron la vida, pues, porque me acuerdo que mi mamá me decía groserías muy fuertes. Me decía “es que tú eres una pinche puta. A lo mejor hasta panzona estás, estás tan amarilla, por eso te la llevas en puro dormir”. Y me decía grosería y media, cosa que ya ni me quiero acordar. Y yo le decía “mamá, no, yo soy señorita”. “No, yo no te creo” (Yoya, 25).

Aranza (21), quien tiene un problema físico y de retraso en el habla, comenta que su madre se avergonzaba de ella por estos defectos.

Cuando yo le decía a mi mamá que me sacara me decía que yo le daba pena. ¡Se avergonzaba de mí! Me decía “es que me da lástima sacarte así”. Pues yo sentía bien feo. Yo me quedaba ahí en mi casa llorando (Aranza, 21).

Por su parte, Emma (31) relata la soledad en la que vivía y lo aislada que su familia la tenía.

De hecho a mí casi no me dejaban salir que a fiestas, mucho menos tener novio. Sí lo tuve, pero a escondidas. Siempre me andaban checando, no respetaban en nada mi intimidad. Tenía una tía que vivía en Nueva York, pero venía, me revisaba los cajones, todo, todo, yo no tenía privacidad. No me respetaban mi forma de vestir ni mi forma de pintarme. Eran muy tradicionalistas. (Emma, 31).

Algo parecido es el caso de Martha (41), cuya niñez no fue caracterizada por violencia; sin embargo, al llegar a la adolescencia comentó que su madre, cuando supo que tenía novio, ya no la dejó salir de la casa: “Ya me encerró en la casa y no me dejaba salir”.

b) Violencia física

Se puede apreciar que, de las 13 entrevistadas, solamente seis no comentaron ser violentadas físicamente. Los casos particulares de Dora (18), Erin (17) y Dolly (17) permanecen exentos de cualquier tipo de violencia en esta etapa de la vida; el caso de Dolly (17) es debido a que la adolescencia la ha pasado dentro del albergue desde que tenía doce años, cuando llegó con dos meses de embarazo, producto de la violación ocasionada por su cuñado. En los otros dos casos la violencia sí existió pero fue

ocasionada por la pareja de las entrevistadas, pues se unieron siendo aún adolescentes. Sin embargo, esto se comentará en el apartado correspondiente a la vida en pareja.

c) Violencia sexual

Solamente dos entrevistadas fueron abusadas sexualmente en la adolescencia. Se puede apreciar que el abuso sexual lleva consigo el abuso psicológico/emocional y físico como sucedió en el caso de Aranza (21), quien resultó dos veces embarazada como consecuencia de las repetidas violaciones perpetradas por el padrastro. En la siguiente narración se refleja la violencia emocional/psicológica y la física después de la violación sexual.

E: Oye, cuando tu padrastro abusó de ti por primera vez ¿le dijiste a tu mamá?

A: No. Me amenazaba, me decía “si tú le dices a tu mamá, tu mamá va a amanecer muerta. O tu mamá va a amanecer quemada”. Y yo para salirme corriendo afuera me cerraba con llave la puerta, me amarraba los pies, me amarraba las manos. Y yo no podía pues. Tenía que hacer fuerzas para poder hacer algo y no podía. Tenía miedo que de verdad le fuera a hacer cosas a ella (Aranza, 21).

De igual forma, ya con su hija recién nacida, los abusos siguieron, ocasionando que la madre no le creyera y la violencia emocional/psicológica siguiera.

Ya iba creciendo más mi panza [el segundo embarazo] y me dijo mi mamá “no te conformas con tu hija que te fuiste a revolcar con alguien allá afuera”. Yo le decía “no, mi padrastro abusó de mí. Mira, amanecí así, bien mojada de mi pantalón”, y me decía “no, cómo crees” (Aranza, 21).

Finalmente, Maty (21) quien nunca se imaginó que su propio padre le llegara a faltar al respeto de una manera sexual.

4.3.4.3 Consecuencias de la violencia doméstica en la niñez y en la adolescencia

Haber sido violentada trajo consecuencias en la vida de estas mujeres. Estas consecuencias presentan diversas aristas que van desde salirse de la casa, quedar embarazada, prostituirse, casarse o irse con “el primero que pasara”.

Cuadro 4.7 Consecuencias de la violencia en la niñez y adolescencia	
Nombre	Consecuencia
Ángeles	Salirse de su casa con el primero que pasara.
Estela	Rebelarse
Yoya	Prostituirse
Martha	Casarse joven para salir de su casa
Muñe	Drogarse
Natalia	Rebelarse
Dolly	Primero salir de casa de sus papás; segundo, un embarazo
Aranza	Embarazos no deseados
Valeria	Drogarse
Emma	Casarse para huir de su casa
Maty	Prostituirse

Fuente: Elaboración propia

4.4 ¿Vivieron felices por siempre? La vida en pareja

Este apartado se referirá a la violencia doméstica ocurrida en la unión o matrimonio. En este sentido, los casos de Dolly (17) y Aranza (21) se excluyen del análisis debido a que nunca han tenido pareja. Se identificarán los cambios de caracteres de las parejas al momento de unirse.

4.4.1 El comienzo de una relación debido a la necesidad de salir del hogar

Se analizarán los casos de Ángeles (35), Martha (41) y Emma (31) quienes expresaron haberse casado/unido solamente porque no deseaban seguir viviendo en sus casas de crianza debido a que no aguantaban más los tratos a los que eran sometidas por parte de sus familiares; es decir, la primera pareja se convierte en la ruta u opción de escape. Al referirse a la primera pareja,

Yo lo conocí en San Juan del Río a los 18 años. Él me dijo que andaba de vacaciones. De aquí de Tijuana, se pasó para allá de vacaciones, entonces yo lo conocí en un parque [...] Me empezó a hablar. Empezamos a platicar. Nos empezamos a tratar, o sea, porque nada más fue cosa de ocho días. Mi determinación era salirme. Era salir de ahí con el primero que se me cruzara. Y él me dijo “salte y vámonos para Tijuana. Te vas conmigo o te quedas”. Yo realmente no estaba enamorada; lo que quería era huir de lo que estaba pasando (Ángeles, 35).

Y me casé bien joven [14 años] porque quería huir de la casa. Ya me había cansado mi situación de estar cuidando a mis hermanos. Mi mamá era muy exigente conmigo. Yo era la única mujer en la casa (Martha, 41).

E: ¿cuándo decidieron vivir juntos?

Em: cuando salí embarazada.

E: ¿qué te dijo tu familia?

Em: pues no les pareció. Pegaron el grito en el cielo. De hecho, querían que me sacara al bebé. Mi tía me mandaba a Nueva York a abortar. Pero no me animé a hacerlo [...] Me fui con él y nos casamos por el civil después, pero en realidad yo no me quería casar con él. Yo lo tomé como una ruta de escape (Emma, 31).

Un hallazgo importante de estas tres experiencias es que haber tomado esta decisión “ruta de escape” no se tradujo en una vida mejor para ellas; por el contrario, las tres fueron víctimas de violencia por parte de sus parejas; y, finalmente, terminaron separándose. Por ejemplo, Ángeles (35) sufrió de violencia emocional/psicológica pues fue engañada sentimentalmente; además de violencia económica, hasta que se cansó y, después de siete años que duró la relación, decidió separarse,

Pues la verdad, él decidía sobre el dinero que yo ganaba. Entonces pasó el tiempo y me di cuenta, “¿por qué?” digo yo, “¿por qué me pide a mí mi dinero? ¿Para qué?”. Y él me decía que para pagar la renta, el agua, la luz. Me ponía pretexto. Entonces llegaba el tiempo y otra vez que la luz, que el agua y ya era mucho. Él no se dedicaba a nada y mi cansancio de tener que mantener yo, que tenía que llevar los gastos de la casa, dije no (Ángeles, 35).

Hay que recordar que puede existir violencia emocional/psicológica y no haber maltrato físico (Fernández y Pérez, 2007), como le sucedió a Martha (41), quien duró 18 años casada con su primer marido y con quien tuvo tres hijos: “Nunca me pegó cuando viví con él. Lo que pasa es que él me gritaba, por todo me regañaba, no le gustaba la comida que hacía. Buscaba pretextos para estarme regañando”. Una de las características de este tipo de violencia es la constante vigilancia que puede convertirse en un aislamiento,

No me dejaba salir con mis amigas porque decía que yo ya me había casado, que yo tenía que estar en la casa [...] pues no me gustaba porque a veces ni con mi mamá me dejaba ir. Nunca me permitió salir, a pasearme, a divertirme y me tuve que quedar encerrada un tiempo (Martha, 41).

Finalmente, Emma (31), quien duró nueve años de casada y dos hijos, expresa que realmente no conocía a la pareja pues solamente había durado tres meses su noviazgo. Al momento de comenzar a vivir con él: “Empezó con golpes y me empecé a dar cuenta que se drogaba; cosas que yo no conocía de él porque, en realidad, no lo

conocía. Eran golpes e insultos. Ya cuando tuve al bebé pues fue peor”. También, fue controlada económicamente: “Él trabajaba; trabajó todo el tiempo pero comenzaba con pretextos de que se le perdía el dinero. Me llegó a tener toda la semana sin un peso. Él decidía sobre los gastos, como él trabajaba. Él era el típico macho mexicano”. Asimismo, fue engañada sentimentalmente lo que propició separarse de su marido.

4.4.2 La violencia doméstica por parte de la última pareja

A continuación se muestra el cuadro correspondiente a la violencia doméstica perpetrada por la última pareja. Aquí, no se refiere a la mujer embarazada, esto quiere decir, que la entrevistada fue violentada antes o después del embarazo.

Nombre	Violencia psicológica	Violencia física	Violencia económica	Violencia sexual
Ángeles	Sí	Sí	No	No
Estela	-----	-----	-----	-----
Dora	Sí	Sí	Sí	No
Yoya	Sí	Sí	Sí	Sí
Martha	Sí	Sí	Sí	No
Muñe	-----	-----	-----	-----
Erin	Sí	Sí	No	No
Natalia	-----	-----	-----	-----
Valeria	Sí	No	Sí	Sí
Emma	-----	-----	-----	-----
Maty	Sí	Sí	Sí	No

Fuente: Elaboración propia

Los casos de Estela (18), Muñe (19), Natalia (16) y Emma (31) permanecen ausentes de cualquier tipo de violencia. A excepción de Muñe (19), las otras tres nunca vivieron con sus parejas y la violencia recibida fue cuando estaban embarazadas; sin embargo, esto se comentará en otro apartado. Asimismo, Muñe (19) no fue violentada por su pareja.

Se comentarán los casos de Dora (18) y Erin (17), quienes en el cuadro correspondiente a la violencia doméstica en la adolescencia (21) no registraron ningún tipo de ella perpetrada por los padres o algún familiar. Esto es debido a que se unieron en la adolescencia; por lo tanto, la violencia la ejerció la pareja.

²⁹ Violencia doméstica recibida cuando la entrevistada no estaba embarazada.

Dora (18), originaria de Chiapas, llegó a Tijuana a la edad de 15 años para que su suegra conociera a su nieta. Mientras vivió en Chiapas con sus padres la pareja nunca la molestó. A partir de que llegan a Tijuana esa situación cambió,

Digamos que mi esposo cambió aquí [Tijuana] porque él empezó a tratarme mal. Me empezó a golpear y ya pues así. No le gustaba que yo me cuidara para no tener bebés y se enojaba. Me golpeaba porque, según, decía yo andaba con otro hombre. Le molestaba que yo hablara con otras personas cuando yo iba a mi trabajo porque trabajé aquí. Le molestaba que yo platicara con hombres y con mujeres también, que según él, las mujeres me aconsejaban cosas malas (Violencia física, violencia psicológica/emocional) (Dora, 18).

Retener el acceso al teléfono, o a otras cosas materiales, es también una de las caras que presenta la violencia emocional/psicológica. Asimismo, el disponer del dinero de las mujeres sin su consentimiento, representa un abuso económico,

E: ¿Tú no hiciste por regresarte a Chiapas?

D: Sí, pero yo no tenía dinero y muchas veces me quise escapar de la casa.

E: ¿No tenías comunicación con tu papá?

D: Sí tenía, pero cuando yo les decía algo a mis papás, él me escuchaba y yo le decía a mis papás cómo me trataba y él me quitaba el celular y cosas así. Yo no podía contarles las cosas a mis papás, qué me pasaba, qué no (Violencia emocional/psicológica) (Dora, 18).

El dinero que yo ganaba él me lo quería quitar. A veces se lo daba o, para complacerlo, compraba cosas de la casa también, para que él se sintiera bien. Y así lo hacía y ya me enfadé de estar haciendo eso y me salí de trabajar [...] Me daba dinero pero para la niña [...] Si yo quería cosas, si yo miraba cosas bonitas pues yo no tenía con qué comprarlas (Violencia económica) (Dora, 18).

El otro caso es el de Erin (17) quien también se fue a vivir con su novio a la edad de 14 años. El noviazgo duró siete meses y no hubo señales de violencia; no obstante, ella considera que apenas se juntó con él y el cambio se presentó de manera repentina. Como se ha mencionado, el consumo de alcohol es un factor que conlleva a comportamientos agresivos en los hombres (UNICEF, 2000): “Pues él salía a trabajar y llegaba tomado y empezaba a aventar cosas y a golpearme y también a mi suegro” (Violencia física).

En general, se puede decir que las once entrevistadas (excluyendo a las que fueron violentadas sexualmente) han padecido la violencia doméstica desde su niñez, adolescencia y, finalmente, en la vida de pareja.

4.5 El embarazo y la violencia doméstica

La violencia doméstica en la mujer embarazada constituye un problema doble de salud pública debido a que se ve afectada la salud de la futura madre y la del producto (Watts y Mayhew, 2004). Además, es considerada como una complicación del embarazo mucho más común que la diabetes o la hipertensión (Castro, 2006). A continuación, se describirán las reacciones de las entrevistadas al saber que están embarazadas; así como las situaciones de violencia en el embarazo por parte de la última pareja y/o de otro agresor, así como el tipo de violencia perpetrada.

4.5.1 La reacción de la mujer al saberse embarazada

4.5.1.1 El primer embarazo

El Cuadro 4.9 es muy ilustrativo en el sentido de que se puede apreciar, en palabras de las propias entrevistadas, el sentimiento reflejado cuando se dan cuenta que están esperando el primer bebé. El primer embarazo refleja, en la mayoría de los casos, emoción, alegría e ilusión. Por lo tanto, se prestará especial atención en aquellos donde ocurre lo contrario, contextualizando el escenario donde éste se llevó a cabo.

El caso de Yoya (25) quien, como consecuencia de los malos tratos y la sobreprotección sufrida en su infancia y adolescencia, se dedicó a prostituirse en la colonia donde vivía (convirtiéndose esto en una forma de ayudar a su familia), “a los 14, 15 años, en una de tantas yo no me cuidé y salí embarazada”. Consideró ese embarazo como “un estorbo” debido a que ya no iba a seguir ayudando a su familia: “Si tengo ahorita un bebé ¿qué voy a hacer? No, mejor lo aborto. Y lo quería abortar”.

Martha (41) comenta que quedó embarazada enseguida de casarse y se espantó porque apenas tenía 14 años cuando eso sucedió. Además, su esposo no permitía que usara anticonceptivos, ya que ella no deseaba todavía tener hijos: “Estaba muy chiquita, no iba saber qué hacer con esa niña y fui al doctor y ya me dijo que sí era bebé lo que estaba esperando; pues ya”.

Cuadro 4.9 Reacción primera de las entrevistadas al conocer cada uno de sus embarazos					
Nombre	REACCIÓN				
	Primer Embarazo	Segundo Embarazo	Tercer Embarazo	Cuarto embarazo	Quinto embarazo
Ángeles	"Una gran alegría"				
Estela	"Una alegría. Estaba feliz"				
Dora	"Me sentí feliz"				
Yoya	"Era un estorbo para mí"	"Estaba ilusionada"	"Horrible, ¡Qué voy hacer"	"Se me venía el mundo"	"Me daba un infarto"
Martha	"Me espanté"	"Yo ya no quería hijos"	"Yo ya no quería más hijos"		
Muñe	"Me dio alegría por ser el primero"	"Sentí miedo"			
Erin	"Me sentí feliz"				
Natalia	"Me sentí contenta y a la vez no"				
Dolly	"Me daba no sé qué... me daba miedo"				
Aranza	"Es mi bebé y voy a tenerlo..."				
Valeria	"Me puse contenta"	"Me puse contenta también"			
Emma	"De primera me dio angustia, ya después felicidad"	"Ahí sentí más feo. Mucha angustia"			
Maty	"Me dio gusto, me dio alegría"	"Pues bonito también"	"Pues me dio gusto"	"Yo no lo quería tener"	

Fuente: Elaboración propia

Natalia (16) cuyos problemas, generalmente, han sido ocasionados por su madre, relata sentimientos encontrados en su embarazo. Estaba contenta por el simple hecho de estar embarazada; sin embargo, no lo estaba porque tenía miedo de que su familia no la fuera aceptar así: “De por sí no me aceptaban de que yo estaba con él y más porque él era soldado y ahora porque estaba embarazada. Y yo, en ese tiempo, me escondí mucho cuando estaba embarazada”.

La reacción de Dolly (17) fue muy natural, ya que su único embarazo ha sido producto de la violación sexual perpetrada por su cuñado.

El maltrato físico recibido por su padrastro conllevó a que abusara sexualmente de Aranza (21) en repetidas ocasiones quedando embarazada; sin embargo, aceptó su condición a pesar de la insistencia de su madre sobre abortar el producto: “No me importa de quién sea. Mi bebé no tiene la culpa ni yo tengo la culpa. Es mi bebé y yo voy a tenerlo, voy a mantenerlo, voy a batallar con él, si es niña pues más, si es niño pues menos”.

Finalmente, Emma (31) quien manifestó sentir angustia de primera instancia, debido a que no estaba casada y su familia era muy tradicionalista; sin embargo, después se sintió contenta: “Yo quería tener una familia bien, la que yo no tuve. En ese tiempo, yo no pensaba en una carrera. Mi meta era una familia. Me dio angustia pero sí sentí felicidad, la verdad”.

El primer embarazo del resto de las entrevistadas, hasta ese momento de sus vidas, está ausente de una vida con violencia por parte de sus parejas o de cualquier otro familiar, a diferencia de los casos arriba mencionados. De ahí que se muestren contentas ante la llegada del primer bebé.

4.5.1.2 Los embarazos siguientes

En este apartado se analizarán solamente los casos de las mujeres que tuvieron más embarazos sin contar el último.³⁰ Bajo este contexto, Yoya (25), Martha (41), Muñe (19), Valeria (31), Emma (31) y Maty (21) serán los casos a comentar.

Yoya (25), quien de todas es la que ha tenido más embarazos (salvo los últimos dos), todos han tenido diferente papá. Su primer bebé (como consecuencia de la prostitución) le fue arrebatado por su madre y hermana mayor para regalarlo a una pareja que no podía engendrar; y, a pesar de que al principio no lo quería, en el transcurso de su embarazo lo fue aceptando. Por ello, el deseo tan grande de convertirse en madre sin importar las circunstancias en que se presentara el embarazo. A la pregunta “¿Qué sentiste cuando te diste cuenta de tu embarazo?” se puede apreciar, a lo largo de sus embarazos, que solamente el segundo está plasmado de un sentimiento positivo, a pesar de que su pareja era un hombre casado y no se responsabilizó económicamente del bebé,

A mí no me importaba si era casado. Yo lo que quería tener era un hijo, yo deseaba tener un hijo. El papá no se hizo responsable pero yo trabajaba y ganaba muy bien [...] Sentí bonito cuando supe que estaba embarazada porque él [su hijo] era deseado. Yo tuve todos los cuidados que debe tener una mujer embarazada. Estaba ilusionada con mi hijo (Yoya, 25).

El tercer y cuarto embarazo expresan que ya no eran deseados; sin embargo, terminó aceptándolos. Se comentará el caso del quinto embarazo que fue concebido viviendo con la última pareja. Si se vuelve la mirada al Cuadro 4.8, se aprecia que Yoya es la única que recibió todos los tipos de violencia doméstica por parte de su pareja. Es importante tener esto en cuenta para tratar de entender su reacción (“Me daba un infarto”) cuando se da cuenta del embarazo. Llevaba apenas viviendo un mes con su pareja cuando comenzaron los maltratos y dos meses cuando sale embarazada: “Yo sentía que definitivamente otro chamaco ‘no lo quiero’. No y no y no aceptaba otro chamaco porque él empezó a sacar las uñas; empezó a drogarse; me empezó a tratar mal”. Finalmente, se recurre al aborto para interrumpir el embarazo.

³⁰ Pues todas tienen un último embarazo; inclusive, los embarazos de Estela (19) y Dolly (17) pueden ser considerados como últimos al momento de la entrevista.

De los cuatro embarazos de Martha (41) tres son del primer matrimonio. Su primera hija la tuvo a los 14 años; el segundo a los 16 y cuando este bebé tenía once meses (como ya se mencionó) sale embarazada de la tercera hija. Su reacción fue la de ya no querer tener hijos; no obstante, el esposo le tenía prohibido el uso de cualquier método anticonceptivo: “Pero yo miraba en la tele que decía que habían formas de cuidarse y nunca me dejó que fuera a pedir pastillas o algún método”. Finalmente, después de estos tres hijos, tomó la decisión de cuidarse muy en contra de la voluntad de su esposo.

El caso de Muñe (19) merece atención debido a que “sintió miedo” en su segundo embarazo infundido por sus padres ya que existía el antecedente de su molestia en el primer embarazo: “En mi segundo embarazo sentí más o menos alegría porque tenía miedo que me hicieran algo”. Por su parte, Valeria (31), al igual que su primer embarazo, se puso feliz.

El sentimiento de Emma (31) ante su segundo embarazo fue de “mucha angustia”. Experimentó la violencia doméstica en el momento que se casó y una de sus intenciones era dejar a su esposo (aunque tardó nueve años para tomar esta decisión). Por ello, cuando sale por segunda ocasión embarazada: “Yo no lo podía creer. Si con uno cómo estoy, ahora con dos [...] Sí tenía mucha angustia porque yo sentía que con uno era mucho estar atada a él; ahora con dos. Yo sentía que no tenía salida porque mi meta era irme un día”.

Los dos primeros hijos de Maty (21) son de la primera pareja con la cual no hubo ningún tipo de violencia. De hecho, fue ella quien fue infiel, de ahí la separación. El tercero y cuarto embarazo corresponden a la última pareja (con quien sí experimentó violencia). Al ser el tercer embarazo el primer hijo de ésta: “Pues me dio gusto estar embarazada y como me quería mucho, me apapachaba por tener un hijo de él”. Esta entrevistada manifiesta que el cambio de comportamiento de su pareja comenzó después de este embarazo. Como consecuencia de este cambio de comportamiento, el cuarto embarazo se ve interrumpido de común acuerdo entre los dos. Como se pudo apreciar (salvo Valeria), el sentimiento de ilusión y de alegría del primer embarazo desaparece al momento que comienza la presencia de la violencia doméstica.

4.5.1.3 El último embarazo

Cuadro 4.10 Reacción al conocer el último embarazo	
Nombre	Último embarazo
Ángeles	"No lo aceptaba"
Dora	"Ahorita no quería salir embarazada"
Yoya*	"Estaba destrozada..."
Martha	"Mucho miedo"
Muñe*	"Al principio miedo, pero ya no"
Erin	"Me sentí a gusto"
Natalia*	"A la vez me dio alegría y a la vez no"
Aranza	"Lo que venga, pero que venga bien"
Valeria	"Del tercero no tanto, pero sí"
Emma	"Sentí mucha tristeza"
Maty	"Pues yo ya tenía miedo"

Fuente: Elaboración propia

*Embarazadas al momento de la entrevista

Para este análisis, se excluyen los casos de Estela (19) y Dolly (17) pues su único embarazo se consideró como el primero. Salvo los casos de Erin (17) y Aranza (21), a la pregunta “¿Qué sentiste cuando supiste que estabas embarazada?” (del último embarazo), las respuestas demuestran una gran diferencia con respecto al primer embarazo debido a que en este último la violencia doméstica se hizo presente.

Ángeles (35) no aceptaba su último embarazo debido a que su primer hijo fue robado por su propia madre (violencia psicológica/emocional) causándole fuertes depresiones: “Ya cuando pasó el tiempo [del robo de su hijo] yo mi embarazo no lo aceptaba. Yo decía ‘no, no puedo estar embarazada. Tengo a mi hijo, está chiquito’. Yo todavía estaba con la idea de recuperarlo”.

El deseo Dora (18) de no querer estar embarazada estuvo relacionado a la vida de violencia que llevaba con su pareja. Como se mencionó, fue víctima tanto de violencia física (golpes, maltratos), emocional/psicológica (no dejar que se relacionara con sus compañeros de trabajo, la insinuación de que lo engañaba sentimentalmente con otra persona, la retención del teléfono) así como económica (decidir sobre el propio dinero de ella).

Yoya (25), quien con anterioridad había abortado al primer hijo de la única pareja con la que había vivido (decisión tomada precisamente por la violencia a la que era expuesta), queda por segunda vez embarazada, a lo que expresa: “Él se llenó de ilusión, cosa que yo estaba destrozada; estaba que me moría; me quería suicidar y él feliz”.

El miedo que señala Martha (41) no se relaciona con problemas con su pareja (hasta ese momento); no obstante, está relacionado con problemas de salud, de edad, de “volver a empezar”,

Sentí mucho miedo porque tengo diabetes y estaba embarazada con diabetes, con mis años. Tenía 37 años cuando salí embarazada. Tenía 38 cuando lo tuve a él. Me sentía bien mal, bien mal. Y este niño sí que yo no quería tener porque me sentía bien mal [...] se me hacía mucho por mis años, imposible. Dejé 20 años de tener hijos y volver a empezar de nuevo, era la cosa más imposible que se me hacía. Me molestaba todo. Lloraba a ratos cuando yo llegaba de trabajar cansada, que todo me dolía. En lugar de llegar y cenar en la casa, llegaba y me acostaba a llorar. Era cosa que yo me tenía que cuidar, a fuerza me tenía que cuidar aunque yo no quisiera, yo tenía que cuidarme (Martha, 41).

La primera reacción de Muñe (19) fue el mismo miedo que tuvo con los otros dos embarazos, ocasionado por su padre: “Me dijo que si yo seguía teniendo chamacos que me olvidara que él era mi padre y que no me quería ver. Me dolía mucho que me dijera un montón de cosas. No me pegaba, pero me hablaba con muchas cosas feas” (violencia emocional/psicológica). Sin embargo, manifiesta que este miedo ya no lo tiene debido a que está viviendo su embarazo en el albergue. El estar separada de su pareja es el motivo por el cual Natalia (16) manifiesta que no se siente completamente feliz por la noticia de su embarazo.

Valeria (31) manifiesta que el tercer embarazo ya no fue del mismo sentimiento que los dos primeros debido a que comenzaban los problemas con su marido; incluso se separaron cuando recién supo del embarazo. A pesar de que llevaban una relación de novios, la infidelidad por parte de su última pareja y el no querer hacerse cargo del bebé (violencia emocional/psicológica); el haberse quedado sin trabajo; la preocupación de alimentar, dar techo y vestir a sus otros dos hijos, ocasionan en Emma (31) un sentimiento de tristeza sobre el embarazo y el pensamiento de interrumpirlo: “Ahí sí yo ya no quería ni tenerla [a la niña]. La verdad sí pensé en abortarla pero no tenía los medios. La verdad yo no la quería tener”.

Finalmente, Maty (21) quien llevaba una vida tan precaria que hasta a la cárcel fue a dar por robo para poder comer y cuya pareja se gastaba el dinero en droga y alcohol, además de violentarla físicamente (golpes, no proporcionar alimentos), tuvo miedo cuando se da cuenta de su embarazo, mismo que también quiso interrumpir como el anterior,

Mi vida con él ya fue muy mala [...] porque usaba mucha droga, buscaba pleito conmigo, me corría, me maltrataba mucho, no nos daba de comer, estábamos pidiendo pan. Me pegaba mucho antes y en el embarazo cuando ya andaba drogado. Y yo calladita. Les pegaba a mis hijos. Mis hijos y yo no comíamos; cada tercer día era cuando comíamos. Sentí miedo cuando salí embarazada. Ya no fue alegría como en los demás. Yo no lo quería tener [el bebé] (Maty, 21).

4.5.2 Violencia doméstica en el embarazo ejercida por la pareja

Se ha establecido que la violencia en la mujer embarazada está relacionada con resultados adversos del embarazo como el nacimiento prematuro y el crecimiento intrauterino retardado; el bajo peso al nacer; y, en el peor de los casos, la muerte materna, la del producto o ambos (Espinoza y Camacho, 2005; Watts y Mayhew, 2004). Uno de los factores que desencadena la violencia en el embarazo está relacionado con el estrés de la pareja ante la llegada del nuevo miembro y todo lo que ello conlleva, sobre todo en lo referente a los gastos a los que se incurrirá; esto sucede, generalmente, cuando el embarazo no fue planeado o deseado. No obstante, el mismo embarazo puede ser una de las consecuencias de la violencia doméstica, en este caso, de la violación marital o de la prohibición del hombre sobre el uso de anticonceptivos de la mujer (Castro, 2006). Bajo este contexto, se describirán a continuación las experiencias de las entrevistadas en cuanto a la violencia que sufrieron en su(s) embarazo(s) por parte de sus parejas así como el tipo

de violencia ejercida; excluyendo los casos de Ángeles;³¹ Muñe;³² y el de Dolly (17) y Aranza (21).³³

Cuadro 4.11 Violencia doméstica en el embarazo ocasionada por la pareja				
Nombre	Violencia emocional/psicológica	Violencia física	Violencia económica	Violencia sexual
Estela	Sí	No	No	No
Dora	Sí	Sí	Sí	No
Yoya	Sí	Sí	Sí	No
Martha	Sí	Sí	Sí	No
Erin	Sí	Sí	No	No
Natalia	Sí	No	No	No
Valeria	Sí	No	Sí	Sí
Emma	Sí	Sí	No	Sí
Maty	Sí	Sí	Sí	No

Fuente: Elaboración propia

4.5.2.1 Violencia emocional/psicológica en el embarazo ejercida por la pareja

A primera instancia se observa que la violencia emocional/psicológica es la que se presenta en todos los casos estudiados, seguida de la física, la económica y la sexual. El Cuadro 4.12 describirá en qué consistió este tipo de violencia así como qué pareja la ejerció y en qué embarazo.

Salvo en los casos de Erin (17) y Valeria (31), se puede observar que la agresión emocional/psicológica más común en el embarazo es la sospecha de que otro hombre sea responsable del mismo. Asimismo, las amenazas, los insultos, las humillaciones, e inclusive la indiferencia, fueron algunas de las manifestaciones de esta violencia.

³¹ En el embarazo, la violencia fue ejercida por su madre.

³² En el embarazo, la violencia fue ejercida por su padre.

³³ Puesto que ellas dos nunca han tenido pareja. En este caso, el embarazo fue producto de la violación sexual.

Cuadro 4.12 Violencia emocional/psicológica en el embarazo ejercida por la pareja			
Nombre	Descripción de la violencia emocional/psicológica	Embarazo	Pareja
Estela	Decir que el hijo no es de él	Único	Única
Dora	Amenazas de lastimarla, matarla	Último	Única
	Encelarse de otros hombres		
	Decir que el hijo no es de él		
Yoya	Constante vigilancia	Penúltimo, último	Última
	Amenazas de lastimarla, matarla		
	Amenazas de lastimar a sus hijos		
	Encelarse de los hijos de la entrevistada		
Martha	Decir que el hijo no es de él	Último	Última
	Correrla de la casa		
	Indiferencia		
	Insultos		
Erin	Amenazas de lastimarla	Último	Única
Natalia	Amenazas de no ayudarla en el embarazo	Último	Única
	Decir que el hijo no es de él		
Valeria	Indiferencia	Último	Única
Emma	Insultos	Dos primeros	Penúltima
	Humillaciones	Último	Última
	Desatenderse del embarazo		
	Decir que el hijo no es de él		
Maty	Decir que el hijo no es de él	Dos últimos	Última

Fuente: Elaboración propia

a) Decir que el hijo no es de él

A continuación se muestran los relatos que contienen esta “sospecha” de que el hijo que espera la entrevistada no es de la pareja, aunado a otras características de la violencia emocional/psicológica mencionadas con anterioridad. Dora (18) comenta: “A mí en el trabajo los muchachos me hablaban y él se enteró que me hablaban los hombres y ahí comenzó a golpearme y hasta decía que el embarazo que llevaba que era de tal fulano y yo le decía que no, que si él quería, cuando naciera su bebé, me sacara sangre [refiriéndose a una prueba de ADN]”. Por su parte, Martha (41) señala: “Le dejaba su cena lista y me iba y me encontraba nada más para ir peleando conmigo [...] Me empezaba a decirme de cosas,

a veces me jaloneaba. Me celaba; decía que el niño del que yo estaba embarazada no era de él. Su felicidad fue momentánea; después ya no le importó pues él decía que no era su hijo”.

Peleamos por culpa de mi mamá y él me dijo “pues entonces ya no te voy a mandar dinero ni apoyarte con el niño” que porque mi mamá le volvió a decir que yo tenía a alguien que por eso casi pierdo al niño [...] incluso a él se le quedó hacerle la prueba de ADN al niño porque mi mamá le metió la idea de que yo tenía a alguien más y que el niño de seguro ni era de él (Natalia, 16).

Llama la atención el relato de Emma (31) quien está conciente de que está siendo violentada por su pareja; sin embargo, no sabe qué tipo de violencia es la que está recibiendo.

Con esta persona [refiriéndose a la última pareja] no hubo golpes [a diferencia de su primer pareja] pero fue otro tipo de violencia. Una vez, cuando estábamos comiendo en un lugar, llegó una muchacha y le dijo “cómprele una rosa a su novia” y le dice él, así, bien sinvergüenza “no, es que ella no se la merece” y la muchachita se le quedó viendo y le dijo “ay, si se ve bien buena gente ella, no sea así” y le dice “no, es que yo de darte un dólar a ti de propina a comprarle una rosa a ella, mejor te doy un dólar de propina”. Yo ya estaba embarazada cuando pasó eso. Después tuvo el descaro de mandarme un correo diciendo que si la niña era de él no le iba a faltar nada pero que si no era de él, que me fregara (Emma, 31).

Yo le dije a mi suegra “sabe qué suegra, estoy bien embarazada; tengo cuatro meses, ya voy para los cinco. Su hijo dice que no es de él. No me da dinero. Lo que ustedes le mandan es para comprarse droga y a mí, darme de chingadazos”. Yo no quería tener al bebé porque decía que no era de él; me dolía mucho que pensara eso y pues le quería dar gusto (Maty, 21).

4.5.2.2 Violencia física en el embarazo ejercida por la pareja

Solamente seis entrevistadas recibieron maltratos físicos estando embarazadas, pues, como se vio en el capítulo de violencia, puede existir la violencia emocional/psicológica sin manifestarse la violencia física. Estas agresiones se traducen, principalmente, en dos grandes rubros: los golpes y el descuido del hombre en proporcionar alimento a la pareja y al bebé que se está formando.

Cuando llegaba [la pareja] de por allá con sus amigos y que yo estaba dormida con mi hija, llegaba nomás de la nada a golpearme. Cuidaba que él no me pegara en la panza, más que nada cuidaba que él no me golpeará en el vientre porque si me golpeaba, “entonces me va a sacar a mi bebé y yo no quiero eso” [...] A veces no comía porque él no me tenía nada en la casa; el dinero que él ganaba lo destinaba a las drogas, prefería gastarlo en eso que en comprarnos comida (Dora, 18).

Yoya (25) expresa que los golpes que recibió por parte de su última pareja fueron debido a que ésta era una persona enferma y agresiva. Declara que: “Fue un infierno esos dos años que viví con él; o sea, ese carácter que yo tenía de tronarle los dedos a los otros [sus otras parejas], a mí me los tronaban y si no me apuraba, me pegaba”. Asimismo, Maty (21) sufrió de golpes en sus dos últimos embarazos; además de que su pareja no les daba de comer pues no le importaba el bebé. Por su parte, Martha (41) relata que,

Y, ese día llegué [del ginecólogo], bien enojado estaba [su pareja]. Lo que me dijo fue “lo que deberías hacer es irte de aquí. Ya, ya sobras. No tengo porque estar batallando contigo”. Pero le digo “¿en qué batallas tú?”. Él me corría de la casa. Y le digo “¿por qué me voy a ir? Yo de aquí no me voy. Si tú no me quieres mirar a mí, vete tú. Yo aquí me quedo” [...] Ah, pues que se va enojando, que cómo era que yo lo corriera a él, que él pagaba la renta, que él era el que llevaba la comida a la casa y me pegó estando embarazada [...]. Al rato se arrepentía; después de que hacía todos sus berrinches y me golpeaba, andaba llorando pidiéndome perdón. “No” le digo “los golpes, si me hacen moretes o lo que tú quieras, se me quitan, pero no se me borran de aquí [señalando la cabeza]. Todo el tiempo los voy a tener en cuenta. Eso no se olvida” (Martha, 41).

4.5.2.3 Violencia económica en el embarazo ejercida por la pareja

Al analizar las narraciones de las entrevistadas, se pudieron identificar explícitamente a cinco víctimas de violencia económica. No obstante, se puede intuir que Estela (19), Natalia (16) y Emma (31), -las dos primeras se encontraban embarazadas al momento de la entrevista y ninguna de las tres vivió con su pareja-, también vivieron esta violencia debido a que sus respectivas parejas de deslindaron completamente de la responsabilidad y obligaciones sobre esos bebés. A continuación se muestran algunos extractos donde se manifiesta la agresión económica sobre la mujer embarazada.

Resulta que no me daba dinero para nada. Él [la pareja] controlaba todo: el dinero, la casa, el azúcar, el aceite, el jabón, todo lo controlaba él; o sea que yo era algo que él movía, así como un títere y mis hijos también. Una vez me acuerdo, él tenía una alcancía donde él le metía dinero y cuidado y le sacara ¿eh? Me animé y le saqué unos billetes y fui y me compré una prueba de embarazo y salió positiva. Ya no tenía dinero, ya no tenía nada qué hacer ¡yo me sentía mal! Y me comencé a comer las uñas (Yoya, 25).

Nunca me dio nada. Compraba nada más el mandado de la casa y pues yo con lo que ganaba, yo tenía que...si se me antojaba comer algo, yo tenía que irme a comprar mis cosas. Él no me daba; él compraba lo que él quería comer para sus comidas [...] Con lo que a mí me dieron de incapacidad le digo a él “sabes qué, le voy a mandar dinero a mi hijo para que se venga con su mujer, pues los voy a necesitar” porque me iban a hacer cesárea. “Pues yo dinero no te doy para que les mandes. Si tú los quieres tener aquí, mándales tú” me dijo [...] le digo “fíjate, si no fuera porque yo trabajo, ¿cómo le hubiera hecho?” (Martha, 41).

En mi último embarazo él ya no me daba dinero. Me separé de él por los problemas que teníamos. Llegaba sin dinero, sin nada. Nosotros nos llevábamos bien, pero eso no quitaba que él no fuera a la casa y que no llevara el dinero completo y todo eso [...] Ya a lo último llegaron a faltar cosas de la casa: televisión, grabadora, el modular. Quizá para la droga [...] (Valeria, 31).

4.5.2.4 Violencia sexual en el embarazo ejercida por la pareja

En los relatos de Valeria (31) y Emma (31) se pudo identificar la presencia de violencia sexual. El intento de obligar al acto sexual (aunque éste no ocurra) está considerado en esta clase de violencia. Esto fue lo que le ocurrió a Valeria (31) en sus dos primeros embarazos (de alto riesgo): “Estando embarazada fue que él quería tener relaciones conmigo y yo no podía porque era un embarazo de alto riesgo. Se enojaba; se molestaba muy fuerte; hacía su berrinche. Aventaba cosas [...] me decía que no me pusiera en mi plan y ya se enojaba”. Por su parte, Emma (31) expresa: “Cuando estaba embarazada de Alfonso tenía relaciones con mi esposo pero era algo así como ‘lo tengo que hacer’. Yo me desengañé muy rápido. No me agradaba estar con él; era muy agresivo, no era una persona tierna. A mí la verdad me provocaba asco, pero decía ‘pues ya estoy aquí ¿qué hago? ¿A dónde me voy?’”

4.5.3 Violencia doméstica en el embarazo ejercida por otro familiar/persona

El apartado anterior se refirió exclusivamente a la violencia en el embarazo ocasionada por la pareja sentimental de la entrevistada; sin embargo, existen otras personas que también agreden a la mujer embarazada. El Cuadro 4.13 muestra el tipo de violencia doméstica y la persona que la ejerció. Se incluyen en este análisis a siete de las entrevistadas; se muestran ya los casos de Ángeles (35), Muñe (19), Dolly (17) y Aranza (21). Como se mencionó con anterioridad, el embarazo puede ser consecuencia de una violencia sexual (Castro, 2006) lo que ocurrió con estas dos últimas entrevistadas. Se observa también que Natalia (16), Valeria (31) y Emma (31), además de haber sido violentadas por sus parejas, lo fueron también por otras personas durante su embarazo.

Cuadro 4.13. Violencia doméstica en el embarazo perpetrada por otro familiar/persona						
Nombre	Violencia emocional/psicológica	Perpetrador	Violencia Física	Perpetrador	Violencia Sexual	Perpetrador
Ángeles	Sí	Mamá	No	-----	No	-----
Muñe	Sí	Papá	No	-----	No	-----
Natalia	Sí	Mamá, abuela	Sí	Papá, mamá	No	-----
Dolly	Sí	Cuñado	No	-----	Sí	Cuñado
Aranza	Sí	Mamá	Sí	Mamá	Sí	Padastro
Valeria	Sí	Mamá	Sí	Mamá	No	-----
Emma	Sí	Tía política	Sí	Tía	No	-----

Fuente: Elaboración propia

Se puede apreciar la presencia de la madre de la entrevistada como la persona que agrede con más frecuencia. Salvo los casos de Muñe (19), Dolly (17) y Emma (31), el resto de las entrevistadas fueron agredidas por su madre. Al igual que en la violencia doméstica ejercida por la pareja, la violencia más común ocasionada por otra persona fue la violencia emocional/psicológica, seguida de la física y, en los casos de Dolly (17) y Aranza (21) la violencia sexual ocasionó el embarazo; sin embargo, estando embarazadas la agresión sexual continuó.

4.5.3.1 Violencia emocional/psicológica en el embarazo ejercida por otro familiar/persona
A continuación se presentan los extractos de las entrevistadas donde se aprecia la violencia emocional/psicológica que, en la mayoría de los casos, se tradujo en amenazas, insultos, humillaciones e indiferencia.

Ángeles (35) sufrió del robo de su primer bebé por parte de su madre cuando ella estaba embarazada de su segundo bebé. Cuando Muñe (19) estaba en el segundo de sus embarazos (de tres) sentía miedo hacía su padre por salir embarazada: “Me dijo que si yo seguía teniendo chamacos que yo me olvidara que él era mi padre y que no me quería ver. Me dolía mucho que me dijera un montón de cosas”.

Por su parte, Natalia (16) relata que tuvo una discusión con su madre (en el último embarazo) en la cual la corrió de su casa: “Me peleé con mi mamá y me dijo ‘si quieres irte vete, pero luego no andes diciendo que yo te corrí’. Pues sentí feo porque me dijo ‘pues agarra tus cosas y vete. Es más, tú no eres mi hija; yo no soy tu mamá ni nada’ y pues yo agarré mis cosas y me fui. Me rechazó y pues sí sentí yo feo y más cuando ya estaba embarazada”. Después de esta discusión, la entrevistada fue a vivir con su abuela materna con quien no convivía mucho y no tenía buena relación,

Como fui muy alejada de mis abuelos [maternos] yo tampoco siquiera la conocía [a la abuela materna]; nunca había convivido con ella y entonces, pues, este, mi abuela me decía de cosas. Me mandaba a vender machaca a los hermanos de la iglesia y hasta que yo no terminara pues yo no regresaba. Y a veces llegaba tarde y me empezaba a decir que yo ya me había ido a meter con alguien, que tenía a alguien, que no se qué, pero me lo decía con groserías. A mi mamá yo a veces le decía pero ella no me hacía caso, no me iba a ver; llegaba muy así y a veces llegaba al puesto con mi abuela a verla y a mí no me tomaba en cuenta y yo siempre limpiando y lavando trastes. Ya tenía casi cuatro meses (Natalia, 16).

Asimismo, vuelve a ser insultada por su madre cuando la internan de emergencia por amenaza de aborto,

Le avisamos a mi mamá para que me fuera a ver o algo y pues sí fue; me fue a ver y que cómo estaba. Pero, me empezó a decir muchas cosas, igual, me empezó a decir que de seguro estaba con alguien, que había tenido relaciones con alguien, que por eso había caído en el hospital. Yo le dije que no era cierto; yo estaba sola; incluso, he estado sola en todo mi embarazo (Natalia, 16).

Después que la madre de Aranza (21) se entera de que ésta está esperando un bebé de su esposo, la primera reacción fue la de no creerle a su propia hija; además de amenazarla con dañar al bebé,

Yo me di cuenta de que estaba embarazada porque no me bajaba y se me notaba mucho la panza [...] pasó tiempo y me revisaron y me dijeron que estaba embarazada, que tenía poquito. No pues ya le dije a mi mamá “mi padrastro esto y aquello”; me dijo “no, tú eres una mentirosa, una mentirosa. No te voy a creer. Por qué voy a creer en algo que no es cierto” [...] ya le digo “mamá, mi padrastro abusó de mí [...] necesito tu apoyo porque eres mi madre, soy tu hija”. “No, que yo no te quiero y si quiero ahorita mismo voy y te lo saco, que te saquen al chamaco” (Aranza, 21).

De igual forma, cuando nació esa bebé, seguían las agresiones emocionales/psicológicas en el sentido de amenazar a la víctima con regalar al bebé: “Cuando nació mi bebé me decía ‘pues ese chamaco, cuando crezca lo voy a regalar, lo voy a regalar a otra persona que no tenga hijo y te lo voy a quitar’” (Aranza, 21). Es importante recordar que Aranza (21) tuvo un segundo embarazo (de gemelos), también como consecuencia de la violencia sexual ocasionada por su padrastro (quien se encuentra en la cárcel), mismo que terminó en un aborto. Sin embargo, también en este embarazo, la madre la violentaba emocionalmente,

Yo, antes de venirme a la casa [se refiere al albergue] que mi mamá estaba en la delegación [el día que agarraron al padrastro] me dice “ay, ojalá que te murieras y tus hijos se van a morir y de mí te vas a acordar”. Me dice “ninguno de los dos va a nacer. Si no sales viva tú, ellos no van a salir vivos [...] tus hijos nunca van a nacer; de mí te vas a acordar y vas a estar sola y te van a quitar a tu hija” (Aranza, 21).

Una de las manifestaciones de esta violencia es tratar o derrocar la relación con los hijos (Chez, 1994) como le sucedió a Valeria (31):

Cuando estaba embarazada de mi tercer hijo, como tenía problemas con mi esposo, mi mamá me dijo que me cuidaba a los niños [los dos primeros], me dijo “date un tiempo, así como unas vacaciones de niños, con puro marido”. Y sí, se los dejé y ya después ya no me los quiso dar. Cuando fui por ellos me dijo que no porque ya estaban acostumbrados a ella

y que ahí tenían todo. Tenían sus películas, porque ella les tenía un galerón de películas de Disney [...] Los niños me reconocen, me dicen mamá, pero no quisieron irse conmigo. Se quisieron quedar con su abuela, pues les tenía películas y todo eso. O sea, mi mamá trataba de comprarlos con algo. Me sentí mal (Valeria, 31).

La destrucción de propiedades (Chez, 1994) también es considerada como agresión emocional/psicológica. A la pregunta “¿Cómo fue el embarazo de Diana?” Emma (31, segundo embarazo) comenta,

Yo tuve muchos problemas. De hecho, como vivíamos en casa de su abuela, en un cuarto, una de sus tías era bien metiche, bien amargada; a mí, me hizo la vida de cuadritos al grado de que si yo tendía la ropa, me la tiraba, me la pisaba, me la rompía, me la manchaba de cloro, o sea, era bien maldosa, bien mala onda. Todo el tiempo me humillaba y yo me aguantaba todo el tiempo porque yo sabía que no era mi casa (Emma, 31).

4.5.3.2 Violencia física en el embarazo ejercida por otro familiar/persona

Solamente cuatro entrevistadas fueron identificadas como víctimas de violencia física la cual se tradujo, principalmente, en golpes, en la retención de los recursos necesarios para preservar la salud y en el forzamiento de consumir alcohol u otras sustancias.

Natalia (16) fue violentada físicamente por su padre en su primer embarazo lo que trajo como consecuencia un aborto (de cualquier forma, las consecuencias de la violencia se tratarán en otro apartado). En el segundo embarazo, su madre la rechazó estando embarazada, negándole un techo donde vivir: “Yo le decía que me dejara dormir en su casa ‘de perdido en la cocina, ahí en el sillón o en algo’ y ella me dijo ‘es que no hay en dónde, no cabe’ y sí había espacio y me pesó mucho y le dije ‘y por qué no me voy contigo’, me dice ‘ay es que no tenemos en dónde’”. De igual forma, esta entrevistada estuvo una semana en el hospital por amenaza de aborto de este segundo embarazo y tenía que guardar reposo mismo que no ocurrió porque su madre la mandaba a trabajar.

Otra de las manifestaciones de la violencia física es el forzar al consumo de alcohol y drogas, lo que le sucedió a Aranza (21). Cuando le confiesa a su madre que está embarazada como consecuencia de los constantes abusos sexuales de su padrastro, ésta la obliga a abortar mediante uso de medicamentos: “Mi mamá me daba medicinas, pastillas, de tomar; me daba de todo para que yo abortara. Cuando andaba borracha, mi mamá me obligaba a tomar cerveza, me daba pastillas. Y yo ya no podía. Yo según hacía que me las tomaba pero las tiraba, tiraba las pastillas, no tomaba”. Asimismo,

Llegaba mi mamá de trabajar y me decía “dame de comer, ay que eso, ay que aquello” y yo estaba comiendo a gusto y dejaba mi comida y me daba coraje. Y a veces nos dejaba mi mamá sin comer, dos días, cuatro días, muchos. Yo tenía que ir con la vecina; está así, a un lado de nosotros, me decía “¿ya comiste ‘mija’?” [...] “es que no tengo tiempo. Llegó mi mamá borracha. Me grita, me pega y me pone a hacer más cosas” le digo, “no puedo ya”. Que me dijera mi mamá “ay miija, no hagas esto porque te puedo hacer daño” no, más me hacía que hiciera. Inclusive, la doctora me dijo que tenía que guardar mucho reposo que no tenía que cargar cosas pesadas. Y cuando mi mamá llegaba “niña levántate, ya sal”. Nunca me dejó reposar (Aranza, 21).

Finalmente, Valeria (31) y Emma (31) fueron agredidas solamente una vez en sus respectivos embarazos.

4.5.3.3 Violencia sexual en el embarazo ejercida por otro familiar/persona

Los casos de Dolly (17) y Aranza (21) corresponden a esta última categoría bajo dos perspectivas. La primera de ellas es considerar sus embarazos como consecuencia del abuso sexual; sin embargo, estando embarazadas fueron atacadas tanto por su cuñado y padrastro, respectivamente; antes de llegar al albergue.

4.6 Cuidados prenatales en un ambiente de violencia doméstica

Hasta aquí se han analizado las cuestiones relacionadas con el tema de la violencia doméstica que este grupo de mujeres han experimentado a lo largo de sus vidas. Se vio cómo esta violencia surge desde su infancia y adolescencia, así como la o las personas que la ejercen. De igual forma, se analizaron las consecuencias de esta violencia a temprana edad entre las que se destacaron el tomar la decisión de abandonar a su familia nuclear, casarse, prostituirse, drogarse, rebelarse y, en los casos donde hubo abuso sexual, un embarazo no deseado. Asimismo, se presentaron testimonios de la vida en pareja y cómo también en ella predominó la violencia y el tipo de violencia doméstica ejercida. A continuación se tocó el tema relacionado con el embarazo y cómo, en algunos de los casos, esta condición no fue un factor preventivo de la violencia, sino por el contrario, se inició o, en su caso, se intensificó. Así como el tipo de violencia y quién o quiénes la ejercieron.

Ahora bien, a partir de este punto se analizarán los temas relacionados con los cuidados prenatales que las entrevistadas tuvieron viviendo en un ambiente de violencia doméstica, aspecto fundamental para tratar de responder a la pregunta en la cual gira esta investigación: “¿Cómo es el cuidado prenatal de las mujeres embarazadas víctimas de violencia doméstica?” por lo que se expondrán los casos en que ambas variables coinciden:

cuidados prenatales y violencia doméstica. No obstante, se comentarán aquellos casos en donde se relaten la forma en que se cuidaron aun sin la presencia de violencia con el objetivo de enriquecer el análisis.

Como se estableció previamente, los cuidados prenatales se refieren a todas aquellas prácticas médicas y no médicas que la mujer embarazada realiza para beneficio de ella y de su bebé y suelen clasificarse en dos categorías: 1) el *autocuidado*, donde se incluyen aspectos de alimentación, prácticas de medicina doméstica y los cuidados físicos durante el embarazo; 2) la de *atención médica* se refiere a las prácticas de control prenatal y el control de enfermedades que las mujeres llevan a cabo al asistir a los servicios de salud (Castro y Salazar, 2000).

4.6.1 Los cuidados no médicos

Para conocer este tipo de cuidados que las madres tuvieron en sus embarazos se realizaron las siguientes preguntas: ¿Qué cuidados tuviste en tu embarazo? ¿En qué consistió tu dieta? ¿Qué comías en el desayuno/comida/cena? ¿Hacías algún tipo de ejercicio? ¿Qué cosas dejaste de hacer de tus actividades diarias? ¿Quién te daba consejos en la forma de llevar tu embarazo? Sin embargo, en esta parte del cuidado prenatal se pudieron observar dos aspectos relevantes que contribuyen a esta investigación. Uno de ellos es el hecho de que algunas de las entrevistadas no hicieron nada en especial o “extra” en sus vidas para beneficio de ellas y de su bebé, hablando en términos de cuidados no médicos; y, por otra parte, otras no tuvieron tiempo de pensar en algún cuidado de este tipo debido a que la vida de violencia doméstica que llevaban en ese momento no se los permitía (tema que se analizará más adelante).

4.6.1.1 Cuidados no médicos sin presencia de violencia

En este apartado se comentarán algunos casos en donde se expresa la forma en que se cuidaron algunas de las entrevistadas con respecto al control no médico; es decir, si llevaron alguna dieta en especial, hacían algún tipo de ejercicio o alguna otra actividad que resultara de provecho para su estado. Por ejemplo, Ángeles (35), de su primer embarazo comenta,

Eso sí, cuando me decía [su pareja] “vas a terminar el quehacer de la casa y a caminar y a caminar”. Y sí, yo me iba incluso, le decía “pues hoy tengo cita con el doctor para checarme” pero como yo no vivía tan lejos, yo vivía como de aquí a la rampa allá abajo

[imaginando un camino corto]. Yo me iba caminando y me subía caminando. Él me decía “sabes que aquí tienes para los pasajes” pero yo no lo agarraba para los pasajes, yo me iba caminando, caminando (Ángeles, 35).

Para el segundo embarazo de Yoya (25) manifiesta que “no hacía ejercicio ni llevaba ninguna dieta en especial. Todo lo que se me antojaba me lo comía porque yo decía ‘mi bebé quiere esto’”. A pesar de que el tercer embarazo no era deseado y había pensado en el aborto, expresa que,

No hacía ningún tipo de ejercicio. Hasta ese embarazo yo me sentí bien. Iba todo bien, perfecto, no te puedo decir que comí todo lo que se me antojó porque es mentira [...] porque yo ya no tenía dinero aunque traté de llevar una dieta más o menos. Sí, sí, sí. Haz de cuenta que sí estuvo bien porque no engordé mucho (Yoya, 25).

Estela (19) y Dora (18), coinciden en no haber llevado dieta especial ni haber hecho ejercicio en sus embarazos. Martha (41) manifiesta lo mismo en sus dos primeros embarazos. Muñe (19), en su segundo embarazo, expresa que llevaba una dieta especial que consistía en “no comer cosas mantecosas”. Valeria (31), por su parte, relata que en sus primeros dos embarazos, a pesar de ser de alto riesgo: “Sí comía bien y me cuidaba bien; me bañaba y me arreglaba. Aunque me dijeron que eran embarazos de alto riesgo yo me cuidaba; comía bien pero no me la pasaba sentada. Me la pasaba haciendo mis quehaceres porque no me gustaba estar sentada”.

4.6.1.2 Cuidados no médicos en situación de violencia

Este apartado comprende el análisis de los relatos de algunas de las entrevistadas sobre la forma en que cuidaron su estado gestante aun recibiendo algún tipo de maltrato, independientemente de la persona que lo haya ejercido. Se podrán observar muy pocos casos en donde la madre se involucró en cuestiones de cuidado no médico (popular) a pesar de la violencia. No obstante, en un apartado posterior, se verán los descuidos que se tuvieron en este aspecto y en los cuidados prenatales en general debido a la violencia experimentada.

Se ha comentado con anterioridad que Ángeles (35) sufrió la pérdida de su primer hijo, lo que ocasionó que estuviera en un cuadro de depresión y de apatía en los primeros meses de su segundo y último embarazo; sin embargo, después de que lo acepta y animada por su esposo, comenta que,

Lo que más, más me gustaba en ese momento cuando yo estaba embarazada era el mole, los tamales y de fruta era la uva y el melón que es lo que ahora come la niña [...] Cuando estaba embarazada pues en el hospital al que yo iba sí teníamos que hacer ejercicio. Me dijo una de las doctoras “sabes qué, aquí como que todas las mujeres son huevonas, no quieren caminar y para ustedes eso está mal que se queden sentaditas o acostadas”. Yo caminaba mucho, yo nunca estuve sentada ni acostada. Por mucho sueño que yo tuviera yo no me quedaba acostada. Yo me levantaba y me iba a caminar (Ángeles, 35).

A pesar de la violencia física y psicológica/emocional que vivió Erin (17), su segundo embarazo lo vivió en el albergue y comenta que fue distinto al primero porque “ya no tenía problemas de nada y me alimentaba bien”. Por su parte Natalia (16), quien ha experimentado la violencia doméstica por parte de su mamá y pareja comenta que se ha estado cuidando de no levantar cosas pesadas ni hacer movimientos bruscos.

Finalmente, el caso de Emma (31) quien expresa que siempre fue responsable con sus embarazos (los dos primeros) a pesar de los malos tratos proporcionados por su pareja y el nulo interés que su familia tenía por ella; manifiesta que comía bien y caminaba. Como se pudo apreciar, solamente cuatro de las 13 entrevistadas logró llevar un control médico por su cuenta aun con la carga de violencia sobre ellas. El resto no comentó nada en este aspecto; sino, por el contrario, se presentaron una serie de descuidos en su embarazo debido a la situación de abusos sexuales, físicos, económicos y emocionales por los que atravesaban. Este punto se verá en la parte dedicada al tema asignado al Descuido del embarazo como consecuencia de una vida con violencia.

Ahora bien, una de las preguntas que se formularon con el propósito de conocer los cuidados no médicos, caseros o tradicionales fue “¿Quién te daba consejos en la forma de llevar tu embarazo?” debido a que, como se vio en la revisión de la literatura, estos cuidados se pasan de generación en generación, es decir, por personas de la misma familia de la gestante (mamás, abuelas, suegras) o de personas allegadas a ella. Estos cuidados se refieren, más que nada, a la alimentación y a prácticas más específicas de medicina doméstica que se han transmitido por tradición familiar. Sin embargo, en esta investigación, y por la situación de violencia en la que estaban inmersas las entrevistadas, la mayoría de ellas coinciden en que llevaron su embarazo sin ninguna ayuda ni consejos de este tipo. Cabe señalar que esto pudiera ser así debido a que ninguna ellas vivió cerca de su familia de origen y las que sí, como Aranza (21), vivieron violentadas en el hogar.

4.6.2 Los cuidados médicos

La otra opción de cuidar el embarazo (no necesariamente una forma debe ser excluyente de la otra) es con el cuidado que lleva a cabo la mujer embarazada con un médico asistiendo a las clínicas u hospitales. Como se vio en el Capítulo I, el control prenatal consiste en un conjunto de actividades dirigidas a la embarazada con la finalidad de obtener el mejor grado de salud de ella y de su hijo y prevenir el riesgo de muerte o de alguna complicación del embarazo (Kroeger, 1992. Citado en Tezoquipa, 2002), o simplemente, prevenir complicaciones para producir una madre y un bebé saludable al final del mismo (McDonagh, 1996). En este apartado, se analizará cómo fueron los cuidados médicos de este grupo de mujeres, sobre todo porque coinciden en que todas fueron, de alguna u otra manera, violentadas durante este momento.

Ángeles (35) tuvo solamente dos embarazos y se puede constatar en sus relatos la diferencia que hubo en los cuidados médicos entre uno y otro. Esto es debido a que el primero fue muy deseado (su primera pareja estaba imposibilitada para procrear; sin embargo, siempre fue culpada de que ella era la del problema, a pesar de tener las pruebas médicas que refutaban esta supuesta afirmación), de ahí el cuidado que se tuvo: “Del niño empecé al primer mes a revisiones. Empecé luego, luego. A caminar también [...] tuve las nueve revisiones porque hasta el último día del embarazo tuve la revisión; hasta que nació” (Ángeles, 35).

Sin embargo, tras el robo de este hijo por su propia madre (violencia psicológica/emocional) y estando ya embarazada de su segunda hija, cae sumida en una depresión lo que ocasiona que su cuidado médico lo comience ya en un estado avanzado del embarazo,

Yo no aceptaba mi embarazo, no aceptaba mi embarazo. O sea que, pues no quise ni atenderme. No quise llevar el control de mi embarazo. Llegaron los siete meses y pues ya dije “de una vez, que sea lo que Dios quiera, Él me lo mandó”. Ahí empecé a pura vitamina. Mucha vitamina me pusieron por lo mismo que yo no tenía control de los siete meses para atrás. Consumía yo mucha vitamina por lo mismo del embarazo. Como me decía el doctor que yo había pasado los primeros meses sin control sin nada, consumí mucha vitamina, y para comer más porque yo no comía bien [...] nomás fueron tres revisiones. Mis revisiones eran de exámenes prenatal, de sangre, VIH, me pesaban, te checan la presión, te revisan todo para ver cómo vas. O sea una revisión en general (Ángeles, 35).

Por su parte, Estela (19) –quien se encontraba embarazada al momento de la entrevista- relata que su ida al médico fue por insistencia de su madre pues ella no lo había hecho debido a una apatía y desinterés en su embarazo (hay que recordar que por la mente de esta mujer pasó el abortar el producto) provocado porque su pareja no reconocía al bebé como hijo de él (violencia psicológica/emocional). Estela (19) supo de su embarazo los primeros días de abril y unos días antes de entrar (junio) al albergue fue por primera vez al médico,

Toda la semana que estuve ahí [en casa de su madre] los días que estuve ahí, ella [su madre] estuvo molésteme y molésteme de que fuera al centro de salud y pues fui y me dieron ácido fólico, me dijeron cuántos meses tenía pues yo no sabía. Y ya pues me hicieron la prueba del VIH, de la sífilis, de mil cosas y ya pues fui un jueves y el lunes fui con la trabajadora social y al otro día estaba aquí [en el albergue] y desde que estoy aquí he asistido cada mes y medio a mis consultas [...] En las revisiones te pesan, te toman la presión, te miden tu vientre, te empiezan a mover, te preguntan si se mueve, si estás tomando ácido fólico (Estela, 19).

Para Dora (18), quien manifestó que no tuvo cuidados populares o no médicos, el cuidado médico se notó en los dos embarazos. Su mamá fue quien la motivó a visitar al doctor en su primer embarazo, pues la entrevistada vivió con su pareja en casa de sus papás,

Pues mi familia me decía que yo fuera al doctor; más que nada mi mamá porque ella me decía “ve, visita al doctor para que esté bien tu bebé” y pues sí le hice caso y fui a revisarme al centro de salud todos los meses. Bueno, duré un mes sin saber que estaba embarazada y ya al mes que no me venía [refiriéndose a su periodo] fui a revisarme y ya me dijeron que estaba embarazada y pues yo estaba feliz [...] fui cada mes a mis revisiones a un centro de salud [...] me checaba [el doctor] como estaba el bebé, si estaba bien y pues él me decía que todo estaba bien. (Dora, 18).

Su segundo embarazo, a pesar de haberlo llevado, en gran parte, en un ambiente de violencia doméstica por parte de su pareja (inclusiv e la negación de la paternidad del bebé) no fue descuidado hablando en términos de asistencia al doctor: “Dos meses nomás no fui al doctor. El primer mes porque no me había dado cuenta y ya después ya me fui a revisar y llevaba mi control cada mes [...] tomaba lo que el doctor me decía” (Dora, 18). Esta entrevistada entró al albergue cuando tenía casi ocho meses de embarazo.

Yoya (25) tiene seis experiencias en cuanto a embarazos se refiere. No en todos vivió la experiencia de la violencia doméstica; sin embargo, se expondrán sus experiencias

en el ámbito del cuidado médico de cada uno de ellos. Su primer embarazo fue cuando tenía 15 años y, como ya se mencionó, fue consecuencia de trabajar en la prostitución. En esta etapa de su vida, esta mujer era violentada por sus padres. Se puede observar en sus relatos que este embarazo no fue cuidado: “No, nunca me cuidé, nunca tomé ácido fólico, no tomé sulfato ferroso. Nunca me hice un estudio, nada, nada, completamente nada”. Hay que recordar que este bebé le fue arrebatado por su madre y hermana para regalarlo.

El segundo embarazo de esta entrevistada lo vivió cuando ya se encontraba en la ciudad de Tijuana. Relata que lo que deseaba era tener un hijo debido a la experiencia que había pasado con su embarazo previo. No le importó que el padre del hijo fuera casado y que no la ayudara económicamente,

No viví con él porque estaba casado y a mí no me importó, haz de cuenta que se me hizo muy fácil, dije “un ratillo” pero yo, lo que yo quería era tener un hijo, yo deseaba tener un hijo [...] No se hizo responsable del niño porque yo trabajaba y ganaba muy bien y todo lo que ganaba lo metí al banco y a mí no se me hizo pesado tenerlo porque yo tenía mis ahorros (Yoya, 25).

Se puede observar la diferencia en los cuidados médicos proporcionados entre este bebé deseado y el primer embarazo: “Sentí bonito cuando supe que estaba embarazada porque él [el bebé] era deseado. Yo tuve todos los cuidados que debe tener una mujer embarazada; estaba ilusionada con mi hijo. Me tomaba mi ácido fólico”.

El tercer embarazo de esta entrevistada fue un embarazo no deseado. Yoya (25) no tenía una pareja estable y simplemente no aceptaba su embarazo. Nunca permitió que esta persona conociera al bebé porque era una persona “enferma” pues se trataba de un drogadicto. A pesar de que tuvo la intención de abortar, no tuvo los medios económicos para hacerlo por lo que decide atender ese embarazo.

No me quedó de otra que meterme a trabajar, nos cambiamos de casa porque ya no pudimos pagar esa casa cara y nos cambiamos a una barata y todos los muebles que yo tenía, los tuve que dejar y me metí a trabajar estando embarazada de Karen [...] No me acuerdo cuándo acepté este embarazo pero sí me fue muy difícil aceptarlo [...] Fui a mi control médico ya que entré a trabajar. Pedí rápido la hoja del seguro y al mes porque es una fábrica de esas que...ahorita ya ni existe. Fui, solicité mi hoja, fui al seguro y les dije que yo estaba embarazada. O sea, sí llevé mi control prenatal a pesar de que no la quería. Fui, me sacaron los prenatales, me hicieron un ultrasonido y me dijeron que sí era embarazo y luego me llevaron con la enfermera del seguro social y ella fue quien llevó todo mi embarazo (Yoya, 25).

Cuando se entera de su cuarto embarazo, Yoya (25) sintió “que se le venía el mundo”. No llevaba una relación de pareja estable y no era violentada. A pesar de haberse tomado las pastillas que le provocarían un aborto y, pensando en que éste se había logrado, no fue así, lo que provocó que cayera en una depresión; sin embargo relata que como quiera se atendió: “Pues como ya soy madre, quieras o no quieras, tienes que cuidarte, porque si ya está ahí, tienes que darle los cuidados a fuerzas y se los dí”.

El quinto y sexto embarazos fueron de su última pareja con la que sí vivió y con quien experimenta por primera vez la violencia doméstica en todas sus caras. Esta entrevistada deseaba formar un hogar con una pareja estable: “Ya no quería estar sola, yo quería un esposo porque ya estaba harta de los amantes, porque así se les llama, eso son, y yo quería un esposo para poder atenderlo, que me atendiera, que me chiqueara o sea sin andarme escondiendo” (Yoya, 25), sin imaginarse la vida de violencia doméstica que estaba a punto de vivir,

Me celaba de todo mundo [la pareja]. No me podía asomar a la ventana, no podía abrir la puerta. Fue un infierno esos dos años que viví con él, o sea, ese carácter que yo tenía que yo le tronaba los dedos a los otros, a mí me tronaban los dedos. Si no me apuraba, me pegaba [...] Por miedo, ahí sí encontré la horma de mis zapatos. “¿Y ahora, qué me pasó?” y esos grandotes que yo tenía, me los quitaron así “ira” [tronando los dedos de la mano] y doblé las manos. Pero es que no te das cuenta. ¿Sabes cuándo me di cuenta?, cuando lo tenía encima, cuando definitivamente ya crítica la situación (Yoya, 25).

Bajo este contexto, no hubo alegría ni ilusión de este quinto embarazo, sino todo lo contrario; por lo que no lo aceptó y lo aborta sin haber tenido nunca la intención de tenerlo y, por ende, de cuidarlo: “Pues que me compro de esas pastillas de las que te dije. Ah, pues que me las tomo pero yo ya tenía casi los cinco meses de embarazo cuando hice eso. En esos cinco meses ni al doctor, ni dieta especial, nada; hubo golpes, maltrato físico” (Yoya, 25).

A pesar de esta experiencia, esta mujer no se separa de esta persona por las constantes amenazas de dañarle a alguno de sus hijos en caso de que lo hiciera (violencia psicológica/emocional) y siguió viviendo las otras caras de la violencia doméstica (física, económica, sexual, como se vio con anterioridad). En este escenario queda por sexta vez embarazada hasta que recibe ayuda para llegar al albergue ya con seis meses de embarazo. Relata que los cuidados prenatales médicos para este bebé fueron nulos mientras vivió con

su pareja: “Yo con este bebé, con decirte ya hasta ahorita que me voy a aliviar, apenas me van a hacer los prenatales. No he tenido control de mi embarazo, nunca he tomado ácido fólico, casi no he tomado ni sulfato ferroso. Nadie me ha revisado la panza [...] al contrario, golpes, maltratos, llanto. Todo lo que tú puedes imaginar en el embarazo” (Yoya, 25).

La experiencia de Martha (41) en este tema se resume en que sus tres primeros embarazos, cuando ella era una adolescente, fueron vigilados médicamente: “Pues ya que estuve embarazada, ahí, en un control que le llevan en el Centro de Salud, ahí iba yo. Y me ponían cita y tenía que ir”. Su último embarazo lo vivió con su segunda pareja con la que experimentó la violencia doméstica en su arista física, económica y psicológica/emocional. Al momento en que ella queda embarazada relata que simplemente no concebía su estado debido a que habían pasado ya casi 20 años de su último hijo y el volver a empezar le causa mucha angustia, ansiedad y frustración. A pesar de ello, y aunado a la violencia que vivía, llevaba su control médico prenatal: “Era cosa que yo me tenía que cuidar a fuerza; me tenía que cuidar aunque yo no quisiera, yo tenía que cuidarme por mi diabetes. Y pues, ya lo cargaba a él en la panza ¿qué más hacía? No me iba a poner a querérmelo sacar de la panza”.

Muñe (19) cuidó sus dos primeros embarazos asistiendo a sus citas mensuales y como ella lo relata: “Iba al doctor cada mes y cumplía con todo lo que me decía”. Su tercer embarazo lo está viviendo en el albergue; no obstante, sigue yendo a sus consultas. El primer embarazo de Erin (17) fue acompañado de maltrato físico por parte de su pareja aún así, relata que asistió a sus consultas médicas desde el momento que supo que estaba embarazada; no obstante,

E: al estar pasando por esa situación [de violencia física] con una bebita en tu vientre ¿tú pensabas en cómo cuidar tu embarazo? Te daba chance de pensar “ay no, tengo que comer bien porque estoy embarazada” o “tengo que ir al doctor”.

Er: pues al doctor sí iba cada mes pero de comer bien no.

E: o sea que el doctor te daba consejos pero...

Er: no los seguía.

E: ¿por qué no comías bien?

Er: no me daba hambre (Erin, 17).

El segundo embarazo lo llevó dentro del albergue (su pareja desconoce de este bebé) y en este lugar lo ha llevado mejor cuidado que el primero.

Los cuidados médicos proporcionados al segundo embarazo de Natalia (16), quien se encontraba con siete meses de gestación al momento de la entrevista, se resumen en idas al doctor a las que no siempre pudo asistir debido a la inestabilidad que vivía con su pareja (quien por cierto dudaba de la paternidad del bebé) hasta antes de llegar al albergue: “No he asistido a mis citas mes con mes porque como estuve viniendo para acá para Tijuana, estuve en Rosarito y así. En Rosarito sí estuve yendo pero pues me volvía a regresar y así estuve perdiendo citas [...] Tomo mis pastillas donde vienen minerales, ácido fólico”.

Dolly (17) vivió su embarazo en el albergue desde los tres meses de gestación. Hay que recordar que esta joven madre fue abusada sexualmente por su cuñado e inmediatamente fue albergada en este lugar. Manifiesta que a partir de que llegó al albergue sus consultas fueron mes con mes; sin embargo no obedeció las instrucciones proporcionadas por el médico como se verá más adelante.

Al igual que Dolly (17), los embarazos de Aranza (21) fueron ocasionados por una violación sexual perpetrada por la pareja de su mamá. Esta entrevistada era una menor de edad al momento de quedar embarazada y vivió su embarazo en un ambiente hostil lleno de golpes, amenazas, abusos, malas palabras y malos tratos por lo que su atención médica fue muy escasa y las pocas veces que se atendió fue cuando su vecina la llevaba a consulta: “Me llevaba una vecina. Ella me decía ‘tienes cita tal día’ y ya iba”. El segundo embarazo también fue consecuencia de estos abusos sexuales; no obstante, esta chica fue rescatada y llevada a una casa-hogar cuando le restaba poco tiempo para dar a luz. Relata que ahí recibió ayuda y la llevaron por primera vez al médico quien le confirma un embarazo gemelar. Lamentablemente, se concluye con un aborto cuando se encontraba en un estado avanzado de la gestación ocasionado por el descuido involuntario dado a estos bebés.

Corresponde el turno a Valeria (31), quien con tres embarazos, manifiesta que mes con mes tuvo sus citas prenatales. A pesar de que su último embarazo lo vivió separada de su esposo debido a la indiferencia que mostraba hacia ella y de la violencia económica que vivía, ella nunca faltó a su control prenatal; sin embargo, como consecuencia de estos problemas, manifiesta que volvió a “agarrar la droga”, situación que resulta paradójica pues cuidaba de asistir al doctor pero se drogaba,

E: me imagino que con el último bebé, como te drogabas, ya no ibas tan seguido a tu control prenatal.

V: no, siempre fui a mi control prenatal mes con mes.

E: y los doctores ¿no veían nada raro en tu bebé?

V: en mi bebé no. Ellos me preguntaron que si yo me drogaba y yo les dije que sí. Me decían que me dejara de drogar porque el niño podría tener problemas a nivel cerebral.

E: qué curioso que tus dos primeros embarazos fueron de alto riesgo y el de Jonathan no, a pesar de que...

V: me drogaba. Y luego yo decía que mi hijo es muy fuerte porque yo me drogaba y él aferrado a vivir.

E: ¿Tú sabías que si te drogabas podrías abortar?

V: sí.

E: ¿pero no era tu intención abortarlo?

V: no. Inconscientemente lo hacía pero sí sabía que lo podía abortar. La droga yo antes la inhalaba y yo ya no la inhalaba, la fumaba. Yo sé que fumada es menos riesgosa que inhalada porque inhalada se va al estómago, a la placenta y todo eso y fumada no; fumada nada más se contrae la placenta (Valeria, 31).

Emma (31) experimentó la violencia doméstica por parte de la pareja enseguida se casó con ella, ya con un embarazo de tres meses; sin embargo, manifiesta que, a pesar de esto, nunca olvidó cuidarse: “Siempre fui muy responsable con mis embarazos. Sabía que tenía que atenderme. Consumí vitaminas, ácido fólico, pastillas para los ascos. O sea, yo tenía mis problemas con él [su esposo] pero mi embarazo siempre estuvo bien cuidado”. El segundo embarazo (también de esta pareja) también fue asistido médicamente; sin embargo, los problemas siempre existieron. El padre de su tercer hijo no se hizo responsable en ningún sentido argumentando que ese bebé no era de él (violencia psicológica/emocional): “Ahora sí que no tuve el apoyo de nadie, para nada, para nada. Me sentía bien sola. Como sea, en los otros partos el papá estuvo ahí y en este no le interesó, no mostró interés hacia la niña”. Además, por los problemas económicos por los que atravesaba, esta madre manifiesta que este embarazo, a diferencia de los otros dos, fue muy difícil de cuidar,

E: ¿cómo le hiciste para cuidar tu embarazo?

Em: sí fue muy difícil. Fue muy difícil a diferencia de los otros dos porque no tuve una solvencia económica estable porque mi trabajo fallaba, esto y lo otro y porque no tuve un lugar estable para vivir.

E: ¿cómo cuidaste del embarazo de ella?

Em: de ella no me cuidé, hasta los cinco meses me empecé a atender, donde yo estaba no había ni centro de salud. No tenía los medios para moverme. Pero ya después me regreso con mi tío otra vez. En el embarazo ya estuve con él. De los tres meses de embarazo para arriba. Nada más terminó el embarazo y me salí de su casa. Aunque sí hice panza, yo me sentía débil mucho. Me mareaba mucho, de ella yo no tomé ni vitaminas. El ácido fólico lo tomé ya al tiempo, no tuve ni para eso. Pues ya que empecé a atenderme, a los cinco meses, agarré el seguro popular y ya hubo la ventaja que no me cobraron nada (Emma, 31).

Finalmente, el caso de Maty (21) cuyos primeros dos hijos fueron engendrados en un ambiente libre de violencia difieren de los últimos tres de su segunda pareja en los cuales no hubo cuidados médicos debido a la violencia doméstica que experimentó. El primero fue recibido con alegría; sin embargo, comenzaron los golpes, los malos tratos, se intensificó la drogadicción de la pareja lo que ocasionó que su cuarto embarazo lo abortara, manifestando después un arrepentimiento por lo hecho; no obstante, su quinto embarazo decide tenerlo aunque no tenía los medios para cuidarlo,

M: Con este bebé nunca fui al doctor, nunca me chequeé, nunca nada.

E: ¿pero por qué nunca te checabas? ¿No tenías interés, no tenías dinero?

M: él nunca me daba. A él no le importaba el niño, no le importaba nada.

E: entonces Maty, si no ibas al doctor ¿cómo te cuidabas?

M: nada, nada. Sin comer más que puro pan, pura agua. Íbamos a la comercial a pedir pan, lo que quedaba. Yo estando embarazada, iba a los restaurantes a pedir comida. Su mamá lo estaba manteniendo pero no me daba dinero a mí.

E: entonces a él no le importó el embarazo de tu hijito.

M: no le importó nada, puros golpes (Maty, 21).

4.6.3 “A veces no comía yo por...coraje a veces...”. El descuido del embarazo como consecuencia de una vida con violencia

Como se pudo apreciar en los relatos anteriores, la mayoría de las entrevistadas asistió alguna vez a su consulta médica; sin embargo, el Cuadro 4.14 ayudará a conocer más a fondo si esta visita fue regular (en términos de asistencia de acuerdo al modelo occidental) y si existió algún descuido (involuntario, o inclusive voluntario) en la forma de llevar su embarazo ocasionado por el entorno no saludable en el que convivían, esto es, en un ambiente de violencia. Se analizará el caso del último embarazo pues todas las entrevistadas coinciden en que fue en éste donde sufrieron algún tipo de violencia doméstica.

El Cuadro 4.14 es relevante en el sentido de que se puede apreciar que, salvo tres casos, la mayoría de las entrevistadas asistieron alguna vez a su consulta médica prenatal y siete de ellas lo hicieron de manera regular (en cuanto a la asistencia mensual); no obstante, no todas siguieron las recomendaciones que les eran proporcionadas en esas visitas por lo cual se expondrá el análisis del por qué de esta situación. Los primeros casos a comentar serán las de aquellas chicas que asistieron al médico de manera regular y que, además, siguieron sus recomendaciones. Estos casos son los de Estela (19), Muñe (19) y Erin (17). Ahora bien, estas jóvenes madres coinciden en que llevaron o están llevando su

embarazo (las dos primeras) desde los primeros meses de gestación en el albergue; por lo tanto, las madres encargadas del mismo se han preocupado de vigilar su embarazo. Sin embargo, de no ser así, muy probablemente estas entrevistadas vivieran una experiencia muy distinta en cuanto a la forma de llevar su último embarazo en comparación con los anteriores.

Cuadro 4.14. Descuido del embarazo como consecuencia de una vida con violencia				
Nombre	¿Alguna vez fue al médico?	¿Cómo fueron estas visitas?	¿Atendía las recomendaciones médicas?	¿Por qué?
Ángeles (35)	Sí	Irregulares	Sí	Apoyo de su pareja
Estela (19)*	Sí	Regulares	Sí	Apoyo del albergue
Dora (18)	Sí	Regulares	No	Ambiente de violencia
Yoya (25)*	No	-----	-----	Ambiente de violencia
Martha (41)	Sí	Regulares	No	Ambiente de violencia
Muñe (19)*	Sí	Regulares	Sí	Apoyo del albergue
Erin (17)	Sí	Regulares	Sí	Apoyo del albergue
Natalia (16)*	Sí	Irregulares	No	Ambiente de violencia
Dolly (17)	Sí	Regulares	No	No quería al bebé
Aranza (21)	No	-----	-----	Ambiente de violencia
Valeria (31)	Sí	Regulares	No	Ambiente de violencia
Emma (31)	Sí	Irregulares	No	Ambiente de violencia
Maty (21)	No	-----	-----	Ambiente de violencia

Fuente: Elaboración propia. Embarazada al momento de la entrevista (*)

Por ejemplo, y como ya se expuso, Erin (17) señaló el descuido de su primer embarazo debido a la vida con golpes que le era proporcionada por su pareja, lo que ocasionó que no comiera como debía ser pues “no le daba hambre”; sin embargo, manifiesta que su segundo embarazo (llevado desde la tercera semana hasta su término en el albergue) fue mucho mejor cuidado que el anterior: “Aquí llevé mi embarazo bien. No tenía problemas de nada y me alimentaba bien”. De igual forma, Muñe (19) está llevando su embarazo en este lugar y manifiesta que: “Este bebé lo estoy cuidando mejor que los otros dos. Como bien, me cuido bien. La madre me da todos los días, al quince para las

siete, mis pastillas”. Estos dos ejemplos permiten apreciar las diferencias que hubo en los cuidados entre un embarazo anterior y el último.

El embarazo de Estela (19), a pesar de estar catalogado como regular, es importante mencionar que esta “regularidad” es adquirida desde el momento en el que entra al albergue; previo a ello, se podrá apreciar que no estaba llevando su embarazo de manera correcta en cuanto a los cuidados prenatales (médicos o no médicos) como consecuencia de la situación de violencia que estaba experimentando. Relata que el primer trimestre de su embarazo, antes de llegar al albergue, solamente fue una vez al médico debido a la insistencia de su mamá; no obstante, ella no tenía ánimos para ello debido a la decepción de que su pareja no reconociera al bebé como hijo de él (violencia psicológica/emocional),

Al principio sí me deprimía más y más. Cuando decidió [su pareja] que cada quién agarrara su camino, sí me agüité pero ya después...como aquí nos han dado clases pues ya no. Y ahorita sí me da tristeza y me agüito pero ya no me salen las lágrimas, ya no puedo llorar, o sea, quiero llorar por él, pero ya no me salen [las lágrimas]. Ya derramé muchas, digo yo. (Estela, 19).

Se puede apreciar un cambio en este aspecto desde que se encuentra asistida en el albergue debido al apoyo brindado por las madres: “Al principio no comía pero ahora sí. Las madres nos dicen que como estamos embarazadas que comamos, que no nos deprimamos, que nos hace daño y que tomemos nuestras pastillas para que no tengamos un hijo flaco [risas]” (Estela, 19).

A continuación, se comentarán los casos de aquellas entrevistadas que manifestaron haber asistido con regularidad a su consulta médica pero que descuidaron su embarazo ya sea de forma voluntaria o involuntaria, debido al ambiente de violencia en el que se desarrollaban (Dora, 18; Martha, 41; Valeria, 31, Dolly, 17). El caso de Dolly (17) es muy similar al anterior analizado pues previo a que ingresara al albergue no llevó su embarazo de manera adecuada, debido a que fue producto de una violación sexual ocasionada por su cuñado cuando era tan sólo una niña. Es importante mencionar que el descuido de los primeros meses de este embarazo puede justificarse por el miedo que esta chica vivió, provocado por las constantes amenazas (violencia psicológica/emocional) por parte de su agresor situación que no cambió al momento de recibir el apoyo de las madres a diferencia del caso de Estela (19),

E: Aquí con las madres ¿te llevaron al doctor?
D: sí.
E: ¿a tus revisiones?
D: sí.
E: ¿a los cuántos meses que llegaste aquí?
D: a los tres meses.
E: y ¿fueron constantes tus...?
D: sí, cada mes iba a consulta.
E: y ¿el doctor qué te decía? O sea, ¿cómo iba el bebé?
D: me decía que iba bien, que estaba grande que pues yo también estaba bien.
E: y tú en esos siete meses que estuviste aquí embarazada ¿le empezaste a agarrar cariño al bebé?
D: no. Me decían las madres que pues que le hablara, que le hiciera cariñitos así en la panza y pues no.
E: ¿no te veías como mamá?
D: no.
E: ¿qué más hacías? Ya ves que los doctores te dan consejos. Aparte de vitaminas, de no hagas esto, no hagas el otro, ¿seguías los consejos de tu doctor?
D: no.
E: no. a ver, explícame, dame un ejemplo. Por ejemplo qué te decía él que no hacías.
D: que me tomara las pastillas y pues a mí casi no me gustaban las pastillas y no me las tomaba. Y luego me decía “no cargues cosas pesadas” y las cargaba yo.
E: pero, ¿con la intención de no tener al bebé?
D: sí, porque yo decía “no, es que no lo quiero tener yo decía que a los 25 años iba a tener un hijo, ahorita no” (Dolly, 17).

A continuación toca el turno de las tres entrevistadas que asistieron con regularidad a las consultas prenatales y que por alguna razón ocasionada a la violencia doméstica no llevaron a cabo las recomendaciones hechas por el consultor médico o simplemente dejaron de pensar en el embarazo. El primer caso es el de Dora (18) quien manifiesta que en muchas ocasiones se quedaba sin comer porque su pareja no le tenía comida y también por el coraje que sentía por esta situación. Hay que recordar que esta chica sufrió todos los tipos de violencia (como ya se comentó en el punto correspondiente a la violencia doméstica en el embarazo) salvo la violencia sexual. Llegó al albergue faltando un mes para aliviarse: “A veces no comía yo por...coraje a veces y pues porque él [su pareja] no me tenía nada en la casa [...] Sí me daba hambre y se me antojaban muchas cosas y yo no las tenía [...] Me la pasaba llorando [...] A veces no le hacía caso al doctor porque yo estaba como deprimida y pues me ponía a pensar en muchas cosas, en regresar con mi familia [...]”.

Martha (41), por su parte, expone que cuidó de su embarazo desde el momento que supo del mismo debido a la preocupación y al miedo que le fue ocasionado ya que había estado en un tratamiento médico muy fuerte por la diabetes que padece; además de que, al

mismo tiempo, había estado consumiendo pastillas anticonceptivas. En contra de todo diagnóstico positivo, Martha (41) comprueba su embarazo en un ultrasonido: “‘¡Ay!’ decía yo ‘que me llegue a salir mi hijo así [diabético]’. No, pues me cuidé lo más que pude cuando estuve embarazada porque me hicieron tres pruebas de embarazo, dos de sangre y una de orina y no me salió embarazo. Yo bien preocupada. Yo lloraba día y noche [...] Cuatro meses tenía cuando ya estuve segura”. Hay que recordar que la pareja de esta mujer cambió su comportamiento al momento de que ella le comparte la noticia de su embarazo experimentando violencia física, económica y psicológica/emocional lo que originó que, además de la preocupación originada por la forma de haber llevado sus primeros meses de la gestación, tuviera una carga emocional por estos conflictos con su pareja, causando el descuido voluntario de la misma,

A pesar de que lo tenía que llevar bien controladito [el embarazo] por la diabetes, a veces me enojaba y no me tomaba el medicamento. Me tenía que poner insulina y a veces no me la ponía por la tristeza. Sí pues ‘esta vida que estoy llevando’ y aunque tenía el medicamento ‘pa’ qué’ [...] Me sentí muy mal cuando estuve embarazada. De los tres embarazos anteriores que tuve, nunca me sentí así como ahora. Me sentía sola. No cuidé de mi embarazo como debería haber sido (Martha, 41).

Finalmente, se encuentra el caso de Valeria (31). Ya se comentó que esta entrevistada manifestó que asistió con regularidad a las consultas prenatales y que, no obstante, reanudó el uso de drogas estando embarazada, acción que había dejado de hacer en sus dos primeros embarazos. En este último ya no vivía con su pareja debido a la indiferencia que mostraba hacia su persona; además, que experimentaba violencia psicológica/emocional por parte de su madre al retenerle a sus otros dos hijos: “Nada más que del tercero sí me llegué a drogar porque del tercero, nosotros [su pareja y ella] ya teníamos problemas; o sea, él ya llegaba casi sin dinero y faltaba a la casa y ya tenía yo más problemas”.

Corresponde comentar aquellos casos en que la entrevistada asistió de manera irregular a sus citas médicas y que además, por razones que se resumen en cuestiones relacionadas con la nutrición y el reposo en el embarazo, lo descuidaron de manera involuntaria por las manifestaciones de violencia que experimentaban en esa etapa de sus vidas. Natalia (16), al momento de la entrevista, tenía apenas unos días de estar viviendo en el albergue y con siete meses de embarazo sólo había asistido al doctor en tres ocasiones. Los perpetradores de la violencia doméstica hacia su persona fueron su pareja

(al dudar sobre la paternidad del bebé y desatenderse del embarazo aunque mandaba dinero) y su madre (al no brindarle ningún tipo de apoyo y contribuir a que la pareja dudara sobre la paternidad del bebé). En sus relatos se aprecia que no pudo llevar una alimentación adecuada: “Siento que he descuidado al bebé un poco. De entrada, las idas al doctor. No he tenido el apoyo de mi familia [...] No me he alimentado bien. A veces me quedé sin comida. Y más que nada sin dinero, ni poder comprar nada y pues sin el apoyo de mi familia”.

A pesar de que Natalia (16) manifestó algunos cuidados populares como el no cargar cosas pesadas, en otras de sus narraciones se puede observar el descuido que imperó en cuanto al reposo que se debiera tener en este estado; sin embargo, este descuido era ocasionado por agentes externos a sus propias decisiones. Mientras vivió con su abuela materna trabajó en su restaurante en donde tenía que realizar trabajos que le resultaban cansados: “A veces me mandaba a vender [la abuela] este...porque llegaban hermanos de la iglesia y llevaban machaca de esas en bolsas y me mandaba a vender eso y ya hasta que yo no terminara pues yo no regresaba [...] y yo siempre limpiando, lavando trastes ya tenía casi cuatro meses”. En otra ocasión, ya viviendo en casa de su madre, sintió dolores prematuros por lo cual tuvo que ir a revisión y le recetaron reposo; no obstante: “Pues no guardé reposo ni nada porque esa vez fue el 16 de septiembre de este año y salimos a vender porque mi mamá hizo gelatinas y mi tía, hermana de mi mamá, trabaja en una panadería y ella hace pasteles para vender y pues nosotros le ayudamos y me traía todo el día ahí [...] no había ni siquiera desayunado ni nada”. Ese mismo día se presenta una discusión entre Natalia (16) y su madre, trayendo como consecuencia que ésta última la corriera de su casa. Apenas tenía un mes viviendo con ella así que decide ir a vivir a casa de sus abuelos paternos: “Pues yo esa vez me fui caminando y ya era tarde, se hizo de noche y estaba haciendo frío y pues yo me traje todas mis cosas cargando y ya tenía cinco meses. Y sí estaba bien retirado. Eran como unos dos kilómetros los que iba a caminar yo”. Finalmente, después de otra recaída en el hospital con dolores prematuros de parto comenta que: “Esta vez que salí del hospital, tenía que durar cinco días sin salir, sin levantarme, sin nada y no lo duré”.

El siguiente caso es el de Emma (31), quien sufrió de la completa indiferencia por parte del padre de su último bebé (violencia psicológica/emocional) y quien en el apartado sobre los cuidados médicos, dejó claro que éste fue muy irregular. Ante esta situación,

pone de manifiesto que tuvo descuidos muy graves en cuanto a la forma de cuidar su estado,

Hubo días en donde el trabajo se me escaseó, me quedé hasta sin comer estando embarazada hasta dos días; mis hijos igual. Llegué a andar buscando hasta en los botes de basura. Te lo juro, trasteando, así bien, bien feo, sin agua, sin comer [...] Bueno fuera que haya podido pensar en una dieta. Al contrario, yo quería que hubiera habido comida porque me mal pasé mucho. Hubo días en los que desayunaba o comía. O comía o desayunaba. A veces daba una comida al día para que mis hijos comieran bien (Emma, 31).

La experiencia de Ángeles (35) coincide con las dos anteriores en el sentido de que, como ya se vio, su cuidado médico fue irregular. Sin embargo, a pesar de que su primera visita médica fue a los siete meses de gestación, llevó a cabo todas las sugerencias y recomendaciones gracias a que contaba con el apoyo de su pareja. Hay que recordar que la violencia doméstica en el embarazo fue ocasionada por la madre de esta mujer.

Los tres casos restantes corresponden a aquellas entrevistadas que, por motivos de una vida con violencia, desatendieron completamente su embarazo. Estas mamás son Yoya (25), Aranza (21) y Maty (21). La primera de este grupo se encontraba embarazada al momento de la entrevista y como ya lo manifestó “nadie le ha revisado la panza” ni mucho menos haber tomado las vitaminas y el ácido fólico que una mujer en estado debe tomar. Esta joven madre sufrió toda clase de abusos por parte de su primer pareja con la que vivió, con la que quiso tener una vida estable: “No hubo momentos de felicidad, nada que yo recuerde. Puro miedo, puro temor, pura ansiedad”.

Cuando el último embarazo de Aranza (21) no llega a término, el doctor quien le practica la cesárea (pues estaba en una etapa avanzada del embarazo) la cuestiona: “El doctor me dice ‘¿es que tomabas?, no’ le digo, ‘¿fumabas?, no’. Y me dijo ‘¿comías?’ y le digo ‘no’. Me dice ‘ese fue el motivo’. ‘No comía, yo no comía. El maltrato que me daba mi mamá y todo. La humillación que me daba mi mamá’.

Finalmente, el embarazo de Maty (21): “Con este bebé nunca fui al doctor, nunca me chequeé, nunca nada”. Al hacerle la pregunta “Si no ibas al doctor, entonces ¿cómo te cuidabas?” esta chica relató: “Nada, nada. Sin comer más que puro pan, pura agua. Íbamos a La Comercial a pedir pan, lo que quedaba. Yo estando embarazada, iba a los restaurantes

a pedir comida. Su mamá lo estaba manteniendo [a la pareja] pero no me daba dinero a mí”.

En resumen, como se pudo observar en estos 13 relatos, las entrevistadas que llevaron de forma regular sus visitas al doctor y siguieron las recomendaciones del mismo son aquellas que llevaron sus embarazos desde los primeros meses de la gestación en el albergue, bajo el cuidado de las madres encargadas del mismo (salvo Dolly, 17). Asimismo, se observó cómo el desarrollo del embarazo en un ambiente de violencia provoca el descuido del mismo, independientemente de la asistencia regular a las consultas prenatales (Dora, 18; Martha, 41; Valeria, 31). El único caso donde esta asistencia fue irregular pero llevando a cabo las sugerencias dadas en consulta es el de Ángeles (35) pues motivada por su pareja deja a un lado la depresión provocada por el robo de su primogénito; previo a ello, el embarazo fue mal cuidado. Finalmente, los casos extremos, los de aquellas madres que descuidaron por completo su embarazo (Yoya, 25; Aranza, 21; Maty, 21). Se puede concluir que un ambiente de violencia ocasiona el descuido voluntario y/o involuntario del embarazo.

4.6.4 Consecuencias de la violencia doméstica en la salud de la mujer

El Cuadro 2.6 resumió algunos de los ámbitos en materia de salud que pueden verse alterados como reacción de la violencia doméstica hacia la mujer. Estos ámbitos abarcan cuestiones físicas; sexuales y reproductivas; psíquicas y del comportamiento; y, en el peor de los casos, la muerte. Bajo este contexto, el propósito de este apartado será mostrar qué tipo de consecuencias afectaron la salud de este grupo de mujeres.

Las manifestaciones más comunes, además de los moretes (físico), se englobaron en los rubros psíquicos y del comportamiento así como en los sexuales y reproductivos.

4.6.4.1 Consecuencias en los ámbitos psíquicos y del comportamiento

A continuación se presentarán algunas de las experiencias (en distintas etapas de la vida, incluyendo el embarazo) donde se pueden apreciar las manifestaciones correspondientes a las características psíquicas y del comportamiento que han padecido estas mujeres como consecuencia de una vida con violencia doméstica. Como se puede ver en el Cuadro 4.15, la depresión es el sentimiento negativo que envuelve a todas las entrevistadas y que, sin duda, afecta a la salud de las mismas y, por ende, a su embarazo. El llanto y la tristeza son

característicos de este cuadro depresivo. No obstante, se tuvieron casos que mostraron trastornos de los hábitos alimenticios, miedo, el abuso de alcohol y otras drogas, así como pensamientos e intentos suicidas.

Cuadro 4.15 Consecuencias psíquicas y del comportamiento					
Nombre	Depresión	Trastornos alimenticios	Miedo	Abuso de alcohol y otras drogas	Pensamientos e intentos suicidas
Ángeles (35)	Sí	Sí	No	No	No
Estela (19)	Sí	Sí	No	No	No
Dora (18)	Sí	Sí	Sí	No	No
Yoya (25)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Martha (41)	Sí	Sí	No	No	Sí
Muñe (19)	Sí	No	Sí	Sí	No
Erin (17)	Sí	Sí	Sí	No	No
Natalia (16)	Sí	Sí	No	No	No
Dolly (17)	Sí	Sí	Sí	No	No
Aranza (21)	Sí	Sí	Sí	No	No
Valeria (31)	Sí	No	No	Sí	No
Emma (31)	Sí	Sí	No	No	Sí
Maty (21)	Sí	Sí	Sí	Sí	No

Fuente: Elaboración propia

Cuando Ángeles (35) sufre el robo de su primogénito se encontraba embarazada de su segunda hija a la cual le brindó de cuidados prenatales en el último trimestre de la gestación. Relata que: “[...] lloraba y lloraba. Incluso yo sí recaí y me enfermé”. Yoya (25) relató que en su adolescencia fue víctima de violencia física y psicológica por parte de sus padres lo que ocasionó que la mantuvieran aislada: “Me dormía, no tenía nada que hacer porque no iba con mis amigas, con mis primas, no iba a fiestas. Era de la escuela a la casa, me iban a recoger, estaba mi mamá o mi papá y yo ya estaba harta [...] Me sentía deprimida, decaída, me sentía muy mal”. Dora (18) relató que en muchas ocasiones no seguía los consejos del doctor en su embarazo porque estaba deprimida y siempre pensando en regresar con su familia.

Natalia (16), por su parte, desde niña ha estado viviendo en distintos albergues porque ninguno de sus padres se hizo responsable de ella. Ahora que es una adolescente embarazada su situación sigue siendo la misma. Al no contar con el apoyo que tanto añora de su madre ni de su pareja: “Cuando estoy sola me deprimó mucho y no me da hambre y yo a lo mejor pienso que mis molestias [del embarazo] son por eso”.

Como lo manifestó, el tercer embarazo de Emma (31) se desarrolló entre penurias, privaciones y con la responsabilidad de alimentar a sus dos hijos pequeños. A la pregunta “Después de que la tienes a ella ¿cómo te sentiste de salud?” responde: “¡Uy no! con mucha depresión, no me quería ni bañar, no quería salir. No quería ni ver a la gente ni que me vieran. Fue un sentimiento bien extraño. Así como que me sentía más sola que nunca aunque la tenía a ella [su bebé]; pero en este embarazo y parto, ahora sí estuve sola [...] Sí me dio mucha angustia. Lloré todo el embarazo”.

La segunda pareja de Martha (41) se vuelve una persona distinta a la que ella conoció al momento de que queda embarazada. No recibió ningún tipo de apoyo por parte de él lo que originó que la depresión apareciera en su vida,

Estaba yo bien triste porque del que esperaba que me apoyara, que se miraba una persona diferente, no tuve nada de ayuda. Y pues, mi embarazo yo sola. Él no fue papá de mi hijo en lo que yo estuve embarazada, no, nunca. Porque él decía que “sabrás Dios de quién sería el niño”, que pues dónde yo trabajaba [...] Me sentía bien mal cuando estuve embarazada. De los tres embarazos anteriores que tuve, nunca me sentí así como ahora. Aunque mi esposo [primera pareja] tenía sus defectos sí me apoyó cuando estaba embarazada (Martha, 41).

Una de las consecuencias de la depresión es que pudiera alterar los hábitos alimenticios, esto es, la falta del apetito o viceversa. Estela (19) relata que al principio de su embarazo “casi no comía”. Hay que recordar que el primer trimestre lo pasó fuera del albergue, sin el reconocimiento y apoyo del padre de su hijo, lo que contribuyó a su depresión y a la falta de apetito. Con el apoyo en el albergue manifiesta que “come mejor”. Quedó manifestado que Dora (18) no comía “por coraje a veces” pues su pareja comenzó a violentarla física, psicológica y económicamente. Como se vio con anterioridad, Martha (41) cae en depresión por la vida que estaba llevando lo que originó también que perdiera el apetito y que descuidara su embarazo. Situación similar es la de Erin (19) quien confesó simplemente no darle hambre como consecuencia de la violencia física de la que era víctima: “Cuando tenía problemas con mi marido se me quitaba el hambre y dejaba de comer por horas”. Por su parte, Aranza (21) perdía el apetito como consecuencia de la depresión y las preocupaciones originadas por los constantes abusos perpetrados por su madre y padrastro, inclusive, el abuso sexual,

No comía pues no me daba hambre porque mi mamá trabajaba, llegaba tarde y yo no podía comer así con la preocupación de mi mamá. Llegaba borracha y yo tenía que batallar con ella, tenía que estar ahí con ella y siempre así que llegaba en la noche. Pues yo hacía la comida, yo hacía todo el qué hacer en mi casa y cuando no estaba algo listo a mí me pegaba (Aranza, 21).

Esta joven madre cae en una profunda depresión cuando pierde a los gemelitos que esperaba lo que le provoca que deje de comer,

Y ya llegó la ambulancia, me llevaron al hospital y me hicieron cesárea y todo y ya me dijeron “no puedes hacer fuerzas, no puedes hacer nada, tienes que quedarte tranquila”. Yo no comía nada. Me llevaban el desayuno y yo no comía nada. No desayunaba, no cenaba. Toda la comida que me llevaban [cuando regresa a la casa-hogar] ahí la dejaba. Yo nomás lloraba (Aranza, 21).

El segundo embarazo de Emma (31) se desarrolló en un ambiente lleno de violencia física, económica y psicológica/emocional además de la drogadicción de su esposo [primera pareja] lo que ocasionó que en vez de que se le quitara el apetito le diera más hambre de lo normal,

De hecho comía mucho pero siento que no era por el embarazo. Era ansiedad que me producía por estar pasando por lo que vivía en esos momentos. Yo decía que era por el embarazo y me daba tristeza cuando veía mi cuerpo bien gordo. Yo era bien delgadita y de repente veía mi cuerpo que no lo podía ni creer. Subí como 16 kilos [...] Me daba mucho por comer. Era mucha ansiedad la que yo tenía. Me la pasaba comiendo, comiendo. Así descargaba mi frustración. Llegué a ser talla 40, 42. Engordé mucho en aquel entonces (Emma, 31).

Cabe hacer mención que esta madre, durante este segundo embarazo, también se enfermó de los riñones y le brotó un problema de acné severo (hasta el día de la entrevista lo presentaba): “Me enfermé de los riñones y este problema de acné; o sea, desde los 25 años tengo este problema, antes no tenía nada. Yo siento que los nervios fueron un detonante, porque o sea, fue tanta mi angustia, fue tanta mi frustración, impotencia, estrés, todo. Estaba yo así mal, mal, mal” (Emma, 31).

En este grupo de mujeres el miedo también se hizo presente sobre todo en aquellos casos en donde la violencia física (acompañada de la psicológica/emocional) y sexual existió:

E: ¿no sentiste alguna vez que te brincara el niño del susto?

D: cuando él me pegaba sí, el niño se espantaba. Comenzaba a gritar y me decía mi suegra “cuéntame todo lo que te hace”. Y él me amenazaba que si yo le contaba a su mamá me iba a seguir pegando y más bien como que ya tenía miedo porque él hubo como tres veces que me amenazó así con el cuchillo.

E: ¿estando embarazada?

D: ajá y pues me empezó a golpear y ya no quiero eso (Dora, 18).

Asimismo, Dora (18) mentía sobre la causa de sus moretones por el miedo que le tenía a su pareja. En las consultas prenatales el doctor la cuestionaba sobre el origen de los moretones así como también su suegra,

Una vez sí se dio cuenta [el doctor] y me dice “¿quién te golpea?” le digo “nadie, yo me caí”. Le echaba mentiras. Me dejaba moretones, me dejaba bien moreteada la cara, los brazos también. Y cuando mi suegra le preguntaba [a la pareja] “¿qué tiene Dora?” “No tiene nada, se cayó”, dice. Y yo de vergüenza no quería bajar. Y cuando bajaba “¿qué tienes en la cara?” “Nada, me caí”, por miedo que yo le tenía. Y ella me dijo “¿diario, te vas a estar cayendo? Y él decía “sí se cayó”, decía él (Dora, 18).

Las relaciones de Yoya (25) se habían caracterizado por ser ella quien tomaba la decisión de terminarlas porque ya no le “servían” debido a que la mayoría fueron con hombres ya con compromiso. Sin embargo, con relación a su última pareja con la que experimentó golpes, abusos, maltrato verbal y psicológico, al preguntarle “bueno y ¿a ti qué te pasó? ¿Por qué no dijiste “vámonos a la fregada” como a los demás? Su respuesta simplemente fue “por miedo”.

Tras ser violentada psicológicamente/emocionalmente por su padre al advertirle que no quería que estuviera teniendo hijos, Muñe (19) manifiesta haber sentido miedo cuando sale por segunda vez embarazada: “En mi primer embarazo sentí alegría. En el segundo más o menos porque tenía miedo que me hicieran algo [su familia]”. Dolly (17) relata que, debido a los malos tratos que le eran proporcionados por su madre llegó a tenerle miedo por lo que decidió salirse de su casa cuando aún era una niña. Su hermana, junto con su esposo, la reciben en su casa donde sufre del abuso sexual que le ocasiona el embarazo. Este episodio le ha originado miedo para desenvolverse en actividades que no debieran de costar trabajo: “Sentía...me daba no sé qué...me daba miedo. Me daba miedo porque luego salía a la calle y miraba señores y me daba miedo. Y hasta ahorita [ya que reside en el albergue] salgo así y veo muchos hombres y me da miedo”.

Situación similar la de Aranza (21) quien era abusada sexualmente y físicamente por su padrastro y amenazada constantemente para que no dijera nada sobre esos sucesos: “Me amenazaba, me decía ‘si tú le dices a tu mamá, tu mamá va a amanecer muerta. O tu mamá va a amanecer quemada’. Tenía miedo que de verdad fuera hacer esas cosas con ella”.

Como se mencionó en el apartado 2.5.3, el uso y abuso de sustancias como el alcohol, drogas o algunos fármacos son vistos como consecuencias en el ámbito de la salud ocasionadas por la situación de violencia doméstica en la que se ven inmersas algunas mujeres. En esta investigación se encontraron cuatro casos en los que la droga y el alcohol fueron consumidos como una “ruta de escape” a los problemas que enfrentaban. Estos casos son los de Yoya (25), Muñe (19), Valeria (31) y Maty (21).

Cuando le arrebataron a su primogénita, Yoya (25) manifestó: “Me sentí muy mal. Lloré mucho. Empecé a drogarme; empecé a tomar; me la llevaba en las cantinas nomás”. Ya quedó descrito que Muñe (19) tenía miedo de su padre si quedaba embarazada por segunda ocasión pues le decía que “si seguía teniendo chamacos que yo me olvidara que él era mi padre y que no me quería ver”; así que al engendrar por segunda ocasión confiesa que se drogó todo ese embarazo porque no quería al bebé. Expresa que, aunque su pareja sí la apoyaba, le tenía miedo a su papá. Valeria (31) es una mujer drogadicta que al saberse embarazada dejaba de hacerlo pues era consciente de que podría traer consecuencias al bebé: “Yo me dejé de drogar desde que me embaracé. En todos mis embarazos no me drogué”. Sin embargo, esta afirmación contrasta cuando se embaraza por tercera vez porque a la par su relación atravesó por problemas,

Del tercero también [fui al doctor], nada más que del tercero sí me llegué a drogar porque del tercero nosotros ya teníamos más problemas; o sea, él ya llegaba casi sin dinero y faltaba a la casa y ya tenía yo más problemas [...] De repente empecé a drogarme por los problemas; o sea, se me antojó así de repente. Me relajaba. Yo ya tenía mi embarazo avanzado cuando empecé a drogarme. Tenía como cinco meses (Valeria, 31).

Finalmente, la experiencia de Maty (21) con las drogas debido a que con su segunda pareja (un drogadicto) experimentó violencia física (desde golpes hasta no proporcionarle alimento), psicológica/emocional (decir que él no es el padre de sus hijos) y económica (no darle dinero) lo que la orilla a drogarse: “La verdad no sé porque empecé a

drogarme, pero me arrepentí. Con él [su pareja] me drogaba desde que estaba en Guerrero, agarraba poquito”.

Las últimas de las consecuencias ocasionadas por la violencia doméstica en materia de salud, en cuanto al rubro psíquico y del comportamiento, encontradas en esta investigación son los pensamientos y los intentos suicidas pues al parecer el suicidio es el único camino de huir de una relación violenta. En esta investigación se encontraron tres mujeres a las que la idea de acabar con sus vidas pasó por su mente. La primera de ellas es Yoya (25), quien después de provocarse un aborto del primer hijo de su última pareja queda por segunda vez embarazada (sexta vez en su historial reproductivo). Los golpes, los abusos íntimos y verbales, el control económico, la angustia de que su pareja cargaba siempre con él a alguno de sus hijos, eran parte de su vida diaria, así que cuando se entera de este último embarazo manifiesta que: “Él se llenó de ilusión, cosa que yo estaba destrozada, estaba que me moría, me quería suicidar y él feliz”. Como se mencionó, Martha (41) deja claro que no se inyectaba su medicamento para la diabetes, aun sabiendo que era fundamental pues se encontraba embarazada, debido a que ya no veía interés en su vida: “Esta vida que estoy llevando [...] pa’qué [refiriéndose a su tratamiento]”. Finalmente, Emma (31), quien en su niñez y adolescencia vivió bajo una disciplina y una sobreprotección que la mantenían en un estado de aislamiento (violencia psicológica/emocional), manifiesta que se sentía sola a pesar de que tenía una madrina con quien platicar, lo que origina dos intentos de suicidio,

Aunque estemos a la distancia, ella me habla [su madrina]. En mi cumpleaños me felicita y todo eso. Pero había cosas que no se las contaba, que prefería a una amiga, pero como no la tuve, pues me encerré mucho en mis problemas, en mis cosas, incluso tuve un intento de suicidio a los 16 años porque me sentía sola, que nadie me comprendía, a los 18 años también tuve otro intento de suicidio (Emma, 31).

Asimismo, esta madre, decide venir a Tijuana para encontrar una vida mejor para sus dos hijos; sin embargo, en este lugar se embaraza por tercera vez y al ver la indiferencia y la falta de apoyo de su pareja; así como la desesperación y la angustia por no tener un trabajo más o menos estable que le permitiera alimentar a sus dos hijos pequeños y a ella embarazada, provoca que por su mente paseara pensamientos suicidas,

Me acostaba a las doce de la noche y los niños se dormían llorando, con hambre. De hecho, un día pensé, [que Dios me perdone] “voy y ahogo a mis hijos y me ahogo yo, nos quitamos de sufrir”. Era mucha mi angustia y mi tristeza por todo, nunca había sentido eso. Aunque estuve casada, fueron otros sentimientos. Haz de cuenta que se me vino la sangre hasta los talones (Emma, 31).

Hasta aquí se mostraron las consecuencias en materia de salud psíquica y del comportamiento que se vieron afectadas en estas 13 entrevistadas como consecuencia del ambiente de violencia doméstica en el que se desarrollaban. A continuación se mostrarán las consecuencias en los ámbitos sexuales y reproductivos.

4.6.4.2 Consecuencias sexuales y reproductivas

Entre estas consecuencias se encontraron las complicaciones del embarazo, el aborto espontáneo, el aborto practicado en condiciones peligrosas y el embarazo no deseado.

En cuanto a las complicaciones del embarazo, se encuentra la experiencia de Natalia (16) quien manifestó que en el embarazo que lleva, y al que le falta poco más de un mes para su término, ha tenido dos amenazas de aborto alertadas por dolores de parto prematuros causados por las mal pasadas (en ocasiones quedarse sin comer) y descuidos (no reposar lo recomendado por el médico) al no tener el apoyo ni de su pareja ni de su madre,

El dos de diciembre amanecí con muchos dolores y pues no podía ni caminar ni levantarme ni nada y caminaba tantito y me daban más fuertes y pues yo ni cómo gritarle a la señora [la que le rentaba el cuarto]; la señora me apoyaba mucho, me decía “cualquier cosa y me hablas” [...] Y yo estaba llorando mucho del dolor y ya pasó un ratito y como a mí me daban unos dolores así, se me quitaban a ratos y ya no se me quitaban, me empezaron a dar más fuerte. Me calmé un poquito, me metí a bañar, me cambié y fui con la señora; se hicieron las ocho, fue cuando me llevó ella al doctor (Natalia, 16).

En lo referente al aborto espontáneo, se puede citar también a esta joven, pues su primer embarazo no llegó a término por causas involuntarias a ella. Ya se le había presentado una amenaza de aborto pues era un embarazo de alto riesgo ya que era gemelar y ella muy pequeña de edad (14 años) y, como ya se comentó, su padre la asaltó físicamente, aproximadamente a los cinco meses, provocando que un día después empezará con sangrado y dolores que la condujeron al fin de su embarazo.

El otro caso de aborto espontáneo es el de Aranza (21). Como es sabido, su padrastro abusaba de ella físicamente, sexualmente y, por ende, psicológica/emocionalmente. En consecuencia de estas violaciones queda por segunda vez embarazada; sin embargo, los golpes, la mala alimentación, la angustia, la presión, el cuidar de su hija bebé, ocasionan que este embarazo no culmine con los gemelitos que se esperaban.

El embarazo no deseado es considerado también una consecuencia de la violencia doméstica. En esta investigación se encuentran las experiencias de Dolly (17), Aranza (21), y Yoya (25).

Dolly (17) y Aranza (21) fueron asaltadas sexualmente y por ello quedaron embarazadas. Los agresores no eran parejas sentimentales de estas jóvenes madres sino el cuñado y el padrastro, respectivamente. El caso de Yoya (25) es diferente a estas dos entrevistadas debido a que el agresor era su pareja sentimental con la que vivió muchos momentos de violencia, desde el control económico hasta los golpes y amenazas. A la pregunta “¿Este bebé [el embarazo actual] es producto de una violación?”: “Pues me agarraba a la fuerza casi todo el tiempo. O sea, haz de cuenta que llegaba así y yo tenía que estar quieta y sin hacer nada. Haz de cuenta que era una violación”.

Finalmente, el aborto practicado en condiciones riesgosas. Los dos casos que se presentaron en esta investigación fueron los de la misma Yoya (25) y Maty (21). Ambas abortan su penúltimo embarazo de manera clandestina e insalubre; inclusive, Yoya (25) lo realiza ya en un estado avanzado del embarazo, cuando el embrión es considerado feto, poniendo en riesgo su vida. A continuación se expondrán los fragmentos donde quedan de manifiesto estas situaciones,

E: Oye Yoya y a los cinco meses te tomas las pastillas.

Y: cuatro meses y medio.

E: y sabiendo lo qué te podía pasar.

Y: sí mujer.

E: no pensaste en nada, en tus chiquitos.

Y: yo decía “no me puedo morir porque no me quiero morir”. Y me tomé cuatro y con esas cuatro tuve.

E: y ¿qué reacción tuvo tu cuerpo?

Y: nada, en ese momento nada, no sentí nada.

E: de hecho un bebé a los cuatro meses está más o menos formado.

Y: ya estaba formado, ya tenía todo. Yo lo vi, yo lo agarré [...] Resulta que me las tomé y me fui a trabajar. Ya estando en la fábrica, me dio ascos, no comí y me agarré del chongo con él [su pareja] antes de irme a trabajar. Me dio un golpe, me pegó, me aventó un zapato y me pegó aquí.

E: ¿en el abdomen?

Y: ajá [...] No comí, no cené y me tomé las pastillas.

E: obviamente sin que él supiera.

Y: ajá, en lo que él iba a trabajar [...] Y resulta que como a las 12 de la noche siento un dolor abajo [en el vientre]. Y voy al baño y *crack*, me truena algo. Se me reventó la fuente, se me reventó la fuente y yo dije “ay, no es nada”, me limpié y seguí trabajando. Pero de ahí sentí otro dolor, como un dolor de parto y ahí voy al baño y el bebé ya estaba naciendo porque sí nació. Y que lo agarro así porque sentí que me bajó algo y ya lo vi, ya estaba formado, era un niño y se me salió la placenta, todo, y me puse a pensar “este bebé tiene medicamento, si me lo llevo y le hacen unos estudios, me meten al bote” y luego pensé en mi marido “¿qué iba a hacer?”, me iba matar porque me dijo “si tú llegas a abortar a mi hijo” porque yo le decía cuando estaba mal, le decía hasta de lo que se iba a morir y decía “pinche chamaco” yo le decía, lo insultaba. Y él me decía “yo te mato a ti y a uno de tus hijos” hasta ese grado y yo dije “ahora sí ya me mató”. Yo pensé porque, este, él me quitaba a uno de mis hijos. Se iba y se llevaba a uno de mis hijos siempre porque él me decía “si tu haces algo, yo te quito a tu hijo lo pierdo, me pierdo y que me encuentres”. O sea, esos dos años fue un infierno en mi casa.

E: claro.

Y: “y ¿qué voy a hacer?” y yo ya no me preocupaba por mí. El pantalón, que era de mezclilla azul, ya lo traía rojo, todo, todo. Y yo no me preocupaba por mí, yo estaba pensando. “¿Qué hago, qué hago?” y si digo que se fue por la taza del baño y lo pensé y me puse mucho, mucho papel y me subí el pantalón y ahí tenía al bebé, encima del tanque de agua. “Ay, ¿qué voy hacer, qué voy hacer?” no hallaba qué hacer. “No. Toma una decisión” y lo agarré y le dije “Perdóname, yo no sabía. Estoy bien arrepentida de lo que te hice” y le pedí perdón porque lo tenía así entre las manos al bebé y ni modo, lo tuve que echar a la taza del baño.

E: y ¿tú qué sentiste?

Y: me remordía la conciencia, me agarré llorando porque ya era un ser humano al que le quité la vida y todo eso y ya le pedí perdón a Dios y ya me confesé. “Ay Dios mío, ¿qué voy a hacer?”. No me quedó de otra más que “Oye, ¿qué estás haciendo? [a una muchacha que entró al baño]. “Sabes qué” le dije, “le hablas a mi supervisora, se llama Perla”.

E: ¿tú no tenías dolor?

Y: nada, yo no sentía dolor de tanto miedo que yo tenía. Porque me comía las uñas de pensar porque yo tenía muchos problemas con mi esposo. [Cuando llega la supervisora] “Sabes qué Perla, aborté”. “Ay, ¿a poco estabas embarazada?” y le dije “Mira” porque usábamos bata y me alcé la bata y empezó a temblar y le dije “pues ni tiembles, háblale a ver a quién” y llegó una de recursos humanos con un pantiprotector, en ese momento me quedé “es que eso no me sirve”. “Vamos a hablarle a tu esposo”. Casi me da el infarto cuando me dijeron vamos a hablarle a tu esposo y que le marcan.

E: ¿y qué pasó?

Y: que le hablan por teléfono que fuera a la fábrica. A la empresa ya no alcanzó a llegar, yo tenía mucho sangrado.

E: ¿te fuiste a dónde?

Y: me mandaron a la clínica 36 ya cuando yo llegué en la ambulancia él ya estaba ahí y se empezó a pelear [...] (Yoya, 25).

Para concluir, la historia de Maty (21),

M: Antes de tener a este bebé [al último] sí me embaracé. Ya tenía tres meses. En ese embarazo usé cristal.

E: cuando estabas embarazada de ese bebé que no nació ¿te llegaba a pegar?

M: sí. Me golpeaba mucho.

E: cuando te das cuenta que estás embarazada, ¿él llegó a saber que estabas embarazada?

M: sí. Ya tenía un mes que no me bajaba. Entonces yo le dije “¿sabes qué? yo estoy embarazada y no me ha bajado”; “tú estás loca, no estás embarazada. Ese chamaco ni es mío”. “Bueno que tú piensas, ¿a quién se lo tengo que echar?”, “¿sabes qué?, yo no sé, pues no quiero tener al niño”.

E: ¿tú se lo dijiste o él?

M: él. “Ah, pues qué quieres que haga, ¿que me lo tumbe?”, “Pues si tú no lo quieres, túmbatelo, usa cristal” y le digo “¿a poco sí se cae? Pues entonces ayúdame a tumbármelo” y me ayudó. Compró cristal y en varias ocasiones hasta lo comía y sudaba y sudaba.

E: con la intención de abortar.

M: sí y se me cayó. Estuve varias semanas sangrando, me llevé como cinco o cuatro toallas diarias.

E: ¿y cómo te sentiste después de eso?

M: pues estaba arrepentida ya que lo había hecho (Maty, 21).

4.6.5 Consecuencias de la violencia doméstica en la salud del hijo

Así como la violencia doméstica fue causante de dañar la salud de la entrevistada se encontraron también algunos relatos que indican que también afectaron al bebé. Los casos extremos se refieren a ponerle fin, de manera voluntaria o involuntaria, a la gestación como sucedió con Yoya (25), Maty (21), Natalia (16) y Aranza (21).

Ahora bien, en cuanto al peso del bebé, no todas las entrevistadas recordaron el peso de sus hijos. Algunas de ellas se encontraban embarazadas por primera vez; no obstante, se mencionarán algunos casos. Ángeles (35), por ejemplo, comentó que su segunda hija pesó 2,095 gramos, peso considerado como bajo, según la norma de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que considera como bajo peso a aquel peso al nacer inferior a los 2,500 gramos (OMS, 2002. Citado en Leal, 2008). Se puede decir que, muy probablemente, el inicio tardío al control prenatal (último trimestre) así como la depresión que presentaba por haber perdido a su primer hijo, afectó el desarrollo del segundo bebé quedando manifestado en su peso. Se puede observar la diferencia entre este segundo embarazo y el primero, pues el peso al nacer de su primer hijo fue de tres kilos cerrados. Hay que recordar que con este bebé se atendió desde el primer trimestre y la entrevistada se encontraba muy ilusionada de estar embarazada, pues tenía la creencia de que era estéril.

Estela³⁴ (19) comentó que su bebé no tenía el peso adecuado a los cinco meses que tenía cuando por primera vez le hacen una ecografía. Hay que recordar que la pareja de esta chica no se hizo responsable del bebé lo que ocasionó que cayera en depresión: “Pues en el primer ultrasonido, el bebé venía bajo de peso. Eso fue en julio; ya tenía los cinco meses. Fue por las depresiones y por no comer bien y le afectó al niño. Y pues el viernes que me hice el ultrasonido [segundo] me dijo la doctora que venía bien que todo estaba normal”.

La experiencia de Dora (18) es muy similar a la de Ángeles (35). Su primer bebé pesó 3,800 gramos. Este bebé fue deseado y, por ende, concebido en un ambiente sano. Como lo manifestó esta joven madre, “se sentía muy feliz”. Su segundo embarazo se concibe en un ambiente lleno de violencia doméstica por parte de su pareja, alejada de su lugar y familia de origen. La reacción que tuvo al saberse embarazada fue de que no quería salir en estado debido a la vida que estaba llevando. A pesar de que los dos embarazos llevaron su control médico a tiempo, el peso del segundo (2,200 gramos) ayuda a explicar que la vida con golpes, amarguras, precariedades, angustias, mal pasadas en cuanto a alimentación y depresiones son factores de mala influencia en el bebé,

En este embarazo [segundo] me daban muchos cólicos. Yo decía “¿será de tanto coraje que hago?” o cuando estaba con él [su pareja] y me golpeaba, se me hacía bien chiquita la panza. Como que se me escondía el niño así [señala su vientre]. Cuando él me pegaba, el niño se espantaba y brincaba del susto (Dora, 18).

Aranza (21) recuerda que su hija estaba baja de peso y chiquita: ““Tu bebé va bien, está bien. Está bien sanito aunque viene bajo de peso. Viene bien chiquito’ me dice [el doctor]. Porque yo no comía nada”. Seguramente, la vida que llevaba esta entrevistada afectó en este aspecto al producto.

Emma (31) relata que su tercera hija, aunque no nació baja de peso, sí es la que pesó menos a diferencia de sus dos hijos mayores: “Peso 3,400 gramos pero fue la que nació más bajita de peso. Aunque sí hice panza yo me sentía muy débil. Me mareaba mucho”. A grandes rasgos, esta madre vivió su último embarazo incluso con días en los que no tuvo ni para comer ya que su trabajo escaseó y su pareja se desatendió de ella y del bebé.

³⁴ Embarazada por primera vez al momento de la entrevista.

Existen otras características en la salud de los bebés que se vieron afectadas por la violencia doméstica que sus madres vivían. Por ejemplo, esta misma entrevistada (Emma, 31) relató que su primer hijo tiene problemas de aprendizaje mismo que se le desarrollaron debido a la drogadicción de su pareja. Por otro lado, el consumo de drogas de Valeria (31) en su último embarazo le ocasionan un daño en el habla a su hijo: “Nace Jonathan y nace con problemas, pero no se le notaron. Fue normal en todos los aspectos hasta que empezó a hablar hasta los tres o cuatro años”.

Finalmente, Maty (21) revela que su último bebé (que tenía cuatro meses al momento de la entrevista), al que también quiso abortar pero no lo logró, y con el que pasó hambres, golpes y angustias en el embarazo, nace con problemas del corazón: “Nació bien de peso pero nació con problemas. Tiene soplo en el corazón y bronconeumonía. El niño no podía respirar bien [...] El niño venía bajo de defensas. Le pusieron un tanque y me dijeron que se tenía que quedar. Estuvo como tres, cuatro días en el hospital internado. Y ya me dijo el doctor que al niño, poco a poco, se le iban a quitar sus problemas”.

4.7 Apoyo en el embarazo por parte de otras personas

Como se pudo apreciar, la mayoría de las entrevistadas coincidieron en que no recibieron ningún apoyo o consejo en la forma de llevar su embarazo en cuanto a las costumbres y tradiciones que normalmente se comparten de generación en generación; sin embargo, existieron personas que les ayudaron de otra manera. Para comenzar, se encuentran las encargadas del albergue que brindaron ayuda sobre todo a aquellas mamás o futuras mamás que llegaron ahí en principios de su gestación.

Estela (19), por su parte, recibió ayuda de la trabajadora social que laboraba en la escuela de su hermano y es ella quien la dirige al albergue; previo a este evento, comenta que una señora con la que vivió unos días la apoyaba con ácido fólico. El primer embarazo de Dora (18) estuvo vigilado por su mamá, pues transcurrió mientras vivía en Chiapas; sin embargo, en el segundo tiene el apoyo de su suegra y cuñadas quienes son testigos del maltrato que su hijo le proporciona,

Mi suegra me echaba la mano. Ella me defendía mucho. Le decía “¿por qué la andas golpeando? Si ella está embarazada, le puedes sacar al bebé” [...] Ella, [suegra] cuando se me antojaban muchas cosas, ella me las compraba. Me apoyaba en muchas cosas. Mis cuñadas me aconsejaban también que ya me fuera, que lo dejara [a la pareja] y que ya me fuera. Un

día su mamá se enojó y le habló a la patrulla y llegó la patrulla y se lo llevaron tres días a la cárcel y el día que yo me vine para acá [al albergue], al día siguiente iba a salir y me dijo mi suegra “mejor te voy a enviar a una casa-hogar para que estés bien ahí y como yo trabajo los fines de semana yo ya no me voy a dar cuenta de cuando te golpee”. Y lo que hizo ella fue mandarme para acá. Mi suegra me apoyó en todo. En vez de apoyar a su hijo me apoyó a mí, más que nada por la niña (Dora, 18).

Después del aborto que se practica Yoya (25) queda embarazada de nueva cuenta. Sigue experimentando la violencia doméstica en todas sus facetas y viviendo angustiada la mayor parte del tiempo, sobre todo porque su pareja, a donde quiera que saliera, llevaba con él a la hija más pequeña de esta madre como amenaza para que ésta no intentara huir de la casa. No obstante, la única ocasión que él le permite llevar a esa niña con ella a dejar al kinder a otro de sus hijos se encuentra con su cuñada quien es la que le brinda ayuda: “Me encontré a la hermana de él [su pareja]. Me dice ‘vete al DIF, yo te doy pa’l pasaje’. Fuimos a una unidad móvil que estaba por ahí y les dije que yo quería un lugar donde estar y ya me dieron el cupo para otra casa-hogar y luego de ésta para ésta”.

El apoyo que recibía Martha (41) consistía en consideraciones en su lugar de trabajo debido a su estado,

En la fábrica donde trabajaba, pues mis jefes me trataban muy bien y me daban preferencia porque pues estaba embarazada y me mandaban temprano a la cena, me decían “vete a comer. Tú ve a cenar primero, después mando a las otras. Pero, a ti que te aseguren la cena”. Porque me miraba bien mal. Cuando me llegaba el olor fuerte de la comida, me provocaba vómito y me decía “vete tú sola. Ve y cena tú y te vienes. Ya que lleguen las demás, ya te sales del comedor porque ya te conozco que te da asco todo y te sales vomitando y para que no hagas eso”. Y sí, me iba yo a cenar y ya llegaba y me decían “ahí estate un rato descansando”. Me daba chance de descansar. “O vete al baño y ahí te sientas un rato y luego que veas que es la hora de entrar, te vienes”. Sí me apoyaban, se portaban bien conmigo (Martha, 41).

De igual forma, recibió ayuda por parte de sus amigas,

Mis amigas me trataban bien. Cuando yo les decía que yo estaba sola, porque unas veces él [pareja] se enojaba y se iba de la casa, me invitaban a su casa a quedarme. Me decían “pues para que no se vaya a quedar sola” porque ya estaba embarazada y ya tenía muchos meses. “Váyase con nosotros, ahí se queda con nosotros”. Y sí, a veces cuando llegaba a la casa y la encontraba sola, ellas me invitaban a su casa y me iba con ellas, para no quedarme a dormir sola (Martha, 41).

Esta entrevistada tenía una mejor amiga, a la que consideraba como hermana, pues fue la que, hasta el último momento, le brindó apoyo,

Él [pareja] nunca me acompañó al doctor. Ella [su amiga] todo el tiempo andaba conmigo, me ayudaba. Si yo iba al doctor en la...me ponían cita porque como la diabetes me la tenían que hacer cada quince días, tenía que llevar orina, sacarme sangre. Hacía dos filas. Pa'cuando me tocaba entregar los orines yo ya me sentía bien mareada, bien mal me sentía. Pa'cuando yo iba a sacarme sangre, ya no tenía fuerzas ni pa'caminar. Y ella me decía "siéntate, yo hago fila por ti" y sí, cuando ya le tocaba llegar a la puerta ella iba y me cuidaba el lugar y ya me metía yo; ya nomás me sacaban sangre y pues me estaba esperando ella para sacarme de ahí (Martha, 41).

La persona que ayudó a Aranza (21) en varios aspectos, inclusive en levantar la denuncia contra el padrastro y a la madre con las autoridades, fue su vecina, contribuyendo así a que esta joven dejara su "hogar" para trasladarse a un albergue. De principio la ayuda llevándola al hospital para dar a luz su primera hija: "La vecina fue y me llevó [al hospital] y me dice 'al día siguiente voy por ti. Le voy a decir a tu mamá que venga para ver cómo saliste'. Nunca apareció mi mamá [...] Llegaba la vecina y me decía '¿cómo estás *mija*? ¿Ya comiste? ¿Ya estás bien? Los doctores la dejaban entrar y me llevaba avena o leche". Es a esta persona a quien Aranza (21) confiesa que es abusada sexualmente haciendo que le brinde su casa como primer refugio,

Vente conmigo, yo te voy a ayudar y si tu mamá viene y te grita yo le voy a decir que primer cuide a su hija que andar con él [el padrastro]. Y sí, yo me fui con la vecina y estuve con ella y mi mamá me sacó de las greñas. "¡Ah qué! Tu negocio es aquí en la casa, que está hecha un cochinerito" y le dijo la vecina "no, tu hija no es tu gata. Eres tú la que la tiene que mantener; tu hija no te tiene que mantener a ti". "Pues es mi hija y me tiene que atender como yo quiera [...]" (Aranza, 21).

Finalmente, Valeria (31), Emma (31) y Maty (21) buscan ayuda de sacerdotes quienes las apoyan de manera económica así como dirigiéndolas al albergue en el que se encuentran.

4.8 "Ahorita lo que pienso es en sacar a mis hijos adelante". Expectativas para su futuro
A pesar de que las intenciones que este grupo de mujeres tienen para su futuro no son parte de los propósitos de esta investigación, la que escribe considera importante que el lector tenga una idea de lo que piensan hacer cuando se les dé de alta en el albergue, esto con el objetivo de concluir el capítulo de análisis de resultados así como el darse una idea sobre qué sentido le darán, cada una de ellas, a sus vidas.

De todas las entrevistadas (salvo Dolly, 17 y Aranza, 21 que no tenían pareja sentimental) Estela (19) es la única que tiene esperanzas de regresar con el padre de su hijo: “Volvería a andar con esta persona [su pareja]. He estado pensando que cuando el niño nazca quiero ir para allá [a la casa de la pareja]. Tengo la esperanza de volver”. Las 10 restantes no piensan en reconciliación alguna, lo cual es bueno debido a que el círculo de la violencia por fin puede quedar completamente roto (al menos con esa pareja y si en verdad están completamente sanadas emocionalmente). Entre las actividades que dijeron realizar se encuentran buscar un trabajo para salir adelante con sus hijos; otras quieren regresar con sus familias de origen; otras prefieren estudiar. Asimismo, se tienen tres casos que argumentaron no tener deseos de volver a tener una pareja: “Cambió mi vida porque yo a tener otro hombre ya no” (Dora, 18); “¡Ay no! No me quedaron ganas [de una vida en pareja], la verdad. Ni quién se fije en mí. Aparte, ya no quiero caer en lo mismo. Ya me pasó y ya no” (Emma, 31); “Yo no regresaría con esta persona. Yo quiero cambiar y quiero una vida. Una vida para mis hijos ya que a mí no me la dieron. En el amor, nada. Sólo para mis hijos” (Maty, 21).

CONCLUSIONES

Esta investigación tuvo como propósito fundamental analizar los cuidados prenatales de un grupo de mujeres de la ciudad de Tijuana, B. C. que durante su embarazo fueron víctimas de violencia doméstica; así como conocer las consecuencias que se presentaron en su salud y la de su hijo. Para ello, se planteó la siguiente pregunta de investigación: ¿Cómo es el cuidado de las mujeres embarazadas víctimas de violencia doméstica?

En la ciudad de Tijuana, pocas han sido las investigaciones que afectan los cuidados y la búsqueda médica prenatal. Esta investigación consideró que la violencia doméstica afectó los cuidados prenatales así como su búsqueda adecuada (en cuanto al mes de la primera revisión y el total de revisiones) de las 13 mujeres del estudio. Se observó que las mujeres embarazadas que experimentaron una vida con violencia doméstica presentaron cierta renuencia o incapacidad de buscar el control prenatal debido, precisamente, a esa carga emocional de la que fue víctima, lo que trajo como consecuencia que no se llevara una vigilancia adecuada de los embarazos y, por ende, la detección y el tratamiento oportuno de posibles complicaciones. No obstante, aquéllas que sí tuvieron un control médico adecuado, no cumplieron con las recomendaciones hechas por el personal médico. Asimismo, se observó que la violencia doméstica en el embarazo trajo consecuencias en la salud de las madres y en la de sus hijos.

La metodología empleada para esta investigación fue la cualitativa haciendo uso de la técnica de la entrevista semiestructurada ya que se consideró que esta estrategia sería la más adecuada para el objetivo de la investigación pues, a través de las narraciones de las entrevistadas, se podría responder a la pregunta de trabajo, así como también cumplir con los objetivos general y específicos. Las características fundamentales que se buscaron en las mujeres entrevistadas fueron que hayan estado embarazadas en algún momento de sus vidas; además, que hayan sido violentadas. Para esto último, se acudió a un albergue que brinda ayuda a mujeres que experimentaron violencia doméstica. Se realizaron un total de 22 entrevistas en tres etapas. Finalmente, solamente se utilizaron 13 debido a que el resto no calificó para su análisis por diversos motivos, entre los que destacó la poca participación de la mujer.

Resumen de los resultados

La relación que existía entre los padres de las entrevistadas fue, en la mayoría de los casos, catalogada como buena. Lo anterior contrasta con la relación que ellas tenían con ellos, sobre todo con la figura materna; es decir, salvo un caso, el resto manifestó que no se llevaba bien con sus progenitores expresando falta de cariño, comprensión y confianza, lo que se puede apreciar en el recuerdo que tienen de su niñez y su adolescencia (triste, sin niñez, con problemas, un desastre, difícil, etc.). Lo anterior permitió darse una idea sobre los inicios de una vida con violencia en la familia nuclear; es decir, sirvió para crear un escenario que indicara antecedentes de violencia doméstica en la vida temprana de este grupo de mujeres.

Bajo este contexto, se apreció que la mayoría del grupo sufrió de violencia doméstica en la niñez, predominando la violencia física seguida de la emocional/psicológica. De igual forma, la violencia se presentó en la adolescencia, observándose que aquéllas que no experimentaron algún tipo de violencia en la niñez, la padecieron en la adolescencia, sobre todo, ahora de la emocional/psicológica. Esto quiere decir que la adolescencia fue una etapa donde, en algunos casos, comenzó la violencia y, en otros, se diversificó e intensificó. Se identificó a la madre como principal agresor, seguida del padre y de algún otro familiar como tíos, cuñado, padrastro y abuela. Asimismo, las formas de violencia en la niñez y adolescencia que predominaron fueron los golpes con la mano, con objetos y jalones, tratándose de la agresión física. En cuanto a la emocional/psicológica, se manifestaron el abandono, las acusaciones verbales, la sobreprotección, el asedio, el aislamiento, las humillaciones, el desprecio y los insultos. Finalmente, cuatro entrevistadas sufrieron de violencia sexual misma que se tradujo en el intento y en la violación sexual.

La violencia ejercida en etapas tempranas de la vida trajo como consecuencia una serie de malas decisiones en estas mujeres entre las que se destacó el huir de sus casas nucleares con “el primero que pasara”, drogarse, rebelarse así como embarazos no deseados.

El análisis relacionado con la vida en pareja se resume en situaciones en las que, al igual que en su infancia y adolescencia, también experimentaron la violencia doméstica. Es en este momento donde surge la violencia económica. El estar viviendo y experimentando

este ambiente de violencia trajo como consecuencia, en cuanto a los embarazos, reacciones negativas en las entrevistadas al conocer el último embarazo tales como angustia, miedo, rechazo, tristeza y hasta la idea de ponerle fin al mismo. Se pudo apreciar el contraste de estas reacciones con las del primer embarazo, pues en la mayoría de los casos, éste reflejó emoción, alegría e ilusión. El tipo de violencia que se ejerció con más frecuencia en el embarazo fue la emocional/psicológica, destacándose la duda sobre la paternidad del hijo.

Los golpes y el descuido de la pareja en proveer las necesidades básicas a su familia fueron las características de maltrato físico que se encontraron en los relatos de seis entrevistadas. La violencia económica en el embarazo la vivieron ocho mujeres. Según sus relatos, la retención del sustento económico y el control de todos los gastos de la casa, fueron las características de este tipo de violencia. Solamente dos entrevistadas manifestaron haber sido violentadas sexualmente en el embarazo en el sentido de verse obligadas a sostener relaciones sexuales a pesar de haberse presentado embarazos de alto riesgo.

De igual forma, se observó la presencia de terceras personas que violentaron a la entrevistada durante su embarazo. Esto ocurrió en siete casos. En la mayoría de ellos, el agresor resultó ser un familiar, destacándose la figura de la madre de la entrevistada. De nueva cuenta, el tipo de violencia más recurrente fue la emocional/psicológica, seguida de la física y, finalmente, la sexual.

Una vez concluidas las cuestiones sobre la violencia doméstica sufrida por estas 13 mujeres a lo largo de sus vidas, correspondió el turno al tema central de esta investigación para dar respuesta a la pregunta mencionada con anterioridad; es decir, ¿cómo cuidaron sus embarazos en este ambiente hostil en el que vivían? La respuesta tentativa a dicho cuestionamiento fue que los cuidados prenatales de las mujeres embarazadas víctimas de violencia doméstica estaban en gran medida relacionados con la medicina tradicional y el autocuidado, dejando de lado la atención médica prenatal de los servicios de salud, o en su caso, esta atención no la tienen de manera adecuada lo que pudiera afectar la salud de la madre y la de su hijo.

Como se planteó en la teoría, el ser humano tiene diversas opciones para atender las cuestiones relacionadas con el proceso de su salud enfermedad. Por lo tanto, la mujer embarazada cuenta con alternativas distintas para vigilar su embarazo. No obstante, al ser el grupo de estudio un grupo con antecedentes de violencia doméstica, esta investigación supuso que el autocuidado y la medicina tradicional (propuesta de Eduardo L. Menéndez) eran los modelos empleados en primera instancia debido a que la violencia originaría cierta renuencia para asistir al médico; y, el cuidado médico de manera secundaria; sin embargo, pocos fueron los casos en los que la mujer embarazada violentada recurrió al autocuidado y a la medicina tradicional. Se observó que esta última no fue siquiera mencionada muy probablemente porque supone la transmisión de remedios, consejos, *tips* que son transmitidos, en la mayoría de los casos, de madres a hijas; o por otras personas del círculo íntimo de la embarazada; y, en estos casos, la mayoría del grupo estuvo separada de sus madres y, para aquellas que convivieron con ella durante su gestación, fue ésta la persona que las violentó. Los cuatro casos que se autocuidaron se caracterizaron por no llevar una dieta en especial, caminar, no cargar cosas pesadas y, finalmente, no hacer movimientos bruscos. No obstante, resulta conveniente mencionar que en embarazos anteriores en donde no hubo presencia de violencia doméstica, el autocuidado y el uso de la medicina tradicional no tuvieron mayor relevancia; es decir, se puede concluir que, para este grupo de mujeres, este tipo de cuidados no resultó ser el más utilizado con o sin una vida de violencia.

A diferencia de lo esperado, los cuidados médicos del último hijo fueron los más buscados por la mayoría de las entrevistadas a pesar de su condición de violencia. Estos cuidados consistieron en pesar a la mamá, medirle el vientre y tomarle la presión; proporcionarle vitaminas y ácido fólico; y, realizarle exámenes de sangre y de VIH. Se observó que solamente siete de los casos fueron con regularidad (en términos de la asistencia mensual del modelo occidental de control prenatal) al médico; sin embargo, de éstas solamente tres siguieron las recomendaciones proporcionadas por el doctor, lo cual se debió a que vivieron su embarazo desde los primeros meses ya dentro del albergue, lo que quiere decir que las encargadas del mismo les sirvieron de gran ayuda en el cuidado y vigilancia del embarazo. Las cuatro restantes, a pesar de esta regularidad, descuidaron su estado debido al ambiente hostil en el que llevaron su embarazo; es decir, no realizaron las recomendaciones hechas por el médico o, simplemente, dejaron de pensar en el embarazo.

Asimismo, tres entrevistadas asistieron de forma irregular al control y sin quererlo descuidaron su embarazo en lo referente a la nutrición y el reposo. Al igual que los casos anteriores, esto fue ocasionado por la violencia doméstica. Finalmente, se presentaron tres casos en donde la madre nunca asistió a las consultas médicas prenatales desatendiendo por completo la gestación debido a los maltratos a los que eran sometidas. Los perpetradores de esta violencia fueron, en dos de los casos, la propia pareja. En un caso, el padrastro y la madre de la víctima.

El haber vivido en un ambiente de violencia trajo como consecuencia una serie de problemas en la salud de la mujer. Las consecuencias más comunes se englobaron en los rubros psíquicos y del comportamiento. En segundo término en algunas características sexuales y reproductivas. En cuanto a las primeras, la depresión la padecieron las 13 mujeres en sus últimos embarazos donde el llanto y la tristeza fueron las representaciones más comunes. Asimismo, esta depresión trajo, en segunda instancia, consecuencias en los hábitos alimenticios de la mayoría de las mamás que se resumieron en la falta de apetito y, en un solo caso, comer en demasía.

Otra de las consecuencias del comportamiento ocasionada por la violencia es el miedo que se hace presente en las actividades de la vida diaria de algunas mamás. Asimismo, se encontraron cuatro casos en los que se consumió drogas y alcohol para huir de los problemas originados en un ambiente hostil en el que estaban viviendo. Es importante mencionar que, en tres de estos casos, este consumo se realizó durante el embarazo. Finalmente, se encontraron tres mamás que tuvieron pensamientos suicidas con el propósito de terminar con sus problemas.

Entre las consecuencias sexuales y reproductivas se encontraron las complicaciones del embarazo (amenazas de aborto espontáneo y dolores de parto prematuros, principalmente), el aborto espontáneo, el aborto inducido practicado en condiciones riesgosas (dos casos) y el embarazo no deseado (los dos casos de abuso sexual).

De igual forma, se encontraron algunos casos en los que el bebé se vio afectado por la violencia que experimentaba su madre. Los casos extremos se relacionaron con el fin de la gestación ya fuera voluntaria involuntariamente. En cuanto al peso al nacer del bebé, no todas las mamás recordaron esta cifra; sin embargo, en aquellas que sí lo hicieron y que

vivían en un ambiente de violencia, se pudo observar un peso bajo al nacer (inclusive un peso al nacer inferior a otro embarazo previo libre de violencia). Lo anterior se puede resumir por los descuidos que se tuvieron en los embarazos comentados con anterioridad.

Otra de las consecuencias que se manifestaron en dos casos fue la presencia de problemas de aprendizaje y lingüísticos que se desarrollaron ya en los años posteriores del menor. Asimismo, se tuvo el caso de un bebé que nació con problemas del corazón. Es importante mencionar que estos tres casos tienen en común el consumo de drogas por parte de las tres parejas y de dos entrevistadas.

Como se mencionó, los consejos son de gran ayuda en la embarazada; sin embargo, la mayoría de las entrevistadas manifestó no haber recibido ningún tipo de consejo o ayuda en la forma de llevar su embarazo por parte de sus mamás o de sus parejas. No obstante, existió otro tipo de ayuda relacionada con la violencia doméstica de la cual eran víctimas. El apoyo fundamental de este grupo de mujeres es el proporcionado por las monjas del albergue, pues ahí vigilan de sus embarazos; asimismo, reciben terapias que les ayudan a superar los traumas que pudieran haberse generado por las condiciones de violencia a las que fueron sometidas (ver anexo iii). De igual forma, hubo quienes manifestaron el apoyo en sus embarazos por parte de otras personas entre las que se encuentran amigas, suegras, cuñadas, sacerdotes de la iglesia, trabajadora social, jefes del trabajo y vecinas.

Todas las entrevistadas coincidieron en que, cuando llegue el momento de salir del albergue, buscarán un trabajo para sacar adelante a sus hijos. También se manifestó el deseo de estudiar. Diez entrevistadas declararon no tener intenciones de regresar con sus últimas parejas. Solo una chica declaró tener la esperanza de volver con ella. Finalmente, se tuvieron tres casos que expresaron que no querían saber de relaciones sentimentales nunca más.

A manera de resumen, y para cumplir con los objetivos planteados en esta investigación, se pudo observar que la experiencia de la violencia doméstica en el embarazo surgió antes de éste y, solamente en un solo caso (Martha, 41) comenzó al momento de darle la noticia a la pareja. Sin embargo, es importante mencionar que todos los casos experimentaron la violencia desde la niñez y en la adolescencia. Los cuatro tipos de violencia se hicieron presentes. Asimismo, en un contexto de violencia doméstica, se

observó que la mayoría de las entrevistadas optaron por asistir al control médico prenatal; no obstante, esto no quiso decir que atendieran las recomendaciones hechas por el doctor. El cuidado no médico no tuvo mucha relevancia, inclusive en ausencia de violencia. Además, la violencia doméstica en el embarazo trajo como consecuencia daños en la salud de la madre, entre los que destacó la depresión, abortos y complicaciones del embarazo. En el bebé, principalmente el fin voluntario e involuntario de la gestación; el peso al nacer, problemas respiratorios y en una edad más avanzada problemas de aprendizaje

Para concluir, es bien sabido que el Programa Nacional de Salud de este sexenio busca brindar una atención de calidad en la prestación de los servicios de salud a toda la población. Para el caso específico de las mujeres y los niños, se ha luchado por continuar con la disminución de las tasas de mortalidad materno-infantil a través del acceso a la atención de la salud como lo han demostrado los altos porcentajes de la atención prenatal y la atención del parto por personal calificado. Sin embargo, y de acuerdo con los resultados de esta investigación, en el sentido de que la atención médica fue la más buscada, es de suma necesidad e importancia la capacitación del personal médico que labora en las clínicas y hospitales para que sean capaces de identificar señales de violencia doméstica en sus pacientes y, de esta manera, puedan ser canalizadas a otras áreas donde puedan recibir ayuda especializada en este tema, lo que sin duda, ayudaría al pleno desarrollo del embarazo y de la mujer misma.

Finalmente, las personas encargadas de la formulación de las políticas de salud en México, deben continuar elaborando planes y programas de desarrollo social en beneficio de las mujeres embarazadas para que lleven a cabo un embarazo sin complicaciones y, así, den a luz a niños saludables. Para ello, es necesario que dichos programas estén al alcance de todas las mujeres, ya que ellas, junto con los niños, constituyen el grupo más vulnerable en cualquier sociedad.

BIBLIOGRAFÍA

- Abercrombie et al., 1984, *The Penguin Dictionary of Sociology*, Viking Penguin, New York.
- Aguilar, Candelaria et al., 2000, “Morbilidad percibida y atención prenatal en mujeres marginadas de Chiapas, México”, *Población y Salud en Mesoamérica*, vol. 4, no. 1, jul-dic, pp. 1-18.
- Alexander, Greg R. y Carol C. Korenbrot, 1995, “The Role of Prenatal Care in Preventing Low Birth Weight”, en http://www.futureofchildren.org/information2826/information_show.htm?doc_id79887 > revisado el 12 de mayo de 2005.
- Aliaga, P. et al., 2003, “Violencia hacia la mujer: un problema de todos”, *Rev Chil Obstet Ginecol*, no. 68, pp. 75-78.
- Alvarado, Gloria et al., “Prevalencia de violencia doméstica en la ciudad de Durango” en *Salud Pública de México*, vol. 40, 1998, pp. 481-486.
- Ander-Egg, Ezequiel, 1987, *Técnicas de investigación social*, 1ª Ed., México, El Ateneo.
- Andrés, Paloma, 2004, “Violencia contra las mujeres, violencia de género”, en Ruiz-Jarabo, Consue y Pilar Blanco, dirs., *La violencia contra las mujeres: Prevención y detección. Cómo promover desde los servicios sanitarios, relaciones autónomas, solidarias y gozosas*, Díaz de Santos, Madrid, pp. 17-38.
- Arganis, Elia, 2005, “La autoatención en un grupo de ancianos con diabetes residentes en Iztapalapa, D. F.”, *Cuicuilco ENAH*, vol. 12, no. 33, pp. 11-25.
- Arredondo, Armando, 1992, “Análisis y Reflexión sobre Modelos Teóricos del Proceso Salud-Enfermedad”, *Cad. Saúde Púb*, vol. 8, no. 3, jul-sep, pp. 254-261.
- Ballard, T. J. et al., 1998, “Violence during pregnancy: measurement issues”, en *American Journal of Public Health*, vol. 88, pp. 274-276, en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9491021> > revisado el 4 de mayo de 2009.
- Bale, Judith et al., 2001, *Improving Birth Outcomes*, Washington, D. C., The National Academy Press.
- Barker, K., 1998, “A ship upon a stormy sea: the medicalization of pregnancy”, *Social Science and Medicine*, vol. 47, no. 8, pp. 1067-1076.
- Benítez, Gidder et al., 2004, “Violencia contra la mujer durante el embarazo. Resumen de casos”, *Rev Obstet Ginecol Venez*, vol. 64, no. 4, pp. 211-213.
- Biehl, Loreto y Morrison Andrew, eds., 1999, *Too close to Home: Domestic Violence in the Americas*, Banco Interamericano de Desarrollo y Johnson Hopkins University.

- Black, DA et al., 1999, *Partner, child abuse risk factors literature review*, National Network of Family Resiliency, National Network for Health.
- Borjón, Inés, 2000, *Mujer víctima, mujer victimaria. El caso de la violencia doméstica*. Comisión Nacional de Derechos Humanos, México.
- Bott, Sarah et al., 2005, “Cómo abordar la violencia de género en América Latina y el Caribe: revisión crítica de las intervenciones”, *Breve*, núm. 60, Banco Mundial.
- Cáceres, Ana, 1993, “Efectos de la violencia”, en *Violencia intrafamiliar, una problemática social*, Apuntes para Seminario de Capacitación a Funcionarios Públicos, Santiago de Chile, Instituto de la Mujer, julio-agosto, pp. 19-20.
- Caecer, P., 1998, “Exposure to violence in the families of origin among wife abusers and maritally nonviolent men”, *Violence and Victims*, núm. 3, pp. 49-63.
- Castro, Gloria, 2006, “La violencia doméstica: Una complicación del embarazo”, en *The info Project*, vol. 3, núm. 21, octubre, en http://bvssida.insp.mx/boletin/10_06_reporter.pdf revisado el 14 de octubre de 2008.
- Castro V., María del Carmen y Gilda Salazar Antúnez, 2000, “La salud reproductiva desde la voz de las mujeres”, en *Salud Reproductiva en Sonora: Un estudio exploratorio*, México, El Colegio de Sonora, pp. 151-196.
- Candelas, José [tesis de maestría en demografía], 2004, “Empoderamiento femenino y violencia doméstica hacia la mujer: una relación por explorar a través del sistema de sexo/género”, COLEF.
- Caudill, W., 1953, “Applied Anthropology in Medicine”. *Anthropology Today*. University of Chicago Press.
- Chávez, Rocío et al., 2007, “Rescatando el autocuidado de la salud durante el embarazo, el parto y al recién nacido: representaciones sociales de mujeres de una comunidad nativa en Perú”, *Texto Contexto Enferm, Florianópolis*, vol. 16, núm. 4, pp. 680-687.
- Chez, Nancy, 1994, “Helping the Victim of Domestic Violence”, *The American Journal of Nursing*, vol. 94, núm. 7, pp. 32-37.
- Claramunt, María, 1997, *Casitas quebradas. El problema de la violencia doméstica en Costa Rica*, 1ª ed., San José, EUNED.
- Collière, MF, 1993, *Promover la vida*, 1ª ed., Madrid, Interamericana.
- Conferencia Internacional Sobre Atención Primaria a la Salud, Alma-Ata: 25º Aniversario, en http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA56/sa56r6.pdf revisado el 15 de mayo de 2008.
- Conrad, Peter, 1992, “Medicalization and social control”, *Annual Reviews of Sociology*, núm. 18, pp. 209-232.

- Conrad, Peter, 1975, "The discovery of hyperkinesis: notes of the medicalization of deviant behavior", *Social Problems*, núm. 23, pp. 12-21.
- Conrad, Peter y J. Schneider, 1980, "Looking at levels of medicalization: a comment of Strong's critique of the thesis of medical imperialism", *Social Science and Medicine*, vol. 14A, pp. 75-79.
- Counts, DA et al., 1992, *Sanctions and sanctuary: cultural perspectives on the beating of wives*, Boulder, CO, Westview Press.
- Cuevas, Sofía et al., 2006, "Violencia y embarazo en usuarias del sector salud en estados de alta marginación en México", *Salud Pública de México* 48, supl. 2, pp. 239-s249.
- De Bruyn, María, 2003, *La violencia, el embarazo y el aborto. Cuestiones de derechos de la mujer y de salud pública*, 2ª edición, Chapel Hill, Carolina del Norte, Ipas, en http://www.ipas.org/Publications/asset_upload_file614_2618.pdf revisado el 10 de abril de 2009.
- Dragonas, Thalia y George N. Christodolou, 1998, "Prenatal Care", *Clinical Psychology Review*, vol. 18, no. 2, pp. 127-142.
- Ellsberg, MC., et al., 1999, "Wife abuse among women of childbearing age in Nicaragua", *American Journal of Public Health*, vol. 89, pp. 241-244.
- Ellsberg, MC., et al., 2000, "Candies in hell: women's experience of violence in Nicaragua", *Social Science and Medicine*, vol. 51, pp. 1595-1610.
- Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares, 2003
- Espinoza, Henry y Alma Camacho, 2005, "Maternal death due to domestic violence: an unrecognized critical component of maternal mortality", *Revista Panamericana de Salud Pública*, vol. 17, núm. 2, pp. 123-129.
- Fawcett, Gillian et al., 1999, *Los servicios de salud ante la violencia doméstica*, Manual para instructores (as), México, Ideame.
- Fernández, Teresa y Rafael Pérez, 2007, *Autoestima y violencia conyugal: un estudio realizado en Baja California*, 1ª ed., Tijuana, B. C, EL COLEF: México, D. F., Miguel Ángel Purrua.
- Flanzer, JP., 1993, "Alcohol and other drugs are key causal agents of violence", en Gelles, RJ y DR Loseke, eds., *Current controversies on family violence*, Thousand Oaks, CA, Sage, pp. 171-181.
- Fondo de las Naciones Unidas para Infancia (UNICEF), 2000, "La Violencia doméstica contra mujeres y niñas", *Centro de Investigaciones Innocenti*, Florencia, Italia, núm. 6, en http://www.casacidn.org.ar/media_files/download/laviolenciadomesticacontralasmujeres.pdf revisado el 13 de febrero de 2009.

- Freidson, E., 1970, *Profession of Medicine*. New York: Dod Med.
- Fried, Susana, 2003, “Violence against Women”, *Health and Human Rights*, vol. 6, núm. 2, pp. 88-111, en <<http://www.jstor.org/stable/4065431>> revisado el 12 de enero de 2009.
- Fuentes, David et al., 2007, “Violencia contra mujeres en un entorno de desigualdad social: homicidios dolosos en Tijuana, B. C.”, *Papeles de Población*, año 13, núm. 53, pp. 203-224.
- Gallagher, Eugene B. y Joan Ferrante, 1987, “Medicalization and Social Justice”, *Social Justice Research*, vol. 1, no. 3, pp. 377-392.
- García, Claudia et al., 2003, “Responding to Violence against Women: WHO’s Multycountry Study on Women’s Health and Domestic Violence” *Health and Human Rights*, vol. 6, núm. 2, pp. 112-127, en <<http://www.jstor.org/stable/4065432>> revisado el 12 de enero de 2009.
- Gelles, Richard y Claire Pedrick, 1990, *Intimate Violence in Families*, 2a. Ed., Nueva York, Sage.
- Goode, William J. y Paul K. Hatt, 1990, *Métodos de investigación social*, 2ª Ed., México, Trillas.
- Granados, Shiroma, 1996, *Salud reproductiva y violencia contra la mujer: un análisis desde la perspectiva de género*, Nuevo León, Asociación Mexicana de Población, Consejo Estatal de Población (COESPO).
- Guerrero, Elizabeth, “Informe sobre Violencia contra las Mujeres en América Latina y el Caribe español; 1990-2000 Balance de una Década”, *Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer* (UNIFEM).
- Hawkins, Darren y Melissa Humes, 2002, “Human Rights and Domestic Violence”, *Political Science Quarterly*, vol. 117, núm. 2, pp. 231-257.
- Hayward, Ruth, 2000, *Breaking the earthenware jar. Lessons form South Asia to end violence against women and girls*, Kathmandu, Oficina Regional de UNICEF para Asia Meridional.
- Heise L, 1994, *Violencia contra la mujer: la carga oculta a la salud*. Washington, D. C. El Banco Mundial, Organización Panamericana de la Salud.
- Heise, L. et al., 1994, “Violence against Women –The Hidden Health Burden”, The international bank for reconstruction and development, Washington, D. C. USA.
- Hernández, Blanca et al., 2003, “Guía clínica para la atención prenatal”, *Revista Médica del IMSS* supl. 41, pp. s59-s69.
- Hernández, Elvira, 1996, “La trayectoria del concepto género”, *FEM*, año 20, núm. 156, México.

- Hernández, Roberto et al., 2003, *Metodología de la investigación*, 3ª ed., México, McGraw-Hill.
- Herrera, J, 2002, Violencia cerca a los venezolanos. El Universal, sep 15; Cuerpo 4:6 (col 1).
- Híjar, Martha y Rosario Valdez, edits., 2008, *Programas de intervención con mujeres víctimas de violencia de pareja y con agresores. Experiencia internacional y mexicana*, Cuernavaca, México, Instituto Nacional de Salud Pública.
- <<http://www.signonsandiego.com/news/mexico/tijuana/20060313-0738-violencia.html>> revisado el 6 de septiembre de 2007.
- <<http://www.infogen.org.mx/Infogen1/servlet/CtrlImpArt?clvarticulo=11499>> revisado el 5 de abril de 2009.
- <<http://www.paho.org/english/dpm/gpp/gh/VAWPregnancy.pdf>> revisado el 13 de mayo de 2009.
- <http://www.paho.org/Spanish/AM/PUB/capitulo_4.pdf> revisado el 5 de abril de 2009.
- <<http://who.int/suggestions/faq/es/index.html>> revisado el 12 de abril de 2010.
- Informe Ejecutivo de la Encuesta Nacional de Violencia contra las Mujeres, 2003.
- Informe Mundial sobre la violencia y la salud: resumen, 2002, Washington, D. C., Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud.
- Johnson, H., 1996, *Dangerous domains: violence against women in Canada*, Ontario, International Thomson Publishing, 1996.
- Kantor, GK y JL Jasinsky, 1998, "Dynamics and risk factors in partner violence", en Jasinky, JL y LM Williams, eds., *Partner violence: a comprehensive review of 20 years of research*, Thousand Oaks, CA, Sage.
- Kislinger, Luisa, 2005, *Violencia Doméstica contra las mujeres. Información General América Latina y el Caribe*, Grupo Parlamentario Interamericano sobre Población y Desarrollo (GPI).
- Kleinman, Arthur, 1978, "Concepts and a Model for the Comparison of Medical Systems as Cultural Systems", *Social Science and Medicine*, vol. 12, pp. 85-93.
- Kramer, MS, 1987, "Determinants of Low Birth Weight: Methodological assessment and meta-analysis", *Bulletin of the World Health Organization* vol. 65, no. 5, pp. 663-737.
- Lachance, L., 1994, "Marital violence in Canada –A Journalist Report", Research Center of Women Studies, SNTD Women's Univeristy, Bombay.

- Larrain, S y T. Rodríguez, 1993, “Los orígenes y el control de la violencia doméstica en contra de la mujer”, *Género, mujer y salud en las Américas, Publicación Científica* núm. 541 de la Organización Panamericana de la Salud, Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de LA OMS, Washington, DC, pp. 202-212.
- Leal, María, 2008, “Bajo peso al nacer: una mirada desde la influencia de factores sociales”, *Revista Cubana de Salud Pública*, vol. 34, núm. 1, en http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662008000100016&script=sci_arttext revisado el 17 de mayo de 2010.
- Leavell, H. y E. G. Clark, 1953, *Epidemiology and Multicausal*, Textbook of Preventive Medicine, New York, Ed. Mc. Graw Hill.
- Levinson, D., 1989, *Family violence in cross-cultural perspective*, Thousand Oaks, CA, Sage.
- McDonagh, Marilyn, 1996, “Is antenatal care effective in reducing maternal morbidity and mortality?”, *Health Policy and Planning*, vol. 11, no. 1, pp. 1-15.
- Martínez, Lidia et al., 1996, “Utilización adecuada de la atención prenatal en el Instituto Mexicano del Seguro Social”, *Salud Pública de México* 38, no. 5, sep-oct., pp. 341-351.
- Matud, María, 2004, “Impacto de la violencia doméstica en la salud de la mujer maltratada”, *Psicothema*, vol. 16, núm. 003, pp. 397-401.
- May, J, 1977, “Medical Geography: its methods and objectives”, *Social Science and Medicine*, vol. 5, pp. 715-730.
- Menéndez, Eduardo, 1984, *Hacia una práctica médica alternativa, hegemonía y autoatención (Gestión) en Salud*, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México, 1984.
- Menéndez, Eduardo, 1985a, “El modelo médico dominante y las limitaciones y posibilidades de los modelos antropológicos”, *Desarrollo Económico*, vol. 24. no. 96, ene-mar, pp. 593-604.
- Menéndez, Eduardo, 1985b, “Aproximación crítica al desarrollo de la Antropología Médica en América Latina”, *Revista Nueva Antropología*, vol. 7, no. 28, (oct.), pp. 11-28.
- Menéndez, Eduardo y Reneé Di Pardo, 1996, *De algunos alcoholismos y algunos saberes. Atención primaria y procesos de alcoholización*, México, CIESAS.
- Menéndez, Eduardo, 2003, “Modelos de atención de los padecimientos”, *Ciência & Saúde Colectiva*, vol. 8, no. 1, pp. 185-207.
- Moffitt, TE y A, Caspi, 1999, *Findings about partner violence from the Dunedin multi-disciplinary health and development study*, New Zealand, Washington, D. C., National Institutes of Justice.

- Muñoz, Sandra, 2006, “El significado cultural del control prenatal en la gestante inasistente y sus prácticas de autocuidado”, en <http://www.facultadsalud.unicauca.edu.co/fcs/2006/junio/EL%20SIGNIFICADO%20CULTURAL%20DEL%20CONTROL%20PRENATAL.pdf>> revisado el 16 de febrero de 2008.
- Núñez, Hilda et al., 2003, “La violencia física, psicológica, emocional y sexual durante el embarazo: riesgo reproductivo predictor de bajo peso al nacer en Costa Rica”, *Revista Panamericana de Salud Pública*, 12, no. 2, pp. 75-83.
- Osorio, Rosa, 2001, *Entender y Atender la Enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles*, México, CIESAS, INAH.
- Organización de las Naciones Unidas, 1993, “Conferencia Mundial de Derechos Humanos. Declaración y Programa de Acción de Viena”, Viena, junio, en <http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/1296.pdf>> revisado el 25 de febrero de 2009.
- Organización de las Naciones Unidas, 1993, “Declaration of the elimination of violence against women”, diciembre, en [http://www.unhchr.ch/huridocda/huridoca.nsf/\(symbol\)/a.res.48.104.en](http://www.unhchr.ch/huridocda/huridoca.nsf/(symbol)/a.res.48.104.en)> revisado el 25 de febrero de 2009.
- Organización de las Naciones Unidas, 1995, “Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer”, Beijing, China, septiembre 4-15, en <http://www.un.org/esa/gopher-data/conf/fwcw/off/a-20.sp>> revisado el 8 de enero de 2009.
- Organización Mundial de la Salud, 2003, “Las mejores prácticas en salud reproductiva. Nuevo modelo de control prenatal de la OMS”, en http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_RHR_01.30_spa.pdf > revisado el 2 de febrero de 2010.
- Paredes-Solís, Sergio et al., 2005, “Violencia física intrafamiliar contra la embarazada: un estudio con base poblacional en Ometepec, Guerrero, México”, *Salud Pública de México* 47, no. 5, sep-oct, pp. 335-341.
- Pfohl, S. J., 1977, “The ‘discovery’ of child abuse”, *Sociological Problems*, vol. 24, pp. 310-323.
- Piña, B., 1990, *Modelos de explicación sobre la determinación del proceso Salud/Enfermedad*, Factores de riesgo en la comunidad; Tomo I, México D. F. UAM.
- Pitts, J., 1968, “Social Control: the concept”, *International Encyclopedia*, vol. 14, ed. D. Sills. New York: MacMillan.
- Polgar, S., 1962, “Health and Human Behavior: Areas of Interest Common to the Social and Medical Sciences”, *Current Anthropology*, vol. 3, no. 2, pp. 159-205.
- Quinn, Michael, 2001, *Qualitative Research & Evaluation Methods*, 3a ed., United States of America, Sage Publications.

- Ramírez-Zetina, M. et al., 2000, “La atención prenatal en la ciudad fronteriza de Tijuana, México”, *Revista Panamericana de Salud Pública* 7, no. 2, pp. 97-101.
- Regalado, Claudia y Gustavo Romero, “Morbi-mortalidad materno-fetal asociada a violencia doméstica en el embarazo” en http://octi.guanajuato.gob.mx/octigto/formularios/ideasConcyteg/Archivos/13052006_MORBIMORTALIDAD_MATERNOFETAL_VIOLENCIA_DOMESTICA_EMBA_RAZO.pdf revisado el 17 de septiembre de 2008.
- Riessman, C. K., 1983, “Women and medicalization: a new perspective”, *Sociological Policy*, vol. 14 (verano), pp. 3 -18.
- Rivas, Sileny, 2001, “Violencia doméstica contra la mujer. Una vergonzosa realidad”, *Otras Miradas*, vol. 1, núm. 001, pp. 77-96.
- Rodgers, K., 1994, “Wife assault: the findings of a national survey”, *Juristat Service Bulletin*, vol. 14, pp. 1-22.
- Romkens, R., 1997, “Prevalence of wife abuse in the Netherlands: combining quantitative and qualitative methods in survey research”, *Journal of Interpersonal Violence*, vol. 12, pp. 99-125.
- Rúðólfssdóttir, Annadís Greta, 2000, “‘I am Not a Patient, and I am Not a Child’: The institutionalization and Experience of Pregnancy”, *Feminism Psychology*, vol. 10, no.3, pp. 337-350.
- Ruiz, Isabel, s/a, “Consecuencias en la salud física y psíquica contra la mujer en la pareja. Datos epidemiológicos” en www.e-leusis.net/Ficheros/documentos/Isabel%20Ruiz.pdf revisado el 12 de abril de 2010.
- Russell, Bernard, 2000, *Social Research Methods. Qualitative and Quantitative Approaches*, Unites States of America, Sage Publications.
- Sánchez-Pérez, Héctor et al., 1998, “La atención del parto en Chiapas, México: ¿dónde y quién los atiende?”, *Salud Pública de México*, 40, no. 6, nov-dic, pp. 494-502.
- Sanmartín, José, 2007, “Segundo Informe Internacional. Violencia en las relaciones de pareja: estadísticas y legislación”, *Serie de documentos del Centro Reina Sofía*, núm. 11.
- Saucedo, Irma, 1995, “Violencia doméstica, un problema emergente”, *Ciencias Sociais e Medicina, Atualidades e Perspectivas Latinoamericanas*, Centro de Pesquisas das Doencas Materno-Infantis de Campinas, PP. 99-130.
- Schneider, J. W., 1978, “Deviant drinking as a disease: deviant drinking as a social accomplishment”, *Sociological Problems*, vol. 25, pp. 361-72.
- Schuler, SR et al., 1996, “Credit programs, patriarchy and men’s violence against women in rural Bangladesh”, *Social Science and Medicine*, vol. 43, pp. 1729-1742.

- Secretaría de Salud, 2001, *Programa Nacional de Salud 2001-2006*, México: Secretaría de Salud.
- Subadra, 1999, "Violence against Women: Wife Battering in Chennai", *Economic and Political Weekly*, vol. 34, núm. 16/17, pp. WS28-WS33.
- Scull, A. T., 1975, "From madness to mental illness: medical men as moral entrepreneurs", *Eur. Journal of Sociology*, vol. 16, pp. 218-261.
- Shiono, Patricia H. y Richard E. Behrman, 1995, "Low Birth Weight: Analysis and Recommendations", en http://www.futureofchildren.org/information2826/information_show.htm?doc_id=79875 revisado el 12 de mayo de 2005.
- Tezoquipa, Isabel, 2002, "Cuidados prenatales", *Revista de Enfermería IMSS*, 10, no. 3, pp. 145-149.
- Valdez, Rosario y Luz Helena Sanín, 1996, "La violencia doméstica durante el embarazo y su relación con el peso al nacer", *Salud Pública de México* 38, no. 5, sep-oct, pp. 352-362.
- Wathen, Nadin, febrero 2003, "Interventions for Violence Against Women. Scientific Review", en *American Medical Association*, vol. 289, núm. 5, pp. 589-600.
- Watts, Charlotte y Susana Mayhew, 2004, "Los servicios de salud reproductiva y la violencia contra la mujer: formulación de una respuesta pragmática en el África subsahariana", *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar* 30, no. 4, pp. 60-67.
- Welland, Christauria, 2001, "Componentes culturales de tratamiento para los inmigrantes mexicanos violentos con la pareja", en Fernández de Juan, Teresa, coord., *Los rostros de la violencia*, EL COLEF, México.
- World Health Organization, 1996, "Antenatal Care. Report of a Technical Working Group", en http://www.who.int/reproductivehealth/publications/MSM_96_8/antenal_care_meeting_report.pdf revisado el 30 de enero de 2006.
- World Health Organization y UNICEF, 2004, "Low Birth Weight: Country, Regional and Global Estimates" en http://www.who.int/reproductivehealth/publications/low_birthweight/ revisado el 30 de enero de 2006.
- Yoshihama, M. y Sorenson SB., 1994, "Physical, sexual, and emocional abuse by male intimates: experiences of women in Japan" en *Violence and Victims*, núm. 9, pp. 63-77.
- Zarza, María y María Froján, junio 2005, "Estudio de la violencia doméstica en una muestra de mujeres latinas residentes en Estados Unidos", *Anales de psicología*, vol. 21, núm. 001, pp. 18-26

Zola, I. K., 1972, "Medicine as institution of social control", *Sociology Review*, vol. 20, pp. 487-504.

Zola, I. K., 1983, *Socio-Medical Inquiries*, Philadelphia: Temple Univ. Press. 349 pp.

ANEXOS

Anexo i. El instrumento de trabajo

GUÍA DE LA ENTREVISTA

Presentación

Buenos días/tardes/noches. Mi nombre es Isabel Ceballos, soy estudiante de Doctorado en El Colegio de la Frontera Norte. Estoy realizando mi tesis de doctora sobre los cuidados prenatales durante el embarazo. Para ello, me gustaría mucho que me ayudaras participando en una entrevista que te quitará aproximadamente una hora de tiempo. ¿Estás de acuerdo? Gracias. Te haré algunas preguntas que espero las puedas contestar. Sin embargo, mi intención no es incomodarte, por ello te digo que tienes toda la libertad de responder o no a las preguntas, así como terminar la entrevista cuando así lo desees, ¿está bien? Además, algo muy importante que debes saber, todo lo que me digas será confidencial. La entrevista será grabada para ahorrar tiempo.

Fecha de la entrevista: _____
dd/mm/aa

Duración de la entrevista grabada: _____

TEMAS

A) DATOS GENERALES

El objetivo de esta sección es recabar las características sociodemográficas de cada mujer, para de esta manera, contar con una tipología que pueda servirme a comprender los demás temas de la entrevista.

1. Cuéntame un poquito sobre ti.
 - a) ¿Cuántos años tienes?
 - b) ¿De dónde eres originaria?
 - c) ¿Eres soltera?
 - d) ¿Hasta que año estudiaste?

B) SOCIALIZACIÓN

- a) ¿Me podrías platicar cuánto tiempo llevas viviendo en la ciudad?
- b) (Indagar el motivo por el cuál migró)
- c) ¿Te gusta vivir en Tijuana? (por qué) ¿Qué te gusta? ¿Qué no te gusta?
- d) ¿Tienes familia? ¿Cuántos son de familia? ¿Dónde viven? ¿A qué se dedican?

Ahora vamos a hacer un poquito de memoria ¿está bien?

- e) Quisiera que me contaras cómo fue tu niñez/adolescencia.
- f) ¿De qué te acuerdas más?
- g) Oye, y de tus padres, ¿qué me puedes platicar?
- h) ¿Me podrías platicar cómo eran tus papás contigo? (Estar atenta en caso de que se presente algún comentario de cualquier tipo de violencia)

- i) ¿Tu mamá platicaba contigo? ¿Acostumbraban ella y tú platicar sobre lo que te sucedía, lo que pensabas, sobre tus sentimientos, en fin, de tus cosas, o bien sobre las de ella? (Indagar si existía confianza)
- j) ¿En quién confiabas más?
- k) Me podrías platicar un poco sobre la relación entre tus padres, es decir, ¿recuerdas cómo se llevaban ellos? (Aquí se puede encontrar alguna señal de violencia)
- l) Oye, y ¿tu papá le ayudaba a tu mamá a hacer labores domésticas?
- m) Recuerdas si tu papá hacía cosas que a tu mamá le molestaran. ¿Cómo cuáles? ¿Cómo reaccionaba tu mamá? Es decir, ¿le decía algo?
- n) Y ahora al revés, ¿tu mamá hacía cosas que a tu papá le molestaran? ¿Cómo cuáles? ¿Cómo reaccionaba tu papá? Es decir, ¿le decía algo? (Identificar la presencia de violencia en el hogar).
- o) ¿Cómo era la relación con tus hermanos hombres? (En caso de no tener, preguntar por primos, tíos o por algún pariente hombre que no sea el padre).

C) RELACIONES DE PAREJA

Ahora quisiera que me platicaras sobre tu última pareja/padre de tu último hijo (en dado caso que haya tenido más relaciones, preguntar por ellas), sé que es un tema privado pero es importante para propósitos del estudio.

- a) ¿Has tenido más de una pareja?
- b) Me podrías decir ¿cómo lo conociste?
- c) ¿Qué te gustó de él?
- d) ¿Le agradó a tus padres/familia?
- e) ¿Cuándo decidieron vivir juntos?
- f) ¿Te casaste con él?
- g) ¿A qué se dedicaba?
- h) ¿Cómo era contigo cuando todavía no vivían juntos?
- i) Notaste algún cambio en él cuando comenzaron a vivir juntos, o se comportó siempre igual desde el noviazgo ¿Me podrías contar algunos ejemplos/situaciones/experiencias?
- j) ¿Tu pareja tomaba alcohol? ¿Cada cuánto lo hacía? Y ¿consumía drogas?
- k) Cuando estabas con tu pareja, ¿trabajabas? ¿Qué pensaba él de esto? ¿Qué hacías con tu dinero?
- l) ¿Quién decidía sobre los gastos del hogar?
- m) ¿Te daba dinero para tus gastos personales?
- n) Si querías salir a ver a tus papás/amigas/familiares, ¿cómo lo tomaba él?
- o) ¿Cómo te trataba en la intimidad? ¿Era cariñoso contigo o indiferente (frío)?
- p) ¿Alguna vez te forzó a hacer algo que tú no quisieras? (En caso de ser afirmativo, indagar que fue lo que pasó) En caso de tratarse de violencia sexual, indagar si le platicó a alguien lo sucedido y si ocurrió en más de una ocasión.
- q) Cuando comenzaste a subir de peso por el embarazo y a ponerte “gordita”, ¿tu pareja te llegó a decir algo que no te gustara?

(NOTA: REALIZAR LAS MISMAS PREGUNTAS PARA LAS PAREJAS ANTERIORES)

D) HISTORIA DE EMBARAZOS

El objetivo de esta sección es conocer aspectos relacionados con la fecundidad de las mujeres, esto es, la paridad, abortos, mortinatos. Algunos aspectos pueden resultar delicados y sensibles a la entrevistada, por ello se recomienda tener el mejor de los tratos.

- a) ¿Tienes hijos? ¿Cuántos son? ¿Cómo se llaman y cuántos años tienen?
- b) ¿Cuántos años tenías cuando tuviste a tu primer hijo?
- c) Me podrías decir si habías estado embarazada antes (NOMBRE DEL PRIMER HIJO) Si la respuesta es afirmativa preguntar ¿Qué pasó con ese embarazo? (preguntar cómo se sintió y si ya lo superó. También indagar si su pareja la apoyó o cuál fue el papel del padre de ese bebé).
- d) ¿Qué sentiste cuando te enteraste de que estabas embarazada de (comenzar por el último hijo y así preguntar por los anteriores)?
- e) ¿Cómo lo tomó el papá del niño (de los niños)?
- f) ¿A qué te dedicabas cuando esto sucedió? (Indagar si la entrevistada dejó de realizar dicha actividad como consecuencia del embarazo).
- g) ¿Qué consecuencias tuvo en tu vida tus/este embarazo (s)?
- h) Si pudieras regresar el tiempo, ¿te hubieras embarazado? Me podrías decir ¿por qué? (Indagar el deseo de tener más hijos/pareja)

E) ATENCIÓN MATERNO-INFANTIL: CUIDADOS PRENATALES

Esta sección me permitirá conocer aspectos relacionados con los cuidados prenatales así como en la salud de la mujer durante su estado de embarazo.

Hasta aquí ¿cómo has sentido la entrevista? ¿Todo bien? Ahora quisiera que me platicaras algunos aspectos relacionados a tu (s) embarazo (s).

- a) Pláticame por favor, ¿cómo te sentiste durante tu embarazo? (Comenzar por el último).
- b) ¿Tuviste molestias? ¿En qué consistieron? (indagar sobre sangrado vaginal, hinchazón de piernas y/o cara, dolor de cabeza, visión borrosa, contracciones antes de tiempo, azúcar en la sangre, ruptura de la fuente antes de tiempo, presión alta, etc.).
- c) ¿Cómo se portó el papá de tu hijo contigo durante el embarazo?
- d) ¿Mostró interés en tu salud y la del bebé en el embarazo?
- e) ¿Sentiste algún cambio en el papá del niño cuando supo que estabas embarazada? (Indagar en qué consistieron dichos cambios).
- f) Muy bien, ahora quisiera que me contaras ¿qué cuidados tuviste en tu embarazo? ¿en qué consistió tu dieta? es decir, si comías algo especial o, por el contrario, si dejaste de comer algunos alimentos. Cuéntame, ¿qué comías en el desayuno/comida/cena? ¿Consumiste vitaminas, calcio, ácido fólico, hierro?
- g) ¿Hacías algún tipo de ejercicio?
- h) ¿Qué cosas dejaste de hacer de tus actividades diarias?
- i) ¿Esto hizo que cambiara tu vida de alguna manera? ¿Por qué?
- j) ¿Recuerdas cuánto pesabas antes de embarazarte y cuánto peso ganaste en el embarazo?
- k) ¿Qué hacías cuando, por ejemplo, tenías dolor de cabeza, gripa o tos?
- l) ¿Quién te daba consejos sobre la forma de llevar tu embarazo?
- m) (IMPORTANTE) Si no menciona a un médico, indagar el por qué.

- n) Mencionaste que un médico te dio consejos, me puedes comentar entonces si ¿asististe a algún centro de salud para tus revisiones?
- o) Después de que supiste que estabas embarazada, ¿cuánto tiempo (semanas/meses) tardaste para ir a tu consulta médica?
- p) ¿A los cuántos semanas/meses de embarazo fuiste por primera vez a tu consulta médica?
- q) Y, ¿cuántas revisiones tuviste en total?
- r) ¿Podrías describirme un día que hayas ido a tu control médico prenatal?
- s) Normalmente, ¿de qué consistieron las revisiones?
- t) ¿El doctor te hizo recomendaciones? ¿En qué consistieron? ¿Las llevaste acabo?
- u) Me podrías decir, ¿quién te acompañaba a tus revisiones? (Si el padre del hijo no lo hacía, indagar el por qué y como se sentía por ello).
- v) ¿Ese parto fue normal o por cesárea? ¿Cuál fue el motivo por el que se practicó la cesárea? ¿Desde cuándo se tomó esa decisión?
- w) ¿Te quedaron algunas secuelas (molestias, incomodidades) en cuestión de salud después del embarazo?
- x) Ahora, quisiera que me platicaras sobre tu hijo. ¿Recuerdas cuántas semanas duró tu embarazo? (si no sabe las semanas, insista en meses).
- y) ¿Me podrías decir cuánto peso el bebé? ¿Recuerdas cuál fue su talla?
- z) Despuécito que nació tu hijo, ¿te lo dieron enseguida? O ¿tuvo que quedarse algún tiempo en la incubadora o en el hospital? ¿Por qué?

F) APOYO DE LA FAMILIA/AMIGOS

Muy bien, ahora quisiera que me comentaras sobre las personas que de alguna manera estuvieron apoyándote en el embarazo.

- a) ¿Me podrías platicar sobre qué papel jugó tu mamá y/o suegra mientras estabas embarazada?
- b) ¿Te apoyaron con los quehaceres de la casa, te daban consejos? ¿Qué otras cosas hacían por ti?
- c) ¿Quién más te ofreció ayuda? ¿En qué consistió dicha ayuda?
- d) El papá del bebé ¿qué opinaba sobre esto? ¿Le parecía que alguien más se involucrara en el embarazo? ¿Qué te decía?

Bueno (Nombre de la mujer), hemos terminado. Muchas gracias por tu tiempo y cooperación ☺

GUÍA DE ENTREVISTA PARA LA HERMANA JULIA

Presentación

Buenos días/tardes/noches Hermana. Como es ya de su conocimiento, estoy realizando mi tesis doctoral en El Colegio de la Frontera Norte la cual consiste en los cuidados prenatales de las mujeres que durante su embarazo fueron víctimas de cualquier tipo de violencia doméstica. Para efectos de seguir desarrollando mi tesis, hemos considerado realizarle a Usted una entrevista debido a que es la persona encargada de este lugar que es de gran ayuda para muchas mujeres y sus hijos. La entrevista nos llevará aproximadamente una hora.

1. Hablemos del “Albergue Hogar X”.
 - ¿quién lo fundó?
 - ¿por qué se fundó?
 - ¿cuándo se fundó?
 - ¿cuáles son los objetivos que persigue?
 - ¿existe algún patronato que lo apoye o bien un consejo directivo?
 - ¿cómo se eligen los miembros del consejo o patronato?
 - ¿desde cuándo está Usted a cargo del Albergue?
 - ¿cuántas hermanas más participan en la administración del mismo?
 - ¿cómo sufragan los gastos del Albergue? (servicios: agua, luz, teléfono; así como comida, medicinas, visitas al doctor, material de la escuela de los niños, uniformes, etc.).
2. ¿Cómo fue que Usted llegó a ser directora de este albergue?
3. ¿Le gusta estar dirigiendo este tipo de albergue o bien preferiría hacer otra cosa o dirigir otro tipo de organización?
4. Me podría platicar ¿qué tipo de mujeres (o con qué características) son las que reciben en el Albergue? (nota para mí: debido que hay quienes llegan no necesariamente por violencia doméstica).
5. ¿Cómo es que llegan a este lugar?
6. ¿Me podría platicar qué instancias intervienen?
7. ¿Cuál es el procedimiento que se sigue?
8. ¿Cómo se decide la temporalidad de una persona dentro del Albergue? Es decir, ¿cuándo puede dársele de alta?
9. ¿Cómo están organizadas las mujeres dentro del albergue? Indagar sobre,
 - Organización en llevar a los niños a la escuela. ¿Por qué los niños de kinder van en la mañana y los de primaria en la tarde?
 - Distribución de los dormitorios.

- La cocina, las guarderías, el bazar, quién lleva los niños a la escuela.
- ¿Quién asigna estas actividades?
- ¿Cada cuánto se rotan a las mujeres en dichas actividades?

10. ¿Cuál es la capacidad del Albergue?

11. La función de Ustedes, Hermana, ¿en qué consiste? Preguntar sobre,

- Cuestiones de gestión.
- Las mujeres que llegan embarazadas, ¿cómo se les apoya? Idas al doctor, qué hospital, ¿quién está al pendiente de sus vitaminas? Etc.
- La búsqueda de ayuda psicológica tanto para mujeres como para los niños.
Si la hay,
 - a) ¿quién la imparte?
 - b) ¿con qué frecuencia?
 - c) ¿existe un seguimiento?

12. Hermana ¿qué otro tipo de apoyo existe para las muchachas? Indagar sobre,

- Guarderías para las que ya salieron del Albergue.
- Si viene alguien a darles pláticas de motivación a las chicas.
- Escuela para adultos (debido a que noté que la mayoría de las muchachas no terminó o estudió hasta la primaria).
- Carreras técnicas.
- Ayudarlas a buscar trabajo.
- Algún taller de costura o de otra manualidad.

TODAS LAS OPCIONES ANTERIORES CON EL OBJETIVO DE SABER QUÉ HACEN LAS MAMÁS CUANDO SUS HIJOS ESTÁN EN LA ESCUELA, O LAS MENORES DE EDAD EMBARAZADAS O CON NIÑOS QUE NO VAN A LA ESCUELA. APROVECHAMIENTO DEL TIEMPO.

13. Hermana, sé que es psicóloga, ¿le ha servido su carrera en el trato con estas mujeres? ¿Me puede dar un ejemplo?

14. La mujer que sale del Albergue, es decir, la que ya fue dada de alta, ¿está preparada para afrontar su situación de mamá sola? ¿Sabe casos de reincidencia?

15. ¿Qué otras actividades realiza Usted, Hermana, para beneficio del Albergue?

Muchas gracias por su tiempo ☺

Anexo iii. Descripción del albergue “Hogar X”

El lugar donde se realizó el trabajo de campo para esta investigación fue el Albergue “Hogar X”, ubicado en esta ciudad. El domicilio del mismo permanece anónimo para la seguridad de quienes lo habitan. A raíz de la entrevista realizada a la Directora del “Hogar” (pues lo prefiere llamar así que Albergue), Hermana Julia Rosas¹ el 21 de febrero de 2009 se pueden describir el origen, objetivos y funcionamiento del mismo.

El origen de la estructura del Hogar data del año de 1920 en la ciudad de Guadalajara, Jalisco con la Hermana Rita (Madre fundadora) quien en ese tiempo era voluntaria en el Hospital Civil y en la Cruz Roja. A estos consultorios llegaban mujeres que eran abandonadas en las calles por la vergüenza de haber “salido embarazadas”, pues en esos años era un escándalo tener relaciones antes del matrimonio y mucho más estar embarazada sin estar casada. Asimismo, ayudaba a las mujeres dedicadas a la prostitución que querían cambiar su estilo de vida al convertirse en madres. Así, recogía a estas personas y las remitía con las Madres del Refugio. Es así como surge la primera casa-hogar bajo el concepto de ayuda a madres solteras.

Hoy en día existen doce casas distribuidas en la República Mexicana. En Tijuana, el Hogar se fundó en el año de 1990 en la colonia Libertad siguiendo el concepto de brindar ayuda a la madre soltera. Después de la Libertad se trasladaron a la Zona Norte; sin embargo, esa casa se les fue pedida y consiguieron la casa donde actualmente residen desde el año 2003 (en ese tiempo contaban con 20 niños y 30 mujeres. Hasta el día de la entrevista eran 68 personas en total, siendo la capacidad de ochenta). Cabe mencionar que la casa pertenece al arzobispado. La Hermana Julia llegó hace ocho años a Tijuana y junto con la Directora de aquel entonces (Hermana Estela) notaron que en el Hogar había pocas mamás solas y que llegaban muchachas con tres, cinco y hasta seis niños, pidiéndoles un lugar donde pudieran estar debido a que huían por problemas de violencia doméstica, mismas que tenían que rechazar por no ser ése el objetivo primordial de todas las Casas. Así que se vieron en la imperiosa necesidad de abrir las puertas a estas mujeres, convirtiéndose así en un refugio para las mismas y sus hijos. En la actualidad, la mayor parte de las mujeres en la Casa han sido víctimas de violencia doméstica.

¹ Se ha cambiado el nombre para respetar el anonimato de la persona.

En este sentido, el objetivo primordial del Hogar es apoyar la defensa de la vida y la dignidad de la mujer. El Hogar está a cargo de tres religiosas: la Hermana Julia como Directora del mismo desde hace tres años (cada tres o cuatro años se hace el cambio de Directora, nombrado desde la Casa General en Guadalajara), la Hermana Patty² y la Hermana Paola³, quienes están encargadas de la disciplina del Hogar y del bazar, respectivamente.

En lo referente a la manera de sufragar los gastos del Hogar, tanto de bienes (comida, pañales, artículos de higiene, material escolar, medicinas, ropa, etc.) como de servicios (agua, luz, teléfono y gas) no existe ningún patronato o consejo directivo que lo apoye. La ayuda proviene de gente generosa que apoya en especie y de los ingresos provenientes del bazar que se instala todos los días fuera del mismo Hogar. Una de las funciones de la Directora del Hogar es la búsqueda y gestión de recursos. Así, el gasto por el servicio del agua es condonado por el gobierno. Además, el gobierno mismo ha otorgado becas para la educación de los niños. Asimismo, tiendas como COSTCO brinda en especie artículos dos veces por semana, así como el Centro de Atención a la Niñez y un grupo de personas procedentes de Santa Anna, California quien cada dos meses hace visitas al lugar. Sin embargo, la situación económica por la que atraviesan varias empresas ha afectado también esta búsqueda de recursos pues como lo expresa la Hermana Julia: “Algunas empresas ahorita han quebrado y ya nos retiraron todo lo que era pañales, la leche nos retiraron”.

De igual forma, por cuestiones relacionadas con la aduana mexicana y con la inseguridad, la Directora de la Casa tendrá que hacer bazares en “el otro lado” puesto que: “Como no nos dejan pasar ya muchas cosas para acá o las personas tienen miedo de venir, entonces ya les dije que allá hiciéramos un bazar”.

Procedimiento y Temporalidad

Como ya se mencionó, las mujeres que llegan a este lugar tienen como característica principal que son mamás solteras, o mujeres que son víctimas de violencia doméstica en sus vertientes de abuso sexual, maltrato físico y psicológico; no obstante, las puertas están

² Se ha cambiado el nombre para respetar el anonimato de la persona.

³ Se ha cambiado el nombre para respetar el anonimato de la persona.

abiertas inclusive a mujeres migrantes. Ahora bien, existen diversas maneras por medio de las cuales las mujeres llegan a este lugar. La mayoría son canalizadas por el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), la Unidad de Violencia Doméstica, la Procuraduría de la Defensa del Menor así como por sacerdotes, amistades o por mujeres que con anterioridad estuvieron en el Hogar, es decir, que “pasaron la voz”. No obstante, por razones de cupo y de seguridad para las madres y sus hijos, es preferible que sea por medio de una instancia aunque se recibe a cualquier mujer que lo necesite.

La temporalidad de una mujer en la Casa es variada, dependiendo de la situación por la cual esté atravesando, así se tiene que cada una de ellas representa historias y situaciones diferentes. Por ejemplo, para las menores de edad que no tengan familiares que se puedan hacer cargo de ellas (y muchas veces de sus bebés, puesto que están embarazadas) permanecen en el Hogar hasta que alcancen la mayoría de edad. Algunas que ya son mayores de edad permanecen en el Hogar mientras encuentran un trabajo, rentan un cuarto o se estabilizan emocionalmente, lo que puede llegar a ocurrir en un periodo de tres a seis meses o el tiempo que ellas necesiten. Sin embargo, es la mujer (mayor de edad) quien decide su estancia en la Casa al sentirse preparada para salir. La función de la Directora es aconsejar e inclusive detener, por medio de juegos y estrategias, a todas aquellas que ya quieren salir y que ella considera no están listas para tal fin. No obstante, si la persona aún así quiere irse, se va.

Ahora bien, existen los permisos para ausentarse solamente por unas horas, como por ejemplo, permisos para ir al parque a distraer a los niños, solamente a mayores de edad. Las menores de edad no pueden salir solas porque la Directora es responsable de lo que les pudiera pasar. De cualquier modo, habrá algunas mamás mayores de edad que no tienen el permiso de salir solas porque, como lo expresa la Hermana Julia, “se les ve que quieren salir corriendo a buscar a sus parejas” y por seguridad de los niños y de ellas mismas, es preferible que no salgan.

Organización del Hogar

En el Hogar, como en cualquier hogar, las personas que lo habitan llevan a cabo diversas funciones y actividades; en este caso, les son asignadas por las encargadas del mismo. Desde cuál será su dormitorio hasta los quehaceres de la cocina y la limpieza. Los cuartos son designados tomando en cuenta la edad de las mujeres. Las mayores de edad están

ubicadas en un área (con sus hijos) y las menores de edad en otra así como los hijos adolescentes en un cuarto independiente. El propósito de esta división es para seguridad de las menores de edad, debido a que, en la mayoría de los casos, están embarazadas o con bebés recién nacidos. Por lo tanto, es necesario estar las 24 horas al pendiente de ellas para que se tomen sus pastillas (vitaminas, ácido fólico) así como para que no se les vayan a ahogar sus bebés al darles de comer.

En cuanto a las actividades de la cocina, guardería (aquellos niños que aún no van al jardín de niños), guardería maternal (bebés), limpieza, etcétera, las mujeres las realizan atendiendo a una planeación quincenal. Además, las Hermanas han tenido que llevar a cabo estrategias para la optimización del tiempo del lugar. Una de estas estrategias está relacionada con el horario escolar de los niños. Así, mientras los pequeños van al jardín de niños en la mañana, los de la primaria y secundaria (de esta última, solo una niña) lo hacen por la tarde. Esto tiene distintos propósitos. El primero es que, al ser solamente tres las encargadas de llevar y traer a los niños, es mucho más fácil transportar menor número de niños por su propia seguridad. Además, que todos los niños llevan a la escuela sus almuerzos/comidas y el tiempo se optimiza más si éstos se hacen por turnos.

Apoyo psicológico

Además de ser recibidas en el Hogar, para “protegerse” de quien las violenta, a las mujeres ahí se les brinda ayuda psicológica la que es impartida por pasantes de psicólogos de la Universidad Autónoma de Baja California (UABC); sin embargo, si alguna de las muchachas necesita de una ayuda más profesional, se le remite al DIF o a la Procuraduría donde son atendidas. Asimismo, reciben terapia grupal por parte de un equipo de profesionistas entre los que destacan un biólogo, una física y una psicóloga.

Es importante mencionar que la Directora de este lugar también es psicóloga, así que es ella, en primera instancia, quien trata a las mujeres, pues cuando van llegando, llegan en tal condición que lo primero que se debe hacer es una intervención de crisis. De esta manera, se convierte en un actor más para beneficio de las afectadas y para la Casa misma.

Apoyo a las mujeres embarazadas

Una gran parte de las muchachas que viven en el Hogar llegan a él embarazadas, lo que implica observar su embarazo inmediatamente, para lo cual se les lleva al Centro de Salud, muchas veces a comenzar su revisión prenatal y con el Seguro Popular el parto no tiene ningún costo. Sin embargo, en muchas ocasiones existe la necesidad de gastar en ultrasonidos urgentes pues la chica llega al refugio con los nueve meses de embarazo a una semana para aliviarse.

Como la mayoría de las mujeres embarazadas llegan con antecedentes de violencia, la labor de las Hermanas con ellas es cerciorarse de que se cuiden, tomen sus vitaminas, ácido fólico, etcétera debido a que existe la posibilidad de que no acepten sus embarazos y no quieran tener a sus hijos: “Aunque no la quieran [la vitamina] se las damos. ‘Por tu seguridad, por el bien tuyo y de tu bebé. Si no lo quieres, pues déjalo nacer y después veremos’” (Hermana Julia).

En este sentido, a pesar de que la mayoría de las muchachas piensan dar en adopción a sus bebés, cambian de opinión al final del embarazo. Como lo expresa la Hermana Julia: “Una vez sintiéndose apoyadas, que ven que pueden salir adelante, que pueden trabajar y valerse por sí mismas, pues, aceptan al bebé”.

Otros apoyos

Cada quince días al Hogar viene, desde Los Ángeles, CA una señora que les imparte “Escuela para Padres”, sirviendo también de testimonio al haber sido ella víctima de violencia doméstica, así, las muchachas pueden darse cuenta que sí se puede salir de este círculo. De igual forma, se les dan talleres de autoestima, manualidades y costura. Por su parte, El Consejo Nacional de Educación Profesional Técnica (El Conalep) las ha apoyado con un taller de nutrición y otro de administración.

Las instalaciones del Hogar han servido, en los últimos siete años, como centro del Instituto Nacional para la Educación de los Adultos (INEA) para aquellas personas que no sepan leer ni escribir. Sin embargo, el proyecto está detenido desde hace cinco meses debido a que quien lo asesoraba era la misma Hermana Julia cuando no era Directora. Ahora que lo es, no tiene suficiente tiempo para ello; sin embargo, tiene planes de volverlo a reactivar.

También se les brinda ayuda a las madres que ya salieron del Hogar, debido a que la mayoría siguen viviendo en la misma colonia. El apoyo consiste en recibir a sus hijos en la guardería. Los dejan muy temprano por la mañana, cuando se van al trabajo y regresan por ellos ya en la tarde-noche cuando salen del mismo. En este periodo de tiempo, las Hermanas se encargan de llevarlos y recogerlos de la escuela y de darles de comer. Asimismo, si la madre necesita de un doctor, de medicinas, pañales, algo de despensa o simplemente para platicar, son ayudadas, pero como lo dice la Hermana Julia: “Claro, tampoco no dárselo todo, pero sí que ellas valoren y ellas valoran mucho. Valoran estar aquí y valoran estar allá (refiriéndose a su nueva casa). Tienen que cuidar su dinero. Tampoco que se les haga tan fácil juntarse con otra persona porque pueden reiniciar otra vez el círculo”.

Puede presentarse la oportunidad de conseguir trabajo para las mujeres del Hogar; sin embargo, solamente son casos especiales, pues su autoestima es tan baja que no son aceptadas debido a que es tanta su carga emocional que no se desempeñan bien. Hay otras a las que no se les tiene la suficiente confianza para recomendarlas. A otras se les da la opción de que salgan a buscar el trabajo. Si la persona es menor de edad, se les ubica en algún trabajo cerca del Hogar para poder ser constantemente revisadas y, a las mayores de edad, con la única condición que el trabajo sea de día con llegada más tardar a las siete de la noche.

Finalmente, todas las personas que residen en el Hogar cuentan con el valioso apoyo de estar vigilado por las patrullas de la Unidad de Violencia (puesto que la mayoría de las chicas son canalizadas por esta Unidad) o, en su caso, estar con la disposición de acudir al lugar cuando sea necesario.