



Colombia Médica

ISSN: 0120-8322

colombiamedica@correounivalle.edu.co

Universidad del Valle

Colombia

Romero, María Nubia; Díaz, Martha Cecilia
La maternidad como conflicto. Una expresión de inequidad social y de género
Colombia Médica, vol. 32, núm. 1, 2001, pp. 25-31
Universidad del Valle
Cali, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28332106>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

La maternidad como conflicto: una expresión de inequidad social y de género**María Nubia Romero, Enf., M.S.P.¹, Martha Cecilia Díaz, Trab. Soc.²****RESUMEN**

Investigación cualitativa de tipo descriptivo-interpretativo abordada con un marco de diseño desde las orientaciones de la teoría fundada, a partir de la comparación constante de la información obtenida de 11 entrevistas semiestructuradas, aplicadas a mujeres gestantes de escasos recursos económicos, pertenecientes a zonas urbanas y rurales e internadas en el Hospital San Rafael de Tunja. El objetivo central se orientó a indagar acerca de las condiciones de vida de las mujeres gestantes con riesgo materno, de manera que se visibilizaran las inequidades de género en que se encuentran frente a la sociedad y la familia. Transcritas las entrevistas, codificadas y extraídas las categorías, previo tamizaje y combinación de éstas, se construyó la categoría central definida como maternidad como conflicto en un contexto socioeconómico, cultural e ideológico en el que estas mujeres gestantes viven. Esta categoría está relacionada con otras subcategorías definidas como maternidad violentada, reprochada, luchada, en el contexto de unas relaciones de poder masculino expresadas en una díada de dominación y marginación.

Palabras claves: Riesgo materno. Determinantes sociales. Inequidad de género. Maternidad violentada.

La inquietud por el alto número de casos de mujeres gestantes con riesgo materno internadas en el Hospital San Rafael de Tunja (HSRT), motivó la realización de esta investigación de tipo descriptivo-interpretativo y guiada metodológicamente por la teoría fundada. Fue objetivo del trabajo de investigación indagar acerca de las condiciones de vida de las mujeres gestantes con riesgo materno, de manera que se permitiera visualizar las inequidades de género en que la maternidad se encuentra frente a la sociedad y la familia. A la luz de esta intención se entrevistaron 11 mujeres gestantes hospitalizadas, 5 provenientes del sector rural y 6 de sectores urbanos pobres y medios.

Las integrantes son amas de casas, cumpliendo con la tarea central de procrear, pero además asumen solas la tarea de mayor trascendencia social, cual es la de “maternar”. Esta tarea no sólo implica el cuidado de la salud y la alimentación del hijo/a, sino que debe cumplir con la responsabilidad social y cultural que la historia le

ha otorgado de convertir a ese hijo o hija en un ser autónomo, mediante la educación y la transmisión de los valores sociales y culturales de la sociedad. Esta responsabilidad la ha tratado de asumirla en la soledad absoluta, pues ni el Estado ni el cónyuge ofrecen las mínimas garantías para hacer de la procreación un acto más allá de lo meramente biológico. La maternidad es la trascendencia humana de la vida procreada, por tal razón se requiere de reconceptualizaciones sobre ella y de acciones conjuntas que cambien su sentido y razón de ser.

En el trabajo se presenta una amplia descripción interpretativa de los hallazgos y se contrastan rápidamente con las teorías planteadas por Sau¹, Badinter² y Breilh³ entre otros, quienes trabajan el sentido de la maternidad en el contexto histórico y cultural y las relaciones de género que se manifiestan en este proceso.

Como hallazgo central se describe la característica predominante que envuelve a las mujeres gestantes en una *maternidad como conflicto*, por las

múltiples expresiones de inequidad social en que viven, reforzadas por unas relaciones de género patriarcales donde el reproche a la gestación, la violencia contra la mujer, la dominación y la marginación hacen parte de su cotidianidad. Una de las campesinas gestantes resume en una frase este sentido de inequidad: “Ellos se sienten libres y uno es el culpable de todas maneras”. Esta frase expresa las dos miradas que socialmente se tienen frente a la maternidad: él, a quien se le libera de su responsabilidad, y la mujer, que carga la culpa de engendrar. Las presiones económicas, las condiciones precarias de atención prenatal, la pobreza, el no éxito total del método de planificación familiar, el desgaste físico y los sentimientos de frustración del núcleo familiar los asume la mujer en un acto de reproche a su maternidad; ella sabe que debe cuidar esa nueva vida, que tiene que garantizarle alimento, vestido y crianza, además de reproducir ideológicamente los valores culturales que la rodean. Sau¹ plantea que desde el momento en que la mujer queda relegada a un segundo plano y la *maternidad* pasa a ser “función del

1. Profesora Titular, Directora Instituto de Investigaciones y Formación Avanzada, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, Tunja.

2. Profesora, Colegio Departamental de Funza, Cundinamarca.

padre”, en el sentido de que él decide por ella en todos los aspectos de su vida, ella ya no podrá decidir por sí misma, otro es el que decide: *“La maternidad quedó arrumbada, secuestrada en el espacio de lo biofisiológico, y es desde ese estadio que hay que desobstaculizar el proceso trascendente a otros planos superiores de orden simbólico y cultural.”*

La violencia contra las mujeres en familias pobres, social y económicamente, como estas campesinas o mujeres gestantes urbanas, se presenta con mayor intensidad y daño físico y psíquico, en el interior de su relación matrimonial, reforzada por fuertes lazos religiosos que sostienen unas relaciones de poder masculinas, de dominación y explotación femenina. A pesar de todo son mujeres fuertes físicamente por el trabajo intenso que realizan en la vida doméstica, agraria y en trabajos mal remunerados y logran sobrevivir; pero los golpes y las ofensas terminan socavando la autonomía y el sentido de respeto y dignidad de la mujer gestante, porque no ha tenido otra alternativa que la aprendida en la familia y la interacción social. Puleo⁴ afirma que *“todo sistema patriarcal se basa en la coerción y en el consentimiento”*. En las sociedades de mayor violencia patriarcal se ejerce un estado de aceptación por el efecto de la socialización; además esta violencia se da porque en el mercado laboral las leyes de la división sexual del trabajo se mantienen y es la mujer la que aparece en condiciones de subordinación y alfabetismo.

MATERIAL Y MÉTODOS

El diseño cualitativo alumbró el desarrollo de la presente investigación, acompañado metodológicamente por la teoría fundada⁵. El análisis descriptivo-interpretativo al que

se llegó en esta primera etapa del desarrollo de la teoría fundada, se adelantó con base en las 11 entrevistas realizadas a mujeres gestantes, a finales de 1998 y comienzos de 1999, con diagnósticos médicos de hipertensión arterial grave, preeclampsia, amenaza de parto prematuro y ruptura de membranas. Estas gestantes pertenecen a estratos socioeconómicos bajos y medios del área rural y urbana de Tunja y otros municipios aledaños a esta capital del departamento de Boyacá. Las edades encontradas oscilaron entre 16 y 44 años, con una a nueve gestaciones. En promedio, las mujeres campesinas tienen 5 hijos/as y las urbanas 1.5. Todas las gestantes se percibían a sí mismas con problemas de salud y todas manifestaron tener una relación vigente de pareja.

Para lograr la información se utilizó en primer lugar el contacto con la enfermera jefe de la Sala de Maternas del HSRT para indicar las historias clínicas de las mujeres gestantes que estaban hospitalizadas con diagnósticos de alto riesgo materno. Del número total de mujeres entrevistadas se elaboraron códigos *in vivo*, que interpretados se convirtieron en la unidad analítica del estudio. Esta codificación indujo la construcción de categorías que se relacionaron entre sí. El análisis e interpretación se hizo de los textos recogidos de las entrevistas semiestructuradas, en las que se recogió la experiencia de vida en sus condiciones sociales y económicas y sus relaciones de género establecidas en la vida familiar. Aquí se retoma el punto de vista de las mujeres, expresado con sus propias palabras.

Es importante aclarar que después de haber considerado que se había alcanzado la saturación no se realizaron más entrevistas para refinar y verificar las categorías encontradas. Con el ánimo de organizar y mantener

en reserva la identidad de las mujeres entrevistadas, se les asignó un código numérico. Para garantizar el buen desarrollo de cada entrevista se buscó la autorización de ellas, tras previa explicación del objetivo del estudio y el aporte que ellas podrían hacer para mejorar el conocimiento sobre sus vidas y los problemas gestacionales. Se garantizaron anonimato y privacidad de la información. Las grabaciones fueron autorizadas por ellas y se dio libertad para responder o abstenerse de hacerlo cuando lo consideraran pertinente.

RESULTADOS

El problema de un número grande de gestantes con alto riesgo se mantiene a pesar de las políticas y programas de ampliación de cobertura y asistencia a la mujer gestante en todo el espectro de la edad fértil, y se mantiene porque tiene que ver con las condiciones de vida e inequidad de género, que impactan de forma desfavorable su condición biológica y psíquica. Las condiciones económicas en que se gesta y desarrolla la maternidad como un hecho social e histórico son altamente precarias, pues la pobreza prolongada que acompaña a estas mujeres no es sólo en sus períodos gestacionales sino a lo largo de toda la vida, y se entrelazan con la burda inequidad de género que todo lo impregna, que todo lo moldea, que se expresa cotidianamente en las cosas grandes o pequeñas, en las palabras y los hechos, en los símbolos y las señales, en las relaciones de pareja. Condiciones de inequidad que son ignoradas y subsumidas por el pensamiento médico predominante y, por ende, no tienen ningún valor en la definición de la conducta terapéutica para la mujer.

La maternidad se sigue concibiendo y atendiendo como un proce-

so biológico que se desarrolla como función solitaria connatural a la condición femenina de la mujer, al punto de que ésta *es mujer en la medida en que es madre*. El trastorno biológico es sobredimensionado en la atención médica, velando los dispositivos sociales, económicos, culturales y de relaciones de género. La maternidad, para estas mujeres, no representa la dignificación social de sus condiciones de vida que la sociedad debería brindarles por su función histórica; no es un estado de felicidad plena, de máximo placer, de embellecimiento físico, de autorrealización y satisfacción, no es la expresión de reconocimiento a su dedicación y entrega que socialmente se ha prometido, en términos de equidad e igualdad. En nuestra investigación, la maternidad se revela como una situación contradictoria entre sentimientos y condiciones materiales.

De estas mujeres unas han puesto su razón de ser en la maternidad; según el estereotipo recibido, ha sido la máxima expresión de amor, de estima, de autorrealización; y para otras, la maternidad es una expresión de abnegación y resignación hacia la vida que les ha tocado asumir, no por gusto sino por obligación o necesidad de protección. En la relación de pareja de estas últimas, especialmente, no hay pasión; su sexualidad está negada, así que la maternidad se les vuelve la empresa más compleja por los sentimientos duales que genera: satisfacción y frustración.

Por otra parte, la accesibilidad y los cuidados que son recibidos por las gestantes en riesgo materno en el nivel preventivo no están acordes con los planes y programas impulsados y desarrollados por los organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Ministerio de Salud de Co-

lombia y las secretarías departamentales y municipales de salud, pues en ellos ya se define la necesidad de trabajar con perspectiva de género, y los organismos encargados de operativizar estas políticas no lo hacen aún.

En consecuencia, la *maternidad como conflicto* se describió como categoría central del estudio, porque expresa las contradicciones entre lo deseado y lo negado, entre lo esperado y lo hallado, entre lo prometido y lo negado. Este conflicto se describe a través de las subcategorías planteadas como *maternidad reprochada, violentada y luchada* por las relaciones de poder que genera la autoridad masculina en las relaciones intergeneracionales. Este autoritarismo se expresa en comportamientos patriarcales de sujeción de la mujer por el hombre en el terreno de la sexualidad y la reproducción; en la carencia afectiva, en la exposición a sobrecargas de trabajo doméstico combinado por trabajo mal remunerado y en desgaste emocional que realizan las mujeres de manera permanente por reforzar el ego masculino.

“Ellos se sienten libres y uno es el culpable de todas maneras”. La maternidad reprochada se expresa en relación con la gestación, con la planificación o con la culpa, y se caracteriza porque el poder marital endilga culpas a la mujer por su nueva gestación, por no asumir la planificación familiar, o por no tener un método ciento por ciento confiable, provocando en ella sentimientos de auto-culpa.

Para el hombre patriarcal la actitud sumisa de las mujeres ante la vida y la maternidad no le es significativa; no le basta, pues la mayoría de las veces la respuesta inicial del hombre a una nueva gestación es de reproche contra la mujer. “Cuando yo le dije a mi marido, él se puso de mal genio, dijo que yo no me cuidaba.” Las mujeres

no tienen capacidad para decidir sobre su propio cuerpo, su sexualidad, su capacidad para procrear y la posibilidad de maternar o no. Este hombre patriarcal parece manejar una doble moral frente a sus impulsos sexuales, pues en principio rechaza la intención procreativa y se queda con el placer sexual y le endilga a la mujer la culpa. Ella debe aceptar con resignación la nueva gestación, pues sus principios religiosos no le permiten pensar en ninguna salida diferente a afrontar la llegada de un nuevo ser a su vida, con todas las precariedades ya conocidas.

Se encuentra aquí que toda la responsabilidad del cuidado de sí misma y de evitar los hijos recae sobre la mujer, para bien o para mal; el cónyuge sólo asume el papel de censor o enjuiciador de los actos femeninos. El proceso gestacional y la maternidad se convierten en una tarea solitaria para la mujer, donde la primera palabra no es de gratificación y acompañamiento sino de reproche, de negación.

El conflicto de género en torno a la planificación familiar se centra fundamentalmente en ¿quién usa los anticonceptivos? la mujer; ¿cuáles son los métodos de mayor difusión? pastillas y dispositivos; ¿quién es el sujeto responsable? la mujer; ¿quién es el sujeto educativo? la mujer; y ¿quién tiene capacidad de discrepar sobre el uso? el hombre. Estas confrontaciones se dan en el contexto machista de los hogares pobres y marginados y en aquellos de otros sectores sociales donde la relación de pareja es desigual, producto de conductas o rezagos patriarcales.

A pesar de todos los conflictos de género, prejuicios y tabúes que aún mantienen las mujeres y hombres del campo y de sectores pobres urbanos sobre la conducta reproductiva y los métodos de planificación familiar, ellas

siguen asumiendo la responsabilidad de disminuir la fecundidad después del tercer o cuarto hijo o en el caso que el médico lo aconseje por razones de salud de la mujer; otras se automedican poniendo en riesgo sus vidas, con la esperanza de romper la cadena de transmisión intergeneracional de la pobreza. “Sí, planificaba con pastillas, llevaba 11 años, no lo hablé con mi esposo, o sea, yo soy muy penosa para explicarle esas cosas a él”. Los prejuicios y tabúes sobre la sexualidad aún son barreras de comunicación entre parejas en matrimonio, siempre callan, no hay manera de abordar el tema y se sigue por el camino más fácil: la mujer responde.

Y de la responsabilidad materna a la culpa sólo hay un paso, y en este aspecto se coincide con Badinter² cuando afirma que “en este sentido Rosseau alcanzó un logro muy importante; la culpabilidad ganó el corazón de las mujeres.” Resulta cómodo para el cónyuge endilgar culpas a la esposa y él liberarse de esas cargas; la mujer en su estructura psíquica alberga culturalmente con más facilidad estos sentimientos que los pone en el mismo plano de la responsabilidad gestacional, por eso los asume como ciertos y en silencio.

La culpa se convierte en un sentimiento presente que no abandona a la mujer, se internaliza tanto que se autoculpa por expresar afecto, por sentir, por naufragar en el sentimiento, por no poner barreras a su naturaleza de mujer. Veamos el caso de una mujer urbana que se culpa por haber sentido amor y haber engendrado los hijos que tiene; ella afirma: “yo debía haber pensado, no haber pensado en el sentimiento... Me culpo de haber tenido esos niños (llora) porque digo yo, yo me puse a tener esos niños y no pensé en el futuro de ellos... digo pues ¿por qué yo les di ese futuro a

estos niños?... ¿Por qué ellos tienen que sufrir todo esto, entonces yo me culpo por todo eso”. Son múltiples las causas de la culpa: el amor, los hijos, el presente, el futuro, las carencias, el sufrimiento, la gestación, la no capacidad predictiva y otros tantos. Todo recae sobre ella y no necesita que otro, o su compañero, se lo señale; ella lo asume como parte de su función maternal.

Del fruto no deseado. La violencia conyugal emerge como expresión de las relaciones de género autoritarias y patriarcales del hombre frente a las mujeres y aunque esté penalizada la violencia contra las mujeres y la violación, ellas están impedidas para hacer una defensa real ante su condición. Estas formas de violencia se expresan desde agresiones verbales que la degradan y humillan, pasando por golpes contundentes y con armas blancas, hasta la violación conyugal donde se impone el impulso sexual masculino a la gratificación consentida. La gestación y la maternidad violentada carecen de afecto, de ternura, de apoyo, de equidad, de deseo y de condiciones de bienestar, y están sobrecargadas de subordinación, de trabajo doméstico y laboral, de angustia y agotamiento. El fruto de esta maternidad es producto de la obligación y no de la “alegría” o el resultado de una inercia conyugal.

La carencia afectiva es quizá el mayor sentimiento aflorado en las mujeres del estudio. Ellas refieren “De ese hombre no conocí un tinto hecho por él”. Aunado a esta carencia aparece el golpe que destroza, lacera, humilla, y la abnegación con que se recibe. El sufrimiento con que soporitan la violencia, con sevicia en ocasiones “una vez me puso la cara negra, todo esto (se toca la frente) me dio un golpe muy duro, me ha pegado por las piernas, por los brazos, en todo el cuerpo”, hace parte de otras

características como la humillación y el desprecio que sienten; las cicatrices físicas de la violencia que observan en sus cuerpos y la degradación del sentido de mujer por las ofensas verbales de que son objeto, se infieren de los textos repetidos por las mujeres gestantes.

En esta situación, como en muchas otras, las mujeres se sienten impotentes, miedosas y acobardadas para asumir respuestas libertarias, por las múltiples formas de chantaje masculino que el hombre les imputa. No tienen con quien compartir sus temores en confianza, pues sus madres les enseñan a soportar, los padres las intimidan y las amigas refuerzan sus temores porque muchas de ellas están en su misma situación; ellas refieren una gran necesidad de ser escuchadas por sus cónyuges sobre sus angustias, necesidades y expectativas, pero encuentran el golpe o la indiferencia como instrumentos de dominación, doblegación y degradación.

Estas mujeres, víctimas de la violencia conyugal en períodos gestacionales, han permanecido con una relación violenta por largos años, manteniendo un vínculo de pareja bajo una estructura patriarcal, donde las relaciones de poder son inequitativas y tanto la mujer como los hijos son propiedad privada y de “uso” exclusivo del patriarca, en este caso el padre o esposo. Aquí se habla no de rezagos patriarcales sino de una estructura ideológica muy arraigada en la conciencia de estos grupos sociales. Aquí el lema de “lo personal es político” permite entender al patriarcado como “una política de dominación presente en los actos aparentemente más privados y personales.”⁴ Los valores socioculturales que sostienen el matrimonio están enraizados en principios religiosos judeocristianos, soporte del patriarcalismo, donde “la mujer se debe al marido hasta

que la muerte los separe”; los problemas económicos y el “respaldo” social que brinda la presencia paterna en la casa para la mujer son premisas que le impiden, en muchas ocasiones, romper con esa relación violenta. *“Él era muy destrozón conmigo... me golpeaba terrible... Se iba para la finca, se estaba un mes y volvía y me daba mi muenda y se iba, eso llegaba un día y al otro se iba...”* Esta mujer soportó por más de 12 años la violencia sistemática, porque paría sólo hijas; él, obsesionado por el hijo varón, no soportaba la idea de “perder” el apellido y la imagen masculina de virilidad.

El cuadro emocional que emerge de las entrevistas con las mujeres gestantes es uno en el que prevalece la disminución del autoconcepto, la pérdida de autoestima y una gran ausencia de autonomía. Este cuadro acompaña la morbilidad materna y no es referido en ninguna historia clínica de las mujeres entrevistadas; en ellas sólo hay síntomas y signos físicos de las manifestaciones de alto riesgo materno; por ninguna parte aparece que esta mujer ha sido violentada física o psíquicamente en algún momento de su gestación, o que se encuentra en estados depresivos, o que manifiesta ansiedad y angustia por su entorno familiar o social.

Después de tanto resistir, algunas mujeres se “defienden” con agresiones al marido o a los hijos. Esta vida familiar se convierte en círculo vicioso y comportamientos socializantes para sus hijos/as, *“Yo golpeé a mis hijos y... yo decía: ¿por qué no están con su papá... por qué yo tengo que andar siempre con ustedes?”* El más fuerte tiende a dominar al más débil y a repetir la historia de maltrato y dominación, pero la mujer no siempre pierde el horizonte cuando castiga a sus hijos/as, algunas sienten remordimiento por los castigos infligidos, sienten que su corazón se les destro-

za, *“eso parecía que el mundo se me acababa”*, quizás recuerdan sus propios dolores, pero por necesidad, tradición o impulso, siempre hay reacciones de castigo hacia los hijos/as. A una agresión se contesta con otra agresión y la espiral crece y rebota entre la familia y la sociedad en general, consolidándose como un patrón de relación natural especialmente en grupos familiares donde se profundiza la crisis económica y, por ende, la de las relaciones de pareja.

Mantener una relación de pareja donde la única forma de comunicación es el golpe, el maltrato y la humillación es una obstinación aberrante o una sumisión total al patriarcado. Las mujeres dicen no haber encontrado causas suficientes para recibir castigos, como si racionalmente pudiera existir algún motivo o razón para que el cónyuge, el ser que supuestamente ama, golpee, escupa, vocifere y atente contra la vida de la mujer: *“Yo no le llegué a tener razón para que me pegara, eso llegaba y era terrible”*. Cuando la mujer ha sido maltratada durante épocas, parece que pierde toda posibilidad de decidir romper la cadena de sumisiones y abnegaciones que la mantienen atada. La tendencia cultural es buscar justificar al agresor a través de las faltas posibles que la mujer haya cometido; ella se esfuerza todo el tiempo para no dar motivos, esto implica robarse a sí misma, ocultarse a sí misma, controlarse todo el tiempo para “no provocar”, desgastarse emocionalmente.

Socialmente el hombre, la religión y los patrones culturales han sometido a la mujer, silenciándola en sus emociones, sus deseos y pensamientos a tal punto que ella vive en una encrucijada sin saber qué hacer o no hacer, pensar o no pensar, decir o no decir algo que motive la conducta violenta del cónyuge, vive siempre

sobre el filo de una “razón” o “motivo” para que le causen maltrato físico y/o psíquico. Ferreira⁶ afirma que *“estas actitudes erróneas llevan a justificar y a otorgarle un carácter natural a la violencia, disculpable debido a que la víctima ‘algo tuvo que ver’ en el asunto;” “...me decía groserías muy feas”*. La violencia verbal denigra del ser humano en su integridad biopsicosocial. Estas mujeres violentadas subsisten gracias a las posibles reservas culturales, sociales y personales que han manejado como defensa para su sobrevivencia. La Organización de las Naciones Unidas ha sostenido que la violencia contra las mujeres es el crimen encubierto que más se da en el mundo. Y es que no basta una muerte física; la “muerte” psíquica se acompaña de profundos comportamientos sumisos ante quien ejerce el poder y la autoridad, en este caso el cónyuge, y le impide psíquicamente levantarse contra él para defender su dignidad de mujer, como sujeto social altamente productivo⁷.

La humillación es un cuadro que caracteriza a estas mujeres como una consecuencia de las relaciones sociales de género que se han establecido en el interior de sus familias, caracterizadas por la violencia, el reproche y el desgaste emocional. Este cuadro está lleno de sentimiento de inferioridad: *“yo me acomplejo mucho”*; de infelicidad: *“no tengo recuerdos de felicidad”*; de desesperanza: *“me siento mal... porque ya las cosas con él no funcionan”*; cansancio emocional, donde la depresión y la tristeza agobian profundamente a las mujeres: *“me siento cansada, yo siento que ya no doy más, que no puedo más... que todo se desplomó, cómo hago para levantarme”*. Para una gestante que dará una nueva vida no es nada grato poner esta frase en sus labios. Ella no ha podido vivir con alegría, afecto, reconocimiento y se

encuentra deprimida por los sucesos que le han acontecido. Ni el médico, ni la enfermera, ni ningún otro trabajador del hospital conocen sus tristezas y angustias mientras está internada.

El no sentirse querida, indispensable y necesitada, la lleva a sentirse sin valor. Estas mujeres se tornan desesperanzadas porque la vida no les funciona como ellas quieren, sus continuos fracasos ya las hacen sentir mal y desfallecidas; su autoestima y energía vital están en peligro. Además de este desgaste emocional, se sienten usadas sexualmente: *“cada que estamos íntimamente, no sé, es como sólo placer, sólo sexo, ya no es amor”*. Ni sus relaciones sexuales son satisfactorias para ella; la incomunicación en este campo lleva a que la mujer no apruebe el placer como un elemento de goce en su vida sexual, porque se siente usada y no consentida. Su vida sexual se convierte en un acto obligatorio producto de un contrato matrimonial y unos principios religiosos que guían la conducta de estas mujeres y hombres.

El sentimiento de desamparo aparece, ella no puede dar tregua, debe sobreponerse a pesar de sus escasas fuerzas físicas y psíquicas porque la tarea histórica y la responsabilidad social que le han endilgado en la formación de los hijos e hijas tiene que sacarla adelante. *“Se va él y yo estoy preocupada... porque yo no estudié, yo no tengo cómo darles a ellos”*. Ella no se piensa a sí misma lejos de su marido, pues el matrimonio ha sido culturalmente su principal respaldo social como mujer, así se convierte en eje de su vida y como no ha estado capacitada para pensar por sí misma como mujer, capaz de existir sin la protección de un hombre, sin la dependencia económica y sin la dependencia del maltrato, se siente des-

perada, desvanecida, sin fuerzas, pero aunque viva en un infierno, no soporta la idea de retirarse de él. El corazón de todas estas mujeres, en sus relaciones intergenéricas de familias, está dominado por el miedo y la culpa y no por la ternura y la comprensión. Las carencias sistemáticas y hereditarias en el terreno de la igualdad y equidad se concretan en pobreza prolongada, llevando a la mujer a un estado depresivo en el que sus ilusiones se quiebran: *“yo hubiera querido tener un hogar feliz, sí, tener algo que yo no tuve”*.

Las relaciones inequitativas de poder alrededor de la maternidad emergieron de manera contundente en este estudio, como sustrato del proceso conflictivo en que se desenvuelve la maternidad de las mujeres pobres del campo y de la ciudad. Estas relaciones explican la conducta patriarcal del poder masculino sobre la mujer que generan miedo, incomunicación, culpa, subordinación, humillación, desgaste emocional y desprecio, como se ha expresado en la descripción de las anteriores categorías. Se trata de una tríada de poderes de autoridades masculinas que se concretan en el que otorga (Dios), el que decide (médico) y el que autoriza (esposo). Las miradas del médico, del cónyuge y de la religión sobre la maternidad siguen siendo biofisiológicas, centradas en lo observado e inferido de la teoría, de la cultura y la ideología, más no en la comunicación, en la escucha de la otra. Sus miradas continúan teniendo el peso de la autoridad masculina, fruto de esa relación saber-poder que se establece con el “otro”, que en este caso es mujer, “carente de conocimientos”, de “autoridad” y “de condición”; así, continúa minimizado el espacio para una buena comunicación, donde se exploren no sólo las condiciones físicas de la gestación sino las de orden

cultural, afectivo, económico y social que rodean a la maternidad. *“El médico nunca me preguntó si comía salado”*, el médico tiene poder sobre el cuerpo de la gestante. El marido sobre la sexualidad *“Él no piensa en hacerlo sentir a uno bien o algo... es como si fuera sólo sexo”* y Dios, mediatizado por el sacerdote, sobre el alma *“cuando tomo una decisión pues por mandato de Dios sujeta a mi esposo”*. Ellos deciden cuál es la enfermedad, cuál su esencia y qué pasa si trasgrede la autoridad masculina, ellos no necesitan de ninguna interpretación femenina. La fuerza de su autoridad está en la palabra y en las actitudes silenciadoras: *“él no es una persona consciente... por cualquier cosita él se va molestando y discutiendo y ellos se sienten muy machitos y son así, y no les da pesar de nada”*. Así emergen las relaciones sociales de género que las gestantes manifiestan.

A pesar de todos los conflictos que se generan alrededor de la maternidad, la valentía de las mujeres también se expresa con nitidez en lo que denominamos *maternidad luchada*. Ésta recoge el sentido de fortaleza y de arrojo que las madres asumen en su soledad, por la supervivencia de su nuevo hijo o hija, sobreponiéndose a la pobreza, el trabajo forzado, el maltrato y la violación, a la degradación, a las carencias afectivas, a la escasa accesibilidad a la prestación de servicios de salud, a sus prejuicios cristianos y, en la mayoría de los casos, a la falta de apoyos estatales y conyugales para sobrellevar la nueva gestación. Estas manifestaciones se expresan así: *“mis embarazos anteriores fueron normales a pesar de lo mal que me trataba”*. *“Él era muy tremendo, me pegaba; en los últimos meses no tuve problemas de salud, no se aceleraba el parto, ya después sí”*. Biológica y psíquicamente estas mujeres son fuertes porque aunque se presenta

una respuesta uterina de alto riesgo, ellas protegen su hijo/a con fuerza afectiva para no perderlo, así sea una gestación no deseada o que les produzca angustias económicas. Presentan amenazas prematuras de parto o amenazas de aborto durante su gestación, pero a pesar de la opresión y el desgaste tanto emocional como físico llega a “buen término” el nacimiento de su hijo/a. Ninguna gestante refirió pérdida de un hijo por violencia conyugal, pero esto no excluye su existencia.

Todas estas características se resumen en la condición de pobreza prolongada o persistente de largo plazo, especialmente en las mujeres que realizan trabajos con baja o ninguna remuneración. Esta exclusión social que afecta directamente a la mujer gestante pobre, constituye tanto una violación a la dignidad humana como una amenaza a su vida misma, al nuevo ser y al sentido trascendente de la maternidad. A pesar de estos “procesos destructivos” que llegan a constituir un riesgo, como lo define Breilh³ y que en muchos casos esta nueva gestación no fue deseada, ya por violación, ya por problemas económicos o porque no estaba en sus planes, las mujeres cumplen cabalmente, según sus propios recursos, con garantizar-

le afecto, ternura y condiciones mínimas de subsistencia al nuevo ser. En términos generales es una misión solitaria, imbuida de una gran desigualdad en la distribución de tareas, que ellas, con su escasa preparación, pero con gran arrojo, sacan adelante.

SUMMARY

Qualitative investigation of descriptive-interpretative type, approached with orientations of the founded theory, starting from the constant comparison of the information of 11 semistructured interviews applied to pregnant women of scarce resources, belonging to urban and rural areas, and interned in Hospital San Rafael in Tunja, Colombia. The central objective was guided to investigate about the life conditions of the pregnant women with maternal risk, so that gender inequities, they have to face in the family and the society, could be visualized. Once the interviews were transcribed, and categories coded and extracted, previous sifted and combination of these, the defined central category was conformed and defined as maternity like conflict, in a socio-economical, cultural and ideological context in which these pregnant

women live. This category is related to other subcategories defined as forced, reproached and fought maternity, in an atmosphere of masculine power relationships, expressed in a yoke of dominance and marginality.

Key words: Maternal risk. Social determinants. Gender inequity. Forced maternity.

REFERENCIAS

1. Sau V. *El vacío de la maternidad. Madre no hay más que ninguna*. Barcelona: Editorial Icaria, 1995. P. 14.
2. Badinter E. *¿Existe el instinto maternal? Historia del amor maternal siglos XVII-XX*. Barcelona: Editorial Paidós, 1991. P. 195.
3. Breilh J, Betancourt O, Costales P, et al. *Mujer, trabajo y salud*. Quito: Ediciones CEAS, 1994. Pp. 314-319.
4. Puleo AH. Patriarcado. *En 10 palabras clave sobre mujer*. Pamplona: Editorial Verbo Divino, 1995. P. 31.
5. Strauss A, Corbin J. Grounded theory methodology. An overview. En Douzen NK, Lincoln IS (ed.). *Handbook of qualitative research sage*. Newbury: 1994. P. 1967.
6. Ferreira G. *La mujer maltratada. Un estudio sobre las mujeres víctimas de la violencia doméstica*. Buenos Aires: Editorial Sudamérica, 1991. P. 78.
7. Campero-Cuenca. Educación y salud de la mujer: reflexiones desde una perspectiva de género. *Salud Pública México* 1996; 38: 27.