

EXPERIENCIAS Y NARRATIVAS DE MUJERES CON VIH, VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE PAREJA EN BOGOTÁ (COLOMBIA)

Leonardo Arévalo Mora¹

Resumen

Introducción: En el contexto de la violencia de pareja en VIH, se hace necesario el análisis del proceso psico-social que experimentan las mujeres víctimas de esta violencia, así como las características del comportamiento de las mujeres posterior a la agresión y la relación con el diagnóstico de VIH. El objetivo de este estudio fue identificar las características que componen la violencia de pareja en mujeres con VIH en un programa de atención integral en Bogotá (Colombia). **Materiales y métodos:** Se realizó un estudio cualitativo descriptivo exploratorio, centrado en las percepciones de mujeres que presentan VIH, y que habían sido víctimas de violencia de pareja tanto física como no física. Se realizaron entrevistas grupales con un número de 2 a 4 personas, participando un total de 12 mujeres. **Resultados:** En el análisis de contenido de las entrevistas surgieron ocho categorías de respuesta determinadas por un antes y un después del diagnóstico de infección por VIH, como fueron: opiniones de violencia de pareja, tipos de violencia sufridos, factores predisponentes, afrontamiento, consecuencias, relación con VIH, violencia desencadenada posterior a diagnóstico de VIH, impacto. **Conclusiones:** La violencia de pareja tiene múltiples causas culturales, sociales, personales y de relación; Si se pueden intervenir las variables personales, es posible romper el círculo de violencia establecido por relaciones de poder dispares que aún persisten en nuestra sociedad.

Palabras clave: *Violencia de pareja; violencia doméstica; VIH; Análisis Cualitativo; mujeres (MeSH-DeCS).*

¹ Médico Cirujano, especialista en Epidemiología, Magister en Salud Sexual y Reproductiva. Centro de Expertos para Atención Integral CEPAIN IPS. Bogotá, Colombia.

EXPERIENCES AND NARRATIVES OF HIV WOMEN, VICTIMS OF INTIMATE PARTNER VIOLENCE IN BOGOTA (COLOMBIA)

Abstract

Introduction: In the context of partner violence in HIV, it is necessary to analyze the psychosocial process experienced by women victims of this violence, as well as the characteristics of the behavior of women after aggression and the relationship with diagnosis of HIV. The objective of this study was to identify the characteristics that make up intimate partner violence in women with HIV in a program care in Bogotá (Colombia). **Materials and methods:** An exploratory qualitative descriptive study was conducted focusing on the perceptions of women with HIV, who had been victims of both physical and non-physical partner violence. Group interviews were conducted with a number of 2 to 4 people, with a total of 12 women participating. **Results:** In the content analysis of the interviews, eight response categories were came up, determined by a before and after the diagnosis of HIV infection, such as: opinions of partner violence, types of violence suffered, predisposing factors, methods of dealing, consequences, relationship with HIV, violence triggered after HIV diagnosis, impact. **Conclusion:** Intimate partner violence has multiple causes such as cultural, social, personal, and relationship factors; if personal variables can be intervened, it is possible to break the circle of violence established by disparate power relations that still persist in our society. The accompaniment that we can give as health personnel is essential to guide and give tools to women and empower them when they are victims of violence.

Key words: *Intimate partner violence; domestic violence; HIV infections; Qualitative Analysis; women (MeSH-DeCS).*

Introducción

La violencia y la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) son dos problemas complejos en salud pública que afectan la vida de millones de mujeres. Desde hace dos décadas, se ha estudiado la posible relación existente entre estos aspectos (1), encontrando una alta prevalencia de violencia en mujeres en relación con VIH (2-7). Esta relación genera repercusiones sociales y graves consecuencias para la salud y bienestar de la mujer, sin permitir un adecuado desarrollo del enfoque de género (8). Esta situación conduce a la disminución en el estado de la salud re-

lacionada con el VIH, encontrando asociación con el fracaso virológico, menor recuento de células CD4, mayor incidencia de infecciones oportunistas, marcado aumento de enfermedades episódicas, y mayor riesgo de mortalidad (9-11).

Globalmente, el fenómeno del aumento de la violencia de pareja en personas con diagnóstico de VIH ha sido ampliamente estudiado, registrando que mujeres con VIH reportan tasas más altas de violencia física, sexual y psicológica que la población general (12-14). Pantalone et al, describieron dentro de su revisión sistemática de 31 estudios, que la prevalencia de vio-

lencia física de pareja en las mujeres con VIH en Estados Unidos alcanzaba el 62%, 22% para violencia sexual, y 21-55% violencia psicológica (15). Cuatro estudios de África subsahariana realizados en Sudáfrica, Tanzania y Kenya demostraron que las mujeres seropositivas reportan más violencia de pareja en la vida comparada con mujeres VIH-negativas, con la mayor diferencia reportada en Tanzania (52 vs. 29%, respectivamente) (1). La revisión sistemática de Li y colaboradores de 28 estudios con 331.468 personas en 16 países en 2014, indicó una asociación estadísticamente significativa con la infección por VIH en mujeres y violencia de pareja [RR combinado (IC del 95%): 1,22 (1,01-1,46)].

Del mismo modo, los resultados de los estudios cruzados indicaron asociación significativamente estadística entre la infección por el VIH en mujeres y la combinación de violencia de pareja tipo físico y sexual [2,00 (1,24, 3,22) y con cualquier otro tipo de violencia [OR combinado (IC del 95%): 1,41 (1,16, 1,73)] (7). En otros estudios, se encontró que el haber comunicado la condición de VIH desencadenó violencia física para el 7,2% y violencia psicológica en el 26,5%. (16). Y en algunas investigaciones, la violencia de pareja contra la mujer se asociaba significativamente con un menor uso de antirretrovirales [OR 0,79, intervalo de confianza del 95% (IC del 95%) 0,64-0,97], con baja adherencia autocalificada por el paciente (OR 0,48; IC del 95%: 0,30-0,75) y menores probabilidades de supresión de la carga viral (OR 0,64, IC del 95%: 0,46-0,90) (17). La evidencia de varios estudios y revisiones muestra que un número sustancial de mujeres no revelan el estado de VIH a sus parejas por resultados negativos como la violencia, el abandono, la disolución de las relaciones, el estigma, la pérdida de hijos o la pérdida de su hogar (18, 19).

Para Colombia la Encuesta Nacional de Demografía y Salud de 2015 realizada a población general evidenció que el 31,9% habían sufrido agresiones físicas por su

compañero (20). En el año 2018 se realizaron 49.669 peritaciones en el contexto de violencia intrafamiliar, de los cuales el 86,08 % se practicaron a mujeres (21). En el contexto de la infección por VIH, la Fase 1 de esta investigación logró establecer que para una población de mujeres con VIH que eran atendidas en un programa especializado en la ciudad de Bogotá, el 33,6% IC 95% [27-40%] presentaron violencia de pareja de cualquier tipo, física o no física; solo violencia física el 21,9% IC 95% [16-27%], y violencia no física del 31,8% IC 95% [26-38%] (22).

Factores de riesgo como el desequilibrio de poder entre los géneros (23), el machismo (24), la estigmatización de la infección por el virus (25, 26), y la culpabilización que se presentan en la violencia contra la mujer en el contexto del VIH (27), puede conllevar a que la mujer víctima de violencia tenga una baja asistencia a los servicios de salud, y/o una mala adherencia a las recomendaciones médicas con una inadecuada toma del manejo antirretroviral (28, 29). Lo que implica una disminución del número de linfocitos CD4, y así un gran riesgo de aumentar la morbimortalidad de las pacientes en el síndrome de inmunodeficiencia humana (SIDA). Y es que la infección por VIH hace explícitos problemas psicosociales, al convertirse en un estado de prejuicio social estigmatizante y condenatorio en la población general (25, 26); y que a nivel personal se trata de responsabilizar al compañero o compañera sexual, así como culparse a sí mismo por la situación de la transmisión (30, 31).

Dada estas circunstancias, es innegable que en un programa especializado en Colombia que atienda personas con VIH presentará cualquiera de este tipo de escenarios en las mujeres diagnosticadas, siendo situaciones que afectarán su calidad de vida, la adherencia que pueda tener a los manejos necesarios y aumentarán más el estigma al considerar sean una causa de la infección en sus parejas, sea por manipulación-ocultamiento del comportamiento del hombre, o simple-

mente por maltrato por parte de sus parejas. En consecuencia, surge entonces, una necesidad de protección a todas estas personas, dados los diversos contextos que implican un prejuicio social y condenatorio hacia el VIH y que genera violencia de género, y violencias relacionadas con el diagnóstico (25-29).

El apoyo que se podrá brindar partirá de la base del conocimiento del fenómeno social en el país, que influenciada por el contexto político y social puede tener mayores manifestaciones en las mujeres con VIH. No se encontró información del país relacionada con las vivencias de pacientes, con lo cual este estudio puede facilitar información de las concepciones, percepciones y diferentes análisis que de éstos tienen las mujeres, por lo que será de vital importancia a partir del reconocimiento de sus experiencias y vivencias de su problemática.

El objetivo de este estudio fue identificar los factores que están relacionados con la violencia de pareja en mujeres con VIH en un programa de atención integral en Bogotá (Colombia), analizando el proceso psicosocial que experimentan las mujeres que son víctimas de violencia de pareja, así como las características del comportamiento de las mujeres posterior a los actos de violencia sufridos, y la relación que pueden tener con el diagnóstico de VIH.

Materiales y métodos

Esta investigación tuvo un enfoque general adaptado fenomenológico: se realizó un estudio cualitativo descriptivo exploratorio, centrado en las percepciones de mujeres que presentan VIH, y que habían sido víctimas de violencia de pareja tanto física (física y sexual) como no física (verbal, psicológica, y/o económica), descritas en un estudio analítico previo en el que se identificaron y caracterizaron los casos de violencia de pareja contra la mujer (22). En esta parte de la investigación se buscó, a partir de la experiencia, aprehender

sobre el fenómeno y su aclaración (32), ya que el ser víctima de violencia implica una asimetría social en las relaciones entre hombres y mujeres (33), el conocer el concepto de la mujer ante esta realidad, debe tener un relato exacto de lo que se experimenta para reconocer la vivencia en esta situación particular (34). Se utilizó el muestreo de caso crítico, el cual se edifica sobre la base de elegir una situación, fenómeno o realidad humana que permite ganar comprensión sobre una condición hipotética, en análisis por parte del investigador, pero sometida a juicio de un actor social (35). Se diseñó como técnica de recolección de información, las entrevistas de grupo, cuyo propósito principal fue que surgieran actitudes, sentimientos, creencias, experiencias y reacciones en las participantes mediante una entrevista grupal semiestructurada.

El estudio se desarrolló en la ciudad de Bogotá, en la institución prestadora de servicios de salud “Centro de Expertos para Atención Integral” (CEPAIN IPS) especializada en el abordaje y manejo integral de pacientes que viven con el virus de inmunodeficiencia humana, de localización predominantemente urbana, y con diferente nivel socioeconómico (bajo, medio y medio-alto). Estos pacientes están afiliados a una sola entidad administradora de planes de beneficios de salud (EAPB), que es una de las más grandes del país. Posterior a la realización de la fase 1 de la investigación (22), se realizó una invitación por medio de llamada telefónica a las mujeres que habían obtenido un resultado compatible de ser víctimas de algún tipo de violencia. La actividad se realizó en el auditorio de la IPS, con cuatro reuniones organizadas según la disponibilidad de las pacientes, quienes asistían una vez en el horario que más les convenía; fueron guiadas por el investigador principal, acompañado de las psicólogas, y trabajadoras sociales del programa interdisciplinario, que actuaron como observadoras. Sin embargo, el rol principal de las profesionales fue el de intervenir si alguna de las participantes presentase algún episodio de labilidad emocional importante debido a la recor-

dación y/o afrontación de haber sido víctima de violencia. Las participantes y el moderador se sentaron en círculo para facilitar el contacto visual y la interacción del grupo. Todas las sesiones eran registradas por medio de grabación, y por registro escrito de los aportes de las participantes.

En el primer momento de la sesión, se realizó una dinámica conocida como “presentación personal con insignias creativas” para que las mujeres no se identificaran con su nombre. Las participantes eran informadas acerca de que la conversación se daría con preguntas orientadoras, referentes a los objetivos propuestos; se desarrolló la técnica de recolección de información y al lograr la “saturación teórica” se dio por terminada la fase de recolección de información. Los datos fueron segmentados por grupo de informantes y temas; este proceso de generación de categorías fue principalmente abductivo, considerando categorías a priori construidas a la luz del marco referencial y, a la vez, un análisis inductivo a partir de las categorías que fueron emergiendo de las entrevistas (36). Los temas se identificaron a través de un proceso de comparación constante codificándose, recodificándose, e identificando patrones comunes y observando regularidades, convergencias y divergencias entre las perspectivas en torno a las categorías de análisis. Esto conformó el material de análisis que fue sometido a un estudio de contenido en la modalidad temática, en el cual se identificaron apreciaciones y nociones de las participantes, en apartados de texto, y se colocó en unidades comparables de categorización para análisis temático (37).

El análisis de los datos obtenidos se procesó bajo el software Atlas.ti (38); para garantizar la calidad de los resultados todas las entrevistas se grabaron y transcribieron literalmente por una persona externa; los análisis fueron discutidos con un analista externo, y por comparación, convergencia, o por consenso, se analizó la información obtenida. Los resultados se contrastaron con diferentes informantes, con distintas característi-

cas y con la bibliografía, lo cual confirió representatividad y heterogeneidad de las participantes que se tenían de una perspectiva específica. La presentación de los resultados está guiada por dos estructuras de la vivencia de situaciones de violencia con la pareja, y están divididas por el momento del diagnóstico de VIH en un antes y un después. Momento que marca las vidas de los pacientes hacia cambios en la vida para una adecuada adaptación a un diagnóstico estigmatizante, o para sufrir situaciones de negación, rabia, y/o tristeza. Bajo cada estructura, los resultados se presentan en torno a temas que surgieron del análisis. Los criterios que se utilizaron para garantizar la calidad científica del componente cualitativo fueron la credibilidad, la auditabilidad y la transferibilidad (39), consistencia lógica (40, 41).

El anteproyecto fue evaluado por el comité de ética de la Universidad del Rosario. Se siguieron las normas legales vigentes relacionadas con la investigación clínica y especialmente las siguientes: Resolución 8430 de 1993, Resolución 2378 de 2008 por la cual se adoptan las buenas prácticas clínicas en Colombia, Declaración de Helsinki (Octubre de 2008) y las pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos del Consejo de Organizaciones Internacionales de las ciencias médicas.

Se realizó una sesión de diligenciamiento de consentimiento informado, explicando los objetivos de la investigación, la naturaleza de las preguntas, el carácter confidencial de las mismas, los riesgos y las oportunidades de retiro del mismo. Como parte del procedimiento se sensibilizó a las participantes de la investigación, frente a lo que podría generar el tema en términos de susceptibilidad, emotividad o alguna otra reacción afectiva. Se dejó claro la libertad que tenían, de interrumpir la entrevista o no responder ciertas preguntas.

Para asegurar el rigor metodológico de la misma, se contó con la asesoría y acompañamiento de dos do-

centes tutoras. A todas las participantes se les ofreció el apoyo de asesores de salud y psicólogos, también se les proporcionó información en agencias de violencia intrafamiliar locales y organismos de apoyo contra el VIH (ICBF, Comisarías de familia, Policía, DABS, Fiscalía y un listado con nombres y números telefónicos de personas o sitios a los que se podía dirigir en un momento de emergencia). Se determinó que, en caso de detectar en las participantes riesgos de su estado con situaciones que colocasen en peligro su vida, se aplicaría el “Protocolo de valoración del riesgo de violencia mortal contra mujeres por parte de su pareja o expareja”. Si se detectaba que la participante corría un grave peligro y estaba en amenaza y riesgo su vida o la de sus hijos, se actuaría como Institución Prestadora de Salud responsable del cuidado de la paciente, en procura de protegerla a ella y su familia, y si era el caso denunciar para intervenir a nivel intrafamiliar con las instancias ya descritas como fiscalía o policía nacional. Sin embargo, no se presentó el caso y no hubo necesidad de acudir a dichas instancias. El material fue resguardado en archivos con codificación de claves que solo el investigador principal conoce, así mismo se archivaron en una unidad de disco duro sin acceso a internet, ni a sitios de almacenamiento en la web.

Resultados

La mayoría de las mujeres se encontraban entre los 43 y 65 años, procedían de Bogotá, y una pequeña proporción eran naturales de la costa Atlántica, se encontraban en niveles 2 a 4 de estrato socioeconómico, eran mujeres separadas y tres mujeres aún se encontraban en unión libre, dos mujeres eran viudas.

Luego de identificadas las mujeres, fueron contactadas telefónicamente por medio de la trabajadora social y la psicóloga del programa, se les invitó a participar en los grupos focales recordándoles que hacía parte de la continuación de la Fase I del estudio, de la cual ya habían diligenciado un cuestionario previo y en el

cual habían dado su consentimiento informado para su participación, se presentaron los objetivos de la investigación, se solicitó su aprobación para asistir a la actividad y se acordaron lugares y fechas para las entrevistas.

En total participaron 12 mujeres, las entrevistas tuvieron una duración entre 2 y 3 horas (Tabla 1), todos los nombres son ficticios para protección de la identidad de las pacientes.

Tabla 1. Características de participantes de componente cualitativo.

Participante	Edad	Estado civil	Nro. de Hijos	Ocupación
Ana	48	Casada	2	Cajera
Blanca	65	Viuda	2	Pensionada, vive en un ancianato
Claudia	55	Separada	4	Operaria
Diana	50	Separada	2	Auxiliar de enfermería
Felipa	47	Soltera	2	Enfermera
Gabriela	43	Separada	2	Vendedora
Ernestina	48	Viuda	2	Ingeniera industrial
Manuela	48	Casada	5	Hogar
Inés	56	Separada	4	Auxiliar servicios generales
Juana	43	Casada	3	Cajera-vendedora
Lilia	45	Separada	2	Consultora de seguridad en salud
Mónica	49	Separada	5	Auxiliar servicios generales

Dentro de las historias de vida de las participantes se ha tenido en cuenta su estado civil y su relación con el VIH. Esto debido a las consecuencias de morbilidad y mortalidad de la infección y las condiciones en las

participantes para presentar violencia de pareja (Figura 1). Se observó que solo algunas mujeres han perdido a su pareja a causa de infecciones oportunistas por VIH, y precisamente estas personas no han tenido pareja posteriormente. Se logró establecer que las mujeres separadas, lo son por motivos diferentes al diagnóstico de VIH y la mitad de las participantes no se encuentran en unión. Solo para algunas mujeres, se logró documentar que las parejas de quienes se creyó que transmitió el VIH ya habían fallecido para el momento de la investigación.

De las doce mujeres participantes para el momento de la entrevista, la mayoría no convivía con alguna persona, ni poseía relaciones sentimentales. Tres mujeres indicaron que no tenían relaciones desde el fallecimiento de sus parejas, dos de ellas refirieron que sus parejas fallecieron por causas diferentes a la patología infecciosa (comorbilidades propias de tercera edad, y asesinato por hurto). Las demás mujeres se encontraban separadas y todas refirieron que el motivo de la separación no se había dado por el diagnós-

tico de VIH. Tres mujeres indicaron que las personas que les habían transmitido el virus ya habían fallecido, dos de ellas se encontraban separadas al momento de su muerte por causas relacionadas con el Sida; solo cuatro mujeres narraron que se encontraban casadas o en unión libre.

En el análisis de contenido de las entrevistas surgieron las categorías de respuesta determinadas por un antes y un después del diagnóstico de infección por VIH.

Opinión sobre la violencia de pareja antes del diagnóstico de VIH

La mayoría de las mujeres reconocieron como un tipo de violencia específica la sufrida por la pareja con quien mantenían una relación, y consideraron que se trataba de una experiencia muy dolorosa que producía un gran golpe en la vida de las mujeres, ya que esta persona había sido escogida como compañero de vida y consideran debía proteger y cuidar a la mujer, y no maltratarla.

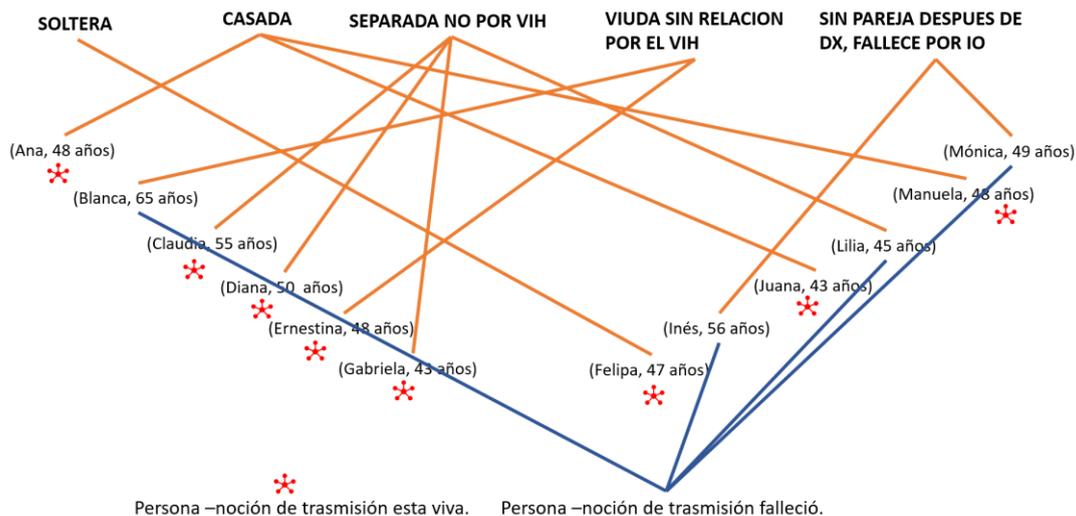


Figura 1. Perfil de participantes, Categorías de análisis.

Hay un reconocimiento de las diferentes manifestaciones de la violencia, predominando la violencia de tipo física con el uso de la fuerza, los golpes, o cualquier contacto físico brusco que afecta la estructura corporal de la mujer (empujar, sacudir, halar el cabello, etc.).

Se identificaron manifestaciones de violencia verbal atribuidas a expresiones orales de subvaloración, bajo reconocimiento a la autonomía y a la capacidad de la mujer de ser independiente, y a la escasa dignificación que se le da en cuanto a su papel o rol como madre, predominando dentro de los recursos las palabras soeces, de intimidación, y sometimiento:

“Bruta, bestia, no haga eso, usted no sirve para nada” (Claudia, 55 años).

Se otorga un amplio reconocimiento a la violencia verbal, la cual resulta hiriente. En sus definiciones impera el ejercicio de intimidación por parte del hombre. Algunas mujeres consideran que su impacto es mayor, ya que la humillación de la subvaloración no conlleva a una recuperación como lo tiene un golpe, sino que genera un menosprecio y subvaloración que afecta la dignidad y autoestima de la mujer:

“yo prefiero que me den un puño y no que me expresen así, o sea que me grite, para mí la verbal es mortal” (Gabriela, 43 años).

En menor medida se describe la violencia psicológica, que asocian a un discurso que conlleva a humillaciones, discriminación, subvaloración, y bajo reconocimiento de la mujer, como madre y pareja, afectando su estabilidad emocional:

“la autoestima se la quitan a uno terriblemente. Se supone que es el esposo, la pareja de uno y pues se supone que es el que tiene que protegerlo, cuidarlo, amarlo y le hace eso... entonces uno dice: ¿qué somos?” (Inés, 56 años).

Algunas mujeres relataron la manipulación ejercida por la pareja producto del ingreso económico que aportan al hogar o por la posición económica que ostenta el hombre y que conlleva a situaciones de menosprecio hacia la mujer o de coacción para crear una dependencia, con un deseo vehemente de demostrar superioridad en la generación de ingresos económicos, o la visión de que la mujer al no aportar económicamente se encuentra en una condición de inferioridad en relación con el hombre. Tales circunstancias generan amenaza permanente frente al no cubrimiento de sus necesidades básicas, ni la de sus hijos o incluso amenazas de desprotección y marginación del núcleo familiar:

“cuando lo someten a uno, o sea, lo chantajejan prácticamente a uno, que si no hace esto o hace lo otro, uno se aguanta toda esa cantidad de violencia cuando le van a dar para la comida o el mercado, para los chicos, para el vestuario, y la mujer se tiene que quedar ahí aguantando todo eso porque uno no tiene la comida para los hijos, o no trabajan, depende de esa persona” (Inés, 56 años).

En cuanto a la violencia sexual, se describe de una parte el acceso carnal, manteniendo relaciones sexuales por la fuerza, y de otra, la subvaloración de su rol de esposas o de parejas en un contexto donde son totalmente ignoradas:

“cuando uno tiene muchos problemas de pareja y no quiere estar con la pareja, puede no ser violación ni nada, sino el no querer estar con su esposo, su pareja, y que lo obliguen porque es una obligación y le toca a uno porque le toca, entonces se siente uno violada”. (Lilia, 45 años).

“no solamente que te obligan a hacer cosas que no quieras, sino que también cuando te igno-

ran, cuando no te quieren tocar, eso para mí es ese tipo de ataque de violencia, un rechazo” (Ernestina, 48 años).

Tipos de violencia padecidos antes del diagnóstico de VIH

Las mujeres que fueron entrevistadas habían padecido algún tipo de violencia antes del diagnóstico de VIH. En sus discursos describieron experiencias de violencia relacionadas con las parejas, a nivel físico, verbal, psicológico, económico, y/o sexual. Sus respuestas guardan relación con las categorías iniciales en cuanto al reconocimiento de los tipos de violencia, caracterizando con detalles los componentes de dicha violencia o ratificando las connotaciones de cómo habían sido percibidas.

Se encontraron manifestaciones principalmente de violencia física. La mayoría de las mujeres entrevistadas relataron situaciones que tuvieron diferentes detonantes, pero que terminaron en una imposición de fuerza de sus parejas, ya fuera por el uso de los golpes o por el padecimiento de ataques con objetos contundentes:

“me pegó, me tumbó la dentadura; me cogía a correa como una china chiquita” (Manuela, 48 años).

A medida que las mujeres identificaron vivencias similares a las padecidas por otras participantes, los relatos fueron más detallados y revelaron circunstancias extremas y graves en cuanto a cómo fueron agredidas:

“venía como tomado, más que tomado venía como drogado, me acuerdo es porque me dio un puño en la cara, volteé no sé si fue con el puño o con una mesita de noche que me golpeé y hasta ahí me acuerdo...mi madre me tocó que me recogiera de donde yo vivía y me llevó al hospital porque me golpeó tanto que me dejó

inconsciente; esa vez yo duré como una semana que no sabía quién era, o sea perdí el juicio; me golpeó y me rompió el tabique y cuando mi madre llegó, yo estaba bañada en sangre y votada, pero yo no conocía a nadie”.

Solo una mujer describió la violencia física ejercida por su pareja cuando ella se encontraba en estado de gestación, lo que le implicó la pérdida de su bebé:

“yo salí en embarazo y él me pegó y yo perdí el bebé...nos agarramos a pelear y me agarró a puños en el estómago y me empujó duro contra la cama y yo me caí y con esto le pegué a la cama, me fui para atrás y lo agarre a él y me lo traje así; y ahí peleamos un rato y después, al otro día, yo con ese dolor me acosté a dormir y todo el día con esa maluquera; al otro día me fui al médico y el doctor me mandó una ecografía y cuando llegué allá a la ecografía, noté que el bebé estaba ahí pero estaba muerto” (Juana, 43 años).

La siguiente forma de violencia fue la verbal, que se manifestaba en el uso de palabras vulgares y groserías, siendo una agresión que pasaba desapercibida, al no dejar marcas a la vista, y que se producía en el contexto íntimo del hogar, por lo que en su relacionamiento con el entorno, resultaba más llevadera y de difícil comunicación a otras personas para solicitar ayuda. El objetivo del victimario con este comportamiento hacia su pareja era la exigencia de subordinación:

“se perdía, regresaba y empezaba; creía que con los gritos tenía que obligar, y uno tenía que recibirlo y no hacer ninguna pregunta” (Ana, 48 años).

O generar un daño con palabras hirientes:

“la detesto....ojalá se muriera” (Ana, 48 años)
“me ofendía con palabras feas, me escupía palabras

horribles, me decía a usted no se la come ni el óxido, me decía feas palabras” (Manuela, 48 años).

Derivada de la violencia verbal surge la violencia psicológica, que fue descrita por agresiones verbales permanentes que conllevaban a una humillación intensa y continuada, a amenazas de violencia de diversa índole, de control, desaprobación, desprecio, y/o a la amenaza del abandono. Según lo describen las mujeres, se presentaba ya hasta en las vivencias de todos los días:

“y cuando tenía el periodo me apartaba cobijas; mi autoestima estaba ya baja y me tocó llegar hasta ir a un psicólogo, entonces vea que yo, yo al pie de él me sentía horrible, me sentía fea yo me miraba a un espejo y decía: yo si soy fea; pero yo me sentía fea porque él ya me había hecho sentir así” (Manuela, 48 años).

E incluso esta violencia conllevaba a limitar comportamientos que afectaban directamente a las mujeres con prohibiciones para trabajar o estudiar, y restricciones en sus proyectos de vida:

“Pero en opacarme sí lo hizo bastantes veces, hasta hace muy poquito tiempo quise estudiar y no me dejaba; cuando empecé, entonces era como a sentárseme encima, a no dejarme” (Diana, 50 años).

“decía cosas como: usted no sirve para nada, tiene que quedarse aquí, que tiene que estar con el niño, que por qué no había estudiado, que en mi casa me trataban mal que por eso yo me había ido con él, que me tenían como muchacha porque criaba a sus hijos y hermanos, y por eso era que querían deshacerse de mí, entonces que por eso fue que me recogió y él estaba conmigo” (Felipa, 47 años).

Algunas mujeres manifestaron en el discurso de víctimas de violencia de pareja, el maltrato económico.

En ese escenario la mayoría tenían al hombre bajo un rol de proveedor, quien controlaba los gastos, despilfarraba el dinero o no aportaba a los gastos del hogar. Este desequilibrio económico obligó a las mujeres a depender financieramente de sus parejas, lo que las hacía más vulnerables, coaccionándoles su autonomía, y/o generando dependencia y temor:

“me quitaba la plata, la escondía, le echaba llave. Se la llevaba...” (Juana, 43 años).

“me humillaba por lo que él me daba; me faltaba la comida, se iba por allá a jugar y se le olvidaba que yo comía” (Manuela, 48 años).

Aunque solo algunas mujeres describieron vivencias de violencia sexual, pocas narraron el acceso carnal violento ejercido por su pareja, las demás comentaban que sufrían de este tipo de violencia por tener relaciones sexuales con la pareja por su obligación marital con el riesgo de que si se negaban, eran acusadas de infidelidad:

“cuando yo no quería tener relaciones con él, él me obligaba. Él me violaba... así de sencillo” (Claudia, 55 años).

Factores predisponentes

No todas las mujeres identificaron factores predisponentes para los diversos tipos de violencia y de su intensidad, solo algunas de ellas identificaron alguna relación. Dentro de los factores más enunciados se destacó la infidelidad, pero no como el generador de las acciones violentas sino como una circunstancia concomitante a la disfunción familiar.

“la primera vez que me pegó fue porque yo iba pasando por un parque y lo vi con una mujer, entonces él me vio, y en vez de decirme discúlpeme o algo así, se me devolvió y fue a pegarme” (Ana, 48 años).

La reproducción de los ciclos de violencia de la familia, fue otro de los factores enunciados destacándose la presencia de comportamientos agresivos al interior de las familias donde había crecido la pareja:

“la mamá de él siempre me decía que era por violencia con el papá de él, por eso era que ella había dejado al papá de ellos, que no era que se fuera, imagínese que la hermana menor de ellos tenía como una semana de nacida cuando la señora se fue y los dejó, pero ella se los llevó a todos. Ellos pasaron muchas necesidades. Ellos se criaron como con la idea de que él era el que se había ido, pero en realidad se fue la señora con todos... el papá de él ha sido un hombre mujeriego empedernido, perro, ha tenido las 200 mujeres de la vida y la mamá de él se aguantaba, se las pasa por la cara y esa señora ahí muy sumisa; él quería que el hijo orgullosamente fuera igual que él, y él era igual que el papá...” (Juana, 43 años).

Las situaciones de violencia más graves se dieron cuando las mujeres reaccionaban con violencia, que fue en una mínima proporción de las mujeres participantes. Ellas manifestaban que el carácter agresivo de ambos podría llevar a situaciones mortales:

“y le dije: la segunda y la última vez que usted me vuelve a hacer esto, porque si usted no me mata yo a usted si lo voy a matar.....y él sabía que yo era explosiva” (Ana, 48 años).

“El problema es que yo también he sido un poco de mal genio, siempre he sido de mal genio; y entonces cualquier cosa que me dijera de pronto me daba mal genio, entonces no contestaba, me quedaba callada pues por evitar, y pues a él lo que le enfurecía era que no contestara, entonces ahí se formaba el lío” (Mónica, 49 años).

Los celos para algunas mujeres representaban la causa principal de los problemas como pareja, aunque el grado de celotipia descrito podía ser catalogado como patológico:

“...me echaba candado en la puerta” (Juana, 43 años).

“llegué como 15 minutos tarde del horario habitual de la tarde, entonces se formó el problema y dijo que yo estaba con el mozo” (Mónica, 49 años).

“era muy celoso. A veces no iba a trabajar y se metía debajo de la cama, a ver yo que hacía... por celos; igual uno no podía saludar a alguien, ya decía que era el mozo, que era una perra, una put*” (Inés, 56 años).

Solo algunas mujeres hicieron referencia al consumo de alcohol como potencializador de la violencia, describiendo que se trató de un factor que incrementó la agresividad hacia los distintos integrantes de la familia:

“Él no me hizo caso, regresó a los tres días, sin vergüenza, borracho; entonces el niño grandecito le dijo: “huy yo vi a mi papi con la jeta abierta en una tienda casando moscas”, así le dijo el niño porque era un niño pequeño que no sabía que estaba diciendo; él cogió con un cuchillo a matar al niño, se lo clavó, y al coger otra vez el cuchillo, se partió. El niño fue corriendo, el pequeñito, de un año y medio, y cogió un palo, y me lo pasó: “péguele, péguele”, entonces yo no quería que mis niños se afectaran... el pequeñito se metió entre la nevera, la niña cogió y se escondió detrás de la estufa, y el niño mayor se quedó debajo de la mesa. Yo tenía agua caliente porque estaba haciendo aseo y tenía agua caliente para hacer aseo, yo cogí la ollada de agua caliente, no la sentía del mismo

mal genio, no la sentía en mis manos, y le dije o usted se va o yo lo quemo, y él sabía que yo era explosiva, cuando él vio que yo tenía el agua así, él salió corriendo y se fue” (Ana, 48 años).

Una mujer describió que, uno de los factores que generaba violencia era la posibilidad de generación de ingresos económicos por parte de la mujer, y la decisión de qué tipo de gastos deberían ser cubiertos por la pareja:

“Sí, que por qué no le ayudaba más. Yo trabajaba y estudiaba, me pagaba mi estudio y le pagaba el estudio a mi hija, porque la niña es fuera del matrimonio; entonces yo le decía: yo corro con los gastos de mi hija y los míos, usted tiene que mantener lo que es del hogar. Entonces a él le molestaba que porque eso era de dos, entonces si peleábamos mucho por eso” (Lilia, 45 años).

Otra entrevistada refirió en su discurso que la causa principal de la violencia era una preconcepción masculina, de que el rol de subordinación lo debería tener la mujer, y en caso de no cumplir ameritaba algún tipo de castigo:

“son personas que piensan que una mujer la ven es, no como la esposa sino como una empleada. Sí, por lo menos no se me podía derramar la leche porque de una vez me trataba re mal, tocaba tenerle todo al día. Si me pedía un tinto, ahí mismo; si yo no lo hacía, pues de una sola vulgaridad o como un día, me tiró un pocillo” (Manuela, 48 años).

Mecanismos de Afrontamiento de la violencia

La respuesta individual a la violencia de pareja por parte de las mujeres fue diversa, encontrándose res-

puestas en algunos casos opuestas. Por una parte, se evidenciaron respuestas de agresión hacia la pareja mediante el uso de los golpes, que según los relatos se constituyó en un mecanismo de defensa, y que no fue reactiva a las situaciones iniciales, sino que se dio con el paso del tiempo cuando la violencia se estableció como una dinámica propia de la relación de pareja:

“igual, así como él me pegaba, pues al principio uno si como que no... de todas formas un hombre es más fuerte que uno, pero ya después uno va sacando valor, y no tampoco, ya no me dejaba, así como él me pegaba yo también le daba” (Juana, 43 años).

“él me agarro acá del cuello y me mandó contra la pared, y me estaba dando duro en la cara, cuando saqué los fósforos y los prendí sin que él se diera cuenta, y como nosotros trabajábamos con gasolina, pues se lo eché encima y él se le prendió el pantalón y después las manos” (Juana, 43 años).

Otro grupo de entrevistadas denotó en sus discursos respuestas de sumisión. Esta actitud se relacionó de manera directa con el daño presentado, o como prevención para no recibir otra acción que consideraban peor, como no cubrir los gastos de ella o sus hijos, sufrir más violencia física y/o considerar el abandono del hogar.

“la verdad que yo toleré, aguanté demasiado, permisiva.... Se vuelve uno muy sumiso, y agacharse la cabeza por los hijos doc. Por los hijos uno se queda callado” (Diana, 50 años).

Tan solo dos mujeres relataron que habían reaccionado con ambos tipos de respuesta, primero de manera verbal y luego con violencia física (golpes); las demás habían presentado solo un tipo de comportamiento violento. Una de las participantes que no refirió en sus vivencias haber respondido con violencia o some-

timiento, narró que tuvo que cambiar su actitud de dependencia, asumiendo las responsabilidades del hogar, sin exigir al hombre sus aportes.

“yo solamente asumí mi responsabilidad de papá y mamá y sin exigirle, es más, es la hora y yo vengo a exigirle cuando yo quedo sin trabajo” (Felipa, 47 años).

Dentro del afrontamiento de las mujeres víctimas de violencia, no se visualizó la búsqueda de apoyo con sus redes sociales más cercanas. La mayoría de ellas refirieron que no recibían apoyo de sus familias, dado que no pidieron su ayuda, no comentaban de las situaciones de violencia que padecían y en otras circunstancias porque la familia prefería no involucrarse en situaciones que consideraban hacían parte de la intimidad de la familia. La búsqueda de apoyo ante instancias legales tampoco fue una estrategia adoptada por la mayoría de las mujeres:

“no, ellos todavía me dicen: “nosotros hubiéramos podido hacer más, pero desafortunadamente no hablaste”; y yo les respondía: ¡¡¡¡pero si las únicas veces, ustedes nunca me hicieron caso!!!!” (Lilia, 45 años).

“la familia de uno, cuando uno se casa, ya no es familia son familiares. Entonces los problemas son de uno, no de los demás. ¿Por qué? Porque ellos pueden opinar bien, si son la familia de él, opinan a favor de él; si es la familia de uno, opinan a favor de uno, ¿sí? Entonces uno no tiene por qué comentarle los problemas a los familiares” (Ana, 48 años).

En cuanto a denunciar al agresor en las comisarías de familia o ante alguna otra institución, las mujeres participantes no lo hicieron porque no sabían cómo hacerlo, no creían en que podían darles un apoyo o porque consideraban que podían arreglárselas solas:

“No, tal vez uno no estaba bien informado, uno deja como así, igual hacen la maldad hoy y ya mañana están amables. Uno siempre con la esperanza de tener el hogar por tener un papá, una mamá, una familia completa... ¡qué van a cambiar!” (Inés, 56 años).

“La verdad, a la ley no le creo nada. Entonces hay una ley que es más justa, que es la divina. Cada quien le llegan sus cosas a su debido tiempo” (Mónica, 49 años).

Y las mujeres que asistieron y denunciaron a sus parejas, no obtuvieron la respuesta que esperaban, ya que existen procesos que implicaban la conciliación y las sesiones de evaluación. Se evidenció que las mujeres no sabían a quién debían acudir según la gravedad de la situación:

“fuimos a una comisaría de familia y yo lo mandé; el comisario como era de familia, de una vez al otro día nos atendió. Y él dijo que él me iba a dejar tranquila, que yo hiciera lo que quisiera y cuando salimos de ahí, de la comisaría de familia, me agarró en la calle y me dio una golpiza y me tocó ir a la fiscalía por golpes y todo eso. Entonces yo no volví más, dejé eso así...la verdad es que es una perdedera de tiempo, no le paran bolas a uno, y peor es sí uno vuelve con esa persona” (Juana, 43 años).

Consecuencias de violencia

Los efectos de las vivencias de violencia de pareja fueron muy diversos y no hubo un patrón común que siguiera la mayoría. Los impactos que en mayor medida fueron descritos lo constituyó la separación, aunque fue una decisión que se presentó muchos años después de padecer la violencia de pareja:

“yo decidí ser madre de los niños sola, no con él, porque él era una carga para mí” (Felipa, 47 años).

Algunas mujeres manifiestan sus temores, pero no ante sufrir más actos de violencia, sino ante la ruptura de la relación por miedo a perder el apoyo económico:

“Entonces ¿yo qué hice?, siempre me estuve en esa casa para tenerles un techo fijo a mis hijos” (Claudia, 55 años).

O también por miedo al abandono:

“él se iba, yo sabía que estaba con más mujeres, me daba cuenta de muchas cosas y yo siempre me quedaba callada para que no se fuera de la casa, y pues a mí me daba miedo quedarme sola” (Diana, 50 años).

Y como consecuencia lógica los sentimientos hacia sus parejas cambiaron, lo que fue expresado por pocas mujeres:

“ya lo fui dejando en el camino, ya la decepción... nunca escuché un “perdóname, discúlpame”... nunca lo ha hecho, no es que él reconozca... no hace falta. Pero sí deje esa arrogancia y acepte de que la cagó, después de cometer todas esas cosas” (Ernestina, 48 años)

Otra mujer expresó un cambio hacia su pareja, pero no con el objeto de separarse, denunciarlo o hacer algo para evitar más reacciones de violencia, sino la actitud que tenía hacia él:

“mire que yo ahorita lo que él me haga me resbala, como que todo se lo lleva el viento y como que no le pongo cuidado; igual, el que está pecando es él...” (Manuela, 48 años).

Posterior a lo vivido como víctima de violencia, dos mujeres se atrevieron a juzgarse a sí mismas, lo que impacta con gran peso sobre su autoestima:

“pienso que me sentí muy usada, me sentí como un objeto... o sea, me pregunto, busco respues-

ta: ¿por qué me dejé?... que si el diagnóstico no me llevó a desestabilizarme tanto como mujer, ¿por qué permití que una persona como él me desequilibrara tanto?” (Felipa, 47 años).

“pienso que me intimidó mucho de sentirme poca mujer, me hizo sentir que... de que nadie me podía aceptar, que tenía que morir sola, que me impactó la violencia...” (Felipa, 47 años).

Una de las mujeres participantes explica que, a pesar de las experiencias de violencia, ella se sentía mal por su estado civil de unión libre, y en lugar de separarse, o de buscar ayuda, decide insistirle a la pareja para que se casen:

“Porque yo estoy asistiendo a la iglesia y yo no podía seguir viviendo con él así, en fornicación. Entonces yo lo hice más que todo por obedecerle a Dios. Y para yo estar bien” (Manuela, 48 años).

Con lo cual, se casan hace dos años bajo un contexto mítico-religioso. Llama la atención que en su narración fue la única mujer que relata haber vivido todos los tipos de violencia con las dos parejas que ha tenido.

Opinión sobre la violencia posterior al diagnóstico de VIH

Ninguna de las participantes había relatado hasta ese momento sentimientos de afecto o amor hacia la pareja que las maltrató, así que el diagnóstico del VIH reforzó la decepción que tenían sobre el daño causado por éstos. Todas las mujeres relataron la vivencia y las circunstancias que llevaron al diagnóstico, siendo experiencias totalmente diferentes. Para algunas, el diagnóstico se dio tiempo después de haberse separado de la pareja, solo dos relataron que fueron diagnosticadas en controles prenatales, otro grupo fue diagnosticado al haber presentado alguna patología sospechosa

de inmunosupresión sin ser infecciones oportunistas mientras convivían con el victimario, y solo una mujer relató que la pareja de ese momento fue diagnosticada con una infección oportunista definitiva de Sida que lo llevó a la muerte a los pocos meses.

Relación de la Violencia con el VIH

Al instante en que se les preguntó si consideraban que el diagnóstico de VIH había sido un factor precipitante de la violencia de pareja, solo en algunos casos se reconoció explícitamente que a partir del diagnóstico del VIH se incrementaron las situaciones de violencia de distinta índole. Algunas entrevistadas destacaron la violencia psicológica y física, esta última exteriorizada por el reclamo con agresiones físicas hacia la pareja.

Si bien la mayoría no manifestó directamente una relación de la violencia de pareja con el diagnóstico de VIH, llama la atención que en el desarrollo de sus relatos un grupo de mujeres hablaron de situaciones de violencia que correspondían a la problemática de vivir con la infección:

“un día discutimos y fue terrible, fue duro... eso me dolió muchísimo, me lastimó porque me decía sidoso hijueput*” (Inés, 56 años).

“me decía: si ve, confíesese todos los días porque lo que tienes (VIH) es un pecado muy grande” (Lilia, 45 años).

“yo sentía que él me empezó a dejar en la parte sexual de tocarme él a mí, porque yo si lo tocaba a él y lo complacía de igual forma de que él me viera, pero yo si sentí que él en ese sentido si me fue rechazando, por mi condición en la parte sexual, y entonces ahí si yo sentí, si puedo decir que sentí, como una violencia sexual” (Ernestina, 48 años).

“cuando empezamos la parte como íntima, ya no quería que lo tocara- porque no, besos no, caricias muy poquitas y tocaba doble condón, si se rompía uno el otro no” (Lilia, 45 años).

Estos hechos fueron relacionados con violencia de tipo verbal, psicológica y sexual. Cabe anotar que las dos mujeres que indicaron que se trataba de violencia sexual al sentirse ignoradas y rechazadas, tenían parejas que no habían sido diagnosticadas con VIH, e incluso sentían presión económica cuando eran amenazadas de retirarlas de su respectivo régimen de aseguramiento al interior del sistema de salud, lo que implicaba que no podrían asistir a controles para el manejo del VIH. Tres mujeres opinaron que no evidenciaban una relación directa entre la violencia con el VIH, dado que estas mujeres se habían separado antes de conocer el diagnóstico de VIH, o habían tenido relaciones sentimentales donde el hombre no conocía su diagnóstico.

Una mujer con un proceso inadecuado de aceptación de su enfermedad fue diagnosticada por una candidiasis esofágica y con una inmunosupresión severa, pero no le comentó a su familia sobre su diagnóstico, ni a la pareja con quien se había separado y tuvo situaciones de violencia, ni a una segunda persona con quien tuvo una relación corta que finalizó por infidelidad de parte de él. Así mismo, decidió en su vida no tener ninguna otra relación por miedo al rechazo:

“estar lidiando con tener una pareja porque no es igual, yo sé que al enterarse esa otra persona lo va a señalar, a juzgar; es que no me hago a la idea de que sea algo que me esté pasando, no me hago a la idea...estar lidiando con eso que no sea curable, mientras yo no acepte el diagnóstico siento que no soy la misma, que no me veo igual que antes” (Mónica, 49 años).

Otras mujeres, una que perdió a su pareja por complicaciones del VIH y una mujer ya separada, también

manifestaron su deseo de no tener otras relaciones sentimentales:

“Desde que quedé sola, ha sido muy difícil porque precisamente el susto de contar; salgo de vez en cuando con alguien, pero eso era como por la parte sexual con protección, pero no más, porque me da susto decir: oye tengo VIH... no he sentido la fuerza de Dios. Si llego a tener a alguien, ¿cómo le voy a decir? Y si esa persona con la que tengo intimidad no sabe...” (Lilia, 45 años).

Se destacan sentimientos negativos sobre experiencias previas y su interés de no volver a vivir situaciones de violencia:

“no me gustaría vivir de pronto esa situación, porque ya no estaría dispuesta a dejarme... a dejarme golpear o a dejarme -no más con que me dijeran algo-, ¡no friegue!, tendría para salir corriendo. Y además que la gente no está abierta a ese tema del VIH, entonces cómo explicarle a una persona, cómo aceptarle de pronto un beso sin decirle antes o si le digo, después que lo desprecien a uno” (Inés, 56 años).

Solo una de las mujeres que continúa en unión, refiere un impacto positivo con el diagnóstico de VIH y que cambió el ciclo de violencia que vivía:

“Hoy en día le doy gracias a Dios porque gracias a eso, vivimos muy bien, tenemos un hogar muy bonito” (Juana, 43 años).

Algunas participantes refirieron violencia física posterior al diagnóstico de VIH, dentro de las cuales se observó que la cronicidad del ciclo violento no permitía la reacción por parte de la víctima a denunciar o considerarlo nocivo:

“yo por aguantar entonces me fue pegando, me fui acostumbrando, me fui acostumbrando como al maltrato...” (Lilia, 45 años).

Impacto de las manifestaciones de violencia tras el diagnóstico de VIH

Posterior al diagnóstico y de ser atendidas en el programa especializado en pacientes con VIH, las mujeres han pasado por un proceso de adaptación a la patología con cambios en sus vidas por un estado estigmatizado. No obstante, algunas manifiestan que a pesar de las asesorías y ayudas, continúan presentando temor, y contrario a la violencia donde el problema es manejado y controlado al interior del hogar, creen que el diagnóstico va a ser evidente y que pueden llegar a descubrir su diagnóstico personas a quienes se lo ocultan, ya sea por las consultas, medicamentos, exámenes o situaciones relacionadas con su atención y manejo:

“Duro, me ha dado muy duro porque yo me la paso llorando solo con eso, no lo he podido asimilar” (Lilia, 45 años).

Inicialmente solo algunas mujeres recuerdan que creían que se trataba de una enfermedad letal:

“Yo pensaba que me iba a morir ahí mismo, entonces a raíz de eso fue cuando la niña se la entregué a mi hermana, porque yo pensé: yo me muero rápido” (Manuela, 48 años).

Dos mujeres fueron enfáticas en expresar que la interacción como pareja cambió, llegando a presentarse situaciones de recrudescimiento de la violencia:

“pero afectó más, para darle poder a él de manipulación y de poder hacer conmigo lo que quiera, por lo que él era negativo.” (Lilia, 45 años).

“lo apuñalé, yo lo corté en la pierna y le había echado candado a la puerta; como que yo tenía todo pensado, yo dije: aquí nos vamos a matar porque ni yo me lo voy a aguantar más, ni él me va a aguantar a mí tampoco, y él se estaba desangrando” (Juana, 43 años).

En algunas mujeres el sentimiento de culpa, tras el diagnóstico del VIH, las acompaña de manera permanente. En unos casos por no haber tomado medidas de protección y, en otros, por haber confiado en su pareja:

“Porque como le digo yo, es que yo no sé cómo fue la transmisión porque para decir que con varias personas no, por el problema de que no he tenido relaciones no me he protegido la verdad nunca. Entonces me siento culpable de eso, debido a eso, por no haber exigido protección” (Lilia, 45 años).

“Como arrepentimiento de no cuidarme y de ser así como tan...” (Lilia, 45 años).

El discurso cambió cuando se hablaba de los hijos; las mujeres narraron que antes del diagnóstico de VIH, cuando se presentaban situaciones de violencia, temían porque sus hijos fueran desprotegidos y por ello no abandonaron a sus parejas. No obstante, posteriormente los hijos fueron quienes tomaron la iniciativa de dejar al padre:

“ellos me decían: ya mamá, ya está bueno, él hace contigo lo que se le da la gana, todo por nosotros; vamos a salir adelante, por qué no lo mandas a la mierda*” (Ernestina, 48 años).

Impacto del VIH

El contexto del VIH trajo consigo cambios fisiológicos que afectaron a las mujeres. La mitad de ellas, percibieron un deterioro de su autoimagen producto de los

impactos físicos que genera la enfermedad. En algunos casos lo asociaron a la presencia de lesiones en la piel que las estigmatizaba y, en otros, lamentaban la pérdida de su agilidad mental como consecuencia de su deterioro cognitivo:

“Yo dije: Dios mío, sí, me toca quedarme con él. Si ya tengo un hombre que me va a mirar cómo me enfermo, y si será que me iba a reemplazar...me sentía como una leprosa... y ¿quién me va a querer a mí así?” (Ernestina, 48 años).

De igual manera, se evidencia pérdida de la autoestima en su rol de parejas, al considerar que el ser portadora del VIH, daba potestad a sus maridos para sostener relaciones sexuales con mujeres sanas con quienes no tuvieran el riesgo de contagiarse:

“Tenía que aceptar el hecho de que él tuviera amantes allá en Panamá, porque con sus amantes que estaban sanas podía tener relaciones sin condón” (Ernestina, 48 años).

Dos mujeres reconocieron que su proyecto de vida se interrumpió de manera abrupta, ya que la continuidad de sus estudios se vio limitada como consecuencia de la enfermedad:

“A mí me afectó en terminar de estudiar...porque fue muy duro, en dos ocasiones quise matarme, tirarme del apartamento donde vivía” (Diana, 50 años).

Discusión

La vulnerabilidad de las mujeres no solo está sujeta al factor biológico al ser más susceptibles de adquirir la infección del VIH por sus características fisiológicas, sino que también factores sociales, económicos y culturales tienen un peso enorme en la desigualdad para

mejorar su salud sexual. Esta vulnerabilidad no es modificada por la intervención médica, sino por las condiciones de vida y las opciones personales que reflejan los determinantes sociales de salud en cada individuo. No es ajeno para Colombia que el ámbito de la violencia ha traído graves repercusiones dentro del conflicto interno, y que la violencia de género –representada por las manifestaciones físicas, repercusiones psicológicas, económicas y de relaciones de poder– implica una alta prevalencia en la mayor parte de la población.

En torno al fenómeno de violencia, el componente cualitativo pretendió profundizar en las vivencias de las mujeres que eran víctimas de actos de violencia por sus parejas y cómo llegaban a relacionarse con el diagnóstico de VIH, y que según indican los hallazgos de la literatura internacional previamente descritos, la violencia podía llegar a incrementarse posterior al diagnóstico.

El modelo socioecológico sugiere que los factores individuales, de relación y estructurales influyen en los

resultados de salud, y se utiliza ampliamente en la investigación de violencia de pareja porque incorpora muchos factores complejos que influyen en la pareja (42). Dentro del modelo ecológico del estudio (Figura 2), y con la información obtenida a través de las entrevistas grupales se puede observar que hay una mayor influencia de los factores de relación de pareja, y que, con la estructura de la sociedad identificada por las pacientes, llevan a mayor presentación de situaciones de violencia de pareja antes del diagnóstico de VIH. Las mujeres entrevistadas identificaron como factores que afectan la dinámica de pareja la preconcepción masculina de subordinamiento, la celotipia, el consumo de alcohol, carácter agresivo de ambos, el descubrimiento de infidelidad, antecedentes de violencia familiar, y no apoyo de familiares. Dentro de los factores individuales como comportamientos personales que afectan la salud de la persona, las mujeres hicieron mención de miedo al abandono, miedo a perder apoyo económico, la respuesta que tenían a la violencia de sumisión o de responder con más violencia, y la respuesta a la ruptura del vínculo de pareja dentro de la dinámica de convivencia.

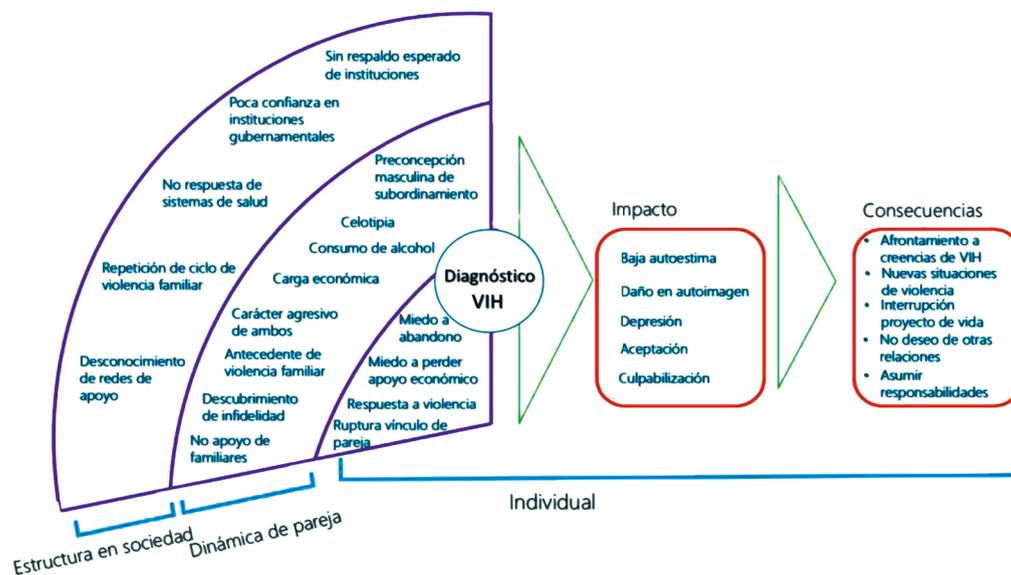


Figura 2. Modelo de relación entre la violencia de pareja y VIH.

Y los factores estructurales referidos como factores sociales o comunitarios más amplios que impactan en la salud, están dados básicamente por un sistema de salud débil que no tiene un engranaje institucional y que no brinda adecuadas respuestas a las expectativas de las mujeres con respecto a la ayuda que le puedan brindar.

Como se muestra en la Figura 3, el tipo de respuesta en cuanto a los fenómenos de violencia de pareja posterior al diagnóstico de VIH entre las pacientes, tiende a cruzarse y cambiar. En lugar de caer en categorías distintas, las participantes a menudo presentaban historias con algunos puntos en común y con múltiples desenlaces, compuestas por aspectos tanto positivos como negativos como reacción a la violencia de pareja después del diagnóstico. Mientras que un mayor tiempo de convivencia y el empoderamiento por parte de la mujer de su proyecto de vida parecieron disminuir los episodios de violencia, posiblemente dado por una mayor cantidad de situaciones vividas y una superación de los mismos, la intensidad mayor en la violencia sufrida antes del diagnóstico pareció empeorar los resultados.

Si bien la maternidad era un elemento que influenció la respuesta a los actos de violencia de la pareja, al continuar en una relación dañina en procura de tener asegurado las necesidades básicas de sus hijos por el aporte económico que, hacia el hombre, posterior al diagnóstico de VIH las mujeres asumían un papel de desesperanza y sacrificaban sus propias necesidades por las de sus hijos, y solo con el trascurso de tiempo hay un empoderamiento para lograr objetivos trazados en sus proyectos de vida. Un elemento en común en todas las narraciones es la negación a que sus hijos hubiesen presentado daños psicológicos con las situaciones de violencia de sus padres; a pesar que las mujeres no puedan proteger por completo a sus hijos de este tipo de daños (43).

Si bien se ha documentado que la experiencia de ser víctima de violencia de pareja puede obstaculizar la disposición de las mujeres para tomar medicamentos antirretrovirales (44), ninguna de las mujeres entrevistadas manifestó problemas de adherencia a sus tratamientos para el momento de la entrevista, sin significar que las situaciones de violencia no las hubieran afectado en su autocuidado.

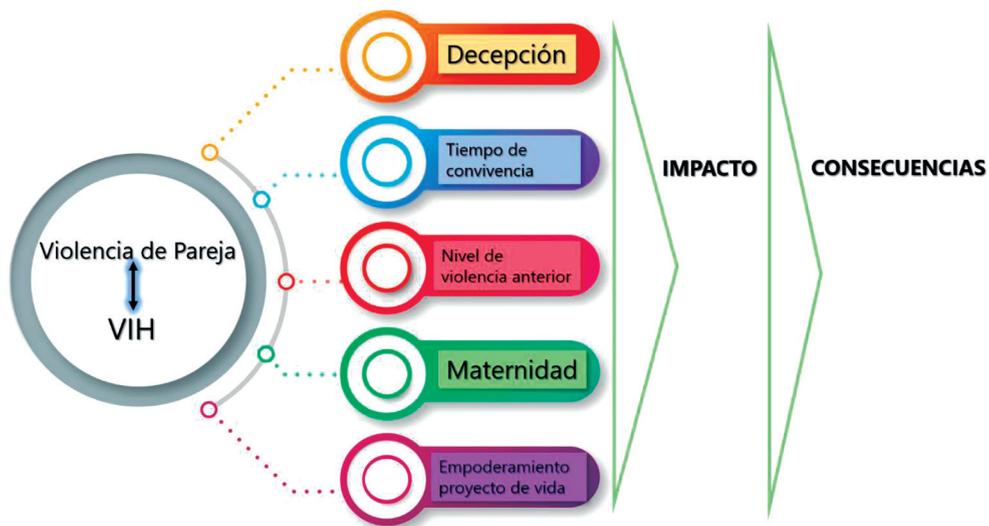


Figura 3. Respuesta a la interacción entre la violencia de pareja y el VIH.

La teoría del género y el poder (45), postula que las dinámicas de poder desiguales limitan la capacidad de las mujeres para ejercer el control personal en las relaciones (46, 47). Así, esta relación se encuentra en mayor contexto en estas parejas cuando eran diagnosticadas con VIH (48). Sin embargo, la mayoría de las participantes de las entrevistas no identifican al diagnóstico de VIH como un factor para que se presentaran situaciones de violencia, lo que refuerza los hallazgos en la fase I donde las mujeres habían referido presentar más situaciones de violencia antes del diagnóstico de VIH, y fue en el análisis de las narraciones que se encontró que varias mujeres si habían presentado violencia verbal, psicológica, y sexual como manifestaciones producidas por el estado de vivir con el virus.

En cuanto a la violencia sexual, identificada como el rechazo de parte de las parejas a tener relaciones sexuales, extremar los cuidados de transmisión equivocados como evitar abrazos, caricias o utilizar doble condón, se logró identificar que se daba en la relación en una pareja discordante, es decir, cuando el hombre es negativo para VIH, y surgía como un miedo a la transmisión lo que conllevaba a maltrato psicológico y estigmatizante sobre vivir con VIH.

En todas las mujeres se vio un escaso empoderamiento cuando vivían situaciones de violencia y pocas herramientas para acudir a redes de apoyo a fin de abordar este tema para dejar de ser maltratadas. No hubo un buen soporte o creencia en las instituciones que les pudieran brindar ayuda, sea porque no querían acudir a ellas o porque no recibían la respuesta inmediata que esperaban; los procesos que utilizaban tales instituciones, según sus relatos, no las protegían y, en cambio, las exponían a recibir represalias por parte de los victimarios.

No se encontraron factores protectores en las circunstancias en que fueron maltratadas, y a pesar de que la mayoría eran separadas, esta separación se dio luego

de mucho tiempo de convivir en relaciones nocivas; lo que el diagnóstico de VIH implicó en sus parejas, fue refrendar la imagen de abusadores que habían sido en sus vidas.

Contrario a lo publicado en cuanto a un aumento de las situaciones de violencia en el embarazo (49, 50), en general las mujeres participantes no tuvieron un incremento de estas situaciones en su gestación; una de las mujeres relató que podrían ser tristes, pero no violentos. Sin embargo, una mujer tuvo un desenlace fatal, ya que perdió la gestación por secuelas en su organismo luego de varios golpes recibidos por su pareja.

A pesar de lo descrito, ninguna de las mujeres relató algún tipo de culpa por lo que llegaron a considerar decisiones incorrectas en su vida de pareja, ni de cómo eligieron a su cónyuge; las personas pueden vivir juntas, pero experimentan cambios en sus sentimientos, perdiendo relaciones sociales significativas y vínculos emocionales.

Para ambos componentes se evidenció que la influencia del consumo de licor y drogas psicoactivas no fue significativa, en el análisis bivariado no se presentó, y en las narraciones del componente cualitativo fueron pocas las mujeres que mencionaron vivir estas situaciones. Sin embargo, cuando se presentó, aumentaba la intensidad de la violencia sufrida causada por sus parejas.

Aunque no se pudo determinar que la situación de separación de sus parejas se hubiera debido al diagnóstico de VIH, sí se encontró en el componente cualitativo que la mayoría de las mujeres se habían separado por situaciones previas de violencia, o por años de mala convivencia y no resolución de problemas y, en todos estos casos, la separación surgió por iniciativa de la mujer.

Como toda investigación cualitativa es específica de una muestra y contexto, y no debe ser generalizada a

otras poblaciones o a contextos distintos. Como limitación en el desarrollo del estudio, se observó que si bien se garantizó la confidencialidad y el anonimato de las participantes, se presentó una situación que inició desde la primera actividad. En concreto, la no asistencia de mujeres invitadas, a pesar de la llamada telefónica, la convocatoria y la confirmación el día anterior a la fecha asignada para la reunión, lo cual no permitió obtener más experiencias de mujeres en este contexto.

Conclusiones

Las percepciones de las mujeres con VIH víctimas de violencia, mostraron que experimentan una variedad de respuestas a las situaciones de violencia tanto de reacción, como de actitud hacia la pareja. Igualmente, se muestra el grado de aceptación de la mujer hacia la violencia, dado por la dilación, durante años, de decidir actuar en contra de las situaciones de daño ocasionadas por sus parejas. Solo un pequeño porcentaje de ellas solicitaron ayuda a instituciones gubernamentales, sin encontrar la repuesta que esperaban de protección del sistema de salud. También se ratificó que la violencia puede tener múltiples causas como pueden ser factores culturales, sociales, personales, y de relación. Cuando se pueda intervenir las variables personales, y de relación, se logrará romper el círculo de violencia instaurado por relaciones dispares de poder que aún persisten en nuestra sociedad.

Las vivencias de las mujeres víctimas de violencia de pareja, nos demostró que la mayoría de las mujeres nunca acudieron a redes de apoyo institucionales. Y dada esta circunstancia, se prolongaron los rangos del ciclo de violencia. Cuando se les preguntó si consideraban que el diagnóstico de VIH habría sido un factor en la aparición de la violencia de pareja, solo en algunos casos se reconoció explícitamente que ello aumentaba varios tipos de violencia. Sin embargo, aunque la mayoría de las mujeres establecieron que no había una

relación directa de violencia de pareja con el diagnóstico, en el desarrollo de sus historias algunas mujeres narraron situaciones de violencia que correspondían a una correlación con la infección.

Los hallazgos encontrados en este estudio, indican que la violencia de pareja en mujeres con VIH es un problema que debe ser intervenido y debería estar en las agendas de las políticas de salud sexual del país. Se indica como recomendación para las mujeres que se encuentren en situación de vulnerabilidad, el acudir a las instituciones que pueden brindar un apoyo de protección, comprendiendo que los cambios que deben hacerse en la dinámica de pareja deben ser: radicales y perdurables.

Conflicto de interés

El autor declara no tener ningún conflicto de interés.

Agradecimientos

Amparo Mogollón por su gran apoyo y colaboración en esta investigación; igualmente a Lily Cantor y Patricia Murcia, por su asistencia en las sesiones con las pacientes.

Referencias

1. Campbell JC, Baty ML, Ghandour RM, Stockman JK, Francisco L, Wagman J. The intersection of intimate partner violence against women and HIV/AIDS: a review. *International Journal of Injury Control & Safety Promotion*. 2008; 15(4):221.
2. Maman S, Campbell J, Sweat MD, Gielen AC. The intersections of HIV and violence: directions for future research and interventions. *Social Science & Medicine*. 2000; 50:459-78.
3. Zierler S, Witbeck B, Mayer K. Sexual violence against women living with or at risk for HIV infection. *Am J Prev Med*. 1996; 12(5):304-10.
4. Cohen M, Deamant C, Barkan S, Richardson J, Young M, Holman S, et al. Domestic Violence and Childhood Sexual Abuse in HIV-Infected Women and Women at

- Risk for HIV. *American Journal of Public Health*. 2000; 90(4):560-5.
5. Zierler S, Cunningham WE, Andersen R, Shapiro MF, Bozzette SA, Nakazono T, et al. Violence Victimization After HIV Infection in a US Probability Sample of Adult Patients in Primary Care. *American Journal of Public Health*. 2000; 90(2):208-15.
 6. Marshall KJ, Fowler DN, Walters ML, Doreson AB. Interventions that Address Intimate Partner Violence and HIV Among Women: A Systematic Review. *AIDS Behav*. 2018; 22(10):3244-63.
 7. Li Y, Marshall CM, Rees HC, Núñez A, Ezeanolue EE, Ehiri JE. Intimate partner violence and HIV infection among women: a systematic review and meta-analysis. *J Int AIDS Soc*. 2014; 17:18845.
 8. Arévalo-Mora L. Violencia de pareja en la mujer que vive con VIH/ Intimate partner violence in women who live with HIV. *Revista Colombiana de Enfermería*. 2018; 16(13):52-63.
 9. Schafer KR, Brant J, Gupta S, Thorpe J, Winstead-Derlega C, Pinkerton R, et al. Intimate partner violence: a predictor of worse HIV outcomes and engagement in care. *AIDS Patient Care and Stds*. 2012; 26(6):356-65.
 10. Liebschutz JM, Feinman G, Sullivan L, Stein M, Samet J. Physical and sexual abuse in women infected with the human immunodeficiency virus: increased illness and health care utilization. *Arch Intern Med*. 2000; 160(11):1659-64.
 11. Weber K C, Anastos A, Burke-Miller K, Agniel J, Schwartz R. The effect of gender based violence (GBV) on mortality: a longitudinal study of US women with & at risk for HIV. *AIDS*. 2012; 17–22 July 2012.
 12. Campbell JC, Baty ML, Ghandour RM, Stockman JK, Francisco L, Wagman J. The intersection of intimate partner violence against women and HIV/AIDS: a review. *International Journal of Injury Control & Safety Promotion*. 2008; 15(4):221-31.
 13. Gielen AC, McDonnell KA, Burke JG, O'Campo P. Women's lives after an HIV-positive diagnosis: disclosure and violence. *Maternal and Child Health Journal*. 2000; 4(2):111-20.
 14. Semrau K, Kuhn L, Vwalika C, Kasonde P, Sinkala M, Kankasa C, et al. Women in couples antenatal HIV counselling and testing are not more likely to report adverse social events. *AIDS*. 2005; 19(6):603-9.
 15. Pantalone DW, Rood BA, Morris BW, Simoni JM. A systematic review of the frequency and correlates of partner abuse in HIV-infected women and men who partner with men. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2014; 25(1 Suppl):S15-35.
 16. Kendall T, van Dijk M, Wilson KS, Picasso N, Lara D, Garcia S. A lifetime of violence: results from an exploratory survey of Mexican women with HIV. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2012; 23(5):377-87.
 17. Hatcher AM, Smout EM, Turan JM, Christofides N, Stockl H. Intimate partner violence and engagement in HIV care and treatment among women: a systematic review and meta-analysis. *Aids*. 2015; 29(16):2183-94.
 18. Medley A, García-Moreno C, McGill S, Maman S. Rates, barriers and outcomes of HIV serostatus disclosure among women in developing countries: implications for prevention of mother-to-child transmission programmes. *Bulletin of the World Health Organization*. 2004(4):299.
 19. Obermeyer CM, Baijal P, Pegurri E. Facilitating HIV Disclosure across Diverse Settings: A Review. *American Journal of Public Health*. 2011; 101(6):1011-23.
 20. Gómez C, Vega A, Murad R, Sánchez S, Gómez G. Encuesta nacional de demografía y salud -ENDS- 2015: Bogotá (Colombia) Profamilia 2016; 2016.
 21. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Colombia. *Forensis 2018. Datos para la Vida*. Grupo centro de referencia nacional sobre violencia, disponible en: <http://www.medicinalegal.gov.co/cifras-estadisticas/forensis2018>. p. 197-228.
 22. Arévalo-Mora L. Mujeres víctimas de violencia de pareja en el contexto de la infección por VIH en la ciudad de Bogotá. Fase I, 2017. *Rev. Salud Pública*. 2019; 21(1):44-51.
 23. Corsi J, Aumann V. Maltrato y abuso en el ámbito doméstico: fundamentos teóricos para el estudio de la violencia en las relaciones familiares: Grupo Planeta; 2003.
 24. Gómez C, Murad R, Calderón M. Historias de violencia, roles, prácticas y discursos legitimadores. *Violencia contra las mujeres en Colombia Agosto de 2013*. Disponible en: <http://docplayer.es/3684523-Historias-de-violencia-roles-practicas-y-discursos-legitimadores-violencia-contra-las-mujeres-en-colombia-2000-2010.html>.
 25. Ministerio de la Protección Social Colombia, UNFPA. Factores de vulnerabilidad a la infección por VIH en mujeres. Disponible en: <http://www.unfpa.org.co/?portfolio=factores-de-vulnerabilidad-a-la-infeccion-por-vih-en-mujeres2009>.
 26. Ministerio de salud y protección social, Colombia. Fondo de población de las naciones unidas-UNFPA. Guía de prevención VIH/Sida. *Mujeres en contextos de vulnerabilidad*. 2012.
 27. Puente-Martínez A, Ubillos-Landa S, Echeburúa E, Páez-Rovira D. Factores de riesgo asociados a la violencia sufrida por la mujer en la pareja: una revisión de meta-análisis y estudios recientes. *Anal. Psicol*. 2016; 32(1):295-306.
 28. Stevens PE, Hildebrandt E. Life changing words - Women's responses to being diagnosed with HIV infection. *Advances in Nursing Science*. 2006; 29(3):207-21.

29. Lafaurie MM, Zúñiga M. Mujeres colombianas viviendo con VIH/sida: contextos, experiencias y necesidades de cuidado de enfermería / Colombian women living with hiv/aids: experiences and needs of nursing care. *Enfermería Global*. 2011(24):0.
30. Tiendrebeogo G. Violence of everyday life, prejudice, secrecy and adherence to antiretroviral treatment. *Tropical Medicine and International Health*. 2009; 14:52.
31. Procópio EV, Feliciano CG, Silva KV, Katz CR. Social representation of sexual violence and its relationship with the adherence to the chemoprophylaxis protocol of HIV in young women and adolescents. *Ciência & saúde coletiva*. 2014; 19(6):1961-9.
32. Bevan MT. A method of phenomenological interviewing. *Qualitative Health Research*. 2014; 24(1):136-44.
33. Expósito F, Herrera M, Moya M, Glick P. Don't rock the boat: Women's benvolent sexism predicts fears of marital violence. *Psychology of women quarterly*. 2010; 34:36-42.
34. Sánchez B. Fenomenología: Un método de indagación para el cuidado de enfermería. Dimensiones del cuidado. Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería Grupo de Cuidado: UNIBIBLOS. 2000: 24-36. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1209170>.
35. Quintana A, Montgomery W. Metodología de Investigación Científica Cualitativa. *Psicología: Tópicos de actualidad*. 2006: 47-84. Disponible en: https://cienciassociales.webcindario.com/PDF/Cualitativa/Inv_quintana.pdf
36. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*. 2006; 3(2):77-101.
37. Silveira Donaduzzi DSd, Colomé Beck CL, Heck Weiller T, Nunes da Silva Fernandes M, Viero V. Grupo focal y análisis de contenido en investigación cualitativa. *Index de Enfermería*. 2015; 24:71-5.
38. Pastor I, Belzunegui Á, Moreno B, Mañ-Rodríguez C. Mapas conceptuales a partir de entrevistas cualitativas. Integración de métodos mediante el uso conjunto de ATLAS/ti y SPSS. (Spanish). Concept mapping from qualitative interviews: A case of methodological integration using ATLAS/ti and SPSS (English). 2010(95):507.
39. Castillo E, Vásquez ML. El rigor metodológico en la investigación cualitativa. *Colombia Médica*. 2009; 34(3):164-167.
40. Cornejo M, Salas N. Rigor y Calidad Metodológicos: Un Reto a la Investigación Social Cualitativa / Methodological Rigor and Quality: A Challenge to Qualitative Social Research. *Psicoperspectivas*. 2011(2):12.
41. Salgado A. Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos / Quality investigation: designs, evaluation of the methodological strictness and challenges. *Liberabit*. 2007(13):71.
42. Hatcher AM, Stöckl H, Christofides N, Woollett N, Pallitto CC, García-Moreno C, et al. Mechanisms linking intimate partner violence and prevention of mother-to-child transmission of HIV: A qualitative study in South Africa. *Social Science and Medicine*. 2016; 168:130-9.
43. Lapierre S. Mothering in the context of domestic violence: the pervasiveness of a deficit model of mothering. *Child & Family Social Work*. 2008; 13(4):454-63.
44. Maeri I, El Ayadi A, Getahun M, Charlebois E, Akatukwasa C, Tumwebaze D, et al. "How can I tell?" Consequences of HIV status disclosure among couples in eastern African communities in the context of an ongoing HIV "test-and-treat" trial. *AIDS Care - Psychological and Socio-Medical Aspects of AIDS/HIV*. 2016; 28:59-66.
45. Connell RW. Theorising Gender. *Sociology*. 1985; 19(2):260-72.
46. Amaro H, Raj A. On the Margin: Power and Women's HIV Risk Reduction Strategies. *Sex Roles*. 2000; 42(7):723-49.
47. Wagman JA, Gray RH, Campbell JC, Thoma M, Ndyababo A, Ssekasanvu J, et al. Effectiveness of an integrated intimate partner violence and HIV prevention intervention in Rakai, Uganda: analysis of an intervention in an existing cluster randomised cohort. *Lancet Glob Health*. 2015; 3(1):e23-33.
48. Colombini M, James C, Ndwiga C, Team I, Mayhew SH. The risks of partner violence following HIV status disclosure, and health service responses: Narratives of women attending reproductive health services in Kenya. *Journal of the International AIDS Society*. 2016; 19(1).
49. Shamu S, Zarowsky C, Shefer T, Temmerman M, Abrahams N. Intimate Partner Violence after Disclosure of HIV Test Results among Pregnant Women in Harare, Zimbabwe. *PLoS ONE*. 2014; 9(10):1.
50. Shamu S, Abrahams N, Temmerman M, Musekiwa A, Zarowsky C. A systematic review of African studies on intimate partner violence against pregnant women: prevalence and risk factors. *PLoS One*. 2011; 6(3):e17591.

Recibido: 28 de agosto de 2019
Aceptado: 7 de noviembre de 2019

Correspondencia:
 Leonardo Arévalo Mora
larevalom79@hotmail.com